



قسم: علم النفس وعلوم التربية

شعبة علوم اجتماعية-علم النفس

## عنوان الأطروحة:

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في خفض أعراض  
الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (LMD)

في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د. حلوان زوينة

المشرف المساعد:

أ.د بوكنوس عائشة

من إعداد الطالبة:

- بن نوة رانيا

### لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة الجامعية	الصفة
أ.د بن عالبا وهيبة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	رئيسا
أ.د حلوان زوينة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	مقررا
أ.د بوكنوس عائشة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	مقررا ثانيا
د. ولد محند لامية	أستاذ محاضر-أ	جامعة البويرة	ممتحنا
أ.د لوزاعي رزيقة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	ممتحنا
د. لعلام الوناس	أستاذ محاضر-أ	جامعة تيزي وزو	ممتحنا
أ.د حفظ الله رفيقة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البلدية 2	ممتحنا

السنة الجامعية: 2026/2025

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾

سورة طه، الآية 114

## شكر وعرافان:

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، الذي بنعمته وتوفيقه تمكنت من إتمام هذا العمل وتحقيق هذا الإنجاز العلمي، له الفضل في كل خطوة من خطوات هذه الرحلة، وبه أُتيحت لي فرصة التعلم والنمو واكتساب الخبرة، وتوفيقه هدايني إلى الصبر والمثابرة على مدار هذه السنوات.

أتقدم بخالص الشكر والامتنان لمشرفتي الموقرة "زويينة حلوان" على توجيهها العلمي القيم ودعمها المستمر طوال هذه السنوات، كما أشكر أعضاء لجنة المناقشة المحترمين على توجيهاتهم وملاحظاتهم القيمة التي أثرت هذا العمل.

أشكر أيضاً جميع الأساتذة الذين درست على أيديهم طوال مسيرتي التعليمية، لما قدموه من علم وإلهام من أول حرف خط على كراستي حتى آخر حرف.

وأعبر عن امتناني العميق لعائلتي على دعمهم المستمر في كل خطوة، ولأصدقائي الأعزاء على تشجيعهم وسندهم الدائم، الذي خفف عني تعب الرحلة وجعلها أكثر متعة.

أقدم شكري الكبير لعيادة السعادة وكل المختصين فيها على ما وفروه لي من فرص للتكوين والتطبيق، ودعم مسيرتي العملية.

كما أتقدم بشكري الخالص لكل المختصين النفسيين الذين تواصلت معهم وقدموا لي يد المساعدة أخص بالذكر مختصي ولاية المدية النفسيين مختصي القطاع العام والخاص والإقامات الجامعية والأطباء النفسيين.

## إهداء:

إلى سندي وبطلتي المتفاني الذي تعلمت منه الاستمرار والالتزام والشجاعة ♡

إلى من تنير حياتي بدعائها وحبها وحرصها التي علمتني الحب والرحمة ♡

إلى من ملأت أيامي بالفرح والأنس والكثير من الذكريات ♡

إلى من شاركتها وشاركتني سعادة وأم هذه الرحلة ♡

وإلى نفسي المثابرة ♡

أهدي هذا إليكم ♡

## ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا.

تكون البرنامج العلاجي من اثنتي عشرة جلسة علاجية امتدت على مدار ثلاثة أشهر، بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً مدة كل منها ساعة ونصف، اعتمد البرنامج على دمج تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في: التنقيف النفسي وتمارين الاسترخاء وتسجيل الأفكار والملاحظات الذاتية، مع تقنيات مستمدة من نموذج العلاج بالتقبل والالتزام التي تشمل التقبل التجريبي وفك الاندماج المعرفي والذات كسياق واليقظة الذهنية والتعرف على القيم الشخصية والالتزام السلوكي، تكونت عينة الدراسة من ستة أفراد تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري باستخدام مقياس بيل-براون للوسواس القهري، إلى جانب المعايير التشخيصية المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة المعدلة (DSM-5-TR).

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، حيث طُبّق القياس في ثلاث مراحل زمنية: قبل بدء البرنامج العلاجي وبعد انتهائه مباشرة وخلال فترة المتابعة اللاحقة.

أظهرت النتائج فعالية ملموسة للبرنامج العلاجي في خفض أعراض الوسواس القهري، وقد تم التحقق من ذلك على ثلاثة مستويات: إحصائياً باستخدام اختبار (t test) للعينات المترابطة الذي أظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية بين القياسات، وعملياً من خلال حساب حجم الأثر باستخدام معامل كوهين (Cohen's d) الذي أشار إلى تأثير عملي ملحوظ للبرنامج، وإكلينيكياً عبر مؤشر التغير الموثوق (RCI) الذي أكد حدوث تحسن إكلينيكي لدى المشاركين.

كما أشارت نتائج المتابعة إلى استمرارية التحسن لدى المشاركين حتى بعد مرور فترة زمنية من انتهاء البرنامج، مما يعكس ثبات الأثر العلاجي وديمومته ويؤكد على جدوى الدمج بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام.

## **Study Abstract:**

This study aimed to investigate the effectiveness of a proposed cognitive-behavioral therapeutic program in reducing obsessive-compulsive disorder symptoms among a sample of individuals affected by the COVID-19 pandemic.

The program consisted of twelve therapeutic sessions conducted over three months, with one weekly session lasting one and a half hours each. The program integrated cognitive-behavioral therapy techniques, including psychoeducation, relaxation exercises, thought records, and self-monitoring, with techniques derived from Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which encompassed experiential acceptance, cognitive defusion, self-as-context, mindfulness, identification of personal values, and behavioral commitment. The study sample comprised six individuals diagnosed with obsessive-compulsive disorder using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), alongside the diagnostic criteria specified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

The study employed a quasi-experimental design, with assessments conducted at three time points: before the initiation of the therapeutic program, immediately after its completion, and during the subsequent follow-up period.

The results demonstrated tangible effectiveness of the therapeutic program in reducing obsessive-compulsive symptoms, verified at three levels: statistically, using paired samples t-test, which revealed statistically significant differences between measurements; practically, through effect size calculation using Cohen's *d*, which indicated a substantial practical impact of the program; and clinically, through the Reliable Change Index (RCI), which confirmed meaningful clinical improvement among participants.

Furthermore, follow-up results indicated sustained therapeutic improvement among participants even after a period following program completion, reflecting the stability and durability of the therapeutic effect and confirming the efficacy of integrating cognitive-behavioral therapy techniques with Acceptance and Commitment Therapy techniques.

## فهرس المحتويات

	شكر وعرهان
	إهداء
	ملخص الدراسة بالعربية
	ملخص الدراسة بالإنجليزية
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
	المقدمة
6	1. اشكالية الدراسة
11	2. فرضيات الدراسة
12	3. أهداف الدراسة
12	4. أهمية الدراسة
13	5. دواعي اختيار البحث من قبل الباحثة
14	6. الدراسات السابقة
14	1.6 الدراسات الأجنبية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري
17	2.6 الدراسات العربية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري
18	3.6 التعقيب على دراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري

19	4.6 الدراسات الأجنبية حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري
20	5.6 الدراسات العربية حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري
23	6.6 التعقيب على دراسات فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري
24	7.6 الدراسات الأجنبية حول تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري
27	8.6 الدراسات العربية حول تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري
31	9.6 التعقيب على دراسات تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري
32	7. التعريف بمصطلحات الدراسة
<b>الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي</b>	
تمهيد	
35	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive behaviour therapy)
37	2. الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي (The first wave of cognitive-behavioral therapy)
37	1.2 العلاج السلوكي (Behavioural therapy)
37	1.1.2 السلوكية الكلاسيكية (Classical behaviorism)
39	2.1.2 السلوكية الجديدة (Neo behaviorism)
39	3.1.2 السلوكية الاجتماعية (social behaviorism)
40	2.2 مبادئ العلاج السلوكي
40	3.2 أهم التقنيات العلاجية السلوكية
42	3. الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي (The second wave of cognitive-behavioral therapy)
42	1.3 العلاج المعرفي (Cognitive therapy)

44	1.1.3 قائمة التشوّهات المعرفية
46	2.1.3 مبادئ العلاج المعرفي لبيك
46	2.3 العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي (Rational Emotive-behavioral therapy)
47	1.2.3 نموذج (ABC) للعلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
48	2.2.3 قائمة المعتقدات اللاعقلانية حسب ألبرت إيس
48	3.2.3 مبادئ العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
49	3.3 العلاج بالمخططات المعرفية (Cognitive schema therapy)
50	1.3.3 مفهوم المخططات اللاتكيفية (المختلة) المبكرة
51	2.3.3 جذور نشأة المخططات المبكرة اللاتكيفية
51	3.3.3 مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية
54	4.3.3 مبادئ العلاج بالمخططات المعرفية
55	4.3 أهم التقنيات العلاجية المعرفية
56	4. الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية (The third wave of cognitive-behavioral Therapy)
56	1.4 العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavioural Therapy)
57	1.1.4 مبادئ العلاج الجدلي السلوكي
58	2.1.4 تقنيات العلاج الجدلي السلوكي
59	2.4 العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment therapy)
60	1.2.4 نظرية الإطار العلائقي (Relational Frame Theory)
61	2.2.4 النظرية السياقية الوظيفية (Functional contextual theory)
62	3.2.4 أهداف ومبادئ العلاج بالتقبل والالتزام

63	4.2.4 مفاهيم العلاج بالتقبل والالتزام
67	6.2.4 تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام
	خلاصة
	<b>الفصل الثالث: اضطراب الوسواس القهري</b>
	تمهيد
76	1. تاريخ اضطراب الوسواس القهري
80	2. تعاريف اضطراب الوسواس القهري
84	3. أنواع اضطراب الوسواس القهري
85	4. أسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري
87	5. أعراض اضطراب الوسواس القهري
	6. المعايير التشخيصية للإصابة باضطراب الوسواس القهري حسب الدليل الإحصائي
88	الخامس المعدل (DSM-5-TR)
89	7. النظريات المفسرة للإصابة باضطراب الوسواس القهري
92	8. علاجات اضطراب الوسواس القهري
96	9. مآل اضطراب الوسواس القهري
	خلاصة
	<b>الفصل الرابع: جائحة كورونا (COVID-19)</b>
	تمهيد
100	1. النشأة والتطور التاريخي لفيروس كورونا
100	2. تعريف فيروس كورونا

101	3. أعراض الإصابة بفيروس كورونا
102	4. طرق انتقال العدوى بفيروس كورونا
102	5. التأثيرات النفسية لجائحة كورونا
103	6. الآثار النفسية للحجر الصحي والعزلة الاجتماعية
	خلاصة
	<b>الفصل الخامس: الجانب المنهجي والتطبيقي</b>
	تمهيد
108	1. منهج الدراسة
109	2. متغيرات الدراسة
109	3. عينة الدراسة
110	4. الدراسة الاستطلاعية
112	5. الدراسة الأساسية وحدودها
113	6. أدوات الدراسة
121	7. إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي
125	8. العرض الكيفي للحالات
155	9. الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة
	<b>الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها</b>
	تمهيد
160	1. اختبار اعتدالية توزيع البيانات لمتغيرات الدراسة
161	2. الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة

162	3. اختبار الفروق بين المتوسطات (t test) لمتغيرات الدراسة
169	4. حساب حجم الأثر (Cohen's d) لمتغيرات الدراسة
170	5. حساب مؤشر التغير الموثوق (RCI)
173	6. ملخص النتائج
175	7. استنتاج عام
185	خاتمة
186	مقترحات
187	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

## فهرس الجداول

41	الجدول رقم (1) يوضح أهم التقنيات العلاجية السلوكية
55	الجدول رقم (2) يوضح أهم التقنيات العلاجية المعرفية
84	الجدول رقم (3) يلخص أنواع الوسواس القهري المتعارف
114	الجدول (4) يمثل أبعاد الوسواس القهري
114	الجدول (5) يمثل درجات وشدة اضطراب الوسواس القهري
115	الجدول (6) يمثل قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ للمقياس
115	الجدول (7) ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له
117	الجدول (8) يمثل التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام المستخدمة في البرنامج العلاجي
121	الجدول (9) يمثل محتوى جلسات البرنامج العلاجي
128	الجدول (10) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الأولى
133	الجدول (11) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الثانية
138	الجدول (12) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الثالثة
143	الجدول (13) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الرابعة
147	الجدول (14) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الخامسة
152	الجدول (15) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة السادسة
160	الجدول (16) تحديد اعتدالية توزيع بيانات الدراسة
161	الجدول (17) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الوسواس القهري في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، التتبعي)

161	الجدول (18) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار الوسواسية في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، التتبعي)
162	الجدول (19) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفعال القهرية في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، التتبع)
162	الجدول رقم (20) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الوسواس القهري تبعا للقياس (قبلي / بعدي)
163	الجدول رقم (21) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الوسواس القهري تبعا للقياس (بعدي / تتبعي)
164	الجدول رقم (22) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الوسواس القهري تبعا للقياس (قبلي / تتبعي)
165	الجدول رقم (23) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في أعراض الأفكار الوسواسية تبعا للقياس (قبلي / بعدي)
165	الجدول رقم (24) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفكار الوسواسية تبعا للقياس (بعدي / تتبعي)
166	الجدول رقم (25) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفكار الوسواسية تبعا للقياس (قبلي / تتبعي)
167	الجدول رقم (26) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعا للقياس (قبلي / بعدي)
168	الجدول رقم (27) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعا للقياس (بعدي / تتبعي)
168	الجدول رقم (28) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعا للقياس (قبلي / تتبعي)
169	الجدول (29) يوضح كيفية تفسير قيمة كوهين
172	الجدول (30) يوضح درجات القطع للحالات (درجات الوسواس القهري)
172	الجدول (31) يوضح درجات القطع لكل الحالات (درجات الأفكار الوسواسية)
173	الجدول (32) يوضح درجات القطع لكل الحالات (درجات الأفعال القهرية)

## فهرس الأشكال

67	الشكل (1) نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي
86	الشكل (2) عوامل الخطر المتعددة التي من المرجح أنها تساهم في الإصابة باضطراب الوسواس القهري
154	الشكل (3) منحنى بياني درجات الوسواس القهري والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية في القياس القبلي/البعدي/التتبعي لدى الحالات الستة

## فهرس الملاحق

الملحق (1) الخصائص السيكومترية لمقياس الدراسة (الصدق والثبات)

الملحق (2): جداول المعالجة الإحصائية (الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة)

الملحق (3): جداول اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة

الملحق (4): جداول اختبارات (t test) لمتغيرات الدراسة

الملحق (5): مقياس بيل براون للوسواس القهري

الملحق (6): استمارة تحكيم البرنامج

الملحق (7): قائمة الأساتذة والمختصين المحكمين للبرنامج العلاجي

الملحق (8): وثيقة التعاقد

الملحق (9): دليل المقابلة

الملحق (10): ورقة عمل تسجيل الملاحظات

الملحق (11): نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي

الملحق (12): تقنيات التقبل الشائعة

الملحق (13): الاندماج المعرفي مقابل فك الاندماج

الملحق (14): تمرين التمركز ببساطة

الملحق (15): تمرين تمركز في قلبك

الملحق (16): ورقة عمل تسجيل الأنشطة التي تمت بيقظة ذهنية

الملحق (17): متجر القيم

الملحق (18): ماهي القيم؟

الملحق (19): ورقة عمل لتحديد الأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم

الملحق (20): ورقة عمل لتسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف السلوكية

الملحق (21): الاستعارات العلاجية

## المقدمة

شهد العالم خلال السنوات الأخيرة تحولات عميقة وغير مسبوقه مست مختلف مجالات الحياة الإنسانية، كان أبرزها انتشار جائحة كورونا (COVID-19) التي شكلت حدثاً عالمياً استثنائياً أثر بشكل مباشر على الأنظمة الصحية، وأحدث اضطراباً واسعاً في البنى الاقتصادية والاجتماعية، كما امتدت تداعياته بشكل واضح إلى الصحة النفسية للأفراد والمجتمعات على حد سواء.

فقد ساهمت حالة عدم اليقين المرتبطة بالجائحة، والخوف من العدوى، والإجراءات الوقائية الصارمة مثل الحجر الصحي والعزلة الاجتماعية، في ارتفاع مستويات الضغط النفسي والقلق، وزيادة معدلات الاضطرابات النفسية أو تفاقمها لدى الأفراد الذين يعانون منها مسبقاً.

وفي هذا السياق، برز اضطراب الوسواس القهري كأحد الاضطرابات النفسية التي تأثرت بشكل ملحوظ بهذه الظروف الاستثنائية، نظراً لطبيعته القائمة على القلق والأفكار الطفلية والسلوكيات القهرية المتكررة، حيث يتميز هذا الاضطراب بوجود أفكار وسواسية احتمالية وغير مرغوب فيها تسبب للمصاب شعوراً شديداً بالقلق والتوتر تدفعه إلى القيام بسلوكيات قهرية متكررة بهدف تخفيف هذا القلق أو منع حدوث ضرر متخيل، إلا أن هذه السلوكيات غالباً ما تؤدي إلى تعزيز دائرة الاضطراب واستمراره، مما يعكس سلباً على جودة الحياة والصحة النفسية والتكيف الاجتماعي للمصابين.

وقد ساهمت جائحة كورونا في إعادة تنشيط أو تفاقم العديد من مظاهر هذا الاضطراب، خصوصاً تلك المرتبطة بالتلوث والنظافة والخوف من العدوى، حيث لوحظ ارتفاع في السلوكيات القهرية مثل الغسل المفرط لليدين، والتعقيم المتكرر، وتجنب المواقف الاجتماعية، إضافةً إلى الانشغال المفرط بمتابعة الأخبار الصحية والإحصاءات المتعلقة بعدد الإصابات والوفيات، كما صاحب ذلك ارتفاع في مستويات القلق العام، والشعور بالتهديد المستمر، والمخاوف المرتبطة بالمستقبل والصحة والموت، مما جعل هذه الفترة بيئة خصبة لظهور أو تفاقم أعراض الوسواس القهري.

وفي مقابل هذا التعقيد الإكلينيكي، شهد مجال العلاج النفسي تطوراً ملحوظاً، حيث يُعد العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) من أكثر المقاربات العلاجية فعالية وانتشاراً في علاج اضطراب الوسواس القهري، وذلك من خلال تركيزه على تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، وتغيير أنماط السلوك غير التكيفية، وقد أثبتت العديد من الدراسات فعاليته في تقليل شدة الأعراض وتحسين مستوى التكيف لدى المرضى.

ومع تطور العلاجات النفسية، ظهرت الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، والتي يُعد من أبرزها العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) الذي يمثل تحولاً نوعياً في مقاربة الاضطرابات النفسية، حيث يركز على تعزيز المرونة النفسية، وتقبل الخبرات الداخلية غير المرغوبة بدل مقاومتها أو محاولة التحكم فيها، مع توجيه الفرد نحو الالتزام بالقيم الشخصية والسلوك الهادف رغم وجود الأعراض. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن كلاً من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام يتمتعان بفعالية معتبرة في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري، غير أن الممارسة الإكلينيكية تشير إلى أن بعض الحالات لا تحقق استجابة علاجية مستقرة على المدى الطويل عند الاعتماد على تدخل واحد فقط، حيث تبقى احتمالية الانتكاس أو استمرار بعض الأعراض قائمة، خاصة في ظل الضغوط النفسية الشديدة أو الظروف الاستثنائية مثل جائحة كورونا.

ومن هنا تبرز أهمية التفكير في مقاربة علاجية أكثر تكاملاً، تقوم على الدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام، بهدف تعزيز الفعالية العلاجية وتحقيق نتائج أكثر استقراراً واستدامة.

ورغم التقدم الكبير في دراسة كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام بشكل منفصل، إلا أن الأدبيات العلمية تشير إلى وجود نقص نسبي في الدراسات التي تناولت الدمج بين هذين التوجهين العلاجين في علاج اضطراب الوسواس القهري، خاصة في سياقات ضاغطة مثل جائحة كورونا، وكذلك في البيئات العربية عمومًا والجزائرية خصوصًا، مما يشكل فجوة بحثية تستدعي الدراسة والتحليل.

وبناءً على ذلك، تنطلق هذه الدراسة من محاولة استكشاف فعالية برنامج علاجي يجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا، وذلك بهدف الإسهام في تطوير الممارسة الإكلينيكية وتحسين جودة التدخلات العلاجية الموجهة لهذا الاضطراب.

ولتحقيق هذه الأهداف، تم تقسيم هذه الأطروحة إلى عدة فصول، حيث يتناول الفصل الأول الإطار العام للدراسة من خلال عرض الإشكالية والفرضيات والأهداف والدراسات السابقة، بينما يعالج الفصل الثاني العلاج المعرفي السلوكي بمختلف تطورات ومداخله وكذلك العلاج بالتقبل والالتزام، في حين يتناول الفصل الثالث اضطراب الوسواس القهري من حيث التعريف والأسباب والأعراض والعلاج، ويخصص الفصل الرابع لجائحة كورونا وتأثيراتها النفسية أما الفصل المنهجي فيعرض إجراءات الدراسة وأدواتها، ويخصص الفصل الأخير لعرض النتائج ومناقشتها في ضوء الأدبيات السابقة.

الجانب النظري

# الفصل الأول

## الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

\_\_إشكالية الدراسة

\_\_فرضيات الدراسة

\_\_أهمية الدراسة

\_\_أهداف الدراسة

\_\_الدراسات السابقة

\_\_التعريف بمصطلحات الدراسة

## 1. إشكالية الدراسة

إن انتشار جائحة كورونا تسبب في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، حيث وجد الأشخاص أنفسهم أمام واقع جديد يفرض خطر الموت في كل يوم، ومع ازدياد عدد الإصابات، باتت احتمالية الإصابة بفيروس كورونا تزداد أكثر فأكثر سواء الإصابة المباشرة أو حتى إصابة الأشخاص المقربين وقد ساهم الإعلام من خلال نقل أعداد الإصابات والوفيات بشكل حصري في زيادة القلق والخوف لدى الأشخاص، بالإضافة للحجر الصحي الذي وضع الأفراد في معزل عن العالم إذ لم تكن هناك تفاعلات اجتماعية حقيقية، وتواصل فعال يخدم الحاجيات الإنسانية العميقة للتواصل والتفاعل والاحتكاك مع الآخر، ووجد الإنسان نفسه محاصراً من عدة جوانب وبازدياد الشائعات المرتبطة مع انتشار هذا الفيروس بات العالم يعيش في قلق دائم من المصير المجهول الذي ستعيشه البشرية.

عند انتشار الأوبئة والأمراض يواجه الأفراد مشكلة انعدام اليقين وما يترتب عليها من أعراض واضطرابات نفسية تنشأ من مواجهة المجهول، وهو ما يتسبب في تزايد مشاعر الخوف والقلق.

إن احتمال الإصابة بهذا الوباء يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي كما يؤدي إلى تفاقم المشكلات النفسية التي عانى منها الشخص سابقاً (أي الاضطرابات النفسية الموجودة قبل الوباء) نذكر منها: اضطرابات القلق، الإكتئاب، والوسواس القهري وغيرهم (القحطاني، 2019).

وعلى الرغم من كون أزمة كوفيد-19 هي في المقام الأول أزمة صحة جسدية، إلا أنها في واقعها تحمل بذور أزمة صحة نفسية كبيرة أيضاً، لقد تأثرت الصحة النفسية ورفاهية المجتمعات بأكملها بشدة بهذا الوباء، حيث انتشرت الاضطرابات النفسية على نطاق واسع و بدأ يشعر الكثير من الناس بالقلق بسبب الآثار الصحية المباشرة للفيروس وعواقب العزلة الجسدية، كما بات الكثيرون يخشون من العدوى والموت وفقدان أفراد الأسرة، تكشف بعض المسوحات الوطنية في عام 2020 عن ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية خلال كوفيد-19، صرحت الصين بازدياد عدد الاضطرابات النفسية بنسبة 15%، وصرحت الولايات المتحدة الأمريكية بازدياد عدد الاضطرابات النفسية بنسبة 43%، وتعد الازمات والشدائد بمثابة عامل خطر على الصحة النفسية، حيث أن أولئك الذين سبق لهم وأن تعرضوا لتجارب قليلة من القلق والضيق، قد يواجهون زيادة في شدة هذا القلق والضيق إبان انتشار الوباء، وأولئك الذين كانوا يعانون سابقاً من اضطراب نفسي معين ربما يعانون من تفاقم درجة هذا الاضطراب (United nations, 2020).

يعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات الذي تأثر المصابين به بشدة أثناء وبعد الجائحة، ويرجع ذلك لطبيعة هذا الاضطراب الذي يتميز بالقلق على مواضيع قد ترتبط بشكل مباشر مع الإصابة بالفيروس ففي دراسة

لـ (bennett, 2022) أبلغ 75% من الشباب المصابين بالوسواس القهري عن تفاقم أعراض الوسواس القهري لديهم ومن بين المرضى الذين أبلغوا عن زيادة الأعراض صرح ما يقارب 45% أن ازدياد الأعراض راجع إما لفيروس كوفيد19 أو الحجر الصحي والغلق، كما ارتفعت نسبة المصابين الذين يتلقون العلاج الدوائي من 31% إلى 69%.

وفي دراسة أخرى لـ (Wheaton& others, 2021) تم تطوير استطلاع عبر الانترنت للبحث في كيفية تأثير كوفيد 19 على المصابين باضطراب الوسواس القهري أفاد 76% بازدياد أعراض الوسواس القهري لديهم بعد الجائحة.

يعتبر الوسواس القهري اضطراب سلوكي ومعرفي يرتبط بالقلق، يختبر فيه المصاب هواجس متكررة تستغرق ما لا يقل عن ساعة في اليوم وتسبب له إعاقة كبيرة، وهو يتميز إما بوسواس قهري، أو أفعال قهريّة أو كليهما معاً، وتتمثل الوسواس القهري في: أفكار وصور أو نبضات تطفلية متكررة وراسخة لا يستطيع المصاب التحكم فيها، وتظهر في الغالب بصورة غير عقلانية، أما الأفعال القهريّة فتتمثل في: سلوكيات متكررة يشعر فيها الفرد بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية، أو لمنع حدوث مشكلة ما.

ويبدأ هذا الاضطراب إما قبل سن العاشرة أو في مرحلة البلوغ أو الرشد وقد وصف الاضطراب لدى الأطفال في سن صغيرة تصل إلى سنتين.

ويظهر نموذج الأعراض متشابهاً عبر الثقافات، وهو اضطراب شائع أكثر بين النساء، ويعد اضطراباً مزمنياً (جونسون وآخرون، 2017).

إن الخبرة الأساسية في اضطراب الوسواس القهري هي الخوف، حيث يفكر المصاب بالوسواس القهري بشكل وسواسي في خوف معين ما يجعله يحاول تجنبه بكل الطرق تشمل مواضيعه الخوف من: الجراثيم والتلوث، الفوضى والنسيان، إلحاق الأذى بالذات والآخرين والأخلاق، الأفكار المحرمة المرتبطة بالجنس والدين، الأفكار العدوانية تجاه الذات أو الآخر وغيرهم، وعندما يواجه الشخص المصاب موقفاً يثير الخوف الوسواسي فإنه يحاول السيطرة عليه من خلال سلوك أمان أو طقس قهري، كالتنظيف المفرط وغسل اليدين، ترتيب الأشياء بطريقة معينة، ومراجعة الأشياء بشكل متكرر والتحقق منها (مكاي وآخرون، 2022).

وغالباً ما يشعر المعالج النفسي بالإحباط بسبب التعقيدات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري نتيجة للمواضيع التي لا حصر لها المسببة للهواجس في هذا الاضطراب، بداية من هواجس النظافة والتي تعتبر من الهواجس الشائعة جداً في اضطراب الوسواس القهري، والتي تعبر عن انزعاج لا يمكن التغلب عليه مرتبط بالتلوث سواء بالجراثيم أو الأمراض والقذارات ما يسبب طقوس قهريّة مرتبطة بالتنظيف والفحص الطبي والتحقق من المرض، وكذلك

هواجس ارتكاب الأخطاء والتي تمثل الموضوع الثاني الأكثر شيوعاً، وتعلق بمخاوف من ارتكاب الأخطاء والنسيان مثل : نسيان إغلاق الباب أو الغاز، أو مخاوف عدم الفهم أو سوء القراءة، حيث يتعلق الخوف لدى المصاب بمخشيته من التسبب في كارثة بسبب الفوضى أو الإهمال وعدم الدقة يتبعه الفحص المفرط للأشياء والموقف والترتيب القهري (sauteraud, 2005).

كما توجد هواجس أخرى مثل : هواجس فقدان السيطرة وهي تتضمن مخاوف بشأن الخروج عن السيطرة، إما عقلياً أو جسدياً وتشمل أفكار مثل اعتقاد المصاب بأنه سيصاب بالجنون أو يفقد الاتصال بالواقع، أو قد يقول أو يفعل شيئاً دون رقابة منه، وهناك نوع آخر من الهواجس يرتبط بمخاوف الأذية، حيث يقلق المصاب من قدرته على إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين وترتبط الأفعال القهرية في هذا النوع بتجنب قراءة الأخبار التي تتحدث عن الجرائم والابتعاد عن أفراد العائلة خوفاً من أذيتهم بأي شكل وتجنب استخدام الأدوات الحادة والأشياء التي قد تسبب ضرراً.

يوجد نوع آخر من الهواجس والذي يعد نوعاً شائعاً هو الآخر ويتمثل في مخاوف الميول الجنسية، ويعاني المصاب بهذا النوع من مخاوف حول توجهه الجنسي، حيث تراوده شكوك حول انجذابه الجنسي رغم عدم وجود أي أدلة على انجذابه إلى نفس جنسه أو كونه مثلياً، وترتبط الأفعال القهرية في هواجس الميول الجنسية بالتحقق الدائم من الانجذاب والإثارة مع الآخرين، كما نجد أيضاً هواجس ترتبط بالأخلاق والأعراف الدينية، حيث يعتقد المصاب بهذا النوع من الوسواس أنه قد يكون شخص غير أمين وسيء أخلاقياً، أو هو شخص غير طيب وسيعاقبه الله، ومن أهم الأفعال القهرية المرتبطة بهذا النوع من الهواجس هي أداء الصلاة وقراءة الأذكار بشكل متكرر، ونجد أيضاً بعض الهواجس التي تتعلق بالعلاقة حيث يشك المصاب في إخلاصه وإخلاص شريكه يتبعه أفعال قهرية تشمل التحقق من إخلاص الشريك ومدى الانجذاب العاطفي والجسدي له (mazza, 2020).

لقد اعتبر الوسواس القهري لسنوات عدة أحد أعقد الاضطرابات النفسية، وقد أدى التقدم في العلاجات المعرفية السلوكية و الفارماكولوجية في العقدين الأخيرين إلى تحسن مآل المرضى بشكل كبير، ويعد العلاج المعرفي السلوكي الذي يدمج بين العلاجين السلوكي والمعرفي هو الآخر من العلاجات الفعالة لاضطراب الوسواس القهري ، ويجدر بنا الإشارة لكون العلاج المعرفي السلوكي مصطلح شامل يتضمن عدداً من الأساليب العلاجية كالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج ما وراء المعرفي، والعلاج بالتقبل والالتزام، والعلاج الجدلي السلوكي وغيرهم، وتختلف كل هذه المناحي العلاجية في التركيز المتباين على المبادئ والتقنيات المعرفية في مقابل السلوكية، ولكنها جميعاً تسعى لاستبدال السلوكيات والانفعالات والأفكار غير التكيفية بأخرى أكثر تكيفاً.

لقد ركز العلاج المعرفي في بداياته -لأرون تي بيك- على البحوث المتعلقة بالاكتئاب فقط وفي العقود الثلاثة الأخيرة توسع هذا النهج أكثر فأكثر ليشمل عدداً من الاضطرابات الأخرى كاضطرابات القلق والوسواس القهري، إدمان المواد المخدرة، اضطرابات الطعام والذهان، وتغير ليصبح تحت مسمى العلاج المعرفي السلوكي، وعلى الرغم من الاختلاف الظاهري بين أساليبه العلاجية فإن حجر الزاوية في العلاج المعرفي السلوكي يتجلى أساساً في عبارة: تؤثر الطريقة التي نفكر بها على الطريقة التي نشعر بها (نينا & درايدن، 2019).

نشأ العلاج المعرفي السلوكي باعتباره نهجاً نشطاً يركز على المشكلات وبشكل محدود زمنياً، حيث تركز التدخلات العلاجية على فكرة أن أنماط التفكير التي تعتبر مشكلة ساهمت في ظهور الأعراض النفسية وتفاقمها، وقد صممت التدخلات المعرفية السلوكية لتكون استراتيجية، فهدفها يكمن في تحويل تفكير المفحوصين من التفكير السلبي المفرط والمبالغ فيه إلى التفكير الدقيق والمتوازن، وعلى الرغم من أن البنات المعرفية حظيت باهتمام كبير ولا تزال تحظى بأهمية مركزية في تفسير الأعراض النفسية، إلا أنه لا يمكن تجاهل دور التفسيرات والتدخلات السلوكية للأعراض النفسية، وقد بدأ استخدام عبارة العلاج المعرفي السلوكي من قبل المختصين مع التأكيد على الأهمية المتساوية نسبياً للإدراك والسلوك في فهم وعلاج الاضطرابات النفسية، ويعتبر الكثير من المختصين أن المراحل الأولى للسلوكية الكلاسيكية تعد بمثابة الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي، فيما يُعتبر النهج المعرفي بمثابة الموجة الثانية للعلاجات المعرفية السلوكية، وقد وصل المجال حالياً إلى ما يسمى بالموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، و تتميز الموجة الثالثة عن باقي موجات العلاج المعرفي السلوكي بميزتين أساسيتين:

(أ) التركيز على الوظيفة، أي وظيفة الأفكار والسلوكيات بدلاً من تعديل محتوى الفكر.

(ب) التقبل للوعي والعقل، بدلاً من التركيز على المعرفة والإدراك، إضافة للتغيير السلوكي من أجل تغيير الأعراض (Wenzel, 2021).

يُعد العلاج بالتقبل والالتزام الذي طوره -ستيفن هايز- سنة 1982 أحد علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، وهو علاج فعال لمجموعة متنوعة من الاضطرابات من بينها الوسواس القهري، ويختلف العلاج بالتقبل والالتزام عن بقية العلاجات المعرفية السلوكية في كونه لا يعمل على تغيير طريقة التفكير في حد ذاتها وإنما تغيير العلاقة مع الأفكار، ويعد تطبيقاً لنظرية الإطار العلائقي وهي نظرية للغة البشرية وضعها ستيفن هايز وتشير لكون الأشخاص يميلون لوضع علاقات وروابط بين الأشياء والمفاهيم وهي قدرة إنسانية فريدة تجعل من العمليات كالتفكير والتحليل والتخيل والتقييم والتخطيط وحل المشكل تعتمد أساساً على اللغة، وهذه اللغة تشمل بدورها شقين أحدهما إيجابي والآخر سلبي، والذي يشمل وضع الأحكام والقواعد والنقد ما يسبب مختلف المشاكل و الاضطرابات النفسية، وقد تأسست نظرية الإطار العلائقي وكذلك العلاج بالتقبل والالتزام على فلسفة علمية تسمى بالسياقية

الوظيفية، والتي تشير لكون كل تصرف له سياق معين وظروف معينة بحيث لا يمكن تعميمه وفهمه إلا ضمن ذلك السياق الذي حدث فيه، لذلك في العلاج بالتقبل والالتزام يتم التركيز على وظيفة السلوك في السياق بدلاً من السلوك نفسه (مكاي وآخرون، 2022).

والعلاج بالتقبل والالتزام جوهره هو علاج سلوكي إذ تمتد جذوره للمدرسة السلوكية، الهدف الرئيسي منه هو زيادة المرونة النفسية لدى الفرد المصاب بأي من الاضطرابات النفسية ونعني بمفهوم المرونة النفسية زيادة قدرة المرء على اتخاذ إجراءات واعية وموجهة نحو القيم ويحدث هذا من خلال نموذج المرونة النفسية الذي يشتمل على ست عمليات أساسية هي: الإتصال باللحظة الراهنة، فك الاندماج المعرفي، والتقبل التجريبي والذات كسياق، القيم والفعل الملتزم (بينيت & أوليفر، 2020).

تشير الكثير من الدراسات إلى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري ففي دراسة لـ (Twohig, 2010) بعد 8 جلسات من العلاج بالتقبل والالتزام والتدريب على الاسترخاء على عينة قوامها 79 شخصاً تم التوصل لفعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التقليل من شدة أعراض الوسواس القهري.

وفي دراسة أخرى لـ (Capel et al, 2022) بعد تطبيق برنامج علاجي مكثف قائم على العلاج بالتقبل والالتزام والتعرض ومنع الاستجابة على 8 أفراد مصابين بالوسواس القهري لمدة 15 ساعة في الأسبوع، تم التوصل في غضون شهر واحد لفعالية العلاجين إذ انخفض متوسط الأعراض بنسبة 58%.

وفي دراسة أخرى لـ (Won Lee et al, 2023) تلقى 64 مريضاً يعانون من الوسواس القهري برنامج علاجي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام مكون من 8 جلسات، وبعد تطبيق القياس البعدي كان هناك انخفاض كبير في جميع أبعاد الوسواس القهري.

من خلال الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة حاولت الباحثة الدمج بين مجموعة من التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام، لأنه وبالرغم من وفرة الدراسات التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري إلا أن الدراسات التي دجت بينهما لاتزال محدودة نوعاً ما، انطلاقاً من هذه المعطيات حاولت الباحثة بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لخفض أعراض

الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا وعليه نطرح التساؤلات التالية:

هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في خفض أعراض الوسواس القهري لدى العينة؟

هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في خفض الأفكار الوسواسية لدى العينة؟

هل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في خفض الأفعال القهرية لدى العينة؟

## 2. فرضيات الدراسة

### 1.2 الفرضية العامة:

-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في خفض أعراض الوسواس القهري لدى العينة.

### 2.2 الفرضيات الجزئية:

تمت صياغة الفرضيات الجزئية التالية للإجابة عن تساؤلات الدراسة:

توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس البعدي والقياس القبلي.

توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس القبلي والقياس التبعي لصالح القياس القبلي.

توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس البعدي والقياس التبعي.

توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس القبلي والقياس التبعي لصالح القياس القبلي.

توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس البعدي والقياس التبعي.

– توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس القبلي والقياس التتبعي لصالح القياس القبلي.

### 3. أهداف الدراسة

– تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى العينة.

– تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض الأفكار الوسواسية لدى العينة.

– تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض الأفعال القهرية لدى العينة.

### 4. أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى تطوير تدخلات نفسية فعالة لمساعدة الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري، خاصة أولئك الذين تأثروا بتبعات جائحة كورونا التي ساهمت في زيادة حدة أعراض الوسواس القهري لديهم.

تتمثل أهمية هذا البحث فيما يلي:

– الاستجابة لحاجة واقعية في الميدان العيادي من خلال إعداد برنامج علاجي متكامل موجه لفئة المصابين باضطراب الوسواس القهري المتضررين من جائحة كورونا.

– تقديم نموذج علاجي يجمع بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام (ACT)، وهو توجه حديث نسبياً في البيئة العربية والجزائرية، مما يساهم في توسيع القاعدة المعرفية والممارسات العلاجية.

– إثراء الأدبيات العلمية في مجال علم النفس العيادي ببحث تطبيقي يسعى إلى تقييم فعالية هذا الدمج العلاجي على المستويين الإحصائي والإكلينيكي.

– توفير برنامج علاجي جاهز للتطبيق يمكن أن يستفيد منه الأخصائيين النفسيين في المؤسسات العلاجية والمراكز النفسية، بما يساهم في تحسين جودة التكفل العلاجي بالمصابين باضطراب الوسواس القهري.

كما تساهم هذه الدراسة في الحد من المعاناة النفسية التي خلفتها جائحة كورونا، وتعزيز جودة الحياة لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري في المجتمع الجزائري.

## 5. دواعي اختيار البحث من قبل الباحثة

جاء اختيار هذا الموضوع استجابةً لجملة من الدوافع العلمية والعملية، من أبرزها ما يلي:

- الحاجة إلى التكفل النفسي بالفئة المتضررة من جائحة كورونا، وخاصة المصابين باضطراب الوسواس القهري الذين شهدوا تفاقماً ملحوظاً في أعراضهم خلال فترة الجائحة، مما يستدعي إعداد برنامج علاجي متخصص يساعدهم على التكيف واستعادة توازنهم النفسي.

- ما خلفته جائحة كورونا من آثار نفسية عميقة، إذ ساهمت في رفع مستويات القلق والخوف لدى الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري.

- قلة الدراسات العربية والجزائرية التي تناولت اضطراب الوسواس القهري في سياق جائحة كورونا، والمساهمة في فهم أعمق لتداعيات الجائحة على الصحة النفسية.

- الرغبة في إثراء ميدان علم النفس العيادي من خلال دراسة تطبيقية تدمج بين العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج بالتقبل والالتزام (ACT)، بما يعزز من التوجهات الحديثة في الممارسة العلاجية ويدعم فعالية النماذج العلاجية القائمة على الأدلة.

- المساهمة في تطوير أدوات علاجية عملية يمكن أن يعتمدها الأخصائيين النفسيين في المؤسسات العلاجية والمراكز النفسية للتكفل بالمصابين باضطراب الوسواس القهري، خاصة في الأزمات الصحية المشابهة.

## 6. الدراسات السابقة

### 1.6 الدراسات الأجنبية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري:

\_\_دراسة تاندو وآخرون (Tundo et al, 2009) فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع المرضى الغير مستجيبين للعلاج الدوائي المصابين بالوسواس القهري:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع المرضى الغير مستجيبين للعلاج الدوائي المصابين بالوسواس القهري، حيث تم معالجة المرضى الغير مستجيبين للعلاج الدوائي (مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين) بالعلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للتعرض ومنع الاستجابة وقد تم اجراء الدراسة بعيادة متخصصة في اضطرابات القلق والمزاج لمدة 12 شهر، على عينة قوامها 36 فرد، تتراوح أعمارهم بين 18 و65 سنة، كما تم تقييم أعراض الوسواس القهري (القياس القبلي) من خلال تطبيق مقياس ييل براون للوسواس القهري ومقياس الانطباعات السريرية لقياس شدة المرض، والمستوى العام للأداء الوظيفي، ترك 12 مريضاً التجربة قبل انتهائها، وأظهرت نتائج القياس البعدي تحسناً ملحوظاً حتى خلال فترة المتابعة وتحسن 16 مريض بشكل كبير.

\_\_دراسة هاياشيدا (Hayashida, 2011) فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في التخفيف من أعراض الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في التخفيف من أعراض الوسواس القهري على عينة قوامها 343 مشارك، حيث تم البدء بتناول أدوية مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين ثم إضافة مضادات الذهان ثم العلاج المعرفي السلوكي، وتلقى المشاركون العلاج لمدة سنة واحدة، وأكمل العلاج 301 من المشاركين من أصل 343 مشارك، وبعد تطبيق القياس البعدي باستخدام مقياس ييل براون للوسواس القهري تم التوصل لفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

\_\_دراسة لافورس وآخرون (Lafors et al, 2016) فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتقنية التعرض ومنع الاستجابة، لدى 3 حالات يعانون من اضطراب الوسواس القهري:

هدفت الدراسة للتعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتقنية التعرض ومنع الاستجابة، لدى 3 حالات يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وقد تم استخدام منهج الحالة الواحدة، وبعد 12 جلسة توصلت النتائج لوجود تحسن ملحوظ لدى الحالات الثلاث.

ـ دراسة ريبس وآخرون (Rees et al, 2016) تقييم برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الإنترنت موجه بشكل ذاتي، لدى عينة من الشباب المصابين بالوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الإنترنت موجه بشكل ذاتي، لدى عينة من الشباب قوامها 132 مشارك، مصابين بالوسواس القهري تتراوح أعمارهم بين 12\_18 سنة، وقد اعتمد البرنامج على تقنية التعرض ومنع الاستجابة، وتم قياس شدة أعراض الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي وأظهرت نتائج القياس البعدي انخفاضاً كبيراً في أعراض الوسواس القهري.

ـ دراسة فرهودي وآخرون (Farhoodi et al, 2020) فعالية العلاج المعرفي السلوكي المبني على أساس التعرض ومنع الاستجابة للمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المبني على أساس التعرض ومنع الاستجابة للمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تم استخدام المنهج الشبه تجريبي بقياس قبلي وبعدي وتم تشخيص 60 مشارك بالوسواس القهري بواسطة مقياس ييل براون، قُسم المشاركون إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة لكل مجموعة 20 مشارك، وقد تم تطبيق البرنامج العلاجي على مدى 9 جلسات، مدة كل الجلسة 45 دقيقة لكل مجموعة تجريبية، أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي القائم على التعرض ومنع الاستجابة كان فعالاً في خفض أعراض الوسواس القهري لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة، تشير النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعد في خفض أعراض الوسواس القهري.

ـ دراسة إمامجومما وآخرون (Emamjomeh et al, 2021) فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتحفيز الكهربائي للجمجمة في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتحفيز الكهربائي للجمجمة في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة تتكون من 30 مشارك، تم انتقاؤهم بشكل غير عشوائي (بواسطة طريقة المعاينة المتاحة) وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة واحدة، استخدم المنهج الشبه تجريبي في الدراسة، وتم تطبيق استبيان المعتقدات الوسواسية، ومقياس بيك للاكتئاب، أظهرت نتائج القياس البعدي أن كلاً من التحفيز الكهربائي للجمجمة والعلاج المعرفي السلوكي يقللان من معتقدات الوسواس القهري والاكتئاب، وبين طريقة التحفيز الكهربائي للجمجمة والعلاج المعرفي السلوكي كان العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية في الحد من المعتقدات الوسواسية، أما التحفيز الكهربائي للجمجمة فكان أكثر فعالية في الحد من الاكتئاب.

دراسة جراجناني وآخرون (Gragnani et al, 2022) فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع المصابين بالوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع المصابين بالوسواس القهري، حيث تمت الدراسة على عينة قوامها 40 مصاباً بالوسواس القهري، وتم تقييم أعراض الوسواس القهري (القياس القبلي) باستخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري، وبعد 9 أشهر من العلاج أظهرت النتائج انخفاضاً في درجة أعراض الوسواس القهري بين القياسين القبلي والبعدي، وقد أبلغ 33 مشاركاً من أصل 40 مشارك عن تحسن الأعراض لديهم.

دراسة أرديما وآخرون (Aardema et al, 2022) فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتدخل القائم على الوعي (MBSR) مع اضطراب الوسواس القهري:

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتدخل القائم على الوعي (MBSR) على عينة عشوائية قوامها 111 مشاركاً مشخصين بالوسواس القهري، وتم استخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري في القياس القبلي، وتوصلت النتائج لانخفاض شدة أعراض الوسواس القهري لدى العينة دون فرق لصالح أي من العلاجات.

دراسة زادبار وآخرون (Zadbar et al, 2023) مقارنة فعالية العلاج بالتعرض الافتراضي والعلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فعالية العلاج بالتعرض الافتراضي و العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري، وقد تم استخدام المنهج الشبه تجربي بقياس قبلي وبعدي وتبعي، تكونت العينة من 45 مشاركاً، وتم تطبيق العلاج بالتعرض الافتراضي لمدة 12 جلسة (جلستان أسبوعياً مدتهما 8 دقائق ل3 أسابيع) والعلاج المعرفي السلوكي لمدة 12 جلسة (جلستان مدة كل واحدة منهما 45 دقيقة أسبوعياً، ل6 أسابيع) أظهرت نتائج الدراسة أن كلا العلاجين كان فعالين في التخفيض من أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعتين التجريبيتين.

دراسة غريك وآخرون (Gcek et al, 2023) فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الإنترنت على عينة من المصابين باضطراب الوسواس القهري:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الإنترنت على عينة قوامها 42 مشاركاً مصاباً باضطراب الوسواس القهري، تتراوح أعمارهم بين 18\_65 سنة، وقد تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين

حيث تم تطبيق مقياس أعراض الوسواس القهري ومقياس المعتقدات الوسواسية، ومقياس الاكتئاب ونوعية الحياة لكلا المجموعتين، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجات القياس البعدي على جميع المقاييس المطبقة، ما يعني فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي عبر الإنترنت في الحد من أعراض الوسواس القهري وأعراض الاكتئاب المصاحبة.

## 2.6 الدراسات العربية حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري:

ـ دراسة (حنور، 2016) فعالية العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز، وكذلك التعرف على مدى استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي وصلت إلى شهر، تكونت عينة الدراسة من (24) طالباً من طلاب جامعة الملك عبد العزيز وتراوحت أعمارهم بين (20 - 27 سنة) تم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (6) طلاب بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضا (6) طلاب ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تم استخدام مقياس اضطراب الوسواس القهري والمقابلة التشخيصية إعداد الباحث، والبرنامج السلوكي والبرنامج ما وراء المعرفي إعداد الباحث، جاءت النتائج تؤكد علي فعالية العلاج السلوكي وكذلك علاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري لدى العينة، كما أن استمرار فعالية كلا منهما بعد فترة المتابعة وصل إلى شهر، أشارت الدراسة إلى أن الجمع بين العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي كان أكثر كفاءةً وفعاليةً من استخدام كل منهما على حدة بعد فترة المتابعة.

ـ دراسة (فتحي محمد، 2020) الفروق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى عينة من طالبات كلية الآداب جامعة الفيوم :

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى عينة من طالبات كلية الآداب جامعة الفيوم، وكذلك التعرف على مدى استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي وصلت إلى شهر لدى المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة، وتكونت عينة الدراسة من (18) طالبة تراوحت أعمارهم بين (20\_23) سنة، وتم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلى ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (6)

طالبات، بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضا (6) طالبات ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس اضطراب الوسواس القهري (إعداد أبو هندي مؤمن 2006) مقياس الوصمة الاجتماعية (إعداد مسمح 2018) و استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي (اعداد عبد العزيز الشخص 2006) قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، البرنامج السلوكي و البرنامج السلوكي الجدلي من إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرامج العلاجية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما بعد تطبيق البرامج العلاجية، كما أشارت النتائج لوجود فروق دالة إحصائية في متوسط أداء المجموعات التجريبية الثلاث بين القياسين القبلي والبعدي، والقياسين القبلي والتتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية، وعدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي و عدم وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسات القبلي - البعدي -التتبعي على كل من مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس الوصمة الاجتماعية.

### 3.6 التعقيب على دراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب الوسواس القهري:

من خلال استعراض الدراسات السابقة نلاحظ أن الدراسات القائمة على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) قد أظهرت فعالية مع اضطراب الوسواس القهري سواء من خلال استخدام العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي مثلما أظهرت دراسة (Graghani et al, 2022) ودراسة (Gcek et al, 2023) أو من خلال دمج مع العلاج الدوائي (مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين) مثلما أظهرت دراسة (Hayashida, 2011) أو من خلال دمج مع بعض التقنيات السلوكية كالتعرض ومنع الاستجابة مثلما أظهرت كل من دراسة (Lafors et al, 2016) ودراسة (Tundo et al, 2009) ودراسة (Farhoodi et al, 2020) ودراسة (Zadbar et al, 2023) و دراسة (Rees et al, 2016) أو من خلال دمج مع العلاج بالتحفيز الكهربائي للجمجمة مثلما أظهرت دراسة (Emamjomeh et al, 2021) أو من خلال دمج مع علاجات أخرى تنتمي للموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية مثل العلاج ما وراء المعرفي (MCT) مثلما أظهرت دراسة (حنور، 2016) و العلاج القائم على الوعي (MBSR) مثل دراسة (Aardema et al, 2022) والعلاج الجدلي السلوكي (DBT) مثل دراسة (فتحي محمد، 2020) وتحاول الباحثة في هذه الدراسة الدمج بين العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج بالتقبل والالتزام (ACT) وهو أحد علاجات الموجة الثالثة لمعرفة مدى فعالية دمج العلاجان لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا.

#### 4.6 الدراسات الأجنبية حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري:

\_دراسة حبيب الله وسلطان زاداه (Habibollahi & Soltanizadeh, 2016) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المراهقات المصابات باضطراب تشوه الجسم:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المراهقات المصابات باضطراب تشوه الجسم حيث تم اختيار 30 طالبة بشكل عشوائي وتم تقسيمهم لمجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، تم تطبيق العلاج لمدة 8 جلسات، كما تم تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري المعدل لاضطراب تشوه الجسم، أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاضاً ملحوظاً في درجات الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

\_دراسة فيليب وشريان (Philip & Cherian, 2020) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري من خلال تقييم المقالات والمنشورات التي تم الحصول عليها من خلال عنوان وملخص المقال لـ 690 مقال: هدفت هذه الدراسة إلى إجراء بحث شامل، حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري من خلال تقييم المقالات والمنشورات التي تم الحصول عليها من خلال عنوان وملخص المقال ومن أصل 690 مقالة تم تقييمها، تم تضمين 16 مقالة في المراجعة، وقد أسفرت نتائج البحث عن كون العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري مع الحفاظ على نتائجه في التي تلي فترة العلاج، وكان العلاج بالتقبل والالتزام مشابهاً في فعاليته لكل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي.

\_دراسة زمستاني وآخرون (Zemestani et al, 2020) أثر إضافة العلاج بالتقبل والالتزام والتعرض مع منع الاستجابة للأفراد الذين تم تشخيص اصابتهم باضطراب الوسواس القهري الذين يخضعون للعلاج الدوائي بواسطة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر إضافة العلاج بالتقبل والالتزام والتعرض مع منع الاستجابة للأفراد الذين تم تشخيص اصابتهم باضطراب الوسواس القهري الذين يخضعون للعلاج الدوائي بواسطة مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، تكونت عينة الدراسة من 40 مشارك تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم تطبيق العلاج عليهم لمدة 12 جلسة بشكل أسبوعي وفردية، أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاضاً ملحوظاً في شدة أعراض الوسواس القهري استمر لمرحلة ما بعد العلاج، كما أظهرت انخفاضاً في التصلب النفسي.

\_\_دراسة غويتا وآخرون (Gupta et al, 2021) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري على عينة من المصابين باضطراب الوسواس القهري:

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري على عينة قوامها 15 مشارك، مصابين باضطراب الوسواس القهري وتم تطبيق القياس القبلي بواسطة مقياس ييل براون للوسواس القهري ومقياس الأداء الوظيفي وكشفت نتائج القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي عن تغيير في شدة أعراض الوسواس القهري مما يدل على فعالية العلاج.

\_\_دراسة بيربازاري وآخرون (Pirbazari et al, 2021) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الأعراض وزيادة جودة الحياة بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الأعراض وزيادة جودة الحياة بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتم إجراء الدراسة على عينة تكونت من 60 مشارك، تم انتقاؤهم بشكل عشوائي، وتم تقسيمهم لمجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطين، لهما تاريخ عائلي مرتبط مع الإصابة باضطراب الوسواس القهري، تلقت المجموعتين التجريبيتين 8 جلسات علاج بالتقبل والالتزام، وقد تم استخدام مقياس ييل براون للوسواس القهري ومقياس جودة الحياة، أظهرت نتائج القياس البعدي والتبعية أن العلاج بالتقبل والالتزام تسبب في انخفاض كبير في أعراض الوسواس القهري وزيادة كبيرة في جودة الحياة في حين أن تاريخ العائلة المرتبط بالإصابة باضطراب الوسواس القهري لم يكن له أي تأثير على فعالية العلاج.

\_\_دراسة ابراهيمي وآخرون (Ebrahimi et al, 2022) تقييم ومقارنة تأثير العلاج بالتقبل والالتزام ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين على شدة أعراض الاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم ومقارنة تأثير العلاج بالتقبل والالتزام ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين على شدة أعراض الاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من 27 مصاب باضطراب الوسواس القهري، و تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين (14 مشارك في مجموعة العلاج بالتقبل والالتزام و13 مشارك في العلاج الدوائي -مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين-) تم تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام ل8 جلسات مدة ساعة واحدة، كشفت نتائج القياس البعدي أن كلا العلاجين كان لهما تأثيرات كبيرة في تقليل درجة الاكتئاب، وزيادة جودة الحياة لدى المصابين بالوسواس القهري، واستمرت نتائج العلاج بعد 3 أشهر من المتابعة.

\_\_دراسة نارايان (Narayan, 2023) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري على عينة قوامها 20 مشارك، تم تقسيمهم لمجموعتين (مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية) وتم تطبيق برنامج العلاج بالتقبل والالتزام على العينة التجريبية، وكشفت النتائج التي تم الحصول عليها في القياس البعدي إلى أن هناك انخفاض ملحوظ في درجات أعراض الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يدل على فعالية العلاج.

\_\_دراسة أخوري وآخرون (Akhouri et al, 2023) تأثير العلاج بالتقبل والالتزام على المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ومقارنة تأثيره على أعراض الوسواس القهري والتحكم في التفكير والاندماج المعرفي والتقبل والفعل الملتزم والاكنتاب:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير العلاج بالتقبل والالتزام على المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ومقارنة تأثيره على أعراض الوسواس القهري والتحكم في التفكير والاندماج المعرفي والتقبل والفعل الملتزم والاكنتاب وتم تشخيص 62 مصاباً بالوسواس القهري بناء على المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري وفق (DSM5) كما تم تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري، ومقياس هاملتون للاكنتاب واستبيان التقبل والالتزام، واستبيان الاندماج المعرفي واستبيان التحكم المعرفي، وتم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية تراوحت أعمارهم بين 18 و60 سنة، أظهرت نتائج القياس البعدي فرقاً كبيراً بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث أشارت نتائج الدراسة لكون العلاج بالتقبل والالتزام علاج فعال للمصابين باضطراب الوسواس القهري مقارنة بالعلاجات المعتادة.

\_\_دراسة سعيدي وآخرون (Saeidi et al, 2023) ارنة فعالية العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج ما وراء المعرفي مع اضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة فعالية العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج ما وراء المعرفي مع اضطراب الوسواس القهري، وقد أجريت الدراسة على عينة تكونت من 45 مشارك مصابين باضطراب الوسواس القهري، وتم تقسيمهم لمجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، تلقت المجموعة التجريبية العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج ما وراء المعرفي لمدة 8 جلسات، وكشفت نتائج القياس البعدي أن العلاجين كانا فعالين في خفض أعراض الوسواس القهري لدى العينة، وكان للعلاج بالتقبل والالتزام التأثير الأكبر.

## 5.6 الدراسات العربية لفعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري:

\_\_دراسة (رأفات أحمد، 2020) فاعلية العلاج المعرفي بالتقبل والالتزام في تحسين مفهوم الذات، وخفض أعراض

اضطراب الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري المراجعين للشعبة النفسية في مشفى المواساة بدمشق:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي بالتقبل والالتزام في تحسين مفهوم الذات، و خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري المراجعين للشعبة النفسية في مشفى المواساة بدمشق، تم اختيار حالة مريضة منهم لتوثيق خطوات العلاج التي تم اتباعها وفق المنهج الكيفي، استُخدم في الدراسة برنامج علاجي يستند إلى المبادئ الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام من إعداد الباحثة، كما استُخدم مقياس تنسي لمفهوم الذات، ومقياس الصحة النفسية المعدل أظهرت النتائج فعالية العلاج بالتقبل والالتزام لدى حالة الوسواس القهري إذ انخفضت أعراض الاضطراب وتحسن مفهوم الذات لديها بعد تطبيق القياس البعدي.

\_\_دراسة (بوقفة، 2020) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري:

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم فعالية 12 جلسة علاجية تقوم على أسس العلاج بالتقبل والالتزام في علاج اضطراب الوسواس القهري تمثلت عينة الدراسة في 20 مشارك تراوحت أعمارهم بين (18-55 سنة) تم اختيارهم من بين العملاء الذين يراجعون مركز برايوري وليبين بدبي بالإمارات العربية المتحدة (10 أفراد) ومركز ماجيك للتدريب والتطوير والاستشارات النفسية باتنة الجزائر (10 أفراد) تم تشخيصهم من قبل الطبيب النفسي باضطراب الوسواس القهري وذلك طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس، كما تم تطبيق مقياس الوسواس القهري ليليل براون وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، ولقياس فعالية البرنامج العلاجي تم استخدام تصميم سلسلة زمنية قياس متكرر أين تم تطبيق على كل فرد من أفراد العينة ثلاث اختبارات نفسية: والمتمثلة في استبيان التقبل والفعل، مقياس تصديق أفكار ومشاعر القلق، ومقياس الوعي الكامل لفرينبورغ، توصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض أعراض الوسواس القهري والاندماج المعرفي بشكل ملحوظ، كما ارتفع مستوى الوعي والمرونة النفسية لدى أفراد العينة.

\_\_دراسة (محمد زاهر، 2022) فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب

الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، وتحقيقاً لهذا الهدف تم إجراء البحث على مجموعة تجريبية من طلاب الدراسات العليا بجامعة الزقازيق مرتفعي درجة استراتيجيات ضبط الفكر والوسواس الفكرية القهرية،

تكونت العينة من (6) طلاب (2 ذكور، 4 إناث) تراوحت أعمارهم بين (24-37 سنة) وتم تطبيق كل من استبيان استراتيجيات ضبط الفكر (ترجمة الباحثة) ومقياس الوسواس الفكرية القهرية (إعداد محمد أحمد سغفان) وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام (إعداد الباحثة) بواقع 18 جلسة ، أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على كل من استبيان استراتيجيات ضبط الفكر ومقياس الوسواس الفكرية القهرية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل، في حين لم توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات القياسين البعدي والتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر ومقياس الوسواس الفكرية القهرية وبذلك توضح نتائج البحث الحالي فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.

#### 6.6 التعقيب على دراسات فعالية العلاج بالقبول والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري:

من خلال استعراض الدراسات السابقة نلاحظ أن دراسات العلاج بالقبول والالتزام قد أظهرت فعالية مع اضطراب الوسواس القهري سواء من خلال استخدام العلاج بالقبول والالتزام بشكل فردي مثلما أظهرت دراسة:

(Habibollahi & Soltanizadeh, 2016) و دراسة (Gupta et al, 2021) ودراسة (Pirbazari et al, 2021) ودراسة (Narayan, 2023) ودراسة (Akhouri et al, 2023) و كل من دراسة (رأفات أحمد، 2020) (محمد زاهر، 2022) (بوقفة، 2020) أو من خلال دمج مع تقنية التعرض ومنع الاستجابة مثلما أظهرت دراسة: (Zemestani et al, 2020)، وأظهرت بعض الدراسات أن فعاليته كانت مشابهة للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي مثلما أظهرت دراسة: (Philip & Cherian, 2020) ودراسة (Ebrahimi et al, 2022) كما أظهرت بعد الدراسات أن فعاليته كانت مشابهة لفعالية العلاج ما وراء المعرفي مثل دراسة (Saeidi et al, 2023) وفي دراستنا هذه سنحاول الدمج بين تقنيات العلاج بالقبول والالتزام وبعض التقنيات المعرفية السلوكية كالأسترخاء النفسي والتعرض ومنع الاستجابة لمعرفة مدى فعالية العلاجين في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

## 7.6 الدراسات الأجنبية حول تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري:

\_\_دراسة سيباندا وكوفندر (Sibanda & Govender, 2021) مناقشة تأثير كوفيد19 في زيادة أعراض اضطراب الوسواس القهري وتقييم فعالية تقنية التعرض ومنع الاستجابة وفعالية العلاج المعرفي السلوكي لحالة واحدة: تم في هذه الدراسة مناقشة تأثير كوفيد19 في زيادة أعراض اضطراب الوسواس القهري لحالة واحدة تعاني من اضطراب الوسواس القهري (وسواس التلوث) كما تم تقييم فعالية تقنية التعرض ومنع الاستجابة (الافتراضي) وفعالية العلاج المعرفي السلوكي، تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة عزباء تبلغ من العمر 41 سنة، حيث أدى انتشار كوفيد19 إلى انتكاسها، إذ ظهرت لديها مخاوف مرتبطة بالفيروس، وتم استخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس بيك للإكتئاب لتقييم الحالة، أشارت استجابة المريضة للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة (الافتراضي) إلى تحسن بنسبة 79% في أعراض الوسواس القهري، كما تحسنت أعراض الاكتئاب بنسبة 65%، حافظت الحالة على النتائج المتحصل عليها عند تطبيق القياس التتبعي بعد شهر من انتهاء المتابعة، تشير نتائج الدراسة إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري بسبب جائحة كوفيد19 خاصة لدى المرضى الذين يعانون مخاوف التلوث.

\_\_دراسة سلماني وآخرون (Salmani et al, 2021) تأثير كوفيد19 على المصابين باضطراب الوسواس القهري والمصابين باضطراب الهلع:

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير كوفيد19 على المصابين باضطراب الوسواس القهري و المصابين باضطراب الهلع من خلال المقارنة بينهما من حيث المعتقدات الوسواسية وضغوط كوفيد19، وذلك بعد سنتين من تفشي الوباء، تكونت عينة الدراسة من 127 فرد تم تقسيمهم لثلاث مجموعات، مجموعة اضطراب الوسواس القهري، مجموعة اضطراب الهلع، المجموعة الضابطة، تم تطبيق استبيان المعتقدات الوسواسية ومقياس الإجهاد الناجم عن كوفيد19، توصلت النتائج إلى أنه لم تكن هناك فروق بين مجموعتي اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع من حيث المعتقدات الوسواسية، كما توصلت إلى أن المجموعتين كانتا أكثر قلقاً بشكل ملحوظ بشأن مخاطر كوفيد19 مقارنة بالمجموعة الضابطة.

\_\_دراسة مالاس ودولوريس (Malas & Dolores, 2022) مراجعة المقالات المنشورة بين سنتي 2019 و2022، لتحليل العلاقة بين جائحة كوفيد19 واضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة المقالات المنشورة بين سنتي 2019 و2022، وذلك لتحليل العلاقة بين جائحة كوفيد19 واضطراب الوسواس القهري، وقد تم استخدام منهجية (PRISMA) لتحليل المقالات، أشارت نتائج

البحث إلى زيادة في انتشار أعراض اضطراب الوسواس القهري، بالإضافة لانتشار وساوس وهواجس جديدة كهواجس التنظيف والتلوث وغسل اليدين، كما أشارت النتائج إلى تفاقم الأعراض الموجودة مسبقاً لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وحدثت انتكاسات ، ويرجع السبب لمجموعة من العوامل مثل: كون الأفراد أصغر سناً، أقل مرونة، انخفاض الدعم الاجتماعي، التعرض المفرط لأخبار كوفيد19، شدة أعراض الوسواس القهري مسبقاً، غياب العلاج أو عدم الالتزام به، كل هذه العوامل ساهمت في ازدياد اضطراب الوسواس القهري أثناء الجائحة وبعدها، أوصت الدراسة باستخدام البيانات التي تم التحصل عليها كأساس للوقاية من اضطراب الوسواس القهري مستقبلاً في الأزمنة المشابهة لأزمة كوفيد19 .

\_\_دراسة غرابواي وآخرون (Grabowy et al , 2022) العلاقة بين تفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري وجائحة كوفيد19:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين تفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري وجائحة كوفيد19، تم اجراء مراجعة بحثية باستخدام مقالات PubMed وGoogle scholar، حول موضوع الوسواس القهري وجائحة كوفيد19، ووفقاً للعديد من الدراسات أثرت الجائحة سلبا على الصحة العقلية للأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس القهري، حيث أدى الضغط المرتبط بالوباء الناتج عن مخاوف الإصابة بالعدوى إلى تفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري أثناء الوباء.

\_\_دراسة ناش (Nash, 2023) تأثير غسل اليدين أثناء جائحة كوفيد19 وارتباطه باضطراب الوسواس القهري:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير غسل اليدين أثناء جائحة كوفيد19 وارتباطه باضطراب الوسواس القهري، وتوصلت الدراسة إلى كون التوجيه الصحي الذي تكرر كثيراً خلال الجائحة، كان من شأنه إلى أن يؤدي لتفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري، وكان ذلك لدى الأشخاص الذين كان قد تم تشخيصهم بالفعل بالاضطراب مسبقاً، وقد أوصت الدراسة بأنه كان ينبغي تخفيف التوجيه الصحي المتعلق بالتركيز على غسل اليدين.

\_\_دراسة دغاني وآخرون (Dehghani et al, 2023) تحديد مدى انتشار الخوف من فيروس كوفيد19 وعلاقته بالوسواس القهري لدى المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية لمستشفى بيسات في همدان:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار الخوف من فيروس كوفيد19 وعلاقته بالوسواس القهري لدى المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية لمستشفى بيسات في همدان، تم اختيار 320 مريض بشكل عشوائي، وتم جمع البيانات باستخدام استبيان الخوف من كوفيد19 ومقياس الوسواس القهري، توصلت الدراسة إلى أن بعد التلوث كان الأعلى درجة مقارنة ببقية الأبعاد، وكان متوسط الخوف من فيروس كوفيد19 لدى الأشخاص الذين

لديهم تاريخ من اضطراب الوسواس القهري قبل الحجر الصحي أعلى بكثير من أولئك الذين لم يصابوا به قبلاً، ومع تزايد الخوف بفيروس كوفيد19 ارتفع معدل الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

\_\_دراسة سليمان فنديزر وآخرون (Soleimanvandiazar et al, 2023) تحديد مدى انتشار أعراض الوسواس القهري بين العاملين في مجال الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم:

تعد زيادة أعراض اضطراب الوسواس القهري من بين التحديات التي واجهها العاملون في مجال الصحة العقلية أثناء انتشار جائحة كوفيد19، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار أعراض الوسواس القهري بين العاملين في مجال الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم، وقد تم البحث في قواعد البيانات التالية: PubMed/Google دراسة ووصل نطاق انتشار أعراض الوسواس القهري في هذه الدراسات إلى 29% بين العاملين في مجال الصحة العقلية خلال الجائحة، وكان هذا الانتشار أعلى مقارنة بالمصابين خارج مجال الصحة العقلية قبل انتشار الوباء، واقترحت الدراسة تصميم تدخلات علاجية خصيصاً لمثل هكذا ظروف.

\_\_دراسة دينيس وآخرون (Dennis et al, 2023) معرفة الآثار الدائمة لكوفيد19 في العام التالي لتفشي الوباء:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الآثار الدائمة لكوفيد19 في العام التالي لتفشي الوباء، حيث بحثت الدراسة فيما إذا كان للجائحة تأثير على المصابين باضطراب الوسواس القهري، وقد تم إجراء استطلاع للرأي عبر الإنترنت لمعرفة درجة لدى الأشخاص بعد الجائحة، وقد أجاب 143 مشارك ممن تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري، و98 مشارك ممن لا يعانون اضطراب الوسواس القهري عن الاستطلاع، وتمت مقارنة الإجابات وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مجموعة المصابين باضطراب الوسواس القهري أبدوا قلقاً أكبر بشأن الوباء وبشأن الأوبئة المستقبلية، مقارنة بمجموعة غير المصابين باضطراب الوسواس القهري، كما أظهرت نتائج الدراسة أن القلق المرتبط بكوفيد19 يرتبط مع وساوس التلوث بشكل كبير، وقد أفاد كثيرون أن الوسواس القهري الذي يعانون منه تحول لهواجس ترتبط بكوفيد19 بعد انتشار الجائحة.

\_\_دراسة ألكزار وآخرون (Alcazar et al, 2023) فحص التغيرات طويلة المدى في شدة أعراض اضطراب الوسواس القهري اثناء جائحة كوفيد19:

هدفت هذه الدراسة إلى فحص التغيرات طويلة المدى في شدة أعراض اضطراب الوسواس القهري اثناء جائحة كوفيد19، تم إجراء الدراسة على عينة تكونت من 250 مشارك، وتم انتقاء 175 مشارك استوفوا معايير اضطراب الوسواس القهري، تراوحت أعمارهم بين 16\_58 سنة، كما تم تطبيق مقياس ييل براون للوسواس القهري في القياس

القبلي، توصلت نتائج الدراسة إلى ارتباط كوفيد19 بزيادة الشدة في أعراض اضطراب الوسواس القهري خاصة لدى أولئك الذين يعانون من وساوس التلوث.

## 8.6 الدراسات العربية حول تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري:

\_دراسة (العرفي، 2020) التعرف على الاضطرابات النفسية الناشئة عن تفشي فيروس كورونا المستجد كوفيد-19 لدى سكان المملكة العربية السعودية:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات النفسية الناشئة عن تفشي فيروس كورونا المستجد كوفيد-19 لدى سكان المملكة العربية السعودية، وقد شمل ذلك الوحدة النفسية والقلق والاكتئاب والمخاوف الاجتماعية والوسواس القهري، وتم تطبيق منهج المسح الاجتماعي بالاستبانة الإلكترونية، وشملت الاستبانة جزء خاص بالسمات الديموغرافية، وأجزاء خاصة بالاضطرابات النفسية الأربعة، وسؤالاً مفتوحاً لمعرفة مقترحات وملاحظات الباحثين، تم جمع استجابات 526 مبحوثاً إلكترونياً، من أهم نتائج هذا البحث ما يلي: تفاوتت درجات الاضطرابات النفسية الأربعة الناتجة عن انتشار جائحة كورونا المستجد، وكان أعلى درجات الاضطراب في المخاوف الاجتماعية (أعلى من المتوسط قليلاً) ويليه الوسواس القهري أعلى من المتوسط قليلاً، ويليه الوحدة النفسية (أقل من المتوسط قليلاً) وكان أقل الاضطرابات النفسية القلق والاكتئاب، وقد أشارت الدراسة أن الفئة العمرية (17 - 32 سنة) والإناث أكثر تأثراً بالاضطرابات النفسية وأوصت الدراسة بأهمية تقوية الجانب النفسي للجميع، وبخاصة الإناث، وكذلك الفئة العمرية المذكورة، مع أهمية رفع المستوى التوعوي والتعليمي حول فيروس كورونا وعلاقته بالاضطرابات النفسية.

\_دراسة (تقي محمد وآخرون، 2021) تقدير انتشار أعراض الوسواس القهري بين طلاب الطب العراقيين، وتقييم الأعراض النفسية المرتبطة بجائحة كورونا:

هدفت الدراسة إلى تقدير مدى انتشار أعراض الوسواس القهري بين طلاب الطب العراقيين، وتقييم الأعراض النفسية المرتبطة بالجائحة، تم إجراء دراسة تحليلية مقطعية بين طلاب الطب العراقيين خلال الفترة من أغسطس إلى أكتوبر 2020، حيث طبق استبيان مجهول وطوعي وذاتي الإدارة عبر الإنترنت يعتمد على 18 سؤالاً لمقياس الوسواس القهري المنقح (OCI-R) قام 1644 طالباً بملء الاستبيان، وبلغ عدد الإناث 1116 مشارك أي (67.9%)، في حين أبلغ 1153 مشارك أي (70.1%) عن أعراض نفسية مصاحبة، وكان القلق والتوتر هما الأكثر انتشاراً لدى 674 مشارك أي (25.9%)، و 707 مشارك أي (43%) لديهم أعراض الوسواس القهري المحتملة التي تحتاج إلى مزيد من التقييم، وكانت الأفكار غير السارة هي الأعراض الأكثر انتشاراً بنسبة 51.8% بين المشاركين، وكانت أعراض الوسواس القهري مرتبطة بشكل كبير بالعمر الأصغر والسنوات الأولى من

الدراسة، علاوة على ذلك، ارتبطت جميع الأعراض المصاحبة بشكل كبير باضطراب الوسواس القهري، توصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدل انتشار الوسواس القهري بين طلاب الطب خلال جائحة كوفيد-19، كما توصلت إلى أنه لا يوجد ارتباط بين الوسواس القهري والجنس والتاريخ العائلي، وقد كان الطلاب الأصغر سناً والسنوات الأولى من الدراسة أكثر عرضة للمعاناة من أعراض الوسواس القهري.

**دراسة (حميد الحاج وآخرون، 2022)** تأثير جائحة كوفيد-19 على انتشار الأعراض المشابهة للوسواس القهري بين سكان دولة الإمارات العربية المتحدة:

هدفت الدراسة إلى قياس مدى تأثير جائحة كوفيد-19 على انتشار الأعراض المشابهة للوسواس القهري بين سكان دولة الإمارات العربية المتحدة، تم استخدام منصة استطلاع عبر الإنترنت لجمع ردود من الذكور والإناث البالغين المقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و60 سنة) وتضمن الاستبيان المدار ذاتياً مقياس بيل براون للوسواس القهري لاختبار شدة الوسواس والأفعال القهرية، بالإضافة إلى الأسئلة الديموغرافية، تم استبعاد الأشخاص الذين لديهم تشخيص سابق لاضطراب الوسواس القهري، أكمل 343 الاستبيان منهم 244 إناث و99 ذكور، 63.5% من الإناث ليس لديهن أعراض الوسواس القهري، و24.6% لديهن أعراض خفيفة، و9% لديهن أعراض متوسطة، و2.5% لديهن أعراض حادة، و0.4% لديهن أعراض شديدة للوسواس القهري أما الذكور 75.8% ليس لديهم أعراض الوسواس القهري، و18.2% يعانون من الوسواس القهري الخفيف، و6.1% يعانون من الوسواس القهري المتوسط، و0% يعانون من الوسواس القهري الشديد، تم العثور على علاقة ذات دلالة إحصائية بين إمارة الإقامة وشدة الأعراض المشابهة للوسواس القهري وكانت أكبر الدرجات من أعراض الوسواس القهري موجودة في الشارقة، حيث أظهر 10 أشخاص من أصل 108 أعراض متوسطة إلى شديدة، وأبو ظبي 9 من أصل 115 والفجيرة 7 من أصل 56، ولم يكن لمستوى التعليم والمهنة والعمر أي دور كبير في شدة الأعراض.

**دراسة (رحاب الأمين، 2022)** تداعيات جائحة فيروس كورونا المستجد على أعراض الوسواس القهري من وجهة نظر المجتمع السعودي:

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على تداعيات جائحة فيروس كورونا المستجد على أعراض الوسواس القهري من وجهة نظر المجتمع السعودي، حيث قامت الباحثة بإعداد استبانة إلكترونية وتم تطبيقها على عينة الدراسة والتي تكونت من 269 فرداً تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتم استخدام المنهج الوصفي المسحي التحليلي، وقد خلصت النتائج إلى أن جائحة فيروس كورونا المستجد أدت إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري لدى المصابين باضطراب

الوسواس القهري حيث أكد (42%) من المصابين بالوسواس القهري أو ممن تم تشخيصهم بالوسواس القهري أنهم قاموا بزيارة المستشفى للعلاج خلال فترة الجائحة، كما لاحظ غالبية أفراد الدراسة ممن لم يسبق تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري أنهم نادراً ما تراودهم فكرة تكرار غسل الأشياء وتعقيمها وذلك بنسبة (41.6%) في حين أن نسبة (36.1%) ممن لم يسبق تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري لديهم رغبة ملحة دائماً في تكرار غسل الأشياء وتعقيمها، وهذا ربما يكون مؤشراً على ظهور أعراض الاضطراب مستقبلاً لدى بعض أفراد المجتمع السعودي وفي ضوء نتائج الدراسة قدمت الباحثة عدداً من التوصيات والمقترحات والتي من ضمنها، ضرورة نشر الوعي بين أفراد المجتمع وتنقيفهم حول اضطراب الوسواس القهري من حيث الأسباب والأعراض، كذلك أكدت الدراسة على ضرورة توعية المجتمع بأهمية العلاج النفسي لمرضى الوسواس القهري خاصة في ظل الجوائح والأزمات، ودعت إلى إجراء الدراسات والبحوث العلمية التي تُعنى باضطراب الوسواس القهري خلال جائحة كورونا وما بعد الجائحة، كذلك اقترحت الباحثة تصميم برامج إرشادية ووقائية للحد من الأثر المتوقع بعد انتهاء جائحة فيروس كورونا المستجد، وإنشاء جمعيات متخصصة في مختلف الأمراض النفسية.

**دراسة (سرحان وآخرون، 2023)** انتشار اضطراب الوسواس القهري والعوامل المرتبطة به أثناء جائحة كوفيد-19:

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار اضطراب الوسواس القهري والعوامل المرتبطة به أثناء جائحة كوفيد-19، تم استخدام تصميم مقطعي لتقييم الوسواس القهري بين عينة من السكان، تم استخدام تقنية أخذ العينات العشوائية البسيطة حيث بلغ عدد العينة (421 فرد) و تم جمع البيانات باستخدام مقياس ييل براون للوسواس القهري، بلغت نسبة انتشار أعراض السلوك الوسواسي القهري بين المشاركين (47.0%) خلال جائحة كوفيد-19، كان الأشخاص المصابون بأمراض أخرى مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب وغيرهم أكثر عرضة للإصابة بالوسواس القهري بنسبة 2.4 مرة مقارنة بأشخاص آخرين من الأشخاص الأصحاء، علاوة على ذلك كان الأشخاص المصابون بكوفيد-19 أكثر عرضة للإصابة بالوسواس القهري بمقدار الضعف مقارنة بالأشخاص غير المصابين، من ناحية أخرى كان الأشخاص الذين لم يلتزموا بإجراءات السلامة أقل عرضة للإصابة بالوسواس القهري بنسبة 0.31 مرة مقارنة بغيرهم الذين التزموا بهذه الإجراءات بشكل وثيق إلى جانب ذلك، أظهرت الدراسة أن الأشخاص الذين تم تشخيصهم سابقاً بالوسواس القهري معرضون لخطر تفاقم حالتهم خلال هذا الوباء بنسبة 4.95 مرة، إن جائحة كوفيد-19 تأثير سلبي على سلوك السكان الفلسطينيين، حيث يعاني غالبية المشاركين من أعراض الوسواس القهري، والذين تفاقمت حالتهم خلال جائحة كوفيد-19.

**دراسة (المصطفى وآخرون، 2023) تأثير جائحة كوفيد-19 على نوعية حياة طلاب الجامعة المصابين بالوسواس القهري:**

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في تأثير جائحة كوفيد-19 على نوعية حياة طلاب الجامعة المصابين بالوسواس القهري، حيث تلقى الطلاب الذين لديهم تشخيص مؤكد للوسواس القهري في جامعة الملك عبد العزيز بجدة، استبيانين عبر الإنترنت: مقياس ييل براون للوسواس القهري (Y-BOCS) والاستبيان الصحي القصير المكون من 36 عنصراً (SF-36) لتقييم شدة الأعراض ونوعية الحياة بشكل عام أثناء الوباء، وقد تم استبعاد الطلاب الذين يعانون من اضطرابات ذهانية من هذه الدراسة، توصلت النتائج إلى أن الأغلبية من المصابين باضطراب الوسواس القهري كانوا من الإناث بنسبة (62.5%) كما كان لدى المشاركين أعراض خفيفة إلى متوسطة من اضطراب الوسواس القهري، كان العمر مرتبطاً بشكل إيجابي بالأداء الاجتماعي ومجالات الإعاقة ولكنه ارتبط سلباً بدرجات الوسواس القهري، ارتبط مجال الصحة العامة بشكل كبير بأعراض الوسواس القهري الحالية والتاريخ العائلي لتشخيص الوسواس القهري، وقد أشارت الدراسة إلى أن المشاركين الذين يعانون من الوسواس القهري كانوا قد بدأوا يلاحظون تحسناً في أعراضهم مقارنة بالعام السابق.

**دراسة (الهبيدة وآخرون 2023) تأثير كوفيد-19 على طلبة كلية التربية جامعة الكويت الذين قد يطرأ عليهم مرض الوسواس القهري:**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير كوفيد-19 على طلبة كلية التربية جامعة الكويت الذين قد يطرأ عليهم مرض الوسواس القهري، تم تطبيق الاستبيانات على الطلبة عن طريق الأنترنت مع (450) طالب من الطلبة الذين عاصروا وباء كوفيد 19 الذين هم بالسنة الثالثة، و (225) طالب من الذين لم يعاصروا الوباء وهم طلبة الصف الأول، مع ربط علاقة الوباء و الوسواس القهري باليقظة العقلية، تم استخدام مقياسان وهم مقياس الوسواس القهري ومقياس اليقظة العقلية، وتمت مقارنة درجات المشاركين بنتائج طلبة الصف الأول وطلبة الصف الثالث، وكانت النتائج أن اليقظة الذهنية تفسر مستوى اضطراب الوسواس القهري ويدل على أنه كلما ارتفع مستوى اليقظة الذهنية أدى إلى انخفاض مستوى الوسواس القهري لدى طلاب عينة البحث، وقد جاءت الفروق لصالح الذكور، مما يدل على انخفاض مستوى اضطراب الوسواس القهري لدى الذكور وارتفاعه لدى الإناث، وعلى الجانب الآخر جاءت متوسطات درجات طلاب السنة الدراسية الثالثة على مستوى الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس اليقظة الذهنية أعلى من متوسطات درجات طلاب السنة الدراسية الأولى وجاءت الفروق لصالح طلاب السنة الدراسية الثالثة، علماً أن مستوى الوسواس القهري لدى طلاب عينة البحث يعزى لمتغير السنة الدراسية، مما يدل على انخفاض مستوى اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب السنة الدراسية الثالثة وارتفاعه لدى طلاب السنة الدراسية الأولى.

## 9.6 تعقيب على دراسات تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري:

من خلال استعراض الدراسات السابقة نلاحظ أن دراسات تأثير فيروس كورونا على المصابين باضطراب الوسواس القهري تظهر ازدياد في شدة أعراض اضطراب الوسواس القهري كما بينت دراسة (Sibanda & Govender, 2021) ودراسة (Malas & Dolores, 2022) ودراسة (رحاب الأمين، 2022) ودراسة (Alcazar et al, 2023) وذلك نتيجة التعرض المفرط لأخبار كورونا، وقلة الدعم الاجتماعي وغياب العلاج خاصة لدى أولئك الذين يعانون من وسواس التلوث كما نلاحظ ازدياد القلق والضغط المرتبط باضطراب الوسواس القهري كما بينت دراسة (Salmani et al, 2021) ودراسة (Grabowy et al, 2022) ودراسة (Dennis et al, 2023) وقد أبدى المصابين باضطراب الوسواس القهري قلقاً أكبر بشأن الوباء وبشأن الأوبئة المستقبلية وقد ارتبط هذا القلق بشكل كبير بوسواس التلوث، وقد أفاد الكثيرون أن الوسواس القهري الذي يعانون منه تحول لهواجس مرتبطة بالفيروس بعد انتشاره، في حين بينت دراسة (Nash, 2023) أن تأثير غسل اليدين أثناء الجائحة قد فاقم من أعراض الوسواس القهري لدى المصابين المشخصين به مسبقاً، وأظهرت دراسة (Dehghani et al, 2023) أن الخوف من فيروس كوفيد19 ساهم بدوره من ارتفاع معدلات الإصابة باضطراب الوسواس القهري وبينت دراسة (Soleimanvandiazar et al, 2023) ازدياد أعراض اضطراب الوسواس القهري خاصة بين العاملين في مجال الصحة العقلية حيث حظيت فئة العاملين في هذا المجال بأعلى نسبة من حيث ازدياد وانتشار أعراض الوسواس القهري مقارنة بالمصابين من خارج المجال، كما أثبتت بعض الدراسات ازدياد بعض الاضطرابات النفسية من بينها اضطراب الوسواس القهري مثل دراسة (العريفي، 2020) ودراسة (سرحان وآخرون، 2023) فيما بحثت بعض الدراسات في انتشار أعراض الوسواس القهري بعد الجائحة مثل دراسة (تقي محمد وآخرون، 2021) ودراسة (حميد الحاج وآخرون، 2022) ودراسة (الهيبة وآخرون، 2023) في حين بحثت بعض الدراسات عن تأثير الجائحة على المصابين المشخصين باضطراب الوسواس القهري مسبقاً مثل دراسة (المصطفى وآخرون، 2023) ويتبين من جميع الدراسات السابقة أن جائحة كوفيد19 قد أثرت كثيراً على المصابين باضطراب الوسواس القهري سواء المشخصين به مسبقاً من خلال تفاقم الأعراض لديهم أثناء وبعد الجائحة أو غير المصابين والذين تزامن ظهور اضطراب الوسواس القهري لديهم مع فترة انتشار الجائحة وبعدها، وفي دراستنا الحالية تم اختيار عينة من المصابين باضطراب الوسواس القهري الذين تأثروا أثناء الجائحة وبعدها، وظهرت لديهم زيادة ملحوظة في حدة الأعراض.

## 7. التعريف بمصطلحات الدراسة

ـ البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح: هو مجموعة من الجلسات العلاجية المنظمة والمحددة الأهداف مسبقاً، يتألف من 12 جلسة علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً على مدى ثلاثة أشهر، تتراوح مدة كل جلسة بين 60 و90 دقيقة، ويضم مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية مثل التنقيف النفسي، تسجيل الأفكار، الاسترخاء النفسي، التعرض التدريجي، منع الاستجابة، الواجبات المنزلية، وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام كالذات الملاحظة، التقبل التجريبي، التعاطف مع الذات، فك الاندماج المعرفي، اليقظة الذهنية، تحديد القيم الأساسية، والفعل الملتزم.

ـ الوسواس القهري: هو اضطراب نفسي يتميز بوجود أفكار متكررة تطفلية وغير مرغوب فيها والتي تمثل (الوساوس) وتسبب قلقاً شديداً، وعادة ما تتبعها سلوكيات قهرية تكرارية مثل الغسيل المتكرر أو فحص الأشياء والتحقق منها وغيرها من السلوكيات القهرية، تهدف أساساً لتخفيف القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث شيء سيء، يؤدي لإعاقة واضحة في الأداء الاجتماعي واليومي للمصاب.

ـ فيروس كورونا: هو أحد أنواع الفيروسات التاجية، تم اكتشافه سنة 2019 في مدينة ووهان في الصين، وتسبب في جائحة كوفيد-19، هذا الفيروس يصيب الجهاز التنفسي ويسبب أعراضاً تتراوح بين الخفيفة والشديدة، وتشمل هذه الأعراض الحمى، السعال، صعوبات تنفسية، وفي الحالات الشديدة قد يؤدي إلى الوفاة، ونتيجة لانتشار هذا الفيروس تم فرض الحجر الصحي في أغلب دول العالم بسبب عدد الاصابات الكبير وسرعة انتقال العدوى به.

ـ المصاب بالوسواس القهري المتضرر من جائحة كورونا: هو الشخص الذي تحصل على درجة تتراوح من 7\_40 درجة على مقياس بيل براون للوسواس القهري والذي تأثر بفيروس كورونا من خلال اصابته المباشرة أو إصابة أحد أفراد عائلته والمقربين منه أو من خلال تتبعه للأخبار اليومية لعدد الإصابات بالفيروس والوفيات أو من خلال الحجر الصحي، مما ساهم في تفاقم أعراض الوسواس القهري لديه اثناء أو بعد الجائحة.

## الفصل الثاني

## الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

\_\_تمهيد

\_\_تعريف العلاج المعرفي السلوكي

\_\_الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي

\_\_الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي

\_\_الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي

\_\_العلاج بالتقبل والالتزام

\_\_تعريف العلاج بالتقبل والالتزام

\_\_نظرية الإطار العلائقي

\_\_النظرية السياقية الوظيفية

\_\_أهداف ومبادئ العلاج بالتقبل والالتزام

\_\_المرونة النفسية والتصلب النفسي

\_\_تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام

\_\_خلاصة

العلاج المعرفي السلوكي (CBT) هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يركز على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، يعتبر هذا النوع من العلاج أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى مشاعر سلبية وسلوكيات غير فعالة ومعيقة وينظر إلى العلاقة التبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات تعتبر السبب الرئيسي في حدوث الاضطراب النفسي والمعاناة الإنسانية، سنقوم في هذا الفصل بالتطرق إلى العلاج المعرفي السلوكي بمزيد من التفصيل، حيث سنستعرض ثلاث موجات رئيسية لهذا النوع من العلاج وأهم النماذج العلاجية التابعة لها بداية من الموجة الأولى التي تركز على التعديل السلوكي ثم الموجة الثانية التي تركز على معالجة الأفكار والمعتقدات، وأخيراً الموجة الثالثة التي تهتم بتعزيز الوعي والتقبل واليقظة، سنقوم أيضاً بالتطرق للمبادئ الأساسية لكل نموذج علاجي، بالإضافة إلى مختلف التقنيات العلاجية المستخدمة في كل موجة وكل نموذج علاجي .

## 1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy)

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج مأخوذ من علاجين أساسيين هما العلاج السلوكي الذي يؤكد على أهمية التغيير السلوكي من أجل التغلب على مختلف مشكلات الصحة النفسية والعلاج المعرفي الذي يؤكد على ضرورة فهم وتغيير معنى الأحداث، ويوضح العلاج المعرفي السلوكي أن المشكلات تنجم عن تفاعل أربع نظم، النظام المعرفي والذي يمثل ماهية تفكير الفرد وما يعتقد ويتخيله، والنظام الوجداني والذي يمثل مختلف العواطف والانفعالات (كالخوف والسرور والغضب وغيرهم) والنظام السلوكي وهو ما يفعله الفرد أو يقوله، وهو أيضاً ما يمكن ملاحظته بشكل مباشر، وأخيراً النظام الفيزيولوجي والذي يشمل ما يحدث للجسم من إثارة وتغييرات، يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى كون الاضطراب يحدث نتيجة لمجموعة من الأفكار التلقائية والتي تظهر في مواقف معينة ويكون لها تأثيرات سلبية على مزاج الفرد، وتسبق هذه الأفكار الألية افتراضات ضمنية تمثل القواعد التي توجه السلوك والتجارب وتأخذ شكل شرطياً، وتسبق الافتراضات الضمنية معتقدات رئيسية أكثر عمقا وهي رؤية عامة للذات وللآخرين والعالم الخارجي، وتكون لاشعورية غالباً وتعمل في نطاق واسع (كينرلي وآخرون، 2018).

يركز العلاج المعرفي السلوكي أساساً على استهداف الأفكار والمشاعر والانفعالات والعمل على تغييرها، وهو يستند على افتراضات أساسية من بينها: أن التغيير في الأفكار أو المشاعر أو الانفعالات أو التفاعلات البدنية يحدث تغييراً في الجوانب الأخرى، كما يفترض أن هذا التغيير يحدث عبر مراحل متعددة وليس بشكل كلي ويفترض أيضاً أن تغيير السلوك يتطلب تدريباً وممارسة وليس فقط تنفيذ الأفكار وتعديلها (الصبوه، 2019).

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد أهم أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً والذي نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز العلاج السلوكي إذا أنه حسب هذا التوجه من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك و ما يميز العلاج المعرفي السلوكي أن فعاليته تتشابه مع فعالية العلاج الدوائي، كما لا تصاحبه أي آثار جانبية، أيضاً في العلاج المعرفي السلوكي ليس من المهم نعت المشكلة النفسية التي تتداخل مع الوظيفة الطبيعية على أنها مرض نفسي، و يركز العلاج المعرفي السلوكي على ما هو كائن الآن وفي الوقت الحاضر وينظر للمفحوص على أنه خبير في مشكلته وهو كائن نشط، لديه القدرة على تغيير المشكلة.

يتميز كذلك بالتركيز على الانفعالات فخلال العقدين الماضيين تحول مجال علم النفس كلية إلى البحوث في مجال الانفعالات والوجدان، وتمثل الانفعالات دائماً العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي على عكس المفهوم الشائع والخطيء فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس مقصوداً على التغيير في التفكير والسلوكيات، بل الفكرة الأساسية مفادها أن استجاباتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وندرك بها أنفسنا وندرك بها الآخرين والمستقبل، لذا فإن تقييم شيء ما أو حدث أو موقف يمكن أن يغير من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له.

ومنذ المرضى الاوائل الذين عالجهم كل من بيك وإليس تطور العلاج المعرفي السلوكي وافتتح على البحث والتدقيق التجريبي، واليوم أصبح العلاج المعرفي السلوكي مصطلح مظهلي يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبياً، والتي تشترك في العديد من المبادئ الأساسية (هوفمان، 2012).

لقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي كنهج علاجي فعال لجميع الفئات العمرية، وذلك بغض النظر عن مستوى التعليم والدخل والعرق، كما أثبتت فعاليته في الجلسات الفردية والجماعية، ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على طريقة قصيرة و مكثفة تتراوح ما بين (6 إلى 20 جلسة) تركز على حل المشكلات، إن العلاج المعرفي السلوكي علاج سريع وعملي وموجه نحو الهدف يسمح للعملاء بتطوير المهارات اللازمة للصحة على المدى الطويل، يركز العلاج المعرفي السلوكي على اللحظة الحالية والقضايا التي تنشأ في الحياة اليومية، وهو يساعد المفحوصين على فحص كيفية تفسيرهم وتقييمهم لما يحدث من حولهم وتأثيرات هذا التصور على تجربتهم العاطفية، لا يركز العلاج المعرفي السلوكي على تجارب وأحداث الطفولة، ولكن يمكن استكشافها لمساعدة المفحوصين على فهم الاضطرابات العاطفية التي نشأت في وقت مبكر من الحياة ومعالجتها وفهم الآثار المحتملة لها (Rector, 2010).

## 2.الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي ( The first wave of cognitive-behavioral ) (therapy)

تشمل هذه الموجة السلوكية الراديكالية والسلوكية الجديدة وقد ركزت على السلوك الظاهر وتغييره وتشمل مجموعة كبيرة من الرواد أبرزهم واطسن المؤسس الأول وبافلوف وثورندايك وسكندر وألبرت باندورا مؤسس السلوكية الاجتماعية وتولمان مؤسس السلوكية الجديدة، وقد تبلور عن هذه الموجة ما يسمى بالعلاج السلوكي.

### 1.2 العلاج السلوكي (Behavioral therapy):

يعد العلاج السلوكي نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يركز على تغيير الأنماط السلوكية غير الصحية أو غير الفعالة من أجل تحسين الحالة النفسية، يعتمد العلاج السلوكي على فكرة أن السلوك المكتسب يمكن إعادة تعلمه لتغيير الأنماط التي قد تكون ضارة أو غير منتجة ويركز أساساً على نظريات التعلم التي تم وضعها بواسطة العديد من الرواد السلوكيين الذين سنتطرق لأهم اسهاماتهم في مجال العلاج السلوكي.

### 1.1.2 السلوكية الكلاسيكية (Classical Behaviorism):

تعد السلوكية من أشهر مدارس علم النفس وقد أطلق عليها هذا الاسم مؤسسها الأول جون واطسن، لقد أشار واطسن إلى فكرتين أساسيتين : أنه يمكن التنبؤ بالمثير على أساس معرفة الاستجابة والتنبؤ بالاستجابة على أساس معرفة المثير، وتعني الاستجابة عند واطسن رد الفعل السلوكي للكائن الحي، وقد اعتبر أن السلوك مكون من عناصر الاستجابة ويمكننا تحليله كما يعتبره استجابة فورية لكل مثير، وقد اعتبر واطسن أن كل مظاهر السلوك هي استجابة متعلمة وأن الغريزة هي الأخرى استجابة متعلمة بما في ذلك الانفعالات والتي تعتبر استجابة جسمية لمثير ما، وحتى التفكير اعتبره سلوك حركي ضمني، وقد عرف واطسن بتجربته على الطفل ألبرت، الذي ارتبط لديه الخوف من اللون الأبيض والأرانب بسبب الضوضاء التي كان يسمعها دوماً قبل رؤيته للأرنب، حيث اعتبر الأرنب الأبيض كمثير شرطي مقترن بالضوضاء العالية مما ولد لديه خوف من الأرانب واللون الأبيض وقد أجرى واطسن مجموعة من التجارب التي ساهمت في ظهور العلاج السلوكي (ربيع، 2013).

طور بافلوف هو الآخر مفهوم المنعكس الشرطي من خلال تجاربه على الكلاب، وقد حدد بافلوف التعلم من خلال اشتراط وجود فعل منعكس طبيعي مثل وجود حرارة يليها عملية سحب اليد، كما وضح أن التعلم يشترط قانون الاقتران والذي يعتبر المدة الزمنية بين المثير الطبيعي والشرطي، وقانون التكرار ويقصد به تكرار تقديم مثيرين معاً أحدهما شرطي والآخر طبيعي، إضافة للتدعيم بشقيه السلبي والإيجابي، وقد أضاف بافلوف قانون ثانوي يسمى

بقانون الإنطفاء والذي يعني توقف حدوث الاستجابة بالرغم من حدوث المثير الشرطي ويكون في حالتين حالة مرور الزمن بحيث تطول الفترة بين المثير الشرطي والطبيعي وحالة الكف أينما يتم استبدال المثير الشرطي بمثير شرطي آخر، وقد وضع بافلوف مجموعة من القوانين الأخرى كقانون التمييز، وقانون التعميم، وقانون المرة الواحدة وقانون الاستتباع، ويدل قانون التمييز على قدرة الفرد على التفرقة بين المثير الأساسي وباقي المثيرات أما قانون التعميم فيعني انتقال أثر المثير أو الموقف إلى مواقف أخرى تشبهه وتدلل عليه، أما قانون المرة الواحدة فيشرح فيه أن التعلم يمكن أن يحدث من مرة واحدة نتيجة مصاحبة الموقف المثير حالة انفعالية شديدة وحادة، أما قانون الاستتباع فيوضح وجود مثيرات شرطية أخرى تتداخل وتستتبع المثير الطبيعي وتساهم في عملية التعلم.

أما سكنر فقد قدم مفهومين أساسيين وهما مفهوم التعلم الإجرائي والتعزيز، حيث يرى سكنر أن معظم سلوكيات الإنسان إجرائية وتحدث بشكل تلقائي دون وجود مثير معين مثل: مشاهدة التلفاز وقيادة السيارة والابتسام، وقد قام سكنر بمجموعة من التجارب على الحمام والفران، ووجد أن التعلم الإجرائي كان فعالاً في تدريب الحيوانات وكذلك في تعليم الأطفال، واعتبر سكنر أن معظم السلوك الإنساني متعلم وفهمنا لعملية التعلم يساهم في فهم السلوك، وركز سكنر على قوانين أخرى كقانون التعزيز الذي نعمل من خلاله على تقوية وزيادة احتمالية ظهور سلوك معين، ففي الاشتراط الإجرائي يقوم الإجراء عن طريق تعزيزه ويضعف من خلال اطفائه، وينقسم التعزيز لدى سكنر إلى تعزيز موجب وتعزيز سالب يهدف أحدهما لزيادة استجابة معينة والآخر لتقليلها، ويعد العقاب نوع من التعزيز السالب، وضح أيضاً أنه يمكن تشكيل السلوك من خلال تطوير استجابات الفرد نحو تحقيق الهدف ويحدث التشكيل نتيجة للتعزيز الاستجابات (الجبوري، 2014).

في حين أكد ثورندايك بنموذجه الذي صاغه نموذج التعلم بالمحاولة والخطأ أن التعلم عملية ميكانيكية بسيطة لا ترتبط بالذكاء وقد قام ببعض التجارب على القطط لإثبات هذا الرأي، حيث يحدث التعلم حسب نتيجة لقانون التكرار (بلان، 2015).

وطور ثورندايك ما يسمى بقانون الأثر ويعني أن السلوكات التي تتبع بنتيجة إيجابية تقوى بشكل أكبر ويتكرر القيام بها، وعلى العكس فإن السلوكات تضعف إذا ما تلاها نتائج سلبية، ذلك لكون النتائج المترتبة على السلوك هي التي تحدد الرابط بين المثير والاستجابة.

كما وضح أن لقانون الاستعداد هو الآخر دور في عملية التعلم بحيث يحدث الربط بشكل أفضل بوجود عامل الاستعداد، وقد صاغ قوانين ثانوية كقانون تنوع الاستجابة الذي يشير لقدرة المتعلم على استخدام استجابات متنوعة

لمواجهة الوضع المثير من أجل الوصول للوضع المريح، وقانون الاتجاه الذي يشير لتأثر السلوك باتجاه المثير سواءً أكان سلبياً أم إيجابياً مما يسهل ظهور السلوك نحو المثير، وقانون قوة العناصر حيث يستجيب الفرد لأقوى عنصر في الموقف المثير، بالإضافة لقانون الانتماء الذي يوضح أن الارتباطات تحدث بسهولة بين عناصر الموقف الواحد، وقانون الاستجابة بالمماثلة الذي يوضح قدرة الفرد على تعميم الارتباطات على أوضاع أخرى (الجبوري، 2014).

### 2.1.2 السلوكية الجديدة (Neo-Behaviorism):

ركز ادوارد تولمان على فكرة قصدية السلوك أي أن السلوك موجه نحو أهداف، وليس مجرد استجابة للمحفزات، حيث اعتبر أن الكائنات الحية تستخدم دلائل لفهم البيئة المحيطة لتحقيق أهدافها، كما قدم مفهوم الخرائط المعرفية وقد أشار بهذا المفهوم إلى أن الأفراد (والحيوانات) يطورون تمثيلات معرفية للمكان، والتي تساعدهم على التنقل والتعلم بشكل أكثر فعالية وكانت تجربة الفئران في المتاهة دليلاً على أن الفئران يمكن أن تتعلم الهيكل العام للمتاهة بدلاً من تذكر سلسلة من الحركات أي أنها طورت خريطة معرفية.

وقد أقر أن التعلم يمكن أن يحدث دون تعزيز مباشر، وأنه يمكن أن يظهر لاحقاً عند وجود حافز لذلك فإن التعلم ليس دائماً انعكاساً مباشراً للمعززات وإنما يمكن تعديل السلوك نتيجة للخبرة وقد رفض دور الثواب والعقاب في عملية التعلم (ربيع، 2013).

### 3.1.2 السلوكية الاجتماعية (Social Behaviorism):

وضح ألبرت باندورا أن التعلم يحدث من خلال ملاحظة سلوكيات محددة ومن ثم تقليدها كما يحدث إما بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة مما يؤدي إلى ظهور السلوك المتعلم عند الفرد فيما بعد، وقد ظهرت هذه النظرية نتيجة لتركيز الاهتمام على الدور الذي تقوم به وسائل الإعلام والاتصال في تشكيل السلوك وقد أثبتت التجارب التي قام بها ألبرت باندورا حول تأثير وسائل الإعلام على سلوك الطفل، حيث أنه عندما يشاهد الأطفال سلوكاً معيناً فأنتهم يقومون بتقليده بغض النظر عن نوع السلوك (عدوان، خضوع، عناد) وهذا ما يسمى بالتعلم بالتقليد أو المحاكاة أو التعلم بالنموذج والملاحظة.

وقد لاحظ باندورا عند مقارنة كل من النمذجة والاشراط الإجرائي أنه في الاشرط الإجرائي تظهر الاستجابة المرغوبة عند الفرد حينما تكون موجودة لدى الفرد في مخزونه السلوكي المتعلم، أما النمذجة فإنها تعمل بشكل أفضل عندما تكون الاستجابة المراد تعلمها جديدة على الفرد.

لابد والاشارة إلى أنه في كثير من الأحيان يتم إقران النمذجة مع الأساليب الإجرائية للحصول على الاستجابة المطلوبة والمناسبة (عبد المعطي وآخرون، 2013).

هذا ويجدر بنا الإشارة إلى وجود العديد من رواد المدرسة السلوكية الآخرين الذين ساهموا في تطوير نظريات التعلم بشكل خاص والعلاج السلوكي بشكل عام الذين لم يسعنا ذكرهم جميعاً.

## 2.2 مبادئ العلاج السلوكي:

\_\_ التركيز على السلوك أي الأعراض أكثر من التركيز على الأسباب المحتملة.

\_\_ السلوكيات غير المتكيفة تعتبر استجابات متعلمة من البيئة.

\_\_ تفيد قواعد التعلم في تعديل السلوك غير المتكيف.

\_\_ لا توجد طريقة علاجية واحدة وإنما هناك العديد من الأساليب السلوكية التي تناسب كل حالة.

\_\_ العلاج السلوكي يركز على الحاضر هنا - والآن، حيث لا يتم الاهتمام بماضي المفحوص ولكن هذا لا يمنع التطرق لتاريخ الحالة.

\_\_ العلاج السلوكي يقوم على أساس تجريبي وهو يؤكد على أهمية استخدام المنهج العلمي (بلان، 2015).

### 3.2 أهم التقنيات العلاجية السلوكية:

يستند العلاج السلوكي بشكل عام إلى مختلف قوانين التعلم التي وضعها الرواد السلوكيين وإلى التقنيات العلاجية التي اقترحوها كتقنيات التدعيم السلبي والإيجابي والعقاب، والغمر، والتعريض وغيرهم.

\_الجدول رقم (1) يوضح أهم التقنيات العلاجية السلوكية:

الوصف	التسمية
جعل الموقف المعزز أو المثير المعزز غير معزز.	- التنفير السلوكي (Aversive Conditioning)
صرف نظر الفرد مؤقتاً عن الظروف المتسببة في القلق من خلال تشتيت الانتباه عن الأعراض الفيزيولوجية للقلق.	- الإلهاء والتشتيت (Distraction)
يتم تعريض الفرد للموقف أو المثير المخيف مع منع سلوك التجنب.	- التعرض ومنع الاستجابة (Exposure and Response Prevention) (ERP)
يتم إبعاد الفرد عن الموقف أو البيئة المعززة.	- إزالة المعززات والعقاب (Removal of Reinforcers and Punishment)
من خلال الدمج بين الاسترخاء مع التعرض الهرمي والمتدرج للمثير المتسبب في القلق.	- تقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization)
يساعد في التخفيف من مظاهر القلق الفيزيولوجية من خلال الشد والإرخاء العضلي والتحكم في عملية التنفس.	- الاسترخاء (Relaxation)
يتم نمذجة السلوكيات المطلوبة ويتعلم الفرد من خلال الملاحظة.	- النمذجة أو التعلم بالملاحظة (Modeling / Observational learning)
إقران السلوك المرغوب مع المكافآت	- التعزيز (Reinforcement)
توفير مكافآت عند الوصول للسلوك المرغوب.	- الاتفاقية أو التفاوض (Contracting)

(هوكسيما، 2023).

### 3. الموجة الثانية من العلاج المعرفي السلوكي (The second wave of cognitive-behavioral therapy)

تشمل هذه الموجة العلاج المعرفي لبيك وكذلك العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت آيس وعلاج المخططات المعرفية لجيفري يونغ وأعمال لازاروس ومايكنبوم وغيرهم، وشهدت هذه الموجة الاندماج الذي حصل بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي وبالتالي ظهر ما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي.

#### 1.3 العلاج المعرفي (Cognitive therapy):

يرى المعالجين المعرفيين أمثال بيك وإليس ويونغ وغيرهم من الرواد المعرفيين أن العمليات والأبنية المعرفية والمعتقدات والذكريات طويلة المدى لها تأثير على السلوك الإنساني، حيث يوجد عمليات وأبنية معرفية سلبية تسبب في الاضطراب النفسي، وتغيير هذه العمليات والأبنية المعرفية هو ما يساعد في التخفيف من الاضطرابات النفسية.

إن استكشافات بيك لمفاهيم التحليل النفسي للاكتئاب أثناء عمله في جامعة بنسلفانيا هي التي أدت إلى تطويره للعلاج المعرفي، حيث بدأ بيك العمل بشكل مكثف على منهجه المعرفي تجاه الاكتئاب، وفي عام 1961 قام بتطوير مقياس بيك للاكتئاب (BDI) وهو أحد مقاييس الاكتئاب الأكثر استخداماً، وفي عام 1967 أوضح بيك منهجه المبتكر في كتابه الأول، وفي منتصف السبعينيات وسع بيك تركيزه على الاكتئاب ليشمل القلق والاضطرابات النفسية الأخرى.

يُعد العلاج المعرفي (CT) أو العلاج المعرفي السلوكي (CBT) الذي طوره آرون تي بيك أحد أشكال العلاج النفسي الذي يعمل فيه المعالج والعميل معاً كفريق واحد لتحديد المشكلات وحلها، حيث يساعد المعالجون المفحوصين على التغلب على الصعوبات التي يواجهونها عن طريق تغيير تفكيرهم وسلوكهم واستجاباتهم العاطفية.

العلاج المعرفي أيضاً علاج منظم يستخدم معالجة المعلومات كنموذج لفهم وعلاج الحالات النفسية وتستند النظرية جزئياً على النهج الفينومينولوجي لعلم النفس كما اقترح أبكتيتوس وغيره من الفلاسفة الرواقيين اليونانيين وغيرهم من المنظرين المعاصرين مثل أدلر وألكسندر وهورني وسوليفان، ويؤكد هذا النهج على دور آراء الأفراد حول أنفسهم وعوالمهم الشخصية باعتبارها مركزية في ردود أفعالهم السلوكية، كما تبناها كيلي وأرنولد ولازاروس وكان العلاج المعرفي أيضاً متأثراً بالمنظرين مثل إليس، باندورا، لوينسون، ماهوني، وميتشيناوم .

يعتمد العلاج المعرفي على النظرية المعرفية لعلم النفس المرضي، حيث يصف النموذج المعرفي كيف تؤثر تصورات الناس أو أفكارهم العفوية حول المواقف على ردود أفعالهم العاطفية والسلوكية والفيزيولوجية، إذ أنه غالباً ما تكون تصورات الأفراد مشوهة ومختلة عندما يشعرون بالضيق (Miller, 2012).

يُحدد بيك ثلاث مستويات للتفكير، مستوى الأفكار الآلية السلبية، ومستوى المعتقدات الوسيطة ومستوى القواعد الضمنية وهي تتفاعل مع بعضها البعض، تعتبر الأفكار الآلية السلبية مجموعة من الأفكار اللاإرادية ترتبط بموقف معين، وتقفز بشكل مفاجئ وسريع للذهن، وتبدو مقبولة للفرد ويكون إيقافها صعباً ويمكن استدعاؤها لوعي المفحوص بشكل سهل، أما المعتقدات الوسيطة فهي تعمل على توجيه السلوك وتحديد القواعد التي يجب على الفرد اتباعها وتضع المعايير، وتكون غالباً غير مفهومة وتصاغ في شكل افتراضات على شاكلة إذا فعلت وإذا لم أفعل، كما تظهر في شكل قواعد على شاكلة يجب علي ويلزم، وتعتبر المعتقدات الوسيطة وسيلة تجنب للمعتقدات الأساسية الضمنية، وهي تعمل على الحفاظ على هذه المعتقدات الضمنية، ويرى بيك أن الافتراضات تركز على ثلاث نقاط أساسية (القبول: أن يكون الشخص مقبولاً والكفاءة: أي أن يكون الشخص منجزاً والتحكم والسيطرة) وهي تسمى بالمعتقدات الوسيطة لأنها تقع بين الأفكار الآلية والمعتقدات الأساسية.

أما المعتقدات الأساسية أو المخططات فهي تمثل المستوى الثالث من التفكير، وتكون أكثر عمقاً وأكثر تعميماً، وتكون كامنة وتنشطها خبرات وأحداث الحياة، وحين تُفعل فإنه يتم معالجة المعلومات الواردة بتحيز لإثبات صدقها على سبيل المثال قول: أنا يائس وغير محبوب بما أنني لازلت لم أجد السعادة، ويكون المعتقد الأساسي إما حول الذات (أنا غير محبوب) أو الآخرين (لا يمكن الوثوق بالآخرين) أو حول العالم (كلهم ضدي) و يسمى هذا أيضاً بالمثلث المعرفي ويشمل نظرة الفرد لذاته وللعالم الخارجي والمستقبل حيث أن اختلال النظرة لهذه الثلاثية يؤدي لمختلف الاضطرابات النفسية (نيناء، 2019).

### 1.1.3 قائمة التشوهات المعرفية:

فيما يلي قائمة لأبرز التشوهات المعرفية حسب بيك:

- **قراءة الأفكار:** يفترض الفرد أنه يعرف ما يفكر فيه الناس دون أن يكون لديه أدلة كافية على ذلك.  
على سبيل المثال: "يعتقد الآخرون أنني خاسر".
- **التكهن:** يعتقد الفرد بأنه يمكنه التنبؤ بالمستقبل مثل اعتقاده أن الأمور ستزداد سوءاً أو أن هناك خطراً في المستقبل على سبيل المثال: "سوف أفشل في هذا الاختبار" أو "لن أحصل على الوظيفة".
- **التفكير الكارثي:** وهي اعتقاد الشخص أن ما حدث أو سيحدث سيكون فظيماً للغاية ولا يطاق لدرجة أنه لن يكون قادراً على تحمله على سبيل المثال: "سيكون الأمر فظيماً إذا فشلت في الامتحان".
- **التصنيف أو التسمية:** أن يقوم الفرد بتعيين سمات سلبية لنفسه وللآخرين على سبيل المثال: "أنا غير مرغوب فيه" أو "إنه شخص فاسد".
- **التقليل من الإيجابيات:** وهي رؤية الفرد أن الإنجازات الإيجابية التي يحققها هو أو يحققها الآخرون تافهة على سبيل المثال: "هذا ما يفترض أن تفعله الزوجة، لذلك لا يهم عندما تكون لطيفة معي" أو "إذا كانت النجاحات سهلة فهي غير مهمة".
- **الانتقاء السلبي:** وهنا يركز الفرد بشكل شبه حصري على السلبيات ونادراً ما يلاحظ الإيجابيات على سبيل المثال: "انظر إلى كل الأشخاص الذين لا يحبونني".
- **الإفراط في التعميم:** ويقوم الفرد بتصوّر نمط من السلبيات بشكل عام ويطلقه على مجموعة من الأوضاع المختلفة على سبيل المثال: "يحدث هذا معي بشكل دائم، يبدو أنني أفشل في الكثير من الأشياء".
- **التفكير الثنائي:** وهنا ينظر الفرد إلى الأحداث أو الأشخاص من منظور الكل أو لا شيء على سبيل المثال: "لقد تم رفضي من قبل الجميع".
- **الينبغيات:** يقوم الفرد بتفسير الأحداث من حيث الكيفية التي ينبغي أن تكون بها الأمور بدلاً من مجرد التركيز على ما هو كائن في الواقع على سبيل المثال: "يجب أن أقوم بعمل جيد وإذا لم أفعل ذلك فأنا فاشل".

- **إضفاء الطابع الشخصي:** يقوم الفرد بإلقاء اللوم على الأحداث السلبية وينسبها لنفسه حيث يفشل في رؤية أن بعض الأحداث سببها آخرون أيضاً على سبيل المثال: "انتهى زواجي لأنني فشلت في جعله سعيداً".
- **لوم الآخرين:** يقوم الشخص بالتركيز على الآخر باعتباره مصدراً لمشاعره السلبية ويرفض تحمل مسؤولية تغيير نفسه على سبيل المثال: "إنها المسؤولة عما أشعر به الآن" أو "والداي كانا سبباً في كل مشاكلي".
- **المقارنات غير العادلة:** يقوم الفرد بتفسير الأحداث بمعايير غير واقعية من خلال التركيز بشكل أساسي على الآخرين الذين يقومون بعمل أفضل منه ثم يحكم على نفسه بأنه أقل شأنًا على سبيل المثال: "إنها أكثر نجاحاً مني" أو "لقد كان أداء الآخرين أفضل مني في الاختبار".
- **التوجه نحو الندم:** يركز الفرد على فكرة أنه كان بإمكانه القيام بعمل أفضل في الماضي، بدلاً من التركيز على ما كان يمكنه القيام به بشكل أفضل الآن على سبيل المثال: "كان بإمكانني الحصول على وظيفة أفضل لو حاولت" أو "لم يكن من المفترض أن أقول ذلك".
- **ماذا لو؟** يطرح الشخص سلسلة من الأسئلة حول موضوع ما على سبيل المثال: "نعم، ولكن ماذا لو شعرت بالقلق؟" أو "ماذا لو لم أستطع؟"
- **الاستدلال العاطفي:** وهنا يجعل الشخص مشاعره توجه تفسيره للواقع على سبيل المثال، "أشعر بالحزن، وبالتالي فإن زواجي لا ينجح".
- **عدم القدرة على الاقتناع:** ويقوم الفرد برفض أي دليل أو حجج قد تتعارض مع سلبيته.
- على سبيل المثال، عندما تراوده فكرة "أنا غير محبوب"، فإنه يرفض أي دليل على أن الناس يحبونه باعتباره غير ذي صلة بما يعتقد وبالتالي لا يمكن دحض فكرته.
- **التركيز على الحكم:** ينظر الفرد إلى نفسه والآخرين والأحداث من حيث التقييمات ب (جيد أو سيئ أو متفوق أو فاشل) بدلاً من القبول أو الفهم، حيث يقوم الشخص باستمرار بقياس نفسه والآخرين وفقاً لمعايير تعسفية على سبيل المثال: "لم يكن أدائي جيداً في الكلية" أو "إذا لعبت التنس فلن أحقق أداءً جيداً" أو "انظر كم هي فاشلة". (Leahy, 2017).

### 2.1.3 مبادئ العلاج المعرفي لبيك:

- \_\_ يبنى العلاج المعرفي على تقييم مشاكل المفحوص بشكل مستمر ومن ثم صياغتها على شكل مصطلحات معرفية.
- \_\_ يتطلب تحالف علاجي سليم بين الفاحص والمفحوص.
- \_\_ يؤكد على أهمية المشاركة الفعالة والتعاون بين الفاحص والمفحوص.
- \_\_ يركز على الحاضر.
- \_\_ يُعتبر علاجاً تعليمياً يمكن المفحوص من تعلم المهارات اللازمة لمساعدة نفسه.
- \_\_ محدد بزمن.
- \_\_ جلساته مقننة وله بنية ثابتة في كل جلسة.
- \_\_ يُعلم المفحوص كيف يستجيب لأفكاره ومعتقداته السلبية.
- \_\_ يستخدم أساليب وتقنيات مختلفة لتغيير التفكير والمزاج والسلوك (بيك، 2007).

### 2.3 العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Rational Emotive-behavioral therapy):

- \_\_ حاول ألبرت إليس إدخال المنطق والعقل في عملية العلاج النفسي، حيث توصل لكون الخبرات المبكرة غير المنطقية أو الخاطئة تستمر في الرشد وتؤثر على كيفية تفسير الأحداث.
- \_\_ وترتكز طريقته في العلاج على أربع دعائم:
- \_\_ إن البشر يكونون سعداء عندما تكون لديهم أهداف يسعون لتحقيقها
- \_\_ العقلانية هي الوسيلة التي تساعدهم على تحقيق أهدافهم.
- \_\_ اللاعقلانية تحول بين الناس وأهدافهم، والفرد يميل إلى التصرف بطريقة لا عقلانية، ومع ذلك فإنه لديه القدرة على إعادة النظر في سلوكه وأفكاره.
- \_\_ الاضطراب النفسي ينبع من مصدرين هما: المطالب التي نرفضها على أنفسنا والتي تؤدي لنقد الذات ولومها والمطالب التي نتوقعها من الآخرين والعالم.

إن المبدأ الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) هو أن المعرفة تحدد الانفعال، أي الطريقة التي يفكر بها الأفراد ويفسرون بها الأحداث هي التي تؤثر على استجاباتهم الانفعالية، والخلل الوظيفي في التفكير هو الذي يحدث الاضطراب أو ما يسمى بالتفكير اللاعقلاني، وتعرف المعتقدات اللاعقلانية بأنها تقييمات متشددة تظهر في صورة واجبات وضروريات ومطالب، وما ينبغي فعله وما لا ينبغي، وتتكون المعتقدات اللاعقلانية بسبب المبالغة في الفروض غير المنطقية مثل: التعميم الزائد عن اللزوم ، والاستنتاجات الخاطئة.

### 1.2.3 نموذج (ABC) للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

عندما أسس إيس نظريته، وضع نظام تقييم (ABC) وذلك لفهم المشاكل النفسية للمفحوصين ويمثل:

(A) الحدث (المثير) المنشط.

(B) معتقدات وأفكار الشخص عن الحدث.

(C) الاستجابات السلوكية والانفعالية للشخص.

وتمت إضافة كل من الـ (D) و (E) واللذان يعينان:

(D) مناقشة وتحدي المعتقدات اللاعقلانية بعد تغييرها.

(E) التأثير الذي يحدث للحالة الانفعالية والسلوكية الجديدة بعد تغيير المعتقدات اللاعقلانية.

ويميل البشر للاستجابة مع هذه الأحداث المنشطة بسبب:

\_\_ استعداداتهم الوراثية.

\_\_ تاريخهم الأساسي.

\_\_ مكتسباتهم الشخصية والاجتماعية السابقة (العاسمي، 2015).

### 2.2.3 قائمة المعتقدات اللاعقلانية حسب ألبرت إليس:

- 1- من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من قبل الجميع.
- 2- بعض الأفعال خاطئة أو شريرة، وبالتالي يجب معاقبة الأشخاص الذين يقومون بهذه الأفعال بشدة.
- 3- إنه أمر فظيع وكارثي عندما لا تكون الأمور كما يريد المرء أن تكون.
- 4- إن الكثير من التعاسة البشرية تنجم عن أسباب خارجية، وتُفرض على الشخص من قبل أشخاص وأحداث خارجية.
- 5- إذا كان هناك شيء ما خطير أو مخيف، فيجب على المرء أن يشعر بالقلق الشديد بشأنه.
- 6- تجنب صعوبات الحياة أسهل من مواجهتها وتحمل المسؤولية الذاتية.
- 7- يحتاج المرء إلى شيء أو شخص آخر أقوى منه ليعتمد عليه.
- 8- يجب أن يكون المرء كفوئاً تماماً وكافياً ومنجزاً في جميع النواحي الممكنة.
- 9- مجرد أن شيئاً ما كان له تأثير قوي على حياة المرء، فيجب أن يؤثر عليه بشكل دائم.
- 10- من المهم جداً بذل جهد كبير لتغيير الآخرين مثلما نرغب بأن يكونوا.
- 11- يمكن تحقيق السعادة الذاتية بالتقاعس عن العمل.
- 12- ليس لدى المرء أي سيطرة على عواطفه ومشاعره (joshi, 2018).

### 3.2.3 مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

- \_ المبدأ الأساسي لنظرية السلوك الانفعالي العقلاني هو أن الإدراك يؤثر على الشعور، أي نحن نشعر بما نفكر فيه ليست الأحداث ولا الأشخاص هي ما يحدد مشاعرنا، بل طريقة تفكيرنا.
- \_ التفكير غير العقلاني هو العامل الرئيسي في حدوث الاضطرابات.
- \_ الطريقة الأكثر فعالية لتغيير المشاعر المضطربة المختلفة تبدأ بتحليل أفكارنا، إذا كان الضيق نتيجة لتفكير غير عقلائي، فإن أفضل طريقة للتغلب على الضيق هي تغيير هذا التفكير.

\_\_ هناك عوامل متعددة، بما في ذلك العوامل الجينية والبيئية، التي تعتبر سوابق مسببة للتفكير غير العقلاني والاضطرابات النفسية.

\_\_ تشير الانفعالات لوجود مشكلة تتطلب الاهتمام وهناك نوعين من الانفعالات، انفعالات مفيدة وصحية ووظيفية وامتكيفة، وانفعالات غير مفيدة مختلة وظيفياً.

\_\_ تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على التأثيرات القريبة الحالية على العواطف والسلوك بدلاً من تأثير الماضي، وعلى الرغم من تأثير الوراثة والبيئة في ظهور الاضطراب إلا أن الناس يحافظون على استمرارية الاضطراب من خلال التلقين الذاتي المستمر ومن خلال التمسك المستمر بالمعتقدات اللاعقلانية.

\_\_ يمكن تغيير المعتقدات اللاعقلانية إلى معتقدات عقلانية، رغم أن هذا التغيير لن يكون سهلاً، ويكون هذا من خلال الجهود النشطة والمستمرة للتعرف على تفكير الفرد وتحديه ومراجعته، والتصرف ضد المعتقد، وبالتالي تقليل الضيق العاطفي وزيادة حدوث التجارب الإيجابية وتحقيق الأهداف الشخصية (Diguseppe et al, 2014).

### 3.3 العلاج بالمخططات المعرفية (Cognitive schema therapy):

تطور العلاج بالمخططات على يد جيفري يونغ وزملاؤه سنة (2003) ويعد هذا العلاج امتداداً للعلاجات المعرفية السلوكية، رغم اعتماده على التوجه التكاملي، حيث يشمل العديد من العناصر من مختلف الاتجاهات والمدارس العيادية مثل: العلاج المعرفي السلوكي العلاج الأسري النسقي والعلاج الجشطالتي، والعلاج التحليلي، يعد العلاج بالمخططات من العلاجات المعرفية السلوكية المتقدمة الذي ينتمي أساساً للموجة الثانية غير أنه دمج بعض المفاهيم والممارسات المستمدة من الموجة الثالثة.

علاج المخططات هو علاج لمجموعة من الاضطرابات النفسية الحادة واضطرابات الشخصية وهو علاج ظهر نتيجة لوجود حالات عاودت الانتكاسة بعد استخدام العلاج المعرفي السلوكي وعلى وجه الخصوص اضطرابات الشخصية. يعد علاج المخططات علاجاً متكاملأً في تفسير وعلاج الاضطرابات، وهو يولي أهمية لجميع جوانب شخصية المفحوص (المعرفية، السلوكية، الانفعالية، الأسرية، الاجتماعية) كما يؤكد على ضرورة البحث عن جذور السببية الإراضية للاضطرابات ويستخدم عدة استراتيجيات علاجية معرفية انفعالية وسلوكية، كما يوظف العلاقة العلاجية بفعالية، باعتبارها من الاستراتيجيات العلاجية.

### 1.3.3 مفهوم المخططات اللاتكيفية (المختلة) المبكرة:

المخطط هو عبارة عن برنامج معرفي مجرد، يقوم بتوجيه تفسير المعلومة وهو عبارة عن عناصر منظمة تنطلق من خبرات واستجابات الماضي، ويشكل مجموعة المعارف الدائمة التي توجه الإدراك ويتشكل المخطط مبكراً لدى الفرد ويظل في حالة تطور طوال الحياة، وهو عبارة عن ذكريات وانفعالات واحساسات جسدية ومعارف تتعلق بالذات والآخرين.

ينقسم إلى مخطط متكيف سوي ومخطط محتل وغير تكيفي، وللمخطط المختل عدة خصائص منها:

\_\_هدام للشخصية: حيث أنه ناتج عن الخبرات الضارة في مرحلة الطفولة

\_\_الاصرار على الاستمرار: إذ تكافح المخططات لأجل استمرارية تأثيرها على شخصية الفرد لأنها تعتبر النمط المألوف وهي متأصلة في انفعالات الفرد وسلوكه وتفكيره واحساساته الجسدية، بحيث يعتقد الفرد أنها تمثل هويته.

\_\_تظهر خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة: فهي تمثل تصورات مؤسسة على الواقع الفعلي لوسط الطفل في مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة.

\_\_تعيد إنتاج نفس مناخ الوسط الأسري المبكر خلال فترة الرشد: حيث يكرر الفرد تنشيط مخططاته عبر معارفه وسلوكياته وتفاعلاته وعبر ادراكه المختل للذات والواقع والعالم مما يجعله يتكيف في صورة اضطرابات نفسية وشخصية وسيكوسوماتية.

\_\_ذات مستويات متباينة: حيث كلما زاد عدد المواقف التي تنشط المخطط كلما زادت حدته وحدة الانفعال السلبي المرتبط بتنشيطه وطالت مدته.

### 2.3.3 جذور نشأة المخططات المبكرة اللاتكيفية:

\_\_الحاجات الانفعالية الأساسية غير المشبعة وهي (الحاجة للتعلم الأمن ويتضمن السلامة والتقبل والرعاية والاستقرار، الحاجة للاستقلالية والكفاءة والشعور بالهوية، الحاجة للتعبير عن الحاجات والانفعالات، الحاجة للتلقائية والعفوية واللعب، الحاجة للحدود والمراقبة الذاتية).

\_\_الخبرات الحياتية الضارة المبكرة من خبرات مؤلمة وصراعات نتيجة ل(إحباط الحاجات) من خلال نقص إشباعها، التعرض للصدمة والإيذاء والإساءة أو الإفراط في إشباع الحاجات، أو تقمص الأشخاص المهمين في حياة الطفل كتمصص شخصية الوالد الصارم مثلاً.

\_\_المزاج الانفعالي والذي يؤدي بدوره لنشوء المخططات حيث لكل طفل مزاج فطري فريد يولد به، حيث يتفاعل المزاج مع الوضعيات الصعبة ويشكل المخططات (حدار & قدواني، 2020).

### 3.3.3 مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية:

\_\_مجال الانفصال والرفض:(توقع أن احتياجات الفرد من الأمن والاستقرار والرعاية والتعاطف والقبول والاحترام لن يتم تلبيتها، أصل الأسرة النموذجي منفصل، بارد، رافض، منعزل، متفجر، لا يمكن التنبؤ به، أو مسيء).

\_\_مخطط الهجر/عدم الاستقرار:

عدم الموثوقية نحو المتاحين للدعم، يتم الشعور بأنهم لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم الدعم الحماية لأنهم غير مستقرين عاطفياً ولا يمكن التنبؤ بهم.

\_\_مخطط عدم الثقة أو التوجس /سوء المعامل:

توقع أن الآخرين سوف يؤذونهم أو يقومون بإذلالهم أو يغشونهم أو يتلاعبون بهم أو يستغلونهم، عادة ما ينطوي على تصور أن الضرر متعمد.

\_\_مخطط الحرمان العاطفي:

توقع أن رغبة الفرد في الحصول على درجة عادية من الدعم العاطفي لن يتم تلبيتها بشكل كاف من قبل الآخرين، وله ثلاث أشكال تتمثل في: الحرمان من الرعاية، الحرمان من التعاطف، الحرمان من الحماية.

\_\_مخطط عدم الكمال (العيب) / العار:

الشعور بأن المرء معيب وسيكون غير محبوب للآخرين إذا تم كشفه، والشعور بالخجل من عيوب الشخص المتصورة قد تكون هذه العيوب المتصورة عبارة عن أنانية أو دوافع غاضبة، أو رغبات جنسية غير مقبولة.

### \_ مخطط العزلة الاجتماعية / الاغتراب:

الشعور بأن الشخص منعزل عن بقية العالم، ومختلف عن الآخرين، و/أو ليس جزءاً من أي مجموعة أو مجتمع.

\_ **مجال ضعف الاستقلالية والأداء والانجاز:** (التوقعات المتعلقة بالنفس والبيئة التي تتداخل مع قدرة الفرد على الانفصال، أو البقاء، أو العمل بشكل مستقل، ويكون أصل الأسرة النموذجي متشابكاً، أو يقوض ثقة الطفل، أو يفرط في حمايته، أو يفشل في تعزيز الطفل للأداء بكفاءة خارج الأسرة).

### \_ مخطط الاعتماد/عدم الكفاءة:

الاعتقاد بأن المرء غير قادر على التعامل مع مسؤولياته اليومية بطريقة كفؤة، دون مساعدة كبيرة من الآخرين وغالباً يظهر الشخص على أنه عاجز.

### \_ مخطط الخوف من الأذى والضرر أو المرض:

الخوف المبالغ فيه من وقوع كارثة وشيكة في أي وقت وعدم القدرة على منعها، تركز المخاوف على واحد أو أكثر مما يلي: الكوارث الطبية مثل النوبات القلبية، الكوارث العاطفية مثل الإصابة بالجنون، الكوارث الخارجية مثل الإيذاء من قبل المجرمين، والزلازل.

### \_ مخطط العلاقة الدمجية / الذات غير المتطورة (الضحلة):

المشاركة العاطفية المفرطة والتقارب مع واحد أو أكثر من الأشخاص المهمين (في كثير من الأحيان الآباء) على حساب التفرد الكامل أو التنمية الاجتماعية، وقد يشمل أيضاً الشعور بالاختناق من قبل الآخرين.

### \_ مخطط الفشل:

الاعتقاد بأن المرء قد فشل، أو أنه سيفشل حتماً، وذلك مقارنةً بأقرانه في مجالات الإنجاز (المدرسة، الحياة المهنية، الرياضة..)

**مجال نقص الحدود:** (القصور في الحدود الفاصلة، أو المسؤولية تجاه الآخرين، أو التوجه نحو الأهداف طويلة المدى، يؤدي إلى صعوبة احترام حقوق الآخرين، يتميز الأصل العائلي النموذجي بالإفراط في التساهل، أو الافتقار إلى التوجيه، أو الشعور بالتفوق بدلاً من المواجهة المناسبة وتحمل المسؤولية).

## \_مخطط الاستحقاق / العظمة:

الاعتقاد بأن المرء متفوق على الآخرين، وله حقوق وامتيازات خاصة، أو غير ملتزم بقواعد المعاملة بالمثل التي توجه التفاعل الاجتماعي الطبيعي.

## \_مخطط نقص التحكم الذاتي / الانضباط الذاتي:

رفض ممارسة ما يكفي من ضبط النفس والتسامح مع الأمل لتحقيق أهداف شخصية أو كبح التعبير المفرط عن مشاعر الفرد والتركيز بشكل مبالغ فيه على تجنب الانزعاج.

**مجال التوجه نحو الآخرين:** (التركيز المفرط على رغبات الآخرين ومشاعرهم، على حساب احتياجات الفرد الخاصة، من أجل كسب الحب والاستحسان، يعتمد الأصل العائلي النموذجي على القبول المشروط: يجب على الأطفال قمع جوانب مهمة من أنفسهم من أجل الحصول على الحب والاهتمام)

## \_مخطط الخضوع:

الإفراط في التنازل عن السيطرة للآخرين بسبب شعور المرء بالخضوع المشروط لتجنب الغضب أو الانتقام أو الهجر، الشكلاان الرئيسيان للاستعباد هما: إخضاع الحاجات وإخضاع العواطف.

## \_مخطط التضحية بالنفس:

التركيز المفرط على تلبية احتياجات الآخرين على حساب إشباع حاجات الفرد.

## \_مخطط طلب الموافقة والاستحسان / البحث عن الاعتراف:

التركيز المفرط على الحصول على الاستحسان والاعتراف من الآخرين.

**\_مجال الإفراط في اليقظة والكف:** (التركيز المفرط على قمع مشاعر الفرد ودوافعه واختياراته التلقائية وتلبية القواعد الصارمة والمتداخلة حول الأداء والسلوك الأخلاقي، الأصل العائلي النموذجي يتطلب الأداء والواجب والكمال واتباع القواعد وإخفاء العواطف وتجنب الأخطاء والبعد عن المتعة).

## \_مخطط السلبية / التشاؤم:

التركيز المستمر على الجوانب السلبية للحياة (الأم، الموت، الخسارة، الفشل، الصراع، الذنب، الاستياء، المشكلات التي لم يتم حلها، الأخطاء المحتملة، الخيانة) مع تقليل أو إهمال الجوانب الإيجابية.

### **\_مخطط التثبيط العاطفي المفرط:**

التثبيط المفرط للتصرفات أو المشاعر أو التواصل التلقائي، عادة لتجنب استهجان الآخرين، أو الشعور بالخجل، أو فقدان السيطرة على دوافع الفرد.

### **\_مخطط المعايير الصارمة/النقد المغالي:**

الاعتقاد الأساسي بأنه يجب على المرء أن يسعى جاهداً لتحقيق معايير داخلية عالية جداً للسلوك والأداء، وعادةً ما يكون ذلك لتجنب النقد يؤدي عادةً إلى الشعور بالضغط أو صعوبة التباطؤ والانتقاد المفرط تجاه الذات والآخرين.

### **\_مخطط العقاب:**

الاعتقاد بأن الناس يجب أن يعاقبوا بقسوة لارتكابهم الأخطاء يتضمن الميل إلى الغضب وعدم التسامح والعقاب ونفاد الصبر مع هؤلاء الأشخاص بما في ذلك نفسه بسبب عدم القدرة على مراعاة الظروف أو السماح بالنقص البشري، أو التعاطف (Young et al, 2003).

### **4.3.3 مبادئ العلاج بالمخططات المعرفية:**

\_إيلاء أهمية لجميع الجوانب (الجانب المعرفي، السلوكي، الانفعالي، الاجتماعي، الأسري).

\_ضرورة البحث عن السببية الامراضية في مرحلة الطفولة والمراهقة.

\_الانفعالات هي المشكلة حيث يتم التدخل من خلال التركيز على الانفعالات لأن خبرات الطفولة عادة ما تبقى راسخة بسبب الانفعالات.

\_أهمية مسائل الطفولة وذلك لمساعدة المفحوصين على فهم الأصول الطفولية لنماذج السلوك المختل لديهم.

\_أهمية العلاقة العلاجية حيث يقوم الفاحص بإعادة الرعاية المحدودة حيث يأخذ دور الوالد ويقدم الرعاية للمفحوص ضمن حدود العلاقة العلاجية، حيث تعتبر العلاقة العلاجية مكاناً للانفتاح على المشاعر المؤلمة وتجريب السلوكيات الجديدة (حدار & قدواني، 2020).

### 4.3 أهم التقنيات العلاجية المعرفية:

\_الجدول رقم (2) يوضح أهم التقنيات العلاجية المعرفية:

تعريفه	الأسلوب المعرفي
يتم استعراض الأفكار المشككة بشكل ذاتي من قبل المفحوص عندما يشعر بالسوء.	-تحديد الأفكار السلبية (Identifying Negative Thoughts)
يتم تحديد المشاعر السلبية ثم يتم الإشارة للأفكار المرتبطة بها ثم يتم التقدير من 0_100 إلى أي مدى يشعر الفرد بالشعور السلبي ومقدار الأفكار التي ترتبط به.	-تقدير درجة الاعتقاد والانفعال (Rating Belief and Emotion)
يتم تصنيفها طبقاً لنوع التحريف المعرفي على سبيل المثال: التعميم، التفكير المأساوي، التفكير الثنائي.	-تصنيف الأفكار السلبية (Classification of Negative Thoughts)
يتم توجيه الأسئلة للمفحوص حول ماذا لو كانت فكرته صحيحة حتى يصل للسيناريو المقلق.	-الترتيب الهابط (Downward Arrow)
يتم وضع قائمة بكل مزايا وعيوب الفكرة.	-الفوائد والمضار (Pros and Cons)
يتم وضع قائمة بالأدلة التي تدحض وتدعم الفكرة.	-الأدلة (Evidence)
يتم من خلال جعل المفحوص يستنتج الاستنتاجات غير المبررة.	-التحليل المنطقي (Logical Analysis)
يتم البحث عن تفسيرات بديلة للموقف	-التفسير البديل (Alternative Interpretation)
من خلال تحديد المشكلة وتحديد المهارات اللازمة للتعامل معها والخطط التي يمكن تنفيذها للتعامل مع المشكلة.	-حل المشكل (Problem Solving)

(لبي، 2006).

## 4.الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية (The third wave of cognitive-behavioral therapy)

شملت هذه الموجة عدداً من النماذج العلاجية كالعلاج بالتقبل والالتزام والعلاج الجدلي السلوكي والعلاج باليقظة الذهنية وعلاجات أخرى ، تختلف هذه الموجة عن باقي الموجات في اضافتها لمفهوم التقبل المصاحب للتغير ومفهوم اليقظة الذهنية والعيش في الحاضر، لا تهتم علاجات الموجة الثالثة لبنية الدماغ وبنية الأفكار بقدر ما تهتم لوظيفتها ومدى فائدتها وملائمتها من أجل اتخاذ إجراءات فعالة في حياة الفرد وخاصة العلاج بالتقبل والالتزام الذي يركز على رفع المرونة النفسية لخفض أعراض الاضطرابات النفسية حيث كلما ارتفعت المرونة النفسية انخفضت الأعراض والعكس صحيح كلما ارتفع التصلب النفسي ازدادت درجة وشدة الأعراض.

### 1.4 العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical-behavioral therapy):

تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي بواسطة مارشا لينهان في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات، نظرا لاهتمامها بمساعدة الأشخاص الذين يعانون من حالات الانتحار المزمن وإيذاء النفس، وقد تخصصت لينهان في علاج النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية.

وقد تم بدأ استخدام هذا العلاج سنة (1993) حيث وجدت لينهان أن العلاج المعرفي السلوكي كان غير فعال وترك عملائها يشعرون بسوء الفهم، بدأت لينهان في دمج استراتيجيات القبول، لكنها وجدت أن الكثير من التركيز على القبول كان غير فعال أيضاً، وقد لاحظت أن مفحوصيها استجابوا بشكل أفضل للمجموعات المرنة من استراتيجيات القبول والتغيير بدلاً من التركيز على كل منهما على حدة، تعتبر الحركة المتوازنة والتدفق بين القبول والتغيير جدلية أساسية في العلاج الجدلي السلوكي (DBT) يستخدم العلاج الجدلي السلوكي الفلسفة الجدلية بالإضافة إلى ممارسات اليقظة الذهنية والتي تؤكد على التجربة اللحظية بدلاً من الاستجابات السلوكية التفاعلية، لقد أدى التدريب المنهجي على المهارات الجدلية السلوكية إلى سد الفجوة بين العجز السلوكي والتغيير السلوكي المرغوب فيه، أدت مراحل العلاج والتسلسل الهرمي لتحديد أولويات العلاج إلى زيادة جلسات منظمة لتحليل السلوكي الوظيفي مع التعرف المنهجي على الأنماط بمساعدة حل المشكلات بالمهارات، وقد أنشأت لينهان إطاراً متعدد الوسائط لتقديم العلاج من أجل هيكلية وإدارة العلاج الجدلي السلوكي، والتي يطلق عليها "النموذج القياسي" وتشمل: العلاج الفردي الأسبوعي، والتدريب الأسبوعي على المهارات الجماعية، واستشارة المعالج الأسبوعية، والمعالجين الفرديين الذين يوفرون التدريب عبر الهاتف على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (Pederson, 2015).

يُعتبر العلاج الجدلي السلوكي علاجاً فعالاً للأفراد الذين يعانون من خلل تنظيم المشاعر وللأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، وخاصة بالنسبة لأولئك الذين يعانون من سلوكيات انتحارية وإيذاء الذات، وقد أثبتت فعاليته مع المرضى الذين يعانون من إيذاء النفس المزمن والسلوك الانتحاري وهو علاج لمشاكل أخرى مثل تعاطي المخدرات واضطرابات الأكل (Brodsky&Stanley, 2013)

يساعد العلاج الجدلي السلوكي على التعامل بشكل أفضل مع المشاعر المؤلمة عن طريق تعلم طرق جديدة لتخفيف آثار الأحداث المؤلمة، كما يساعد على معايشة اللحظة مع التركيز بشكل أقل على خبرات الماضي أو احتمالات المستقبل، وفهم مشاعر الفرد بشكل أوضح وملاحظتها دون الانغماس فيها، كما يساعد على تعديل المشاعر لتجنب التصرف وفق طرق مدمرة للذات من خلال التعقل، إضافةً لتعلم طرق التعبير عن المعتقدات والاحتياجات ووضع الحدود والتفاوض وحل المشكلات للمحافظة على العلاقات ومعاملة الذات والآخرين باحترام (مكاي وآخرون، 2021).

#### 1.1.4 مبادئ العلاج الجدلي السلوكي:

— العلاج الجدلي السلوكي يتضمن مبادئ النظرية السلوكية في منهجه.

— الافتراض الأساسي للعلاج الجدلي السلوكي هو أن السلوكيات غير القادرة على التكيف، مثل إيذاء النفس أو تعاطي المخدرات، هي سلوكيات مكتسبة وغالباً ما تكون استراتيجيات تكيف اعتمدها الأفراد للتعامل مع المشاعر الشديدة.

— يفترض العلاج الجدلي السلوكي أنه يمكن التخلص من السلوكيات المتعلمة واستبدالها بسلوكيات أكثر فعالية.

— يمكن أن يساعد التعرف على الارتباطات الشرطية في تطوير استراتيجيات فعالة لإدارة ردود الفعل العاطفية والسلوكيات التي قد تتبعها.

— يستخدم العلاج الجدلي السلوكي مبادئ التعزيز الإيجابي والسلبي لمساعدة المفحوصين على تقليل السلوكيات غير القادرة على التكيف وزيادة السلوكيات التكيفية.

— يستخدم العلاج الجدلي السلوكي مفهوم إدارة الطوارئ، وهو نهج متجذر في التكيف الفعال، والذي يتضمن تغيير السلوك عن طريق تغيير عواقبه.

— يركز العلاج الجدلي السلوكي على التدريب على المهارات حيث يتعلم المفحوصين سلوكيات جديدة وفعالة والتي يمكنهم استخدامها لإدارة عواطفهم، وتحمل الضيق، وتحسين علاقاتهم، والبقاء يقظين.

\_\_ يستخدم العلاج الجدلي السلوكي طريقة الاتصال بين الجلسات، أو التدريب عبر الهاتف حيث يوفر فرصة العلاج أثناء الأزمة (James & Lloyds, 2024).

#### 2.1.4 تقنيات العلاج الجدلي السلوكي:

##### \_\_ مهارات الوعي وتحليل السلوك (Awareness and Behavioral Analysis Skills):

يتم من خلال هذه المهارات تحديد الأهداف الخاصة، وزيادة الوعي حول كيفية ممارسة المهارات في العلاج الجدلي السلوكي وتحديد الأمور الأكثر أهمية بالنسبة للفرد، إضافة لفهم صعوبة التحكم في الانفعالات والسلوكيات، وتحليل السلوك عن طريق مهارة تحليل التسلسل وتحليل الحلقات المفقودة حيث يتم فحص تتابع الأحداث التي أدت للسلوك غير الفعال، والتعرف على آثاره.

##### \_\_ مهارات اليقظة الذهنية (Mindfulness Skills):

تعتبر اليقظة الذهنية مركز العلاج الجدلي السلوكي وهي تساعد على تعلم الملاحظة وتعلم العيش في الواقع مثلما هو دون إصدار أحكام، والعيش في اللحظة الحالية بفعالية عالية، تعتبر اليقظة الذهنية من أول المهارات التي يتم تعلمها، وهي تساند وتدعم كافة المهارات الأخرى في العلاج الجدلي السلوكي وهناك العديد من مهارات اليقظة الذهنية كمهارة العقل الحكيم والتلطف.

##### \_\_ مهارات العلاقة بين شخصية الفعالة (Interpersonal Effectiveness Skills):

تساعد هذه المهارات على التحكم بالصعوبات الشخصية التي يتعرض لها الفرد، وتساعد على تحسين العلاقات مع الأشخاص الآخرين سواءً المقربين أو الغرباء والمحافظ عليها، إضافة لتعلم قول كلمة لا بطريقة تحفظ الاحترام الذاتي واحترام الآخرين، وكيفية بناء العلاقات الشخصية الجديدة والتخلص من العلاقات السيئة، وتعلم مهارة التوازن في العلاقات.

##### \_\_ مهارات تنظيم المشاعر (Emotion Regulation Skills):

تهدف هذه المهارات للمساعدة في ضبط الانفعالات عند فقدان القدرة على التحكم بها وتنظيمها وذلك من خلال تسميتها وفهمها لتقليل تأثيرها، خاصة العواطف المؤلمة كالغضب والحزن ومشاعر العار، وتغيير المواقف التي تسبب هذه المشاعر، وتقليل التأثير بالتفكير العاطفي من خلال زيادة الوعي والمرونة لتقليل الشعور بالألم العاطفي الشديد.

## – مهارات تحمل الضغط (Distress Tolerance Skills):

يتم تعلم مهارات التعامل مع المواقف الصعبة لتجنب حدوث الأسوأ، تنطوي هذه على مهارات متعددة مثل مهارات النجاة من الأزمة التي تساعد على تحمل الأحداث والمشاعر المؤلمة حين لا تسير الأمور على ما يرام، إضافة لتقبل الواقع كما هو لتقليل المعاناة والاندماج في الواقع رغم سير الأمور بشكل سيء (لينهان، 2020).

## 2.4 العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment therapy):

يعد العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) واحداً من عدة فروع للعلاج السلوكي المعرفي (CBT) وهو طريقة علاجية لمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية ينتمي للموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، طوره ستيفن هايز سنة 1980، واستمر في تطويره العديد من طلابه وزملائه أمثال كيرك ستروهل وكيلي ويلسون في عام 1999، كان هؤلاء الباحثون مهتمين بإيجاد طريقة أكثر نجاحاً لتخفيف المعاناة الإنسانية، لقد كانوا في حيرة من أمرهم بشأن سبب معاناة الناس في كثير من الأحيان حتى في ظروف الثراء، حيث رأوا أن المعاناة الإنسانية شائعة على الرغم من الإنجازات التي قد يحققها الأفراد، أتى العلاج بالتقبل والالتزام من وجهة نظر فلسفية مبنية على السياقية الوظيفية، وهي تفترض أن العواطف والأفكار تتشكل من سياقات تاريخية وظرفية محددة .

يقوم معالجو التقبل والالتزام بتعليم المفحوصين تغيير سلوكهم في حل المشكلات عن طريق تغيير قواعدهم اللفظية وتغيير العلاقة مع مشاعرهم وأفكارهم بدلاً من تغيير الأفكار والمشاعر في حد ذاتها، لأنه في كثير من الأحيان يمكن لقواعد الشخص التي يتبعها في حل المشكلات كتجنب الألم أو المواقف التي تسبب الألم أن تكون سبباً في تقييد سلوكه وعدم السماح لنفسه باتخاذ المزيد من الخيارات في الحياة.

يهدف العلاج بالتقبل والالتزام لزيادة المرونة النفسية من خلال تغيير الطريقة التي يختبر بها المرء مشاعره وأفكاره تتكون المرونة النفسية من ست عمليات مترابطة: "التقبل، فك الاندماج المعرفي، الاهتمام المرن باللحظة الحالية، الإدراك لمنظور الذات بشكل سياقي، القيم المختارة والالتزام السلوكي" ويعتمد العلاج بالتقبل والالتزام على نظرية الإطار العلائقي (RFT) وهي نظرية للغة وضعها ستيفن هايز وهي ترى أن معاناة البشر سببها اللغة الإنسانية و على حد تعبير روس هاريس "إن الهدف من العلاج بالتقبل والالتزام هو خلق حياة غنية وكاملة وذات معنى مع قبول الألم الذي يصاحبها حتماً (Huffman, 2018).

#### 1.2.4 نظرية الإطار العلائقي (Relational frame theory):

تشرح نظرية الإطار العلائقي كيفية تحويل التجربة الحسية إلى كلمات لناخذ كلمة "ليمون" كمثال عندما يواجه الشخص كلمة الليمون في بداية حياته فهو يضيف عليها اطارات كـ "أصفر"، و"حامض"، و"عصير"، تظهر هذه الإطارات في خبرة الفرد، لنفترض أن شخصاً ما ذات مرة بعد تناول الليمون مرض مباشرة، يستطيع الفرد بعد تجربة ما الربط بين الأشياء في مثل هذا الموقف سوف يقوم بتأطير "المرض" بكلمة "ليمون" ومستقبلاً عندما يرى وصفة تحتاج إلى القليل من الليمون قد يقول: "أبدا! أنا أكره الليمون لن أستخدم الليمون".

عادةً ما يتم استخدام الكلمات ضمن الجمل، وغالباً ما تأتي هذه الجمل معاً لتشكيل القصص بهذه الطريقة، يمكن أن تصبح بعض الكلمات جزءاً من قصة تُبقي الأشخاص عالقين على سبيل المثال "أنا لا أستخدم الليمون لأنه أصابني بالعثيان في الماضي" إذا التزم الشخص بهذه القصة، فسوف يضيق خياراته في الطهي.

يُعرف تكوين هذه الأنواع من الاتصالات بالاستجابة العلائقية المشتقة، الاشتقاق هو نتيجة لربط أو تأطير مجموعة من الكلمات أو التجارب الداخلية مع مجموعة أخرى من الكلمات أو التجارب الداخلية وهذا يؤدي إلى استجابة معينة، أي سلوك اتجاه هذا التأطير الذي تم تكوينه أو بعيداً عنه.

يقوم الجميع بالاستجابات العلائقية المشتقة، طوال الوقت إذ يميل البشر إلى الخوف والحذر لذا فمن الطبيعي أخذ شيء محايد مثل الليمون وربطه بشيء غير سار مثل المرض، وهذا ما يحدث مع العديد من الأمور الأخرى في الحياة. إن الإطارات العلائقية التي تنتج عن اللغة الإنسانية يمكنها فرض القيود السلوكية حيث قد يتوقف الفرد عن الذهاب إلى أماكن معينة بسبب قصة تقول إنها خطيرة في حين أنها ليست خطيرة، كما قد لا يتقدم بطلب للحصول على وظيفة بسبب قصة تقول إنه سيتم رفضه، يمتلك العقل البشري قدرة لا حصر لها على ما يبدو على أخذ الأشياء غير المرئية مثل الخوف وإضافتها إلى القصص التي تقيد السلوك.

تصف نظرية الإطار العلائقي كيف أن وظائفنا المعرفية العليا أو اللفظية تهيمن عليها عملية الربط التي يمكننا من خلالها وضع عدد من التجارب العقلية في علاقة مع بعضها البعض، يتيح لنا هذا تقييم ما إذا كانت الأشياء أثقل أم أخف، أكبر أم أصغر، أكثر رعباً أم أقل رعباً ومن ثم التصرف وفقاً لذلك.

إن عملية التأطير يمكن أن تجعلنا عالقين أو تجعلنا نتحرك بمرونة اتجاه ما هو مهم، إن الطريقة التي نؤطر بها المواقف التي نواجهها من خلال المقارنة والتقييم والحكم يمكن أن تزيد أو تقلل من المرونة، وتضاعف أو تقلل من خياراتنا (Polk et al, 2016).

#### 2.2.4 النظرية السياقية الوظيفية (Functional contextual theory):

يصور الاتجاه السياقي للعلاجات السلوكية الجديدة الأحداث النفسية كمجموعة من التفاعلات المستمرة بين الكائنات الحية بأكملها وسياقات محددة تاريخياً وظرفياً، إن الاستعارة الجذرية للسياقية هي "الفعل المستمر في السياق"، يسعى علماء السياق إلى الحفاظ على الاتصال بالحدث بأكمله وسياقه، وتحليل هذا الحدث بطريقة بحيث لا يتم اخراجه عن سياقه وتجزئته.

تتم السياقية بشكل كبير بالوظيفة أكثر من الشكل، لأن الأحداث المنفصلة عن السياق ليس لها أي معنى، إن الحدث المنفصل عن تاريخه وسياقه الظرفي الحالي هو ليس حدثاً على الإطلاق، كمثال حدث مثل الذهاب إلى المتجر لشراء طعام العشاء إذا ركزنا بشكل منفصل على حركات عضلات الساقين فقط وقمنا بفصلها عن السياق، فإن فعلاً كاملاً بطبيعته الوظيفية يختفي ويصبح بدون معنى وعندما نقوم بإزالة مكان الذهاب مثلاً المتجر، يصبح المشي في هذه الحالة غير منظم وبلا اتجاه ودون معنى.

يتعامل الميكانيكيون مع الأحداث الوظيفية من خلال تجميع مركب من الأجزاء ويؤدي هذا إلى فكرة مفادها أن العالم منظم مسبقاً في أجزاء وعلاقات وقوى وعلى المرء فقط اكتشاف العناصر الأساسية وتجميعها، هناك ادعاء وجودي يفترض أنه تكمن وراء الآلية أجزاء موجودة ويجب علينا العثور عليها وبدونها لا يمكننا فهم الأشياء كوحدة وظيفية ومثلما يمكن أن يكون "الذهاب إلى المتجر" وحدة وظيفية، كذلك يمكن "تحليل سلوك المرضى إلى وحدات تستجيب للعلاج"

حركات الساق في المثال المذكور تمثل "المشي"، في حين أن نفس الحركة في مسابقة معينة هي "ركض" وعندما نتحدث عن المشي فإن المزيد من الفحص السياقي يظهر أن المشي في سياق إعداد الطعام يختلف عن المشي لممارسة الرياضة أو المشي للوصول للعمل من الناحية الوظيفية.

يسعى السياقيون الوظيفيون إلى التنبؤ لمعرفة مدى تأثير التفاعلات المستمرة بين الكائنات الحية بأكملها والسياقات المحددة تاريخياً وظرفياً ويتم البحث عن تحليلات تتسم بالدقة.

في العلاج بالتقبل والالتزام لا يتأثر المعالجون بالشكل فالمسألة تكمن في الوظيفة بحيث لا يكفي أن نعرف أن فكرة أو شعوراً قد حدث بشكل ما أو شدة معينة لمعرفة ما إذا كان يعتبر مشكلة لا بد من معرفة السياق الذي حدث فيه الأمر (hayes et al, 2004).

### 3.2.4 أهداف ومبادئ العلاج بالتقبل والالتزام:

#### ـ أولاً الأهداف:

يسعى العلاج بالتقبل والالتزام إلى مساعدة المفحوص على:

ـ تعزيز التقبل والاستعداد مع تقويض سيطرة التحكم العاطفي والتجنب التجريبي.

ـ تقويض العمليات القائمة على اللغة التي تعزز الاندماج المعرفي، ومعرفة مدى فائدتها أم لا في خدمة قيم الفرد وأهدافه.

ـ العيش أكثر في اللحظة الحالية، والاتصال بشكل أكمل بالتدفق المستمر للخبرة أثناء حدوثها (التواصل مع اللحظة الحالية).

ـ التمييز بين الذات كسياق مقابل الذات المتخيلة لتوفير موقف يكون من خلاله قبول الأحداث الخاصة أقل تهديداً (الذات كسياق).

ـ تحديد القيم الأساسية في الحياة والتي من شأنها إضفاء القدرة على مواجهة الحاجز النفسية التي تم تجنبها سابقاً.

ـ بناء أنماط أكبر من الفعل الملتزم الذي يتوافق مع غايات الحياة القيمة.

#### ـ ثانياً المبادئ:

هناك العديد من المبادئ المهمة التي تتماشى مع عمليات التدخل الستة المذكورة.

ـ أولاً: تعتبر هذه العمليات الستة في الواقع مترابطة إلى حد كبير ومن الناحية العملية فإنه لا يوجد أي ترتيب صحيح لمعالجتها، إذ يمكن البدء بتوضيح القيم الأساسية أو البدء بالعمل على التقبل التجريبي ثم الانتقال للذات كسياق أو العيش في اللحظة.

ثانياً: ليس كل المفحوصين بحاجة إلى العمل في كل العمليات الستة، فقد يكون لدى الفرد على سبيل المثال قدرة عالية على التقبل التجريبي لكنه يجد صعوبات في العيش اللحظة وتحديد قيمه.

ثالثاً: يجب أن يكون المعالج ماهراً في تقديم التدخل بالعلاج بالتقبل والالتزام ضمن أي من هذه العمليات الأساسية الستة، فغالباً ما يميل جميع المعالجين إلى اتباع التدخلات وأساليب التسلسل المفضلة لديهم، ولكن يجب تجنب فخ "مقاس واحد يناسب الجميع".

رابعاً: يمكن استخدام العديد من تدخلات العلاج بالتقبل والالتزام لتعزيز التقدم في واحد أو أكثر من العمليات الستة سواء فك الاندماج المعرفي أو التقبل التجريبي نظراً لكون العلاج بالتقبل والالتزام هو علاج سياقي وكل عملية تخدم العملية الأخرى لذلك يعد العلاج بالتقبل والالتزام علاجاً مرناً ويمكن استخدام استعارة علاجية واحدة لفهم أكثر من عملية (Hayes & Strosahl, 2004).

#### 4.2.4 مفاهيم العلاج بالتقبل والالتزام:

##### 1.4.2.4 المرونة النفسية (Psychological flexibility):

المرونة النفسية هي القدرة على البقاء في اللحظة الحالية بوعي كامل وانفتاح على التجربة، واتخاذ الإجراءات الفعالة المسترشدة بالقيم، وبعبارة أكثر بساطة، إنها القدرة على "الحضور والانفتاح والقيام بما يهم" من الناحية الفنية الهدف الأساسي من العلاج بالتقبل والالتزام هو زيادة المرونة النفسية من خلال جميع تقنيات نموذج هيكسافليكس وكلما زادت قدرة الفرد على أن يكون واعياً تماماً وأن يكون منفتحاً على تجاربه وأن يتصرف وفقاً لقيمه كلما زادت جودة حياته لأنه يستطيع الاستجابة بشكل أكثر فعالية للمشاكل والتحديات التي تجلبها الحياة، علاوة على ذلك من خلال الانخراط الكامل في الحياة والسماح للقيم بإرشادنا، فإننا نطور إحساساً بالمعنى والهدف، ونختبر إحساساً بالحياة تعتبر الحيوية شعور بأننا على قيد الحياة بالكامل ونعيش هنا والآن، بغض النظر عما قد نشعر به في هذه اللحظة (Harris, 2009).

##### 2.4.2.4 التصلب النفسي (Psychological inflexibility):

يشير التصلب النفسي أو انعدام المرونة النفسية إلى أنماط سلوكية جامدة يتم فيها توجيه التصرفات بشكل مفرط من خلال التجارب الداخلية (مثل الأفكار والمشاعر والرغبات) بدلاً من الأحداث الطارئة المباشرة (ما هو فعال للشخص) والقيم (ما هو ذو معنى بالنسبة للشخص) ويتجلى ذلك في عمليتين: الاندماج المعرفي والتجنب التجريبي، يصف الاندماج المعرفي الاستجابة للأفكار في سياق حربي أو كما لو كانت صحيحة تماماً وبالتالي توجه تجاربك وسلوكك، فمثلاً الشخص الذي يندمج مع فكرة "ليس هناك فائدة من المحاولة" قد يتخلى عن هدف أو نشاط مهم مثل الإقلاع عن التدخين أو التقدم لوظيفة جديدة، وبغض النظر عن مدى دقة الفكرة فإن المشكلة هي أن السلوك تهيمن عليه الأفكار وليس مصادر المعلومات الأخرى، أما التجنب التجريبي فهو يشير إلى المحاولات الصارمة التي يقوم بها الشخص لتجنب التجارب الداخلية أو التخلص منها أو السيطرة عليها أو تغييرها (مثل الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية) يمكن أن يتخذ هذا أشكالاً عديدة لأن التجنب التجريبي يتم تعريفه من خلال الغرض الذي يهدف السلوك إلى تحقيقه (تنظيم التجارب الداخلية) وليس من خلال الشكل الذي يبدو عليه

السلوك، قد ينخرط شخص ما في التجنب التجريبي عن طريق الشرب أو الانسحاب من الآخرين، أو محاولة قمع الأفكار، أو التنظيف، أو ممارسة الرياضة بشكل مكثف، بشكل أساسي إذا كان الأشخاص يقومون بسلوك معين لمحاولة الابتعاد عن فكرة أو شعور أو تجربة داخلية أخرى غير مرغوب فيها، فإنهم ينخرطون في التجنب التجريبي بغض النظر عن مدى صحة السلوك أو عدم صحته، حيث إن محاولة التخلص من الأفكار والتجارب الداخلية الأخرى هي شكل من أشكال الاضطراب النفسي وانعدام المرونة وهذا الذي يؤدي للمعاناة، إن المعاناة النفسية ليست بسبب أن تجاربنا الداخلية هي أشياء سيئة بل هي ناجمة عن كيفية ارتباطنا بتجاربنا (Twohig et al, 2021).

#### 3.4.2.4 التجنب التجريبي (Experiential avoidance):

يشير التجنب التجريبي إلى محاولات الشخص السيطرة على تجاربه الخاصة أو تغييرها أو الهروب منها حتى عندما تؤدي محاولات القيام بذلك إلى ضرر وغالباً ما يحدث هذا بسبب تقييم بعض الأحداث على أنها خطيرة ويجب السيطرة عليها، من منظور العلاج بالتقبل والالتزام المهم ليس شكل التجنب التجريبي بل وظيفة السلوك، بمعنى آخر يمكن أن تساعد العديد من السلوكيات الأشخاص على تجنب تجاربهم الخاصة مثل: شرب الكحول أو تعاطي المخدرات أو تجنب أشخاص أو أماكن معينة أو القيام بسلوكيات قهرية أو الانسحاب من أنشطة ذات قيمة أو النوم بشكل مفرط، وعلى الرغم من تنوع هذه السلوكيات، إلا أنها كلها تؤدي وظيفة واحدة ألا وهي توفير راحة مؤقتة من شيء غير سار، هناك العديد من التجارب الجسدية والنفسية التي يمكن تقييمها على أنها غير مرغوب فيها أو غير مريحة في ظروف معينة، قد يختبر الفرد مشاعر أو ذكريات أو أحاسيس جسدية باعتبارها تهديداً أو ضرراً ونتيجة لذلك يتعلم كيفية التعامل مع هذه التجارب الخاصة من خلال محاولة تجنبها، إن هذه القدرة على التنبؤ وتجنب الظروف التي من المحتمل أن يحدث فيها الخوف أو الألم هي قدرة تكيفية من أجل حفظ البقاء، يمكن أن تكون بعض سلوكيات التجنب ضارة بشكل كبير مثل تعاطي المخدرات، أو إيذاء النفس، أو الشراهة للطعام أو السلوكيات القهرية، يعمل التجنب التجريبي بشكل جيد لمساعدة الشخص على تجنب التجارب غير المرغوب فيها والهروب منها على المدى القصير ولكنه يجعل الأمر أكثر صعوبة على المدى الطويل.

ما يحدث هو أن الأفراد قد يبدأون في تجنب عيش حياة ذات معنى، فمثلاً إذا خاض شخص ما علاقة انتهت بطريقة ما سواء بالموت أو الانفصال أو الطلاق قد يبدأ بعد ذلك في تجنب الاقتراب من الآخرين لتجنب الشعور بالحزن أو الوحدة أو الشعور بالخسارة أو أي من المشاعر الأخرى التي قد تأتي من فقدان شخص يهتم به، ومن أجل تجنب تجربة الخسارة المتوقعة هذه قد يبدأ في تضيق نطاق علاقاته الوثيقة، إن التجنب التجريبي يمكن أن يخلق

إحساساً باللامعنى أو الشك في الذات عندما لا يعيش الفرد بشكل متسق مع قيمه في محاولة لتجنب التجارب السلبية.

#### 4.4.2.4 الاندماج المعرفي (Cognitive fusion):

يميل البشر إلى تجربة الأفكار الخاصة بهم كحقائق حرفية أو كأشياء يجب الاستجابة لها، إن تجربة الأفكار كحقائق حرفية يجب الاستجابة لها هو ما يشار إليه بالاندماج المعرفي كمثل شخص لديه تاريخ من الاكتئاب غالباً ما يجد نفسه مستغرقاً في التفكير لفترة طويلة من الوقت إحدى الأفكار التي قد تكون راسخة بالنسبة لمثل هذا الشخص هي "أنا أستحق أن أكون بائساً ووحيداً" و إذا ما استجاب لهذه الفكرة على أنها "الحقيقة" في كل مرة يفكر فيها فقد يحدث أمرين : قد يغرق في سلوكيات لا تخدمه كالبقاء في المنزل وعدم الاختلاط مع الآخرين في حياته على الرغم من أن هذا لا يتوافق مع قيمه، أو قد يتصارع مع هذه الفكرة ويحجر ذاته "ابتهج" لديك أصدقاء، يجب عليك الخروج فحسب" ولكن بعد ذلك قد تظهر أفكار سلبية أخرى كما هو شائع في حالة الاكتئاب مثل "أصداؤك لم يكونوا سعداء برؤيتك" وبهذا ينتقل ذهاباً وإياباً مع هذا التفكير ومن المرجح أن تفوته الكثير من الأشياء حوله، وبالتالي سيكون أقل عرضة للقيام بأنشطة ذات قيمة بالنسبة له.

يؤدي الاندماج المعرفي إلى أسلوب حياة تحكمه الحاجة المستمرة للاستجابة للتجارب الخاصة على حساب الاستجابة للعالم الخارجي، ومن هذا الموقف المندمج يجد الشخص سلوكه العلي لمحاوله تقليل تكرار مثل هذه الأفكار ويصبح أقل مرونة من الناحية السلوكية، وبالتالي أقل احتمالاً أن يعيش حياة تتفق مع قيمه، وكلما زاد اندماج الشخص مع فكرة ما قلت قدرته على التجربة.

#### 5.4.2.4 عدم الاتصال باللحظة العيش في الماضي والمستقبل ( Dominance of the conceptualized ) (past and feared future):

في كثير من الأحيان يصبح الناس منشغلين بمشاعرهم أو ذكرياتهم أو أحاسيسهم الجسدية أو مخاوفهم ويقومون باجتارها لدرجة أنهم يفقدون الوعي بما يمكن أن يحدث في اللحظة الآنية، مما يفقدهم فرصة العيش بشكل متوافق مع قيمهم.

يمكن أن يؤدي عدم الاتصال باللحظة الحالية إلى مشاكل للأشخاص في الإدراك والتفكير والشعور، حيث قد يستجيب الشخص لأفكاره بشكل تلقائي ودون وعي، يشير الكثير من تفكيرنا إلى الأحداث التي حدثت في الماضي أو بتنبؤات المستقبل، يمكن لهذه التجارب الخاصة أن تجذب انتباهنا وتخرجنا باستمرار من اللحظة وتبعدنا

عن العالم من حولنا، قد يقوم الشخص بقيادة السيارة أو تناول الطعام أو السفر دون وعي بأنه يفعل ذلك نتيجة لفقدان الاتصال باللحظة الحالية.

#### 6.4.2.4 الذات كمحتوى (Attachment to the conceptualized self):

عندما نختبر الأحداث في حياتنا فإننا نميل إلى بناء قصص عن هويتنا والتي تستمر معنا مع مرور الوقت، ونحن كبشر غالباً ما نسعى إلى التماسك، نحن نميل إلى البحث عن الأدلة التي تؤكد هذه المفاهيم عن الذات المتصورة لدينا ونستبعد الأدلة التي لا تتناسب معها، إن التنبؤ بسلوكنا والتحكم فيه لا يكون ممكناً إلا عندما نكون قادرين على الوصول إلى شعور مستقر بالذات يشمل جميع تجاربنا، ولكن يمكننا بسهولة أن نتعلق بتجارب معينة أو نستثمر فيها على حساب الآخرين يمكن للارتباط الحرفي الصارم بالذات المتصورة أو الذات كمحتوى، أن يحد من أنواع السلوك التي نقوم بها، يمكن أن يكون الارتباط بالذات المتصوره مشكلة، حيث قد يتطور لدى الشخص ارتباط بالاعتقاد بأن مشاكله تتحكم في حياته على حساب العيش مع قيمه، كمثال الشخص الذي طور تصوراً عن نفسه بأنه انسان طموح جداً سيحاول دائماً أن يكون الأفضل، ولا يبطئ من سرعته أبداً من أجل فحص ما مدى استمتاعه بما يقوم به بالفعل، ويصبح ما يقوم به لا يرتبط بأي قيمة وإنما بخوفه من الفشل ولا يشعر بالرضا إلا عندما يحقق إنجازاً ما وللحظات قصيرة وإذا لم يحقق ما يطمح له فإنه يشعر بالقلق، بسبب مفهومه المثالي للطموح وهذا يجعله منهكاً (Dahl et al, 2009).

#### 7.4.2.4 عدم وضوح القيم (Value clarity deficit):

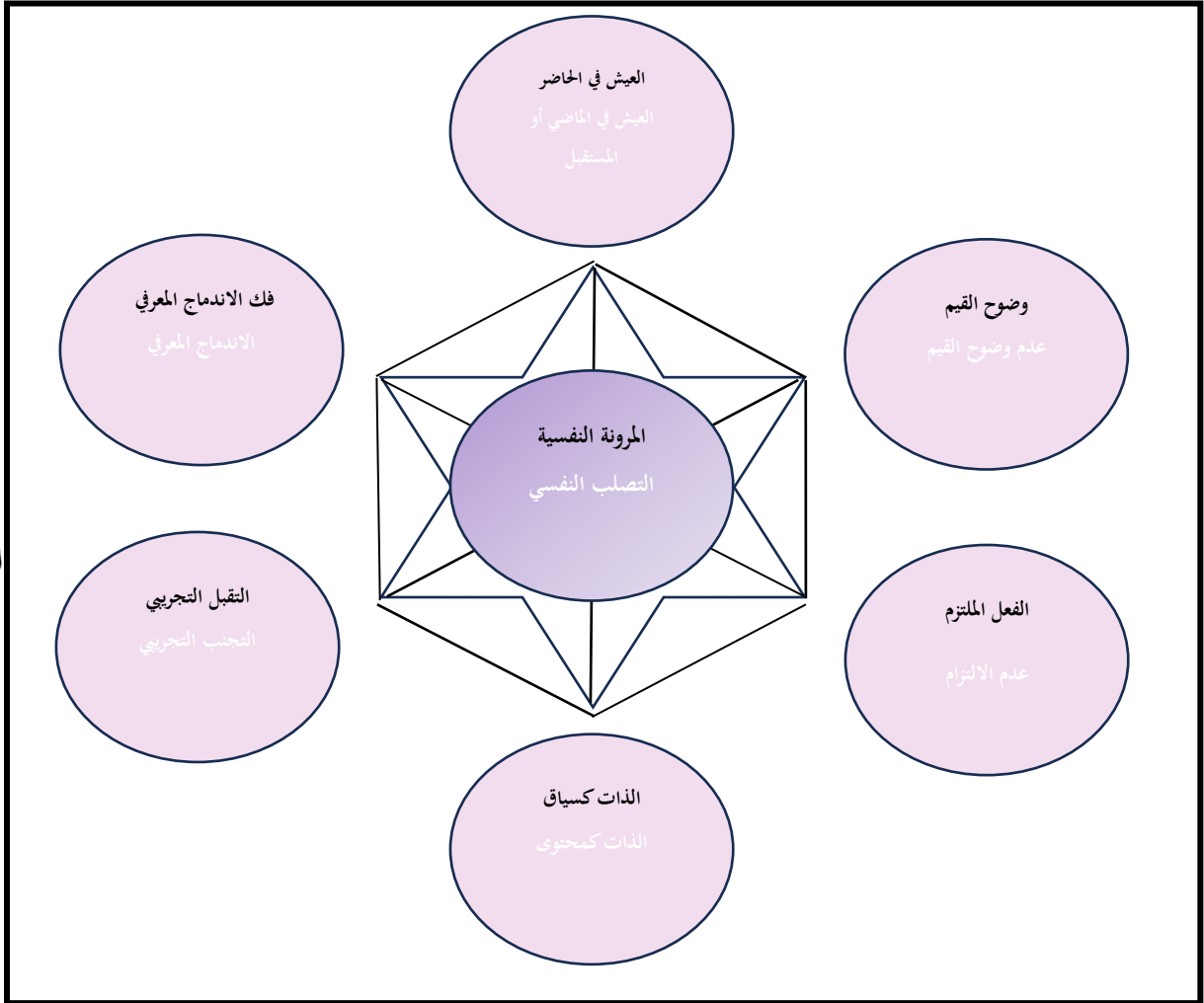
عندما يصبح سلوكنا مدفوعاً بشكل متزايد بالاندماج مع أفكار غير مفيدة، أو محاولات تجنب التجارب الخاصة غير السارة، غالباً ما تضيع قيمنا أو نُهمَل أو تُنسى، إذا لم نكن واضحين بشأن قيمنا أو لم نكن على اتصال بها، فلن نتمكن من استخدامها كدليل فعال لتصرفاتنا.

#### 8.4.2.4 عدم وجود فعل ملتزم (Behavioral commitment deficit):

عدم الالتزام يعني القيام بأنماط سلوكية تبعدها عن الحياة الواعية والقيمة، وهو يشمل كل أنماط السلوك التي لا تعمل على جعل حياتنا أكثر ثراءً وامتلاءً، بل تجعلنا عالقين أو تزيد من صراعاتنا وهذا يشمل الاندفاع والتلقائية بدلاً من التصرف الواعي أو المدروس أو الهادف وكذلك السلوك المدفوع باستمرار بالتجنب التجريبي بدلاً من القيم، والتقاعس عن العمل أو المماطلة حيث يلزم اتخاذ إجراءات فعالة لتحسين نوعية الحياة (Harris, 2009).

#### 5.2.4 نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي حسب نموذج (ACT):

الشكل (1) يوضح نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي:



#### 6.2.4 تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام:

##### 1.6.2.4 التقبل التجريبي (acceptance): التقبل هو استيعاب المشاعر والسماح لها بالحضور، ويعد التقبل مهارة

أساسية للأشخاص الذين يعانون من مشكلة تنظيم الانفعالات لأنهم عادة ما يواجهون مشاعر حادة، وإذا احتكوا بأشخاص في حالة كرب، فإنهم يعلقون في أفكار مثل: علي أن أفعل شيئاً ولا يمكنني امتلاك هذا الشعور ويمكن أن ينخرطوا بسرعة في سلوكيات غير مفيدة وضارة ومدفوعة بالمشاعر، يعتبر

التقبل العملية الأساسية في التدخلات القائمة على التعرض، سواءً مع اضطراب القلق المعمم، أو الوسواس القهري أو أي اضطراب آخر ومن وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام ليس هناك شيء يمكن إصلاحه أو التعامل معه عند المرور بالانفعالات بما في ذلك الانفعالات الشديدة ولا يوجد سبيل أنسب للتعامل مع هذه الانفعالات والمشاعر

غير التقبل الذي يقلل من الصراع الذي يعاني منه الشخص أثناء خبره لأي نوع من المشاعر والأفكار الملحة (زوريتا، 2022).

يتم تعلم تقبل الأحداث الخاصة كبديل لتجنب التجارب، ينطوي التقبل على احتضان نشط وواعي للأحداث التي يصادفها الفرد، دون محاولات غير ضرورية لتغيير شكلها، خاصةً عندما يؤدي ذلك إلى ضرر نفسي، كمثال يتم تعليم الأشخاص الذين يعانون من القلق أن يشعروا بالقلق كشعور بشكل كامل وبدون دفاع.

التقبل في العلاج بالتقبل والالتزام ليس غاية في حد ذاته إذ يتم تعزيز التقبل كوسيلة لزيادة السلوكيات التي تخدم القيم، تتضمن أساليب التقبل تمارين تشجع التفاعل المرن مع التجارب التي تم تجنبها مسبقاً حيث يتم تحويل العواطف إلى أشياء وصفية ويتم تقسيم ردود الفعل المعقدة إلى عناصر تجريبية كما يتم إيلاء الاهتمام للجوانب الدقيقة لحدث تم تجنبه، تبدو هذه العمليات إلى حد ما مثل تمارين التعرض ولكن مع غرض إضافي يتمثل في زيادة مرونة الاستجابة لدى الفرد بدلاً من تقليل الاستجابة العاطفية (Luoma et al , 2007).

التقبل لا يعني الإعجاب أو الرغبة في عيش الفرد لظروفه التي لا يرغب بها بل يعني الاستعداد لتجربة ما يختبره المرء بشكل كامل ودون دفاع منه، يمنح التقبل الفرصة للفرد لكي يكون على استعداد لتجربة المشاعر كما هي كونها مجرد مشاعر وليس كشيء يجب تجنبه والهروب منه، حيث يتعلم الفرد عدم لوم نفسه عن مشاكله وألا يسعى جاهداً لتغيير تجربته الشعورية (Bach & Moran, 2008).

#### 2.6.2.4 فك الاندماج المعرفي (defusion):

إن مصطلح الاندماج هو اسم للعملية التي نتجاوب بها مع أفكارنا على أساس أنها حقائق واقعية صحيحة تماماً إن الاستجابة لأفكارنا ومشاعرنا ليست مشكلة ولكنها تصبح مشكلة عندما تمنعنا من القيام بسلوكيات فعالة نخدم قيمنا الخاصة، يعتبر الاندماج استعارة تشير إلى التصاقنا مع أفكارنا بطريقة تجعل من الصعب تحديد الفرق ما إذا كانت مجرد فكرة أو احساس واقعي بالذات، غالباً عندما يتم الاندماج مع الأفكار يجعلها تبدو مهمة وتتطلب اهتماماً أكبر، وتقل مرونة الفرد في الاستجابة لقيمه وفي فك الاندماج يعتمد الأمر على تغيير العلاقة مع الأفكار والمشاعر من خلال التشكيك بها فقد تكون صحيحة وقد لا تكون كذلك، وحين لا تتطلب الأفكار اهتماماً كبيراً وفورياً فإنها تصبح أقل تهديداً مما يجعلنا أقل اندماجاً معها، لا يهدف فك الاندماج إلى التخلص من الأفكار أو تحديدها وإنما يهدف إلى العمل على ملاحظتها خاصة عندما تكون غير مجدية ولا فائدة منها، وذلك لخلق مساحة بين الفكرة والشخص بحيث يتمكن من اتخاذ إجراءات فعالة مدروسة و واعية حول كيف يستجيب (بينيت & أوليفر، 2021).

**3.6.2.4 اليقظة الذهنية (mindfulness):** يعرفها جون كابات زين على أنها الانتباه بطريقة معينة وعن قصد في اللحظة الحالية هنا والآن، وبدون إصدار أحكام هناك العديد من الفوائد لليقظة الذهنية، بما في ذلك الاستجابات المخفضة أو الأكثر تكيفاً للتوتر، وتقليل الإجتزاز، وتقليل الاكتئاب والقلق، وزيادة المشاعر الإيجابية، وتحسين التركيز والذاكرة، وقلة التفاعل العاطفي، وتحسين التنظيم العاطفي، وزيادة المرونة الإدراكية (Gustafson, 2019).

تبدأ اليقظة الذهنية حين يدرك الفرد بأن معظم تجاربه لا يقوم بها بانتباه تام وأنه غير متيقظ خلال معظم حياته، ففي كثير من الأحيان يفقد الفرد ما أمامه من خلال العيش ضمن الأفكار والمشاعر والانفعالات وقصص الماضي واستجابات المستقبل، تعد اليقظة الذهنية تدريب على الاستيقاظ للإحساس بالتجارب هنا والآن وتحويل الانتباه للكيفية التي تسير بها الأمور في كل لحظة (وايت، 2021).

تعني اليقظة الذهنية الانتباه الواعي بشكل منفتح ومتقبل لما يحدث في اللحظة الحالية، تتضمن تنظيم الانتباه عمداً تجاه ما يحدث هنا والآن، يمكننا وصف الشخص اليقظ بأنه يراقب ما يحدث بلطف بدلاً من الحكم عليه، ويعكس "الموقف المنفتح والمتقبل" جودة الانتباه الذي يتميز بالفضول والتحول نحو تجربة الفرد بدلاً من الابتعاد عنها، فمثلاً عندما تكون أفكارنا ومشاعرنا مؤلمة أو صعبة فإننا في حالة اليقظة الذهنية نتقبل هذه الأحداث النفسية ونشعر بالفضول بشأنها بدلاً من محاولة تجنبها أو التخلص منها.

إن العديد من ممارسي علم النفس الإيجابي يفسرون اليقظة الذهنية على أنها منصة تسهل مختلف المهارات الصحية الأخرى، مما يجعلها أكثر المهارات التي تحقق فوائد كبيرة، حيث يمكن لليقظة الذهنية أن تسهل إصلاح الحالة المزاجية السلبية، كما تعزز الحالة المزاجية الإيجابية، وتزيد من مقدار التقييمات الإيجابية حول الذات والعالم والمستقبل.

في العلاج بالتقبل والالتزام يتم استخدام اليقظة الذهنية لتسهيل المهارات الأخرى لحياة صحية أكثر ولزيادة فعالية تلك المهارات ومع ذلك فهي لا تستخدم لمحاولة تغيير مزاج الفرد وإنما لتسهيل العمل بما يتماشى مع القيم الأساسية، وتعزيز الأداء، وزيادة المشاركة في اللحظة وتقديرها، سواءً كانت لحظة فرح أو ألم (Kashdan & Ciarrochi, 2013).

**4.6.2.4 القيم (values):** القيم هي مبادئ إرشادية توفر التوجيه والتحفيز أثناء التقدم في الحياة، إنها الطريقة التي نريد أن نكون بها في الحياة والطريقة التي نريد أن نتصرف بها تجاه الآخرين والعالم والذات، القيم ليست كيف يعاملنا الآخرون، بل كيف نعامل أنفسنا ومن نختار أن نكون حولهم، يمكن أن يمنح اتباع هذه المبادئ التوجيه فيما نفعله وكيف نقضي الوقت (Mazza, 2020).

القيم هي مجالات الحياة التي نختار متابعتها والعمل وفقها، ولكن لا يمكننا أبداً تحقيق قيمة أو امتلاكها كشيء ملموس وبعبارة أخرى، فإن القيم هي مبادئ مجردة ومعنوية ترشد اختياراتنا في الحياة، والقيم ليست رغبات مثل :

أريد أن يقدرني الآخرون أو أن يحبوني، بدلاً من هذا القيمة هي اختيار الشخص أن يكون مُقدراً أو مُحباً، لأن سلوكيات الآخرين لا تخضع لتحكمنا بقدر ما تخضع سلوكياتنا الخاصة، يمكن أن تعمل القيم كبوصلة لمساعدة الأشخاص على معرفة الاتجاه الذي يجب عليهم التحرك فيه فهي توفر دليلاً للسلوك (twohig & hayes, 2008).

أما الأهداف فهي تختلف عن القيم في كونها عناصر محددة يمكن الحصول عليها عندما يتم تحقيقها فإنها تنتهي، تشمل الأهداف : الحصول على وظيفة، الحصول على منزل، الزواج ، أما القيم فتكون أكثر توسعاً وغير منتهية مقارنةً بالأهداف، انها توفر إحساساً بالمعنى وتوفر التوجيه في الحياة، كما تعمل على التحفيز وهي ليست أحكاماً وإنما خيارات شخصية، لذلك لا يمكن الحكم عليها على أنها صحيحة أو غير صحيحة، من المهم فحص القيم في مجموعة متنوعة من مجالات الحياة، نظراً لأن الأفراد يختلفون في أهمية مجالات معينة على حساب مجالات أخرى وفي ظروف معينة أو في مراحل معينة من حياتهم، تشمل مجالات القيم :

العلاقات الأسرية، الأبوة والأمومة، العلاقات الحميمة، العمل، التعليم/النمو الشخصي والتطور، وقت الفراغ والتسلية، الروحانية، العمل المجتمعي، الشبكة الاجتماعية/الأصدقاء، الصحة/العافية الجسدية (Dahl et al , 2005).

#### 5.6.2.4 الفعل الملتزم (committed action) :

الفعل الملتزم يعني اتخاذ إجراءات فعالة استرشاداً بالقيم، حيث أنه من خلال العمل المستمر المتوافق مع القيم تصبح الحياة غنية وكاملة وذات معنى، الفعل الملتزم يعني "القيام بكل ما يلزم" للعيش وفقاً للقيم الأساسية بغض النظر عن مشاعر الألم التي يعيشها الفرد يمكن استخدام جميع التدخلات السلوكية التقليدية مثل تحديد الأهداف، التعرض، التنشيط السلوكي، والتدريب على المهارات في هذا الجزء، وأي مهارة تعزز الحياة وتثريها، بدءاً من التفاوض وحتى إدارة الوقت، ومن الحزم إلى حل المشكلات، ومن تهدئة الذات إلى التعامل مع الأزمات، يمكن تعلمها واستخدامها ضمن هذا القسم من النموذج العلاجي شرط أن تكون في خدمة القيم (Harris, 2009) .

إن تحديد القيم دون تحديد الخطوات الضرورية لعيش حياة ذات معنى وهادفة تشبه المناقشة اللطيفة التي تحتفي في الهواء دون أي اجراء عملي فعال يأتي بعدها، العلاج بالتقبل والالتزام - في جوهره - هو علاج سلوكي، والفعل الملتزم يدور حول اتخاذ اجراءات محددة لعيش القيم والمعنى والهدف.

يعد من السهل فهم الأفعال الملتزمة فيما يتعلق بالسلوكيات الظاهرة، لكن في العلاج بالتقبل والالتزام ينطبق الفعل الملتزم أيضاً على التعامل مع الأحداث الداخلية، بحيث يتضمن اختيار السلوكيات المدفوعة بالقيم كلاً من السلوكيات الصريحة والسلوكيات الضمنية مثل الانفتاح على الانفعالات والأفكار غير المرئية.

تتفاعل هذه العمليات الأساسية الستة مع بعضها البعض باستمرار وعند استهداف عملية واحدة فإننا نؤثر أيضاً على العمليات الأخرى، وبما أن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام مرن فإنه لا توجد قواعد حول العمل مع عملية واحدة أكثر من غيرها أو البدء بواحدة عن غيرها حيث يعتمد ذلك على ارتياح المعالج ولتقييمه لمدى الصعوبات التي يواجهها المفحوص في كل عملية (زوريتا، 2022).

#### 6.6.2.4 الذات كسياق (self as context):

يشير هذا المصطلح إلى الذوات المختلفة التي نمتلكها، وهناك مجموعة من الذوات في العلاج بالتقبل والالتزام هناك الذات المراقبة أو الذات كسياق، و الذات المفهومة أو الذات كمحتوى و هي الذات التي تتكون من تقييمات الفرد وتصنيفاته الذاتية، فالشخص هو الذي يعرف نفسه على أنه طيب أو لئيم أو مجتهد أو منبوذ، غالباً ما يطور الناس ارتباطاً وثيقاً بذاتهم المفهومة فمثلاً إذا كان لدى شخص ما اعتقاد بأنه عامل جيد، فيمكنه أن يبذل قصارى جهده للحفاظ على صحة ذلك، حتى على حساب الأسرة أو أشياء أخرى ذات قيمة وبالمثل إذا اعتقد شخص ما أنه فاشل وأن الأم هي المسؤولة عن فشله، فيمكنه أيضاً أن يعمل بجهد للحفاظ على هذا من خلال عدم تغيير ما يفعله أو تغيير كيفية ارتباطه بطفولته، إن الرغبة في أن يكون الشخص "على حق" تعيق الدافع للتغيير بسبب مفهوم الشخص عن نفسه و هذا هو أصعب أشكال الذات، وفي العلاج بالتقبل والالتزام يتم إيلاء اهتمام خاص لاكتشاف وإضعاف الارتباط بالذات المفهومة.

يتضمن الوعي الذاتي وعياً مستمراً بالتجارب الحالية حيث يتم ملاحظة تلك التجارب بطريقة وصفية وغير حكمية، أي ملاحظة كل تجربة كما هي مثلاً "أنا أفكر بهذا، أنا أشعر بذلك، أنا أرى هذا" ويعتبر هذا عموماً شكلاً صحياً من أشكال الوعي الذاتي، هناك ميزتان رئيسيتان لتجربة الوعي في الوقت الحاضر:

(1) نحن أكثر وعياً وحساسية للأحداث الطارئة الحالية وتاريخنا فيما يتعلق بها.

(2) الوعي نفسه أقل تهديداً في هذا السياق مما هو عليه عندما نختبره كصورة لأنفسنا.

وغالباً ما تكون الذات المراقبة أو الذات كسياق هي النوع الذي لا نعرفه على الإطلاق، وهي ذات موجودة منذ الطفولة وهي تقف لمراقبة ما يحدث من خلال إدراك أن الشخص هو الذي ينظر للتجارب ويدركها وليس هو التجارب نفسها (twohig & hayes, 2008).

تمثل الذات كسياق فضاء نفسي ومنظور ثابت من خلاله يمكن ملاحظة جميع الخبرات المتغيرة وتقبلها وتسمى كذلك الذات الملاحظة وهي جزء من الذهن ليس بإمكانها التفكير وإنما الملاحظة فقط (قاصب، 2021).

#### 7.6.2.4 الاستعارات العلاجية / التمارين التجريبية (Therapeutic Metaphors)

##### (Experiential Exercises):

تستخدم الاستعارات العلاجية قوة اللغة من أجل الفهم والصياغة وذلك من أجل تسهيل التغيير السلوكي بحيث تسمح الاستعارة بإجراء مقارنة بين موضوعين أو فعلين أو خبرتين وذلك لإلقاء الضوء على وجهات نظر جديدة، وبالتالي الاستعارة هي وسيلة لتقديم معلومات جديدة للفرد ونقلها إليه (بينيت & أوليفر، 2021).

إلى جانب الاستعارات العلاجية يتم تقديم التمارين التجريبية لشرح وتبسيط نموذج المرونة النفسية هيكل سافليكس، وتمارين تجريبية لتفعيل الذات الملاحظة مثل تمرين لاحظ الملاحظ وتمارين تجريبية لفك الاندماج المعرفي وأخرى لتنمية اليقظة الذهنية مثل تمرين التمرکز ببساطة وتمرين تمرکز في قلبك وتمارين لاستيضاح القيم، هناك العديد من الاستعارات العلاجية كاستعارة رجل الكهف واستعارة شد الحبل مع الوحش، استعارة الرجل في الحفرة لفهم طبيعة عمل الذهن البشري، استعارة فزة العقل لشرح تقنيات فك الاندماج المعرفي، واستعارة الرمال المتحركة لفهم تقنيات التقبل، واستعارة رقعة الشطرنج واستعارة السماء والطقس للتدرب على تفعيل الذات الملاحظة وغيرهم من الاستعارات .

#### 8.6.2.4 التعاطف الذاتي:

إن فكرة التراحم الذاتي أو التعاطف مع الذات في أساسها هي فكرة بسيطة تشير لاستبدال النقد الذاتي المعتاد بمشاعر التعاطف مع الذات والمحبة من خلال تقبل الإخفاقات والعيوب والشعور بالرحمة تجاه الذات، يتم تفعيل التعاطف الذاتي من خلال مجموعة من الأساليب:

\_\_ استخدام مكافآت ذاتية خاصة وأفعال تعبر عن التقدير والعناية بالذات.

\_\_ التعبير للذات بالعبارات التي يتمنى الشخص سماعها من الآخرين.

\_\_ كتابة مختلف المشاعر المحبطة واستخدام عبارات تراحم تخفف من شدتها.

\_\_ تقمص شخصية الأشخاص المحبين للفرد حب غير مشروط وكتابة خطاب للذات عن طريقها (مكاي وآخرون، 2022).

## خلاصة

تعرفنا في هذا الفصل على العلاج المعرفي السلوكي بشكل مفصل حيث تطرقنا لكل موجة من موجاته الثلاث بدأ من الموجة الأولى التي ركزت على التغيير السلوكي بواسطة عدة تقنيات مختلفة مثل التعزيز الايجابي والسلبي والتعرض وتعديل السلوك وغيرهم ، مروراً إلى الموجة الثانية التي ركزت على معالجة الأفكار والمعتقدات والتعرف عليها ومن ثم استبدالها بأفكار منطقية أكثر من خلال تقنيات الفوائد والمضار والأدلة وحل المشكل وتقنيات أخرى، انتقالاً إلى الموجة الثالثة التي ركزت على تنمية وزيادة القبول والوعي واليقظة الذهنية حيث تشجع على ملاحظة التجارب الداخلية وإعطاء المزيد من التفتح والقبول للمشاعر والأفكار، تطرقنا أيضاً لمبادئ كل نموذج علاجي وتقنياته المتنوعة، في الأخير العلاج المعرفي السلوكي ليس نهجاً علاجياً واحداً فهو نهج يحوي نماذج متعددة ومتنوعة عمل على تطويرها العديد من العلماء يتميز بكونه علاج نشط ومرن يركز على الحاضر و على تعلم المهارات المختلفة، ما يميزه أيضاً هو أنه علاج تمكيني قائم على الأدلة وينمو باستمرار.

## الفصل الثالث

## الفصل الثالث: الوسواس القهري

\_\_تمهيد

\_\_تاريخ اضطراب الوسواس القهري

\_\_تعريف اضطراب الوسواس القهري

\_\_أنواع اضطراب الوسواس القهري

\_\_أسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري

\_\_أعراض اضطراب الوسواس القهري

\_\_المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب الدليل الاحصائي الخامس

المعدل (DSM-5-TR)

\_\_النظريات المفسرة للإصابة باضطراب الوسواس القهري

\_\_علاجات اضطراب الوسواس القهري

\_\_مآل وانتشار اضطراب الوسواس القهري

\_\_خلاصة

## تمهيد

يُعتبر اضطراب الوسواس القهري (OCD) أحد الاضطرابات النفسية الشائعة التي تؤثر على العديد من الأفراد في جميع أنحاء العالم، يتميز هذا الاضطراب بوجود أفكار وسواسية متكررة تزعج المصاب وتسبب له القلق، إلى جانب سلوكيات قهرية يلزم الشخص نفسه بأدائها في محاولة لتخفيف القلق الذي تبثه الأفكار الوسواسية، قد تشمل هذه الأفكار مخاوف من التلوث، أو الخوف من فقدان السيطرة، أو المرض أو الأذية، بينما تتضمن السلوكيات القهرية أفعال مثل غسل اليدين بشكل مفرط، التحقق من الأمور عدة مرات، أو ترتيب الأشياء بطريقة معينة.

يساهم اضطراب الوسواس القهري بشكل كبير في التأثير على جودة حياة الأفراد المصابين وحتى المقربون منهم، حيث يمكن أن تحد الأعراض من قدرتهم على القيام بالأنشطة اليومية وتؤثر سلباً على العلاقات الاجتماعية والمهنية لديهم، لذلك يعد التشخيص المبكر والعلاج الفعال ذو أهمية كبيرة لمساعدة المصابين في التعامل مع هذا الاضطراب والتخفيف من أعراضه.

سنتعرف في هذا الفصل على اضطراب الوسواس القهري بمزيد من الاسهاب كما سنتطرق لتاريخه ولمختلف أسبابه المحتملة وأعراضه ومحركاته التشخيصية وأنواعه والنظريات المفسرة له وكذلك العلاجات المتاحة لاضطراب الوسواس القهري ونسبة انتشاره ومآله.

## 1. تاريخ اضطراب الوسواس القهري

تمت ملاحظة أعراض اضطراب الوسواس ووصفها عبر التاريخ، كان تعريف الوسواس القهري موصوفاً كما هو اليوم: الأفكار المتطفلة غير المرغوب فيها والسلوكيات المتكررة، و على الرغم من أن بعض جوانب الأوصاف المبكرة للوسواس القهري كانت متطابقة مع المفاهيم التشخيصية التي تم تطويرها لاحقاً إلا أن الأفكار حول مسببات الوسواس القهري كانت محدودة بالتفكير ما قبل العلمي في ذلك الوقت، نظراً للتفسيرات الدينية التي كانت مهيمنة على تفسير الاضطرابات النفسية، غالباً ما كانت تفهم أعراض الوسواس القهري على أنها مؤشرات على أخلاق الفرد وصحته الروحية لهذا تضمنت الأساليب العلاجية نفس الأساليب التي كانت تطبق على الأشخاص الذين يتم وصفهم بأنهم ممسوسين، وكانت الأساليب العلاجية تتسم بالتعذيب.

بداية من القرن التاسع عشر، ومع تطور التفكير العلمي، بدأت الحركة نحو فهم الاضطرابات العقلية، وقد أثر هذا التحول على التفكير في الوسواس القهري، وصف إسكوبول الذي كان طبيبا في ذلك الوقت حالة "السيدة ف" بأنها تعاني من الهوس الأحادي (الجنون الجزئي) كان يُفهم الهوس الأحادي على أنه مرض في الدماغ يحدث بدون حمى وينتج عن آفة جزئية للفكر أو العواطف، وقد بينت النظريات اللاحقة لاضطرابات الوسواس التي تم تطويرها

في القرن التاسع عشر كبداية لمفهوم الهوس الأحادي أصبح يُنظر أحياناً إلى السلوكيات القهرية على أنها متهورة بطبيعتها، وهي أفعال لا يمكن مقاومتها وتُفرض على عقل الشخص المصاب، تشبه إلى حد كبير الهلوسة كما كانت مفهومة في ذلك الوقت، رأى منظرون آخرون في ذلك الوقت أن هذه الحالة هي اضطراب في الذكاء (أي ضعف إدراكي) وقد افترضوا أن الأفكار غير العقلانية (الأفكار الوسواسية) حدثت بسبب التغيرات في الدماغ التي أثرت على الأداء المعرفي، وابتداءً من سنة (1878) افترضوا أن سبب أعراض الوسواس هو صعوبة تثبيط الأفكار السلبية المتطفلة، افترض ويستفال أنه قد يكون هناك استعداد وراثي للاضطرابات الوسواسية، ومن المفهوم أن عمله أدى إلى وصف الحالة بالوسواس القهري.

في وقت لاحق قدم بيرد مصطلح الوهن العصبي واستخدم ليشمل مجموعة غير متجانسة من الأعراض التي تشمل أعراض اضطراب الوسواس.

بعدها طور فرويد العديد من البنى التي استخدمها لشرح الأعراض المعقدة لاضطرابات الوسواس كانت أفكاره حول عصاب القلق وتصوره للوهن العصبي، افترض أن عصاب القلق الذي يتضمن الهواجس والسلوكيات القهرية كان مظهراً للصراع اللاواعي للفرد المصاب حول الدوافع والمشاعر التي تم اختبارها على أنها غير مقبولة إلى حد كبير ويكافح الفرد الوسواسي لمنع هذه الأفكار والمشاعر من الدخول إلى الوعي بسبب الضيق المصاحب لها، وتم فهم أعراض الوسواس على أنها فشل في أنظمة الدفاع النفسي.

غالباً ما يرى المصابون بالوسواس القهري أن وجود فكرة غير مقبولة (على سبيل المثال إيذاء شخص ما) هو شيء مؤلم للغاية حيث تتسبب لهم هذه الفكرة في ضيق نفسي يقارب المشاعر التي قد تنتج إذا قام الشخص بالفعل بتوافق ملاحظات فرويد مع النظريات المعرفية المعاصرة للوسواس القهري التي تؤكد على المعتقدات المبالغ فيها حول أهمية الفكرة، حيث يرى راشمن أن المصاب بالوسواس القهري يحدث لديه اندماج الفكر مع الفعل، والشعور بأن الأفكار التي يعتقد أنها غير لائقة هي أفكار غير أخلاقية في حد ذاتها وهو نوع من الاعتقاد المختل.

أما بيير جانيت فقد وصف تجربة مشاعر عدم الاكتمال لدى المصاب بالوسواس القهري، والتي افترض أنها مكون أساسي لما أسماه الوهن النفسي (الوسواس القهري) وقد وصف جانيت عدم الاكتمال بأنه تجربة شعور داخلي بالنقص، وهو شعور بأن الأفعال لم يتم تنفيذها بشكل صحيح، يرى جانيت أن الشعور بالنقص (الشعور بعدم تحقيق الهدف بشكل كامل) يعتبر عملية مهمة في تطوير الوسواس القهري.

## اضطرابات الوسواس القهري في الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية المبكر:

كانت الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بمثابة تطور كبير في هذا المجال، وقد جمع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية لأول مرة في الولايات المتحدة قائمة شاملة نسبياً للاضطرابات العقلية في إطار تصنيف واحد، في وقت نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-I) هيمنت نظرية التحليل النفسي على الطب النفسي و أثرت بشكل كبير على المحاولة الأولية لتصنيف الاضطرابات، وُصف "رد الفعل الوسواسي القهري" ضمن فئة أوسع من الاضطرابات النفسية العصبية، مع كون القواسم المشتركة بين الحالات هي تجربة القلق، بحيث يتم تشخيص رد الفعل الوسواسي القهري إذا كان المريض يعاني من أفكار غير مرغوب فيها، أو إذا شعر المريض بأنه مجبر على أداء طقوس معينة.

بعدها تمت مراجعة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في أواخر الستينيات، وقد استمد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثاني (DSM-II) بشكل كبير من قسم الاضطرابات العقلية في المراجعة الثامنة التي تم نشرها لتصنيف الدولي للأمراض (ICD-8) من قبل منظمة الصحة العالمية، يشترك (DSM-II) في أوجه تشابه كبيرة مع هيكل تصنيف (ICD-8) ووصفه لاضطرابات نفسية محددة بسبب التأثير المستمر لنظرية التحليل النفسي في الطب النفسي، تم وصف مجموعة من الحالات تسمى الاضطرابات العصبية مرة أخرى، كان القاسم المشترك بين هذه الحالات هو تجربة أعراض القلق، والتي كان من المفهوم أنها ناتجة عن صراعات داخلية كامنة.

كان وصف (DSM-II) للعصاب مع رد فعل الوسواس القهري مشابهاً جداً للوصف الذي ظهر في (DSM-I).

لاحقاً أتبع نهج مختلف تماماً لتصنيف الأمراض النفسية في (DSM-III) الطبعة الثالثة حاول مطورو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث جعل أوصاف الاضطرابات ونظام التصنيف الأوسع مستقلاً عن نظريات علم النفس المرضي المحددة وتم تعريف الاضطرابات وفقاً لمجموعة من الأعراض.

وقد وُضع الوسواس القهري ضمن مجموعة جديدة من الحالات تسمى اضطرابات القلق، و صُنّف كاضطراب في حالات القلق من الفئة الفرعية، والتي تشمل اضطراب الهلع واضطراب القلق العام، تم وصفه بأنه يتميز بتجربة الهواجس أو الأفعال القهرية التي تسبب ضائقة كبيرة أو "تتداخل مع الأداء الاجتماعي أو الوظيفي" وعُرفت الهواجس على أنها "أفكار أو صور أو دوافع متكررة ومستمرة تؤدي إلى خلل في حياة الفرد وعُرفت الأفعال القهرية على أنها "سلوكيات متكررة وهادفة يتم تنفيذها وفقاً لقواعد معينة أو بطريقة نمطية، وتمت الإشارة لكون الأفراد المصابين بالوسواس القهري يدركون أنه لاعمى لسلوكهم.

في مراجعة الدليل الإحصائي الثالث تم إجراء العديد من التغييرات على فئة اضطرابات القلق، بما في ذلك إزالة التمييز الذي تم إجراؤه مسبقاً بين الاضطرابات الرهابية وحالات القلق وتم إجراء المزيد من التحسينات على تعريفات الهواجس والأفعال القهرية، وكان التداخل الذي يسببه الاضطراب في حياة الشخص معيار أساسي وأيضاً طبيعة الوسواس القهري التي تستغرق وقتاً طويلاً، والتي تستغرق "أكثر من ساعة يومياً".

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-IV) تمت إضافة محدد تشخيصي "ذو رؤية ضعيفة" تم التعرف على مستويات البصيرة لدى المرضى على أنها مهمة لعدة أسباب، بما في ذلك الارتباط بين انخفاض البصيرة وانخفاض الاستجابة لعلاج الوسواس القهري.

كما تم تعريف الإكراه العقلي على أنه "أفعال عقلية (مثل الصلاة والعد وترديد الكلمات بصمت) هدفها منع القلق أو الضيق، وليس توفير المتعة أو الإشباع"

بالإضافة إلى ذلك، قُدمت توضيحات للمساعدة في التمييز بين اضطرابات الوسواس والحالات المشابهة، وتم توضيح التمييز بين الأفكار الوسواسية المتطفلة، والمخاوف المفرطة بشأن مشاكل الحياة الواقعية المميزة لاضطراب القلق العام، أخيراً تم تقديم عدد أكبر من أمثلة أعراض الوسواس والإكراه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع والتي أوضحت بشكل أفضل عدم تجانس أعراض الوسواس القهري (وساوس التلوث، الجنسية، العدوانية وغيرهم).

وفي الصياغة النهائية للدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) تم فصل الوسواس القهري عن اضطرابات القلق وتم وضع باب لاضطراب الوسواس القهري يشمل هذا الباب (اضطراب هوس نتف الشعر، هوس نتف الجلد، الاكتناز القهري، تشوه الجسد واضطراب الوسواس القهري).

لم يتم تغيير تعريف الوسواس القهري بشكل كبير حيث تم إجراء تغييرات طفيفة في الصياغة في أوصاف الهواجس والأفعال القهرية، حلت كلمة "الدافع" محل كلمة "الحث" في وصف الهواجس واستُبدلت كلمة غير مناسبة التي كانت تستخدم لوصف محتوى الأفكار الوسواسية، بكلمة غير مرغوب فيها، بالإضافة إلى ذلك، تم تفصيل تباين البصيرة المرتبط بالاضطراب بشكل أفضل مع الفئات الترتيبية: مع بصيرة جيدة أو عادلة، مع بصيرة ضعيفة، مع غياب البصيرة/المعتقدات الوهمية (Tolin, 2023).

في الدليل المعدل (DSM-5-TR) تم تحديث وصف الأعراض لتشمل أمثلة ثقافية متنوعة، وتوضيح الفروق بين الوسواس القهري واضطرابات الذهان، كما تمت إضافة توضيحات لغوية في معايير التشخيص لتقليل الالتباس بين الوسواس والأفكار المقلقة، وتحسين الأمثلة الإكلينيكية لتسهيل الفهم والتطبيق عبر مختلف الثقافات.

## 2. تعاريف اضطراب الوسواس القهري

\_لغة:

\_وساوس: جمع وسواس، أصابه الوسواس أي أصابه قلق ناتج عن اضطراب نفسي يحدث للمرء من غلبة السوداء، وهو ما يخطر على البال من شر.

\_قهري: من قهر قهره ويعني غلبه، أخضعه، وفعل قهره يعني أخذه تعسفاً، ويعني القهر الاكراه والارغام (قاموس المعاني).

كما ويعرف القهر على أنه مصطلح منشق من أصل يوناني ويعني الإرغام، حيث يعرف بأنه دفعة داخلية من الصعب مقاومتها وهو ما تتصف به الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، يؤدي عد القيام به لاشتداد في القلق وفي وطأته على المصاب (طه، 2009).

\_اصطلاحاً:

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه اضطراب يتميز بوجود الأفكار أو الحوافز أو الصور المتكررة والمستمرة التي تعتبر متطفلة وغير مرغوب فيها، وتسبب قلقاً أو ضيقاً ملحوظاً يحاول الفرد تجاهلها أو قمعها أو تحييدها بفكر أو فعل آخر أي عن طريق أداء فعل قهري سلوكي (مثل غسل اليدين و التحقق) أو عقلي (مثل الصلاة، العد تكرار الكلمات بصمت) و يشعر الفرد بأنه مدفوع للقيام بها استجابةً لهواجسه ووفقاً لقواعد يجب تطبيقها بشكل صارم، وهي تهدف أساساً لمنع وتقليل القلق أو منع أحداث مخيفة مع ذلك فهي لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما يتم تجنبه (American association psychiatric, 2013).

يعرفه (عرفه، 2023) بأنه اضطراب نفسي يتسم بوجود وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما معاً، والوساوس هي أفكار أو صور ذهنية أو اندفاعات مستمرة ومتكررة، يخبرها الشخص بشكل اقتحامي وغير مرغوب، أما الأفعال القهرية فهي أفعال يشعر الفرد أنه مجبر على أدائها كاستجابة للوساوس، يعتبر اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات المنتشرة ويحتل مرتبة متقدمة بين الاضطرابات النفسية الأخرى، إذ يصنف في المرتبة الرابعة من حيث الانتشار، وتشير بعض التقديرات إلى وجود أكثر من 114 مليون شخص يعاني من اضطراب الوسواس القهري حول العالم.

ويؤثر الوسواس القهري بشدة على الحياة الشخصية والأسرية والمهنية للشخص المصاب، وعلى العمل والإنتاجية ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن اضطراب الوسواس القهري يعد سادس أكثر الاضطرابات النفسية المعيقة للمصابين به، وحتى الأشخاص الذين أقروا بوجود مستويات منخفضة من الاضطراب فإنهم يعانون من إعاقة.

يعرف (لي باير، 2010) الأفكار الوسواسية حسب تعريف الطب النفسي على أنها أفكار، أو دوافع، أو صور مُلحة ومتكررة، يعاني منها المصاب بطريقة تطفلية غير مناسبة ينتج عنها قلق وضيق ملحوظين.

أما السلوكات القهرية فيُعرفها بأنها تصرفات تكرارية (مثل: الغسل والترتيب) أو تصرفات ذهنية (مثل: الدعاء والذكر والعد) يشعر الشخص بأنه مدفوع للقيام بها استجابة للفكرة الوسواسية ووفقاً لقواعد صارمة تهدف لتجنب القلق والتقليل منه ودرء حدث مخيف يتصوره الشخص.

ويعرف (De silva & rachman, 2004) الأفكار الوسواسية على أنها صور أو دوافع غير مرغوب فيه متطفلة ومتكررة ومستمرة، غير طوعية يتم تجربتها كأحداث تغزو وعي المصاب، تثير القلق، وغالباً ما تكون غير منطقية ومزعجة.

أما الأفعال القهرية فيعرفها بأنها سلوكيات متكررة لها هدف تُنفذ بطريقة نمطية ووفق قواعد محددة، وهي ليست غاية في حد ذاتها وإنما تهدف لمنع حدث أو موقف وهي غير مرتبطة بشكل واقعي بما تهدف لتحقيقه (على سبيل المثال، لمس صورة أحد الأقارب عدد معين من المرات، وذلك لضمان عدم حدوث أي ضرر للقريب) أو قد يكون أن تكون مفرطة بشكل واضح (مثل غسل اليدين لمدة نصف ساعة في المرة الواحدة للتخلص من الجراثيم، أو فحص مقبض الباب أكثر من اثنتي عشرة مرة للتأكد من إغلاق الباب بإحكام) هناك أيضاً حالات ينخرط فيها الشخص في فعل قهري مجرد تجنب القلق الشديد، يسبق الفعل أو يرافقه شعور بالإكراه الذاتي، أي أن الشخص يشعر برغبة قوية في الانخراط في السلوك عادة، يدرك الشخص عدم معنى أو عدم عقلانية السلوك.

ويعرف (Rachman & De silva, 2009) الفكرة الوسواسية بأنها فكرة أو صورة أو دافع متكرر وغير مرغوب فيه ومتطفل وغير مقبول ومستمر، يدرك الشخص المصاب بالوسواس القهري أن هذه الأفكار هي أفكاره الخاصة، ولا يتم إدخالها أو السيطرة عليها من قبل أي قوة خارجية أو أي شخص آخر، وهذه سمة مهمة لأنه في بعض الأمراض العقلية، قد يشعر المرضى أن الأفكار قد تم إدخالها في رؤوسهم من قبل أشخاص آخرين، يمكن أن تكون هذه الأفكار مزعجة و الشخص لا يريدتها ولا يرحب بها و يقاومها ويحاول التخلص منها، من الصعب بشكل خاص منعها أو قمعها، وفي بعض الأحيان يشعر المصاب بأنه محاصر بها، عندما تتطفل الفكرة الوسواسية على وعي

الشخص فإنها تقاطع تفكيره وعمله، وعلى وجه التقريب كل الأفكار الوسواسية تتعارض مع قيم الشخص، وتكون مزعجة وغير مقبولة وتؤدي للشك في الذات.

أما الفعل القهري فيعرفه بأنه سلوك هادف ومتعمد يشعر الشخص بأنه مدفوع للقيام به بشكل متكرر، وعادة ما يتم تنفيذه وفقاً لقواعد معينة وبطريقة معينة، الهدف الأساسي منه هو منع حدوث ضرر أو مصائب للذات أو للآخرين، على سبيل المثال، يحاول المريض إزالة التلوث عن طريق غسل يديه مراراً وتكراراً يسبق الفعل أو يرافقه شعور بالإكراه الذاتي بحيث يشعر الشخص برغبة قوية في الانخراط في السلوك الوقائي يمكن للمرضى الذين يغسلون بشكل قهري أن يلحقوا الضرر بجلد أيديهم، وفي الحالات القصوى، يستمر المريض في غسل يديه بالماء الساخن على الرغم من وجود آثار أذى على الجلد، لا توجد لدى المصاب متعة مستمدة من القيام بذلك، على الرغم من أنه يمكن أن يوفر التخلص من التوتر أو الشعور بالارتياح على المدى القصير.

يعرف (Challacombe et al, 2011) الأفكار الوسواسية أو الهواجس بأنها أفكار غير مرغوب فيها وغير مقبولة تظهر في عقل المصاب بالوسواس القهري بطريقة تطفلية يمكن أن تكون هذه الهواجس أفكاراً ويمكن أن تكون صوراً أو عبارة عن شيء مخفز يحث على فعل شيء ما، أو شكوك، ويعرف الأفعال القهرية أو الاكراهات بأنها ردود الفعل الجسدية أو العقلية التي تتبع الأفكار الوسواسية المتطفلة، هناك نوعان رئيسيان من الأفعال القهرية، أحدهما هو التحقق (للتأكد) من شيء ما وهو الأكثر شيوعاً عن طريق الفحص الجسدي أو العقلي، النوع الثاني من الإكراه هو التعويض وهنا يهدف الشخص إلى تصحيح أو إصلاح شيء يعتقد أنه قد حدث بالفعل.

عادة ما يقوم الأشخاص بأفعال قهرية لسببين مهمين: أولاً لمحاولة منع الضرر الذي يخشون أن يكونوا مسؤولين عنه وثانياً لتقليل مستوى القلق لديهم.

يمكن أن تكون الأفعال القهرية علنية كالإغتناسل بشكل مكرر أو إغلاق الباب ويمكن أن تكون خفية مثل تلاوة الأذكار أو من خلال قول كلمات محددة.

الأفكار في الوسواس القهري ليست مجرد مخاوف بشأن مشكلات الحياة الواقعية أو الصور المؤلمة، ولكنها ترتبط في عقل الشخص بالقدرة على منع حدوث الضرر، إذ يعاني الجميع تقريباً من بعض الأفكار أو الحوافز المتطفلة التي تراود الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري (على سبيل المثال القلق من أن صنبور الغاز الموجود في الموقد قد لا يزال قيد التشغيل) لكن الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري لا يستطيعون تجاهل مثل هذه الأفكار بل ينسبون لها معنى مختلفاً، حيث يعتقدون أن لديهم القوة للتسبب في الأذى أو منع حدوث أشياء سيئة وبالتالي فإنهم يحاولون جاهدين منع وقوع الأحداث السيئة وهذا يؤدي بهم لبذل جهود كبيرة على شكل سلوكيات قهرية

نتيجة لشعور المسؤولية المبالغ فيه، وهذا بدوره يعني أن الأفكار تصبح أكثر تكراراً وإزعاجاً، بحيث تؤثر مع مرور الوقت على جميع مجالات حياة الشخص.

في الوسواس القهري، الأفعال القهرية هي أفعال يقوم بها المصاب لغاية تقليل احتمالية الأذى، والشعور بالراحة، يمكن أن يكون السلوك القهري ظاهراً بحيث يمكن ملاحظته من قبل الآخرين (على سبيل المثال التحقق من أن الباب مغلق حتى عدة مرات) أو فعل عقلي لا يمكن للآخرين ملاحظته (على سبيل المثال قول عبارة معينة في العقل) غالباً ما تكون السلوكيات القهرية العقلية معقدة ويشار إليها باسم التحييد (Veale & Willson, 2005).

### 3. أنواع اضطراب الوسواس القهري

الجدول رقم (3) يلخص أنواع الوسواس القهري المتعارف عليها:

نوع الوسواس	الهواجس
وسواس التلوث	تشمل الخوف من أن يكون الشخص ملوثاً عن طريق العدوى مثل: الأمراض المنقولة جنسياً، أو عن طريق سوائل الجسم: كالبول، السائل المنوي، أو عن طريق الأوساخ والقاذورات.
الوسواس الجنسية	تشمل مخاوف حول النشاط الجنسي كالخوف من المثلية الجنسية أو البيدوفيليا، لدى المصاب أفكار ودوافع جنسية تتعلق بالأطفال وأفراد الأسرة، والعنف الجنسي.
الوسواس الدينية	مخاوف حول الجنة والنار والعقاب والحساب والإساءة لله ومدى جودة أخلاق الشخص.
وسواس التحكم والسيطرة	تشمل مخاوف بشأن التصرف وفق دوافع معينة كالقفز أمام القطار أو ضرب أحدهم بشكل مفاجئ أو قول ألفاظ بذينة بصوت عالي أمام الآخرين.
وسواس الأذية	تشمل مخاوف بشأن أذية الذات بأي شكل أو أذية الآخرين من خلال تعريضهم للخطر ضربهم، قتلهم أو دفعهم من مكان عالي.
وسواس الكمالية	تشمل أفكار تدخلية بشأن الدقة والتناسق وتذكر المعلومات المهمة واكتناز الأغراض التي قد تكون مفيدة يوماً ما.
وسواس الخرافة	تشمل مخاوف حول بعض الألوان أو الأرقام أو الأماكن والعبارات التي تعتبر جالبة للحظ أو سيئة الحظ.
وسواس النظافة	تشمل مخاوف بشأن النظافة وتظهر من خلال الاستحمام المفرط وتنظيف الجسد بشكل متكرر وغسل اليدين والقيام بالأعمال المنزلية بشكل مكرر مثل تلميع الأرضية.
وسواس المرض	تشمل الخوف من الإصابة بأحد الأمراض تظهر من خلال الفحص الطبي المتكرر والفحص الذاتي للتأكد من عدم الإصابة بأي مرض.
وسواس الفحص والتحقق	يتم فحص بعض الأمور بشكل متكرر مثل النزول من السيارة والتأكد من عدم دهن أحد المارة، أو التحقق من قائمة مكتوبة عدة مرات، أو أن الباب مغلق.
وسواس التكرار	تشمل تكرار قراءة كلمات معينة للوصول إلى العدد الصحيح من مرات القراءة أو أداء حركات جسدية معينة، أو جمع محادثات الآخرين واعترافاتهم.
وسواس الإكراه	تشمل العد القهري من أجل إنهاء مهمة معينة أو درء خطر ما، الصلاة بشكل مكرر.

(Grant et al, 2014)

#### 4. أسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري

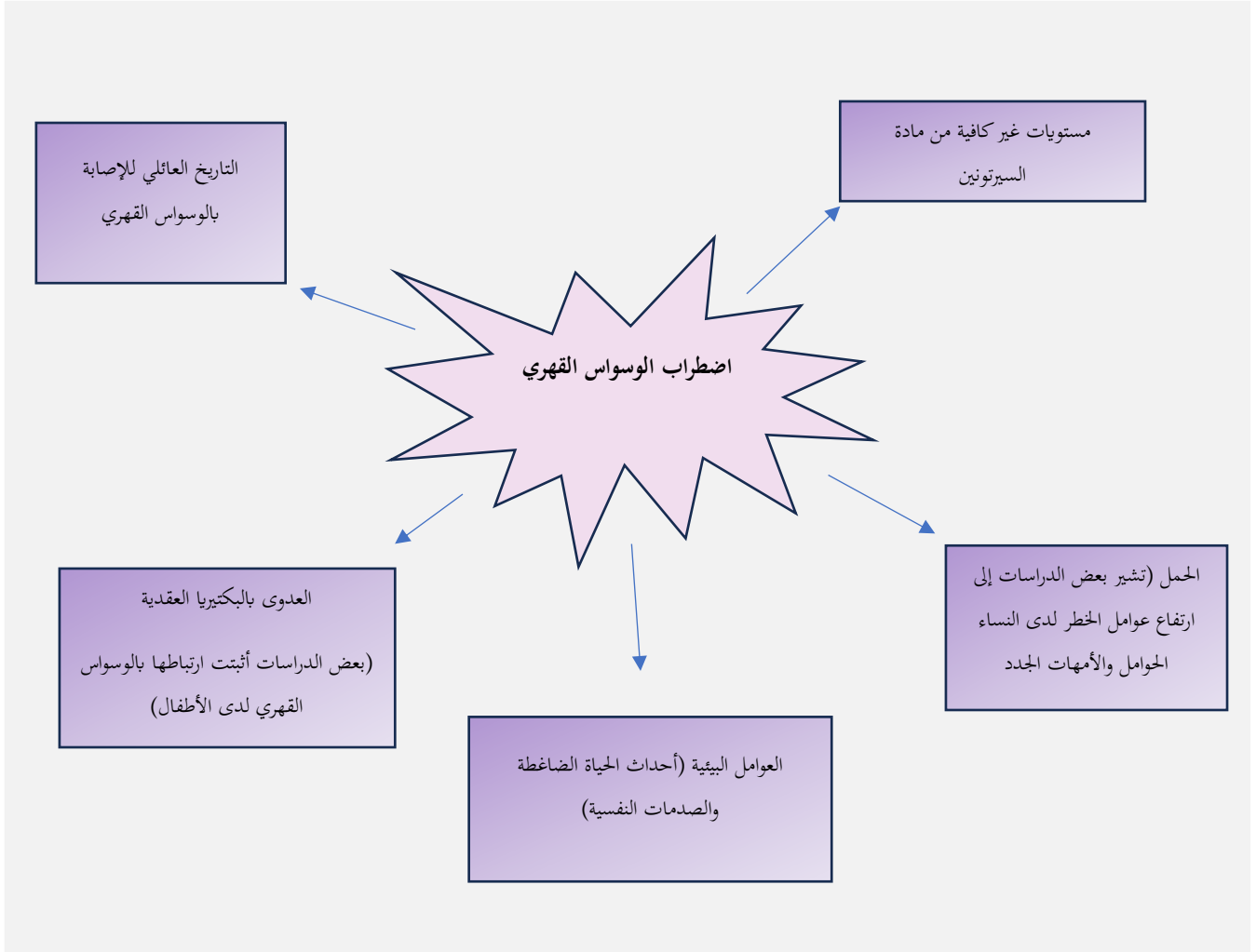
من المحتمل أن يكون اضطراب الوسواس القهري نتيجة لمجموعة من العوامل العصبية، الحيوية، الوراثة، السلوكية المعرفية والبيئية، تظهر دراسات الوراثة الجزيئية أن جينات معينة قد تلعب دوراً في بداية اضطراب الوسواس القهري وقد صرح بعض الأطباء أمثال: روكسان درايدن إدوارد وميليسا كونراد ستوبلر أن الفترة الزمنية التي تلي الولادة مباشرةً (ما بعد الولادة) تحمل خطراً أكبر للإصابة بالوسواس القهري لدى النساء، تُظهر أيضاً دراسات التوائم أن الجينات تلعب دوراً أكبر عندما يبدأ اضطراب الوسواس القهري في مرحلة الطفولة مقارنةً عندما يبدأ في مرحلة البلوغ، إن ما يقدر بنحو 25 في المئة من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري لديهم أحد أفراد الأسرة يعاني أيضاً من هذا الاضطراب.

ترتبط إصابات الدماغ أيضاً ببداية اضطراب الوسواس القهري، مما يوفر دليلاً إضافياً على وجود صلة بضعف وظائف المخ، وفقاً للطببتين روكسان درايدن إدوارد وميليسا كونراد ستوبلر، فقد وجد أن هناك اختلافاً محددًا في الكروموسوم/الجين يضاعف احتمالية إصابة الشخص بالوسواس القهري.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن أدمغة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري قد تواجه صعوبة في إيقاف أو تجاهل النبضات من دائرة في الدماغ تنظم الجوانب البدائية للسلوك، مثل العدوان والجنس وإفرازات الجسم.

وفقاً للطبيب أندرو ويل، تشير نتائج التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) إلى أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري لديهم أنماط من نشاط الدماغ تختلف عن تلك التي لدى الأشخاص الذين لا يعانون من مرض عقلي.

الشكل (2) يوضح عوامل الخطر المتعددة التي من المرجح أنها تساهم في الإصابة باضطراب الوسواس القهري:



(parks, 2011)

## 5. أعراض اضطراب الوسواس القهري

فيما يلي نحدد أبرز الأعراض المرتبطة بالوسواس القهري:

- وجود وسواس فكرية تسيطر على شعور الشخص، وفي الغالب تكون عدوانية أو دينية أو جنسية تعوقه مهنيًا وأكاديميًا واجتماعيًا.
- وجود صور قهرية تسيطر على تفكير الشخص وتضغط عليه.
- وجود مخاوف قهرية تشمل الخوف من الحوادث والتلوث والأذية وغيرهم تؤثر على حياة المصاب وتجعله يتجنب المواقف التي تثير هذه المخاوف.
- وجود شك قهري يؤدي للمبالغة في القيام بالأشياء كالمبالغة في التنظيف والتحقق وتكرار الصلاة رغم وعي المصاب بمدى سخافة هذه الشكوك لكنه يجد صعوبة في مقاومتها.
- وجود سلوكات قهرية أو طقوس حركية مثل المراجعة المتكررة أو الغسل المتكرر وهذا نتيجة للشك الذي يعاني منه المصاب يمارس الشخص هذه السلوكات لتخفيف حدة التوتر الناتج عن الامتناع عن أداؤها، وتستغرق وقتاً طويلاً مما تسبب الانهك والتعب وضياع الوقت.
- اتباع دقيق لكافة التعليمات والقواعد، والتقاليد الاجتماعية، وإعطاء أهمية بالغة للتفصيل وللأمور الصغيرة بترمت.
- بطء في الاستجابة وفي ردود الفعل.
- الروتين والخوف من التغيير، وتجنب مواجهة المواقف الجديدة (الانغلاق والتشبث والعناد).
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات والتردد في حسم الأمور.
- مشاعر بعدم الكفاية والتفكير التشاؤمي.
- حساسية مفرطة.
- المثالية في التوجهات الأخلاقية والمبالغة في المواضيع الأخلاقية.
- انعدام المرونة والتصلب والضببط الشديد.
- اجترار الأفكار.

- البخل المادي والمبالغة في الادخار.

-الكف الانفعالي وقلة التعبير العاطفي.

- وجود اندفاعات قهرية (الخالدي، 2022).

## 6. المعايير التشخيصية للإصابة باضطراب الوسواس القهري حسب الدليل الإحصائي الخامس

### المعدل (DSM-5-TR)

A \_ وجود إما وسواس قهرية أو أفعال قهرية أو كلاهما:

1. أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

2. يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تعرف الأفعال القهرية ب (1) و (2):

1. سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل: الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فظيع، لكن هذه الأفعال أو السلوكيات العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية مع ما هي مصممة لتحييده أو منعه أو أنها مفرطة.

B \_ تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً).

أو تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C \_ أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً: إساءة استخدام

عقار/ دواء) أو لحالة طبية أخرى.

D- الاضطراب بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال: القلق المعمم، الإدمان، قلق المرض لا يفسر

اضطرابات الولوج الجنسي، الاضطراب الإكتئابي الجسيم، الاضطرابات التوهيمية، الفصام والاضطرابات الذهانية

الأخرى، اضطراب طيف التوحد (American association psychiatric, 2022).

## 7. النظريات المفسرة للإصابة باضطراب الوسواس القهري

### 1.7 النظريات البيولوجية للوسواس القهري:

ركزت النظريات البيولوجية في دراستها للوسواس القهري على دائرة الدماغ المرتبطة بالحركة والمعرفة والانفعال، تنطلق هذه الدائرة من مناطق في القشرة الأمامية إلى مناطق العقد القاعدية أو ما يتم تسميته بالجسم المخطط ثم تنطلق من العقد القاعدية إلى المهاد وترجع مجدداً للقشرة الأمامية، يبدي الأفراد المصابون بالوسواس القهري تغيرات على مستوى نشاط بعض المناطق في القشرة الأمامية كما يظهرون تغيرات في الروابط بين هذه المناطق بحيث تكون النواة المدنبة التي تصفي الاندفاعات التي تنشأ في القشرة الأمامية الحجاجية نشطة حيث تصل هذه الاندفاعات بشكل قوي للمهاد كما تصل الكثير من النبضات إليه بحيث تتولد الأفكار الوسواسية و السلوكات القهرية، يؤدي الخلل في هذه الدائرة إلى إيجاد صعوبة في إيقاف الاندفاعات البدائية كالاندفاعات العدوانية كما يؤدي لتنفيذ سلوكات نمطية، عند الشعور بالانساخ غالباً ما يغتسل الفرد العادي لمرة واحدة حتى يشعر بالنظافة بينما يعلق الشخص المصاب بالوسواس القهري بشأن أفكار الانساخ و سلوك الاغتسال (هوكسيما، 2023).

من الناحية العصبية الكيميائية هناك فرض غالب في الإصابة باضطراب الوسواس القهري يتضمن الناقل العصبي السيروتونين حيث أشارت عدة دراسات لقدرة السيروتونين في خفض أعراض الوسواس القهري مقارنة بعقاقير أخرى كمضادات الاكتئاب مثلاً، وهذا يدل على وجود شذوذ في أداء الناقل العصبي (السيروتونين) (بارلو، 2015).

غالباً ما يشعر المصابين باضطراب الوسواس القهري بتحسن بعد تناولهم الأدوية التي تنظم الناقل العصبي السيروتونين وهو ناقل يلعب دوراً أساسياً في أداء الدائرة العصبية، حيث يظهر الأشخاص الذين تناولوا أدوية تحسن السيروتونين انخفاضاً في معدل نشاط مناطق الدماغ المسؤولة عن الإصابة بالوسواس القهري (النواة المدنبة والمهاد) (هوكسيما، 2023).

من الناحية الجينية فإن أقارب الدرجة الأولى والثانية والثالثة للأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم فرصة أكبر لتطوير الوسواس القهري مقارنة بشخص آخر، وذلك بسبب الجينات التي يتم نقلها وبسبب البيئة المشتركة، في حالة الوسواس القهري يعتقد أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في الميل إلى تطوير الوسواس والأفعال القهرية، يأتي الدليل على هذا الاعتقاد من دراسات التوائم، التي تظهر أنه إذا كان أحد التوأمين مصاباً بالوسواس

القهري، فإن التوأم الآخر يكون أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب خاصة إذا كانا توأمين متماثلين (بتشارك 100 من المائة من المادة الوراثية) مما لو كانا توأمين غير متماثلين (الذين يتقاسمون حوالي 50 من المائة من المادة الوراثية). بالنسبة لدراسات الوراثة وعلاقتها بالإصابة بالوسواس القهري فقد أشارت إلى أنه لا يوجد جين واحد مرتبط على وجه التحديد بالوسواس القهري بدلاً من ذلك، يبدو أن مجموعات متعددة من الجينات المختلفة يمكن أن تساهم في إجمالي خطر الإصابة بالوسواس القهري، وتشمل هذه المتغيرات الجينات التي تنظم الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين والغلوتامات ومع ذلك، فإن الكثير من المساهمة الوراثية في الوسواس القهري لا تزال غير معروفة ليومنا هذا (Rector et al , 2001).

## 2.7 النماذج المعرفية للوسواس القهري:

على الأقل 80% من الأشخاص يتعرضون في الغالب لأفكار تطفلية من حين لآخر كأغنية مثلاً أو صورة تلتصق في الرأس، يميل الأشخاص العاديون إلى إيقاف التفكير في شيء ما أو إيقاف التنظيف أو الدراسة من أجل الامتحان، وذلك يحدث عندما يشعر الشخص بأن الأمر يكفي، يوجد مصطلح يسمى: "يداسنشنز" اقترحه (وودي و سازشتمنت) ويتم تعريفه بأنه إحساس بالاكتهاء، كإشارة بالضبط بأن الشخص أكل ما فيه الكفاية، وفكر بما فيه الكفاية أو نظف بما فيه الكفاية و بأسلوب آخر فقد فعل الشخص ما يجب لمنع الفوضى والخطر، هناك نظرية ترى بأن المصابين بالوسواس القهري يعانون قصوراً في إحساس "يداسنشنز" و بسبب عدم قدرتهم على اكتساب الإحساس الداخلي بالاستيفاء والاكتمال فإنهم يجدون صعوبة في إيقاف أفكارهم وسلوكياتهم، ورغم أنهم يعرفون أنه ليس من الضروري العودة في كل مرة لتفحص موقد الغاز أو تكرار غسل اليدين مرة تلو الأخرى لكنهم يعانون إحساساً داخلياً بالقلق حول كون الأشياء لم تكتمل بعد، بالإضافة لهذا لا يثق المصابون بالوسواس القهري في ذاكرتهم ما يجعلهم يعودون للتحقق من أي شيء فعلوه مراراً وتكراراً رغم أنهم ليس لديهم أي اشكال مرتبط بذاكرتهم، حيث أنهم بحاجة دائمة لليقين.

أشار (ونجر) إلى مشكلة أخرى وهي مشكلة كبح التفكير حيث يؤدي كبح التفكير إلى زيادته ففي تجربة على طلاب جامعة طُلب منهم التفكير في دب أبيض أو عدم التفكير في شيء وفي كل مرة يفكرون في دب أبيض يقرعون الجرس، توصلت نتائج الدراسة إلى أن الطلاب فكروا في الدب الأبيض أكثر من مرة في الدقيقة الواحدة وذلك بسبب محاولتهم عدم التفكير فيه، وبعد محاولاتهم كبح التفكير لمدة 5 دقائق كاملة استمروا في التفكير فيه للخمس دقائق الموالية من كبحهم للتفكير، لذلك فإن محاولة كبح التفكير له تأثير معاكس ويمكن لآثاره أن تستغرق أياماً، يلعب كبح التفكير دوراً أساسياً في اضطراب الوسواس القهري حيث يميل المصابون بالوسواس القهري لكبح

تفكيرهم نظراً لإيمانهم بحدوث ما يفكرون فيه وتشير بعض الدراسات أنه كلما زاد كبح التفكير كلما زادت أعراض وشدة الوسواس القهري (جونسون وآخرون، 2017).

وضع (راشمن) نموذجاً لشرح الإصابة باضطراب الوسواس القهري حيث يرى أن الاجتهاد والنشأة في بيئة يتم فيها وضع قيم قوية على أفكار الشخص تزيد من قابلية الإصابة بالوسواس القهري، لأن المستويات العالية من التوتر تزيد من احتمالية الهواجس كما تزيد احتمالية تقييمها على أنها مهمة وذات معنى من المشكل، ويُعد هذا تحيزاً معرفياً، وبدون الضعف المعرفي اتجه الوسواس القهري لن يتم إعطاء المصدقية للأفكار الوسواسية لتصبح فيما بعد سلوكيات قهرية.

يمكن أن تحدث المبالغة في تقدير احتمالية وقوع أحداث سلبية إذا اعتقد المرء أنه مسؤول عن موقف ما على سبيل المثال، قد يعتقد الشخص أن "الطفل أكثر عرضة لحادث إذا كان يقوم بدور جليس الطفل مقارنة بجليس آخر" تعتبر المبالغة في تقدير إسناد المسؤولية اتجاه الذات عن الأحداث تشويهاً معرفياً.

اقترح سالكوفسكيس نظرية معرفية ثانية للوسواس القهري وهي تتداخل قليلاً مع نظرية راشمن ونظرية بيك، حيث يرى أنه يوجد لدى الشخص المصاب بالوسواس القهري أفكار تلقائية سلبية تتفاعل مع مجموعة من الافتراضات كالشعور بالمسؤولية اتجاه الأحداث، وضرورة السيطرة على الأفكار، ولوم الذات على الأحداث، تؤثر هذه الأفكار على الحالة المزاجية مما يؤدي لمحاولة تقليل الضيق من خلال السلوكيات القهرية، ويحدث التعزيز عندما يتم تقليل القلق مما يضيف مصداقية على الأفكار التلقائية السلبية، ويزيد المزاج المكتئب والسلي من هذه الأفكار التلقائية وهي بدورها تزيد من المزاج السلي (Kalinin, 2014).

### 3.7 النماذج السلوكية للوسواس القهري:

تؤكد النظرية السلوكية دور الإشارات في اكتساب اضطراب الوسواس القهري واستمراره كأفعال وأفكار وعادات تم تعلمها، حيث يكمن خلف هذه الأفكار الوسواسية مجموعة من المعتقدات الخاطئة و المتناسكة مما يجعل المصاب مرتبطاً بها بشكل كبير، يشعر المصابين باضطراب الوسواس القهري بالكرب طوال الوقت الذي تقتحم فيه الأفكار الوسواسية تفكيرهم و عقولهم ما يجعلهم يطورون مخاوفاً أو رهاباً شرطياً مرتبطاً أساساً بأفكارهم الوسواسية، وغالباً ما يحاول المصابون بالوسواس القهري مواجهة أفكارهم الوسواسية من خلال تجنب التفكير فيها، بالإضافة إلى تورطهم في ممارسة أفعال وتصرفات محددة في محاولة منهم لخفض أو تقليل حدة الكرب النفسي الذي يصاحب الأفكار الوسواسية والقلق الذي يعانون منه، فمثلاً الخوف من التلوث يدفعهم لتكرار غسل أيديهم عدة مرات كما يمكن أن يدفعهم لتجنب المواقف التي تثير هذا الخوف وتثير أفكارهم الوسواسية أيضاً، ومن خلال ممارسة هذه

الأفعال القهرية يحدث انخفاض مؤقت في حدة القلق والكرب النفسي، الأمر الذي يدعم الاضطراب واستمراره (ليهى، 2005).

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن السلوك القهري يعتبر سلوكاً غير تكيفي يساهم في إبقاء الاضطراب واستمرار المعاناة، فالسلوكات القهرية ليست سوى وسيلة تعمل على تحقيق راحة مؤقتة، وبسبب الطبيعة الملحة للأفكار الوسواسية والمتكررة فإن المصاب يضطر لتكرار القيام بالسلوكات القهرية لتحقيق درجة محدودة من الراحة والتي تكون قصيرة المدى، وينتج عن هذا دخول المصاب في حلقة مفرغة ومرضية، كما أن القيام بالسلوك القهري يجعل الشخص يمتنع عن التعرض للأفكار المخيفة والمقلقة وبالتالي لا يتعود الفرد على هذه الأفكار وتظل تستثير القدر نفسه من القلق والتهديد والخوف لديه (عرفه، 2023).

## 8. علاجات اضطراب الوسواس القهري

### 1.8 العلاج الدوائي للوسواس القهري:

تدعم العديد من الدراسات فعالية العلاج الدوائي بمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين (SRIS) (وهذا يشمل مثبطات امتصاص السيروتونين ثلاثية الحلقات) وكلوميبرامين المضاد للاكتئاب وكذلك السيروتونين الانتقائي، ومثبطات إعادة الامتصاص (مثل باروكسيتين، فلوفوكسامين، فلوكستين، سيتالوبرام، إسيتالوبرام، وسيرترالين).

ما يقرب من 40-60% من مرضى الوسواس القهري يستجيبون لمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين، ويصل متوسط تحسن الأعراض إلى حوالي 20-40%، أما احتمالية الشفاء التام من الوسواس القهري هي حوالي 12% فقط.

وتبلغ معدلات الانتكاس بعد التوقف عن تناول الدواء حوالي 90% على الرغم من أن كلوميبرامين قد حقق حجم تأثير أكبر من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، إلا أن العديد من المرضى يجدون صعوبة في تحمل الآثار الجانبية لكلوميبرامين.

في ضوء حقيقة أن مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين تؤدي في كثير من الأحيان إلى هدأة جزئية لأعراض الوسواس القهري مقارنة بالهدأة الكاملة، والتغيرات في الأداء النفسي الاجتماعي غالبًا ما تتأخر في تقليل الأعراض (Grant, et al 2014).

## 2.8 العلاج السلوكي للوسواس القهري:

يتعلم المفحوصين في العلاج السلوكي كيفية حل مشاكلهم بشكل مباشر، حيث يتعلم الشخص كيفية بناء العادات وكيفية التخلص منها، إن العنصر الفعال في العلاج السلوكي هو "التعرض" بمعنى مواجهة الموقف المخيف، "ومنع الاستجابة" بمعنى منع التصرف وفق السلوكيات القهرية، تشمل مبادئ المواجهة ومنع الاستجابة السلوكية:

\_\_مواجهة الأشياء المخيفة مراراً وتكراراً.

\_\_عدم الاستجابة لمشاعر التجنب.

\_\_عدم الاستجابة للطقوس القهرية من أجل الحصول على مشاعر الراحة.

\_\_الاستمرار في تطبيق الخطوات الثلاث المذكورة لمدة أطول (باير، 2010).

في كثير من الأحيان يتم اعتماد أسلوب سلب الحساسية التدريجي في خفض القلق المرتبط باضطراب الوسواس القهري لكنه لا يُخفف أعراض الوسواس القهري إلا لدى نسبة، وقد أفادت بعض الدراسات عدم فائدة أساليب سلوكية كأسلوب العقاب ووقف التفكير والعلاج بالتنفير والإشباع، في حين أثبتت عدة دراسات فعالية العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة، يتم التعرض لمدة طويلة لمدة تتراوح من 45 دقيقة لغاية ساعتين للمواقف التي تثير الإزعاج مع تعليمات مشددة حول عدم الاستجابة، يُستخدم التعرض بشكل متدرج حيث يتم البدء بالمثيرات التي تسبب ازعاجاً متوسطاً تليها المثيرات التي تسبب ازعاجاً شديداً، ويكون التعرض إما بشكل واقعي أو تخيلي، ويمكن استخدام التعرض لوحده أو منع الاستجابة لوحدها كما يمكن دمجها معاً، يفضل تكرار الجلسات بشكل يومي لكن تكفي جلستان أو ثلاث جلسات في الأسبوع للحالات الخفيفة، ومع أن التدريب على التعرض يخفف التجنب للمثير الوسواسي، فإن التعرض لا يمحو الطقوس القهرية، ولتقليل الدوافع للقيام بالطقوس القهرية يتم تنبيه المصابين بأن يمتنعوا عن ممارسة أي سلوك طقسى أثناء العلاج، إضافة لسلوك طلب التطمين الذي قد يتحول لسلوك قهري هو الآخر نظراً لحاجة المصاب للتطمين الدائم من المعالج أو من المقربين وبالتالي يتم معالجته هو الآخر بمنع الاستجابة كما يجب وضع سجل للطقوس القهرية و يطلب المصابين مساعدة شخص يدعمهم ويشجعهم ويذكرهم بأهداف وارشادات منع الاستجابة(بارلو، 2015).

### 3.8 العلاج المعرفي للوسواس القهري:

يعتبر العلاج المعرفي تدخلاً منظماً قصير المدى وموجه نحو الحاضر يعمل على تحديد وتعديل المعتقدات والافتراضات والأفكار المفرطة والجامدة وغير الصحيحة (المكون المعرفي) وفي نفس الوقت لتعديل السلوك الذي يعمل على الحفاظ على الأعراض (المكون السلوكي).

يعتمد التعديل الناجح للأفكار والسلوك على صياغة ممتازة لمشكلة المفحوص من الناحية المعرفية، يجب أن يكون لدى المعالج فهم قوي للأفكار المرتبطة بالاستجابات العاطفية والسلوكية الإشكالية لذلك الفكر المعين، تسمح الصياغة المعرفية للأفراد بفهم مشاكلهم، في كثير من الأحيان يعتقد الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري أنهم هم معتقداتهم أو أنهم "مجانين" لأن أعراضهم ليس لها معنى.

عندما يتم تقديم صياغة حالة قوية للعميل فيما يتعلق بمسؤوليته في استمرار المشكلة، يمكن أن يولد ذلك الأمل والتحفيز للمفحوص لأنه من قبل كانت الأفكار الوسواسية تكتسب بعض السياق العقلاي لديه، فإن تقييم وصياغة نظام الأفكار والمشاعر والأفعال الخاص بالفرد أمر بالغ الأهمية في العلاج المعرفي للوسواس القهري.

في حالة الوسواس القهري يتطلب تغيير السلوك غالباً قبول المخاطر المحسوبة، وهي المخاطر التي نظم الشخص حياته لتجنبها، يجب على المفحوص أن يصدق أن المعالج يضع مصلحته في الاعتبار وأن لديه تعاطفاً قوياً معه لقبول التدخلات من أجل التغيير، وخاصة التعرض والتجارب السلوكية.

إن العنصر الأساسي في إعادة الهيكلة المعرفية هو تقييم الأفكار التلقائية السلبية، أيضاً يجب أن يكون التحالف العلاجي قوياً حتى يقبل العميل فكرة توفر له طرق بديلة لرؤية الهواجس بشكل مختلف ويجب أن يكون واثقاً بما فيه الكفاية لقبول إمكانية التخلي عن معتقداته حول فكرة ما، على المفحوص أيضاً أن يشارك في العلاج بشكل نشط ويتشارك المسؤولية أيضاً.

باختصار يعد تطوير صياغة حالة قوية وتثقيف المفحوص حول هذا النموذج العلاجي من العناصر الأساسية في علاج الوسواس القهري تعمل هذه الأنشطة على بناء التحالف العلاجي، وتبديد المخاوف وتعزيز المشاركة الفعالة في العلاج، ووضع الأساس للتدخلات المعرفية والسلوكية الفعالة، وتمكين المفحوص وربما تقليل مقاومة العلاج والانتكاس (Antony et al, 2007).

#### 4.8 العلاج بالتقبل والالتزام للوسواس القهري :

في العلاج بالتقبل والالتزام يتم تعليم المفحوصين رؤية أفكارهم الوسواسية على أنها مجرد كلمات أو أصوات، وبالتالي خلق مسافة من المعنى الحرفي للفكر وتمكين قدر أكبر من المرونة فيما يتعلق بهذا الفكر، ويتم هذا من خلال تقنيات فك الاندماج المعرفي، كما يتم تعليم المفحوص كيفية تفعيل الذات الملاحظة بحيث يتعلم أن يقف موقف المراقب حين يختبر أفكاراً ومشاعر ومعتقدات عن نفسه بدل اعتبارها تعريفاً لذاته.

إضافة لتعليمه كيفية الوعي باللحظة الحالية من خلال تنمية قدرته على الحضور بمرونة لجميع الأحداث في حياته بما في ذلك الأفكار والمشاعر والعواطف ويكون ذلك هنا والآن بدلاً من الماضي أو المستقبل وكما وصفها ستيفن هايز فإن الاتصال باللحظة الحالية هو عالم التجربة المباشرة، دون الحاجة إلى تغيير تلك التجربة ومن خلال زيادة وعي اللحظة الحالية، بحيث يصبح الفرد قادراً على الفعل.

كما يتم مساعدة المفحوصين في بناء وتوضيح القيم واستخدامها كمقاييس للاختيارات اليومية، قد يجد المصاب بالوسواس القهري والذي حدد فترة الاستراحة مع العائلة كقيمة أساسية لديه أن غسل اليدين المفرط يتداخل مع هذا المجال المهم من حياته في هذه الحالة يصبح غسل اليدين نشاطاً معيقاً عن تحقيق قيمة التواجد مع العائلة مما يجعله سلوك غير مفيد ولا يخدم قيم الفرد لابد والتخلي عنه، يتم أيضاً تحديد أنشطة سلوكية يلتزم بها المفحوص وهي تتوافق مع قيمه، يُشكل القلق جزء كبير من الوسواس القهري ومن المفارقة أن تجنب القلق والوسواس يزيد من إدراك التهديد والحاجة لتجنب مثل هذا الشعور لذلك يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى تقليل التجنب عن طريق تغيير وظيفة الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها من خلال استهداف اللغة والعمليات المعرفية المسببة لهذا المشكل بشكل مباشر، ومن ثم يتم توجيه السلوك نحو السعي وراء أنشطة حياتية ذات معنى ومن أجل تحقيق ذلك، يستهدف المعالج العمليات الأساسية الست التي تشكل المرونة النفسية من خلال تقنيات تهدف إلى تعزيز اتصال العميل بالحاضر باختصار يتم إنشاء سياق يكون فيه المعالج والمفحوص على قدم المساواة، يُظهر المعالج الوعي باللحظة الحالية بالإضافة إلى المرونة في الاستجابة، يقوم المعالج بتسليط الضوء على فكرة حتمية المعاناة الإنسانية والآثار المتناقضة لمحاولة تجنب القلق أو تقليله، يتم دمج التمارين التجريبية والاستعارات في العلاج من أجل استهداف عمليات التغيير كما يتم التركيز على أهمية التحرك نحو قيم الفرد، بهدف زيادة المرونة النفسية بدلاً من تقليل الأعراض (Abramowitz et al , 2017).

## 9. انتشار ومآل اضطراب الوسواس القهري

حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإنه في الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ معدل انتشار الوسواس القهري في مدة 12 شهراً (السنة الواحدة) 1.2%، بمعدل انتشار مماثل على المستوى الدولي (1.1%-1.8%)، وتتأثر الإناث بمعدل أعلى قليلاً من الذكور في مرحلة البلوغ، على الرغم من أن الذكور أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة حيث تبلغ نسبة الظهور لدى الذكور بعمر 10 سنوات ما يقارب 25%.

أي أن الذكور لديهم عمر مبكر عند ظهور الوسواس القهري مقارنة بالإناث، وهم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات المرضية المصاحبة للوسواس القهري، تختلف الإناث عن الذكور في نوع الوسواس القهري بحيث الإناث أكثر عرضة للإصابة بأعراض متعلقة بالتنظيف والذكور أكثر عرضة للإصابة بأعراض الأفكار المحظورة.

بالنسبة لسن ظهور اضطراب الوسواس القهري فإن متوسط العمر عند ظهوره هو 19.5 عاماً، و25% من الحالات تبدأ عند سن 14 عاماً.

تعد البداية بعد سن 35 عاماً أمراً غير معتاد رغم ذلك هناك حالات يبدأ عندهم الاضطراب في هذا السن، عادة ما تكون بداية الأعراض تدريجية، ولكن تم الإبلاغ أيضاً عن بداية حادة إذا لم يتم علاج الوسواس القهري، فعادة ما يكون المسار مزمنًا، وغالباً ما يكون مصحوباً بأعراض متزايدة وهناك بعض الأفراد لديهم مسار عرضي وعدد قليل لديهم مسار متدهور، بدون علاج تكون معدلات الشفاء لدى البالغين منخفضة.

بداية المرض في مرحلة الطفولة أو المراهقة يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالوسواس القهري مدى الحياة حيث قد يعاني 40% من هذا، وغالباً ما يكون مسار الوسواس القهري معقدًا بسبب حدوثه مع اضطرابات أخرى (American Association of Psychiatric, 2013).

### خلاصة

الوسواس القهري هو اضطراب مزمن ، يمكن له الظهور في أي مرحلة من مراحل الحياة لكن غالباً ما يبدأ في مرحلتها الطفولة والمراهقة، يعاني المصاب به من صعوبة بالغة في قدرته على التحكم في وساوسه وسلوكياته القهرية ويؤثر بشكل كبير على مختلف جوانب حياة المصاب سوء الجانب العملي أو الجانب العلائقي أو حتى الجانب الاجتماعي والأكاديمي تختلف شدة أعراضه من شخص لآخر، حيث يتراوح بين وسواس قهري خفيف لغاية وسواس قهري شديد جداً، تعرفنا في هذا الفصل عن ماهية اضطراب الوسواس القهري وتاريخه وأسباب الإصابة به، كذلك تعرفنا على أعراضه ومحركاته التشخيصية وأنواعه، كما تعرفنا على النظريات المفسرة للإصابة به وبعض العلاجات المساعدة في التخفيف من حدة أعراض هذا الاضطراب كما تعرفنا على نسبة انتشاره ومآله.

## الفصل الرابع

## الفصل الرابع: جائحة فيروس كورونا (COVID-19)

\_تمهيد

\_النشأة والتطور التاريخي لفيروس كورونا

\_تعريف فيروس كورونا المستجد (COVID-19)

\_أعراض الإصابة بفيروس كورونا

\_طرق انتقال العدوى بفيروس كورونا

\_التأثيرات النفسية لجائحة كورونا

\_الآثار النفسية للحجر الصحي والعزلة الاجتماعية

\_خلاصة

## تمهيد

شهد العالم في أواخر سنة 2019 حدثاً صحياً استثنائياً تمثل في ظهور فيروس كورونا المستجد (COVID-19) الذي سرعان ما تحول إلى جائحة عالمية غيرت ملامح الحياة الإنسانية على مختلف الأصعدة، فقد تسبب هذا الفيروس في أزمة صحية واقتصادية واجتماعية غير مسبوقه، وأدى إلى تدابير حصر صحي وعزلة اجتماعية طالت معظم دول العالم.

ولم تقتصر تأثيرات الجائحة على الجانب الجسدي فحسب، بل امتدت لتشمل الجوانب النفسية والسلوكية للأفراد، حيث برزت حالات من القلق والاكتئاب والتوتر واضطرابات أخرى نتيجة الخوف من العدوى، وفقدان الأحباء، وتغير أنماط الحياة اليومية.

يهدف هذا الفصل إلى تناول الجائحة من خلال عرض نشأتها وتطورها التاريخي، وبيان خصائص الفيروس وأعراضه وطرق انتقاله، إلى جانب إبراز أهم التدابير الوقائية التي اتخذتها الدول، ثم التطرق إلى أبرز التأثيرات النفسية التي خلفتها الجائحة لدى الأفراد، خاصة ما تعلق بآثار الحجر الصحي والعزلة الاجتماعية.

## 1. النشأة والتطور التاريخي لفيروس كورونا

تم إبلاغ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الصين يوم 31 ديسمبر 2019 بظهور حالات التهاب رئوي تسبب مرضاً غير معروف، وقد تم اكتشاف هذا المرض في مدينة ووهان الصينية بمقاطعة هوبي لأول مرة، وقد ظهرت الأعراض الأولية قبل تاريخ 31 ديسمبر بحوالي ثلاث أسابيع، ومعظم حالات الالتهاب الرئوي كانت ترتبط بالعاملين في سوق جملة خاص في بيع لحوم الحيوانات يُطلق عليه اسم سوق ووهان للمأكولات البحرية، وقد تم عزل 41 شخصاً تم تأكيد إصابتهم بالالتهاب الرئوي، وثلاث هؤلاء الأشخاص كان لهم علاقة مباشرة وغير مباشرة مع هذا السوق، مما أدى لغلاق هذا السوق بداية من الفاتح من جانفي 2020 من قبل السلطات الصينية، وتم فحص وعزل مئات الأشخاص ممن اشتبه في إصابتهم حتى العاملين في مجال الصحة، وفي 03 جانفي 2020 تم تحديد التسلسل الجيني للفيروس واطلق عليه اسم الفيروس التاجي كورونا المستجد 2019، وقد حدثت أول وفاة بالفيروس في 09 جانفي 2020، وقد أكدت السلطات الصينية في 20 فيفري 2020 أن الفيروس يمكن له الانتقال بين البشر، تم بعدها عزل مدينة ووهان وكل المدن المجاورة لها، وتم عزل ما يقارب 700 مليون شخص في منزله، وجهزت السلطات الصينية أكثر من 300 فريق طبي بما في ذلك الجيش من أجل احتواء الفيروس، كما قامت السلطات ببناء 3 مستشفيات جديدة، و 10 مستشفيات مؤقتة وكان ذلك بسرعة غير مسبوقه من أشهرها

مستشفى هوشنشان في مدينة ووهان، والذي بني في حوالي 10 أيام على مساحة قدرها 269 ألف قدم مربع ويتسع لحوالي 1000 سرير، هذه الاستجابة أبطأت من سرعة انتشار الفيروس محلياً ولكن المدينة تحتوي على أكبر المطارات الصينية والتي يستخدمها حوالي 30000 شخص بشكل يومي، في النهاية تفسى الفيروس لباقي دول العالم (العليوي، 2020).

## 2. تعريف فيروس كورونا

تعتبر فيروسات كورونا بشكل عام عائلة فيروسية كبيرة، تؤدي الإصابة بها إلى حدوث نزلات البرد العادية المعروفة ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS) والمتلازمة التنفسية الحادة (SARS) وتسمى كذلك متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد، ويعتبر فيروس كورونا المستجد سلالة جديدة من الفيروسات التاجية التي لم يتم اكتشافها في البشر سابقاً، وقد تم اكتشاف الفيروس بسبب حالات الالتهاب الرئوي الفيروسي التي ظهرت في مدينة ووهان الصينية عام 2019، أطلقت عليه اللجنة الدولية لتصنيف الفيروسات سنة 2020 اسم "SARS-CoV-2"، وتم تأكيد أن هذا الفيروس ينتمي لنفس الجنس الذي ينتمي إليه الفيروس المسبب لمرض السارس (سعيد وآخرون، 2020).

كما يُعرف فيروس كورونا بأنه أحد الفيروسات التي تنتمي إلى الفيروسات التاجية حيث تُعتبر هذه الأخيرة مجموعة واسعة من الفيروسات تتسبب في عدة أمراض للإنسان والحيوان، تتراوح هذه الأمراض من نزلات البرد المتعارف عليها إلى الأمراض الشديدة مثل: الاختناق الحنجري، الربو الحاد والتهاب القصبات الشعبوية، إضافة إلى التهاب الأمعاء والقولون عند الرضع، لقد ازداد الاهتمام بالفيروسات التاجية منذ بدء الألفينات خاصة بعد أن تسببت بأمراض شديدة مثل: متلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (سارس)، متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس) ومتلازمة الفيروس التاجي كوفيد 19 أو (COVID-19) الذي سببته سلالة جديدة من الفيروسات التاجية لم يسبق اكتشافها لدى الإنسان من قبل، تعتبر الفيروسات التاجية حيوانية المنشأ، حيث تنتقل بين الحيوانات والبشر، وقد توصلت الأبحاث إلى أن فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد (سارس) انتقل من القطط إلى البشر، وفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس) قد انتقل من الإبل إلى البشر، أما منشأ فيروس كوفيد 19 فلم يفهم بعد فهماً تاماً، ولكن حسب تحليل مختلف جينومات الفيروس يعتقد أن منشأه في الخفافيش، مما يعني أن المرضى الأوائل الذين أصيبوا بالفيروس انتقل إليهم مباشرة من الحيوانات، بعد اكتساب الفيروس سلسلة من الطفرات الوراثية أثناء تواجده في العائل الحيواني وهذا سمح له بالعدوى والتكاثر داخل جسم الإنسان، لأن هناك العديد من الفيروسات التاجية تنتشر بين الحيوانات دون أن تنتقل إلى الإنسان بينما توجد سبع

سلالات من الفيروسات التاجية التي تصيب البشر، وهي:

- 1- الفيروس التاجي (كورونا) البشري HCoV-229 E أو E229.
- 2- الفيروس التاجي (كورونا) البشري HCoV-OC43 أو OC43.
- 3- الفيروس التاجي (كورونا) البشري HCoV-NL63 أو HL63.
- 4- الفيروس التاجي (كورونا) البشري HCoV-HKU1 أو HKU1.
- 5- الفيروس التاجي (كورونا) المرتبط بمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم SARS-CoV.
- 6- الفيروس التاجي (كورونا) المرتبط بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية أو MERS-CoV.
- 7- الفيروس التاجي (كورونا) 2 المرتبط بمتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم أو SARS-CoV-2.
- 8- الفيروس التاجي (كورونا) المستجد 2019 أو nCoV-2019 (العلوي، 2020).

### 3. أعراض الإصابة بفيروس كورونا

بالنسبة للأعراض العامة فهي تشمل: التعب الجسدي والحمى، السعال الجاف، صعوبات تنفسية وتكون الأعراض خفيفة لدى المرضى الذين لا يعانون من ارتفاع الحرارة، أما الحالات الحادة فتشمل الأعراض: متلازمة الضيق التنفسي الحاد، وخلل في التخثر، والصدمة الإنتانية والحمى الاستقلابي الحار، معظم المرضى أعراضهم خفيفة إلى معتدلة أما الحالات الحرجة التي قد تصل إلى الوفاة فهي لا تظهر سوى لدى عدد قليل من المرضى.

إضافة إلى الأعراض المذكورة قد تظهر بعض الأعراض غير النمطية مثل:

\_\_ أعراض هضمية كعلامات أولية مثل: التعب وقلة الشهية وضعف الحالة العقلية والتقيؤ، والإسهال والغثيان.

\_\_ أعراض عصبية: كالصداع مثلاً.

\_\_ أعراض القلب والأوعية الدموية مثل ضيق الصدر والحرقان.

\_\_ أعراض مرتبطة بالعين مثل: التهاب الملتحمة.

\_\_ ألم طفيف على مستوى الأطراف أو في عضلة أسفل الظهر (لونغ، 2020).

#### 4. طرق انتقال العدوى بفيروس كورونا

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه يمكن أن يصاب الأشخاص بعدوى فيروس كورونا عن طريق الأشخاص الآخرين المصابين بالفيروس، بحيث يمكن للفيروس أن ينتقل من شخص إلى شخص آخر عن طريق القطرات الصغيرة التي تتناثر من الأنف و الفم عندما يقوم الشخص المصاب بالفيروس بالسعال أو العطس وتتساقط هذه القطرات على الأشياء والأسطح المحيطة به وبهذا يمكن للآخرين أن يصابوا بالفيروس عند ملامستهم لهذه الأشياء أو الأسطح ثم لمس أعينهم أو أنفهم أو فمهم، كما يمكن أيضاً أن يصاب الأشخاص بالفيروس إذا تنفسوا القطرات التي تخرج من الشخص المصاب بالمرض مع سعاله أو زفيره، ولذا فمن الأهمية الابتعاد عن الشخص المريض بمسافة تزيد على متر واحد (منظمة الصحة العالمية، 2020).

#### 5. التأثيرات النفسية لجائحة كورونا

تجري الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) استطلاعاً سنوياً حول الإجهاد والصحة العقلية في الولايات المتحدة وقد شمل الاستطلاع الذي أجري في أوت 2020 (3409) مشاركاً من البالغين و(1026) مشاركاً من المراهقين وفي تقرير عن استطلاع عام 2020، كتبت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) أن (19%) من البالغين يصفون صحتهم العقلية بأنها أسوأ مما كانت عليه في نفس الوقت من العام الماضي.

وتشير تقارير الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى أن (78%) من البالغين الذين شملهم استطلاع "الإجهاد في أمريكا" الذي أجرته عام 2020 قالوا إن جائحة كوفيد-19 تشكل مصدراً مهماً للتوتر في حياتهم، وأفاد حوالي ثلثي البالغين أي حوالي (67%) ممن شملهم الاستطلاع بزيادة التوتر أثناء الجائحة، كما أفاد (49%) من البالغين الذين شملهم الاستطلاع أيضاً بتأثيرات سلبية لزيادة التوتر لديهم، وقد صرحوا عن زيادة التوتر الجسدي بنسبة (21%) والغضب السريع بنسبة (20%) وتقلبات المزاج غير المتوقعة بنسبة (20%) أما الصراخ فقد زاد بنسبة (17%) وقد وجدت الدراسات نسباً أكبر من درجات اضطراب القلق العام (GAD) وصلت لـ (26%).

كما وجد الباحثون أيضاً أن (24.3%) من المشاركين كانوا يعانون من أعراض اضطراب الاكتئاب.

وفي استطلاع أجري في شهر جوان/ جويلية شمل (5412) راشداً في الولايات المتحدة، قال حوالي (13%) من المشاركين أنهم بدأوا أو زادوا من تعاطي المواد المخدرة للتعامل مع التوتر أو المشاعر المرتبطة بجائحة كورونا.

كما وجدت الأبحاث زيادة خاصة في تعاطي الكحول ففي تقرير قصير عن بحث استقصائي أجري في عام 2019 (قبل الجائحة) و عام 2020 (بعد بدء الجائحة) شمل (1540) بالغاً، لاحظ الباحثون أن تواتر استهلاك الكحول

زاد بنسبة (14%) وفي استطلاع شمل 170 بالغاً قال (30.1%) من المشاركين أن استهلاكهم للكحول زاد أثناء الجائحة.

وجدت الدراسات أيضاً معدلات مرتفعة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وصلت إلى (31.8%) في حين اشارت البحوث إلى أن نسبة (63%) من جيل Z وهم (الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 24 عاماً) قد أبلغوا عن زيادة في مشاعر الوحدة النفسية أثناء الوباء.

بينما صرح (25.5%) من الشباب أنهم فكروا بجدية في الانتحار في الثلاثين يوماً التي سبقت الاستطلاع، وكان ما يقارب من 1 من كل 4 أي حوالي (24.7%) من المستجيبين الذين (تتراوح أعمارهم بين 18 و 24 عاماً) بدأوا أو زادوا من تعاطي المواد المخدرة للتعامل مع التوتر أو المشاعر المرتبطة بالوباء، وبشكل عام وجدت الدراسات مستويات أعلى من القلق والاكتئاب والضغط النفسية بين النساء مقارنة بالرجال.

أما بالنسبة إلى التأثيرات الصحية العقلية للجائحة على الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية سابقاً ففي استطلاع عبر الإنترنت شمل (6854) بالغاً في كندا والولايات المتحدة، أفاد المشاركون الذين يعانون من اضطرابات مرتبطة بالقلق (وقد شملت هذه الاضطرابات اضطراب القلق العام، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، واضطراب الوسواس القهري) بارتفاع كبير في مستويات التوتر المرتبطة بالجائحة مقارنة مع المشاركين الذين يعانون من اضطرابات المزاج (مثل اضطراب الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب) أو الذين لا يعانون من اضطراب نفسي (Samhsa, 2021).

## 6. الآثار النفسية للحجر الصحي والعزلة الاجتماعية

تُشير (الجمعية الكندية لعلم النفس، 2020) إلى كون الحجر الصحي أو العزل عن الآخرين لفترة من الوقت هو أداة مهمة للصحة العامة، تستخدم عادة لمنع المصابين بالعدوى من إصابة الآخرين، ويتضمن الحجر الصحي حبس الشخص في مسكنه، مع القليل من الاتصال المباشر مع الآخرين أو عدم الاتصال بهم على الإطلاق، وليس من المستغرب أن يجد الجميع تقريباً هذا الأمر مزعجاً، وإن كان هذا بدرجات متفاوتة، خلال فترة الحجر الصحي من المهم الحفاظ على التواصل مع العالم الخارجي ويمكن القيام بذلك باستخدام الهاتف والإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي، ورغم أن ذلك قد لا يكون شبيهاً برؤية الناس وجهاً لوجه، إلا أنه يسمح لك بالحفاظ على اتصال مفيد مع الناس.

عند الخروج من الحجر الصحي، قد يشعر الأشخاص بمشاعر مختلفة، بما في ذلك:

\_مشاعر مختلطة.

\_خوف الفرد على صحته وصحة أحبائه.

\_الضغط الناتج عن تجربة مراقبة الذات أو مراقبة الآخرين بحثاً عن علامات وأعراض كوفيد-19.

\_الحزن أو الغضب أو الإحباط لأن الأصدقاء أو الأحباء قد يكون لديهم مخاوف لا أساس لها من كون الفرد مصاباً.

\_الشعور بالذنب بسبب عدم القدرة على أداء العمل الطبيعي أو واجبات الأبوة والأمومة أثناء الحجر الصحي.

\_تغييرات أخرى في الصحة العاطفية أو العقلية (Canadian Psychological association societe, 2020).

## خلاصة

لقد أظهرت جائحة كورونا تأثيرات نفسية عميقة تمثلت في ارتفاع معدلات القلق، والاكتئاب، والوسواس القهري لدى فئات مختلفة من الأفراد، مما يبرز الحاجة إلى برامج علاجية فعالة مثل برامج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام وعلاجات أخرى للحد من هذه الاضطرابات.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس

## الفصل الخامس الجانب المنهجي:

\_\_تمهيد

\_\_منهج الدراسة

\_\_متغيرات الدراسة

\_\_عينة الدراسة

\_\_الدراسة الاستطلاعية

\_\_الدراسة الأساسية وحدودها

\_\_أدوات الدراسة

\_\_إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي

\_\_العرض الكيفي للحالات ومناقشتها

\_\_الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

## تمهيد

يتناول هذا الفصل الجانب التطبيقي من الدراسة، حيث يعرض الخطوات المنهجية والإجرائية التي تم اتباعها للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا.

كما يشمل وصفا للعينة والأدوات المستعملة، والإجراءات التطبيقية المتبعة، إضافة إلى عرض الحالات ومناقشتها اكلينيكيًا.

## 1. منهج الدراسة

المنهج هو الطريق الذي يسلكه الباحث في بحثه، وفي العلوم الاجتماعية يوجد العديد من المناهج البحثية كالمنهج الوصفي والمنهج السببي المقارن والمنهج العيادي والمنهج التجريبي وغيرهم من المناهج والمنهج التجريبي هو المنهج المتبع في دراستنا هذه يقوم التجريب في البحث العلمي على اعتقاد أساسي مفاده أن ما يحدث في التجارب، هو نفسه ما يحدث في الواقع، إذا ما تم التحكم في العوامل والظروف المحيطة بالتجربة.

**ويعرف التجريب بأنه:** "تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، مع ملاحظة التغيرات الواقعة في ذات الحدث وتفسيرها"، فالتجربة تبدأ بفرض في حاجة إلى اختبار، وأبسط الفروض، هو أن حدثاً ما ينتج عنه حدث آخر، فالحدث الأول يُدعى سبباً والحدث الثاني يُدعى نتيجة، وبلغة التجريب، يُدعى الحدث الأول المتغير المستقل والحدث الثاني المتغير التابع.

يوجد عدة تصاميم للمنهج التجريبي منها ما هو تجريبي ومنها ما هو شبه تجريبي، ونظراً لعدم تحقق شرط المعاينة العشوائية والتي تعد شرط أساسي لاستخدام المنهج التجريبي، فقد استعملت الباحثة تصميم المنهج الشبه تجريبي للمجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي.

يشمل تصميم المجموعة الواحدة ذو القياسين القبلي والبعدي عادة ثلاث خطوات:

— إجراء اختبار قبلي لقياس المتغير التابع.

— تعرض المفحوصين للمعالجة التجريبية (المتغير المستقل).

— إجراء اختبار بعدي وقياس المتغير التابع مرة أخرى.

ثم تقييم الفرق الذي يُعزى إلى المعالجة التجريبية عن طريق مقارنة درجات الاختبارين القبلي والبعدي (معمرية، 2022) ونظراً لكون القياس البعدي لا يُظهر سوى تأثير البرنامج العلاجي ولا يكفي لإثبات فعاليته فقد لجأنا أيضاً للقياس التتبعي وذلك لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح على عينة الدراسة وقد تم إجراء القياس التتبعي في فترات زمنية متفاوتة بين الحالات، وذلك بهدف التحقق من ثبات الأثر العلاجي على المدى القصير والمتوسط والطويل.

## 2. متغيرات الدراسة

**1.2 المتغير المستقل:** هو المتغير الذي يحدث التأثير ويمكن التحكم به من قبل الباحث وفي دراستنا هذه هو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

**2.2 المتغير التابع:** هو المتغير الذي يتأثر بالمتغير المستقل ويتم قياسه بعد تطبيق المتغير المستقل وفي دراستنا هذه هو أعراض الوسواس القهري.

## 3. عينة الدراسة

عملية المعاينة هي عملية اختيار لبعض الحالات من مجموعة أكبر من الحالات التي من المحتمل دراستها، ويرتبط أسلوب المعاينة المستخدم ارتباطاً وثيقاً بطبيعة تصميم البحث الذي نختاره (ماتيو & روس، 2016) وقد قمنا باختيار المعاينة المتاحة أو الميسرة أو العرضية وهي المعاينة التي يتم فيها سحب مفردات البحث المتاحة من المجتمع المستهدف، وهي تمثل الأفراد الذين يسهل على الباحث الوصول إليهم في المدارس أو الجامعات أو في العيادات أو في مؤسسات العمل وغيرها ويتم سحبهم عرضياً، لقد استخدمنا العينة المتاحة نظراً لعدم توفر شروط العينة العشوائية في مجتمع دراستنا الحالية.

وتتصف المعاينة المتاحة أو الميسرة بما يلي:

— سهولة السحب ولا تتطلب أي إجراء مسبق للمعاينة.

— تستعمل في الكثير من البحوث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.

### 1.3 خطواتها:

توجد أربع خطوات رئيسية لسحب عينة متاحة أو ميسرة هي:

1\_ تحديد المجتمع المستهدف.

## 2\_ تحديد حجم العينة.

\_تحديد طرق ملائمة لسحب المفردات المتاحة من المجتمع المستهدف كالسحب الفردي أو الجماعي، أو بأسلوب المقابلة أو بالاستبيان أو بالهاتف وغيرها.

\_سحب حجم عينة مناسب من المجتمع المستهدف (معمرية، 2022).

يُطلق على معظم المعايير في البحوث السيكولوجية "العينات المتاحة"، بحيث لا تعتبر عينات عشوائية لأي شيء وإنما هي لمجموعات من الناس يسهل نسبياً على الباحثين الحصول عليها للمشاركة في دراساتهم، وتعد العينات المتاحة مقبولة عادة في كثير من البحوث السيكولوجية (أبو علام، 2011).

وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 8 أفراد يعانون من اضطراب الوسواس القهري أما عينة الدراسة الأساسية فقد تكونت من 6 أفراد يعانون من اضطراب الوسواس القهري ممن استوفوا شروط العينة التي وضعتها الباحثة.

## 4. الدراسة الاستطلاعية

من أجل اجراء دراسة ميدانية لا بد من استطلاع ميداني لاستكشاف المكان المناسب لإجرائها من خلال التعرف بشكل أكبر على مجتمع الدراسة والعينة ومدى ملائمة أدوات الدراسة، وقد تواصلت الباحثة مع عدد من العيادات الخاصة التي من المحتمل أن تتوفر على حالات الوسواس القهري والتجهيزات اللازمة لإجراء الدراسة وتم الاطلاع على عدد الحالات التي تتقدم للتكفل النفسي لدى بعض العيادات الخاصة بولاية المدية وتواجدت مختلف الشروط المناسبة لإجراء دراستنا بعيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي، حيث قدمت العيادة لنا مختلف التسهيلات المادية والمعنوية اللازمة، وهي عيادة تتوفر على أهم وأغلب شروط ممارسة العمل العيادي من تجهيزات مادية وحالات حيث تحتوي العيادة على 3 قاعات لممارسة العلاج النفسي والأرطفوني ومكاتب وكراسي وصبورات وأقلام وأوراق عمل واختبارات نفسية، ونظراً لعدم وجود عدد معتبر من حالات الوسواس القهري التي تتقدم للعلاج النفسي بعيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي فقد تواصلت الباحثة أيضاً مع مجموعة من المختصين النفسيين في القطاع العام والخاص وحتى مختصي الإقامات الجامعية و أطباء الأمراض العقلية والنفسية بولاية المدية للبحث عن حالات تعاني من اضطراب الوسواس القهري تقدمت للعلاج وتم توجيه مجموعة من الحالات المشخصة باضطراب الوسواس القهري من قبل عدة مختصين ممن تواصلت الباحثة معهم.

وقد تم اجراء المقابلات الأولية بواسطة دليل المقابلة نصف الموجهة الذي أعدته الباحثة مسبقاً من أجل التعرف على الحالات وتشخيصهم، وتم وضع مجموعة من الشروط لانتقاء عينة الدراسة:

\_\_ أن يتقدم الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري لطلب العلاج النفسي.

\_\_ أن يكون الفرد المصاب بالوسواس القهري قد تأثر بجائحة كورونا بأي شكل من الأشكال سواءً من خلال الإصابة المباشرة أو إصابة أحد أفراد العائلة أو من خلال الحجر الصحي والعزل أو متابعة عدد الإصابات والوفيات مما أدى لتفاقم أو تفجر أعراض اضطراب الوسواس القهري لديه.

\_\_ أن يتم تشخيصه باضطراب الوسواس القهري وفقاً للمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب الدليل الإحصائي الخامس المعدل (DSM5-TR) ومقياس ييل بروان للوسواس القهري (Y-BOCS).

\_\_ أن تتم الموافقة على الدخول في البرنامج العلاجي والموافقة على كافة شروط العقد العلاجي وامضاؤه والتي تتمثل في:

\_\_ الالتزام بحضور الجلسات العلاجية.

\_\_ الاستمرار بمتابعة العلاج.

\_\_ احترام قواعد الجلسات العلاجية المتفق عليها.

\_\_ الالتزام بالزمن والمكان المحدد لكل جلسة.

\_\_ ألا ينهي الطرف الثاني (المفحوص) العلاج بنفسه الا بعد موافقة الطرف الأول (المعالج).

تم انتقاء 8 أفراد ممن تقدموا للتكفل والذين استوفوا معايير اضطراب الوسواس القهري حسب المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري وفقاً للدليل الإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM5-TR) والذين تراوحت درجاتهم وفق مقياس ييل بروان للوسواس القهري من: 16 إلى 40 درجة أي من وسواس قهري متوسط إلى وسواس قهري شديد وهي الدرجة التي تسمح للمصاب بالوسواس القهري أن يدخل ضمن البرامج العلاجية التي تجرى من أجل الدراسات والبحوث حسب مقياس ييل بروان.

يعد مقياس ييل بروان للوسواس القهري مقياساً عالمياً طُبّق على مدى واسع وبيئات ثقافية متنوعة وعدة أشخاص حول العالم مصابين باضطراب الوسواس القهري وقد أثبتت صلاحيته وقدرته على اعطاء نتائج صادقة وثابتة، وقد قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية والذي سنوضح نتائجها لاحقاً.

أما فيما يخص البرنامج العلاجي فقد اطلعنا على عدة كتب و دراسات وبرامج علاجية معرفية سلوكية وبرامج علاجية قائمة على العلاج بالتقبل والالتزام، من بينها البرامج التي استخدمت العلاجين بشكل فردي والبرامج التي دمجت بين مختلف العلاجات المعرفية السلوكية التي تنتمي للموجة الثانية وعلاجات الموجة الثالثة كالعلاج الجدلي السلوكي والعلاج باليقظة الذهنية والعلاج ما وراء المعرفي والعلاج بالتقبل والالتزام، وكذلك الدراسات التي تدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، إضافة للدراسات التي تدمج بين العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج بالتعرض، وقد أثبت هذا الدمج بين نوعين من العلاج النفسي أو العلاج النفسي والدوائي فعاليته في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري مما جعلنا نقترح برنامج علاجي معرفي سلوكي يدمج بين بعض الأساليب المعرفية السلوكية وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام دون الاخلال بأي مبدأ من مبادئ العلاجين ، وقد قمنا بعرضه على مجموعة من الأساتذة الباحثين والمختصين النفسيين الممارسين من أجل تحكيمه (قائمة الأساتذة المحكمين مُرفقة في الملاحق) وقدموا لنا مجموعة من الملاحظات التي سعيينا جاهدين لأخذها بعين الاعتبار خاصة الملاحظات التي تم الاجماع عليها من قبل الأساتذة والمختصين وتكررت كثيراً، كما قمنا بالاطلاع على عدة دراسات سابقة أجنبية وعربية وجزائرية والتي أجريت حول مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري، وكذا الدراسات التي أجريت لمعرفة تأثير جائحة كورونا على المصابين بالوسواس القهري وقمنا بجمع عدة مراجع أخرى من مقالات وكتب تخص متغيرات بحثنا لبدء الدراسة الأساسية.

## 5. الدراسة الأساسية وحدودها

**1.5 الحدود البشرية:** تكونت من مجموعة تجريبية واحدة، تضمنت 6 أفراد يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تم تشخيصهم من قبل مجموعة من المختصين النفسيين والأطباء النفسيين، وتم التأكد من التشخيص من قبل الباحثة من خلال تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري (Y-BOCS) والمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب الدليل الاحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM5-TR) وتم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح الذي يدمج بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام من قبل الباحثة على أفراد العينة الستة وبشكل فردي.

**2.5 الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بعيادة السعادة للتكفل النفسي والأرطفوني والمدرسي بولاية المدية.

**3.5 الحدود الزمانية:** امتدت فترة تطبيق البرنامج العلاجي لكل حالة بشكل فردي ما يقارب 3 أشهر بمعدل جلسات تتراوح بين 10 إلى 15 جلسة علاجية وذلك حسب تقدم كل حالة من ناحية العلاج وحسب ظروفها، وبعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي تم تطبيق القياس البعدي مباشرة، ثم تم تطبيق القياس التتبعي لكل حالة بعد

مضي فترة تتراوح بين 3 إلى 6 أشهر من انتهاء البرنامج العلاجي، واستمر التطبيق ككل لما يقارب السنة والنصف ابتداءً من مارس 2022 ولغاية أكتوبر 2023 حيث لم يتم تطبيق البرنامج العلاجي لكل الحالات في فترة زمنية واحدة.

## 6. أدوات الدراسة

**1.6 المقابلة العيادية:** هي نوع من المقابلات يجمع بين الطابع الموجه والحر، يسمح بمرونة وتعمق أكبر في الحوار مع المفحوص، من خلال أسئلة مفتوحة ومحددة المحتوى، مما يتيح للباحث فهما أعمق لخبرات المفحوصين (أبو علام، 2011).

### 2.6 المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري "Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)" حسب DSM 5 المعدل:

اعتمدنا على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، النسخة المعدلة (DSM-5-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (المعايير مدرجة في فصل الوسواس القهري تحت اسم المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري).

### 3.6 مقياس ييل براون للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

(Y-BOCS) :

ينقسم المقياس إلى بعدين بعد الأفكار الوسواسية ويحتوي على (5) بنود وبعد الأفعال القهرية ويحتوي على (5) بنود، مجموع البنود ككل يساوي (10) لكل بند 5 فقرات تقيس شدة الوسواس القهري تتراوح شدتها من (0) إلى (4) الدرجة الكلية للمقياس هي 40 درجة (عجاجة، 2020).

\_الجدول (4) يمثل أبعاد الوسواس القهري:

الفقرات	بعد الأفكار الوسواسية	البعد الأول
5	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع النشاطات الاجتماعية والعملية	2
5	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن النجاح في مقاومتها أم لا)	4
5	مقدار السيطرة على الأفكار الوسواسية	5
بعد الأفعال القهرية		البعد الثاني
5	مقدار الوقت المستغرق في القيام بالأفعال القهرية	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية مع النشاطات الاجتماعية والعملية	2
5	مقدار التوتر والقلق الناتج عن الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن النجاح في مقاومتها أم لا)	4
5	مقدار السيطرة على الأفعال القهرية	5
المجموع: 40		

تتراوح درجات الوسواس القهري من خفيف جداً إلى شديد وهي موضحة في الجدول التالي:

\_الجدول (5) يمثل درجات وشدة اضطراب الوسواس القهري

الدرجة	الشدة
من 0-7	وسواس قهري خفيف جداً
من 8-15	وسواس قهري خفيف
من 16-23	وسواس قهري متوسط
من 24-31	وسواس قهري ملحوظ
من 32-40	وسواس قهري شديد

### 1.3.6 ثبات المقياس:

معامل التناسق: طريقة معامل ألفا-كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا-كرونباخ (Alpha-Gronbach) لبيانات 08 حالات على مقياس الوسواس القهري لـ "بيل براون" بأبعاده، والجدول الموالي يوضح قيمة معامل الثبات:

الجدول (6) يمثل قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ لمقياس الوسواس القهري ككل:

أبعاد المقياس	عدد البنود	عدد أفراد العينة	قيمة معامل ألفا-كرونباخ (الثبات الكلي للمقياس)
الأفكار الوسواسية	5	08	0,627
الأفعال القهري	5		
مقياس الوسواس القهري	10		

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل التناسق للمقياس ككل قدرت بـ: (0,627) وهي قيمة جيدة ويُعزى انخفاض قيمة معامل الثبات نسبياً إلى صغر حجم العينة الاستطلاعية المتكونة من 8 أفراد فقط، إذ من المعروف في الأدبيات السيكومترية أن معامل ألفا كرونباخ يتأثر بحجم العينة، وتميل قيمته إلى الارتفاع كلما زاد حجمها، وعلى الرغم من ذلك تبقى القيمة المتحصل عليها مقبولة وتدلل على وجود اتساق داخلي معقول بين فقرات المقياس.

### 2.3.6 صدق المقياس:

صدق الاتساق الداخلي: ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس:

تم تقدير صدق الاتساق الداخلي لمقياس الوسواس القهري، من خلال حساب قيم ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له، وتمثلت النتائج في الجدول أدناه:

الجدول (7) ارتباط أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له:

البعد	المقياس	قيم الارتباط	مستوى الدلالة
الأفكار الوسواسية	الدرجة الكلية	0,945**	0,000
الأفعال القهرية	للمقياس	0,847**	
الارتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01)			

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري جاء مرتفعاً ودال إحصائياً إذ قدرت قيمة ارتباط بعد الأفكار الوسواسية مع الدرجة الكلية بـ (0,945) في حين قدرت قيمة ارتباط بعد الأفعال القهرية مع الدرجة الكلية بـ (0,847) وجاءت القيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة: ( $\alpha=0.01$ ) وهذا ما يجعلنا نعتبر أن المقياس يتميز بدرجة من الصدق.

#### 4.6 البرنامج العلاجي:

**1.4.6 تعريف البرنامج العلاجي:** هو برنامج علاجي معرفي سلوكي، تم تطبيقه بشكل فردي على 6 حالات يعانون من اضطراب الوسواس القهري تم تشخيصهم مسبقاً، ويحتوي على مجموعة من الجلسات العلاجية المنظمة والمرتبطة والمحددة الهدف، ويقدر عدد جلساته بـ 12 جلسة علاجية بمعدل حصة واحدة في الأسبوع مدتها تتراوح بين: 60 إلى 90 دقيقة، استمر تطبيق البرنامج العلاجي ما يقارب 3 أشهر لكل حالة على حدة، ويشمل مجموعة من التقنيات المعرفية مثل تسجيل الملاحظات الذاتية، التثقيف النفسي، والتقنيات السلوكية كالاسترخاء النفسي، التعرض مع منع الاستجابة، تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام مثل التقبل التجريبي، التعاطف الذاتي، فك الاندماج المعرفي، الذات كسياق، اليقظة الذهنية، تحديد القيم الأساسية والأهداف والفعل الملتمزم.

#### 2.4.6 أهداف البرنامج العلاجي:

الهدف الرئيسي للبرنامج العلاجي هو خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة (المصابين بالوسواس القهري المتضررين من جائحة كورونا) وذلك من خلال تمكينهم من فهم اضطراب الوسواس القهري وفهم مختلف مهارات وتقنيات نموذج هيكسافليكس لزيادة المرونة النفسية، كالتقبل التجريبي للمشاعر والأفكار المرتبطة بالوسواس القهري، والتعاطف مع الذات، وفك الاندماج المعرفي عن محتوى الذات وعن المشاعر والأفكار والسلوكيات التي ترتبط باضطراب الوسواس القهري، وتعلم مهارات اليقظة الذهنية وفن العيش في اللحظة الحالية، وتحديد قيمهم الأساسية وأهدافهم السلوكية والالتزام بها .

اضافة لفهم وممارسة مهارات سلوكية ومعرفية مختلفة كالاسترخاء والتعرض ومنع الاستجابة والتعرف على الأفكار والمشاعر والسلوكيات وتسجيلها، وتقنيات أخرى مثل الواجبات المنزلية والتثقيف النفسي التي تساعد على فهم الاضطراب بشكل أكبر وتزيد من الوعي الذاتي بالمشكل.

#### 3.4.6 الإطار النظري للبرنامج العلاجي ومصادر بنائه:

اعتمدت الباحثة على أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي بدأ بالنظرية السلوكية، حيث أن الاطلاع عليها مكنا من انتقاء تقنيات سلوكية تتلاءم وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام مثل تقنية التعرض التدريجي ومنع الاستجابة،

وتقنية الاسترخاء النفسي، وتقنيات معرفية كتقنية التثقيف النفسي وتسجيل الملاحظات الذاتية، إضافة لتقنيات أخرى كتقنية الواجب المنزلي.

كما تم الاطلاع على نظرية العلاج بالتقبل والالتزام والتي ترى أن سبب الإصابة بالاضطرابات النفسية بشكل عام واضطراب الوسواس القهري بشكل خاص هو التصلب النفسي الذي يحدث نتيجة للتجنب التجريبي والاندماج المعرفي مع الأفكار والمشاعر، والغرق في الماضي أو القلق بشأن المستقبل وعدم عيش اللحظة، والابتعاد عن القيم الأساسية وعن السلوك الملتزم الموجه بالقيم، إضافةً للاندماج مع محتوى الذات مما يجعل الفرد غير مرن وعرضة لتفاقم أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وقد تم انتقاء مجموعة من تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام كتقنيات التقبل التجريبي، التعاطف مع الذات، تقنيات فك الاندماج المعرفي، تقنيات اليقظة الذهنية، تمارين استيضاح القيم والأهداف السلوكية وتقنيات الذات الملاحظة. كما تم الاطلاع على مختلف الدراسات السابقة والبرامج العلاجية والإرشادية المعرفية السلوكية وبرامج العلاج بالتقبل والالتزام التي عالجت متغيرات بحثنا والتي تم ذكرها في الفصل الأول تحت عنوان (الدراسات السابقة). إضافة إلى آراء وملاحظات الأساتذة المحكمين والمختصين النفسيين الممارسين الذين قدموا لنا كافة التوجيهات اللازمة التي ساعدتنا على بناء وتعديل البرنامج العلاجي المقترح.

وقد أُدرجت في الملاحق بعض الوثائق التطبيقية المساندة للبرنامج العلاجي، مثل استمارة التحكيم وقائمة المحكمين ووثيقة التعاقد ودليل المقابلة ونماذج من أوراق العمل، ولم تُدرج بعض المطبوعات التثقيفية نظراً لحجمها الكبير واستخدامها العملي أثناء الجلسات.

#### 4.4.6 التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

\_الجدول (8) يمثل التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام المستخدمة في البرنامج العلاجي:

التقنية العلاجية	تعريفها
1_التثقيف النفسي (التربوية النفسية)	ويشمل تقديم معلومات دقيقة وموثوقة تفيد المفحوص وتكون غالباً حول الصعوبات التي يعاني منها والأساليب التي يتم استخدامها في الجلسات العلاجية، يمكن اعطاء مجموعة من المواد غير الشرح الذي يقدمه المعالج (كالكتب والمقالات ومواقع الانترنت وأشرطة الفيديو) كل هذه الوسائل يجب أن تقدم شرح مبسط لكافة النقاط الأساسية في العلاج (نظريات، تشخيصات، تقنيات ونماذج علاجية) تهدف هذه التقنية لجعل المفحوص قادراً على التحكم والتمكن من استخدام التقنيات العلاجية بشكل ذاتي كما وتعلمه الاستقلالية وتجعله يشعر بفعاليتها في العلاج ودوره كما تمكنه من فهم مشكلته بشكل أكبر مما يجعله أكثر وعياً بذاته.

<p>وتعني أن يقوم الشخص بملاحظة أفكاره التي تخطر بباله طوال اليوم وطوال الأسبوع ويقوم بتسجيلها لمعرفة أكثر الأفكار التي تراوده يمكن أن تشمل أيضاً تسجيل المشاعر التي تترافق مع الفكرة والسلوك الذي يقوم به الشخص بعد اختباره للفكرة الواردة لذهنه، الهدف من هذه العملية هو ملاحظة الأفكار التي تستوجب العمل عليها بواسطة باقي التقنيات (التقبل التجريبي، فك الاندماج المعرفي).</p>	<p><b>2_ تسجيل الملاحظات الذاتية</b></p>
<p>ويمثل مجموعة من المهام التي يتم القيام بها خارج الجلسة العلاجية توكل للمفحوص من أجل إنجازها، وله دور كبير في ترسيخ ما تم تعلمه والتدرب عليه ضمن الجلسات العلاجية، يساهم الواجب المنزلي في زيادة عدد الأنشطة التي يمكن تعلمها والاستفادة منها مما يقلل من فرص الانقطاع عن التعلم الذي يكون بين الجلسة والجلسة التي تليها ويشمل عدداً متنوعاً من الأنشطة والتي ترتبط غالباً بمشكلة المفحوص.</p>	<p><b>3_ الواجب المنزلي</b></p>
<p>يساعد الاسترخاء على تقليل انفعالات القلق، كما يساعد في تقليل الانقباضات الجسدية التي تصاحب القلق ويكون عبر ارخاء الجسد والتحكم في عملية التنفس ويتم استهداف عدة مناطق من الجسد لتقليل التوتر فيها (الوجه والرقبة، الذراعين، الكتفين، الظهر، أسفل الظهر، البطن، الفخذين، الرجلين).</p>	<p><b>4_ الاسترخاء النفسي</b></p>
<p>تقنية تعتمد على مواجهة مخاوف المريض بشكل متدرج من الأقل إلى الأكثر وبشكل منتظم ومتكرر بعد أن يتم تحليل المشكل بشكل دقيق وفهمه من خلال التثقيف حول طبيعة مخاوف المفحوص، ويتم منع الشخص من ممارسة سلوكه المعتاد بعد اختبار مشاعر القلق مثال : احدى الحالات كانت تعاني وساوس النظافة وتشعر بالقلق الشديد بعد لمس مقابض الأبواب مما يجعلها تقوم بغسل اليدين وتعقيمها مباشرة بعد لمس المقبض، تم تطبيق التعرض للموقف المقلق (لمس المقبض) ولم تقم بالسلوك المعتاد (غسل اليدين وتعقيمها) لمدة 15 دقيقة حيث تحملت مشاعر القلق لأول مرة كل هذه المدة دون أن تقوم بالسلوك القهري المعتاد واستمرت عملية التعرض بشكل تدريجي حيث أنه في كل مرة تم زيادة وقت تحمل عدم القيام بالسلوك القهري المعتاد، يتم تكرار التعرض حسب الحاجة له، وغالباً ما يؤدي الانخفاض في القلق بعد كل تجربة تعرض للتعود على الموقف أو الموضوع المقلق مما يقلل التحسس منه تدريجياً وقد نصل لإنطفاء استجابة الخوف مع الوقت، يتم تطبيقه في المرة الأولى مع المعالج فيما بعد يمكن للمفحوص الاستمرار في تطبيقه خارج العيادة دون تدخل المعالج.</p>	<p><b>5_ التعرض ومنع الاستجابة</b></p>

<p>تتضمن هذه التقنية تعلم الوعي الذاتي المستمر المرتبط بالتجارب الحالية حيث يتم تعلم ملاحظة التجارب بطريقة وصفية وغير حكمية، أي ملاحظة كل تجربة كما هي مثلاً "أنا أفكر بهذا، أشعر بذلك، أنا أرى هذا" وليس وكأن التجربة هي الشخص في حد ذاته فالشخص ليس هو قلقه، يتعلم الشخص الفصل بين مشاعره وتجاربه وذاته التي تعد مستقلة عن أي شعور يشعره، تمثل الذات الملاحظة فضاء نفسي ومنظور ثابت من خلاله يمكن ملاحظة جميع الخبرات المتغيرة وتقبلها وهي جزء من الذهن ليس بإمكانها التفكير وإنما الملاحظة فقط.</p>	<p><b>6_الذات كسياق (الذات الملاحظة)</b></p>
<p>ويتم من خلال استيعاب المشاعر والسماح لها بالحضور، ويعمل على تنظيم الانفعالات الحادة، يقلل التقبل من الصراع الذي يعاني منه الشخص أثناء خبره لأي نوع من المشاعر والأفكار الملحة (خاصة الأفكار الوسواسية).</p>	<p><b>7_التقبل التجريبي</b></p>
<p>تتم من خلال استبدال النقد الذاتي المعتاد بمشاعر التعاطف مع الذات والمحبة من خلال تقبل الإخفاقات والعيوب والشعور بالرحمة اتجاه الذات، يتم تفعيل التعاطف الذاتي من خلال مجموعة من الأساليب:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ استخدام مكافآت ذاتية خاصة وأفعال تعبر عن التقدير والعناية بالذات.</li> <li>_ التعبير للذات بالعبارات التي يتمنى الشخص سماعها من الآخرين.</li> <li>_ كتابة مختلف المشاعر المحببة واستخدام عبارات تراحم تخفف من شدتها.</li> <li>_ تقمص شخصية الأشخاص المحبين للفرد حب غير مشروط وكتابة خطاب للذات عن طريقه.</li> </ul>	<p><b>8_التعاطف مع الذات</b></p>
<p>يعمل فك الاندماج على تغيير العلاقة مع الأفكار والمشاعر من خلال التشكيك بما فقد تكون صحيحة وقد لا تكون كذلك، وحين لا تتطلب الأفكار اهتماماً كبيراً وفورياً فإنها تصبح أقل تهديداً فيصبح الفرد أقل اندماجاً معها، لا يهدف فك الاندماج إلى التخلص من الأفكار أو تحديدها وإنما يهدف إلى العمل على ملاحظتها خاصة عندما تكون غير مجدية ولا فائدة منها، وذلك لخلق مساحة بين الفكرة والشخص بحيث يتمكن من اتخاذ إجراءات فعالة مدروسة وواعية حول كيف يستجيب.</p>	<p><b>9_ فك الاندماج المعرفي</b></p>
<p>وتتم من خلال الانتباه بطريقة معينة وعن قصد، في اللحظة الحالية هنا والآن، وبدون إصدار أحكام تعمل اليقظة الذهنية على خفض التوتر، وتقليل اجترار الأفكار، وزيادة المشاعر الإيجابية، وتحسين التركيز والذاكرة، وقلة التفاعل العاطفي، وتحسين التنظيم العاطفي، وزيادة المرونة الإدراكية.</p>	<p><b>10_اليقظة الذهنية</b></p>

<p>يتم تحديد القيم الأساسية والتي تمثل مجالات الحياة التي يختار الشخص متابعتها والعمل وفقها، وهي مبادئ مجردة ومعنوية ترشد اختيارات الشخص وهي تخضع لتحكم الشخص لأنها نابعة منه، يمكن أن تعمل القيم كبوصلة لمساعدة الأشخاص على معرفة الاتجاه الذي يجب عليهم التحرك فيه فهي توفر دليلاً مناسباً للسلوك.</p>	<p><b>11_ تحديد القيم الأساسية</b></p>
<p>وتتم من خلال وضع مجموعة من الأهداف السلوكية الواضحة والتي ترتبط بقيم الشخص التي اختارها، وتكون هذه الأهداف قابلة للتحقق وتشمل على الأقل 6 قيم لكل قيمة يمكن وضع عدة أهداف يسعى الشخص إلى تحقيقها من خلال القيام بإجراءات فعالة تخدم قيمه بشكل عام وأهدافه بشكل خاص وهي شخصية وخاصة بصاحبها.</p>	<p><b>12_ تحديد الأهداف السلوكية</b></p>
<p>الفعل الملتزم يعني "القيام بكل ما يلزم" للعيش وفقاً للقيم الأساسية بغض النظر عن مشاعر الألم التي يعيشها الفرد يمكن استخدام جميع التدخلات السلوكية مثل تحديد الأهداف التعرض، التنشيط السلوكي، والتدريب على المهارات، وأي مهارة تعزز الحياة وتثريها، بدءاً من التفاوض وحتى إدارة الوقت، ومن الحزم إلى حل المشكلات، ومن تهدئة الذات إلى التعامل مع الأزمات، يمكن تعلمها واستخدامها ضمن هذه التقنية لأنها تتوافق جميعاً مع هدف الفعل الملتزم.</p>	<p><b>13_ الفعل الملتزم</b></p>
<p>لا تعد الاستعارات العلاجية تقنية بحد ذاتها، يمكن تعريفها بأنها أساليب أو تشبيهات يتم استخدامها في العلاج بالتقبل والالتزام لتوضيح وشرح المشاعر والأفكار في حالة التصلب النفسي (التجنب التجريبي، الاندماج المعرفي، الغرق في الأفكار والمشاعر والعيش في الماضي والمستقبل...) وفي حالة المرونة النفسية (التقبل التجريبي، فك الاندماج المعرفي، اليقظة الذهنية...) وغيرهم.</p>	<p><b>14_ الاستعارات العلاجية</b></p>

## 7. إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي

فيما يلي محتوى جلسات البرنامج العلاجي بعد تطبيق القياس القبلي لاضطراب الوسواس القهري بواسطة مقياس ييل براون (Y-BOCS) للوسواس القهري ومحكات الدليل الاحصائي الخامس المعدل (DSM5-TR) لتشخيص اضطراب الوسواس القهري الذي قمنا به أثناء اجراء الدراسة الاستطلاعية.

### الجدول (9) يمثل محتوى جلسات البرنامج العلاجي:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية للجلسة	التقنيات المستخدمة	إجراءات سير الجلسة	الواجب المنزلي	الوسائل المستخدمة
1	التعارف/جمع تاريخ الحالة	<p>أن تعرف الباحثة على مشكلة المفحوص من خلال المقابلة نصف الموجهة.</p> <p>أن تتمكن الباحثة من جمع تاريخ الحالة (السوابق) .</p>	<p>المناقشة والحوار.</p>	<p>- تطبيق دليل المقابلة.</p> <p>المناقشة والحوار</p> <p>حول الأعراض التي يعاني منها المفحوص.</p>	لا يوجد	<p>دليل المقابلة نصف الموجهة.</p>
2	بناء العلاقة العلاجية الموافقة المستنيرة (التعاقد)	<p>أن يعرف المفحوص على البرنامج العلاجي.</p> <p>أن تتمكن الباحثة من بناء العلاقة العلاجية.</p> <p>أن تتمكن الباحثة والمفحوص من الاتفاق على عدد الجلسات وأهداف العلاج الأولية.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على العلاج المعرفي السلوكي عموماً والعلاج بالتقبل والالتزام بشكل خاص.</p> <p>أن تتمكن الباحثة من التعاقد مع المفحوص وأخذ الموافقة المستنيرة.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p>	<p>تثقيف نفسي ومناقشة حول:</p> <p>العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام والعلاج بالتقبل والالتزام بشكل خاص وأهمية العقد العلاجي وبنوده.</p>	لا يوجد	<p>مطبوعة تثقيفية حول: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام.</p> <p>ورقة العقد العلاجي.</p>
3	اضطراب الوسواس القهري	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على اضطراب الوسواس القهري</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p>	<p>تثقيف نفسي ومناقشة</p>	<p>قراءة مطبوعة تثقيفية حول</p>	<p>ورقة تثقيفية حول الوسواس القهري.</p>

<p>ورقة عمل توضح نموذج HEXAFLEX للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي.</p> <p>ورقة عمل لتسجيل الملاحظات الذاتية (أفكار، مشاعر، سلوكيات).</p>	<p>الوسواس القهري.</p> <p>تسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات باستخدام ورقة تسجيل الملاحظات.</p>	<p>حول اضطراب الوسواس القهري وفيروس كورونا وتبعاته على المصابين بالوسواس القهري.</p> <p>تثقيف نفسي ومناقشة حول: العلاج بالتقبل والالتزام بواسطة نموذج HEXAFLEX.</p> <p>القيام بشرح نموذج العلاج بالتقبل والالتزام بواسطة بعض الاستعارات العلاجية وذلك من أجل التعرف على طبيعة عمل الذهن البشري مثل: استعارة رجل الكهف استعارة الرجل في الحفرة لشرح التحكم في الوسواس القهري.</p> <p>التعرف على الذات كسياق والتدريب على تفعيل الذات الملاحظة لملاحظة الأفكار والمشاعر والسلوكيات وشرحها باستخدام بعض الإستعارات مثل: استعارة السماء والطقس.</p>	<p>الذات كسياق.</p> <p>تسجيل الأفكار والمشاعر والسلوكيات.</p>	<p>وتبعات جائحة كورونا على المصابين به.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على نموذج HEXAFLEX وتفسيره للاضطراب النفسي (اضطراب الوسواس القهري).</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على الذات كسياق (الذات الملاحظة)</p>	<p>نموذج HEXAFLEX</p> <p>الذات كسياق (الذات الملاحظة)</p>	
<p>ورقة عمل تشرح بعض تقنيات التقبل والتعاطف الذاتي.</p> <p>فيديو توضيحي لكيفية ممارسة الاسترخاء الذاتي.</p> <p>ورقة عمل الاسترخاء النفسي.</p>	<p>ممارسة بعض تقنيات التقبل والتعاطف مع الذات.</p> <p>ممارسة الاسترخاء الذاتي</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تثقيف نفسي ومناقشة حول: التجنب التجريبي مقابل التقبل التجريبي للأفكار الوسواسية ومشاعر القلق المصاحبة لها.</p> <p>شرح التقبل التجريبي بواسطة بعض استعارات العلاج بالتقبل والالتزام مثل: استعارة الصراع في الرمال المتحركة.</p> <p>تطبيق الاسترخاء النفسي لزيادة الإتصال باللحظة والتدريب على ممارسته بشكل ذاتي.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>التقبل التجريبي.</p> <p>الاسترخاء النفسي.</p>	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على التجنب التجريبي مقابل التقبل التجريبي للأفكار الوسواسية ويتمكن من ممارسته.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على التعاطف مع الذات وممارسته.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على الاسترخاء وممارسته.</p>	<p>التقبل التجريبي</p> <p>التعاطف مع الذات</p> <p>الاسترخاء</p>	<p>4</p>

5	<p>فك الاندماج المعرفي</p> <p>الاسترخاء</p>	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على الاندماج المعرفي مقابل فك الاندماج عن الأفكار الوسواسية ومشاعر القلق ويتمكن من ممارسته.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من تجربة وممارسة الاسترخاء.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>فك الاندماج المعرفي.</p> <p>الاسترخاء النفسي.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تثقيف نفسي ومناقشة وحوار حول:</p> <p>الاندماج المعرفي مقابل فك الاندماج مع الأفكار الوسواسية ومشاعر القلق المصاحبة لها.</p> <p>شرح تقنية فك الاندماج بواسطة بعض استعارات العلاج بالتقبل والالتزام لفك الاندماج المعرفي مثل: استعارة ذهنك مثل الراديو.</p> <p>تطبيق الاسترخاء النفسي.</p>	<p>ممارسة بعض تقنيات فك الاندماج.</p> <p>ممارسة الاسترخاء الذاتي الذي تم التدرب عليه في الجلسة.</p>	<p>أوراق عمل تشرح الاندماج المعرفي مقابل فك الاندماج.</p> <p>ورقة عمل تمرين الاسترخاء.</p>
6	<p>اليقظة الذهنية (الإتصال باللحظة الحالية)</p> <p>التعرض ومنع الاستجابة</p>	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على اليقظة الذهنية وممارستها.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على التعرض مع منع الاستجابة وممارسته.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>تمارين اليقظة الذهنية.</p> <p>التعرض للأفكار والمشاعر المقلقة ومنع الاستجابة.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تثقيف نفسي ومناقشة حول: اليقظة الذهنية مقابل الاستغراق في الأفكار الوسواسية والمشاعر المؤلمة المرتبطة بها.</p> <p>تطبيق تمرين التمرکز ببساطة.</p> <p>التعرض للأفكار الوسواسية والمشاعر المؤلمة بشكل تدريجي ومنع الاستجابة.</p>	<p>التدرب على ممارسة اليقظة الذهنية.</p> <p>التدرب على ممارسة التعرض ومنع الاستجابة للأفكار الوسواسية والمشاعر المؤلمة.</p>	<p>ورقة عمل خاصة بتمرين اليقظة الذهنية (التمرکز ببساطة).</p> <p>ورقة عمل لتسجيل الأنشطة التي تمت بيقظة ذهنية.</p>
7	<p>اليقظة الذهنية (الإتصال باللحظة الحالية)</p> <p>التعرض ومنع الاستجابة</p>	<p>أن يتمكن المفحوص من ممارسة اليقظة الذهنية.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من ممارسة التعرض ومنع الاستجابة.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>مناقشة وحوار.</p> <p>تمارين التوسعة في اليقظة الذهنية</p> <p>التعرض للموضوع المقلق ومنع الاستجابة.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تطبيق تمرين اليقظة الذهنية تمرکز في قلبك.</p> <p>التعرض للموضوع المقلق (أوساخ، تلوث، صور...) ومنع الاستجابة المعتادة.</p>	<p>ممارسة اليقظة الذهنية من خلال الأنشطة اليومية وتسجيلها.</p> <p>ممارسة التعرض للموضوع المقلق مع منع الاستجابة.</p>	<p>ورقة عمل خاصة بتمرين اليقظة الذهنية (تمرکز في قلبك).</p> <p>ورقة عمل لتسجيل الأنشطة التي تمت بيقظة ذهنية.</p>

8	القيم الأساسية	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على قيمه الأساسية واستيضاحها.</p> <p>أن يتمكن المفحوص من معرفة الفرق بين القيم والأهداف السلوكية.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>تحديد القيم الأساسية.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تثقيف نفسي حول: القيم الأساسية ومدى أهميتها.</p> <p>استيضاح القيم عن طريق متجر القيم وموقع</p> <p>(VIA Character)</p>	<p>قراءة مطبوعة</p> <p>تثقيفية حول ماهية القيم وماهية الأهداف السلوكية؟</p> <p>مطبوعة عن ماهية القيم.</p> <p>اختبار متجر القيم.</p> <p>موقع (VIA) (Character)</p>
9	الأهداف السلوكية	<p>أن يتمكن المفحوص من تحديد أهدافه السلوكية وربطها بالقيم الأساسية له.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>تحديد الأهداف السلوكية.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>تثقيف نفسي حول: الأهداف السلوكية مقابل القيم.</p> <p>استيضاح الأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم الأساسية للمفحوص.</p>	<p>تسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف.</p> <p>ورقة عمل خاصة بتحديد الأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم.</p> <p>ورقة عمل لتسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف السلوكية.</p>
10	الفعل الملزم	<p>أن يتمكن المفحوص من التعرف على الفعل الملزم المرتبط بقيمه الأساسية وأهدافه السلوكية.</p> <p>أن يدرك المفحوص أن الفعل الملزم هو كل تصرف يقوم به يتوافق مع قيمه.</p>	<p>التثقيف النفسي.</p> <p>المناقشة والحوار.</p> <p>الفعل الملزم.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>مناقشة وحوار حول: أهمية الالتزام بالأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم الأساسية.</p>	<p>الالتزام بالأهداف السلوكية وتسجيلها.</p> <p>ورقة عمل لتسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف السلوكية.</p>
11	المراجعة	<p>أن تتمكن الباحثة والمفحوص من مراجعة حصيلة الجلسات السابقة.</p> <p>أن تتمكن الباحثة من تقييم شامل مدى التزام المفحوص بالعناصر التي تم التطرق إليها.</p>	<p>مراجعة.</p> <p>مناقشة وحوار.</p>	<p>مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>مناقشة وحوار حول: أهمية الالتزام بعناصر نموذج HEXAFLEX التي تم التطرق إليها في الجلسات (الذات الملاحظة، التقبل التجريبي، التعاطف الذاتي، فك الاندماج المعرفي، اليقظة الذهنية، القيم الأساسية، الالتزام بالأهداف السلوكية).</p> <p>والتقنيات الأخرى التي تم تناولها في البرنامج العلاجي.</p>	<p>لا يوجد</p> <p>لا يوجد</p>

<p>__ مقياس الوسواس القهري.</p>	<p>__ لا يوجد</p>	<p>__مناقشة وحوار حول: كيفية سيرورة الجلسات وحول رأي المفحوص بالبرنامج العلاجي ومدى تطوره منذ الجلسة الأولى ولغاية الجلسة الأخيرة.</p>	<p>__المناقشة والحوار.</p>	<p>__أن تتمكن الباحثة من إختتام الجلسات العلاجية وتطبيق مقياس الوسواس القهري.</p> <p>__أن تتمكن الباحثة من التعرف على رأي المفحوص بشأن البرنامج العلاجي، وأهم التغييرات التي لاحظها منذ بداية العلاج.</p>	<p>__الاختتام (القياس البعدي)</p>	<p>12</p>
---------------------------------	-------------------	--	----------------------------	---	-----------------------------------	-----------

## 8. العرض الكيفي للحالات ومناقشتها

### 1.8 عرض بيانات الحالة الأولى:

#### \_\_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 2022-03-24

تاريخ نهاية المتابعة: 2022-05-22

تاريخ القياس التتبعي: 2022-12-29

الاسم: إ.ب

العمر: 23 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: سنة أولى ماستر علم النفس العيادي

المهنة: غير عاملة

#### \_\_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الوالدين: جيدة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

عدد الإخوة: 02

الترتيب الأسري: الأولى

العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: الطبخ، المطالعة، تلوين الدوائر السحرية (الماندالا)

بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس النظافة

تاريخ بداية الاضطراب: منذ سنتين من تقدمها للعلاج

مسار الاضطراب: متزايد

وجود حالات مشابهة في العائلة: لا يوجد

اللجوء إلى متخصص سابقاً: لا

أحداث سابقة لظهور الاضطراب: انتقال الجدين والعمة للسكن معهم وتغيير بيئة المنزل من بيئة منظمة لبيئة

فوضوية وانتشار جائحة كورونا

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

بيانات حول تأثير فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

تتبع الأخبار اليومية لعدد الوفيات والإصابات اليومية

الحجر الصحي

هل ازدادت الوسواس القهرية\الأفعال القهرية بعد الجائحة: نعم بشكل شديد

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
لا	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
نعم	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
لا	وضوح القيم والأهداف
لا	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
لا	الاندماج مع محتوى الذات

### 1.1.8 عرض الحالة الأولى:

تقدمت الحالة للعلاج وهي تعاني من وسواس وطقوس قهرية ترتبط بالنظافة، وكان ذلك تزامناً مع انتشار فيروس كورونا والحجر الصحي وانتقال الجدين والعمة للعيش معهم في المنزل، حيث أصبحت أعمال التنظيف مضاعفة حسب قول المفحوصة بسبب البيئة المنزلية الفوضوية وغير النظيفة، وبسبب الخوف من انتقال العدوى بفيروس

كورونا ومن بين الأعراض التي تعاني منها:

غسل اليدين بشكل متكرر باستخدام ماء الجافيل، تكرار أشغال البيت مثل تنظيف الأواني والأرضية عدة مرات وطوال اليوم، تكرار التعقيم لكامل الملابس واليدين وحتى الشعر حيث تستخدم ماء الجافيل على يديها ورجليها وفروة رأسها ما سبب لها حساسية التهابات وجروح على مستوى الفروة واليدين.

وصرحت المفحوصة أنها تقوم بتكرار الوضوء من أجل الصلاة بسبب شكها في عدد مرات استخدام الماء على أي طرف من أطرافها أثناء عملية الوضوء، ما يجعلها تقضي وقتاً طويلاً في الوضوء أحياناً يصل حتى ساعة، إضافةً لتكرار ركعات الصلاة بسبب شكها في نسيان إحدى الركعات ما جعل أداء الصلاة متعب ومؤلم ويأخذ وقتاً بعد أن كانت عبادة تريحها حسب تعبيرها، كما وعبرت بأنها تعاني من وضع سجادة الصلاة على نفس الوضع و تعقيهما يومياً وبصورة متكررة وتعتبر أن أي تغيير لمكان سجادة الصلاة أو تحريك ولو طفيف لها هو مشكلة حيث تراقبها يومياً لعل أحدهم حركها من مكانها أو استعمالها، حيث تضعها بشكل مُعين ودقيق إذ تستطيع معرفة أي تغيير قد يطرأ عليها، وقد امتنعت عن أداء صلاة الجماعة مع عائلتها منذ اصابتها بالوسواس القهري وهذا سبب لها حزناً كونها كانت تحب أداءها مع والدها وأخواتها، إضافةً لهذا تقوم أيضاً بتعقيم كافة أشياءها الخاصة بمختلف المطهرات من أقلام وكراريس و سرير وكرسيها الخاص وحتى الملابس التي ترتديها والتي أصبحت غير صالحة للارتداء حسب وصفها بسبب كثرة استخدام المطهرات عليها ما جعلها بالية، وقد أصبحت تمتنع عن شراء المزيد من الملابس لأنها تعرف أنها سوف تفسد بسبب الغسل المتكرر، وتعاني المفحوصة أيضاً بسبب عدم قدرتها على حمل الأشياء بعد سقوطها على الأرض قبل أن تقوم بتعقيمها إذ أنها أحياناً تتخلى عنها أو تتركها لصدقيتها كي تحملها بدلاً عنها، كما وتمنع جميع أفراد عائلتها من التجول داخل غرفتها ومن الجلوس فوق فراشها الخاص ولا تتركهم يلامسون ملاءات السرير أو أي شيء يخصها حتى الأقلام والكتب وتمنعهم من الجلوس على كرسيها الخاص، وقد صرحت بأنها لم تعد تستطيع استخدام كراريس التلوين الخاصة بها وكتبها رغم أنها تحب التلوين والمطالعة وذلك كي لا تضطر لتعقيم أي شيء وتفسده.

وتعتمد المفحوصة على التعقيم المباشر بعد كل احتكاك مع الآخر في الخارج وإن لم تستطع فهي تؤجله لحين عودتها إلى المنزل، وما يسبب لها المعاناة الأكبر هو عدم تصريحها للعائلة الكبرى بمرضها إذ تمارس التعقيم بعد تواصلها مع أي شخص منهم بشكل أكثر من المعتاد خاصةً إذا دخل أحدهم لغرفتها واستعمل أشياءها، وهذا أدى بها إلى التخلي عن جميع المناسبات العائلية والاعتزال في غرفتها حيث تغرق في نوبات بكاء يومية.

وقد أشارت إلى أن التعقيم يزداد بقوة مع فترة الدورة الشهرية بحيث تعقم نفسها لساعات طويلة ولا تقترب من أي أحد لخوفها من أن يجعله نجساً.

وتقول إنها ما عادت قادرة على عيش حياتها الجامعية مثل بقية زميلاتها بسبب رائحة ماء الجافيل المنبعثة منها والتي أصبحت تخرجها، وبسبب عدم قدرتها على التواصل مع الآخرين جراء القلق الذي يسببه الاحتكاك معهم والطقوس القهرية التي تليه.

### 2.1.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_\_ غسل اليدين المتكرر بماء الجافيل، مما سبب لها التهابات وجروح.
- \_\_ تكرار تنظيف المنزل والأواني والأرضيات بشكل مفرط.
- \_\_ تعقيم كل شيء: الملابس، الأقلام، الكتب، الكراسي، السرير.
- \_\_ طقوس الصلاة: تكرار الوضوء والركعات، استخدام السجادة بطريقة دقيقة، تجنب الجماعة.
- \_\_ عزل نفسها عن العائلة وتفادي أي تلامس جسدي أو مكاني.
- \_\_ امتناع عن ممارسة الهوايات (مثل التلوين) بسبب تعقيم الأدوات.
- \_\_ القلق والضغط خلال الدورة الشهرية خوفاً من النجاسة.
- \_\_ انعزال اجتماعي: بسبب رائحة الجافيل، بدأت في الانسحاب من المناسبات العائلية، نوبات بكاء متكررة .

### 3.1.8 العراقيل التي واجهناها في الحمص:

\_\_ وجدت المفحوصة بعض الصعوبات في تطبيق الاسترخاء العلاجي داخل العيادة بسبب هواجس النظافة حيث وجدت صعوبة في الاستلقاء على فراش الاسترخاء لاعتقادها بأنه قد يكون غير نظيف ونجس، كما واجهنا صعوبات في تطبيق التعرض، بسبب شدة القلق التي تصاحب التعرض للمواضيع المقلقة مثل (مقابض الأبواب).

### 4.1.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة الأولى:

\_\_ الجدول (10) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الأولى:

الحالة 01	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	25	13	12
القياس البعدي	13	7	6
القياس التبعي	23	12	11

تشير نتائج القياس الكمي للحالة الأولى على مقياس الوسواس القهري إلى تحسن ملحوظ عبر مراحل القياس الثلاث، إذ سجلت الحالة في القياس القبلي درجة (25) على بعد الوسواس القهري، و(13) على بعد الأفكار الوسواسية، و(12) على بعد الأفعال القهرية. وقد انخفضت هذه الدرجات في القياس البعدي إلى (13) و(7) و(6) على التوالي، مما يعكس تراجعاً واضحاً في حدة الأعراض عقب التدخل العلاجي، أما في القياس التبعي فقد سُجلت درجات (23) و(12) و(11) وهو

ما يشير إلى ارتفاع طفيف مقارنة بالقياس البعدي، غير أنها تبقى دون المستوى القبلي، مما يدل على استمرار الأثر العلاجي نسبياً مع بعض التذبذب في المحافظة على المكتسبات العلاجية.

### 5.1.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح، أشارت المفحوصة أنها تشعر بتحسن كبير خاصة من ناحية السلوكيات القهرية، حيث لم تعد تغسل يديها مراراً وتكراراً، كما توقفت عن اقتناء ماء الجافيل واستخدامه على يديها وفرورة رأسها وبقية أطرفها، وقالت أنها لم تعد تقوم بتعقيم دفاترها وأقلامها قبل الاستخدام أو حتى ملابسها، وقد عادت لشراء وارتداء الملابس الجديدة التي كانت تخاف أن تفسدها بماء الجافيل بسبب التعقيم المكثف حيث كانت تتجنب ارتدائها حفاظاً عليها وبدلاً منها كانت تستعمل نفس ثيابها القديمة التي أفسدتها بالتعقيم، وعادت لاستخدام دفاتر التلوين الخاصة بها وكتبتها دون تعقيم، وقد صرحت بأنها باتت تكتفي بالوضوء لمرة واحدة قبل أداء الصلاة سواء أكان صحيحاً أم لا حيث لم تعد تندمج معرفياً مع أفكار بطلان الوضوء وأصبحت أكثر تقبلاً لفكرة أن وضوئها قد يكون غير صحيح، كما عادت للصلاة بشكل جماعي مع عائلتها، وللصلاة بعدد الركعات المطلوبة حتى وإن شكت في ذلك، وقد أشارت لكونها لم تعد تكرر عملية تنظيف المنزل، بحيث تكتفي فقط بالتنظيف لمرة واحدة، كما لم تعد تمنع دخول عائلتها لغرفتها، وتوقفت عن التعقيم المفرط لأشيائها، وباتت تستطيع تحمل فترة زمنية معتبرة بعد لمس الأشياء قبل أن تذهب لتنظيف نفسها، وقالت أن التعرض أفادها كثيراً وساعدها على تحمل القلق الذي يلي التعرض للمواضيع المقلقة بالنسبة لها، وعادت لها الرغبة في استكمال دراستها والتخرج وقامت باختيار موضوع مذكرتها بعناية وبدأت بالعمل عليه مسبقاً قبل الدخول الجامعي، وقد ساعدها تحديد قيمها وأهدافها على وضع جدول يومي لتحقيق كافة أهدافها، كما ساعدها على الالتزام السلوكي نحو أهدافها وقيمتها، وهي تحاول الاستمتاع بشكل يومي بكافة تفاصيل حياتها من خلال تطبيق تمارين اليقظة الذهنية التي ساهمت في جعلها أقل قلقاً وأكثر حضوراً واستمتاعاً باللحظة مع عائلتها وأصدقائها.

نلاحظ أن المفحوصة بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

\_\_ توقفت عن استخدام ماء الجافيل على جسدها.

\_\_ استعادت قدرتها على ارتداء ملابس جديدة واستخدام أدواتها دون تعقيم.

\_\_ أصبحت تؤدي الصلاة بوضوء واحد وتجاوزت طقوس التكرار.

\_\_ عادت للصلاة مع العائلة.

\_\_ لم تعد تمنع دخول الآخرين لغرفتها.

\_\_ توقفت عن تعقيم كل شيء.

\_\_ تعلمت تحمل القلق الناتج عن التعرض التدريجي للمثيرات الوسواسية.

\_\_ استعادت دافعها للدراسة وتحديد أهدافها الشخصية.

\_\_ بدأت بالالتزام بسلوكيات تعكس قيمها.

بدأت تمارس تمارين اليقظة الذهنية وتستمتع بالحياة مجدداً.

## 2.8 عرض بيانات الحالة الثانية:

\_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 2022-04-04

تاريخ نهاية المتابعة: 2022-08-18

تاريخ القياس التبعي: 2023-04-11

الاسم: ع. ب

العمر: 42 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: متزوجة

عمر الزوج: 49

طبيعة العلاقة مع الزوج: جيدة

عدد الأولاد: 04

المستوى التعليمي: سنة ثانية ثانوي

المهنة: غير عاملة

\_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الأم والأب: جيدة

الأب: متوفي طبيعة العلاقة: كانت جيدة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 06

الترتيب في الأسرة: الرابعة

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: المطالعة، تعلم اللغات.

\_بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس المرض والموت ووسواس الأخلاق

تاريخ بداية الاضطراب: منذ ثلاث سنوات من تقدمها للعلاج

مسار الاضطراب: متذبذب

وجود حالات مشابهة في العائلة: لا يوجد

اللجوء إلى متخصص سابقاً: طيب عام

هل تحسنت بعد المراجعة الطبية: قليلاً

هل تأخذ أدوية: نعم

العلاج الدوائي: إيزوبتيل، ديريبتين، كيتيل

أحداث سابقة لظهور الاضطراب: وفاة أم الزوج وانتشار جائحة كورونا

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من مقبول

بيانات حول تأثير فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

تتبع الأخبار اليومية لعدد الوفيات والإصابات اليومية

هل ازدادت الوسوس القهرية\الأفعال القهرية بعد الجائحة: كثيراً

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
نعم	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
نعم	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
نعم	وضوح القيم والأهداف
نعم	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
نعم	الاندماج مع محتوى الذات

## 1.2.8 عرض الحالة الثانية:

تقدمت الحالة للعلاج وهي تشتكي أنها تعاني من وسوس متعلقة بالمرض والموت والأخلاق، حيث تعتقد أنها ستصاب بأمراض خطيرة تؤدي بها للوفاة، وتقوم المفحوصة بإجراء العديد من الفحوصات الطبية التي تظهر نتائج سلبية، رغم ذلك تعاود الوسوس المرضية مرادتها مما يجعلها تعود للقيام بالفحوصات بشكل متكرر، وقد صرحت أن أي تغيير يطرأ على شكلها يجعلها تخاف ويتطلب تدخلاً علاجياً قبل فوات الأوان مثل الدوار أو ضيق التنفس أو الصداع، وتجنب المفحوصة المرور أمام مصلحة حفظ الجثث في المستشفى وتجنب أي شيء يذكرها بالموت سواء الجنائز أو المقابر، أو صور الموتى والأكفان والحفر، كما و تعاني من وسوس متعلقة بالنظافة حيث تقوم بتنظيف المنزل عدة مرات خوفاً من انتقال بعض أنواع العدوى لأولادها، خاصة وأنها تقطن في بناء فوضوي غير نظيف حسب وصفها، إذ تتسرب منه مياه الأمطار وتعيش بالقرب منه العديد من القوارض والحشرات، وما يجعلها دائمة القلق كون وضعهم المادي أقل من المتوسط ولا يستطيعون العيش في مكان أفضل منه، وقد قالت أنها تقوم

بغسل يديها عدة مرات قبل تحضير الطعام لعائلتها وتقوم بغسل الأواني والأفرشة ومسح الأرضية مراراً وتكراراً وطوال اليوم، وقد ظهرت أعراض الوسواس القهري تزامناً مع وفاة والده زوجها التي كانت تعني بها قبل وفاتها من خلال أخذها للطبيب واطعامها والاعتناء بنظافتها الشخصية، كون والده الزوج كانت مريضة جداً ولا تستطيع الاعتناء بنفسها، وقد تكفلت بها بعد تخلي جميع أولادها عنها، وبعد وفاتها ساورت المفحوصة وساوس حول أذيتها لوالدة زوجها حيث صرحت بأنها تشعر أنها قد تكون أذمتها ذات يوم من خلال نظراتها لها سهواً أو من خلال عدم خدمتها بالشكل المطلوب أو بأي شكل آخر، كون والده الزوج كانت عاجزة عن التحدث أو التفاعل، ورغم عدم تذكرها لأي موقف مؤذ قامت به نحو والده زوجها، إلا أنها تشعر بالذنب وتأنيب الضمير وشكوك حول أخلاقها كزوجة ابن، وما زاد من معاناتها انتشار فيروس كورونا وخوفها من الموت، خاصة مع ازدياد عدد الوفيات به و قد صرحت أنها كانت تراقب الأخبار اليومية بقلق وخوف شديدين لمعرفة عدد الوفيات، كما قالت أنها تراودها الكثير من المخاوف قبل نومها بشكل أكبر حيث تخاف الموت وهي غير مستعدة بعد له، وتخاف من العقاب الإلهي بسبب عدم اعتنائها بوالدة زوجها بالشكل المطلوب، ما يجعلها تقرأ الكثير من الأدعية قبل النوم وتستغفر وتقرأ القرآن وتؤدي الكثير من صلوات النافلة حتى يغفر لها الله تقصيرها وأذيتها، وحسب ما قالت يأخذ معها أداء هذه العبادات وقتاً طويلاً، ويجدر الإشارة إلى كون المفحوصة لديها ابن يعاني طيف التوحد وهذا يسبب لها الكثير من القلق ويجعلها تفكر في مستقبله وفي علاجه، وقد ساهم هذا بدوره في جعلها تؤدي المزيد من الصلوات من أجل شفاء ابنها الذي تعتقد بأن إصابته عقاب إلهي لها ربما بسبب أخلاقها وقد زارت طبيباً عاماً ووصف لها بعض مضادات القلق التي التزمت بها لمدة سنتين وساعدها هذا حسب وصفها على التعايش مع القلق بشكل متوسط لكنه لم يساعدها فيما يخص وساوس الموت والمرض والأخلاق.

### 2.2.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_\_ وساوس مرضية متكررة رغم سلامة الفحوصات الطبية.
- \_\_ تجنب المستشفيات والمقابر وكل ما يرمز للموت.
- \_\_ وساوس حول إيذاء غير مقصود لحماها المتوفاة، وشعور قوي بالذنب وتأنيب الضمير.
- \_\_ طقوس نظافة مفرطة: تنظيف المنزل، غسل الأواني، الأفرشة، الأرضيات، اليدين.
- \_\_ أداء مفرط للعبادات (نوافل، أذكار، استغفار) خصوصاً قبل النوم، خوفاً من العقاب الإلهي.
- \_\_ الشعور بأن مرض ابنها المصاب بطيف التوحد هو عقاب من الله لسلوكها غير الأخلاقي.
- \_\_ مراقبة دائمة للأخبار الصحية وعدد الوفيات اليومية بكورونا.
- \_\_ تكرار طلب الطمأنة من الآخرين خوفاً من أنها قد تكون أساءت إليهم بكلمات أو أفعال.

### 3.2.8 العراقيل التي واجهناها في الحصص:

\_\_ واجهنا صعوبات في تطبيق التعرض بسبب شدة القلق التي تصاحب التعرض للمواضيع المقلقة.

### 4.2.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة الثانية

\_\_الجدول (11) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الثانية:

الحالة 2	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	26	13	13
القياس البعدي	17	7	10
القياس التتبعي	13	9	4

تكشف نتائج القياس الكمي للحالة الثانية عن تحسن ملموس في مستوى الأعراض، فقد بلغت درجة الوسواس القهري الكلية في القياس القبلي (26) فيما سجل بعد الأفكار الوسواسية (13) وبعد الأفعال القهرية (13). وفي القياس البعدي انخفضت الدرجات إلى (17) و(7) و(10) على التوالي، مما يعكس استجابة إيجابية للتدخل العلاجي.

وفي القياس التتبعي واصلت الدرجات انخفاضها لتبلغ (13) و(9) و(4) وهو مؤشر إيجابي يدل على استمرار التحسن واتساقه عبر الزمن، مما يعزز فاعلية التدخل العلاجي المطبق.

### 5.2.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح صرحت المفحوصة بأنها توقفت عن القلق بشأن صحتها الجسدية، حيث لم يعد يقلقها كثيراً إصابتها بالأمراض وأصبحت أكثر اهتماماً وحضوراً مع عائلتها وهي تحاول استغلال الوقت للعيش مع عائلتها بيقظة وقد قالت بأنها لم تعد تسعى لإجراء أي فحوصات طبية لتطمئن عن صحتها، حيث بدأت تتقبل بأن ماتفكر به لا يشترط أن يكون صحيحاً فقد تأكدت عدة مرات من عدم صحته والآن هي أقل اندماجاً مع أفكارها وقصص عقلها و تعتبر التغييرات الجسدية جزء طبيعي من الحياة و لا تستدعي دوماً القلق والبحث عن المسببات خلفها، وقد صرحت المفحوصة أن تقنية الاسترخاء ساعدتها كثيراً في تقليل القلق والأعراض الجسدية كضيق التنفس والدوار، وأصبحت تستخدمها بشكل يومي لتحقيق الراحة النفسية والجسدية لنفسها، كما وساعدها التعرض ومنع الاستجابة كثيراً في تقبل فكرة الموت وقد ساعدها زوجها بشكل كبير بسبب مرافقته لها أثناء ممارسة التعرض من خلال المرور بجانب مصلحة حفظ الجثث عدة مرات وبشكل دوري، كما قالت

بأنها لم تعد تكرر طقوس النظافة للمنزل حيث أصبحت تكتفي بالتنظيف لمرة واحدة وبشكل جيد سواءً تنظيف أرضية المنزل أو تنظيف الصحون والمطبخ والأفرشة، وتقول أنها تشعر بالكثير من الراحة حول سلوكها مع والدة زوجها المتوفية حيث تعتقد بأنها ساعدتها كثيراً واعتنت بها كما يجب مقارنةً بأبنائها وبقية العائلة، والآن هي أقل اندماجاً مع فكرة أنها شخص مؤذي كما لم تعد تساورها شكوك بشأن أخلاقها في التعامل مع الآخرين وتقبلت هذه الأفكار حسب قولها كجزء من طريقة تفكيرها، كما ترى بأنها تقبلت فكرة الموت باعتبارها جزء طبيعي من الحياة ولم تعد تكرر قراءة الأذكار بشكل مكثف قبل نومها، حيث أصبحت تقرأ وردها اليومي وتكتفي بالصلاة بشكل معقول ولم تعد تسهب في العبادات لدرجة الشعور بالتعب.

نلاحظ أن المفحوصة بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

- \_\_ لم تعد تقلق بشكل مفرط حول صحتها الجسدية أو تفكر في الأمراض.
- \_\_ توقفت عن إجراء الفحوصات الطبية المتكررة.
- \_\_ أصبحت أكثر قدرة على العيش في الحاضر والاستمتاع بوقتها مع العائلة.
- \_\_ تقبلت فكرة أن الأفكار لا تعني الحقائق، وبدأت تتعد عن التماهي مع "قصص العقل".
- \_\_ اعتبرت التغيرات الجسدية جزءاً طبيعياً من الحياة لا يستدعي الذعر.
- \_\_ استخدمت تقنية الاسترخاء يومياً، مما ساعدها على تخفيف أعراض القلق الجسدية (كالدوخة وضيق التنفس).
- \_\_ نجحت في تنفيذ التعرض ومنع الاستجابة، خاصة بمساعدة زوجها، مما مكنها من تقبل فكرة الموت بشكل تدريجي.
- \_\_ توقفت عن تكرار طقوس النظافة، واكتفت بالتنظيف اليومي المعتدل.
- \_\_ أصبحت ترى نفسها بشكل أكثر إيجابية، وتقبلت تصرفاتها مع حماها المتوفاة.
- \_\_ لم تعد تكرر الأذكار بشكل مفرط، بل باتت تكتفي بأورادها اليومية وصلاة معتدلة دون إجهاد.
- \_\_ تقبلت فكرة الموت باعتبارها جزءاً طبيعياً من الحياة، دون خوف مفرط أو وساوس.

### 3.8 عرض بيانات الحالة الثالثة:

#### \_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 2022-06-04

تاريخ نهاية المتابعة: 2022-08-23

تاريخ القياس التتبعي: 2023-01-31

الاسم: ب. د

العمر: 20 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: سنة ثانية ليسانس أدب عربي

المهنة: غير عاملة

#### \_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الأم والأب: جيدة

الأب: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: الأولى

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة

الاهتمامات والهوايات: الغناء والرقص، وقراءة الحكم، الاهتمام بالديكور.

#### \_بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس النظافة والأذية ووسواس الدين والجنس والمثلية والأخلاق

تاريخ بداية الاضطراب: منذ سنتين من تقدمها للعلاج

مسار الاضطراب: متزايد

وجود حالات مشابهة في العائلة: ابنة العم

اللجوء إلى متخصص سابقاً: أخصائية الإقامة الجامعية

هل تحسنت بعد المراجعة: لا

هل تأخذ أدوية: لا

أحداث سابقة لظهور الاضطراب: دخول المفحوصة في علاقتين عاطفيتين في آن واحد، إضافة الى انتشار جائحة كورونا.

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقبل من المقبول

بيانات حول فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

تتبع الأخبار اليومية لعدد الوفيات والإصابات اليومية

هل ازدادت الوسواس القهريه الأفعال القهريه بعد الجائحة: بشكل متوسط

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
أحياناً	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
نعم	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
لا	وضوح القيم والأهداف
لا	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
نعم	الاندماج مع محتوى الذات

### 1.3.8 عرض الحالة الثالثة:

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تشتكي من كونها تعاني وسواس مرتبطة بالطهارة وبفقدان القدرة على التحكم بالثانئة وطقوس قهريه مرتبطة بهذا الأمر، وقد تزامن ظهور هذه الأعراض لديها مع انتشار فيروس كورونا، وتم التأكد قبل بدأ العلاج من صحة مئانتها من خلال الطبيب وكانت سليمة تماماً، و تعتقد بأنها إذا جلست وهي مرتخية قد يتسرب البول وتنجس أي مكان تجلس عليه، حيث تعتقد أنها تؤذي عائلتها وصديقاتها بالإقامة الجامعية، وتقوم بشد مئانتها طوال اليوم خوفاً من أي تسربات لدرجة أنها فقدت الشعور المرتبط بامتلاء المثانة أو عدم امتلائها ولم تعد تعرف الفرق بين الشعور الطبيعي للحاجة إلى التبول أو عدم الحاجة، وهي دائماً تضطر لدخول الحمام والاعتسال مراراً وتكراراً مع تغيير ثيابها من أجل الصلاة، كما راودتها بعض الوسواس بشأن صيامها لرمضان ما جعلها تعيد صيامها لبعض الأيام التي شكت بأنها ربما بلعت بعض مياه الوضوء أثناء صيامها، صرحت المفحوصة أيضاً أنها غالباً ما تجلس وهي مشدودة الجسد خوفاً من الارتخاء وخروج أي نجاسة، وهي تعتقد بأن أي تسرب أو بلل قد يدل على تحرك شهوتها مما يفرض عليها غسل الجنابة مباشرة لذلك فهي تسعى للتحكم بإفرازاتها بأي شكل وتصف نفسها بأنها فتاة كسولة تعتمد أحياناً تجاهل هذه الإفرازات كي لا تغتسل ما يجعلها حسب تعبيرها فتاة سيئة تتقصد ما تقوم به عن سابق إصرار ووعي، كما تعاني المفحوصة من وسواس حول قدرتها على التحكم في رغبتها الجنسية بحيث تفكر أنها قد تغتصب جميع المقربين منها وفي أي لحظة وبالتالي فهي تشكل خطر عليهم

خاصةً اخوتها الصغار لأجل هذا امتنعت عن النوم بجانبهم أو ملامستهم بأي شكل، حيث قالت بأنها : ما عادت قادرة على النوم بجانب اخوتها الصغار خوفاً عليهم منها ومن نواياها كما تسعى لتجنب الاحتكاك معهم بأي طريقة، وترى أنها تشكل خطراً على الفتيات العذراوات بحيث تعتقد أنها بمجرد تحريكها لرجليها بشكل عفوي قد يؤدي ذلك لافتضاض غشاء البكارة لأي شابة غير متزوجة جالسة أمامها، ولدى المفحوصة شكوك حول ميولها الجنسية حيث تلح عليها فكرة أنها قد تكون مثلية جنسياً، حيث صرحت بأنها كثيراً ما تجد نفسها تفكر فيما إذا كانت لها ميول جنسية مغايرة وهذا يجعلها تشعر بتأنيب الضمير ويجعلها تبتعد عن صديقاتها والمقربين منها، وهي تقوم ببعض التجارب للتأكد من أنها لا تميل جنسياً نحو الاناث من خلال التقرب من أي فتاة لملاحظة التغييرات الجسدية التي تطرأ عليها هذا ما يسبب لها نوبات بكاء طويلة تؤرقها، وقد صرحت المفحوصة أنها تعتقد أن سبب مشكلتها الحالية قد يكون راجعاً للتحرش الذي تعرضت له وهي في عمر 12 سنة من قبل زوج خالتها، حيث كانت تقضي وقتاً طويلاً عند خالتها وكان زوج خالتها يحاول الاقتراب منها عدة مرات وهي نائمة، لكن لم يصل الأمر لأي علاقة كاملة حسب ما صرحت به بحيث كان يكتفي ببعض التحرشات و كانت تدعي النوم أثناء ذلك، وهي تلومه أحياناً في كونه كان سبباً في إصابتها بالوسواس القهري وأحياناً تعتبر نفسها المذنبه الوحيدة في القصة.

### 2.3.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_\_ وسواس مرتبطة بتسرب البول وفقدان السيطرة على المثانة، رغم تأكيد الفحوصات الطبية على سلامتها.
- \_\_ اعتقاد دائم بأنها تنجس أماكن الجلوس وتؤذي الآخرين بذلك.
- \_\_ شد دائم لعضلات الحوض والمثانة، مما أفقدها القدرة على التمييز بين امتلاء المثانة أو عدمه.
- \_\_ غسل ودخول متكرر للحمام، وتغيير متكرر للملابس، خاصة قبل أداء العبادات.
- \_\_ وسواس متعلقة بالصيام وبلع ماء الوضوء، مما جعلها تعيد صيام بعض الأيام.
- \_\_ خوف من الجنابة بسبب الإفرازات الطبيعية، وشعور بالذنب لأنها لا تغتسل دائماً، مما جعلها تصف نفسها بأنها "فتاة سيئة".
- \_\_ وسواس أذية جنسية للمقربين، خاصة الإخوة الصغار، أدت إلى تجنبهم والابتعاد عنهم.
- \_\_ وسواس حول فض غشاء البكارة للفتيات عند أي القيام بأي حركة برجليها بجانبهن.
- \_\_ شكوك قوية حول الميول الجنسية، وشعور بتأنيب الضمير ومحاولة التأكد من عدم ميلها للإناث عبر اختبارات جسدية.
- \_\_ نوبات بكاء متكررة وشعور بالذنب المرتبط بهذه الوسواس.
- \_\_ ذكرت المفحوصة تعرضها لتحرش جنسي في عمر 12 سنة من قبل زوج خالتها، وما زالت تعاني من اللوم الذاتي والخلط بين كونها ضحية أو مذنبه.

### 3.3.8 العراقيل التي واجهناها في الحصة:

ووجدت المفحوصة بعض الصعوبات في تطبيق تقنية فك الاندماج المعرفي وتقنيات التقبل ما جعلنا نعيد شرحهم عدة مرات.

### 4.3.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة الثالثة:

الجدول (12) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الثالثة:

الحالة 3	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	22	12	10
القياس البعدي	10	6	4
القياس التتبعي	13	8	5

تُظهر نتائج القياس الكمي للحالة الثالثة تحسناً دالاً في مستوى الأعراض، إذ سجلت الحالة في القياس القبلي درجة (22) على بعد الوسواس القهري الكلي، و(12) على بعد الأفكار الوسواسية، و(10) على بعد الأفعال القهرية، وقد تراجعت هذه الدرجات تراجعاً ملحوظاً في القياس البعدي لتبلغ (10) و(6) و(4) على التوالي، مما يعكس فاعلية التدخل العلاجي في تخفيف حدة الأعراض. وأكد القياس التتبعي استقرار هذا التحسن إذ سُجلت درجات (13) و(8) و(5)، وهو ما يُشير إلى ارتفاع طفيف عن القياس البعدي إلا أنه يبقى دون المستوى القبلي، مما يدل على الحفاظ على جزء معتبر من مكتسبات التدخل العلاجي.

### 5.3.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح صرحت المفحوصة بأنها تشعر بتحسن كبير من حيث الأفكار الوسواسية المرتبطة بأذية الآخرين جنسياً، حيث أصبحت أكثر تقبلاً لأفكارها وأقل تصديقاً لها، إذ لم تعد تندمج معرفياً مع قصص عقلها وأفكارها حول أذية الآخرين جنسياً أو اغتصابهم أو فض غشاء البكارة للفتيات أو كونها انسانية سيئة وخطيرة على غيرها، كما وعبرت أن تأثير هذه الأفكار قل بدرجة كبيرة مقارنةً بما كانت عليه قبل خضوعها للعلاج ما جعلها تستمتع بشكل أكبر بحياتها مع عائلتها وصديقاتها في الإقامة الجامعية، وقد ساعدتها تقنية فك الاندماج بشكل كبير في ذلك واليقظة الذهنية، كونها أصبحت توظفها كثيراً لعيش اللحظة والاستمتاع بيومها، كما ساعدها تحديد أهدافها وقيمها على العيش بشكل كانت لا طالما تسعى إليه، وقد أصبحت تلتزم بجدول أهدافها وتسعى لتحقيقها، وقالت بأنها لم تعد تقوم بشد مثانتها حيث عادت للجلوس بشكل عادي ومريح

لها جسدياً، واكتشفت بأن ذلك الشد كان بسبب مخاوفها وأنها لديها القدرة على التحكم بمثانتها بشكل لا إرادي دون تدخلها الإرادي والقسري الذي كانت تمارسه على نفسها، كما قالت بأنها ما عادت تقلق من افرازات جسدها وأصبحت أقل اهتماماً لها كونها افرازات عادية، وليس بالضرورة نجسة وتنجس الآخرين، وأصبحت تمارس العبادات وهي أكثر اطمأنناً رغم وجود افرازات جسدية، كما تأكدت من أن شكها في ميولها الجنسي لا يعتبر حقيقة نظراً لكونها تهتم للزواج وتعجب بالرجال بشكل عادي، وهي مهتمة للدخول بعلاقة جادة بما أنها تشعر بنوع من التحسن، وقد صرحت بأنها تأكدت من أن شكها ليس سوى خوف لا أساس له بما أنها لم تقم بأي فعل جنسي مثلي في حياتها وقل شعورها بالذنب كثيراً بعد قراءتها أكثر عن نوع الوسواس القهري الخاص بها، كما قلت نوبات البكاء بشكل ملحوظ، وما ساعدها أكثر هو دعم والدتها لها طوال فترة العلاج.

نلاحظ أن المفحوصة بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

\_\_ لديها تحسن كبير في أفكار الأذى الجنسي تجاه الآخرين، مع تقليل التماهي معها.

\_\_ فك الاندماج المعرفي ساعدها في تقليل تصديق الأفكار الوسواسية.

\_\_ اليقظة الذهنية ساعدها على التواجد في اللحظة وتقليل الاجترار العقلي.

\_\_ بدأت تعيش وفق قيم واضحة وتحدد أهدافاً شخصية وتلتزم بها.

\_\_ توقفت عن شد عضلات الحوض وعادت تجلس براحة دون خوف من التسربات.

\_\_ أصبحت تقبل الإفرازات الجسدية كشيء طبيعي لا يستدعي الطهارة دائماً.

\_\_ قلت شكوكها حول الميول الجنسية، خاصة بعد تأكدها من اهتمامها بالرجال والزواج.

\_\_ انخفضت نوبات البكاء بشكل ملحوظ، وشعرت بتحسن نفسي عام.

\_\_ كان دعم الأم النفسي عاملاً مهماً في تحسن حالتها.

## 4.8 عرض بيانات الحالة الرابعة:

### \_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 2023-01-05

تاريخ نهاية المتابعة: 2023-03-07

تاريخ القياس التتبعي: 2023-05-27

الاسم: أ. س

العمر: 39 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: متزوجة

عمر الزوج: 49 سنة

طبيعة العلاقة مع الزوج: جيدة

عدد الأولاد: 03

المستوى التعليمي: سنة رابعة متوسط

المهنة: غير عاملة

### \_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الأم والأب: جيدة

الأب: على قيد الحياة  
طبيعة العلاقة: سيئة

الأم: على قيد الحياة  
طبيعة العلاقة: جيدة

عدد الإخوة: 03

الترتيب في الأسرة: الأولى

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة ماعدا الأخ الأكبر

الاهتمامات والهوايات: الخياطة

### \_بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس الموت والمرض

تاريخ بداية الاضطراب: منذ 06 سنوات

مسار الاضطراب: متذبذب

وجود حالات مشابهة في العائلة: العمة

اللجوء إلى متخصص سابقاً: مختص في الطب النفسي ومختصة نفسية.

هل تأخذ أدوية نفسية: نعم

العلاج الدوائي: ديبيرتين، كلونا بريم، ايسيتول

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: نوبة هلع مفاجئة

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

بيانات حول فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

اصابة العائلة والمقربين

هل ازدادت الوسوس القهرية\الأفعال القهرية بعد الجائحة: قليلاً

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
لا	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
نعم	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
لا	وضوح القيم والأهداف
لا	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
نعم	الاندماج مع محتوى الذات

#### 1.4.8 عرض الحالة الرابعة:

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تشتكي معاناتها من وسوس مرتبطة بالمرض والموت، حيث تراودها أفكار بأنها قد تموت وهي عاصية لله، كما تراودها أفكار بأنها قد تكون مريضة بمرض خطير يؤدي بحياتها ما يجعلها تقوم بالعديد من السلوكيات القهرية مثل اجراء الفحوصات الطبية و زيارة العديد من الأطباء للتأكد من أنها بصحة جيدة، كما تقوم بقياس الضغط الدموي والسكري عدة مرات في اليوم للتأكد من عدم ارتفاعهما أو انخفاضهما عن المستوى الطبيعي، وتتجنب نزول وصعود الدرج كي لا تفقد التوازن و تسقط، حيث تعتقد حسب تصريحها أنها ستفقد توازنها في أي لحظة وتقع وتموت، وتجنب الاستحمام كي لا تنزلق في الحمام وتسقط وتموت حيث تدخل الحمام فقط لبضع دقائق ويتواجد زوجها أو ابنتها الكبرى في المنزل ولا تستحم اطلاقاً لوحدها لتجنب أي حوادث قد تقع لها، وتراقب جسدها وتلاحظه بدقة وهي تستحم حتى تقي نفسها من أي شيء قد يحصل لها، كما تجتنب القيام بأشغال المنزل حتى لا تتعب وتمرض وغالباً ما تشعر بالتناقل عن أدائها، وتقضي يومها في مراقبة جسدها وأي تغييرات قد تطرأ عليه بشكل مفاجئ، سواء قلبها ونبضاته، أو ألأم القولون والمعدة، وتستمر بتصفح الانترنت يومياً بحثاً عن الأمراض وأسباب الاصابة بها، كما تترقب أخبار الوفيات وتتقصى أسباب وفاة الأشخاص وأعمارهم وطريقة

الوفاة من خلال الفايبروبوك وقد بدأ تتبعها لهذه الأخبار منذ انتشار فيروس كورونا، وتزور المفحوصة جميع المرضى في عائلتها لمعرفة أسباب مرضهم حتى تقي نفسها من الإصابة بأي مرض محتمل أصيبوا به، وهي تقضي وقتها في تلاوة الأذكار وقيام الليل والاستغفار بشكل متكرر حتى يغفر لها الله، وتشعر بالندم كثيراً بعد كل ذنب تقترفه كالغيبية والنميمة، وقد عبرت عن رغبتها بإنجاب طفل آخر لكنها لا تستطيع بسبب خوفها من الموت أثناء الولادة أو إصابتها بمرض ما يؤدي بحياتها وحياة الجنين، ما جعلها تمتنع عن الإنجاب رغم رغبتها الشديدة ورغبة زوجها في طفل آخر، وقالت أن فكرة الخوف من الإنجاب باتت تؤرقها كثيراً وتعيق حياتها، ويجدر الإشارة لكون المفحوصة عانت سابقاً من اضطراب الهلع حيث تعالجت منه لمدة سنتين تقريباً على يد مختصة نفسية وطبيب نفسي وبعد تحسنها مباشرة تم تشخيصها بالوسواس القهري واضطراب هوس نتف الشعر، وقد صرحت أنها تعاني كثيراً بسبب عدم قدرتها على العيش بسلام حيث تشعر بالخوف والقلق طوال اليوم ما يؤدي بها لنتف شعر رأسها حيث تضررت مقدمة رأسها كثيراً إذ تقوم بين كل فترة وأخرى بنتفها، وتبكي كثيراً بعد كل مرة تنتف شعرها وتندم على ما فعلته وتخلت المفحوصة عن جميع مسؤولياتها حيث توقفت عن القيام بأشغال المنزل والاعتناء بأطفالها وزوجها، كما توقفت عن الاعتناء بشكلها ومظهرها الخارجي إذ تعتقد أنه لا جدوى من الاعتناء بنفسها وهي قد تموت في أي لحظة كما تعتقد أن الحياة لا تدوم وبالتالي ليس مهماً أن تعتني بنفسها، ولم تعد تذهب للمناسبات الاجتماعية وخاصة حفلات الزفاف حيث يخيفها أن تموت وهي عاصية لله، ويعود هذا حسب قولها لإصابتها بنوبة هلع في أحد المرات وهي في زفاف أحد قريباتها وقد شعرت أثناء النوبة باقتراب أجلها، وما جعلها تشعر بالذنب هو خوفها من أن تموت وهي على تلك الحالة متزينة وتسمع المعازف المحرمة، ومنذ ذلك الحين توقفت تماماً عن حضور أي مناسبة فيها معازف حسب قولها.

#### 2.4.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_\_ إجراء متكرر للفحوصات الطبية وزيارات مستمرة للأطباء للاطمئنان على الصحة.
- \_\_ مراقبة مستمرة للجسد: قياس ضغط الدم وسكر الدم عدة مرات يومياً.
- \_\_ تجنب صعود الدرج أو أي مجهود بدني خوفاً من السقوط والموت.
- \_\_ تجنب الاستحمام دون بوجود شخص في المنزل، خوفاً من الانزلاق والموت.
- \_\_ رهاب من دخول الحمام، مع مراقبة دقيقة للجسد أثناء الاستحمام.
- \_\_ تصفح يومي للإنترنت للبحث عن أعراض الأمراض وأسباب الوفاة.
- \_\_ متابعة يومية لصفحات الفايبروبوك لمتابعة وفيات المحيطين بها.
- \_\_ زيارات منتظمة للمرضى بدافع معرفة مسببات المرض والحماية منه.
- \_\_ التدين المفرط والتكفير الذاتي: تكرار الأذكار وقيام الليل يومياً.
- \_\_ توقف عن الإنجاب رغم الرغبة بذلك، خوفاً من الوفاة أثناء الولادة.
- \_\_ اضطراب نتف الشعر، نتف متكرر لمقدمة الرأس بسبب التوتر.

تراجع الأداء الاجتماعي: توقف عن حضور المناسبات خوفاً من الموت على معصية، خاصة بعد نوبة هلع أثناء حفل زفاف.

إهمال للذات: تخلت عن الاهتمام بشكلها وملابسها ومظهرها.

انسحاب اجتماعي وتخلي عن مسؤولياتها كأم وزوجة.

### 3.4.8 العراقيل التي واجهناها في الحصص:

وجدت المفحوصة بعض الصعوبات في تطبيق كافة التقنيات العلاجية مما اضطررنا لتكرار شرحها وإعادة تطبيقها.

### 4.4.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة الرابعة:

الجدول (13) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الرابعة:

الحالة 4	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	25	15	10
القياس البعدي	10	8	2
القياس التتبعي	3	3	0

تُبين نتائج القياس الكمي للحالة الرابعة تحسناً بارزاً ومتصاعداً عبر مراحل القياس، ففي القياس القبلي بلغت درجة الوسواس القهري الكلية (25) وسجل بعد الأفكار الوسواسية (15) وبعد الأفعال القهرية (10).

وفي القياس البعدي انخفضت هذه الدرجات بشكل لافت إلى (10) و(8) و(2) على التوالي، وفي القياس التتبعي واصل التحسن مساره التنازلي إذ وصلت الدرجات إلى (3) و(3) و(0) وهي نتيجة استثنائية تعكس تراجعاً شبه تام للأعراض، مما يدل على فاعلية عالية للتدخل العلاجي وقدرة الحالة على تعميم المكتسبات العلاجية والحفاظ عليها على المدى البعيد.

### 5.4.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح صرحت المفحوصة بأنها تشعر بأنها تخلصت من أفكار المرض والموت بشكل تام، حيث لم تعد تراودها بتاتاً أي فكرة مرتبطة بالموت والمرض، وقد توقفت عن مراقبة جسدها بشكل يومي وقراءة الأخبار بشأن الوفيات والأمراض وأعراضها، كما توقفت عن زيارة الأطباء بشكل دوري، وقد قالت بأنها لم تعد تراقب سكرها أو ضغطها أو نبضها، وعادت للقيام بأشغال منزلها والعناية بزوجها وأطفالها، وهي الآن تلتزم بشكل جدي بمختلف أهدافها وقيمها، وتقوم بقضاء مختلف حاجياتها دون قلق أو خوف كما لم تعد

تحاف صعود ونزول الدرج، وعادت للاستحمام بشكل طبيعي حيث باتت أكثر تقبلاً لأفكارها وأقل تصديقاً لها، حيث لم تعد ترى أن دخولها الحمام قد ينجم عليه سقوطها أو إصابتها، وعادت للاستحمام في حمام منزلها حتى وإن كانت بمفردها بالمنزل دون وجود زوجها أو أولادها، وقالت بأنها عادت للاعتناء بنفسها وبمظهرها الخارجي وتوقفت عن ننف شعر رأسها بحيث اختفى السلوك تلقائياً بعد تحسنها من الأفكار الوسواسية المرتبطة بالموت والمرض، وقد ساعدها الاسترخاء الذاتي بشكل كبير في تقليل القلق والتوتر النفسي الذي كانت تعيشه وهي تمارسه بشكل دوري وكلما استطاعت ذلك وتعوضه أحياناً بالتنفس العميق، و عادت لحضور المناسبات الاجتماعية لكونها مهمة بالنسبة لها، كما توقفت عن أداة طقوس الاستغفار بشكل متكرر حتى بعد شعورها بالخوف لاقترافها أي ذنب وهي تقوم بالعبادات الآن بشكل معقول، وبعد بضع أشهر من تلقيها للعلاج قررت إنجاب طفل آخر وتحقيق حلمها الذي لا طالما أرادتته ومواجهة خوفها.

نلاحظ أن المفحوصة بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

\_\_ لديها زوال شبه تام لأفكار المرض والموت.

\_\_ التوقف عن زيارة الأطباء ومراقبة الجسد.

\_\_ استعادة القدرة على الاستحمام وصعود الدرج دون قلق.

\_\_ العودة للحياة الطبيعية: العناية بالزوج والأبناء والمنزل.

\_\_ توقف تلقائي عن ننف الشعر نتيجة زوال المحفز الأساسي (القلق).

\_\_ العودة لحضور المناسبات الاجتماعية والتخلي عن الشعور بالذنب المبالغ فيه.

\_\_ ممارسة العبادات بشكل معتدل ومتزن.

\_\_ استخدام تقنيات الاسترخاء والتنفس العميق كأدوات للتهديئة النفسية.

\_\_ اتخاذ قرار حاسم بخصوص الإنجاب وتحقيق رغبتها في طفل رابع.

## 5.8 عرض بيانات الحالة الخامسة:

### \_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 2023-02-14

تاريخ نهاية المتابعة: 2023-05-25

تاريخ القياس التبعي: 2023-06-10

الاسم: ح. ب

العمر: 28 سنة

الجنس: ذكر

الحالة الاجتماعية: أعزب

المستوى التعليمي: سنة ثالثة ثانوي

المهنة: صناعة الأحذية

### \_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الأم والأب: جيدة

الأب: متوفي طبيعة العلاقة: كانت جيدة

الأم: على قيد الحياة طبيعة العلاقة: جيدة جدا

عدد الإخوة: 02

الترتيب في الأسرة: الأخير

طبيعة العلاقة مع الإخوة: جيدة جدا

الاهتمامات والهوايات: الرياضة

### \_بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس الموت والمرض

تاريخ بداية الاضطراب: منذ 07 سنوات

مسار الاضطراب: متزايد

وجود حالات مشابهة في العائلة: الأم

اللجوء إلى متخصص سابقا: لا

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: وفاة الأب إثر جائحة كورونا زاد من شدة الاضطراب

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: أقل من المقبول

### \_بيانات حول فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

تتبع الأخبار اليومية لعدد الوفيات والإصابات اليومية

الإصابة المباشرة

إصابة أحد المقربين والعائلة

الحجر

هل ازدادت الوسواس القهرية\الأفعال القهرية بعد الجائحة: قليلاً

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
نعم	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
أحياناً	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
لا	وضوح القيم والأهداف
أحياناً	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
أحياناً	الاندماج مع محتوى الذات

### 1.5.8 عرض الحالة الخامسة:

تقدم المفحوص للعلاج وهو يشتكي معاناته من وسواس وأفعال قهرية مرتبطة بالخوف من المرض والموت، وقد زادت هذه الأعراض بعد انتشار فيروس كورونا ووفاة والده على إثر إصابته بالفيروس، حيث بدأ بتتبع أخبار الوفيات بشكل يومي للقيام بكافة اجراءات الوقاية لمنع إصابته أو إصابة أحد أفراد عائلته مجدداً، ويقول أنه يعاني من أفكار وسواسية تتعلق بخوفه من الإصابة بمختلف الأمراض حيث يقضي يومه في البحث وتصفح مختلف المواقع للتعرف على الأمراض التي قد تصيبه كأمراض القلب والشرابين والتسمم الغذائي، كما يلاحظ مختلف الأعراض التي قد تظهر عليه من خلال مراقبة تنفسه أو تحسس نبضات قلبه والتغيرات التي تطرأ على جلده أو جسده، و يذهب لزيارة الأطباء بشكل دوري من أجل اكتشاف أي شيء في وقت مبكر، ورغم تأكده بأنه بصحة جيدة إلا أنه يخاف كثيراً أصابته بأي مرض ويعتقد أنه سيموت، ويتجنب زيارة المقابر والأشخاص المرضى كما يتجنب التفاعل والتواصل مع الآخرين إذ يقضي وقته بين العمل والمنزل، حيث يجلس نفسه طوال اليوم في غرفته، وقد صرح أن خوفه من الموت جعله يمتنع عن الخروج مع أصدقائه وجعله أيضاً يمتنع عن السفر لأماكن بعيدة تجنباً لحوادث المرور، كما يخاف أيضاً من حوادث العمل التي قد تقع له وحوادث الطريق أثناء سفره أو حوادث أخرى طبيعية كالزلازل مثلاً و قال أيضاً أنه يتجنب الأنفاق إذ يخيفه جداً المرور عبرها بسبب الكوارث المحتمل وقوعها بشكل مفاجئ، ورغم أنه لجأ لكافة أنواع العلاجات البديلة للتحسن من الوسواس القهري لكنه لم يجد أي نتيجة حسب قوله وهذا ما

دفعه لطلب العلاج النفسي، وقد أبدى عدم رغبته بأخذ العلاج الدوائي بسبب خوفه من الإدمان وقد رفضه بشكل قطعي، ويعاني من صعوبة في النوم بسبب بحثه المستمر عن معلومات ترتبط بالأمراض و أسباب وفاة الأشخاص حيث يتتبع أخبار الأشخاص المتوفيين ويسأل عن سبب الوفاة ووقت الوفاة، والطريقة التي توفى بها الشخص وحتى عمره، كما يسعى دوماً لقراءة القرآن ومختلف الأذكار حتى يغفر له الله ذنوبه التي اقترفها وهو صغير بالإضافة لأداء كافة صلواته في المسجد، ويشعر المفحوص بأنه شخص كثير الذنوب وقد صرح بأنه لا يستطيع أن يغفر لنفسه بسبب مشاعر الذنب التي تلازمه طوال الوقت وتؤرقه، بالإضافة لهذا اشتكى من كونه يشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية حيث يعتقد أن الآخرين يلاحظونه ويقيمونه ما يجعله يخشى التواجد وسط المجموعة، وقد عبر عن عدم قدرته رفض طلبات الآخرين حتى تلك التي لا يرغب بالقيام بها ، وهذا بدوره يشعره بالقلق والتوتر حيث يخاف أن يكون شخصاً سيئاً في حالة عدم مساعدته لغيره.

### 2.5.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_مراقبة مفرطة للجسد: رصد نبض القلب، التنفس، ملاحظة التغييرات الجسدية.
- \_فحوصات طبية متكررة دون وجود سبب طبي واضح.
- \_تصفح مهووس للمواقع الطبية بحثاً عن أمراض مثل أمراض القلب، التسمم.
- \_تقصي يومي لحالات الوفاة: العمر، السبب، الطريقة.
- \_عزلة اجتماعية: يتجنب التفاعل مع الآخرين، ينعزل في غرفته.
- \_تجنب السفر والمقابر والأنفاق خوفاً من الحوادث والموت المفاجئ.
- \_صعوبة في النوم بسبب الأفكار الوسواسية المستمرة.
- \_أداء ديني مفرط مصحوب بمشاعر ذنب وخوف من عدم المغفرة.
- \_ضعف في المهارات الاجتماعية: عدم القدرة على قول "لا"، قلق مفرط من تقييم الآخرين .

### 3.5.8 العراقيل التي واجهناها في الحصص:

- \_صعوبة الالتزام بالحصص بسبب ضغوط العمل الكثيرة لدى المفحوص.

### 4.5.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة الخامسة:

الجدول (14) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة الخامسة:

الحالة 5	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	33	20	13
القياس البعدي	6	6	0
القياس التبعي	6	6	0

تُشير نتائج القياس الكمي للحالة الخامسة إلى تحسن جوهري ولافت في مستوى الأعراض الوسواسية القهرية إذ جاءت درجات القياس القبلي مرتفعة نسبياً حيث بلغ الوسواس القهري الكلي (33) وسجل بعد الأفكار الوسواسية (20) وبعد الأفعال القهرية (13) وقد شهد القياس البعدي انخفاضاً حاداً وملحوظاً في جميع الأبعاد إذ بلغت الدرجات (6) و(6) و(0) على التوالي، مما يعكس استجابة علاجية قوية وسريعة.

وأكد القياس التبعي ثبات هذه النتائج إذ حافظت الدرجات على مستواها المنخفض ذاته (6) و(6) و(0) وهو ما يُجسد نجاحاً علاجياً واضحاً وقدرة الحالة على الاستدامة في الحفاظ على مكتسبات التدخل.

### 5.5.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح صرح المفحوص بتحسسه بشكل كبير خاصة من ناحية الأفكار الوسواسية المرتبطة بالإصابة بالأمراض والموت، حيث توقف تماماً عن البحث عن الأمراض والقراءة عنها مما أدى لتقليل السلوكات القهرية لدرجة لم تعد موجودة في يومه، كما توقف عن تقصي أخبار الوفيات وأسبابها، ولم يعد يراقب جسده كما كان سابقاً، كما لم يعد يراقب تنفسه إذا ما كان طبيعياً أم لا أو نبض قلبه، وقد قال بأن الاسترخاء النفسي ساعده كثيراً على الحد من القلق الذي كان يعاني منه طوال اليوم، كما ساعدته تقنيات اليقظة الذهنية و فك الاندماج عن الأفكار والمشاعر على العيش خارج عقله والاستمتاع بيومه بشكل أكبر بدل الغرق في أفكار الإصابة بالأمراض والموت، وقد قال أنه عاد للتواصل والتفاعل مع الآخرين كما عاد للخروج مع أصدقائه، وساعده التعرض للموقف الذي يخيفه على تجاوز جزء كبير من مخاوفه حيث بدأ بالسفر لأماكن قريبة من ولايته ثم انتقل تدريجياً لأماكن أبعد فأبعد، وقد قال أنه لم يعد يزور الأطباء كثيراً خاصة بعد تأكده من أن أعراضه ترتبط بوساوس المرض والموت ولا صلة لها بأمراض جسدية حقيقية، كما توقف عن تلقي العلاجات البديلة التي اعتبرها غير مفيدة ومجرد مضيق للوقت والمال، وأصبح ينام ويستيقظ بشكل جيد ويتجه لعمله مبكراً بعد تخلصه من مشكلة السهر، كما وبدأ المفحوص بتعريض نفسه للمواقف الاجتماعية التي كان يرى نفسه عاجزاً عن التعامل معها، وقد بدأ بالعمل على بعض تقنيات توكيد الذات، وهو الآن يستطيع رفض الأشياء التي لا تناسبه بقول كلمة لا مباشرة دون شعوره بالذنب، وأصبح يساعد الآخرين بشكل لا يؤدي فيه ذاته، وفي الأوقات التي يستطيع المساعدة.

نلاحظ أن المفحوص بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

لديه تحسن ملحوظ في الأفكار الوسواسية: توقف عن البحث عن الأمراض والوفيات.

- \_تراجع السلوكيات القهرية: لم يعد يراقب جسده أو يقوم بالفحوصات المتكررة.
- \_تحسن جودة النوم: أصبح ينام ويستيقظ بشكل طبيعي.
- \_تراجع المخاوف المرتبطة بالموت والسفر: بدأ السفر تدريجياً وتجاوز تجنبه للأفناق.
- \_تحسن في التفاعل الاجتماعي: عاد للتواصل مع الأصدقاء والخروج.
- \_استخدام فعال لتقنيات العلاج: تقنيات اليقظة الذهنية وفك الاندماج المعرفي ساعدته على العيش خارج ذهنه.
- \_تقنية الاسترخاء خففت من التوتر والقلق.
- \_بدأ بتطبيق مهارات تأكيد الذات ورفض الطلبات التي لا يرغب بالقيام بها دون شعوره بالذنب .

## 6.8 عرض بيانات الحالة السادسة:

### \_البيانات الشخصية:

تاريخ بداية المتابعة: 16-05-2023

تاريخ نهاية المتابعة: 28-09-2023

تاريخ القياس التبعي: 12-10-2023

الاسم: ف. ب

العمر: 27 سنة

الجنس: أنثى

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى التعليمي: سنة ثالثة ثانوي

المهنة: غير عاملة

### \_البيانات الأسرية:

العلاقة بين الأم والأب: جيدة

الأب: متوفي طبيعة العلاقة: كانت جيدة

الأم: متوفية طبيعة العلاقة: كنت متوسطة

عدد الإخوة: 08

الترتيب في الأسرة: الأخيرة

طبيعة العلاقة مع الإخوة: سيئة

الاهتمامات والهوايات: الخياطة، صناعة الحلويات

بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري: وسواس النظافة

تاريخ بداية الاضطراب: منذ 13 سنة

مسار الاضطراب: متذبذب

وجود حالات مشابهة في العائلة: الأخوال

اللجوء إلى متخصص سابقاً: مختصة نفسية وطبيب نفسي

هل تحسنت بعد المراجعة: قليلاً

هل تأخذ أدوية نفسية: قبل سنتين نعم، حالياً لا

العلاج الدوائي: ديبيريتين

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب: وفاة الأم

الأداء المهني والاجتماعي الحالي: مقبول

بيانات حول فيروس كورونا:

تأثرت بالحجر الصحي والجائحة: نعم

من خلال:

إصابة أحد المقربين والعائلة

هل ازدادت الوسواس القهرية\الأفعال القهرية بعد الجائحة: قليلاً

بيانات لتقييم التصلب النفسي:

الإجابة	المعيار
نعم	تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة
نعم	الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات
نعم	الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر
نعم	وضوح القيم والأهداف
نعم	الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية
نعم	الاندماج مع محتوى الذات

### 1.6.8 عرض الحالة السادسة:

تقدمت المفحوصة للعلاج وهي تشتكي معاناتها من وساوس وسلوكيات قهرية مرتبطة بالنظافة، حيث تقضي وقتاً طويلاً في الاستحمام لأنها تشك أن الماء المنساب على أرضية الحمام قد لامسها دون أن تنتبه لذلك ما يجعلها تكرر الاغتسال عدة مرات، كما تقوم بتكرار غسل الاستنجاء عن طريق العد حتى الرقم ستة، و تقضي وقتاً طويلاً في تنظيف أرضية الحمام و الأواني والمطبخ، وترتيب أثاث البيت بشكل مثالي حسب تصريحها، وقد عبرت عن عدم قدرتها على مجازات سلوكياتها القهرية بسبب الانهك الجسدي والنفسي الذي تشعر به مؤخراً، حيث تقضي ساعات طويلة في القيام بطقوس النظافة وهذا بدوره جعل اخوتها ينزعجون منها وجعلها تدخل معهم في صراعات كبيرة وصلت لرفضهم تواجدها في منازلهم، حيث أصبحت مضطرة للعيش عند اخوتها المتزوجين بعد وفاة والدها وقد قالت أنها تقضي كل بضعة أيام عند أحد إخوتها، وبسبب إصابتها بالوسواس القهري وجدت رفضاً منهم حيث اعتبروها تسبب لهم المشاكل وتبذر المياه بشكل كبير، هذا ما أشعرها بالوحدة والخوف بسبب عدم وجود دعم أو سند لها، وتعاني أيضاً من عدم قدرتها على التحكم برغبتها في الترتيب حيث تعيد ترتيب المنزل بشكل دائم وترفض أي فوضى حولها و هي تعطي الأولوية للتنظيف والترتيب ولو على حساب راحتها وأحياناً تتخلى عن الطعام حتى لا تضطر للترتيب والتنظيف بعد تحضيره، كما تقوم بتكرار مرات الوضوء و ركعات الصلاة بسبب شكها في نسيان العدد المطلوب، وقد أصبح أداء الصلاة والوضوء والاعتسال أمراً شاقاً ومؤملاً بعدما كان شيئاً مريحاً بالنسبة لها وعبرت بالإضافة لهذا أنها تجد صعوبة كبيرة في الدخول في النوم بسبب فرط التفكير.

### 2.6.8 أبرز الأعراض السريرية:

- \_ الاستحمام المتكرر: قضاء وقت طويل في الحمام، تكرار الغسل بسبب شكوك متعلقة بالنجاسة.
- \_ طقوس دينية قهرية: تكرار الاستنجاء، الوضوء، والغسل، مع العد والتكرار بسبب الشكوك.
- \_ تنظيف مفرط للمحيط: تنظيف الحمام، المطبخ، وترتيب البيت بشكل هوسي ومثالي.
- \_ صراعات أسرية: نتيجة السلوكيات القهرية، واجهت رفضاً من إخوتها بعد وفاة والدها، ما زاد من مشاعر الوحدة.
- \_ اضطراب في الأولويات اليومية: ترفض الأكل أو الراحة قبل إنهاء التنظيف، مما أدى إلى إنهك نفسي وجسدي.
- \_ ضعف في التكيف الديني: باتت ترى الصلاة والوضوء مصدرراً للمعاناة بدلاً من الطمأنينة.
- \_ مشاكل في النوم.

### 3.6.8 العراقيل التي واجهناها في الحصص:

\_ وجدت المفحوصة بعض الصعوبات في الالتزام بالجلسات بسبب مشاكل مع اخوتها الذين رفضوا العلاج، كما وجدت صعوبة في تطبيق بعض التقنيات العلاجية.

#### 4.6.8 القياسات الكمية للأعراض للحالة السادسة:

الجدول (15) يمثل جدول القياسات الكمية للأعراض للحالة السادسة:

الحالة 6	الوسواس القهري	بعد الأفكار الوسواسية	بعد الأفعال القهرية
القياس القبلي	24	12	12
القياس البعدي	12	5	7
القياس التبعي	3	3	0

تكشف نتائج القياس الكمي للحالة السادسة عن تحسن تدريجي ومستمر عبر مراحل القياس الثلاث، فقد سجلت الحالة في القياس القبلي درجة (24) على بعد الوسواس القهري الكلي، و(12) على بعد الأفكار الوسواسية، و(12) على بعد الأفعال القهرية.

وفي القياس البعدي انخفضت هذه الدرجات إلى (12) و(5) و(7) على التوالي، مما يعكس تأثيراً إيجابياً للتدخل العلاجي، وفي القياس التبعي واصل التحسن مساره إذ بلغت الدرجات (3) و(3) و(0) وهو ما يدل على استمرار تراجع الأعراض وثباته بعد انتهاء التدخل، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المطبق وقدرته على إحداث تغيير حقيقي ومستدام.

#### 5.6.8 تحليل محتوى المقابلة البعدي:

بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح صرحت المفحوصة بأنها توقفت عن القيام بالسلوكيات القهرية المرتبطة بتكرار الاستحمام والاستنجااء بشكل تام، حيث توقفت عن العد لمرات الاستنجااء وأصبحت تكتفي بالغسل مرة واحدة، كما توقفت عن إيلاء الاهتمام للماء المناسب على أرضية الحمام ولم تعد تكرر تنظيف جسدها حتى وإن لامستها مياه أرضية الحمام، وقد قالت بأنها لم تعد تقضي وقتاً طويلاً في تنظيف المنزل وترتيبه أو في تنظيف الحمام أو المطبخ، بحيث أصبحت تكتفي بالتنظيف مرة واحدة فقط دون تكرار أي شيء، كما لم تعد تكرر الوضوء أو الصلاة حتى بعد شعورها بأنها قد تكون أخطأت أو قصرت، و أصبحت أكثر تقبلاً للوساوس والشكوك التي تراودها دون التصرف بناء عليها، ولم تعد تندمج معها معرفياً أو شعورياً، وهي الآن تستهلك المياه بشكل أقل وتكتفي باستخدام الكمية التي تحتاجها لأداء المهمة، وقالت بأنها لم تعد تؤجل نومها لما بعد التنظيف والترتيب، وباتت ترتاح جسدياً ثم تنظف البيت بعد انتهاء فترة راحتها، كما أنها لم تعد تتخلى عن وجباتها الرئيسية تجنباً

للتنظيف فيما بعد حيث تتناول وجبتها بشكل عادي وتقوم بالتنظيف بعدها، وقد عبرت عن كونها الآن أقل قلقاً خاصةً بعد تطبيق الاسترخاء النفسي قبل النوم بشكل دائم، كما عادت للنوم بشكل طبيعي ولم تعد تجد صعوبة في الدخول فيه.

نلاحظ أن المفحوصة بعد انتهاء البرنامج العلاجي:

\_\_ لديها تحسن في السلوكيات القهرية: توقفت عن تكرار الاستنجاء، الوضوء والغسل.

\_\_ تنظيم أفضل لوقتها: لم تعد تؤجل الأكل أو الراحة بسبب وسوس النظافة.

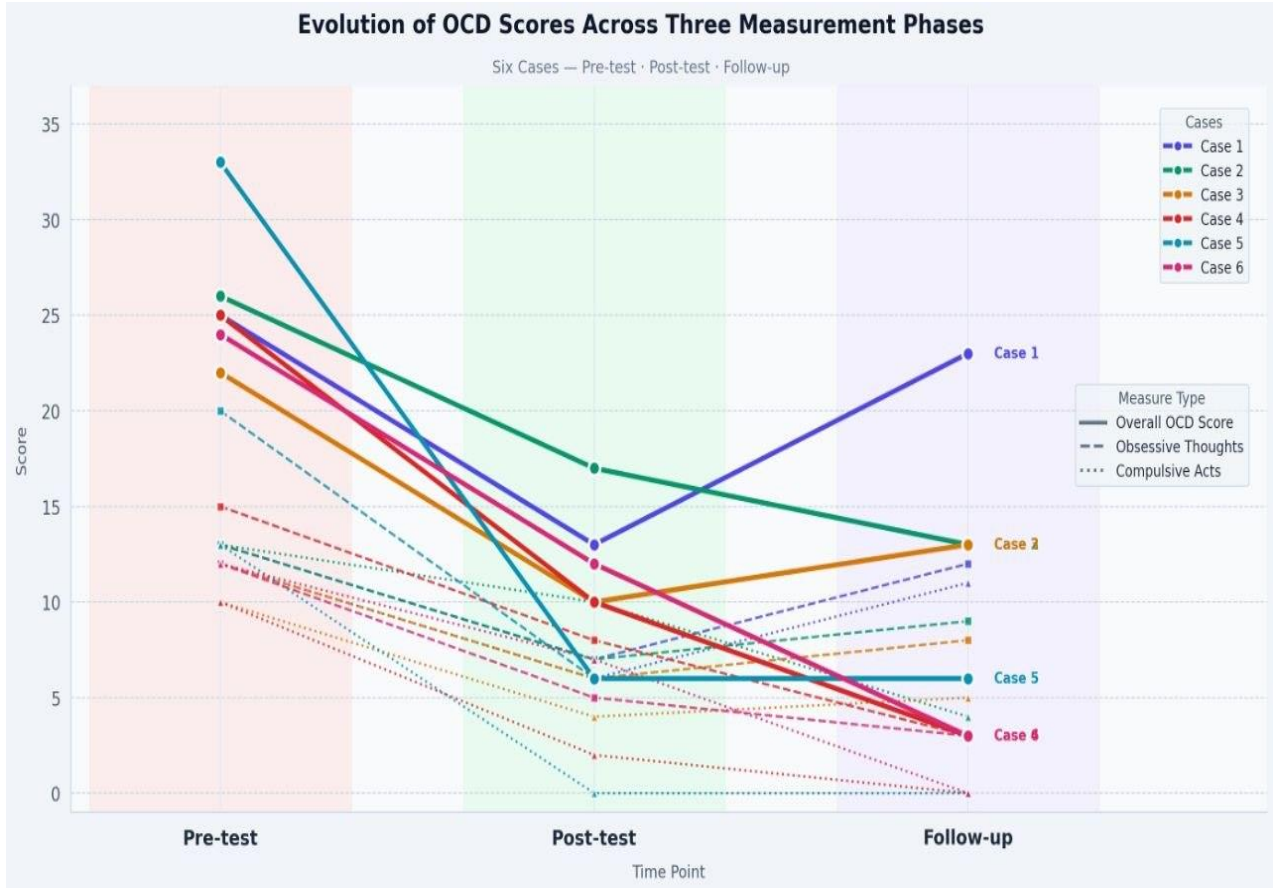
\_\_ تحسن في استخدام المياه: باتت تستخدم الماء بالقدر المطلوب دون إسراف أو تكرار.

\_\_ تقبل أكبر للأخطاء: أصبحت أقل اندماجاً مع أفكار الخطأ أو النجاسة، وتقبلت احتمال الوقوع في الخطأ دون رد فعل قهري.

\_\_ تحسن في النوم والقلق: أصبحت تستخدم تقنيات الاسترخاء قبل النوم مما حسن من نومها وقلل من توترها.

\_\_ انخفاض في مشاعر الذنب: خاصة بعد تقليل الأفعال الدينية القهرية التي كانت تؤذيها تحت ضغط الشكوك.

الشكل (3) منحني بياني يوضح درجات الوسواس القهري والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية في القياس القبلي/البعدي/التبعية لدى الحالات الستة:



يُجسد المنحنى البياني أعلاه التغيرات الحاصلة في درجات مقياس الوسواس القهري بأبعاده الثلاثة (الدرجة الكلية، وبعد الأفكار الوسواسية، وبعد الأفعال القهرية) لدى الحالات الست عبر مراحل القياس القبلي والبعدي والتبعية.

يتضح من قراءة المنحنى أن جميع الحالات الست سجلت درجات مرتفعة في القياس القبلي، تراوحت بين (22) و(33) على بعد الوسواس القهري الكلي، وكانت الحالة الخامسة الأعلى درجةً بين جميع الحالات إذ بلغت درجتها الكلية (33) في حين جاءت الحالة الثالثة الأدنى بدرجة (22).

وبعد تطبيق التدخل العلاجي، يُلاحظ انحدار واضح وملحوس في منحنيات جميع الحالات باتجاه القياس البعدي، مما يعكس استجابة إيجابية موحدة للبرنامج العلاجي المطبق.

وعلى صعيد القياس التتبعي، تتباين الحالات في مساراتها؛ إذ واصلت الحالتان الرابعة والخامسة انخفاضهما نحو الصفر أو قريباً منه مما يدل على تحسن استثنائي مستدام، في حين أظهرت الحالة الأولى ارتفاعاً ملحوظاً في القياس التتبعي مقارنةً بالقياس البعدي، وهو ما يُلفت الانتباه ويستدعي تفسيراً، إذ قد يُشير إلى صعوبة الحالة في الحفاظ على المكتسبات العلاجية بشكل مستقل بعد انتهاء التدخل، أما الحالات الثانية والثالثة والسادسة فقد سجلت درجات تتبعية تقع بين القياسين القبلي والبعدي، مما يعكس تحسناً نسبياً مستمرًا مع بعض التفاوت في الاستدامة.

وعلى المستوى الكلي، يُبين المنحنى البياني بجملاء الفاعلية العامة للتدخل العلاجي في خفض أعراض الوسواس القهري لدى غالبية الحالات، كما يكشف عن الأهمية البالغة لمرحلة المتابعة في تقييم مدى رسوخ التغيير العلاجي واستدامته مؤكداً في الوقت ذاته التباين الفردي في الاستجابة للعلاج والمحافظة على مكتسباته.

## 9. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية باستخدام برنامج SPSS (برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) وتمثلت هذه الأساليب فيما يلي:

– **معامل ارتباط بيرسون (Pearson):** للتحقق من صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس ييل براون للوسواس القهري.

– **معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha):** للتحقق من الثبات الكلي للمقياس، والتأكد من مدى صلاحية أداة الدراسة للتطبيق.

– **اختبار كولموغوروف-سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) واختبار شايبرو-ويلك (Shapiro-Wilk):** للتأكد من اعتدالية توزيع البيانات وتجانسها، بهدف تحديد إمكانية استخدام الاختبارات البارامترية أو اللابارامترية.

– **اختبار (T-test) للمجموعات المترابطة:** وهو اختبار بارامتري لحساب الفروق بين المتوسطات في مجموعات مترابطة مثل: القياس القبلي والبعدي / القياس البعدي والتتبعي / القياس القبلي والتتبعي.

وقد أُدرجت الجداول التفصيلية الخاصة بالتحليلات الإحصائية (جداول الاحصاءات الوصفية، معاملات الارتباط والثبات واختبارات الاعتدالية، واختبارات T-test ضمن الملاحق) لتوضيح القيم الإحصائية بالتفصيل.

– **معامل كوهين (Cohen's d):** لقياس حجم الأثر أو الدلالة العملية للبرنامج العلاجي المقترح في المجموعات المترابطة (القبلي/البعدي) وقد تم حسابه يدوياً دون إدراج الجداول التفصيلية في الملاحق.

-مؤشر التغيير الموثوق (Reliable Change Index – RCI): لقياس الدلالة الإكلينيكية، وهو مؤشر يوضح مدى موثوقية التغير الفردي بين القياسين القبلي والبعدي، لتحديد ما إذا كان التغير حقيقياً أو ضمن حدود الخطأ، وقد تم حسابه يدوياً كذلك دون إدراج الجداول التفصيلية في الملاحق.

-وقد مكنت هذه الأساليب الباحثة من اختبار فرضيات الدراسة بدقة، وتقدير فعالية البرنامج العلاجي المقترح من الناحيتين الإحصائية والإكلينيكية، مما أتاح فهماً أكثر شمولية لمدى تأثير العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري.

### خلاصة

تناول هذا الفصل الجانب التطبيقي من الدراسة، إذ تم استعراض الإجراءات المنهجية والإجرائية المتبعة للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح، وشملت المنهج المتبع، خصائص العينة، الأدوات المستخدمة وخطوات تطبيق البرنامج، فضلاً عن عرض الحالات وتحليلها إكلينيكياً والأساليب الإحصائية المستخدمة.

## الفصل السادس

## الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

\_تمهيد

\_ اختبار اعتدالية توزيع البيانات لمتغيرات الدراسة

\_ الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة

\_ اختبار الفروق بين المتوسطات (t test) لمتغيرات الدراسة

\_ حساب حجم الأثر (Cohen's d) لمتغيرات الدراسة

\_ حساب مؤشر التغير الموثوق (RCI)

\_ ملخص النتائج

\_ استنتاج عام

\_ خاتمة

\_ توصيات

## تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح لخفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا، وذلك بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات وأهداف الدراسة.

كما يتناول الفصل اختبار فرضيات الدراسة، وتحليل الفروق بين القياسات القبليّة والبعدية والتتبعية، مع تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة، وصولاً إلى استخلاص أهم الاستنتاجات التي تدعم فعالية البرنامج العلاجي المقترح.

## حساب الدلالة الإحصائية (Statistical significance)

### عرض نتائج الفرضيات:

بعد جمع بيانات الدراسة من خلال تطبيق الاختبارات والأدوات، ستتطرق الباحثة إلى عرض قراءة وصفية للنتائج حسب المتغيرات المتعامل معها، يليها عرض لنتائج الفرضيات وتفسيرها انطلاقاً من الأدب النظري والدراسات السابقة، لتختتم باستنتاج عام لأهم النتائج المتوصل إليها.

### 1. اختبار اعتدالية البيانات لمتغيرات الدراسة

بعد تطبيق الأدوات وجمع البيانات تمت عملية فرز المعطيات وتجميعها في جداول إحصائية، لتحليلها بالأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS23) وذلك انطلاقاً من التأكد من طبيعة توزيع البيانات، لتحديد الأسلوب الإحصائي الأنسب للتعامل مع هذه البيانات في تحليل النتائج: (بارامترية/ لا بارامترية) بتطبيق اختباري Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-Wilk، وتمثلت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

\_الجدول (16) تحديد اعتدالية توزيع بيانات الدراسة:

الدلالة الإحصائية	Shapiro-Wilk	الدلالة الإحصائية	Kolmogorov-Smirnov	المتغيرات		
0.093	0.823	0.062	0.316	الوسواس القهري		القياس
0.028	0.765	0.063	0.315	الأفكار الوسواسية	أبعاد مقياس الوسواس القهري	القبلي
0.093	0.823	0.200	0.263	الأفعال القهرية		
0.908	0.972	0.200	0.192	الوسواس القهري		القياس
0.820	0.960	0.200	0.183	الأفكار الوسواسية	أبعاد مقياس الوسواس القهري	البعدي
0.988	0.990	0.200	0.127	الأفعال القهرية		
0.276	0.881	0.200	0.204	الوسواس القهري		القياس
0.847	0.964	0.200	0.167	الأفكار الوسواسية	أبعاد مقياس الوسواس القهري	اللتبعي
0.084	0.818	0.165	0.277	الأفعال القهرية		

يتضح من خلال كل من اختبائي Shapiro-Wilk و Kolmogorov-Smirnov، الخاصين باختبار اعتدالية توزيع البيانات، أن بيانات متغير الدراسة وبعديه: (الوسواس القهري، بعد الأفكار الوسواسية، وبعد الأفعال القهرية) تتوزع توزيعاً طبيعياً، حيث جاءت قيم المتغيرات الثلاثة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.01$ ) وهو ما يتيح تطبيق الأساليب الإحصائية البارامترية في التعامل إحصائياً مع البيانات لاختبار الفرضيات.

## 2. الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة

الجدول (17) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الوسواس القهري في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، التبعي):

نوع القياس	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	التباين	أدنى درجة	أعلى درجة	المدى
القبلي	25.83	25	3.76	14.17	22	33	11
البعدي	11.33	11	3.67	13.47	6	17	11
التبعي	10.17	9.50	7,76	60.17	3	23	20

يتضح من الجدول أن المتوسطات الحسابية لأفراد العينة في مقياس الوسواس القهري قد انخفضت في القياسين البعدي والتبعي مقارنة بالقياس القبلي، مما يشير مبدئياً إلى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى أفراد العينة.

الجدول (18) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار الوسواسية في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي، التبعي):

نوع القياس	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	التباين	أدنى درجة	أعلى درجة	المدى
القبلي	14.17	13	3.6	9.37	12	20	8
البعدي	6.5	6.5	1.5	1.10	5	8	3
التبعي	6.67	7	3.78	14.27	2	12	10

يتضح من الجدول أن المتوسطات الحسابية لأفراد العينة في بعد الأفكار الوسواسية قد انخفض في القياسين البعدي والتبعي مقارنة بالقياس القبلي، مما يشير مبدئياً إلى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض الأفكار الوسواسية لدى أفراد العينة.

\_الجدول (19) يمثل جدول الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفعال القهرية في القياسات الثلاثة (القبلي، البعدي التتبعي):

نوع القياس	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	التباين	أدنى درجة	أعلى درجة	المدى
القبلي	11.67	12	1.37	1.87	10	13	3
البعدي	4.83	5	3.60	12.97	0	10	10
التتبعي	3.33	2	4.37	19.7	0	11	11

يتضح من الجدول أن المتوسطات الحسابية لأفراد العينة في بعد الأفعال القهرية قد انخفض في القياسين البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي، مما يشير مبدئياً إلى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض الأفعال القهرية لدى أفراد العينة.

### 3. اختبار الفروق بين المتوسطات بواسطة (t test) لمتغيرات الدراسة

\_عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

\_الجدول رقم (20) اختبار (T. Test) لدلالة الفروق في الوسواس القهري تبعاً للقياس (قبلي / بعدي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الوسواس القهري	قبلي	6	25,833	14,500	5.540	0.003
	بعدي		11,333			

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة على مقياس الوسواس القهري في القياس القبلي (25,833) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (11,333) والمقدرة بـ: (14,500) هي فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (5,540) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد انخفض الوسواس القهري لديهم بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وعليه نقبل الفرضية الأولى للدراسة.

#### ـ عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

والتي مفادها: لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

#### ـ الجدول رقم (21) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الوسواس القهري تبعاً للقياس (بعدي/ تتبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الوسواس القهري	بعدي	6	11,333	1,166	0.407	0,701
	تتبعي		10,166			

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة على مقياس الوسواس القهري في القياس البعدي (11,333) ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (10,166) والمقدر بـ: (1,166) ليست فروق جوهرية، إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (0.407) وهي قيمة غير دالة إحصائياً ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد حافظوا على التحسن في درجة الوسواس القهري لديهم بعد مدة من تطبيق البرنامج، وعليه نقبل الفرضية الثانية للدراسة.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على مقياس الوسواس القهري، بين القياس القبلي والقياس التتبعي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

### الجدول رقم (22) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الوسواس القهري تبعاً للقياس (قبلي / تتبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الوسواس القهري	قبلي	6	25,833	15,666	4,113	0.009
	تتبعي		10,166			

يتضح من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة على مقياس الوسواس القهري في القياس القبلي (25,833) ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (10,166) والمقدر بـ: (15,666) هي فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (4,113) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد انخفض الوسواس القهري لديهم بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وعليه نقبل الفرضية الثالثة للدراسة.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (23) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في أعراض الأفكار الوسواسية تبعاً للقياس (قبلي / بعدي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفكار الوسواسية	قبلي	6	14,166	7,666	5,979	0.002
	بعدي		6,500			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في الأفكار الوسواسية في القياس القبلي (14,166) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (6,500) والمقدر بـ: (7,666) هي فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (5,979) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد انخفضت الأفكار الوسواسية لديهم بعد تطبيق البرنامج وعليه نقبل الفرضية الرابعة للدراسة.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

والتي مفادها لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (24) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفكار الوسواسية تبعاً للقياس (بعدي / تتبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفكار الوسواسية	بعدي	6	6,500	-0,166	-0,107	0.919
	تتبعي		6,666			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة على بعد الأفكار الوسواسية في القياس البعدي (6,500) ومتوسط درجاتهم في القياس التبعي (6,666) والمقدر ب: (-0,166) ليست فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) ب: (-0,107) وهي قيمة غير دالة إحصائياً ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد حافظوا على التحسن في درجة الأفكار الوسواسية لديهم بعد مدة من تطبيق البرنامج وعليه نقبل الفرضية الخامسة للدراسة.

#### عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفكار الوسواسية، بين القياس القبلي والقياس التبعي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

#### الجدول رقم (25) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفكار الوسواسية تبعاً للقياس (قبلي/تبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفكار الوسواسية	قبلي	6	14,166	7,500	3,453	0.018
	تبعي		6,666			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في الأفكار الوسواسية في القياس القبلي (14,166) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (6,666) والمقدر ب: (7,500) هي فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) ب: (3,453) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد حافظوا على التحسن في درجات الأفكار الوسواسية لديهم بعد مدة من تطبيق البرنامج، وعليه نقبل الفرضية السادسة للدراسة.

## عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

## الجدول رقم (26) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعاً للقياس (قبلي/بعدي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفعال القهرية	قبلي	6	11,666	6,833	4,880	0.005
	بعدي		4,833			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في الأفعال القهرية في القياس القبلي بـ(11,666) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (4,833) والمقدر بـ: (6,833) هي فروق جوهرية، إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (4,880) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد انخفضت الأفعال القهرية لديهم بعد تطبيق البرنامج، وعليه نقبل الفرضية السابعة للدراسة.

## عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

والتي مفادها: لا توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس البعدي والقياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (27) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعاً للقياس (بعدي/ تتبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفعال القهرية	بعدي	6	4,833	1,500	0,815	0.452
	تبعي		3,333			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة على بعد الأفعال القهرية في القياس البعدي (4,833) ومتوسط درجاتهم في القياس التبعي (3,333) والمقدر بـ: (1,500) ليست فروق جوهرية إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (0,815) وهي قيمة غير دالة إحصائياً ودرجة حرية (df=5) أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد حافظوا على التحسن في درجة الأفعال القهرية لديهم بعد مدة من تطبيق البرنامج، وعليه نقبل الفرضية الثامنة للدراسة.

عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

والتي مفادها: توجد فروق في متوسط درجات أفراد العينة، على بعد الأفعال القهرية، بين القياس القبلي والقياس التبعي لصالح القياس القبلي.

وقد تمت معالجة هذه الفرضية إحصائياً عن طريق اختبار (T. Test) لدلالة الفرق بين متوسطي مجموعتين مترابطتين والنتائج موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (28) اختبار (T. Test) لدلالة الفرق في الأفعال القهرية تبعاً للقياس (قبلي/ تتبعي):

المتغير	القياس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الفرق	قيمة اختبار t	الدلالة
الأفعال القهرية	قبلي	6	11,666	8,333	4,490	0.006
	تبعي		3,333			

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن الفروق في متوسط درجات أفراد المجموعة في الأفعال القهرية في القياس القبلي (11,666) ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (3,333) والمقدر بـ: (8,333) هي فروق جوهرية، إذ قدرت قيمة اختبار (T test) بـ: (4,490) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ ) ودرجة حرية ( $df=5$ )، أي أنه يمكن القول إن أفراد المجموعة قد حافظوا على التحسن في درجات الأفعال القهرية لديهم بعد مدة من تطبيق البرنامج، وعليه نقبل الفرضية التاسعة للدراسة.

#### حساب الدلالة العملية (Practical significance)

#### 4. حساب حجم الأثر (Cohen's d) لمتغيرات الدراسة

يمثل حجم الأثر في البحوث النفسية أسلوباً يتم التحديد بواسطته مدى فعالية البرنامج العلاجي وهو خطوة مكتملة لاختبار الدلالة الإحصائية ويوضح مدى قوة الفارق بين المجموعات وهو يبين مدى أهمية هذا الفرق من الناحية العملية، ومن خلال حجم تأثير البرنامج العلاجي يمكن الحكم على فعالية البرنامج العلاجي فإن كان حجم الأثر كبيراً فإن البرنامج كان فعالاً بشكل كبير وإن كان حجم الأثر متوسط فالبرنامج فعال بشكل متوسط وإن كان حجم الأثر ضعيفاً فإن البرنامج كان فعالاً بدرجة ضعيفة.

لحساب حجم أثر البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية قامت الباحثة باستخدام معامل كوهين للعينات المترابطة والذي يرمز له بـ (D)

\_الجدول (29) يوضح كيفية تفسير قيمة كوهين:

0.8 فما فوق	0.5	0.2	قيمة (D)
تأثير كبير	تأثير متوسط	تأثير صغير	حجم التأثير

\_حساب قيمة كوهين (D) لمعرفة أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الوسواس القهري:

$$D = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sigma} = \frac{25.83 - 11.33}{6.41} = 2.26$$

نلاحظ أن قيمة  $(D)=2.26$  أي أكبر من 0.8 مما يدل أن البرنامج العلاجي كان له تأثير كبير.

حساب قيمة كوهين (D) لمعرفة أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الأفكار الوسواسية:

$$D = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sigma} = \frac{14.16 - 6.50}{3.14} = 2.43$$

نلاحظ أن قيمة (D)=2.43 أي أكبر من 0.8 مما يدل أن البرنامج العلاجي كان له تأثير كبير.

حساب قيمة كوهين (D) لمعرفة أثر البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الأفعال القهرية:

$$D = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sigma} = \frac{11.66 - 4.83}{3.43} = 1.99$$

نلاحظ أن قيمة (D)=1.99 أي أكبر من 0.8 مما يدل أن البرنامج العلاجي كان له تأثير كبير.

### حساب الدلالة الإكلينيكية (Clinical significance)

#### 5. مؤشر التغير الموثوق

تشير الدلالة الإكلينيكية إلى مدى فعالية البرنامج العلاجي في إحداث تغيرات ذات معنى من الناحية النفسية والصحية على المستوى الفردي، وليس فقط من الناحية الإحصائية.

ومن أبرز الطرائق المعتمدة لقياسها مؤشر التغير الموثوق (Reliable Change Index - RCI) الذي طوره (Jacobson & Truax) سنة 1991، والذي يهدف إلى تحديد ما إذا كان التغير الحاصل بعد العلاج يفوق ما يمكن أن يُعزى إلى الخطأ العشوائي في القياس ومن أجل اعتبار أن التغيير دال احصائياً فإنه يجب أن تتجاوز درجة القطع 1.96.

يحسب مؤشر (RCI) وفق الصيغة التالية:

$$RCI = \frac{(X_{post} - X_{pre})}{SD \times \sqrt{2 \times (1 - r)}}$$

X\_pre = الدرجة قبل التدخل العلاجي

X\_post = الدرجة بعد التدخل العلاجي

SD = الانحراف المعياري للدرجات القبليّة

r = معامل الثبات للمقياس المستخدم

ـ مثال للحالة الأولى:

(25 - 13)

$$RCI = \frac{(25 - 13)}{[0.62 - 1] \times 2 \times \sqrt{3.76}} = -3.66$$

$$[0.62 - 1] \times 2 \times \sqrt{3.76}$$

بما أن القيمة المطلقة لـ RCI (-3.66) وهي قيمة أكبر من 1.96، فإن التغير يعتبر دالاً إكلينيكياً بالنسبة للحالة الأولى.

ـ الجدول (30) يوضح درجات القطع لباقي الحالات (درجات الوسواس القهري):

الحالة	درجة الوسواس القهري قبل العلاج	درجة الوسواس القهري بعد العلاج	الفرق بين الدرجة قبل/بعد	مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI)
1	25	13	-12	-3.66
2	26	17	-9	-2.74
3	22	10	-12	-3.66
4	25	10	-15	-4.58
5	33	6	-27	-8.25
6	24	12	-12	-3.66

نلاحظ أن قيم مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI) أكبر من 1.96 بالنسبة لكل الحالات الستة، مما يعني أن التغير الحاصل بعد تطبيق البرنامج العلاجي في درجات الوسواس القهري لدى جميع الحالات ذو دلالة إكلينيكية، ويعتبر تأثير البرنامج فعالاً ومؤثراً سريرياً في تقليل أعراض الوسواس القهري لديهم.

\_الجدول (31) يوضح درجات القطع لكل الحالات (درجات الأفكار الوسواسية):

الحالة	درجة الأفكار الوسواسية قبل العلاج	درجة الأفكار الوسواسية بعد العلاج	الفرق بين الدرجة قبل/بعد	مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI)
1	13	7	-6	-2.19
2	13	7	-6	-2.19
3	12	6	-6	-2.19
4	15	8	-7	-2.55
5	20	6	-14	-5.11
6	12	5	-7	-2.55

نلاحظ أن قيم مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI) أكبر من 1.96 بالنسبة لكل الحالات الستة، مما يعني أن التغير الحاصل بعد تطبيق البرنامج العلاجي في درجات الأفكار الوسواسية لدى جميع الحالات ذو دلالة إكلينيكية، ويعتبر تأثير البرنامج فعالاً ومؤثراً سريرياً في تقليل أعراض الأفكار الوسواسية لديهم.

الجدول (32) يوضح درجات القطع لكل الحالات (درجات الأفعال القهرية):

الحالة	درجة الأفعال القهرية قبل العلاج	درجة الأفعال القهرية بعد العلاج	الفرق بين الدرجة قبل/بعد	مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI)
1	12	6	-6	-2.01
2	13	10	-3	-1.00
3	10	4	-6	-2.01
4	10	2	-8	-2.68
5	13	0	-13	-4.35
6	12	7	-5	-1.67

نلاحظ أن قيم مؤشر الدلالة الإكلينيكية (RCI) أكبر من 1.96 بالنسبة للحالات (5/4/3/1)، مما يعني أن التغيير الحاصل بعد تطبيق البرنامج العلاجي في درجات الأفعال القهرية لدى هذه الحالات ذو دلالة إكلينيكية، بينما الحالات (6/2) لم تحقق تغييراً إكلينيكياً في بعد الأفعال القهرية ويعتبر تأثير البرنامج فعالاً ومؤثراً سريرياً في تقليل أعراض الأفعال القهرية لدى أغلب الحالات.

## 6. ملخص النتائج

أظهرت نتائج الدراسة من خلال مختلف التحليلات الإحصائية والكيفية انخفاضاً واضحاً في درجات الوسواس القهري، سواءً في درجات الأفكار الوسواسية أو درجات الأفعال القهرية لدى عينة الدراسة، وقد استمر هذا الانخفاض حتى فترة التتبع.

بالنسبة للدرجة الكلية للوسواس القهري فقد انخفض المتوسط الحسابي بشكل كبير من (25.83) إلى (11.33) وهذا بين القياسين القبلي والبعدي، أما فيما يخص القياس التتبعي فقد استقر المتوسط الحسابي عند (10.16) كما أكدت نتائج اختبار الفروق بين المتوسطات بواسطة اختبار (t test) على فعالية البرنامج العلاجي حيث قدر الفرق بين القياس القبلي والبعدي بواسطة اختبار (t test) بـ (5.54) ما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي.

وقدر الفرق بين القياس البعدي والتتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(0.40) مما دل على عدم وجود فرق بين القياسين ما يعني استقراراً في النتائج المتحصل عليها.

كما قدر الفرق بين القياس القبلي والتتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(4.13) مما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي.

كما وعكس حجم الأثر الكبير للبرنامج العلاجي في الدرجة الكلية للوسواس القهري في القياسات (القبلي/ البعدي/التتبعي) دلالة عملية مهمة للبرنامج العلاجي حيث قدرت قيمة كوهين (D) بـ(2.26).

في حين عكست نتائج مؤشر التغيير الموثوق (RCI) لكل حالة على حدة في الدرجة الكلية للوسواس القهري دلالةً اكلينيكية للبرنامج العلاجي حيث قدرت نتائج كل حالة بشكل فردي بالترتيب من الحالة 1 إلى الحالة 6 بـ(-3.66/-2.74/-3.66/-4.58/-8.25/-3.66).

أما بالنسبة لبعد الأفكار الوسواسية فقد انخفض المتوسط الحسابي بشكل كبير من (14.16) إلى (6.50) وهذا بين القياسين القبلي والبعدي، أما فيما يخص القياس التتبعي فقد استقر المتوسط الحسابي عند (6.66) كما أكدت نتائج اختبار الفروق بين المتوسطات بواسطة اختبار (t test) على فعالية البرنامج العلاجي حيث قدر الفرق بين القياس القبلي والبعدي بواسطة اختبار (t test) بـ(5.97) ما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي وقدر الفرق بين القياس البعدي والتتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(-0.10) مما دل على عدم وجود فرق بين القياسين ما يعني استقراراً في النتائج المتحصل عليها

وقد قدر الفرق بين القياس القبلي والتتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(3.45) مما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي.

كما وعكس حجم الأثر الكبير للبرنامج العلاجي في درجة الأفكار الوسواسية في القياسات (القبلي/ البعدي/التتبعي) دلالةً عملية مهمة للبرنامج العلاجي حيث قدرت قيمة كوهين (D) بـ(2.43)

في حين عكست نتائج مؤشر التغيير الموثوق (RCI) لكل حالة على حدة في درجة الأفكار الوسواسية دلالةً اكلينيكية للبرنامج العلاجي حيث قدرت نتائج كل حالة بشكل فردي بالترتيب من الحالة 1 إلى الحالة 6 بـ(-2.19/-2.19/-2.55/-5.11/-2.55/-2.19)

أما بالنسبة لبعد الأفعال القهرية فقد انخفض المتوسط الحسابي بشكل كبير من (11.66) إلى (4.83) وهذا بين القياسين القبلي والبعدي، أما فيما يخص القياس التتبعي فقد استقر المتوسط الحسابي عند (3.33) كما أكدت

نتائج اختبار الفروق بين المتوسطات بواسطة اختبار (t test) على فعالية البرنامج العلاجي حيث قدر الفرق بين القياس القبلي والبعدى بواسطة اختبار (t test) بـ(4.88) ما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي وقدر الفرق بين القياس البعدى والتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(0.81) مما دل على عدم وجود فرق بين القياسين ما يعنى استقراراً في النتائج المتحصل عليها.

كما قدر الفرق بين القياس القبلي والتبعي بواسطة اختبار (t test) بـ(4.49) مما دل على وجود فرق بين القياسين لصالح القياس القبلي.

كما وعكس حجم الأثر الكبير للبرنامج العلاجي في درجة الأفعال القهرية في القياسات (القبلي/ البعدى/ التبعي) دلالةً عملية مهمة للبرنامج العلاجي حيث قدرت قيمة كوهين (D) بـ(1.99)

في حين عكست نتائج مؤشر التغيير الموثوق (RCI) لكل حالة على حدة في درجة الأفعال القهرية دلالةً إكلينيكية للبرنامج العلاجي حيث قدرت نتائج كل حالة بشكل فردي بالترتيب من الحالة 1 إلى الحالة 6 بـ(-1.00/-2.01/-1.67/-4.35/-2.68/-2.01/

## 7. استنتاج عام

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية برنامج علاجي يدمج بين توجيهين من العلاج المعرفي السلوكي (العلاج المعرفي السلوكي من الموجة الثانية والعلاج بالتقبل والالتزام من الموجة الثالثة) للتخفيف من أعراض الوسواس القهري (الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية) لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا، وقد أظهرت نتائج القياسات الأولية (القياس القبلي) أن أفراد العينة يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تمثلت أعراضهم في:

\_\_وسواس /أفكار/ صور/ دوافع ذهنية متكررة تتميز بأنها ملحة وتطفلية وغير مرغوب فيها، والتي تسبب ضيقاً أو قلقاً شديداً يحاول الشخص تحييدها بأفعال قهرية.

\_\_الأفعال القهرية وتمثل في سلوكيات متكررة مثل (التنظيف/ التحقق..) أو أفعال عقلية (ترديد كلمات/ العد..). يقوم بها الشخص كاستجابة للأفكار الوسواسية الملحة، هدفها الأساسي تقليل القلق المصاحب للأفكار الوسواسية أو منع شيء سيء من الحدوث، لكن غالباً لا تكون مرتبطة مع ما يتم تحييده بشكل واقعي، وهذا ما أثر على أدائهم العام في كافة مجالات الحياة.

من خلال تحليل البيانات احصائياً أظهرت النتائج فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة حيث أظهرت الفروق بين القياس القبلي والبعدى بواسطة اختبار (t test) انخفاضاً في

أعراض الوسواس القهري حيث قدرت قيمة (t) ب(5.54) كما أظهرت الفروق بين القياس البعدي والتتبعي استقراراً في النتائج المتحصل عليها حيث قدرت قيمة (t) ب(0.40) في حين أظهرت الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي انخفاضاً في أعراض الوسواس القهري أيضاً حيث قدرت قيمة (t) ب(4.11).

يمكن القول إن البرنامج العلاجي المقترح أثبت فعاليته من ناحية عملية أيضاً وهذا بناء على النتائج المتحصل عليها بواسطة معامل كوهين (D) لحساب حجم الأثر والذي قدر ب(2.26).

إضافة إلى تحصيل كل أفراد العينة على درجة مرتفعة في مؤشر التغير الموثوق (RCI) تفوق درجة القطع المقدرة ب(1.96) ما يجعلنا نعتبر أن البرنامج كان له دلالة إكلينيكية أيضاً.

بالتفصيل في أبعاد المقياس أظهر تحليل البيانات احصائياً أيضاً انخفاضاً في درجات الأفكار الوسواسية حيث أظهرت الفروق بين القياس القبلي والبعدي بواسطة اختبار (t test) انخفاضاً في درجات الأفكار الوسواسية حيث قدرت قيمة (t) ب(5.97) كما أظهرت الفروق بين القياس البعدي والتتبعي استقراراً في النتائج المتحصل عليها حيث قدرت قيمة (t) ب(-0.10) في حين أظهرت الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي انخفاضاً في درجات الأفكار الوسواسية أيضاً حيث قدرت قيمة (t) ب(3.45).

كما أظهر حساب حجم الأثر انخفاضاً عملياً ملموساً في درجات الأفكار الوسواسية حيث قدرت قيمة كوهين (D) ب(2.43).

في حين أظهر كل أفراد العينة درجة مرتفعة تفوق درجة القطع المقدرة ب(1.96) في مؤشر التغير الموثوق (RCI) ما يعني وجود دلالة إكلينيكية للنتائج المتحصل عليها في بعد الأفكار الوسواسية.

أظهر تحليل البيانات احصائياً أيضاً انخفاضاً في درجات الأفعال القهرية حيث أظهرت الفروق بين القياس القبلي والبعدي بواسطة اختبار (t test) انخفاضاً ملحوظاً في درجة الأفعال القهرية حيث قدرت قيمة (t) ب(4.88) كما أظهرت الفروق بين القياس البعدي والتتبعي استقراراً في النتائج المتحصل عليها حيث قدرت قيمة (t) ب(0.81) في حين أظهرت الفروق بين القياسين القبلي والتتبعي انخفاضاً في درجة الأفعال القهرية أيضاً حيث قدرت قيمة (t) ب(4.49).

كما أظهر حساب حجم الأثر انخفاضاً عملياً ملموساً في درجة الأفعال القهرية حيث قدرت قيمة كوهين (D) ب(1.99).

في حين أظهر أغلب أفراد العينة درجة مرتفعة تفوق درجة القطع المقدرة بـ(1.96) في مؤشر التغيير الموثوق (RCI) ما يعني وجود دلالة اكلينيكية للنتائج المتحصل عليها في بعد الأفعال القهرية.

من ناحية كيفية و بالنظر إلى نتائج الحالات الستة بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبالنظر لتحليل المحتوى القبلي والبعدي لكل حالة على حدة في العرض الكيفي للحالات يتضح لنا أن هناك انخفاضاً واضحاً في العديد من أعراض اضطراب الوسواس القهري فقد تراجعت حدة الأفكار التسلطية غير المرغوبة، الأمر الذي أدى إلى تقليل المعاناة اليومية للمفحوصين، كما لوحظ تراجع واضح في السلوكيات القهرية التي كانت تظهر على شكل تكرار الغسل أو الفحص المستمر أو التدقيق والتحقق، إذ أظهر المفحوصين مقاومة أكبر في أداء هذه الطقوس من خلال مدة القيام بها وتكرارها، إلى جانب هذا انخفض مستوى القلق والتوتر النفسي المصاحب للأفكار والسلوكيات القهرية، مما يدل على تحسن في القدرة على تحمل الضيق والانزعاج الناتج عن الأفكار الوسواسية، بالإضافة إلى هذه الأعراض الأساسية، تحسنت بعض الحالات في جوانب أخرى مثل تراجع الانشغال المفرط بالطقوس الذهنية والشكوك المستمرة وعدم اليقين، إضافة إلى تحسن نسبي في مستوى الأداء اليومي و الاجتماعي من خلال العودة للإخراط في أنشطتهم اليومية وممارسة حياتهم بشكل طبيعي.

تشير هذه النتائج الكمية والكيفية إلى كون النموذج العلاجي يعمل بالفعل على خفض أعراض الوسواس القهري بالنظر إلى الكثير من الدراسات المحلية والعربية والأجنبية الحديثة فإن هذه النتائج تبدو منطقية وذات مصداقية كونها متوافقة مع ما تم التوصل إليه من قبل الكثير من البحوث من مختلف أنحاء العالم.

كبدية من البيئة العربية كشفت الكثير من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري خاصة إذا تم دمجها مع توجهات علاجية أخرى مثل علاجات الموجة الثالثة ففي دراسة لـ(حنور، 2016) حول فعالية العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز والتعرف على مدى فعالية العلاج بعد فترة المتابعة، تم التوصل إلى فعالية كلا العلاجين في التخفيف من حدة اضطراب الوسواس القهري واستمرت الفعالية حتى في فترة المتابعة، حيث أشارت النتائج إلى أن الجمع بين العلاجين أكثر كفاءة وفعالية من استخدام كل منهما على حدة، وفي دراسة أخرى لـ(فتح محمد، 2020) حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى عينة من طالبات كلية الآداب جامعة الفيوم والتعرف على مدى استمرار الفعالية حتى أثناء فترة المتابعة، أشارت النتائج إلى فعالية كلا العلاجين في خفض أعراض الوسواس القهري.

أظهرت أيضاً الكثير من الدراسات الأجنبية فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الوسواس القهري إذا تم دمج مع علاج آخر، ففي دراسة لـ (Hayashida, 2011) أين تم دمج العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي لمعرفة فعالية العلاجين في التخفيف من أعراض الوسواس القهري تم التوصل إلى فعالية كلا العلاجين، وفي دراسة لـ (Tundo et al, 2009) أين تم دمج كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي والتعرض مع منع الاستجابة، أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً أثناء فترة المتابعة.

وفي دراسة أخرى لـ (Lafores et al, 2016) تم دمج العلاج المعرفي السلوكي مع تقنية التعرض ومنع الاستجابة أبدت الحالات تحسناً ملحوظاً، نفس النتائج تم التوصل إليها في دراسة لـ (Zadbar et al, 2023) حيث تمت مقارنة كل من التعرض الافتراضي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري، ودراسة (Farhoodi et al, 2020) التي هدفت لمعرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي والتعرض مع منع الاستجابة في خفض أعراض الوسواس القهري.

هذا ما أظهرته أيضاً دراسة (Rees et al, 2016) حيث تم تقييم فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الانترنت وتم الاعتماد أساساً على تقنية التعرض ومنع الاستجابة أسفرت نتائج القياس البعدي عن انخفاض كبير في أعراض الوسواس القهري، وفي دراسة لـ (Aardema et al, 2022) حيث تم تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج القائم على الوعي (MBSR) في خفض أعراض الوسواس القهري توصلت النتائج لفعالية كلا العلاجين معاً دون فرق لصالح أي منهما.

في دراسات أخرى أين تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لوحده دون دمج مع علاجات أخرى اثبتت مختلف الدراسات فعاليته في خفض أعراض الوسواس القهري ففي دراسة لـ (Gcek et al, 2023) تم تقييم فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي عبر الانترنت للحد من أعراض الوسواس القهري توصلت النتائج لفعالية العلاج في خفض أعراض الوسواس القهري لدى المشاركين، وفي دراسة لـ (Gragnani et al, 2022) هدفت للتحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري أبلغ عدد كبير من المشاركين عن تحسن الأعراض لديهم.

توافقت نتائج هذه الدراسات مع نتائج دراستنا الحالية حيث أبدت الحالات تحسناً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح الذي دمج بين بعض التقنيات المعرفية السلوكية وتقنيات العلاج بالتقبل والالتزام ، بالنسبة للتقنيات المعرفية السلوكية فإن تقنية التعرض ومنع الاستجابة كان لها تأثير كبير في الحد من الأفعال القهرية لدى جميع الحالات تقريباً ففي الحالة الأولى مثلاً تعلمت كيفية تحمل القلق الناتج عن التعرض التدريجي للمثيرات الوسواسية

المقلقة (النجاسة) أما الحالة الثانية فقد نجحت في تنفيذ تقنية التعرض ومنع الاستجابة خاصةً بعد مساعدة زوجها لها، حيث ساهم التعرض في تقليل التجنب للموضوع المقلق (مقابر، مصلحة الجثث).

وكذلك تقنية الاسترخاء النفسي التي أثرت بشكل واضح في خفض القلق الناجم عن الامتناع عن أداء الأفعال القهرية يظهر هذا جلياً لدى الحالة الثانية التي استخدمت تقنية الاسترخاء بشكل يومي ما ساعدها على تخفيف أعراض القلق الجسدية (كالدوخة وضيق التنفس) نلاحظ ذلك أيضاً عند الحالة الرابعة والحالة الخامسة حيث ساعدتهما تقنية الاسترخاء والتنفس العميق في تهدئة الذات وتقليل التوتر اليومي الناجم عن الأفكار الوسواسية أما بالنسبة للحالة السادسة فقد ساعدتها تقنية الاسترخاء كثيراً في تحسن جودة نومها هذا بدوره قلل من التوتر الناجم عن الأفكار الوسواسية لديها، حسب (كينرلي وآخرون، 2018) فإن الشد والتوتر الجسدي يمكنه أن يديم ويُفاقم من بعض المشكلات مثل القلق ومشاكل النوم وغيرهم ويمكن تقليل هذه الإثارة بواسطة الاسترخاء لأنه يعتبر أداة قوية في تقليل بعض الأعراض وبشكل مباشر.

نتائج هذه الدراسة جاءت كذلك لتؤكد وتدعم مكانة العلاج بالتقبل والالتزام كمدخل فعال في التعامل مع أعراض الوسواس القهري حيث بينت الكثير من الدراسات فعاليته في خفض أعراض الوسواس القهري، سواءً من خلال دمج مع علاجات أخرى أو من خلال استخدامه كعلاج قائم بذاته، ففي دراسة لـ (Zemestani et al, 2020) تم دمج العلاج بالتقبل والالتزام مع تقنية التعرض ومنع الاستجابة لمعرفة أثر العلاجين في خفض أعراض الوسواس القهري لدى المرضى الذين يخضعون للعلاج الدوائي، وقد توصلت الدراسة إلى وجود انخفاض ملحوظ في شدة أعراض الوسواس القهري كما أظهرت انخفاضاً في درجات التصلب النفسي .

هذا ما توصلت إليه دراستنا أيضاً حيث ساعدت تقنية التعرض ومنع الاستجابة مع تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري لدى كل الحالات تقريباً، سواءً في بعد الأفكار الوسواسية أو بعد الأفعال القهرية.

في دراسة أخرى لـ (Ebrahimi et al, 2022) تم دمج العلاج بالتقبل والالتزام مع العلاج الدوائي للتخفيف من أعراض الوسواس القهري والاكتئاب كشفت نتائج الدراسة أن كلا العلاجين كان لهما تأثيرات كبيرة في خفض أعراض الاكتئاب والوسواس القهري، أيضاً تم دمج كل من العلاج بالتقبل والالتزام والعلاج ما وراء المعرفي في دراسة لـ (Saeidi et al, 2023) حيث تمت مقارنة العلاجين في خفض أعراض الوسواس القهري، كشفت نتائج الدراسة أن العلاج بالتقبل والالتزام كان له تأثير أكبر من الناحية العلاجية.

بالنسبة للدراسات التي تم استخدام العلاج بالتقبل والالتزام فيها بشكل ذاتي فقد أظهرت نتائج مماثلة للدراسات التي دمجت بينه وبين علاج آخر، ففي دراسة لـ (Habibollahi & Soltanizadeh, 2016) حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المراهقات المصابات باضطراب تشوه الجسم أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاضاً ملحوظاً في درجات الوسواس القهري توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من (Gupta et al, 2021) و (Narayan, 2023) حيث تم تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام على عينة من المصابين باضطراب الوسواس القهري وأسفرت النتائج عن انخفاض ملحوظ في درجة الوسواس القهري، وفي دراسة أخرى لـ (philip & Cherian, 2020) أين تم اجراء بحث شامل حول فعالية العلاج بالتقبل والالتزام مع اضطراب الوسواس القهري من خلال تقييم المقالات والمنشورات (حوالي 690 مقالة) أظهرت نتائج التقييم فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري مع الحفاظ على النتائج في فترة التتبع وكان العلاج بالتقبل والالتزام مشابهاً في فعاليته لكل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي.

وفي دراسة أخرى لـ (pirbazari et al, 2021) تم التحقق من فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين أعراض الوسواس القهري وزيادة جودة الحياة لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري الذين لديهم تاريخ عائلة مرتبط بالإصابة بالوسواس القهري بينت نتائج القياس البعدي والتتبعي أن العلاج تسبب بانخفاض كبير في أعراض الوسواس القهري وزيادة في جودة الحياة في حين أن تاريخ العائلة المرتبط بالإصابة باضطراب الوسواس القهري لم يكن له أي تأثير على فعالية العلاج.

في دراسة أخرى لـ (Akhouri et al , 2023) تم البحث في مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الوسواس القهري وتأثيره في فك الاندماج المعرفي والتقبل والفعل الملتزم، أشارت النتائج لكون العلاج كان فعالاً بشكل كبير، وقد توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراستنا الحالية حيث أظهرت الكثير من الحالات تحسناً ملحوظاً في كل من التقبل والاندماج المعرفي والفعل الملتزم، و يظهر ذلك جلياً لدى الحالة الثانية إذ ساعدتها تقنيات فك الاندماج المعرفي حيث لم تعد تتماهى مع أفكارها حول الموت والمرض وبدأت بتقبل أن الأفكار الوسواسية ليست حقائق، نرى هذا أيضاً لدى الحالة الثالثة إذ ساعدتها تقنيات فك الاندماج في تقليل أثر الأفكار الوسواسية على حياتها حيث أصبحت أقل تصديقاً لها وأميل للشك في الفكرة الوسواسية، يشترك أيضاً الحالة الخامسة مع الحالتين السابقتين في نفس النقطة إذ ساعدته تقنيات فك الاندماج المعرفي على العودة لعيش حياته بشكل طبيعي و لم يعد يعيش بداخل ذهنه وأفكاره وأظهر الحالة تمكن جيد من استخدام تقنيات فك الاندماج ما انعكس إيجاباً على مختلف جوانب حياته، وكذلك الحالة السادسة ساعدتها تقنيات فك الاندماج على تعلم تقبل الأخطاء واصبحت أقل تصديقاً لأفكارها عن الخطأ والنجاسة وتقبلت احتمالية الوقوع في الخطأ دون ردود فعل قهريه منها.

يرى (مكاي وآخرون، 2022) أن فك الاندماج يسمح بملاحظة الأفكار السلبية عند ظهورها، والسماح لها بالحضور والرحيل، دون أي تعلق مع محتوى هذه الأفكار يمكن أيضاً من خلال فك الاندماج تحديد الأفكار الضارة وتنحيها جانباً، يعد فك الاندماج مهارة يمكن تعلمها تساعد كثيراً المصاب بالوسواس القهري خاصة في التعامل مع الأفكار الوسواسية الملحة والتطفلية.

أما فيما يخص تقنيات التقبل فقد ظهرت نتائج تطبيقها جلياً تقريباً لدى كل الحالات من حيث التصالح والتسامح مع طبيعة التفكير الوسواسي الذي يتميز به ذهن المصاب بالوسواس القهري دون محاولة تغييره أو تبديله أو تصديقه أو مقاومته أو التحكم به، ما جعل الأفكار الوسواسية لديهم أقل تأثيراً على أدائهم في الحياة اليومية، ساهمت أيضاً تقنيات التقبل في تقليل شدة القلق المصاحب للأفكار الوسواسية الملحة هذا أدى بدوره لتناقص وانخفاض أداء الطقوس القهرية المرتبطة بتخفيض القلق (نظافة/ تحقق/عد/أذكار).

يرى (بينيت & أوليفر، 2020) أن التقبل يعني الانفتاح على التجارب والسماح لها بأن تكون كما هي (أفكار/ مشاعر) من أجل التمكن من اتخاذ إجراءات فعالة تخدم قيم الانسان الأساسية، تعتبر القيم اختيارات خاصة تنشئ نوع من المعززات المعنوية للاستمرار في الحياة يتم خدمتها بواسطة السلوك الملتزم نلاحظ أن أغلب الحالات ساعدها تحديد قيمها في الالتزام بأهدافهم مثل الحالة الأولى مثلاً التي عادت لممارسة حياتها والاهتمام بالمجالات التي تعني لها نلاحظ ذلك أيضاً لدى الحالة الرابعة حيث تمكنت من اتخاذ قرار انجاب طفل آخر لأن ذلك كان ضمن قيمها وأهدافها، حسب (زوريتا، 2020) القيم هي أفعال مستمرة تستند إلى الصفات التي يريد الشخص تبنيتها في الحياة وغالباً ما تعمل مثل المرساة بالنسبة لباقي عمليات العلاج بالتقبل والالتزام، لكن القيم لوحدها غير كافية دون مناقشة خطوات ضرورية لعيش حياة مرضية وهادفة، لأن العلاج بالتقبل والالتزام في جوهره هو علاج سلوكي والفعل الملتزم يدور حول القدرة على اتخاذ خطوات محددة لعيش القيم وهو لا يشمل السلوكيات العلنية فقط بل الأحداث الداخلية أيضاً لأن الانفتاح على الانفعالات غير المريحة والأفكار والأحاسيس هو أيضاً سلوك ملتزم داخلي ويخدم القيم.

أيضاً توصلت الكثير من الدراسات العربية إلى كون العلاج بالتقبل والالتزام فعال في خفض أعراض الوسواس القهري مثل دراسة (رأفات أحمد، 2020) حيث تم تقييم فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين مفهوم الذات وخفض أعراض الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري المراجعين للشعبة النفسية في مستشفى الموساة بدمشق أظهرت النتائج فاعلية العلاج توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (محمد زاهر، 2022) حيث بحثت هذه الدراسة في فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا بجامعة الزقازيق توصلت النتائج المتحصل عليها إلى فعالية العلاج، كما وتوصلت دراسة

(بوقفة، 2020) إلى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في علاج اضطراب الوسواس القهري والاندماج المعرفي ورفع مستوى الوعي والمرونة النفسية .

هذا وتوصلت دراستنا الحالية إلى فعالية تقنيات اليقظة الذهنية في خفض الانشغال بالتفكير الوسواسي والعودة للاستمتاع بالحياة والعيش في الحاضر نلاحظ هذا لدى الحالة الأولى بشكل كبير من خلال العودة لممارسة انشطتها واهتماماتها بوعي وحضور كذلك نلاحظه لدى الحالة الثانية إذ تمكنت من استعادة قدرتها على العيش في الحاضر من خلال العودة للاستمتاع بوقتها مع أفراد عائلتها، كذلك لدى الحالة الثالثة حيث ساعدتها اليقظة الذهنية على تعلم كيفية التواجد في اللحظة وتقليل اجترار الأفكار الوسواسية، كما نلاحظ ذلك لدى الحالة الخامسة فقد عاد للقيام بأنشطته مثل السفر مثلاً بشكل يقظ وواعي ودون خوف.

يرى (لاوسون، 2023) أن العلاج بالتقبل والالتزام يشجع الارتباط المستمر وغير الحكمي بين البيئة والأحداث النفسية، من أجل الشعور بالتجربة بشكل واضح بحضور ويقظة، كشفت دراسة أجرتها جامعة هارفرد أن البشر يقضون 50% من وقتهم في أحلام اليقظة تعد هذه حقيقة مذهشة نظراً للوقت المحدود لدينا، لدى البشر القدرة على الانفصال عن الحاضر والتفكير في المستقبل أو الماضي لكن الانفصال عن الحاضر بشكل مفرط يؤدي لمشاكل نفسية لأن الانشغال بالماضي بشكل كبير يؤدي للاكتئاب بينما يؤدي الانشغال بالمستقبل للقلق.

ترى (وات، 2021) اليقظة الذهنية بأنها القدرة على أن يصبح الشخص أكثر وعياً بما يحدث له في الحاضر (هنا والآن) في حين تعرفها (زوريتا، 2023) بأنها الحضور في اللحظة الراهنة مع جلب الوعي للخبرات الداخلية والخارجية على حد سواء أثناء حدوثها، توصلت بعض الدراسات لفعالية اليقظة الذهنية كتقنية منفصلة في خفض أعراض الوسواس القهري ففي دراسة لـ (Fairfax, 2008) تم التوصل لكون اليقظة الذهنية مكتملة لكل من العلاج المعرفي السلوكي والتعرض ومنع الاستجابة في التدخلات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري وهي ليست مكتملة فحسب بل تزيد من فعاليته العلاجية وتمنع الانتكاس.

وفي دراسة لـ (key et al, 2017) حيث تم استخدام اليقظة الذهنية كمعزز لعلاج اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المصابين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي أفاد المشاركون بانخفاض في أعراض الوسواس القهري وأعراض القلق والمعتقدات الوسواسية إلى جانب زيادة التعاطف مع الذات ومهارات اليقظة الذهنية، وفي دراسة أخرى لـ (Didonna et al, 2019) تم تقييم أثر العلاج القائم على اليقظة الذهنية لدى عينة من المصابين بالوسواس القهري أظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في الوسواس القهري والقلق وزيادة في مهارات اليقظة الذهنية، هذا أيضاً ما أظهرته دراسة (Selchen et al, 2018) حيث تم اختبار فعالية اليقظة الذهنية في خفض أعراض الوسواس القهري وأظهرت

النتائج انخفاضات كبيرة في أعراض الوسواس القهري سواءً كعلاج مستقل أو مكمل للعلاج المعرفي السلوكي، والعديد من الدراسات الأخرى توصلت للنتائج نفسها فيما يخص الفوائد العلاجية لليقظة الذهنية مع اضطراب الوسواس القهري.

لقد جاءت هذه الدراسة في ظرف استثنائي تمثل في جائحة كورونا، وهو ما أضفى خصوصية على العينة المختارة والتي اشتُرط أن تكون قد تأثرت بتداعيات جائحة كورونا، وقد بينت الكثير من الدراسات والأبحاث تفاقم الأعراض لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري أثناء أو بعد فترة الجائحة هذا ففي دراسة لـ (Sibanda & Govender, 2021) تمت مناقشة تأثير كوفيد 19 في زيادة أعراض اضطراب الوسواس القهري كما تم تقييم فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي وتقنية التعرض ومنع الاستجابة توصلت النتائج لتحسن الأعراض بنسبة 79% وحافظت الحالة على النتائج التي تم التوصل إليها أثناء فترة التتبع كما وأشارت الدراسة إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري بعد الجائحة خاصة بالنسبة لأولئك الذين يعانون مخاوف التلوث، في نفس السياق أشارت دراسة (رحاب الأمين، 2022) ودراسة (Dennis et al, 2023) ودراسة (Alcazar et al, 2023) إلى ازدياد شدة أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد الجائحة بسبب التعرض المفرط لأخبار كورونا وقلة الدعم الاجتماعي ونقص العلاج خاصة لأولئك الذين عانوا سابقاً من الوسواس القهري وكان بعد التلوث أكثر بعد تفاقمت فيه الأعراض، في دراسة (Nash, 2023) تم التوصل لكون غسل اليدين أثناء الجائحة قد فاقم من أعراض الوسواس القهري، كما توصلت دراسة كل من (تقي محمد وآخرون، 2021) و (حميدة الحاج وآخرون، 2021) و (الهيبة وآخرون، 2023) لازدياد أعراض الوسواس القهري بعد الجائحة.

في دراسة أخرى لـ (Salmani et al, 2021) تمت المقارنة بين مجموعتين أحدهما تعاني اضطراب الوسواس القهري والأخرى اضطراب الهلع من حيث زيادة المعتقدات الوسواسية بسبب كوفيد 19 توصلت النتائج أن كلا المجموعتين عانت من ازدياد القلق بشكل ملحوظ بشأن مخاطر كوفيد 19 هذا ما توصلت له أيضاً دراسة (المصطفى وآخرون، 2023) حيث تفاقمت أعراض الوسواس القهري لدى الأشخاص المشخصين به مسبقاً.

في دراسة أخرى لـ (Malas & Dolores, 2022) تمت مراجعة المقالات المنشورة بين سنتي 2019 و2022 وذلك لتحليل العلاقة بين جائحة كوفيد 19 و اضطراب الوسواس القهري أسفرت النتائج عن ازدياد أعراض اضطراب الوسواس القهري كما أشارت لتفاقم الأعراض لدى أولئك الذين لديهم مسبقاً، وأيضاً أشارت النتائج إلى حدوث الكثير من الانتكاسات، نفس النتائج تم التوصل إليها في دراسة (Grabowy et al, 2022) حيث تم إجراء مراجعة بحثية باستخدام مقالات PubMed و Google scholar حول الوسواس القهري وجائحة كوفيد 19 توصلت النتائج إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري، نفس النتائج تم التوصل إليها في دراسة (Soleimanvandiazar et al, 2023)

حيث بحثت الدراسة في مدى انتشار أعراض الوسواس القهري بين العاملين في مجال الصحة العقلية في جميع أنحاء العالم تم البحث في العديد من قواعد البيانات من بينها:

وجد البحث PubMed/Google scholar/Cochrane/Scopus/web of science/ProQuest/Emerald/Eric أن أعراض الوسواس القهري وصل انتشارها إلى 29% بين العاملين في مجال الصحة العقلية أثناء فترة الوباء هذا ما بينته دراسة (العريفي، 2020) ودراسة (سرحان وآخرون، 2023) بالإضافة لانتشار اضطرابات نفسية أخرى.

في دراسة أخرى لـ (Dehghani et al, 2023) تم التوصل إلى أن متوسط الخوف من كوفيد 19 لدى الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الوسواس القهري قبل الحجر الصحي كان أعلى بكثير من أولئك الذين لم يصابوا به ومع تزايد الخوف من الفيروس ارتفع معدل الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

من خلال أغلب دراسات انتشار أعراض الوسواس القهري أثناء أو بعد الجائحة نلاحظ أن اضطراب الوسواس القهري بالفعل تفاقم أثناء وبعد الجائحة نرى هذا وفي دراستنا يمكننا ملاحظة ذلك لدى كل الحالات تقريباً مثلاً الحالة الأولى تأثرت كثيراً بالحجر الصحي كما تأثرت بسبب تتبع أخبار الوفيات والإصابات اليومية تشترك في ذلك مع الحالة الثانية والثالثة، كما تأثرت الحالة الرابعة كثيراً في فترة كورونا بسبب إصابة أحد المقربين لها، في حين تأثر كل من الحالة الخامسة والحالة السادسة بسبب الحجر الصحي، الشيء المختلف في دراستنا هذه أنه وبغض النظر عن نوع الوسواس القهري فإن الأعراض قد تفاقمت لم يرتبط ارتفاع الأعراض مع وسواس التلوث فقط كما بينت الدراسات التي تم ذكرها إذ يظهر أيضاً ارتفاع في وسواس (المرض/الموت/ الأذية/ الوسواس الجنسية، الأخلاق وغيرهم).

من خلال أغلب الدراسات التي تم ذكرها سواء دراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي أو دراسات العلاج بالتقبل والالتزام يمكننا أن نقول إن نتائج هذه الدراسات توافقت مع فرضيات دراستنا القائلة بوجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والبعدي وعدم وجود فروق في القياس التتبعي سواء في أعراض الوسواس القهري ككل أو بالتفصيل في بعديه (الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية).

في الأخير يمكننا القول أن بحثنا يتسم بعدة نقاط قوة، من أبرزها اعتماده على برنامج علاجي قائم على أسس علمية (العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام) ويعد الدراسة الأولى عربياً التي تدمج بين بعض تقنيات هذين العلاجين، أيضاً تم تطبيقه على حالات عانت من زيادة الأعراض في ظرف استثنائي (جائحة كورونا) مما أضفى قيمة عملية على نتائجه، كما ساعد اعتماد التصميم القبلي-البعدي-التتبعي في رصد التغيرات بدقة، فضلاً عن

إدماج مؤشرات حجم الأثر والدلالة الإكلينيكية التي عززت من قيمة النتائج ومع ذلك، تبقى للدراسة بعض الحدود أهمها صغر حجم العينة نظراً لصعوبة إيجاد أشخاص تنطبق عليهم شروط البحث (التأثر بجائحة كورونا) وعدم وجود مجموعة ضابطة مما يُصعب تعميم النتائج.

## خاتمة

تُعد هذه الدراسة محاولةً علمية جادة للتصدي لإحدى أبرز الإشكاليات النفسية التي أفرزتها جائحة كوفيد-19، والمتتمثلة في تصاعد أعراض الوسواس القهري لدى شريحة واسعة من الأفراد، الذين وجدوا أنفسهم في مواجهة ضغوط نفسية غير مسبوقة فرضتها طبيعة الجائحة وما رافقها من خوف وقلق وغموض وجودي.

وقد انطلقت هذه الدراسة من إشكالية محورية مفادها: هل يمكن لبرنامج علاجي مدمج يجمع بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالتقبل والالتزام أن يُسهم فعلياً في خفض حدة أعراض الوسواس القهري لدى المتضررين نفسياً من تداعيات الجائحة؟ وقد أجابت نتائج الدراسة عن هذه الإشكالية بصورة إيجابية وواضحة، إذ كشفت المعالجة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية وحجم الأثر المحسوب عن فعالية ملحوظة وذات دلالة للبرنامج العلاجي المقترح في تحقيق التحسن المنشود.

وتتجلى القيمة العلمية لهذه الدراسة في كونها تسعى إلى سد فراغ بحثي في الأدبيات النفسية العربية المتعلقة بالتدخل العلاجي في سياق الأزمات الصحية الكبرى، فضلاً عن أنها تقدم نموذجاً علاجياً مدججاً يستند إلى توجيهين نظريين وتطبيقيين أثبتا نجاعتهما في سياقات بحثية متعددة، مما يمنح هذا البرنامج قدراً أعلى من الشمولية والمرونة في التعامل مع التعقيد الذي تتسم به الاضطرابات الوسواسية.

أما على الصعيد التطبيقي، فإن ما توصلت إليه هذه الدراسة يوفر للمعالجين النفسيين والمختصين في مجال الصحة النفسية إطاراً إجرائياً واضحاً يمكن توظيفه مباشرة في العمل الإكلينيكي، لا سيما في ظروف الأزمات التي باتت تفرض نفسها بشكل متكرر على واقعنا المعاصر، سواء أكانت أزمات صحية أم اجتماعية أم بيئية.

على الرغم من بعض القيود المنهجية التي اكتتفت هذه الدراسة، وفي مقدمتها محدودية حجم العينة وما قد يترتب عليها من تحفظات تتعلق بإمكانية التعميم، إضافةً إلى اقتصار العينة على الإناث بصورة شبه كلية تبعاً لطبيعة العينة المتاحة إكلينيكيًا، وتلقي بعض الحالات علاجاً دوائياً موازياً لم يكن بالإمكان ضبطه نظراً للسياق العيادي الواقعي، واعتماد تصميم المجموعة الواحدة مع القياسات المتعددة استناداً إلى الاعتبارات الأخلاقية التي تحول دون حرمان الحالات من التدخل العلاجي، وقد عُوِّض عن ذلك بتوظيف مؤشرات تحقق متعددة تشمل الدلالة الإحصائية

وحجم الأثر ومؤشر التغير الموثوق، فإن ذلك لا ينتقص من قيمة النتائج المحققة، بل يفتح أفقاً رحباً أمام الباحثين لمواصلة هذا المسار البحثي بعينات أوسع وتصميمات أكثر تطوراً.

وختاماً، يُؤكد ما توصلنا إليه ضرورة أن تتبنى المؤسسات الصحية والتعليمية والمجتمعية استراتيجيات وقائية وعلاجية مرنة وقابلة للتكيف مع المستجدات، وأن تولي الصحة النفسية للفرد والمجتمع الأولوية اللازمة في أوقات الاستقرار قبل الأزمات وخلالها وبعدها، إذ إن الاستثمار في الصحة النفسية ليس ترفاً أكاديمياً بل ضرورة حضارية واجتماعية لا غنى عنها.

### مقترحات

1. توسيع العينة في دراسات لاحقة لتشمل فئات مختلفة ومناطق متعددة، بهدف تعزيز إمكانية تعميم النتائج.
2. اعتماد متابعة طويلة المدى للتأكد من استمرارية أثر البرامج العلاجية بعد انتهاء الجلسات.
3. تنويع أدوات القياس، بإدماج مقاييس أخرى موضوعية أو ملاحظات سريرية إضافية إلى جانب الاستبيانات.
4. تطبيق البرنامج العلاجي في مؤسسات مختلفة مثل العيادات الجامعية أو المراكز الصحية، لتقييم فعاليته في بيئات متنوعة.
5. دمج العلاج بالتقبل والالتزام مع برامج أخرى لمعرفة ما إذا كانت النتائج تتحسن بشكل أكبر عند التكامل مع أساليب علاجية مختلفة.
6. تشجيع الباحثين والمعالجين النفسيين على تبني البرامج العلاجية المبنية على الأدلة، خاصة في مواجهة الأزمات مثل الجوائح.

## • قائمة المراجع العربية:

- أبوعلام، ر. م. (2011). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. دار النشر للجامعات.
- الحاج، ح.، علي، أ.، العسكري، ح.، ابراهيم، ه.، كاساسند، ل.، والناصري، ن. (2022). مدى انتشار الأعراض المشابهة للوسواس القهري بين سكان دولة الإمارات العربية المتحدة خلال جائحة كوفيد-19. مجلة BJPpsych Open، 8(1).
- العاسمي، ر. ن. (2015). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة (ط. 1). دار الإعصار العلمي.
- العلوي، م. أ. (2020). كورونا القادم من الشرق (ط. 1). منارة العلم.
- القحطاني، ع. م.، ديمروز، ي. ي.، البيشي، ح. خ.، وسعد، س. ي. (2019). الاضطرابات النفسية أثناء جائحة فيروس كورونا المستجد، ودور فريق الصحة النفسية في المنشآت والمهاجر الصحية. المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.
- الهبيدة، ج. م. ع.، والعنزي، ف. خ. (2023). اليقظة العقلية وعلاقتها باضطراب الوسواس القهري أثناء جائحة كوفيد 19 بين طلاب كلية التربية - جامعة الكويت. مجلة كلية التربية - جامعة دمياط، 38(84)، الجزء (3).
- المصطفى، ر.، الخوشي، ع. ع.، الشيخ، ج.، أيوب، ر.، الجفري، ز. ا.، وعبد الفقيه، ص. (2023). تأثير فيروس كورونا (COVID-19) على جودة الحياة لدى طلاب الجامعة المصابين باضطراب الوسواس القهري. مجلة العلوم الطبية المعاصرة، 9(6).
- بارلو، د. (2015). مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية (دليل علاجي تفصيلي) (ص. فرج، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.
- باير، ل. (2010). الوسواس القهري علاجه السلوكي والدوائي (م. خلودي، مترجم). منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب وزارة الثقافة - دمشق.
- بلان، ك. ي. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط. 1). دار الإعصار العلمي.

-بوقفة، ا. (2020). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من أعراض الوسواس القهري (أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1).

-بيك، ج. (2007). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد (ط. 1) (ط. مطر، مترجم؛ ا. الخراط، مراجعة). المركز القومي للترجمة القاهرة.

-بينيت، ر.، وأوليفر، ج. (2021). العلاج بالقبول والالتزام (ع. صلاح سيد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.

-تطبيق قاموس المعاني [تطبيق أندرويد].

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.almany.arar>

-جونسون، ش.، كرينج، أ.، نيل، ج.، ودافيسون، ج. (2017). علم النفس المرضي (ه. الحويطة، ف. سلامة، ون. الحمدان، مترجمون). مكتبة الأنجلو المصرية.

-حدار، ع.، وقدواني، ص. (2013). تشخيص اضطرابات الشخصية. دار جسور للنشر والتوزيع.

-حنور، ق. ع. خ. (2016). فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. المجلة التربوية، (46)، جامعة سوهاج، كلية التربية.

-ربيع، ش. م. (2013). علم نفس الشخصية (ط. 1). دار المسيرة.

-رأفات، أ. (2020). فعالية العلاج المعرفي بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري دراسة إكلينيكية في مشفى المواساة بدمشق. مجلة جامعة حماة، 3(17).

-رحاب، م. ا. (2022). تداعيات جائحة فيروس كورونا على أعراض الوسواس القهري من نظر المجتمع السعودي. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 6(33)، 102-117.

-زوريتا، ب. (2022). العلاج بالقبول والالتزام لاضطراب الشخصية الحدية (س. بن صالح العرجان، وت. شواش، مترجمون). دار الفكر.

-سرحان، ع.، وصالح، م. (2023). انتشار اضطراب الوسواس القهري والعوامل المرتبطة به أثناء جائحة كوفيد-19: دراسة مقطعية. في استكشاف فرص وتحديات الأعمال والتكنولوجيا بعد جائحة كوفيد-19 (ص. 1376-1383).

- سعيد، إ.، عبده، ر.، وطارق، ب. (2020). الدليل الشامل لفيروس كورونا المستجد (معارف عامة - طرق الوقاية - الرعاية النفسية - الشائعات). بيت الحكمة.
- طاهر، ت. م. ج.، الفضول، ش. ع. ا.، أبوطيحين، ع.، غازي، ح. ف.، وعبود، ن. ا. (2021). انتشار اضطراب الوسواس القهري (OCD) بين طلاب الطب الجامعيين العراقيين في وقت جائحة كوفيد-19. مجلة الطب النفسي الحالي في الشرق الأوسط، 28(8)، 1-8.
- طه، ف. ع. (2009). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (ط. 1). مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد المعطي، ح.، عواد، ع. ن.، وشاش، س. م. س. (2013). تعديل السلوك (دليل علمي وعملي للآباء والمربين والعاملين مع الأشخاص العاجين وذوي الاحتياجات الخاصة).
- عجاجة، ص. أ. (2020). فعالية برنامج علاجي انتقائي للحد من أعراض الوسواس القهري والأفعال القهرية (دراسة حالة). مجلة كلية التربية ببناها، 124(2)، الجزء (2).
- عرفه، ي. أ. (2023). العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري (دليل عملي تفصيلي للمعالج) (ط. 2). مكتبة الأنجلو المصرية.
- فتحي، م. ع. س. (2022). الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعة. مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)، 57(57)، كلية الآداب - جامعة الفيوم.
- قاصب، ب. (2021). المرشد في العلاج بالتقبل والالتزام. دار ومضة.
- كينزلي، ه.، كريج، ج.، واستبروك، د. (2018). مقدمة في العلاج المعرفي السلوكي المهارات والتطبيق (م. ابراهيم باجس، وب. عيد الشريف، مترجمون). دار الفكر.
- لاوسون. (2023). الدليل العملي للصحة النفسية العلاج المعرفي السلوكي/العلاج الجدلي السلوكي/العلاج بالتقبل والالتزام (ص. الشركسي، أ. عبد الله، وم. حلمي، مترجمون). المكتب العربي للمعارف.
- لونغ، ت. (2020). دليل الحماية الذاتية للأسر ضد فيروس كوفيد-19 (ط. 1). الدار العربية للعلوم ناشرون.
- لينهان، م. (2020). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (الأدلة وأوراق العمل) (س. العرجان، وت. شواش، مترجمون). دار الفكر.

- ليهى، ر. (2005). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (دليل عملي تفصيلي) (ج. يوسف، ون. الصبوة، مترجمون). دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ليهى، ر. (2006). العلاج النفسي المعرفي (ط. 1) (ج. سيد يوسف، وأ. محمد نجيب الصبوة، مترجمون). دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ماتيو، ب.، وروس، ل. (2016). الدليل العملي لمناهج البحث في العلوم الاجتماعية (ط. 1). دار الكتب المصرية.
- مايكل، ن.، ودرابدين، و. (2019). العلاج المعرفي السلوكي (ع. عبد الجواد خليفة أبو زيد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد، ز. م. ف. ا. (2022). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات. المجلة التربوية، (105)، الجزء (2)، كلية التربية - جامعة سوهاج.
- معمرية، ب. (2022). المرجع في البحث النفسي واجراءاته الميدانية (ط. 1). الأندلس للخدمات الجامعية، باتنة.
- مكاي، م.، وآخرون. (2022). العلاج المعرفي السلوكي حل القلق (ي. أمارة عرفه، وآخرون، مترجمون). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مكاي، م.، جرينبرج، م. ج.، وفانينج، ب. (2022). العلاج بالقبول والالتزام للاكتئاب والخزي (دليل عملي) (ع. خليفة أبو زيد عبد الجواد، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مكاي، م.، سي وود، ج.، وبرانتلي، ج. (2021). الدليل العملي لمهارات العلاج الجدلي السلوكي (ط. 2) (ع. خليفة، مترجم). مكتبة الأنجلو المصرية.
- منظمة الصحة العالمية. (2020). دليل توعوي صحي شامل عن فيروس كورونا المستجد كوفيد-19. الأنروا.
- موقع لاختيار القيم. <https://www.viacharacter.org>
- ناصر، ب. ع. ا. (2021). الاضطرابات النفسية الناجمة عن انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19) في المملكة العربية السعودية. مجلة AJSS، 37(1)، 82-101.

-هوفمان، إ. ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية) (ع. عيسى مراد، مترجم).

-هوكسيما، ن. س. (2023). علم النفس المرضي (الطبعة 1) (م. الشقيرات، وأ. المطارنة، مترجمون). دار الفكر.

-وايت، ت. (2021). اليقظة الذهنية دليلك خطوة\_خطوة نحو حياة أكثر سعادة (ط. 1) (س. العرجان، وف. الشبيخي، مترجمون). دار الفكر.

### • قائمة المراجع الأجنبية:

-Aardema, F., Bouchard, S., Koszycki, D., & Lavoie, M. E. (2022). Evaluation of Inference-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial with Three Treatment Modalities. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(5), 1-12.

-Abramowitz, J., McKay, D., & Storch, E. (2017). *The Wiley Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders, Volume 1*. Wiley Blackwell.

-Akhouri, D., Hamza, H., Kumar, S., & Reyazuddin, M. (2023). Acceptance and commitment therapy as an add-on treatment for the management of patients with obsessive-compulsive disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(Suppl 1), S179-S185.

-Alcazar, A. R., Parada-Navas, J. L., Dolores, M., Hernández García, & Pozza, A. (2023). Severity and Changes in OCD Dimensions during COVID-19: A Two-Year Longitudinal Study. *Brain Sciences*, 13.(8)

-American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed. DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.

-American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev. DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.

-Antony, M., Purdon, C., & Summerfeldt, L. (2007). *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. American Psychological Association.

-Bach, P., & Moran, D. (2008). *ACT in Practice, Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.

-Bennett, S. (2022). The effect of the COVID-19 Pandemic on Young People With OCD. *BJPsych Open*, 8(S1), S44-S44.

-Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2013). *The Dialectical Behavior Therapy Primer How DBT Can Inform Clinical Practice*. Wiley-Blackwell.

-Canadian Psychological Association. (2020). *Psychology Works Fact Sheet, Psychological Impacts of the Coronavirus (COVID-19)*.

- Capel, K. L., Zurita Ona, P., Moller, C., & Twohig, P. M. (2022). An Open Trial of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Response Prevention in an Intensive Outpatient Setting for Adults With OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Challacombe, F., Oldfield, V., & Salkovskis, P. (2011). *Break Free from OCD*. Vermilion.
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, M., & Lundgren, T. (2009). *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy, Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Dahl, J., Wilson, K., & Hayes, S. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Context Press, an imprint of New Harbinger Publications, Inc.
- De Silva, P., & Rachman, S. (2004). *Obsessive-Compulsive Disorder: The Facts* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Dehghani, M., Hakimi, H., Talebi, M., Rezaee, H., Mousazadeh, N., Ahmadiania, H., & Almasi, S. (2023). The relationship between fear of Covid-19 and obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychology*, 11.(1)
- Dennis, D., McGlinchey, E., & Wheaton, G. M. (2023). The perceived long-term impact of COVID-19 on OCD symptomology. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 38.(1)
- Digiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A Practitioner's Guide to Rational Emotive Behaviour Therapy* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Ebrahimi, A., Nasre Esfahan, E., Akuchekian, S., & Izadi, R. (2022). A randomized clinical trial: Comparison of group acceptance and commitment therapy with drug on quality of life and depression in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Medical Sciences*, 27(1), 9.
- Emamjomeh, M., Golbabazad, A., Salimi, A., & Ghabel Damirchi, B. (2021). Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and transcranial electrical stimulation on the beliefs and depression of people with obsessive-compulsive disorder. 2nd International Conference on Interdisciplinary Studies in Health Sciences, Psychology, Management and Educational Sciences. Montreal, Canada.
- Fabrizio, D. F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, C., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156-170.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 53-59.
- Farhoodi, F., Fadardi, J. S., Chamanabad, A. G., & Mirhoseini, S. H. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Exposure and Response Prevention on Patients with Contamination Obsessive-Compulsive Disorder and Scrupulosity. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 27.(11)

- Gcek Yorulmaz, E., Tekinsav Sutcu, S., Kuman Tuncel, O., Akkeçili, Y., & Pirildar, S. (2023). Effectiveness of an internet-based cognitive behavioral therapy program enriched with inferential confusion for obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*.
- Grabowy, P., Drożak, M., & Milanowska, J. (2022). The impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder - literature review. *Journal of Education Health and Sport*, 12(9), 202-209.
- Gragnani, A., Zaccari, V., Marconi, G., Femia, G., & Pellegrini, V. (2022). Cognitive–Behavioral Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder: The Results of a Naturalistic Outcomes Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 27-62.
- Grant, J., Chamberlain, S., & Odlaug, B. (2014). *Clinical Guide to Obsessive Compulsive and Related Disorders*. Oxford University Press.
- Gupta, A., Kashyap, A., Kansal, S., & Arun, P. (2021). To evaluate the effect of Acceptance and Commitment Therapy in OCD - A Preliminary Study. *Delhi Psychiatry Journal*, 24.(2)
- Gustafson, C. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy in 7 Weeks*.
- Habibollahi, A., & Soltanizadeh, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 2(4), 1-10.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Hayashida, K. (2011). A one-year prospective follow-up study on a standardized combination treatment of drug and cognitive-behavioral therapy for patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Osaka City Medical Center*.
- Hayes, S., & Strosahl, K. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer Science + Business Media, Inc.
- Hayes, S., Victoria, F., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. The Guilford Press.
- Huffman, C. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy: The Ultimate Guide to Using ACT to Treat Stress, Anxiety, Depression, OCD, and More, Including Mindfulness Exercises and a Comparison with CBT and DBT*. Amazon.
- James, A., & Lloyds, T. (2024). *DBT Skills Training Manual - A Comprehensive DBT Skills Training Manual for Therapists and Clients*. Gaius Quill Publishing.
- Joshi, A. (2018). *Rational Emotive Behaviour Therapy Integrated*. SAGE Publications India Pvt Ltd.
- Kalinin, V. (2014). *Obsessive-Compulsive Disorder: The Old and the New Problems*. InTech.
- Kashdan, T., & Ciarrochi, J. (2013). *Mindfulness, Acceptance, and Positive Psychology: The Seven Foundations of Well-Being*. New Harbinger Publications, Inc.

- Key, B., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120.
- Lafors, M., Bossé, J., & Mesly, O. (2016). Effectiveness of In Virtuo Exposure and Response Prevention Treatment Using Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Study Based on a Single-Case Study Protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 7.(3)
- Leahy, R. (2017). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. The Guilford Press.
- Luoma, J., Hayes, S., & Walser, R. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. New Harbinger Publications, Inc.
- Malas, O., & Dolores Tolsá, M. (2022). The COVID-19 Pandemic and the Obsessive-Compulsive Phenomena, in the General Population and among OCD Patients: A Systematic Review. *European Journal of Mental Health*, 17, 132-148.
- Mazza, M. (2020). *The ACT Workbook for OCD*. New Harbinger Publications.
- Miller, A. (2012). *Instructor's Manual for Aaron Beck on Cognitive Therapy*. Psychotherapy.net.
- Narayan Rathore, L. (2023). Use of ACT on patients with obsessive compulsive disorder. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 22(03), 32-38.
- Nash, C. (2023). Handwashing and Obsessive-Compulsive Disorder During COVID-19 Concerning Increased Negative Mental Health. *Journal of Mental Health Disorders*, 3(1), 18-30.
- Pederson, L. D. (2015). *Dialectical Behavior Therapy: A Contemporary Guide for Practitioners*. Wiley-Blackwell.
- Philip, J., & Cherian, V. (2020). Impact of COVID-19 on mental health of the elderly. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7.(6)
- Pirbazari, M. M., Narimani, M. M., & Abolghasemi, A. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Symptoms and Increasing Quality of Life in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in Interacting with OCD Family History. *Journal of Modern Psychology*, 1.(1)
- Polk, K., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix: A Step-by-Step Approach to Using the ACT Matrix Model in Clinical Practice*. Context Press.
- Rachman, S., & De Silva, P. (2009). *Obsessive-Compulsive Disorder (4th ed.)*. Oxford University Press.
- Rector, N. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale - Guide d'information*.
- Rector, N., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M., & Richter, M. (2001). *Obsessive-Compulsive Disorder: An Information Guide*. Centre for Addiction and Mental Health.

- Rees, C. S., Anderson, R. A., Kane, R., & Finlay-Jones, A. (2016). Online Obsessive-Compulsive Disorder Treatment: Preliminary Results of the "OCD? Not Me!" Self-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Program for Young People. *JMIR Mental Health*, 3.(3)
- Saeidi, L., Afsharina, K., Keivan Kakabraee, & Arefi, M. (2023). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) with metacognitive therapy (MCT) in objective cognitive information processing style of obsessive-compulsive patients (OCD). *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 371-40-23.
- Salmani, B., Hasani, J., & Zanjani, Z. (2022). Comparing individuals with obsessive compulsive disorder (OCD) and panic disorder (PD), with the nonclinical population on obsessive beliefs and COVID-19 stress two years after the beginning of the pandemic. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20.(1)
- Samhsa. (2021). Disaster Technical Assistance Center Supplemental Research Bulletin: A Preliminary Look at the Mental Health and Substance Use-related Effects of the COVID-19 Pandemic. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sauteraud, A. (2005). *Le trouble obsessionnel-compulsif*. Odile Jacob.
- Selchen, S., Hawley, L., Regev, R., Richter, P., & Rector, N. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: Stand-alone and post-CBT augmentation approaches. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 58-79.
- Sibanda-Mbanga, J., & Govender, S. W. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on obsessive compulsive disorder: a single case study. *BJPsych Open*, 7(S1), S120-S121.
- Soleimanvandiazar, N., Amirkafi, A., Shalbafan, M., Ahmadi, S. A. Y., Asadzandi, S., Shakeri, S., Saeidi, M., Panahi, R., & Nojomi, M. (2023). Prevalence of obsessive-compulsive disorders (OCD) symptoms among health care workers in COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23.(862)
- Tolin, D. (2023). *The Oxford Handbook of Obsessive-Compulsive Disorders* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Tundo, A., Salvati, L., Di Spigno, D., & Falcini, R. (2009). Effectiveness of the addition of cognitive-behavioral therapy for medication non-responder patients with obsessive compulsive disorder. A 12-month naturalistic study. *Italian Journal of Psychopathology*, 15, 243-249.
- Twohig, M., & Hayes, S. (2008). *ACT Verbatim for Depression & Anxiety: Annotated Transcripts for Learning Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
- Twohig, M., Levin, M., & Ong, C. (2021). *ACT in Steps: A Transdiagnostic Manual for Learning Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press.
- Twohig, P. M., Whittal, L. M., Cox, M. J., & Gunter, W. R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioural Consultation and Therapy*, 6(1), 67-68.
- United Nations. (2020). *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*.

- Veale, D., & Willson, R. (2005). *Overcoming Obsessive Compulsive Disorder (A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques)*. Robinson, London.
- Wenzel, A. (2021). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy, Volume 1*. American Psychological Association.
- Wheaton, G. M., Ward, E. H., Silber, A., & McIngvale, E. (2021). How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms? *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 1.
- Won Lee, S., Choi, M., & Jae Lee, S. (2022). A randomized controlled trial of group-based acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27.(3)
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Zadbar, M., Manshaei, G., & Jeshvaghani, A. A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Virtual Reality Exposure Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in People with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Assessment and Research in Applied Counselling*, 5(4), 113-124.
- Zemestani, M., Salavati, M., Seyedolshohadayi, A., & Petersen, J. M. (2020). A Preliminary Examination of Acceptance and Commitment Therapy Versus Exposure and Response Prevention for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder on an Optimal Dose of SSRIs: A Randomized Controlled Trial in Iran. *Behavior Modification*, 46.(1)

## قائمة الملاحق:

الملحق (1): الخصائص السيكومترية لمقياس الدراسة (الصدق والثبات)

\_صدق الاتساق الداخلي بواسطة معامل بيرسون /معامل ألفا كرونباخ للثبات:

صدق الاتساق الداخلي:

### Corrélations

		TOTAL
BO3D1	Corrélation de Pearson	,945**
	Sig. (Bilatérale)	,000
	N	8
BO3D2	Corrélation de Pearson	,847**
	Sig. (Bilatérale)	,008
	N	8

الثبات بواسطة ألفا كرونباخ

ثبات المقياس ككل:

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	8	100,0
	Exclue <sup>a</sup>	0	,0
	Total	8	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,627	10

الملحق (2): جداول المعالجة الإحصائية (الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة)

\_ الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسات (الوسواس القهري/ الأفكار الوسواسية/ الأفعال القهرية)

(قبلي/بعدي/تبعي):

Descriptives

		Statistiques	Erreur standard
القياس القبلي	Moyenne	25,8333	1,53659
الوسواس القهري	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	21,8834
		Borne supérieure	29,7833
	Moyenne tronquée à 5 %	25,6481	
	Médiane	25,0000	
	Variance	14,167	
	Ecart type	3,76386	
	Minimum	22,00	
	Maximum	33,00	
	Plage	11,00	
	Plage interquartile	4,25	
	Asymétrie	1,713	,845
	Kurtosis	3,747	1,741
القياس البعدي	Moyenne	11,3333	1,49815
الوسواس القهري	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	7,4822
		Borne supérieure	15,1844
	Moyenne tronquée à 5 %	11,3148	
	Médiane	11,0000	
	Variance	13,467	
	Ecart type	3,66970	
	Minimum	6,00	
	Maximum	17,00	
	Plage	11,00	
	Plage interquartile	5,00	
	Asymétrie	,185	,845
	Kurtosis	,908	1,741
القياس التبعي	Moyenne	10,1667	3,16667
	Borne inférieure	2,0265	

Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne supérieure	18,3068	
	Moyenne tronquée à 5 %	9,8519	
	Médiane	9,5000	
	Variance	60,167	
	Ecart type	7,75672	
	Minimum	3,00	
	Maximum	23,00	
	Plage	20,00	
	Plage interquartile	12,50	
	Asymétrie	,868	,845
	Kurtosis	,098	1,741

Descriptives

		Statistiques	Erreur standard	
القياس القبلي	Moyenne	14,1667	1,24944	
القياس اللاحق للافكار الوسواسية	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	10,9549	
		Borne supérieure	17,3785	
		Moyenne tronquée à 5 %	13,9630	
		Médiane	13,0000	
		Variance	9,367	
		Ecart type	3,06050	
		Minimum	12,00	
		Maximum	20,00	
		Plage	8,00	
		Plage interquartile	4,25	
		Asymétrie	1,837	,845
		Kurtosis	3,373	1,741
	القياس البعدي	Moyenne	6,5000	,42817
القياس اللاحق للافكار الوسواسية	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	5,3993	
		Borne supérieure	7,6007	
		Moyenne tronquée à 5 %	6,5000	
		Médiane	6,5000	
		Variance	1,100	
		Ecart type	1,04881	

	Minimum	5,00	
	Maximum	8,00	
	Plage	3,00	
	Plage interquartile	1,50	
	Asymétrie	,000	,845
	Kurtosis	-,248	1,741
القياس التبعي	Moyenne	6,6667	1,54200
للافكار	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	2,7028
الوسواسية		Borne supérieure	10,6305
	Moyenne tronquée à 5 %	6,6296	
	Médiane	7,0000	
	Variance	14,267	
	Ecart type	3,77712	
	Minimum	2,00	
	Maximum	12,00	
	Plage	10,00	
	Plage interquartile	7,00	
	Asymétrie	,087	,845
	Kurtosis	-1,101	1,741

Descriptives

		Statistiques	Erreur standard
القياس القبلي للأفعال	Moyenne	11,6667	,55777
القهرية	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	10,2329
		Borne supérieure	13,1005
	Moyenne tronquée à 5 %	11,6852	
	Médiane	12,0000	
	Variance	1,867	
	Ecart type	1,36626	
	Minimum	10,00	
	Maximum	13,00	
	Plage	3,00	
	Plage interquartile	3,00	
	Asymétrie	-,523	,845
	Kurtosis	-1,875	1,741
	Moyenne	4,8333	1,47007

القياس العددي للأفعال القهرية	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	1,0544	
		Borne supérieure	8,6123	
		Moyenne tronquée à 5 %	4,8148	
		Médiane	5,0000	
		Variance	12,967	
		Ecart type	3,60093	
		Minimum	,00	
		Maximum	10,00	
		Plage	10,00	
		Plage interquartile	6,25	
		Asymétrie	,086	,845
		Kurtosis	-,641	1,741
	القياس التبعي للأفعال القهرية		Moyenne	3,3333
Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Borne inférieure	-1,2491	
		Borne supérieure	7,9157	
		Moyenne tronquée à 5 %	3,0926	
		Médiane	2,0000	
		Variance	19,067	
		Ecart type	4,36654	
		Minimum	,00	
		Maximum	11,00	
		Plage	11,00	
		Plage interquartile	6,50	
		Asymétrie	1,241	,845
		Kurtosis	1,131	1,741

الملحق (3): جداول اختبار اعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسة

\_ اختبار كولموغوروف سيميرنوف واختبار شايبرو ويلك لاعتدالية التوزيع لمتغيرات الدراسات (الوسواس القهري/الأفكار الوسواسية/الأفعال القهرية) (قبلي/بعدي/تبعي):

:-

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
القياس القبلي للوسواس القهري	,316	6	,062	,823	6	,093
القياس البعدي للوسواس القهري	,192	6	,200 <sup>*</sup>	,972	6	,908
القياس التبعي للوسواس القهري	,204	6	,200 <sup>*</sup>	,881	6	,276

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
القياس القبلي للأفكار الوسواسية	,315	6	,063	,765	6	,028
القياس البعدي للأفكار الوسواسية	,183	6	,200 <sup>*</sup>	,960	6	,820
القياس التبعي للأفكار الوسواسية	,167	6	,200 <sup>*</sup>	,964	6	,847

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
لقياس القبلي للأفعال القهرية	,263	6	,200 <sup>*</sup>	,823	6	,093
لقياس البعدي للأفعال القهرية	,127	6	,200 <sup>*</sup>	,990	6	,988
لقياس التبعي للأفعال القهرية	,277	6	,165	,818	6	,084

\*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

الملحق (4): جداول اختبار (t test) لمتغيرات الدراسة

اختبار (t test) للفروق لمتغيرات الدراسات (الوسواس القهري/الأفكار الوسواسية/الأفعال القهرية)  
(قبلي/بعدي/تبعي):

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 القياس القبلي للوسواس القهري	25,8333	6	3,76386	1,53659
القياس البعدي للوسواس القهري	11,3333	6	3,66970	1,49815

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 القياس القبلي للوسواس القهري & القياس البعدي للوسواس القهري	6	-,487	,327

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 القياس القبلي للوسواس القهري - القياس البعدي للوسواس القهري	14,50000	6,41093	2,61725	7,77214	21,22786	5,540	5	,003

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 القياس البعدي للوسواس القهري	11,3333	6	3,66970	1,49815
القياس التبعي للوسواس القهري	10,1667	6	7,75672	3,16667

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 القياس البعدي للوسواس القهري & القياس التبعي للوسواس القهري	6	,426	,399

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 القياس البعدي للوسواس القهري - القياس التبعي للوسواس القهري	1,16667	7,02614	2,86841	-6,20682	8,54015	,407	5	,701

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 القياس القبلي للوسواس القهري	25,8333	6	3,76386	1,53659
القياس التبعي للوسواس القهري	10,1667	6	7,75672	3,16667

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 القياس القبلي للوسواس القهري & القياس التبعي للوسواس القهري	6	-,218	,678

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للوسواس القهري - القياس التبعي للوسواس القهري القياس القبلي للوسواس القهري	15,66667	9,33095	3,80935	5,87443	25,45890	4,113	5	,009

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوسواسية القياس القبلي للأفكار الوسواسية	14,1667	6	3,06050	1,24944
القياس البعدي للأفكار الوسواسية القياس البعدي للأفكار الوسواسية	6,5000	6	1,04881	,42817

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوسواسية & القياس البعدي للأفكار الوسواسية	6	,093	,860

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوسواسية – القياس البعدي للأفكار الوسواسية	7,66667	3,14113	1,28236	4,37026	10,96308	5,979	5	,002

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
<b>Paire 1</b> القياس البعدي للأفكار الوسواسية	6,5000	6	1,04881	,42817
القياس التبعي للأفكار الوسواسية	6,6667	6	3,77712	1,54200

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
<b>Paire 1</b> القياس البعدي للأفكار الوسواسية & القياس التبعي للأفكار الوسواسية	6	,101	,849

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
<b>Paire 1</b> القياس البعدي للأفكار الوسواسية - القياس التبعي للأفكار الوسواسية	-,16667	3,81663	1,55813	-4,17197	3,83864	-,107	5	,919

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوسواسية	14,1667	6	3,06050	1,24944
القياس التبعي للأفكار الوسواسية	6,6667	6	3,77712	1,54200

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوسواسية & القياس التبعي للأفكار الوسواسية	6	-,202	,701

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفكار الوساوسية – القياس التبعي للأفكار الوساوسية	7,50000	5,31977	2,17179	1,91724	13,08276	3,453	5	,018

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
<b>Paire 1</b> القياس القبلي للأفعال القهرية	11,6667	6	1,36626	,55777
القياس البعدي للأفعال القهرية	4,8333	6	3,60093	1,47007

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
<b>Paire 1</b> لقياس القبلي للأفعال القهرية & لقياس البعدي للأفعال القهرية	6	,312	,548

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 القياس القبلي للأفعال القهرية القياس البعدي للأفعال القهرية	6,83333	3,43026	1,40040	3,23350	10,43317	4,880	5	,005

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 القياس البعدي للأفعال القهرية	4,8333	6	3,60093	1,47007
القياس التبعي للأفعال القهرية	3,3333	6	4,36654	1,78263

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 القياس البعدي للأفعال القهرية & القياس التبعي للأفعال القهرية	6	,373	,466

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 القياس البعدي للأفعال القهرية - القياس التبعي للأفعال القهرية	1,50000	4,50555	1,83938	-3,22829	6,22829	,815	5	,452

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
القياس القبلي للأفعال القهرية	11,6667	6	1,36626	,55777
القياس التبعي للأفعال القهرية	3,3333	6	4,36654	1,78263

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 & القياس القبلي للأفعال القهرية & القياس التبعي للأفعال القهرية	6	,022	,966

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					T	Ddl	Sig. (Bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 القياس القبلي للأفعال القهرية - القياس التبعي للأفعال القهرية	8,33333	4,54606	1,85592	3,56254	13,10413	4,490	5	,006

## الملحق (5) مقياس ييل براون للوسواس القهري

### Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المفحوص: .....

رقم الملف: .....

التاريخ: .....

رجاء ضع علامة (/) على يمين العبارة التي توضح معدل حدوث كل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت هذه الجلسة.

#### 1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوساوسية:

0	لا شيء
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحياناً (بمعدل 8 مرات فأقل يومياً)
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيراً (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوساوسية)
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث كثيراً جداً (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادراً ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)

#### 2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوساوسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية:

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
3	تسبب خللاً كبيراً في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
4	تسبب خللاً بليغاً

### 3-مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الو سواسية:

لا يوجد	
خفيف (أحياناً)، ليس مزعجاً	1
متوسط (غالباً) ومزعج ولكن يمكن السيطرة عليه	2
شديد (أغلب الوقت) ومزعج جداً	3
توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريباً	4

### 4-مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الو سواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة):

لا أبذل جهد حتى أقاوم دائماً أو (الأفكار قليلة جداً بحيث لا حاجة للمقاومة).	0
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	1
أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	2
أستسلم لكل الأفكار الو سواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون ذلك بعد تردد.	3
أستسلم كلية وبارادتي للأفكار الو سواسية كلها	4

### 5-مقدار سيطرتك على الأفكار الو سواسية:

سيطرة تامة	0
سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.	1
سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.	2
سيطرة قليلة، نادراً ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة	3
لا سيطرة، نادراً ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.	4

مجموع الدرجات = ( )

6-مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية:

0	لا شيء
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال أحياناً (لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
2	من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيراً (أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيراً جداً (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم).
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادراً ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال).

7-مقدار التعارض الذي تحدته الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية:

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يتأثر.
2	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.
3	تسبب خللاً كبيراً في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.
4	تسبب عجزاً كبيراً

8-مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية:

0	لا يوجد
1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال.
2	يظهر القلق لكن لا يمكن تحمله
3	قلق واضح ومزعج للغاية.
4	قلق شديد يسبب عجزاً بليغاً

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة):

0	أبذل جهد حتى أقاوم دائماً أو (أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة).
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.
3	أعمل بعض المحاولات للمقاومة.
4	استسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة السيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
5	أستسلم كلية وبارادتي لكل الأفعال القهرية.

10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية:

0	سيطرة تامة.
1	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة.
2	أحياناً أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.
3	أستطيع بصعوبة أن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب القيام بما حتى النهاية.
4	نادراً ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.

مجموع الدرجات = ( )

مجموع الدرجات الكلي = ( )

## تصحيح المقياس:

ماذا يعني تقييمك في مقياس بيل-براون للوسواس القهري:

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في مقياس بيل-براون للوسواس القهري
خفيف جدا	7 - 0
خفيف	15 - 8
متوسط	23 - 16
ملحوظ	31 - 24
شديد	40 - 32

## تفسير درجات المقياس:

\* (0 - 7): أعراض وسواس قهري خفيفة جدا في الغالب لا تحتاج إلى العلاج إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب مواقف كثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.

\* (8 - 15): أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعرض في حياتك بطرق ملحوظة. (إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة).

\* (16 - 23): أعراض متوسطة، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

\* (24 - 31): أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة.

\* (32 - 40): أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزاً بالغا، قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواسي القهري.

## الملحق (6): استمارة تحكيم البرنامج

جامعة أكلي محمد أولحاج-البويرة

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

استمارة تحكيم البرنامج العلاجي

الأستاذة المشرفة: حلوان زوينة

الطالبة: رانيا بن نوة

اسم ولقب الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	المهنة الحالية	مكان العمل

أستاذي الكريم، أستاذتي الكريمة:

في إطار الإعداد لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس العيادي، الموسومة بعنوان:

"فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المتضررين من جائحة كورونا"، نضع تحت تصرفكم هذا البرنامج العلاجي الذي يستند أساساً على الإطار العام للنظرية المعرفية السلوكية ونظرية العلاج بالتقبل والالتزام خصوصاً، الرجاء منكم تحكيم النقاط التالية:

الجزء الأول: التحكيم العام للبرنامج

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	إجراءات البرنامج
			فكرة البرنامج العامة
			محتوى البرنامج العام
			عنوان الجلسات
			ترتيب الجلسات
			عدد الجلسات
			مدة الجلسات
			التقنيات المستخدمة

الملحق (7) قائمة الأساتذة والمختصين المحكمين للبرنامج العلاجي

الاسم واللقب	المهنة	الدرجة العلمية	التخصص	الايمل
بورجي شاكرو أمير الدين	أستاذ بجامعة سطيف (2)	أستاذ محاضر أ	علم النفس الصحة	<a href="mailto:de.chaker@gmail.com">de.chaker@gmail.com</a>
نزينة بو القمح	أستاذة بالمركز الجامعي مرسلي عبد الله تيبازة	أستاذ محاضر أ	الصحة النفسية	<a href="mailto:naziha.boulkamh@gmail.com">naziha.boulkamh@gmail.com</a>
بوعلام قاصب	أخصائي نفسي درجة 2 خلية الإصغاء ووقاية صحة الشباب وزارة الشباب والرياضة	دكتوراه	الإرشاد النفسي والصحة النفسية	<a href="mailto:jeusu213@yahoo.fr">jeusu213@yahoo.fr</a>
إيمان بوقفة	مختصة نفسانية ممارسة متخصصة في العلاج بالتقبل والالتزام	دكتوراه	علم النفس العيادي	<a href="mailto:I.bougueffa@icloud.com">I.bougueffa@icloud.com</a>
عبد الرحمان دمارجي	مختص نفسي ممارس	طالب دكتوراه	علم النفس العيادي	<a href="mailto:abderrahmanedamardji87@gmail.com">abderrahmanedamardji87@gmail.com</a>
سعاد بلخيرات	مختصة نفسانية ممارسة	طالبة دكتوراه	علم النفس العيادي	<a href="mailto:belkhiratsouad490@gmail.com">belkhiratsouad490@gmail.com</a>

## الملحق (8): وثيقة التعاقد

### وثيقة التعاقد

اتفق الطرفان الموقعان أدناه على أن يلتزم الطرف الثاني المفحوص بالبنود التالية:

- الالتزام بحضور الجلسات العلاجية.
- الاستمرار بمتابعة العلاج.
- احترام قواعد الجلسات العلاجية المتفق عليها.
- الالتزام بالزمن المحدد لكل جلسة.
- ألا ينهي الطرف الثاني العلاج بنفسه إلا بعد موافقة الطرف الأول المعالج.

ولقد ارتضى الطرفان بهذه البنود

المفحوص:

الإمضاء

المعالجة النفسية:

الإمضاء

الملحق رقم (9)

# دليل المقابلة

من إعداد الأخصائية النفسية: رانيا بن نوة

## 1\_ بيانات شخصية:

الاسم:

اللقب:

العمر:

الجنس:

الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق أرمل

إذا كان متزوجا:

عمر الزوج:

طبيعة العلاقة مع الزوج:

عدد الأولاد:

المستوى التعليمي:

المهنة:

## 2\_ بيانات حول التركيب الأسري:

العلاقة بين الأم والأب: مستمرة مطلقان

الأب: على قيد الحياة\متوفي طبيعة العلاقة:

الأم: على قيد الحياة\متوفية طبيعة العلاقة:

عدد الإخوة:

الترتيب في الأسرة:

طبيعة العلاقة مع الإخوة:

الاهتمامات والهوايات:

## 3\_ بيانات متعلقة باضطراب الوسواس القهري:

نوع الوسواس القهري:

تاريخ بداية الاضطراب:

مسار الاضطراب: متزايد متناقص ثابت متذبذب

هل يوجد من الأقارب شخص لديه وسواس قهري:

هل راجعت متخصصا من قبل:

هل تحسنت بعد المراجعة:

هل تأخذ أدوية نفسية: إسم العقار إن وجد:

هل توجد أحداث وقعت قبل ظهور الاضطراب:  
الأداء المهني والاجتماعي الحالي : ممتاز جيد مقبول أقل من المقبول

بيانات لتقييم التصلب النفسي (نعم/لا):

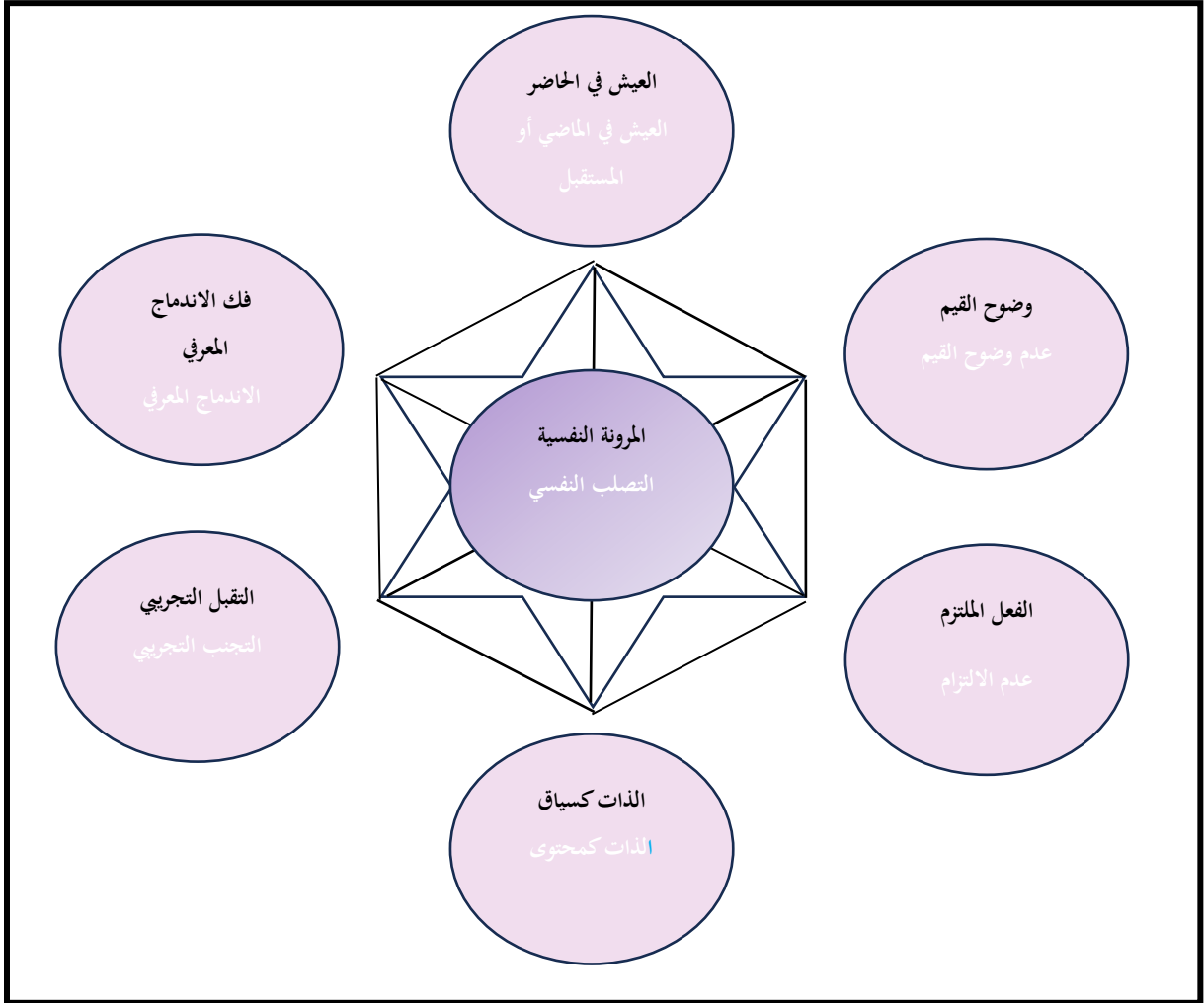
المعيار	الإجابة
تجنب المشاعر والأفكار والذكريات المؤلمة	
الاندماج مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات	
الانشغال بالماضي أو المستقبل بدلاً من الحاضر	
وضوح القيم والأهداف	
الالتزام بسلوكيات تعكس القيم الأساسية	
الاندماج مع محتوى الذات	

الملحق رقم (10): ورقة عمل لتسجيل الملاحظات

ورقة عمل لتسجيل الملاحظات

الأيام	الأفكار الملاحظة	المشاعر الملاحظة	السلوك الملاحظ
السبت			
الأحد			
الاثنين			
الثلاثاء			
الأربعاء			
الخميس			
الجمعة			

## الملحق رقم (11): نموذج هيكسافليكس للمرونة النفسية مقابل التصلب النفسي



## الملحق رقم (12): تقنيات التقبل الشائعة

تقنيات التقبل الأكثر شيوعاً (مع الأحاسيس والمشاعر) (يمكن تطبيقها أيضاً على الأفكار):

هناك العديد من تقنيات التقبل وسنعرض عليكم أكثرها شيوعاً واستخداماً ومن ضمن هذه التقنيات سندرج معها كل من: الذات المراقبة، واختيار التجريب/الشعور، والاستعارات.

### 1- اليد الشافية:

ضع يدك على الجزء من جسمك حيث تجد ان الإحساس في ذلك الجزء أكثر شدة او حدة، تخيل أنها "يد شافية" - يد مربي/مربية أو أحد الوالدين أو زوجك(تك). دع الحرارة تسترسل إلى ذلك الجزء - ليس لأجل التخلص من هذا الإحساس، بل لأجل التفتح عليه، وافسح المجال له، وتناوله بلطف ونعومة.

### 2-التخفيف/التلطيف:

حاول معرفة ما إذا كان بإمكانك التخفيف من الإحساس.

### 3- اسمح:

حاول معرفة ما إذا كان بإمكانك تقبل وجود هذا الإحساس، أنت لست ملزماً أن تحب هذا الإحساس أو ترغب فيه- فقط تقبل وجوده.

### 4- تفتح:

حاول معرفة ما إذا كان بإمكانك أن تفتح على هذا الإحساس، إن تفتحك على هذا الإحساس يخلق كل هذه المساحة او المجال داخلك.

### 5- الذات المراقبة (التي تلاحظ فقط):

اتخذ خطوة للوراء وانظر إلى هذا الشعور او الاحساس انطلاقاً من ذاتك المراقبة/الملاحظة.

### 6- كن مثل العالم الفضولي:

راقب حيث يكون هذا الإحساس في جسمك قم بتكبير وتقريب ذلك المكان لاحظه كما لو كنت عالماً فضولياً لم ير مثل هذا الشيء أبداً، ما هي حدود هذا الإحساس؟ من أين يبدأ وأين يتوقف؟ هل هو متنقل أم ثابت؟ هل هو إحساس سطحي أم عميق بداخلك؟ حار أو بارد؟ خفيف أم ثقيل؟

7- اختار أن أجرب/اشعر:

لنفترض أنني سأقدم لك خيارات، وعليك ان تختار:

(أ) - إما ألا تلزم نفسك أبداً أن تجرب او تشعر بهذا الإحساس مرة أخرى، لكن هذا يعني أنك ستفقد القابلية أن تكون محبوباً أو تفقد الاهتمام.

(ب) - أو أن تحصل على الحب أو الاهتمام، ولكن إذا ما كان هناك فجوة بين ما تريده وبين ما لديك، ستظهر أحاسيس مثل هذه إذا ماذا ستختار؟

8- اجعله موضوعياً:

تخيل وكأنك تتحسس شيء ما، هل هو سائل، صلب أم غازي؟ ما حجمه؟ هل خفيف أم ثقيل؟ ما درجة حرارته؟ هل يتواجد على السطح أم أنه عميق؟ ما شكله؟ ما لونه؟ هل هو شفاف أم لا؟ ملمسه، هل هو ساخن، بارد، خشن أو ناعم، مبلل أو جاف؟

9- الرحمة/الشفقة:

امسك هذا الإحساس بلطف كما لو كان طفلاً رضيعاً يبكي بين يديك برحمة ولطف.

10- مفتاح (مثل قاطع التيار) الكفاح/الصراع:

هل المفتاح او القفل لديك مشغل أو متوقف أو انه عند نقطة الوسط التي نسميها "نقطة التحمل"؟

على مقياس من (0 إلى 10) حيث الدرجة (10) هو الحد الأقصى لصراعك، والدرجة (0) لا يوجد صراع على الإطلاق، في هذه اللحظة بالذات، قيم نفسك انظر في أي مستوى أنت؟ هل أنت على استعداد الآن لتتحقق ما إذا كنت قادراً على النزول بدرجة أو اثنتين؟

11- اجعله طبيعياً/عادياً:

إن هذا الإحساس الذي تجده يشهد على حقيقة أنك إنسان طبيعي وعادي، لديه قلب ويهمه الأمر، هذا ما يشعر به الناس عندما تكون هناك فجوة بين ما يريدونه وما لديهم.

12- استنشق هذا الإحساس إلى داخلك:

استنشق هذا الإحساس إلى داخلك، حيث يبدو كما لو أن أنك تستنشق الهواء، حيث يدخل إلى رئتيك ثم يخرج منهما.

13- لاحظ:

لاحظ جيداً مكان تواجد هذا الإحساس.

لاحظ جيداً المكان الأكثر شدة.

لاحظ جيداً النقاط الساخنة والنقاط الباردة.

لاحظ جيداً الظلال المختلفة في هذا الإحساس..

## الملحق رقم (13): الاندماج المعرفي مقابل فك الاندماج

- في الاندماج المعرفي:
- تبدو الأفكار حقيقة؛ يبدو الأمر كما لو أن ما نفكر فيه موجود بالفعل هنا والآن!
- الأفكار هي الواقع الفعلي؛ نصدقها حرفياً!
- الأفكار هامة؛ نأخذها على محمل الجد، ونوليها كل اهتمامنا!
- الأفكار عبارة عن أوامر؛ نطيعها تلقائياً (طاعة عمياء)!
- تبدو الأفكار حكيمة؛ نفترض أنها تعرف أفضل، ونحن نتبع نصائحها!
- أما في فك الاندماج المعرفي:
- الأفكار مجرد أصوات، كلمات، قصص، أجزاء من اللغة، تمر عبر أدمغتنا.
- قد تكون الأفكار صحيحة وقد لا تكون كذلك؛ لا نصدقها بشكل تلقائي.
- قد تكون الأفكار مهمة وقد لا تكون كذلك؛ ننتبه فقط إذا كانت مفيدة ومجدية.
- الأفكار ليست أوامر؛ لا يتعين علينا طاعتها.
- قد تكون الأفكار حكيمة وقد لا تكون كذلك؛ لا نتبع نصائحها بشكل تلقائي.
- أسئلة مفيدة للأفكار غير المجدية:
- هل هذه الفكرة مفيدة بأي شكل من الأشكال أو أنها مساعدة؟
- هل هي قصة قديمة؟ هل سمعت بها من قبل؟
- ما الذي سأحصل عليه إذا اعتقدت بصحة هذه القصة؟
- هل يمكن أن يكون هذا مفيداً لي، أم أنها مجرد ثرثرة لذهني فقط؟
- هل تساعدني هذه الفكرة في اتخاذ إجراءات فعالة؟
- هل سأثق في ذهني أو في خبرتي؟

## الملحق رقم (14): تمرين التمركز ببساطة

### Simple Centering

#### تمرين: التمركز ببساطة Simple Centering

- امضي قدما وخذ وضعا مريحاً في مقعد جلوسك، اجلس منتصباً مع تسطيح قدميك واضغط عليهما على الأرض، وباعد قليلاً بين ذراعيك وساقيك، وضع يديك بلطف على ركبتيك [5 ثوان].
- اغلق عيناك بلطف [5 ثوان].
- تنفس بلطف: شهيق.. زفير، شهيق... زفير [10 ثوان]، لاحظ صوت أنفاسك واستشعر أنفاسك وأنت تقوم بالشهيق والزفير [10 ثوان].
- الآن حول انتباهك إلى مكان تواجدك فقط، لاحظ أي صوت قد تسمعه بالقرب منك ثم أبعد منك [5 ثوان].
- لاحظ كيفية جلوسك على مقعدك واشعر بمكان تماس جسمك بالمقعد [5 ثوان].
- ما الذي تحسه أو تشعر به في هذه الوضعية؟ [5 ثوان].
- كيف تشعر وأنت تجلس حيث تجلس؟ [10 ثوان].
- بعد ذلك، لاحظ الأماكن التي يمس فيها جسمك نفسه، وانتبه إلى المكان الذي تلمس يديك ركبتيك [5 ثوان].
- والآن، تخيل أن انتباهك ووعيك يتدفق من خلال فخذيك إلى ساقيك إلى حيث تلمس قدماك الأرض كيف تشعر بقدميك في هذا الموقف؟ [10 ثوان].
- لاحظ أيضاً أن قدميك مثبتتان على الأرض والأرض تحتك [10 ثوان].
- الآن قم ببسط وعيك واجعله يتسع أكثر فأكثر ولاحظ فقط الأحاسيس في بقية جسمك [5 ثوان].
- إذا كنت تشعر بأي إحساس في جسمك، فقط لاحظ ذلك واعترف بوجوده [5 ثوان].
- لاحظ أيضاً كيف يمكن لتلك الأحاسيس أن تتغير أو تتحول من تلقاء نفسها من لحظة إلى أخرى، لا تحاول أن تغيرها أنت، بل دعها تتغير لوحدها [10 ثوان].
- الآن، اسمح لنفسك بالعودة إلى مكان جلوسك-هنا، من خلال هذا التمرين، ستعرف ما إذا كنت تشعر بذاتك الملاحظة هنا والآن.

- الآن، لماذا أنت هنا؟ [10 ثوان]

- إذا كان يبدو لك هذا غريباً، لاحظ ذلك وأرجع انتباهك غلى مكانك جلوسك، واستشعر بقيمة تواجدك هنا والآن [10 ثوان].

- حاول معرفة ما إذا كان بإمكانك أن تسمح لنفسك أن تتواجد مع ما تخشاه في مكان واحد، لاحظ فيما إذا كان يخاللك أي شك وتحفظ ومخاوف وتوجس [5 ثوان].

- حاول معرفة ما إذا كان يمكنك فقط ملاحظة ذلك، والاعتراف بوجوده، وأن تفسح له المجال وتخلق له مساحة، لست في حاجة إلى إجباره على الذهاب [10 ثوان].

- مع كل نَفَس، تخيل أنك تقوم بخلق مساحة أكبر وأكثر لهذه الأحاسيس، ومساحة أكبر لأن تكون أنت، هنا حيث أنت [5 ثوان].

- الآن، حاول معرفة ما إذا كنت قادراً على أن تكون حاضراً ما يهمك والتزاماتك ولو للحظات، لماذا أنت هنا؟ [5 ثوان].

- إلى أين تريد الذهاب؟ [5 ثوان].

- ما الذي تريد أن تفعله في حياتك؟ [10 ثوان].

- بعد هذا، إذا كنت مستعداً، دعك من هذه الأفكار وزد انتباهك تدريجياً لتستمع إلى الأصوات من حولك وإلى النسمات العليلية، وافتح عينيك ببطء قصد إيصال هذا الوعي إلى اللحظة الحالية وما تبقى من يومك.

## الملحق رقم (15): تمرين تركز في قلبك

### Centering into Your Heart

#### التمرين التجريبي: تركز في قلبك Centering into Your Heart

امضي قدماً وخذ وضعية مريحة في مقعدك.

- اجلس منتصباً مع الضغط على قدميك على الأرض، وباعد بين ذراعيك وساقيك قليلاً دون تقاطع، واترك ذراعيك ويديك تستريح على ركبتيك [5 ثوان].
- اغلق عينيك بلطف [10 ثوان].
- تنفس بلطف وهدوء: شهيق-زفير، شهيق زفير مرتين [10 ثوان].
- أثناء قيامك بذلك، لاحظ الصوت وكيف تبدو أنفاسك [10 ثوان].
- الآن حول انتباهك إلى مكان جلوسك فقط، لاحظ أي صوت قد تسمعه بالقرب منك، أو أبعد [5 ثوان].
- لاحظ كيف تجلس على مقعدك، ما هي الأحاسيس التي تخالجك؟ [10 ثوان].
- بعد ذلك، لاحظ النقاط التي تشعر ان جسمك يلمس فيها المقعد، وحول وانتباهك إلى النقاط التي تلمس فيها يديك ركبتيك أو ساقيك [5 ثوان].
- والآن، تخيل أن وعيك، انتباهك، وعقلك يتدفق عبر وركيك نزولاً إلى حيث تلمس قدميك الأرض، كيف تشعر بقدميك في هذا الموقف؟ [5 ثوان].
- لاحظ أيضاً أن قدميك مثبتتان على الأرض وأن الأرض تحتك [10 ثوان].
- الآن قم ببسط انتباهك ووعيك أكثر ولاحظ فقط الأحاسيس المتدفقة في بقية جسمك، إذا شعرت بأي إحساس في جسمك، لاحظه او راقبه فقط واعترف بوجوده [10 ثوان].
- لاحظ أيضاً كيف يمكنه (أي ذلك الإحساس)، أن يتغير أو يتحول من لحظة إلى أخرى، لا تحاول تغييره [10 ثوان].

- عندما تشعر أنك جاهز، تابع، واسمح لوعيك وانتباهك بالتراجع، وبيطء شديد ولطف، عد إلى أنفاسك، وكن هنا، حيث أنت هنا (هنا والآن) [5 ثوان].

- لاحظ أنه لا تزال أنفاسك معك، وجنباً إلى جنب، ارتفاع بطنك وهبوطه أثناء الشهيق والزفير [5 ثوان].

تحيل أنك مع كل نَفَس، تخلق مساحة أكثر فأكثر بداخلك لتكون هنا فقط [5 ثوان].

- دع كل نَفَس يُوسع في قلبك، واخلق مساحة أكبر في داخلك أثناء شهيقك ثم زفيرك ببطء [5 ثوان].

- لاحظ المساحة التي تكبر فيها حتى لو كانت مساحة أقل مع كل شهيق، ثم تليين شيئاً فشيئاً مع كل زفير [10 ثوان].

- الآن، استحضر وعيك إلى تلك المساحة بداخلك في مركزك في منتصف صدرك [10 ثوان].

- تحيل إبقاء وعيك في تلك المساحة الخاصة القريبة من قلبك، مهما كانت كبيرة أو صغيرة [10 ثوان].

- دع وعيك وانتباهك يستقر ويستريح هناك بسهولة، وتنفس برفق واشعر بأنفاسك في تلك المساحة حول قلبك [10 ثوان].

- مع استقرار وعيك وانتباهك في تلك المساحة من الصدر (المساحة القلبية)، أدعوك للاتصال بأهدافك، نواياك، ما يهملك. لماذا أنت هنا؟ [5 ثوان].

- من هو الشخص الذي تريد أن تكونه؟ [5 ثوان].

- ماذا تريد أن تصبح؟ [15 ثانية].

- ثم تنفس، كن لطيفاً أشفق على الذي يظهر لك الآن [10 ثوان].

ومع نهاية ممارسة هذا التمرين، دعني أدعوك إلى الحفاظ على وضوح نواياك، وأهدافك وما يهملك.. [10

ثوان].

- لا تدع أهدافك ونواياك تضيع، فقط تأكد ما إذا كان بإمكانك حملها بلطف، وعناية [15 ثانية].

- عندما تكون جاهزاً لذلك، انطلق وخذ نفسين عميقين (شهيق وزفير) عن طريق ملء رئتيك بالكامل، ثم إخراج الهواء ببطء [10 ثوان].

- كرر ذلك مرةً أخرى، ثم افتح عينيك ببطء وأنت ممسك بنواياك وأهدافك وما يهملك واجعلها بالقرب من قلبك على مدار اليوم.

الملحق رقم (16): ورقة عمل لتسجيل الأنشطة التي تمت بيقظة ذهنية

ورقة عمل لتسجيل الأنشطة التي تمت بيقظة ذهنية

وصف النشاط بعد ممارسة اليقظة الذهنية	اسم النشاط

## الملحق رقم (17): متجر القيم

### متجر القيم نظرة على قيمك الخاصة

#### القيم الشائعة:

1. القبول: أن أكون مفتوحاً ومتقبلاً ذاتي والآخرين، والحياة وما إلى ذلك.
2. المغامرة: أن أكون مغامراً، البحث بنشاط عن/ أو إنشاء أو استكشاف تجارب جديدة أو محفزة.
3. الحزم: أقف باحترام على حقوقي واطلب ما أريد.
4. المصادقية: أن أكون صادقاً، صريحاً، واقعياً، أن أكون صادقاً مع نفسي.
5. الجمال: أقدر أو أخلق أو أرعى أو أنمي الجانب الجمالي في نفسي وفي الآخرين والبيئة المحيطة بي وما إلى ذلك.
6. الرعاية: أن أكون مهتماً تجاه نفسي والآخرين والبيئة وغيرها.
7. التحدي: للحفاظ على نفسي على بالتحدي لأنمي ذاتي وأن أتعلم واتحسن.
8. الرحمة/الشفقة: التصرف بلطف تجاه الذين يعانون.
9. الاتصال: مشاركة الآخرين ما أقوم به، وأكون حاضراً تماماً مع الآخرين.
10. المساهمة: المساهمة أو المساعدة أو إحداث تغيير إيجابي في نفسي أو في الآخرين.
11. المطابقة: أن أكون محترماً ومطيعاً للقواعد والقوانين والالتزامات.
12. التعاون: أن أكون متعاوناً ومساهماً مع الآخرين.
13. الشجاعة: أن أكون شجاعاً أو بأسلاً، أن أستمر في مواجهة الخوف أو التهديد أو الصعوبة.
14. الإبداع: أن أكون خلاقاً ومبدعاً أو تكون لدي روح الابتكار.
15. الفضول: أن أكون فضولياً، منفتح الذهن ومهتماً، للاستكشاف.
16. التشجيع: أشجع وأكافئ السلوك الذي أقدره في نفسي أو في الآخرين.
17. المساواة: معاملة الآخرين على قدم المساواة مع نفسي، والعكس بالعكس.

18. الإثارة: أبحث عن الأنشطة المثيرة أو التي أنفعل لها.
19. الإنصاف: أن أكون منصفاً مع نفسي أو مع الآخرين.
20. اللياقة: الحفاظ على لياقتي البدنية أو تحسينها، العناية بصحتي الجسدية والعقلية والرفاهية.
21. المرونة: الضبط والتكيف بسهولة مع الظروف المتغيرة.
22. الحرية: العيش بحرية، اختيار كيف أعيش وأنصرف، أو مساعدة الآخرين على القيام بنفس الشيء.
23. الود: أن أكون ودوداً أو صديقاً أو مقبولاً تجاه الآخرين.
24. المغفرة: أن أغفر لنفسي أو للآخرين.
25. المرح: أن أكون محباً للمتعة، أبحث عن الأنشطة المليئة بالمرح، أنجزها وأشارك فيها.
26. الكرم: أن أكون كريماً، وأن أقاسم وأكون معطاء مع نفسي أو مع الآخرين.
27. الامتنان: أن أكون ممتناً ومقدراً للجوانب الإيجابية في نفسي وفي الآخرين وممتناً للحياة.
28. الصدق: أن أكون شريفاً وصادقاً ومخلصاً مع نفسي والآخرين.
29. الفكاهاة: أن أرى وأقدر جانب روح الدعابة في الحياة.
30. التواضع: أن أكون متواضعاً، أدع إنجازاتي تتحدث عن نفسها.
31. الإنجاز: أن أكون مثابراً، وأعمل بجد وتفاني.
32. الاستقلالية: أن أكون داعماً لذاتي، واختار طريقي الخاصة في فعل الأشياء.
33. العلاقة الحميمة: أن أكون منفتحاً ومظهراً ومشاركاً عاطفي مع الطرف الآخر في علاقاتي الشخصية الوثيقة.
34. العدالة: أدمع العدالة والإنصاف.
35. اللطف: أن أكون لطيفاً، أو عطوفاً، أو متفهماً، أو راعياً أو مهتماً تجاه نفسي أو الآخرين.
36. الحب: اتصرف بمحبة أو عطف تجاه نفسي أو الآخرين.
37. البقظة: أن أكون واعياً، منفتح، وفضولياً حول تجرّبي هنا والآن.

38. النظام: أن أكون منظماً ومرتباً.
39. الانفتاح: التفكير في الأشياء، ورؤيتها من وجهات نظر الآخرين، وأزن الأدلة بشكل نزيه.
40. الصبر: انتظر بهدوء لما أريده.
41. المثابرة: أن أستمر بحزم، على الرغم من المشاكل أو الصعوبات.
42. المتعة: خلق وإعطاء السرور لنفسي أو للآخرين.
43. السلطة: التأثير بقوة أو ممارسة السلطة على الآخرين، على سبيل المثال تولي المسؤولية، القيادة، التنظيم.
44. المعاملة بالمثل: بناء علاقات يكون فيها توازن عادل بين العطاء والأخذ.
45. الاحترام: أن أكون محترماً تجاه نفسي أو الآخرين؛ أن أكون مهذباً، أراعي وأظهر الاحترام الإيجابي.
46. المسؤولية: أن أكون مسؤولاً وخاضعاً للمساءلة عن أفعالي.
47. الرومانسية: أن أكون رومانسياً، أظهر واعبر عن الحب أو المودة القوية.
48. السلامة: تأمين أو حماية أو ضمان سلامة نفسي أو الآخرين.
49. الوعي الذاتي: أن أكون مدركاً وواعياً بأفكاري ومشاعري وأفعالي.
50. الرعاية الذاتية: العناية بصحتي ورفاهيتي، وتلبية احتياجاتي.
51. التنمية الذاتية: للحفاظ على النمو أو التقدم أو التحسن في المعرفة، أو المهارات، أو سماتي الشخصية، أو تجاربي في الحياة.
52. ضبط النفس: التصرف وفقاً لمثلي ومبادئ الخاصة.
53. الأحاسيس: خلق واستكشاف والاستمتاع بالخبرات التي تحفز الحواس الخمس.
54. النشاط الجنسي: استكشاف أو التعبير عن حياتي الجنسية.
55. الروحانية: التواصل مع أشياء أكبر مني ما ورائية (العلاقة مع الله).
56. المهارة/التمرس: الممارسة المستمرة وتحسين مهاراتي، وأطبقها على نفسي بالكامل عند استخدامها.
57. الدعم: أن أكون داعماً ومفيداً ومشجعاً وأنا أكون في خدمة نفسي أو الآخرين.

58. الثقة: أن أكون جديراً بالثقة، أن أكون مخلصاً، صادقاً، وعادلاً، موثقاً.

59. أدخل القيمة الخاصة بك غير المدرجة هنا:

60. أدخل القيمة الخاصة بك غير المدرجة هنا:

بمجرد وضع علامة على كل قيمة على أنها  $V$  مهم إلى بعيد، أو  $Q$  مهم، أو  $N$  غير مهم إلى حد بعيد، من خلال القيم التي أشرت عليها بـ  $V$  (التي أشرت عليها بـ «مهم إلى حد بعيد»)، قم بتحديد القيم الستة الأولى الأكثر أهمية بالنسبة لك.

## الملحق رقم (18): ماهي القيم؟

### ماهي القيم؟

القيم هي مبادئ إرشادية توفر لك التوجيه والتحفيز أثناء تقدمك في الحياة، إنها الطريقة التي تريد أن تكون بها في الحياة والطريقة التي تريد أن تتصرف بها تجاه الآخرين والعالم ونفسك، القيم ليست كيف يعاملك الآخرون، بل كيف تعامل نفسك ومن تختار أن تكون حوله، يمكن أن يمنحك اتباع هذه المبادئ معنى وهدفاً من خلال توجيه ما تفعله وكيف تقضي وقتك..

يمكن للقيم أن تجعل الألم الذي نختبره في الحياة يستحق كل هذا العناء، يمكنها إلهامنا للاستمرار في العيش حتى عندما تكون الحياة غير عادلة ومؤلمة، القيم هي المثل العليا العامة والمجردة التي تحدد الاتجاه الذي تسلكه في الحياة وتفتح لك مجموعة من الفرص والاختيارات، إنها توجهك نحو الأشياء التي يمكنك التحكم فيها وتوفر لك الفرصة لتجربة السعادة والهدف والمعنى، تتضمن بعض الأمثلة على القيم:

أن تكون مشرفاً لطيفاً أو أن تكون زوجاً داعماً، أما الرغبات مثل "أود أن يجني الآخرون ويرفقون بي"، ليست قيماً، لأنها ليست ضمن سيطرتنا، إن العيش بقيمك لن يخلصك من المشاكل، لكنه قد يجعلك أقرب للشعور بمزيد من الرضا، القيم هي أيضا ليست أهدافاً، بدلاً من ذلك، فهي شيء تسعى إليه ولكنك لا تصل أبداً إليه 100 بالمائة، على سبيل المثال، يعد الحصول على درجة الماجستير هدفاً، الهدف له نهاية محددة: الحصول على الدرجة لكن القيمة هي " أن تكون متعلماً هي" أن تكون متعلماً هي أمر مستمر - فلن تكون متعلماً بنسبة 100٪ ، ستكون هناك دائماً فرص للتعلم المستمر، تركز الأهداف على النتيجة ، بينما تركز القيم على العملية التي تريدها، في حين أن وجود أهداف تتماشى مع قيمك يمكن أن يكون مفيداً ، إلا أن استثمار الكثير من الطاقة في النتيجة قد لا يكون مفيداً لا تتحكم دائماً في النتيجة وقد نغفل عما هو ذي مغزى بالنسبة لنا، الشيء الجميل في القيم هو أنها واسعة ومرنة ويمكن أن تعيش بأكثر من طريقة، إذا كنت تفكر في القيم كطريقة لتعيش حياة ذات معنى، فيمكنها توجيهك في جميع مجالات حياتك، لديك خيار السماح للقيم، بدلاً من الخوف، بتحديد ما تريد القيام به في الحياة.

الملحق رقم (19): ورقة عمل لتحديد الأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم

ورقة عمل لتحديد الأهداف السلوكية المرتبطة بالقيم

القيمة 2

القيمة 1

القيمة 4

القيمة 3

القيمة 6

القيمة 5

الملحق رقم (20): ورقة عمل لتسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف السلوكية

ورقة عمل لتسجيل الأنشطة المرتبطة بالأهداف السلوكية

النشاط المرتبط بالهدف	الهدف

## الملحق رقم (21): الاستعارات العلاجية

### 1- استعارة رجل الكهف:

استعارة “رجل الكهف” تشرح أن الذهن البشري تطور أساسًا ليحافظ على بقائنا في بيئة خطيرة، لذلك أصبح مبرمجًا على البحث المستمر عن التهديدات والتنبه للأسوأ من أجل الحماية.

في العصر القديم، كان هذا النمط مفيدًا جدًا: توقع الخطر، تذكر التجارب المؤلمة، والسعي للانتماء للمجموعة كان يعزز البقاء. لكن في العالم الحديث، ما زال الذهن يعمل بنفس الآلية رغم أن طبيعة الخطر قد تغيرت، فأصبح يبالغ في القلق، ويبعد التفكير في الأحداث المؤلمة، ويقارننا بالآخرين باستمرار، ويولد شعورًا بعدم الكفاية أو الخوف من الرفض.

كما أن حاجة الذهن القديمة للمزيد (طعام، أمان، موارد) تحولت اليوم إلى رغبات لا تنتهي وشعور دائم بأن “لا شيء يكفي”. ومع تسارع الحياة الحديثة وكثرة الضغوط، تصبح هذه الأنماط أكثر شدة ووضوحًا.

الخلاصة أن هذه الأفكار والقلق ليس خللاً في الذهن، بل هي نتيجة طبيعية لوظيفة قديمة صُمم من أجلها الدماغ: الحماية والبقاء، لكنها لم تعد دائمًا مناسبة للعالم الحديث.

### 2- استعارة الرجل في الحفرة:

تحيل أنك تمشي وأنت معصوب العينين وتحمل حقيبة لا تعرف ما بداخلها، لتجد نفسك في حقل مليء بالحفر فتقع في واحدة منها، وأنت تحاول الخروج، تكتشف في الحقيبة مجرفة، فتبدأ بالحفر بكل الطرق الممكنة لتخرج: لكن كلما حفرت، كلما ازدادت الحفرة عمقًا واتساعًا بدل أن تصغر.

ثم تظن أن الحل هو الحفر بشكل مختلف أو أكثر، لكن النتيجة تبقى نفسها، وهنا يظهر السؤال: ماذا لو كانت المجرفة ليست الأداة المناسبة أصلاً؟

قد تحاول بدل ذلك استخدام الحبل أو السلم، لكن استخدام أي أداة جديدة يتطلب أولاً أن تتوقف عن الحفر، حتى لو كان ذلك صعبًا ومزعجًا في البداية.

الفكرة الأساسية هي أن محاولتنا للهروب أو حل الألم بطرق تلقائية قد تزيده تعقيدًا، بينما الحل الحقيقي يبدأ حين نلاحظ ما نفعله، ونتوقف عن الاستمرار في نفس الطريقة، لنفتح إمكانية اختيار مسار مختلف يقرينا أكثر مما هو مهم في حياتنا.

### 3- استعارة السماء والطقس:

ذاتك مثل السماء، وأفكارك ومشاعرك مثل الطقس، الطقس يتبدل باستمرار؛ قد يكون ممطرًا أو عاصفًا أو كثيبًا أحيانًا، لكنه مهما اشتد لا يستطيع أن يؤذي السماء نفسها أو يغير حقيقتها.

حتى أقوى العواصف وأشدّ الرياح لا تمس السماء في جوهرها؛ فهي تمر فقط من خلالها وتختفي.

وكما يحدث في الطبيعة، فإن لكل حالة طقس وقتها، ثم تتغير مع الزمن.

أحيانًا ننسى وجود السماء أصلًا، لأن الغيوم قد تحجبها عن نظرنا، لكن الحقيقة أن السماء لا تختفي، بل تبقى خلف الغيوم. وإذا ارتفعنا قليلًا فوقها، مهما كانت كثيفة أو داكنة أو مضطربة، سنجد دائمًا فضاءً صافياً وواسعاً يمتد بلا حدود.

ومع الوقت، نتعلم أن نصل إلى هذا الجانب الداخلي منا؛ ذلك الفضاء الثابت والأمين الذي نستطيع من خلاله أن نلاحظ أفكارنا ومشاعرنا دون أن نغرق فيها، ونمنحها مساحة تمر فيها وتتحرك دون أن تسيطر علينا.

### 4- استعارة الصراع في الرمال المتحركة:

تخيل شخصًا يسقط في الرمال المتحركة، أول ما يشعر به هو الخوف، ثم يبدأ بالحركة بسرعة وبقوة ليحاول الخروج، لكن المشكلة أن كل حركة عنيفة تجعله يغوص أكثر، لأن الرمال لا تتعامل مع القوة بهذه الطريقة، حيث كلما زاد الصراع، زادت سرعة الغرق.

في هذه اللحظة، ما يبدو منطقيًا وغريزيًا (المقاومة الشديدة) هو بالضبط ما يزيد الموقف سوءًا.

الحل هنا ليس "المزيد من الجهد"، بل تغيير طريقة التعامل: التوقف عن الحركات العشوائية والعنيفة، ومحاولة الهدوء وتقليل المقاومة، حتى يتمكن الجسم من إعادة التوازن والطفو تدريجيًا.

الفكرة العلاجية هنا أن بعض المواقف لا تُحل بالصراع المباشر معها، بل بتغيير نمط الاستجابة لها، فالمقاومة الزائدة قد تكون هي نفسها ما يُبقي الشخص عالقًا.

## 5- استعارة عقلك مثل الراديو:

استعارة "الراديو" تصف الذهن كأنه جهاز يعمل باستمرار في الخلفية يبت أفكارًا عشوائية أغلبها سلبي: ذكريات مؤلمة من الماضي، توقعات مخيفة للمستقبل، وانتقادات للحياة الحالية، مع بعض اللحظات القليلة المفيدة أو الإيجابية.

المشكلة ليست في وجود هذا "البث"، بل في الاستماع إليه طوال الوقت واعتباره حقيقة مطلقة، لأن ذلك يزيد التوتر والانعاجاج، ورغم أننا لا نستطيع إيقاف هذا الراديو تمامًا، فإن محاولة إسكاته بالقوة غالبًا ما تجعله أكثر إزعاجًا.

البديل هو تغيير طريقة التعامل معه: سماع الأفكار كصوت خلفي دون الاندماج معها أو الانشغال بها، مع توجيه الانتباه لما نفعله في اللحظة الحالية.

وعندما تظهر فكرة، يتم ملاحظتها فقط دون صراع أو محاولة طردها، ثم العودة لما هو مهم الآن.