



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا
أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه "م.م.د"
تخصص علم النفس العيادي (وسائل التقصي وتقنيات العلاج)

دراسة مقارنة بين العلاج النفسي الحديث و العلاج التقليدي
(الوساوس و الأفعال القهرية أمودجا).

تحت إشراف الأستاذ الدكتور: مكي محمد

الطالب(ة): بن عجمية إبراهيم

أعضاء لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
بقال أسماء	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران	رئيسة
مكي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	مشرفا ومقرررا
محرزي مليكة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران	مناقشة
هني الحاج أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مناقشة
جعديوني الزهراء	أستاذة التعليم العالي	جامعة معسكر	مناقشة

السنة الجامعية: 2021/2022



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه "م.م.د"

تخصص علم النفس العيادي (وسائل التقصي وتقنيات العلاج)

دراسة مقارنة بين العلاج النفسي الحديث و العلاج التقليدي
(الوساوس و الأفعال القهرية أمودجا).

تحت إشراف الأستاذ الدكتور: مكى محمد

الطالب(ة): بن عجمية إبراهيم

أعضاء لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
بقال أسماء	أستاذة التعليم العالي	جامعة وهران	رئيسة
مكى محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	مشرفا ومقرررا
محزى مليكة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران	مناقشة
هنى الحاج أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مناقشا
جعديونى الزهراء	أستاذة التعليم العالي	جامعة معسكر	مناقشة

السنة الجامعية: 2022/2021

إهداء

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى:

- روعي جدتي غزيل وجددي عبد القادر وعمتي الزهرة رحمهم الله وأسكنهم الفردوس الأعلى.

-والدي الكريمين وإخوتي على مساندتهم ودعمهم الكبير.

-أفراد عائلتي

_ إلى كل من قضى نحبه من عائلتنا ورحل عنا

- إلى رفقاء دربي وأصدقائي

-إلى زميلاتي وزملائي في القطاع الصحي

-إلى كل عالم ومتعلم ومحب للعلم والمعرفة أهدى هذا العمل.

كلمة شكر وعرافان

أحمد الله وأثنى عليه و أشكره على أن وفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع من الدراسة ومهد لي الطريق لمناقشة رسالتي في الدكتوراه.

كما يسرني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والعرافان

إلى الأستاذ الدكتور مكي محمد الذي لم يدخر جهدا في إسداء النصح والتوجيه، وتقديم يد المساعدة وتوفير الظروف والإمكانات خلال مساري الجامعي في طور الدكتوراه.

كما أتوجه كذلك بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى أساتذة لجنة المناقشة الكرام كل باسمه، الأستاذة بقال أسماء والأستاذة محرزى مليكة والأستاذة جعدوني الزهراء والأستاذ هني الحاج أحمد، على تفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل المتواضع وعلى ما بذلوه من جهد ووقت في عملية التقييم.

شكري وتقديري للدكتور ميلود دواجي بوعبد الله على مساعيه النبيلة، و ما قدمه لنا من مساعدة ودعم وتحفيز.

شكري موصول كذلك إلى جامعة وهران 2 ، إدارة وأساتذة على ما قدموه لنا في طور الدكتوراه.

ملخص الدراسة

دراسة مقارنة بين العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي (الوساوس والأفعال القهرية أنموذجاً).

هدفت دراستنا إلى إجراء مقارنة علاجية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي عند المصابين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، اعتماداً على الدراسة العيادية لثمانية حالات تم تقسيمها إلى مجموعتين، الأولى تلقت برنامجاً معرفياً سلوكياً والثانية علاجاً تقليدياً، مع استخدام المقاييس النفسية، لضبط القياسات القبلية والبعديّة.

كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية المقاربة المعرفية السلوكية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية مقابل الممارسة العلاجية التقليدية.

- للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية، مقابل الممارسة العلاجية التقليدية.

- وجود أوجه للمقاربة والإختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية من حيث طبيعة الممارسة والتوجه العلاجي.

- التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالاضطراب ليس تعبيراً عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج بل اعتقاد في العلاج التقليدي.

الكلمات المفتاحية: المقاربة ، العلاج النفسي، العلاج التقليدي، الوسواس والأفعال القهرية.

Étude d'une approche entre psychothérapie moderne et la thérapie traditionnelle

(Obsessions compulsives comme modèle)

Notre étude visait à mener une approche thérapeutique entre la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie traditionnelle pour les personnes souffrant de troubles obsessionnels et des comportements compulsifs, basée sur l'étude clinique de huit cas qui ont été divisés en deux groupes, le premier a reçu un programme cognitivo-comportemental et le second un traitement traditionnel, avec l'utilisation d'échelles psychologiques, pour ajuster les mesures avant et après la thérapie.

Les résultats de l'étude ont révélé l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale dans la thérapie des troubles obsessionnels et des comportements compulsifs par rapport à la pratique thérapeutique traditionnelle.

L'approche cognitivo-comportementale est efficace pour diminuer les degrés d'anxiété associés aux troubles obsessionnels compulsifs, contrairement à la pratique thérapeutique traditionnelle.

Il y a des aspects de similarité et différence entre la thérapie cognitivo-comportementale et la pratique thérapeutique traditionnelle en termes de la nature de pratique et de l'orientation thérapeutique.

L'approche thérapeutique traditionnelle à la lumière des interprétations et des perceptions des causes du trouble n'est pas l'expression d'absence d'une culture de psychothérapie chez les personnes demandeurs de thérapie, mais plutôt sa croyance aux thérapies traditionnelles.

Mots clés : approche, psychothérapie, thérapie traditionnelle, Obsessions compulsives.

Study of an approach between modern psychotherapy and traditional therapy

(Obsessions and compulsive behaviors as a model).

Our study aimed to conduct a therapeutic approach between cognitive-behavioral therapy and traditional treatment for people suffering from obsessive disorder and compulsive behavior, based on the clinical study of eight cases that were divided into two groups, the first received a cognitive-behavioral program and the second a traditional treatment, with the use of psychological scales, to adjust near and far measures

The results of the study revealed the effectiveness of the cognitive-behavioral approach compared to traditional therapeutic practice.

The cognitive-behavioral approach is effective in decreasing the levels of anxiety associated with obsessive-compulsive disorders unlike traditional therapeutic practice.

There are aspects of similarity and difference between cognitive behavioral therapy and traditional therapeutic practice in terms of the nature of practice and therapeutic orientation.

The traditional therapeutic approach in the light of interpretations and perceptions of the causes of the disorder is not an expression of the absence of a culture of psychotherapy among people seeking treatment, but rather their belief in traditional treatment.

Keywords: approach, psychotherapy, traditional therapy, obsessions and compulsive behaviors .

دراسة مقارنة بين العلاج
النفسي الحديث والعلاج
التقليدي

(الوساوس والأفعال
القهرية أنموذجاً).

قائمة محتويات البحث

أ.....	إهداء
ب.....	كلمة شكر
ت.....	ملخص الدراسة
2	قائمة محتويات البحث
7.....	فهرست الجداول
13	المقدمة

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

17	1- مدخل الدراسة
18.....	2- إشكالية الدراسة
18.....	3- فرضيات الدراسة
19.....	4- أهداف الدراسة
20.....	5- أهمية الدراسة
20.....	6- دوافع إختيار الموضوع
20.....	7- التعريف الإجرائي للمفاهيم
21.....	8- الدراسات السابقة

الفصل الثاني : الصورة الإكلينيكية للوساوس القهرية .

- تمهيد.....31
- 1- تعريف الوساوس والأفعال القهرية.....31
- 2- نبذة تاريخية عن اضطراب الوساوس والأفعال القهرية.....35
- 3- أنواع الوساوس.....37
- 4- نسبة انتشارها.....39
- 5- أسباب الإصابة بالوساوس القهرية.....40
- 6- النظريات المفسرة لها.....43
- 7- توظيف الآليات الدفاعية في الوساوس القهرية.....45
- 9- أعراض الوساوس والأفعال القهرية.....46
- 10- معايير التشخيص. (Dsm/5).....49
- خلاصة.....50

الفصل الثالث : العلاجات المعرفية السلوكية كأحد أساليب العلاج النفسي

الحديث

- تمهيد.....53
- 1- تعريف العلاج النفسي.....53
- 2- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي وتطوره العلاجي.....56
- 3- نماذج من العلاجات النفسية.....61

70	4-العلاج المعرفي السلوكي كنموذج في العلاج النفسي.....
72	5 - مختصر عن الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي خلاصة.....
73	6 - أهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
74	7- مزايا وأهمية العلاج المعرفي السلوكي.....
75	8 - مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.....
77	8 - شخصية ومواصفات المعالج المعرفي السلوكي.....
77	9 - النماذج النظرية للعلاجات المعرفية السلوكية.....
86	10- نماذج من التقنيات المعرفية السلوكية.....
103	- خلاصة

الفصل الرابع : العلاج التقليدي بين الممارسة والمعتقد

107	- تمهيد.....
107	1- مفهوم العلاج التقليدي.....
108	2- أنواع المعالين حسب أنماطهم العلاجية.....
110	3- أشكال ممارسة العلاج التقليدي.....
114	4- العلاج التقليدي بين طبيعة المعتقد والممارسة العلاجية.....
116	5- تصورات المرض بين الطب والمعتقد الشعبي.....
117	6- المرض من منظور العلاج التقليدي والتفسير العلمي.....
118	7- أسباب الإقبال والعزوف على العلاج التقليدي.....
119	8- الرقبة الشرعية كنموذج في العلاج التقليدي.....

122..... خلاصة

الفصل الخامس : الإطار المنهجي للبحث

- 1- الإجراءات المنهجية للدراسة 125
- 2- إختيار الحالات 126
- 3- أدوات الدراسة..... 126
- 4- خصائص حالات الدراسة..... 128
- 5- مقاييس الدراسة 128
- 6- حدود الدراسة 134
- 7- البرنامج العلاجية للدراسة..... 135

الفصل السادس: عرض وتحليل حالات الدراسة وعلاجها

- 1- المجموعة التجريبية الأولى..... 157
- 2- الحالة الأولى..... 158
- 3- الحالة الثانية..... 185
- 4- الحالة الثالثة..... 209
- 5- الحالة الرابعة..... 235
- 6- تحليل نتائج المجموعة التجريبية الأولى..... 262
- 7- المجموعة التجريبية الثانية..... 278
- 8- الحالة الأولى..... 279

299.....9- الحالة الثانية

318.....10- الحالة الثالثة

338.....11- الحالة الرابعة

357.....12- تحليل نتائج المجموعة التجريبية الثانية التي خضعت للعلاج التقليدي

373.....13- عرض نتائج الدراسة للمجموعتين التجريبتين

الفصل السابع : تفسير ومناقشة النتائج

384.....1- تحليل النتائج في ضوء الفرضيات

386.....2- مناقشة الفرضيات

392.....3- خلاصة عامة للبحث وأصالته

3944- خاتمة

397.....5- صعوبات البحث

398.....6- المقترحات

399.....7- قائمة المراجع

413.....8- الملاحق

فهرست الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول مراحل البرنامج العلاجي	141
02	جدول جلسات البرنامج العلاجي	144
03	جدول أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج	149
04	جدول برنامج العلاج التقليدي لحالات الدراسة	153
05	جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية	162
06	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	162
07	جدول إختبار الأفكار الشائعة	164
08	جدول نتائج القياس القبلي	172
09	جدول البرنامج العلاجي	173
10	جدول نتائج القياس البعدي	180
11	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	180
12	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	181
13	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الأولى	182
14	جدول المقياس العربي للوساوس القهرية	189
15	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	189
16	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	190
17	جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	191
18	جدول مجموع نتائج القياسات القبلية	198

199	جدول البرنامج العلاجي للحالة الثانية	19
205	جدول نتائج القياس البعدي	20
205	جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	21
206	جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	22
206	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثانية	23
213	جدول تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري	24
213	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	25
214	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	26
215	جدول اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	27
224	جدول مجموع نتائج القياسات القبلية	28
224	جدول البرنامج العلاجي للحالة الثالثة	29
231	جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري	30
232	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق	31
232	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة	32
239	جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهري	33
240	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	34
240	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	35
241	جدول اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	36
251	جدول مجموع نتائج القياسات القبلية	37
251	جدول البرنامج العلاجي للحالة الرابعة	38

258	نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري	39
259	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق	40
259	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الرابعة	41
263	جدول عرض البيانات الأولية لحالات الدراسة للمجموعة الأولى	42
271	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة لحالات الدراسة للمجموعة الأولى	43
272	نتائج القياس القبلي للحالات المجموعة الأولى	44
274	جدول نتائج القياس البعدي لحالات المجموعة الأولى	45
275	جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة الأولى	46
283	جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهري	47
283	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	48
284	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	49
285	جدول اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	50
292	جدول نتائج القياس القبلي للحالة الأولى للعلاج التقليدي	51
293	جدول لنموذج الممارسة العلاجية عن طريق الرقية	52
294	جدول نتائج القياس البعدي لمقياس العربي للوسواس القهري	53
295	جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	54
295	جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	55

296	جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الأولى	56
302	جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية للحالة الثانية	57
303	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	58
303	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	59
304	جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	60
312	جدول لنموذج الممارسة العلاجية عن طريق الرقية	61
313	جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوساوس القهري	62
313	جدول نتائج القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	63
314	جدول نتائج القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	64
315	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الأولى	65
322	جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية للحالة الثالثة	66
322	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	67
323	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	68
323	جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي للحالة الثالثة	69
331	جدول مجموع نتائج القياسات القبلية للحالة الثالثة	70
332	جدول لنموذج الممارسة العلاجية عن طريق الرقية	71

333	جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري	72
334	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	73
335	القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	74
336	جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة	75
342	جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهري للحالة الرابعة	76
342	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق	77
343	جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق	78
343	جدول اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي	79
351	جدول مجموع نتائج القياسات القبلية للحالة الرابعة	80
352	جدول لنموذج الممارسة العلاجية عن طريق الرقية	81
354	نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري	82
354	جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق	83
355	جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الرابعة	84
358	جدول عرض البيانات الأولية لحالات الدراسة للمجموعة الثانية	85
365	جدول نتائج اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي لحالات المجموعة الثانية للعلاج بالرقية	86
366	جدول مجموع نتائج القياس القبلي للحالات المجموعة الثانية	87

368	جدول يعرض عدد جلسات العلاج بالرقية والمدة المحددة للعلاج لحالات الدراسة للمجموعة الثانية	88
369	جدول مجموع نتائج القياس البعدي لحالات المجموعة الثانية	89
370	جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالات المجموعة الثانية	90
374	جدول نتائج القياسات البعدية لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية للمجموعتين التجريبيتين	91
375	جدول عرض نتائج القياسات البعدية لدرجات القلق	92
376	جدول متوسط معدل النتائج المسجلة على المقياس العربي للوسواس والأفعال القهرية لكلا المجموعتين	93
380	جدول نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي لحسان المالح لحالات المجموعتين	94

مقدمة

لقد أصبحت الإضطرابات النفسية والعقلية تمثل مظهرا من مظاهر المعاناة لدى الفرد الجزائري من حيث الإصابة ودرجة الإنتشار، وبخاصة ما تمثل منها في إضطراب الوسواس والأفعال القهرية وما يصحبها من توتر وقلق، وذلك لما تسببه من تأثيرات سلبية على ديناميكية الشخصية وتفاعلها النفسي والإجتماعي.

وفي مقابل ما يشهده الطب الحديث من تقدم في المجال الصحي، من خلال توفير مصالح الرعاية النفسية على مستوى المستشفيات والمؤسسات الصحية، وما يحققه العلاج النفسي بمختلف تخصصاته وتقنياته العلاجية من نتائج إيجابية من حيث التكفل وعلاج الوسواس القهرية والتخفيف من درجات القلق المصاحبة لها، إلا أن شريحة من المجتمع لا تزال تبني تصوراتها للمرض وفق حمولتها الثقافية بإرجاع أسباب المرض واضطراب الحالة الصحية إلى تأثير قوى غيبية متعلقة بأمور المس، العين، السحر والحسد و بالتالي يضحى المريض يتجرع المعاناة من جراء تفكيره حول تأثير هذه الأخيرة، ما يدفعه إلى البحث عن العلاج، والذي غالبا ما يكون من جنس التصورات والتفسيرات ممثلا في العلاج التقليدي بمختلف طبوعه العلاجية وبخاصة الممارسات ذات المرجعية الدينية كالرقية والطلبة والتبرك بالصالحين وزيارة الأضرحة، إلتماسا للعلاج والشفاء، وذلك لما يعرفه الدين من قداسة في هذه الأوساط الإجتماعية، بغض النظر عما تحمله بعض هذه الممارسات من معتقدات وطقوس منافية للعقيدة الدينية، والتي أصبحت تشكل لنا ظاهرة ذات أهمية بالغة، مما يستدعي إجراء مقارنة علاجية بين العلاج النفسي، ممثلا في العلاج المعرفي السلوكي، والممارسة العلاجية التقليدية، من خلال دراسة عيادية، وإستخدام أسلوب دراسة الحالة لتشخيص الإضطراب، و الوقوف على جوانب التقارب بين العلاجين.

تم تقسيم البحث كما يلي:

- قائمة المحتويات ، التي تضمنت المقدمة.

- الفصل الأول : الإطار العام للدراسة، والذي يتضمن مدخل الدراسة و دوافع اختيار الموضوع والدراسات السابقة، إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهميتها، وأهدافها، إضافة إلى المصطلحات التي تناولت متغيرات موضوع البحث.

- الجانب النظري:

تم تقسيمه إلى أربعة فصول:

سنتناول في الفصل الثاني الصورة الإكلينيكية للوساوس القهرية، حيث نتطرق إلى الأعراض والتشخيص.

أما في الفصل الثالث فقد نعرض العلاج النفسي ممثلاً في العلاجات المعرفية السلوكية كأحد أبرز الأساليب العلاجية باعتبارها علاجات نفسية حديثة، مع التطرق لمختلف تقنياتها العلاجية، وسنخصص الفصل الرابع للعلاج التقليدي بين المعتقد والممارسة.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فسيتم تقسيمه إلى ثلاثة فصول، حيث يحضى الفصل الخامس، بمنهج الدراسة المتمثل في المنهج العيادي القائم على أسلوب دراسة الحالة، التي تعتمد الملاحظة المباشرة والمقابلة العيادية وتطبيق الإختبارات النفسية كأدوات للدراسة والكشف عن النتائج، إضافة إلى المنهج المقارن، وعرض البرنامج المتمثل في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الوساوس والأفعال القهرية الذي يتم تحكيمه من طرف فريق من الأساتذة، أما في الفصل السادس فسيتم تقديم الحالات التي تخضع للعلاج الحديث إضافة إلى عرض الحالات الخاصة بالعلاج التقليدي، بعدها نقوم بدراسة تحليلية لحالات الدراسة وفق مجموعة العلاج الخاص بها، أنختم الدراسة بالفصل السابع الذي سنعرض فيه نتائج الدراسة وتفسيرها وفق الفرضيات، إضافة إلى الخاتمة والتوصيات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- مدخل الدراسة.
- إشكالية الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- دوافع اختيار الموضوع.
- التعريف الإجرائي للمفاهيم.
- الدراسات السابقة.

مدخل الدراسة:

نظرا للتعدد الثقافي والإثني للبيئة السوسيوثقافية الجزائرية، الناتج عن التداول الحضاري بمختلف أطره الفكرية، الدينية والعرقية عبر الأزمنة والتاريخ، والذي شكل إختلافا فكريا وعقائديا بين الأفراد والجماعات من حيث التصورات والتفسيرات لمختلف القضايا والمسائل، وبخاصة ما تعلق منها بجانب الصحة والمرض والتوجه نحو العلاج.

فالإصابة بالوساوس القهرية أدى إلى سوء التكيف الإجتماعي ، وذلك لما تسببه من أعراض مرضية تتمثل في تسلط الأفكار والإلتزام بأداء الفعل القهري المصحوب بحالة التوتر والقلق، في تأثيرها الملحوظ على الناحية الفيزيولوجية والوظيفية، ما يدفع المصاب إلى تقديم تفسيرات، تكون عادة من جنس التصورات التي تعبر عن المخيال الفكري والعقائدي لطبيعة البيئة السوسيوثقافية، فإختلاف التفسيرات يؤدي إلى إختلاف الرؤى حول الطبوع العلاجية التي يراها المصاب ملجأ التخفيف من الألم والمعاناة النفسية والإجتماعية، كون الممارسة العلاجية وثيقة الإرتباط بالحمولة الثقافية الممثلة في " نظام المعارف الذي يحمله الأفراد ويتم تناقله بواسطة مجموعة من القنوات في مقدمتها العادات والتقاليد، التربية والتنشئة الإجتماعية والإتصال الإجتماعي " (هرندي، 2021، 23). فالمجتمع الجزائري ومن خلال ما يعرفه من توريث للمعتقدات والممارسات لطبيعة الإضطراب وعلاجه، وما يشهده من انفتاح حضاري وإنتشار واسع لمؤسسات العلاج وبخاصة ما تعلق منها بالعلاجات النفسية وما يمكن أن تحققه من نتائج في علاج الإضطراب وإزالة الأعراض والتخفيف منها، أصبح يشكل نموذجا لتعدد طبوع العلاج وأنماطه بين مختلف الشرائح والفئات العمرية، مما أدى إلى تداول العلاج بين النمطين التقليدي الممثل في مختلف العلاجات الشعبية والطقوس ذات الصلة بالتفسيرات الغيبية القاصرة على تأثير القوى الخفية الممثلة في تأثير السحر وتلبس الجن والعين الحاسدة على الصحة، والنمط الحديث الممثل في العلاج النفسي المعرفي السلوكي القائم على النظريات والتفسيرات العلمية، التي تعتمد التشخيص والعلاج وفق المعايير والبرامج العلمية المعتمدة. ونظرا لما يعرفه إضطراب الوسواس من أعراض تسلطية وأفعال قهرية مرفوقة بحالة من التوتر والقلق من تأثير على ديناميكية الشخصية وتوازنها النفسي والإجتماعي، إقتضى التوجه نحو العلاج إختلافا بين المقبلين داخل المجتمع الواحد، فمنهم من يلجأ إلى الممارسة

العلاجية التقليدية المتوارثة في النسيج الإجتماعي عن الآباء والأجداد، كونها مستمدة من هويتهم الدينية لما يتلى فيها من آيات وأدعية واستخدام أعشاب طبية، ومنهم من يلجأ إلى العلاج النفسي بعد فشل مساعيه العلاجية، فتناول هذين العلاجين في المجتمع الواحد في إطار التفسيرات والتوجه العلاجي بحثا عن الفاعلية العلاجية دفعنا إلى طرح الإشكالية التالية:

الإشكالية العامة:

- هل للمقاربتين المعرفية السلوكية والممارسة العلاجية التقليدية فاعلية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية؟

الإشكالية الجزئية:

- هل للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية؟

- هل للممارسة العلاجية التقليدية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية؟

- هل توجد مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية؟

- هل التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب تعبير عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج واعتقاد في العلاج التقليدي؟

- فرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

للمقاربة العلاجية المعرفية السلوكية فاعلية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية مقابل عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية، ما يشير إلى غياب المقاربة بين نتائج العلاجين من حيث فاعلية علاج الإضطراب.

الفرضيات الفرعية:

1 - للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

2 - عدم وجود فاعلية للممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

3- توجد مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية من حيث:

- التوجه نحو العلاج بناء على الأعراض.

- تطبيق العلاج بهدف التنفيس والتخفيف من معاناة المريض وعلاجه.

- كما يوجد إختلاف بين العلاجين بحيث :

- التوجه نحو العلاج النفسي يكون بدافع البحث عن الفاعلية العلاجية وتوجيه من المحيط

الإجتماعي، بينما العلاج التقليدي يكون بدافع الاعتقاد من المصاب ومحيطه

الإجتماعي ، كون العلاج من جنس التفسيرات ويلبي احتياجات المفحوص.

- العلاج النفسي يبحث عن الأعراض ويعالجها بخلاف العلاج التقليدي الذي يبني على

الأسباب (الأمور الغيبية الممثلة في السحر والعين وتلبس الجن).

- يبني العلاج النفسي التفسيرات ونوع العلاج على الأسس العلمية، والبرامج العلاجية،

التي تقوم على التقنيات والفنيات العلاجية، الهادفة إلى تصحيح التصورات والمعتقدات عبر

الجلسات والواجبات المنزلية، بينما العلاج التقليدي يبني التفسيرات على المعتقدات والتمثلات

الثقافية لأسباب الإصابة الممثلة في قوى السحر والعين وتلبس الجن.

3- التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالاضطراب

ليس تعبيراً عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج بل اعتقاد في العلاج التقليدي.

- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى مايلي:

- الكشف عن أوجه التشابه والتقارب بين العلاجين (النفسي والتقليدي).

- تقييم فاعلية العلاج النفسي الممثل في العلاج المعرفي السلوكي من خلال البرنامج الذي

أعدّه الباحث.

- التعرف عن مدى فاعلية العلاج التقليدي من خلال ما يفصح عنه المريض.

- التعرف على الممارسة العلاجية التقليدية من خلال المقابلة مع المعالجين.

- تقييم مدى فاعلية العلاج التقليدي عن طريق الممارسة العلاجية .

- الكشف عن مدى توافق خطابات الحالة مع نتائج الإختبارات.

- الكشف عن واقع ثقافة العلاج النفسي عند حالات الدراسة مقابل التوجه العلاجي التقليدي

وما يعرفه من تفسيرات حول طبيعة الإضطراب.

- أهمية الدراسة:

بغض النظر عن تفسيرات وتصورات الأفراد للمرض والتوجه العلاجي، إلا أن البحث عن الفاعلية العلاجية يبقى هو الغاية والسبيل الوحيد الذي يريد المصاب بالوسواس القهري الوصول إليه من خلال مسار علاجي يعرف تسوقا علاجيا بين مختلف الطبوع ذات النمط التقليدي والعلاج النفسي الحديث، و نظرا لأهمية الموضوع جاءت دراستنا للبحث عن فاعلية كلا العلاجين من خلال مقارنة علاجية ، ومدى وجود أو غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج في ظل التفسيرات والتصورات والتوجه نحو العلاج التقليدي.

- دوافع إختيار موضوع الدراسة : تمثلت فيما يلي:

- 1- وجود شريحة اجتماعية تبني توجهها العلاجي بناء على الإعتقاد في تأثير القوى الخفية على الصحة النفسية والعقلية.
- 2- الإقبال المتزايد على العلاج التقليدي والعزوف عن العلاج النفسي.
- 3- اللجوء إلى العلاج النفسي بعد فشل مساعي العلاجات التقليدية وتدني الحالة الصحية والنفسية للمريض.
- 4- تسجيل نتائج ايجابية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى فئة المقبلين على العلاج النفسي.

- التحديد الإجرائي للمفاهيم:

- الوسواس القهري:

يعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص من خلال الإجابة عن أسئلة مقياس عبد الخالق للوسواس القهري.

- العلاج النفسي الحديث:

يعرف إجرائيا: أنه نوع العلاج الذي يستخدمه المعالج مع المفحوص ممثلا في العلاج المعرفي السلوكي الذي تبناه الباحث للتخفيف من أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

- العلاج التقليدي:

يعرف إجرائيا:

هو أسلوب من الأساليب العلاجية التي يستخدمها المعالج الشعبي في علاج الأمراض والإضطرابات المستوحاة من ثقافة المريض ومحيطه وتلبي حاجاته العلاجية منه العلاج بالرقية وزيارة أضرحة الأولياء لما لها من قداسة في مجتمع الدراسة.

-البرنامج المعرفي السلوكي: هو مجموعة من التقنيات والمهارات المعرفية السلوكية التي يعتمدها المعالج النفسي في تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية والتحكم في السلوك والأفعال القهرية لدى المفحوص بناء على البرنامج المعد لهذا الغرض.

- الدراسات السابقة:

بناء على ما سبق ذكره عمل الباحث من خلال إطلاع على مختلف الأعمال والمواضيع ذات الصلة بالموضوع والبحوث التي تتفق أو تختلف في نتائجها مع موضوع البحث، أين توصل إلى وجود دراسات تناولت الوسوس القهرية و العلاجات العرفية السلوكية ، إضافة إلى الأعمال التي تناولت العلاجات التقليدية والمقارنة بين العلاجات النفسية، إلا أنه لم يعثر على دراسات تناولت المقاربة بين العلاجات الحديثة والعلاجات التقليدية، في حين أن الدراسة الحالية تناولت المقاربة بين العلاج النفسي الحديث الممثل في العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية لعلاج إضطراب الوسوس القهرية، حيث أشار إلى مجموعة من الدراسات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة منها:

1- دراسات تناولت العلاجات المعرفية السلوكية لخفض درجة الوسوس والأفعال القهرية.

2- دراسات تناولت العلاجات التقليدية.

3- دراسات تناولت التفسيرات والتمثيلات الثقافية ودورها في التوجه العلاجي.

4- دراسات تناولت المقارنة بين العلاجات النفسية.

وفيما يلي عرض لمختلف هذه الدراسات:

1- دراسات حول العلاج المعرفي السلوكي :

- دراسة خميس رمضان العزامي (2018) حول فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي

في تخفيف حدة أعراض الوسوس القهري لدى عينة من المصابين، وقد هدفت الدراسة إلى

الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى الأفراد المصابين، وتم تقسيم العينة الى مجموعتين، مجموعة ضابطة يصل عددها نحو 12 مستفيدا، ومجموعة تجريبية يصل عددها الى 12 مستفيدا من مرضى الوسواس القهري ذكور، وقام الباحث باستخدام المنهج التجريبي، وقد استخدم مقياس بيل براون للأفكار والأفعال القهرية، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، المصمم من 22 جلسة علاجية، مخصصة لعلاج اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين، التجريبية والضابطة، على مقياس الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الوسواس القهري بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي (العزامي، 2018، 110، 144، 149، 153).

- دراسة نوير بنت سليمان بن مبارك البلوي (2018) حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري، المتعلق بالنظافة لدى النساء، في المملكة العربية السعودية، والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر، القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي، في خفض اضطراب الوسواس القهري، المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية، وقد تكونت عينة الدراسة من (15) امرأة، تم إختيارهن بالطريقة المتيسرة، ممن يراجعن مستشفى الصحة النفسية في مدينة تبوك، ويعانين من اضطراب الوسواس القهري، المتعلق بالنظافة والإغتسال، تراوحت أعمارهن ما بين (25/45 سنة)، وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، ومقياس بيل براون للوسواس القهري كأداة للقياس، وبرنامج التقليل من تصور الخطر على أفراد عينة الدراسة.

وتوصلت النتائج إلى وجود فروق، ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء، بين الإختبار القبلي والإختبار البعدي، بحيث كان للبرنامج التدريبي أثر بنسبة 74.7 % في تقليل الأفكار الوسواسية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في الأفعال القهرية لدى النساء، بين الإختبار القبلي والإختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثر بنسبة 74.9 % في تقليل الأفعال القهرية، المتعلقة بالنظافة لدى النساء (نوير، 2018، 468، 469).

- دراسة فاطمة منقوشي (2021) التي تناولت فيها اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، والتي هدفت إلى مناقشة المفاهيم السلوكية المعرفية التي كان لها أثر واضح في تطوير العلاجات المعرفية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى عرض البرتوكول العلاجي المعرفي السلوكي لهذا الإضطراب، مع أمثلة توضيحية لكل تقنية وشروحات مفصلة لجميع مراحلها، وصولاً إلى استعراض بروتوكول التمارين الخاصة باضطراب الوسواس القهري للتلوث (النظافة) باعتباره أكثر الإضطرابات شيوعاً وانتشاراً. واعتمد الباحثان على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب لهذا الموضوع. وخلصت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أظهر فعاليته من خلال العديد من الأدلة التجريبية المعروضة. وانتهت الدراسة إلى صياغة مجموعة من التوصيات أهمها، ضرورة تطوير بروتوكولات علاجية مبنية على هذا النوع من العلاجات وتعميم استخدامه في المصحات النفسية (منقوشي، 2021، 271).

فمجملة هذه الدراسات قد تناولت فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي من خلال تطبيق مجموعة من التقنيات والفنيات العلاجية بهدف التخفيف من حدة أعراض الوسواس والأفعال القهرية، توافق ذلك مع دراستنا التي تهدف للكشف عن مدى فاعلية المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية في علاج الوسواس والأفعال القهرية.

2 - الدراسات المتعلقة بالعلاجات التقليدية :

-دراسة البنا إسعاد عبد العظيم (1990) حول دور الأدعية والأذكار، في علاج القلق، كأحد طرق العلاج النفسي الديني ، وقد هدفت الدراسة إلى التخفيف من مستوى القلق، لدى

الطالبات وذلك من خلال إبراز، الأثار العلاجية للأسلوب العلاجي الديني المستخدم، المتمثل في دور الأدعية والأذكار.

- دراسة مدى فاعلية الأسلوب العلاجي الديني، في تخفيف مستوى القلق، لدى الطالبات. استخدم الباحث المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (20) طالبة حيث تمثلت أدوات القياس في مقياس القلق لتايلور وإستمارة بيانات شخصية و إجتماعية (من إعداد الباحثة). وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطالبات على مقياس القلق الصريح لتايلور قبل وبعد إستخدام الأسلوب العلاجي لصالح القبلي، مما يشير الى فاعلية إستخدام هذا الأسلوب العلاجي في خفض درجة القلق لدى الطالبات.

-التأثير الإيجابي للأسلوب العلاجي المستخدم حيث ينخفض مستوى القلق لدى عينة الدراسة بزيادة الجلسات العلاجية (البناء،1990،65).

- دراسة أوبيسان كام (1998) الموسومة بممارسة المعالجات التقليدية الدينية المسيحيين (Adegmem) لعلاج العقم وبعض متعلقات الخصوبة في شمال غرب نيجريا، تكونت عينة البحث من 193 معالج تقليدي و 99 معالج ديني مسيحي حيث أن المعالجات التقليدية والدينيين اعتبروا ومنذ زمن بعيد من أهم مصادر الرعاية الصحية المعروفة في تلك المنطقة، وقد أثبتت الدراسة بأن النوعين من المعالجات يعتقدون من أن ماضي حياة المرأة و الإصابة بالعقم ناتجة من الإصابة بالسحر أو العنه ، لذلك تتم الصلاة والصيام و احتياط Sacrifices المعالجة عن طريق تقديم القرابين وتوقيت مواعيد الجماع بين الرجل والمرأة في أوقات الإخصاب وبالرغم من الإختلاف الواضح بين المعتقدات الدينية لكل فريق من المعالجات إلا أنهم يتفقون في الإعتقاد بالأسباب والممارسات العلاجية (فتيحة عمر،2004،54،55).

- دراسة حسين محمد تهامي ونوران محمد حسين (2018) حول الممارسات العلاجية التقليدية بواحة سيوة والتي هدفت إلى :

- التعرف على درجة المعرفة والإستخدام لدى المبحوثين للممارسات العلاجية التقليدية بواحة سيوة.

- تحديد طبيعة العلاقة بين مستوى استخدام المبحوثين للممارسات العلاجية التقليدية بواحة سيوة والمتغيرات المستقلة المدروسة.

- التعرف على أسباب استخدام المبحوثين للممارسات العلاجية التقليدية.

شملت الدراسة خمس (5) قرى تابعة لواحة سيوة على عينة قوامها 303 مبحوث تمثل 10% من أرباب الأسر (الزوج والزوجة) موزعة على افراد الدراسة إستخدم الباحثان إستمارة الإستبيان بالمقابلة الشخصية. وإستخدمت التكرارات والنسب المئوية، المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، معامل الارتباط البسيط لبيرسون، وإختبار مربع كاي في عرض وتحليل النتائج، وقد أشارت النتائج الي أن قرابة نصف المبحوثين 49.5%، 44.2% % المبحوثين يقعون في الفئة المرتفعة لمستوى معرفة وإستخدام الممارسات العلاجية التقليدية علي الترتيب، كما توصلت النتائج إلي وجود علاقة معنوية بين سن المبحوث، نوع المبحوث، مستوى التعليم، درجة الإنفتاح الجغرافي، درجة الإتجاه نحو الخدمات الصحية، درجة التمسك بالعادات والتقاليد البدوية وبين مستوي معرفة وإستخدام المبحوثين للممارسات العلاجية التقليدية، وأخيرا توصلت النتائج الي أسباب استخدام ممارسات العلاج التقليدي بواحة سيوة ومن أهمها سهولة الوصول والتعامل مع المعالجين، إنخفاض تكاليف العلاج وندرة التخصصات الطبية في الوحدات الصحية والمستشفيات.

فهذه الدراسات منها ما هدف إلى التعرف على أسباب استخدام طالبي العلاج لممارسات العلاج التقليدي، فيما تناولت البعض من هذه الدراسات إلى تقديم تفسيرات لأسباب الإصابة بالمرض ومختلف الممارسات الروحية والعقائدية الخاصة بالمعالجين التقليديين، كما توصلت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية الأسلوب العلاجي الديني الممثل في الأدعية والأذكار في التخفيف من مستوى القلق.

3- دراسات تناولت دور المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي :

- دراسة نجاة ناصر (2018) حول ثقافة العلاج الشعبي والتي تهدف إلى تسليط الضوء على جانب مهم من تراثنا العلاجي الشعبي وذلك من خلال الكشف عن العوامل الثقافية التي تفسر لجوء المرضى إلى العلاج الشعبي للمداواة، الأمر الذي يتم طرحه وربطه بالواقع

المعاش من خلال دراسة ميدانية حول عينة تمثلت في 186 مريض بمنطقة تلمسان لجؤوا إلى العلاج الشعبي. أظهرت نتائج الدراسة أن للتراث الثقافي والديني أهمية كبيرة في استمرار العلاج الشعبي على أداء وظيفته العلاجية في الجزائر، كما أن الاعتقاد بفعالية أساليب العلاج الشعبي ونجاحتها هو السبب الآخر في توجه المرضى إليه (ناصر، 2018، 1).

- دراسة سفيان إدريس (2018) حول تمثيلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المكونات السوسيوثقافية لطريقة العلاج لدى عينة من المجتمع الجزائري، وقد تم اشتقاق عدة مفاهيم سوسيوثقافية لأساليب العلاج وتمثيلات المرض من القضايا النظرية لعلم الاجتماع الطبي، واشتملت عينة الدراسة على (120) مريض من مختلف المناطق بولاية البويرة وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي حيث أظهرت النتائج ودرجات تقييم متوسطة أن الإناث في المجتمع الأكثر إتجاها للعلاج من الذكور نسبيا نحو العلاج التقليدي، كما أن إختيار أسلوب العلاج يأتي عن طريق نماذج ثقافية في المجتمع الجزائري ولم تظهر فروقات على أساس مكان الإقامة، والدخل الشهري للأسرة، والمستوى التعليمي للمريض (إدريس، 2018، 197).

- دراسة أحمد فيطاس (2020) حول وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي، والتي هدفت إلى دراسة وظيفة المعتقدات الثقافية في التوجه العلاجي، من خلال تفسير أسباب حدوثها، واختيار العلاج المناسب. وكذا دور الأسرة في تعزيز هذه المعتقدات لدى الحالة. وقد اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي ودليل المقابلة للنماذج. شملت الدراسة الميدانية على 100 حالة تتراوح أعمارهم بين 30 و45 سنة، وتوصلت نتائج الدراسة دور المعتقدات في تفسير الإضطراب والتوجه العلاجي وإرجاع أسبابه إلى تأثيرات غيبية دفعت إلى إتباع العلاج التقليدي، كما كشفت الدراسة عن الدور الذي تلعبه الأسرة في تعزيز المعتقد الثقافي لدى الحالة المرضية من خلال تفسير المرض وإختيار العلاج (فيطاس، 2020، 216، 222).

فهذه الدراسات جاءت هادفة إلى الكشف عن العوامل الثقافية التي تفسر لجوء المرضى إلى العلاج الشعبي، والكشف عن المكونات السوسيوثقافية لطريقة العلاج لدى عينة من

المجتمع الجزائري ، إضافة إلى دراسة وظيفة المعتقدات الثقافية في التوجه العلاجي وهذا ما توافق مع بعض أهداف الدراسة الرامية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين تفسيرات الإضطراب والتوجه العلاجي.

4 - دراسات تناولت المقارنة بين العلاجات :

- دراسة تيرنر وبيديل : (1985) ، حيث تألفت العينة من مرضى الوسواس وقسمت إلى ثلاث مجموعات حيث عولجت الأولى دوائياً وعولجت المجموعة الثانية علاجاً سلوكياً بطريقة التعريض بالغمر بالإضافة إلى الدواء الوهمي. (Placebo) أما الثالثة فلم تعالج دوائياً، أو سلوكياً، فقط بالدواء الوهمي. (Placebo) واستمرت مدة العلاج (12) أسبوعاً، وتم استخدام مقاييس تقدير الوسواس قبل وبعد العلاج، كما تم الإعتماد على تقارير المرضى الذاتية، وعلى محكم لا يعرف شيئاً عن أساليب العلاج المستخدمة، وكان عليه تشخيص أعراض الوسواس بعد العلاج. وكانت أفضل نسب تحسن للمجموعة الثانية (77%) تليها المجموعة الأولى (51%) (السقا، 2014، 373، 372).

- دراسة البشر (2002) التي تناولت المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الإستجابة والعلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى كفاءة أسلوب العلاج السلوكي - التعرض ومنع الاستجابة مقارنة بالعلاج الدوائي من حيث فعاليته في التغلب على أعراض الوسواس القهري، كما هدفت إلى تقييم كفاءة كلا الأسلوبين معا (العلاج السلوكي والعلاج الدوائي) في مقابل استخدام كل أسلوب بمفرده في علاج اضطراب الوسواس القهري. وتمثلت عينة الدراسة بان أجريت على 20 مريضا كويتيا (4 ذكور) ، (16 إناث) يعانون من إضطراب الوسواس القهري ممن تتراوح أعمارهم ما بين (18- 60 عاما)، وتوصلت الدراسة إلى أن القيمة الحقيقية للعلاج السلوكي تتمثل في أنه يمثل للمسترشد استبصارا جيدا بطبيعة الإضطراب ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها بالمستقبل مع احتمالات الانتكاس ويشعره بالاجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة الإرشادية (أبو شعبان، 2010، 41).

- دراسة هاميل (2016)، التي تناولت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي التقليدي القائم على المواجهة بين المعالج والعميل، والعلاج المعرفي السلوكي القائم على التواصل عبر شبكة الفيديو كنفيرانس، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه وتفوقه على العلاج عبر شبكة الفيديو كنفيرانس، وأن لكليهما أثر فعال في التقليل من الأعراض الوسواسية القهرية (بركات، 2021، 19، 20).

فهذه الدراسات جاءت هادفة إلى إجراء مقارنة بين علاجات مختلفة تمثلت في العلاج المعرفي السلوكي، العلاج الدوائي والدواء الواهم، كما تناولت المقارنة بين فاعلية تقنيات علاجية من نفس نمط العلاج للكشف عن مدى فاعلية كل علاج مقارنة بالآخر أو تقنية علاجية مقارنة بالأخرى.

إن الدراسات السابقة المشار إليها تناولت مواضيع مختلفة، منها ما تناولت فاعلية العلاجات المعرفية السلوكية في التخفيف من حدة أعراض الوسواس والأفعال القهرية، ودراسات أشارت إلى العلاجات التقليدية وأسباب الإقبال عليها ومدى فاعليتها في علاج اضطرابات مختلفة (كالقلق، العقم) دون التطرق للوسواس والأفعال القهرية، كما تناولت دراسات أخرى العوامل الثقافية التي تفسر المرض و دور المعتقدات والتمثلات في التوجه العلاجي للمصابين باضطرابات نفسية، في حين تناولت دراسات أخرى مدى كفاءة أسلوب العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الإستجابة مقارنة بالعلاج الدوائي من حيث فعاليته في التغلب على أعراض الوسواس القهري، فمجملة الدراسات السابق ذكرها إنفردت بتناول جانب من جوانب موضوع دراستنا ولم تتناول كل متغيرات موضوع الدراسة الهادف إلى المقاربة العلاجية بين العلاج النفسي الحديث ممثلا في العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية عند المصابين بالوسواس والأفعال القهرية.

الفصل الثاني

الصورة الإكلينيكية للساوس القهرية

- تمهيد.
- تعريف اضطراب الساوس والأفعال القهرية.
- نبذة تاريخية عن اضطراب الساوس القهرية.
- أنواع الساوس القهرية.
- نسبة انتشارها.
- أسباب الإصابة بالساوس القهرية.
- النظريات المفسرة لها.
- توظيف الآيات الدفاعية في الساوس القهرية.
- أعراض الساوس والأفعال القهرية.
- معايير التشخيص Dsm/5.
- خلاصة.

الفصل الثاني

الصورة الإكلينيكية للوساوس القهرية

تمهيد:

الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية من الإضطرابات النفسية التي عرفها المجتمع الحديث بمعدلات مرتفعة مقارنة بالسنوات الماضية، وهذا إستنادا إلى ما يتم تسجيله من نتائج للدراسات على مستوى المعاهد والجامعات العالمية وما تعرفه العيادات والمستشفيات من إقبال لطالبي العلاج، ممثلين لشريحة إجتماعية تعاني من مضاعفات على مستوى الصحة النفسية والعقلية، كون هذا الإضطراب يعرقل سيرورة الوظائف النفسية وتوازن الشخصية ويؤدي إلى نقص في الفاعلية الذاتية والإجتماعية للفرد المصاب، الذي يصبح عرضة للأعراض المرضية التي يقابلها بالمقاومة ومحاولة السيطرة.

وفي هذا الفصل سوف نتناول هذا الإضطراب من الناحية الإكلينيكية، ومختلف الجوانب ذات الصلة، نظرا لما ينجم عنه من أضرار ومضاعفات مرضية على مستوى الصحة النفسية والعقلية.

1 - تعريف الوساوس والأفعال القهرية :

1-1 - الوساوس :

- لغة : جاء في لسان العرب (1985)، الوسوسة والوسواس في اللغة العربية تعني حديث النفس، يقال: وسوست إليه نفسه وسوسة وسواسا (بكسر الواو)، والوسواس بالكسر، المصدر، والوسواس بالفتح هو الشيطان وكل ما حدثك وسوس إليك، والوسوسة هي الكلام الخفي في اختلاط ويقال رجل موسوس إذا غلبت الوسوسة، ويقال يقهره قهرا: أي غلبه، وتقول قهرتهم قهرا، أي من غير رضاهم (فيصل حسن اللبناني، 2011، 36).

إصطلاحاً: يعبر عنه في إصطلاح اللغويين بـ (حديث النفس) ، أي الكلام الذي يدور في باطن الإنسان والقوة الوهمية ولكن القوية والقادرة على أمر الإنسان، ونهيه ودفعه لإرتكاب عمل ما، أو إجباره على إجتناب أمر معين (القايمي، 1996، 8).

كما وردت كلمة الوسواس في بعض الآيات القرآنية بمعنى الأفكار العبثية والمضرة التي تراود الذهن ، وندرك حال تحققها في الواقع الخارجي بأنها كانت أمرا باطلا وعبثيا ، وهو في القرآن بيمعنى حديث النفس والكلام الصادر من غالبان ، سواء كان من قبل الشيطان أو من ذات الإنسان (القايمي، 1996، 8).

2-1 - القهر : (Compulsion).

- **لغة:** هو الغلبة، قهره قهرا: غلبه فهو قاهر وقهار، ويقال أخذهم قهرا أي: من غير رضاهم، وفعله قهرا أي بغير رضا، كما في (القاموس المحيط)، (شريف سالم، 2008، 15).

وحسب (مجمع اللغة العربية 1985) : تعني غلب فقهره غلبه في مختار الصحاح، ويضيف القاموس المحيط أن القهار اسم من أسماء الله الحسنى، ويتفق معهما المعجم الوسيط (وائل، 1990، 23).

- **إصطلاحاً:** القهر حالة مرضية تتسم بالقلق الشديد والصراعات النفسية وبصفة خاصة عندما يتبين المريض بما هو فيه أو حقيقة ما يعانیه، ويحاول الإقلاع عنه، أو يحال بينه وبين إتيان هذه الأفعال كأن يكون مصابا بقهر تغيير الملابس، أو الاغتسال أو أي نوع من أنواع القهور أو الحصرات (أديب، 2015، 82).

- **الأفعال القهرية :** تعرف بأنها تصرفات تكرارية (مثل غسل اليدين، الترتيب، التدقيق) أو تصرفات ذهنية (مثل الصلاة أو الدعاء، العد، تكرار كلمات بين المريض ونفسه) والتي يشعر المرء بأنه مدفوع للقيام بها تجاوبا مع فكرة وسواسية ، أو وفقا لقواعد يجب تطبيقها بصرامة وترمي السلوكيات أو التصرفات الذهنية إلى تجنب الألم والضيق والتقليل منه أو إلى تلافي حدث أو موقف مرعب لكن هذه السلوكيات أو التصرفات الذهنية إما أن تكون مربوطة

بطريقة ليست واقعية بما قصد تحييده أو منعه بها أو أنها مفرطة بشكل واضح (لي باير، 2010، 25).

فالفعل القهري خارج عن الإرادة الذاتية وهو فعل مرضي يتميز بال تكرار والنمطية، غير هادف يستغرق ساعات على مدار اليوم، يستنكره الآخرون بينما يصر المصاب على مزاولته مع علمه بعدم جدواه وقيمه.

3-1 - الوسواس القهري من منظور عند علماء النفس :

يتسم اضطراب الوسواس القهري بأفكار وسواسية و أفعال قهرية متكررة شديدة بما يكفي للتسبب في ضياع الوقت ، أو الشعور الملحوظ بالمعاناة، و ضعف كبير في الأداء المعتاد، فالوسواس القهري تعرف من ذوي الخبرة أنها أفكار و دوافع غير مرحب بها وغير مناسبة مما يؤدي إلى قلق أو معاناة شديدة. كما يُعرّف القهر على أنه سلوك الأفعال المتكررة التي تهدف إلى منع أو تقليل القلق أو المعاناة (Lucie, 2012 ; 27).

ويفسر لابلانـش Laplanche (1973) معنى العصاب الوسواسي القهري على وجود قوة داخلية حيث يشعر الفرد نفسه مرغما بهذه القوة الداخلية على أن يفعل، وعليه أن يفكر على هذا النحو ويناضل ضد هذه القوة (أديب، 2015، 78).

- يرى سالكوفيسكز (Salkovskis (1985) في نمودجه عن الوسواس أنها عبارة عن معارف مقحمة يفسر المرضى حدوثها ومحتواها على أنها تعد دليلا على مسؤوليتهم عن إلحاق الأذى بأنفسهم، أو بالآخرين، مالم يقوموا بعمل أي شيء يستطيعون بموجبه أن يتقوها وقد لاحظ أيضا أن الأفكار الوسواسية تمثل ظاهرة عامة، ومن ثم فإن وجودها ليس هو الذي يحدد الإضطراب ، بل ان استجابة الفرد لتلك الأفكار والتي تتمثل في القلق والإنزعاج ، ومن ثم يعد وجود تلك الأفكار بمثابة مصدر إزعاج لهؤلاء الأفراد حيث تتشابه مثل هذه الأفكار الأوتوماتيكية السلبية (عادل، 1999، 241).

- كما يرى القرطي (2003) أن الوسواس القهري مرض نفسي يعبر عن حالات سلوكية شاذة، تستحوذ فيها على الفرد فكرة أو خاطرة أو صورة أو اندفاعات تتمثل في

(وساوس أو هواجس غير مرغوبة) غالبا ما تكون سخيطة وتافهة لكنها تفرض نفسها عليه، وتظل تعاوده وتراوده، أو يلح فيها عليه فعل غريب فيجد نفسه مندفعاً لتحقيقه وملزماً بتكراره (طقوس حركية جبرية) (غالبا، 2014، 277).

ويرى أحمد عكاشة (1992) أن هذا الإضطراب يتميز بوجود وساوس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية أو بوجودهما معا، الوسواس و الأفعال القهرية، ويكون المريض على يقين بتفاهة مثل هذه الوسواس ولا معقوليتها، وأنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام وهو الأمر الذي يميزها عن الضلالات كما يقوم ببذل المحاولات المستمرة في سبيل مقاومتها وعدم الإستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف من مقاومته تلك، وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوسواس وقوتها القهرية عليه، مما يسبب له الفشل الإجتماعي مع آلية نفسية وعقلية شديدة، هذا وتتمثل أعراض إضطراب الوسواس القهري في وجود أفكار وسواسية تتمثل في أفكار أو صور واندفاعات واجترار أفكار ومخاوف ليس من الشيء نفسه، ولكن مما يمكن أن يترتب عليه أو ينتج عنه إلى جانب وجود أفعال قهرية تتمثل في طقوس حركية معينة مع أفكار وأفعال قهرية مختلطة، وليس من الضروري ظهور أعراض كثيرة لدى الفرد ليصبح مريضا بل يكفي في الواقع وجود عرض واحد لتصنيفه كذلك (عادل، 1999، 239، 240).

فالوسواس هي عبارة عن أفكار فضيعة ، أو صور ورغبات اندفاعية تسيطر على الفكر بطريقة تكرارية قد تظهر ضد الإرادة، كما يمكن أن تجدها كذلك بغيضة لا معنى لها ، حيث لا تتطابق مع شخصية المصاب، وهي سبب القلق والتوتر، أما القهر فيتمثل في سلوكيات يجد المصاب نفسه مرغما على القيام بها حتى لو أدرك أنه لا معنى لها في بعض الأحيان، مع محاولة المقاومة بعدم القيام بها لكن يثبت أنه من الصعب ذلك، حيث يحس ((martine et jean,2005 ;140 .

فمن خلال ما سبق ذكره يمكن اعتبار الوسواس أفكار وهمية، تفتح مساحة التفكير ، حيث يعلم المصاب بتفاهتها إلا أنه يبقى عاجزا عن الخروج من السيطرة، إذ نجده يقضي

الساعات الطوال في مجابهة هذه الأفكار التي تستنزف قواه وتحول دون إستمتاعه بنشاطاته اليومية ومن أمثلة ذلك أفكار الشك في النظافة والتلوث بالجراثيم والأفكار العدوانية والجنسية، و الأفكار المتعلقة بالعقيدة. فالمريض يشعر نتيجة هذه الإندفاعات أنه يوشك على فعلها ولذلك نجده يتحاشى الكثير من الأمور خشية وقوع هذا الفعل وتحققه، اضافة إلى الفعل القهري الذي يتميز بالتكرار والمراجعة والإجبار، حاملا في طياته أفكارا وسواسية، ما يجعل المصاب مدركا لتفاهة الفعل وغير قادر على التحكم فيه.

2 - نبذة تاريخية عن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية :

عرف الإنسان الإضطراب النفسي منذ عصور خلت، حيث إرتبط مفهومه بحالة اللاسواء التي تنتابه، محدثة له سوء توافق على مستوى الذات والتفاعل الإجتماعي، وتعتبر الوسواس والأفعال القهرية من أبرزها، إذ قام الكثير من الأطباء والمعالجين على مر التاريخ بتشخيصها ومحاولة تصنيفها.

حسب (مارتي بياروآخرين،1991) فإن تاريخ البحث في إضطراب الوسواس والأفعال القهرية يرجع إلى عصور خلت، أين وصف الفراعنة الوسواس والقهر في أوراق البردي حيث إتصف "حقانخت" كاهن الوزير "إبي" بأنه كان وسواسيا قهريا وخاصة فيما يتعلق بالعد counting ويرى بعض المحدثين ممن درسوا " هيبوقراط" بأنه أدرج النمط المزاجي الذي يصف هذا المرض في نطاق النمط السوداوي دون أن يميز بينهما (سعفان،2014،19). وهكذا فإنه إستخدم تعبير السوداوية للدلالة على عنصر من عناصر تكوين الجسد وللدلالة على نمط مزاج وأيضا للرمز إلى بنية جسدية وأخيرا للدلالة على حالة مرضية، أما أفلاطون وهو الداعي لوحدة النفس والجسد فيستدل المحدثون على معرفته بالهجاس المرضي من خلال قيامه بأبعاد أولئك الأشخاص الذين لا هم لهم سوى التفكير والحلم في أمراضهم الوهمية مما يعيقهم عن إستيعاب الفنون والعلوم وعن التأمل فيها، كما أكد أرسطو أن كبار رجال عصره كانوا مصابين بهجاس المرض (بيار،1990،43).

وقد أورد (الطيب،1991) أن كريبلين (Kremlin) كان السباق في جمع السمات والأعراض الوسواسية والقهرية في زملة مرضية واحدة أطلق عليها لفظ "Zwaing" عام

1980 وقد تابع فرويد " كريبيلن" هذه التسمية وترجمها إلى مصطلح "العصاب أَلحصاري" وقصد به القوة الداخلية التي يستشعرها الفرد في داخله وتجعله رغما عنه يأتي أفعالا معينة قد لا يرضاها، ولكنه لا يستطيع إلا أن ينصاع لها، وفي التحليل النفسي يستخدم مصطلح "Zwang" للدلالة على قوة داخلية ويكون استخدام هذا المصطلح غالبا في إطار العصاب الحصري، وعندئذ فإن الشخص يستشعر نفسه مرغما بهذه القوة الداخلية على أن يفعل ذلك ، وعلى أن يفكر على هذا النحو ، ويناضل ضد هذه القوة، وقد اختلفت ترجمة هذا المصطلح فيما دلت في لندن على الحصار (Obsession) ، فإن الترجمة في نيويورك أصبحت تعني القهر (Compulsion) ويطلق كثير من المؤلفين على المرض ردود الفعل الحصارية القهرية (Obsessive Compulsive Reactions) وفي اللغة الفرنسية أيضا ترجمت الكلمة "Zwang" إلى قهر "Compulsion" "Compeller" وهما كلمتان ترجعان إلى الأصل اللاتيني نفس (Compeller) كما ترجمت أيضا إلى حصار تحاصره بالمعنى الحرفي للكلمة "Obsessionnelle Neuroses" (أبو شعبان، 2010، 11).

فيما أشار (السيد 2009) إلى أن مفهوم الوسواس القهري يرتبط بالتطور التاريخي لمفهوم العصاب الإستحواذي المقترح من طرف المدرسة التحليلية، وعبر التاريخ إكتسب هذا الإضطراب العديد من التصنيفات أو المسميات " فتارة وضع تحت مسمى الميلانخوليا الدينية religions melancholy ، وتارة أخرى تحت مسمى التملك أو الإستحواد الشيطاني Domain possession ، وتارة أخرى تحت مسمى الشكوك Doubting disease ، وغيرها من المسميات (ميلود دواجي، 2020، 46).

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن إضطراب الوسواس والأفعال القهرية من الإضطرابات القديمة التي عرفها الإنسان من حيث الإصابة والمعاناة، إلا أن إصطلاحها وتصنيفها العلمي عرف تطورا عبر المسار التاريخي للإضطراب.

3-أنواع الوسواس :

3-1- الوسواس الفكري :

وهي أفكار تستولي على فكر المريض وشعوره، تتجسد في الشك الدائم والمستمر في مختلف المواضيع، حيث يخطر في ذهن المصاب فجأة فكرة أو رغبة على هيئة ظاهرة مرضية غير منسجمة مع شعوره الواعي، وقد يخطر له عبثاً أن يعد أرقاما أو يحسب خطواته، أو يحصي مصابيح الشارع أو الأشجار التي يصادفها في طريقه، كما تكتسب الأفكار صوراً أكثر خطورة، كأن ينوي قتل شخص ما وإن كان ينفر من هذه الأفكار بشدة (علي، 1996، 24). ومشكلة هذه الأفكار أنها تظل ملازمة للمريض معظم الوقت وتفرض نفسها عليه بإلحاح وتدعوه لفحص الأمر وتقليبه في ذهنه فيظل يناقش نفسه، وتظل الفكرة مسيطرة وتجربها مجموعات من الأفكار في صورة أسئلة يجيب عنها تسمى حينئذ هذه الأفكار اللانهائية وهذه الأسئلة التي لا تنتهي بإجترار الأفكار Ruminaton (عادل، 2015، 45).

3-2- الوسواس العملي :

إن كنت تؤدي طقوس التكرار، فإنك تشعر بأنك مجبر على تكرار تصرفات أو أعمال بسيطة مثل دخول الغرفة، غسيل جزء من جسمك، أو تسريح شعرك بعدد معين من المرات، وقد تشعر بأنك على غير صواب ما لم تقم بتلك الأعمال بالعدد "الصحيح" من المرات، بالنسبة إليك قد تشعر بالخوف من أن تحل عليك مصيبة أو على أحد ممن تحبهم إذا لم تكتمل عدد المرات المكررة والمحددة (لي باير، 2010، 39). فهذا النوع من الوسواس ممثل في سلسلة الأفعال والتصرفات العابثة وغير المنطقية، فالمصاب يضطر إلى القيام بعمل يتعارض ورغبته الحقيقية ، بل يتنافى حتى مع طريقة حياته العادية فهو يرى نفسه مضطراً إلى القيام به وإن لم يكن مبرراً، وفي هذا النمط من الوسواس يكون الدور الأساس للأعمال وليس للأفكار (القايمي، 1996، 25). وقد تتجلى مظاهر هذا النوع من الوسواس بأشكال مختلفة دون رغبة في ذلك فالمصاب يجد نفسه مكرها على القيام به على الرغم من عدم حاجته لذلك، إضافة إلى هذا فإن سلوكاته تطغى عليها الدقة الشديدة.

3-3 - وسواس الخوف :

ويسمى وسواس الإقدام أيضا وهو في الواقع يعد نوعا من أنواع الوسواس ويبدو فيه المريض وكأنه معين وكأن قوة معينة تمنعه من القيام به وإن كان ضروريا (العاسمي، 2016، 340). ومثال ذلك (توم) المعلم الذي تعرض لعذاب الخوف من أنه ألحق الأذى بأحد طلابه الصغار، كانت الصورة حية: كان يرى نفسه وهو يحطم جمجمة أحد الأولاد على الأرض، يخنق آخر بيديه العاريتين وهو لا يقوم أبدا بمثل تلك الأفعال التي كان يخشاها وقد أرعبته تلك الأفكار ، قوم هذه الوسواس عشرين عاما خائفا من كل عام دراسي جديد منتظرا بفارغ الصبر العطلة الصيفية التالية فأصبح توم خبيرا في إختراع طرق جديدة غامضة للتأكد من سلامة الأطفال في صفه، فكان الإتصال بوالد طفل عند تغييره لإصابته بالرشح يقلل من مخاوفه مؤقتا من أنه قتل ذلك الطفل وكان يرسم إشارة بالطباشير على الباب بحيث يمكنه التأكد فيما بعد من أنه لم يتخط تلك الإشارة لينقض على طالب آمن. لكن لم تكن تلك الإجراءات فعالة لوقت طويل، فقد كانت مخاوفه تعاوده من جديد طوال العام الدراسي أحيانا، وحتى العطلة الصيفية تارة أخرى (لي باير، 2010، 36، 37). وهناك فرق بين الخوف المرضي والخوف الوسواسي ، فالأول مرتبط بالفكر الشعوري وله معنى ودلالة بالنسبة للمصاب، في حين الثاني لا علاقة له بذلك.

4-3 - وسواس الإجبار :

أساس المسألة في هذا الشعور هو أن المصاب لا يستطيع أن يحرر نفسه من القيام بعمل ما أو تنفيذ فكرة معينة وإن إستطاع التخلص من تلك الأفكار والإمتناع عن ذلك العمل فإن صراعا مريرا يتولد في داخله (العاسمي، 2016، 340). فالمصاب يعيش حالة معينة وكأن في داخله قوة تجبره على التفكير أو العمل بطريقة معينة، وهو يعلم أن عمله يعد خلافا للمنطق، لكنه يشعر بأنه مكره عليه والمقصود أن الأفكار المزعجة التي تشعره بالإجبار والطلب تحاصره، بحيث لا يمكنه تجاوزها ونسيانها ولا يمكنه أن يبدي عدم مبالاته بها (القيامي، 1996، 30).

4 - نسبة إنتشار الوسواس القهرية :

عرفت الوسواس القهرية انتشارا بعد الفترة التي عرفت فيها نوعا من التقليل من شأنها (أين كان عدد الذين يستشيرون الفحص قليل) واليوم تسجل ما بين 2-3 % من العدد الإجمالي للسكان، حيث بداية الإضطراب تكون في حدود سن 35 سنة (65 % قبل سن 25 سنة)، كما أن النسبة ما بين الجنسين 1 و الفئات الإجتماعية المهنية كانت الأكثر إصابة ، كما أن ضعف الجينات الوراثية والعوامل البيئية كانت واردة في الإصابة بالوسواس القهرية (igor,2006,4). فالوسواس أحد أكثر الإختلالات العصبية شيوعا بين الناس، وينتشر بشكل ظاهر وخفي ليس في مجتمعنا فحسب ، وإنما في كل المجتمعات الإنسانية المتحضرة، ويمكن ملاحظة عينات منه في أوساط الرجال والنساء والأطفال والأحداث والشباب والكبار، وحتى الشيوخ والطاعنين في السن بأشكال وأنواع مختلفة، إلا أن بعض أنواعه يزداد بين الجنسين على اختلاف أعمارهم (القايمي،1996،7).

وقد أورد (أبو الخير، 2002)، أن الذكور أكثر إصابة من الإناث بهذا الإضطراب، و يبدأ في العقد الثاني من عمر الفرد، و يشاهد في الشرائح الاجتماعية العليا اقتصادياً واجتماعياً بدرجة أكبر مما يشاهد في الشرائح الاجتماعية الأخرى، والملاحظ أن هؤلاء المرضى ينعمون بدرجة ذكاء جيدة (أبو شعبان،2010،10).

وقد تم تسجيل نسبة الإصابة بعصاب الوسواس والقهر بـ (5) من مجموع مرضى العصاب، والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينيات من حياة الفرد ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر في الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكى (زهران،2005،509).

وتشير الأدلة الحديثة المستقاة من بحث ممول اتحاديا إلى أن هذه الأعراض قد تظهر إلى حد ما خلال حياة الفرد بنسبة اثنين إلى ثلاث بالمئة بين البالغين، كما أن هذا المرض شائع لدى الأطفال والمراهقين، مما يدل على أن هذا الإضطراب لا يميز بين الكبير والصغير، إذ تشير الاحصائيات إلى أن سبعة ملايين ونصف إنسان في الولايات المتحدة يعانون من

الوسواس القهري في فترة ما خلال حياتهم وإذا أضيفت المشاكل الأخرى المتعلقة بالوسواس القهري قد يتضاعف هذا العدد (لي باير، 2010، 29).

5 - أسباب الوسواس القهري :

5-1- عوامل وراثية وفيزيولوجية :

أوضحت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في تكوين الإضطراب الوسواسي القهري، حيث أكد (لويس Lewis) أن الطباع والأعراض القهرية توجد بشكل واضح في أسر القهريين من خلال بحث أجراه سنة 1935، حيث وجد ثلث آباء وخمس إخوة المرضى يعانون من الوسواس القهري، وفي دراسة لخمسين حالة مرضية وجد لدى سبعة وثلاثين من الآباء سمات قهرية واضحة وفي بعض الحالات كانت الأعراض القهرية لدى الوالدين كليهما ووجد أيضا أن 43 من 206 هم من أشقاء المرضى وتظهر عليهم سمات قهرية. كما أكد (سادلر Sadler) أن الوراثة تظهر كسبب رئيسي في 90% من الحالات المصابة بالعصاب القهري (أديب، 2015، 86). وأن حوالي 20% من أقارب المرضى لديهم نفس الإضطراب، كما أن ظهور نفس الإضطراب أعلى منه في التوائم الحقيقية وحيدة البيضة من ثنائية البيضة (المالغ، 1995، 129).

كما أثنت الدراسات أن للنواقل العصبية دور في تكوين أعراض الوسواس القهري، حيث ثبت أن الأدوية السيروتونية أكثر فاعلية من الأدوية التي تؤثر على النواقل العصبية الأخرى، كما أثبتت دراسات تمت عن طريق تدفق الدم و التمثيل الغذائي في الفص الجبهي والعقد القاعدية وأجزاء أخرى في المخ وعند إطاء، العلاج الدوائي والمعرفي السلوكي تنعكس هذه الإضطرابات وتحسن حالة المريض أيضا، إضافة إلى صغر حجم النواة المذيلة على الجانبين في مرضى الوسواس القهري الذي أثبتته دراسات الأشعة المقطعية بالرنين المغناطيسي والدراسات الوراثية التي دلت على وجود 35% من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الوسواس القهري مصابون بالمرض نفسه (محمد شريف، 2008، 18، 19).

2-5 - عوامل معرفية :

بعض الأشخاص يخطؤون في تفسير الأفكار الإقترامية، فيعتبرونها مهمة شخصيا أو تعبر عن شخصياتهم الحقيقية، فمثلا أي شخص يستخدم سكيننا في المطبخ قد تأتي له فكرة عابرة بايذاء شخص يحبه، لكن معظم الناس يعلمون أنهم لن يسببوا الضرر لأي شخص، وبسهولة يتخلصون من هذه الفكرة، أما المصاب بالوسواس القهري فقد يكون غير قادر على تجاهل هذه الفكرة ويفسرها بشكل خاطئ كدليل على أنه قاتل محتمل قد يتم القبض عليه ، وفي هذه الحالات فان الأفكار الإقترامية قد تتطور إلى وساوس مرعبة (عبد الحكم، 2016،11).

ولقد كشفت الدراسات في الأشخاص الموسوسين على أنهم يحملون أفكارا وافتراضات غير منطقية وأنهم يجب أن يكونوا متنافسين بصورة كاملة ويحاولوا تجنب النقد، وهم يعتقدون أنهم سوف يعاقبوا إذا أخطأوا وأن ممارستهم لطقوس وأعمال معينة ستساعدهم على تجنب الكوارث القريبة، وأن تكرارية الفحص تضمن لهم إنجاز العمل على الوجه الأكمل وأن الأخطاء بعيدة الوقوع (حسين فالح، 2013،34).

3-5 - عوامل سلوكية :

التفسير السلوكي لهذا الإضطراب يعتمد على نظرية التعلم، فهي ترى أن الشخص يكتشف قدرة فعل معين على تقليل القلق والتوتر المرتبطين بفكرة تسلطية ما، ويجد الشخص نفسه يكرر ذلك الفعل إلى أن يصبح فعلا قهريا بالتدرج، وطبقا لواضعي نظرية التعلم، فإن الوسواس عبارة عن مثيرات شرطية، فالمثير الطبيعي يرتبط بالخوف أو القلق من خلال عملية الإستجابة للتشريط ويحدث أن تقترن الوسواس بحوادث قلقة بطبيعتها أو تكون مولدة للقلق، أما القهور فيتم تثبيتها بعدة طرق ، فالشخص يكتشف أن هناك أفعالا معينة يقوم بها وأنه حينما يقوم بها فإنها تنخفض أو تقلل من القلق المرتبط بأحد الأفكار الوسواسية (السيد فهمي، 2009،103). فتفسير الإضطراب من وجهة نظر السلوكيين هو رد فعل مكتسب ناتج عن التفاعل والإحتكاك مع المحيط وما يعرفه من مثيرات مختلفة بهدف تخفيف درجة القلق

والتوتر، وقد يصبح تكيفا مرضيا كونه يعرقل سيرورة الحياة مع مختلف النشاطات الإجتماعية والمهنية بسبب عدم القدرة على التحرر من تسلط الأفكار ومختلف الأفعال القهرية والطقوس.

5-4 - عوامل إجتماعية وأسرية :

أورد البناني (2010)، أن أصحاب هذا النموذج يعتقدون أن هناك أساساً اجتماعياً وثقافياً و اراء الإصابة بالوسواس القهري، حيث يعتبر المجتمع مسؤولاً عن ظهور الوسواس القهري حين يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل النظافة والتنظيم والدقة والترتيب في الهندام واللباس، وهي سمات مرغوبة، ولكنها تتحول إلى اضطراب عند المبالغة في سمة أو أكثر منها. في حين يرتبط آخرون هذا الإضطراب بالظروف الأسرية مثل الحرمان من الحب والدفع العاطفي ومشاعر الحماية والتقبل، بالأخص في مرحلة الطفولة المبكرة، كون الاتجاهات الوالدية في تنشئة الأولاد تلعب دوراً محورياً في تكوين الأعراض القهرية لديهم. فالآباء يشجعون أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه الخصائص وتنميتها لديهم، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حين يشعرون بالارتياح عند ظهور السمات الخاصة بهم في شخصية أبنائهم (نوير، 2018، 474).

وقرر كارل هورني (Horney) بأن العصاب القهري ينشأ لدى الفرد بسبب الظروف الإجتماعية والثقافية، وعلى وجه الخصوص تلك العوامل البيئية التي تعوق النمو النفسي السليم للطفل، ويتفق مع هذا الرأي من (بيريل Beryl) و(مورر Mowrer) في أن العصاب القهري نمط مرضي متعلم ومكتسب ، ويعود إلى الخبرات المعرفية الأولى في فترة الطفولة (أديب، 2015، 89). فالتربية الشديدة والقواعد الصارمة والتأكيد على الدقة والطموح بشكل مبالغ ربما يلعب دوراً في نشوء الإضطراب الوسواسي ، حيث يشعر الإنسان أنه مقصر دائماً في الوصول إلى الرضا عن نفسه ولا يشعر بالإطمئنان والتأكد في أفعاله، كما أنه يقلق كثيراً إذا شعر بنوازع غير مقبولة في داخله وكأنه يتعامل مع نفسه على أنه كائن فوق البشر لا يخطئ ولا يذنب ولا يضعف وبالتالي فهو يعيش في صراع مع نفسه ومع قيمه الشديدة (المالغ، 1995، 130).

6 - النظريات المفسرة للوساوس القهرية :

6-1- نظرية التحليل النفسي :

تنشأ الحالة الوسواسية في نظر هذه النظرية من تثبيت على المرحلة السادية الشرجية من التطور عندما تكون تربية الطفل قاسية وتفرض عليه النظافة والضبط الشرجي قبل أن يكون مؤهلاً لذلك بشكل طبيعي، مما يحدث اضطراباً وإجهاضاً للنزعات العدوانية التي تنمو عادة في هذه المرحلة، كما يحدث تثبيت شهواني رمزي على الناحية الشرجية ومال تمثله على المستوى النفسي، بحيث عندما يقبل الطفل على المرحلة الأوديبيية تكون نزعته العدوانية والتدميرية المكبوتة شديدة تستقطب النزعات الشهوانية ولا تسمح له بمواجهة هذه المرحلة بشكل متوازن (العاسمي، 2016، 337). فالأفكار الوسواسية هي دوافع أو غرائز غير مقبولة (العدوانية، والتدمير، والغرائز الجنسية المفرطة) التي غالباً ما كانت تكبح وتظهر بشكل متكرر أو بشكل مقبول، فالأفراد يشعرون بأنهم ليسوا جزءاً من أنفسهم وقد يرتكبون أعمالاً محظورة، فالأم المهووسة بفكرة قتل ابنها تتفحص الطفل كل ليلة لتتأكد من أنه على ما يرام وتفعل ذلك عدة مرات، فالأفعال القهرية تساعد على إبعاد الأفكار المهددة خارج إدراك الشخص ووعيه، فالشخص المشغول بصورة مستمرة لديه فرص قليلة ليرتكب أفعالاً غير ملائمة أو يفكر بأفكار غير ملائمة (حسين فالح، 2013، 31).

6-2- النظرية السلوكية :

حسب وائل أبو هندي (2003) فإن أنصار المدرسة السلوكية ينظرون لإضطراب الوسواس القهري على أنه سلوك متعلم تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي تؤدي إليها إحدى هذه النتائج وهو خفض القلق، والخوف ومن ثم فإن إكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك (أسامة فاروق، 2015، 347). وأضاف فايد (2003) أن الأفراد القلقين عندما يكتشفون أن سلوكاً ما مثل غسل الأيدي يؤدي إلى تخفيض القلق فإن هذه الإستجابة تقوى وتكون الراحة بطبيعة الحال مؤقتة ولذلك فلا بد من تكرار السلوك بصفة دائمة (غالب ، 2014، 282). فالفعل مرهون بالشعور، فكلما ارتفعت درجة القلق زادت من

ممارسة الأفعال القهرية ومختلف الطقوس، والتي تمثل تدعيماً سلبياً لخفض درجة القلق التي يعيشها الفرد على المستوى النفسي.

6-3 - النظرية المعرفية :

نفترض وجود أفكار غير مرغوبة فيها وتكرارية في مناسبة ما، مثل أغنية أو موسيقى الإعلانات تدخل بصورة مسموح بها إلى الوعي ولكننا قادرون على طردها وكلما زاد احتواء الوسواس على القلق زادت صعوبة التخلص منه لأنه كلما توترنا أكثر زاد تكرار الأفكار وزادت كثافتها، فإذا حدث شيء لشخص غير موسوس وبدت له فكرة مزعجة فإنه سوف يجد الفكرة غير مقبولة ولا يصبح قلقاً اتجاهها، ويستطيع التخلص منها بسهولة، وعلى النقيض من ذلك فالشخص الموسوس يكون قلقاً من الفكرة والقلق سيجعله غير قادر على التخلص منها وتستمر الفكرة عنده (حسين فالح، 2013، 33، 34). فالوسواس ينشأ من النشاط الذهني الحاد حول المسائل البسيطة والتافهة، حيث يشعر البعض بالحاجة لأن يشغل ذهنه بالتفكير دائماً في أمر أو مسألة معينة، فإذا لم يجد ما يشغل به نفسه يلجأ إلى التفكير بالقضايا والأوهام التافهة والتخيلات العابثة، وغالباً ما يقوده ذلك إلى الوقوع في شرك الوسوسة وتصل به الحاجة إلى درجة يعجز فيها عن التخلص منها رغم الجهود والمسااعي التي يبذلها في هذا السبيل، فعندما يلوث الطفل نفسه بالأساخ مثلاً يسعى لمكافحة الإضطرابات النفسية التي تستحوذ عليه نتيجة خوفه من عقاب الأم عن طريق الغسل المتكرر، وهذا التكرار يمهّد الأرضية لرسوخ هذه العادة أو نشوء الأفكار الوسواسية الخطيرة في أعماقه، حتى أن البعض يعتقد أن الأفكار المصحوبة بالوسوسة تمثل في حقيقتها نوعاً من الإضطراب الناجم عن التوترات النفسية التي لا يمكن إجتنانها بسهولة (القايمي، 1996، 88، 89).

6-4 - النظرية البيولوجية :

إن مساهمة العوامل الوراثية تم توثيقها في الكثير من الدراسات العائلية وحول التوائم، حيث ثبت إنتشار الإضطراب عند بعض العائلات خاصة في بعض الأشكال العيادية المبتدئة خلال الطفولة وعند التوائم المتطابقة أكثر منها عند التوائم غير المتطابقة وكذلك وجود أشكال عائلية مرتبط بإضطراب Gilles de Tourette، كما أكدت الدراسات حول فاعلية

مضادات اللاكتئاب لدى المصابين على فرضية اضطراب اضطراب النظام السيروتونيني، حيث يعتبر السيروتونين الموصل العصبي الذي يعمل على الكف السلوكي وعلى تجنب الخطر، وأظهرت دراسات أخرى على إمكانية وجود إختلال النظام الدوباميني في الإضطرابات ذات الحدة المخففة (زروالي، 2014، 101).

7 - توظيف الآليات الدفاعية في الوسواس القهري :

- النكوص:

يرى فرويد (1985) أن النكوص هو الميكانيزم الأساسي في الأمراض العصابية القهرية، فهو يؤمن للعصابي القهري الدفاع عن الأنا ضد الأفكار غير المقبولة والمكبوتة كبنا غير ناجح، ويرى فرويد أن اليببدو يرتد في صورة نكوص ويصبح الأنا الأعلى قاسيا وفضلا بدرجة كبيرة ويقوم الأنا ببناء على أوامر الأنا الأعلى بتكوين ردود فعل في صورة الاستقامة والرأفة والنظافة ، وتظهر هذه القسوة الشديدة وإن لم تكن ناجحة في مقاومة الرغبة في استمرار العادة السرية السابقة والتي أصبحت الآن متعلقة بالصور العقلية النكوصية (الإستية السادية) ولكن العادة السرية التي تم قمعها إنما تقترب جدا من الإشباع تحت ستار الأفعال القهرية (غالبا، 2014، 174، 175).

- التكوين العكسي :

حيث يهتم الفرد بشكل وسواسي بموضوع يهمله لا شعوريا ويعبر عن الدوافع المستهجنة سلوكيا في شكل معاكس (ولنوضح ذلك نجد مثلا الأم التي تحاول التخلص من جنينها الذي حملت به رغم ارادتها ثم تمننت أن يموت عند ولادته ولكنه بعد أن ولد أصبحت تغسل يديها مرارا قبل لمسها وتغلي ملابسه وأدوات رضاعته باستمرار ولا تسمح لأحد أن يلمسه خشية تعرضه للعدوى والمرض والموت (زهران، 2005، 511). ويرى علاء الدين كفاي (1990) أن التكوين العكسي يهدف إلى حماية الذات من الضيق والتوتر الناشئ عن الحرمان من إشباع غريزي ، كما يهدف يهدف إلى حماية الذات من القلق المرتبط بهذا الدافع ، وجوهر هذا الميكانيزم أنه لا يكتفي بكبت النزعات غير المقبولة ، بل يتبنى إمعانا في انقاء شر هذه النزعات (غالبا، 2014، 177).

- الإلغاء:

تلعب حيلة الإلغاء أو الإبطال دورا مهما حيث يقوم الفرد بسلوك قهري يلغي أو يبطل ما قام به فعلا ولو كان غير مقبول شخصيا أو إجتماعيا "ومثال ذلك إلغاء الأم عقابها لطفلها بإغراقه بالحب" (زهران، 2005، 511).

- المحو:

حسب محمد أحمد سعفان (2003) يعتبر ميكانيزم شائع عند المرضى المصابين بالوسواس والأفعال القهرية ويستخدمه المريض عندما يعتقد بأنه لا يسيطر سيطرة كاملة على أفكاره ويؤدي ميكانيزم المحو دورا رئيسيا في التشخيص فالمريض العصابي القهري يأتي بفعل مضاد للفعل سواءا كان في الحقيقة أم في الخيال، فهو يحو فكرة بفكرة أخرى أو يكرر نفس الفكرة ولكن بهدف مغاير، ويفسر ميكانيزم المحو أعراض أفكار وسواسية وأفعال قهرية مثل طقوس اللمس (غالب، 2014، 178).

8- أعراض الوسواس والأفعال القهرية :

أن الوسواس القهرية إضطرابات تظهر في شكل أعراض مرضية مؤثرة على الأفكار والأفعال، والتي نلخصها بشكل عام فيما يلي:

8-1- أعراض عامة :

- الشك القهري كالمبالغة في النظافة أو الشك بعدم الطهارة في الصلاة.
- أفعال قهرية وطقوس حركية كالمراجعة المتكررة نتيجة للشك يمارسها المريض لتخفيف حدة التوتر عن الإمتناع عنها.
- البطء في الإستجابة ورد الفعل.
- المبالغة في الإتجاهات الأخلاقية (المثالية).
- الحساسية الزائدة والخجل الزائد.
- عدم المرونة والتصلب والإنضباط الشديد (أديب، 2015، 85).

- المراجعة والتدقيق المتكرر والقهري (الغسيل والتنظيف المتكرر والقهري).
- البحث عن التناسق التام.
- أفكار عدوانية وجنسية غير مرغوبة.
- العد القهري للأشياء
- طقوس المحافظة على النظام والترتيب والتوازن الدائم.
- الاحتفاظ بالأشياء عديمة القيمة أو التخزين.
- بعض الناس يعانون فقط من الأفكار الوسواسية ولكن بدون أفعال قهرية كما أن هناك تفاوت كبير في بداية المرض، فبعض المرضى يعانون من عرض واحد طوال حياتهم وبعضهم يعاني من وساوس متعددة، والبعض الآخر يتحول من عرض إلى عرض (محمد شريف، 2008، 28).
- فكرة أو صورة لمنظر حسن أو سيء أو جملة معينة أو مقطع موسيقي (مثلا إن أحدا سيقتله، أو أنه سيشتد رئيسه في العمل أو يتعرض أحد أفراد أسرته لحادثة خطيرة أو للموت إذا لم يفعل سلوكيات أو أفعال معينة).
- الإندفاعات: رغبة جامحة لأن يقوم بأفعال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها، مثلا التأكد من غلق الأبواب والأجهزة قبل النوم مرات عديدة، ترتيب الأشياء أو الأعمال بطريقة معينة وإن أخطأ فإنه يعيد أفعاله مرارا ، وأن هناك أفكارا تطارده مثل العدوان على الآخرين أو قتل أمه أو الإنتحار من مكان مرتفع أو الغناء في مآتم أو تسميع جدول الضرب أو شتم الذات الإلهية، والإندفاعات قد تكون تافهة أو خطيرة والشخص يعرف أنها غير منطقية ولكن لا يستطيع التحكم فيها أو وقفها.
- إجترار الأفكار: تطارده الأفكار بأسئلة يصعب الإجابة عنها مثلا: من خلق الله، لماذا يوجد المرض والمعاناة في هذا العالم، أو أن هناك احتمالا بأن أباه قد اغتصبها وهي طفلة (لا تعي شيئا) وقد ترتبط المخاوف المرضية بالوساوس مثل الخوف من أماكن العبادة أو المطابخ

أو دورات المياه، ويعتبر ذلك عرضاً ثانوياً لوسواس مرتبط بهذه الأماكن (شلبي، 2016، 71).

- الطقوس والسلوكيات المتكررة: (مثل غسل الأيدي، الإسراف في التنظيم، ومراجعة غلق الأبواب والأقفال والنوافذ، جذب وتفحص أجهزة الغاز) أو أفعال عقلية (مثل إعادة الصلاة والعد القهري كعد الأشياء مثل النقود والسلالم وأعمدة الكهرباء وتكرار الكلمات في صمت) والتي يشعر الفرد أنه مدفوع إلى أدائها كاستجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (غالبا، 2014، 280).

كما أن الشخص المصاب يطغى عليه القلق والشك مما يؤدي إلى خلل في التوافق النفسي نتيجة الصراع وانخفاض في مستوى تقدير الذات واتخاذ القرارات والثقة في النفس إضافة إلى تدني مردوده الاجتماعي من ناحية الاتصال والتواصل وأداء المهام.

2-8- الأعراض النفسية :

للسواس إفرازات وأضرار نفسية على الإنسان، فالمريض يعاني دائماً من هذا الجانب من آلام ومتاعب نفسية عميقة، فميوله ورغباته المؤذية تدفعه إلى معاقبة نفسه وتأنيبها فتنتابه نتيجة لذلك توترات عصبية ونفسية مختلفة، فيكون في صراع متواصل مع ذاته، باعتبار أن فكره منهمك دوماً بأداب وممارسات قسرية، ويتبادر إلى ذهنه أحياناً أنه مصاب بالسرطان أو السفلس أو يفكر في الإقدام على الانتحار... الخ وبدلاً من أن يتضاءل مثل الشعور في نفسه نراه يزداد حدة، وكثيراً ما يتوجس في نفسه الخشية من الحاق الأذى بالآخرين فيلجأ بغية التخلص منها إلى إيذاء نفسه ثم يتجه تفكيره تدريجياً للانتحار (القيامي، 1996، 99، 100).

3-8 - أعراض اجتماعية :

المصابون بهذا الإضطراب تراودهم أفكار جنسية غريبة وغير قابلة للتحقيق، تراهم يقومون بتصرفات مشينة يرفضها العرف والأخلاق، فالمرض يخلق عند مثل هؤلاء ميولاً عدوانية قد تتولد عنها عواقب مضرّة، فالمريض ذاته والمحيطون به يضيقون ذرعاً بما يفرزه هذا الوضع من اضاعة للوقت وعجز عن اتخاذ القرار الصحيح في الوقت المناسب (القيامي، 1996، 100).

9- معايير التشخيص للوساوس القهرية وفق DSM/5 :

حسب الدلائل التشخيصية المتداولة وفق المعايير العالمية لتشخيص الإضطرابات النفسية والعقلية فان الوساوس القهرية يمكن تشخيصها حسب DSM/5 وفق ما يلي :

يحدد التقسيم الأمريكي الخامس للأمراض العقلية اضطراب الوساوس والأفعال القهرية في ضوء عدد من الأعراض على النحو التالي:

أ / وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

- أفكار أو إندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الإضطراب بإعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.
- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تعرف الأفعال القهرية بـ (1) و (2):

- سلوكات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة ، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها، إستجابة لوسواس، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.
- تهدف السلوكيات أو الأفعال القهرية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فضيع ، بيد أن هذه السلوكيات والأفعال القهرية ، إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية، بما هي مصممة لتحييده أو منعه أة أنها مفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

ب/ تكون الوساوس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا تقريبا) ، أو تسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الإجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ج/ أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار أو دواء) أو لحالة طبية أخرى.

د/ لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بأعراض إضطراب عقلي آخر(DSM/5,p102).

.. خلاصة:

الوساوس والأفعال القهرية من الإضطرابات النفسية التي لها تأثير بالغ على حالة السواء لدى الفرد المصاب، وذلك نظرا لما ينجم عنها من أعراض متمثلة في تسلط الأفكار والأفعال القهرية ، إضافة إلى مختلف الممارسات والطقوس المرضية ، والتي تشكل تعارضا واضحا مع سيرورة الحياة والنشاطات المهنية والإجتماعية، ما يستلزم التشخيص المبكر إستنادا على مجموعة الأعراض المرضية والتكفل بها علاجيا، خاصة من الناحية الوظيفية عن طريق العلاجات النفسية وما تعرفه من أساليب وتقنيات، وهو ما سوف نتناوله في الفصل الموالي من خلال التطرق للعلاج النفسي ممثلا في العلاج المعرفي السلوكي.

الفصل الثالث

العلاجات المعرفية السلوكية كأحد أساليب العلاج النفسي الحديث

- تمهيد.
- تعريف العلاج النفسي.
- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي وتطوره العلاجي.
- نماذج من العلاجات النفسية.
- العلاج المعرفي السلوكي كنموذج للعلاج النفسي.
- مختصر عن الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي
- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- مزايا وأهمية العلاج المعرفي السلوكي.
- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- شخصية ومواصفات المعالج المعرفي السلوكي.
- نماذج من التقنيات المعرفية السلوكية لعلاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.
- خلاصة.

الفصل الثالث

العلاجات المعرفية السلوكية كأحد أساليب العلاج النفسي الحديث

تمهيد:

العلاجات النفسية عديدة، تختلف باختلاف مدارسها و أساليبها، ومرجعيتها الفكرية والفلسفية، تعود جذورها لعصور قد خلت، متأثرة بالحمولة الثقافية وطبيعة الطقوس والأساليب العلاجية المنتهجة في تلك المجتمعات، حيث يفيد معنى المرض أو الإضطراب في قاموس الصحة النفسية والعضوية، حدوث خلل في المجرى الطبيعي للعضو أو الجهاز (العصبي أو النفسي)، حيث يتطلب التدخل العلاجي الهادف إلى إعادة التكيف والتفاعل مع مختلف المعطيات (النفسية والاجتماعية) كمحاولة لإزالة الألم وإعادة التوازن المفقود وفق منهج وأساليب يتبناها المعالج اعتمادا على مؤهلاته العلمية والمهنية ودرايته بالإضطراب وأسباب حدوثه، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أبرز العلاجات في العصر الحديث وذلك لما يقدمه من خدمات جليلة في الحقل السيكولوجي، من خلال ما تحققه من تخفيف لمعاناة المرضى وحل مشكلاتهم والمساهمة في علاج مختلف الإضطرابات النفسية ذات الطبيعة العصابية والذهانية، وذلك لما عرفه من تطور في الأونة الأخيرة كونه استفاد من نتائج الدراسات العلمية والأكاديمية لمختلف البحوث والنظريات المعرفية والسلوكية، إذ أصبح يعتمد على تقنيات وأساليب أظهرت فاعليتها العلاجية لمختلف الأعراض والباثولوجيا النفسية في فارق زمني قصير، عكس العلاجات الأخرى التي لا تقل أهمية عنه، إلا أنها تستغرق مدة أطول ونتائجها أقل، وهذا ما دفعنا إلى تناول هذا العلاج في هذا الفصل.

1- تعريف العلاج النفسي :

اختلفت الآراء والتعاريف لمفهوم العلاجات النفسية وذلك نظرا لتعدد المدارس النفسية وفلسفاتها العلاجية واختلاف أساليبها أدى إلى تنوع العلاجات والطرق المنتهجة في ممارسة مختلف فنياتها وتقنياتها، إضافة إلى اختلاف نظرتها للإضطراب والمتعالج (المريض) وهذا ما يجعل من الصعب الخروج بتعريف جامع للتعريف بالعلاج النفسي، رغما أن هدفه واحد

هو تعديل نفسية المريض من حالة اللاسواء إلى حالة السواء، وفيما يلي نقتصر على التعريفات التالية:

يرى فريدمان (Freedman) وآخرون (1967) أن العلاج النفسي هو: " نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ينشئ فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفضي أو غير لفضي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية، وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق، وتنمية شخصيته وتطويرها" (إجلال،2000،83).

- و يعرف (ريتشارد. سوين،1979،831) العلاج النفسي بأنه: "منهج للعلاج يتضمن خبرة تصحيح أو إصلاح تتم عن طريق التفاعل بين معالج مختص وواحد أو أكثر من المرضى والهدف منه هو إعادة المريض الى حالة من التوافق تكون أكثر فاعلية وإقناعا" (أديب،2015،223).

- فيما يرى نبيل حافظ (1984) أنه مجموعة من الجهود الفنية التي يقوم بها المعالج النفسي في سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التي تواجهه وتحول بينه وبين توافقه النفسي. (إجلال،2000،84).

- بينما يعرفه (إ.م. كولز 1991) بأنه "التطبيق المنظم لإجراءات يستخدمها كل فرد في التفاعلات السوية بين الأشخاص فمحاولة ادخال البهجة على نفس صديق حزين أو تهدئة شخص غاضب هي ممارسة للعلاج النفسي، فهو محاولة لاستخدام الكلمات والأفكار والعلاقات بين الأشخاص لإصلاح الحالة الانفعالية المضطربة لدى شخص آخر" (غالب،2014،8).

- ويرى أنطوان أستور (1991) أن العلاج النفسي هو " فن تخفيف هموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية " (غانم، د س،19).

- يرى لويس كامل مليكة (1997) أن كلمة علاج نفسي يقابلها الكلمة الإنجليزية Psychotherapy مكونة من مقطعين إغريقيين Therapy وتعني علاج، أما كلمة Psycho

فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات، أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر في مجال العمليات العقلية، أو بمعنى آخر أن العلاج النفسي هو علاج بما في ذلك الجراحات وإستخدام العقاقير بالرغم من شيوع الفكرة، أن العلاج النفسي هو علاج بالكلام Talking Cure (غانم، دس، 20، 21).

- كما يعرف ولبرج Wolberg معنى العلاج النفسي بأنه: "شكل من أشكال العلاج للإضطرابات ذات الطبيعة الإنفعالية، يحاول من خلالها الشخص الفاحص أن يقيم علاقة مهنية بمريضه بهدف إستبعاد، أو تعديل أو تأجيل ظهور الأعراض المرضية بغية الوصول الى إحداث نمو إيجابي في شخصيته" (أديب، 2015، 323).

فمن خلال ما تم تناوله من تعريفات نرى أن هناك نوعا من التشابه والإختلاف بين المهتمين بمجال العلاج النفسي الذي كان ولا يزال في تغير دائم ومستمر بين الماضي والحاضر، فمنهم من يرى أنه، نوع من المساعدة في إطار علاقة تفاعلية بين معالج ومريض أو مجموعة من المرضى بهدف إعادة الفاعلية والتوافق في قالب فني يهدف إلى تخفيف الهموم وتقديم المساعدة لحل المشكلات المسببة لسوء التوافق النفسي والمهني والإجتماعي، أو أنه إعادة تطبيق منظم لإستراتيجية كان يملكها الشخص وفقدتها نتيجة الإضطراب لإصلاح حالته الإنفعالية، ومنهم من رأى أن العلاج النفسي هو علاج للإضطرابات الإنفعالية والسلوكية بطريقة مهنية بغية التأهيل الإيجابي لنمو الشخصية تتم من قبل شخص متمرس لآخر مريض تشمل المجالين العضوي والوظيفي، وبهذا يمكن القول أن العلاج النفسي "بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو إضطرابات إنفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة" (زهران، 2005، 183). وبهذا يكون المتعالج قد تلقى نوع من المساعدة والدعم الذي يمكنه من إسترجاع إمكانياته وتوافقه النفسي والإجتماعي مما يجعله شخصا مؤهلا لحل مشكلاته والتكيف مستقبلا مع مختلف الأحداث.

2- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي وتطوره العلاجي :

عرف التطور التاريخي للعلاج النفسي مجموعة من المحطات عبر عصور متباينة، وذلك من خلال ما شهده من مفاهيم فكرية وممارسات ذات مرجعية دينية وعقائدية :

أ - العلاج النفسي في العصور القديمة :

"حسب دراسة بعض المخطوطات لمصر القديمة والأشوريين الخ.... وصفت الأمراض العقلية، حيث كانت ترجع أسبابها إلى السحر والأرواح الشريرة وكانت تعالج من قبل الكهنة والتعزيم" (ميموني،2015،18)، وقد أشار فرج الهوني (1986) إلى بعض الممارسات عند العرب قديما تجلت في التوسلات والتضرعات إلى الآلهة قصد الحصول على الصحة والعافية والشفاء وحمايتهم من الأوبئة، كما يرى أحمد شوكت (1970) أن أبرز وسائل العلاج عند العرب قديما كان الكي بالنار لإعتقادهم كغيرهم من الأمم أن الأمراض التي تصيب الإنسان أرواح شريرة لا يوقى منها إلا الكهان والواقين والسحرة والمشعوذين (حسن غانم ،د.س،8)، وقد أشار رزق سند (2004) إلى أن " ممارسة العلاج النفسي تعود إلى عصور موغلة في القدم ولعل أول من مارس العلاج كان المعالجون السحرة أو الشامن (Shamen) " (محمد،2014،7). الذين أوكلت إليهم مهمة العلاج وتحرير الناس من قوى الشر في تلك الحقبة، وقد أثبتت المخطوطات التي وجدت على ورق البردي (1500 ق.م) أن علاج الأمراض النفسية والجسمية كان يمارس في تلك الفترة، إلا أنهم لم يفرقوا بين العصاب والذهان، وفي العهد اليوناني تجسد العلاج النفسي بطلي الجسم بالزيت وتجنب تناول الأطعمة الحيوانية والإغتسال وإرتداء ملابس فضفاضة والإيمان بتعاليم الدين بحيث كانت تقدم القرابين والهدايا داخل معبد (أسكيليبوس) ويغسل المرضى بماء المعبد المقدس ويتوسلون بالشفاء من الآلهة ،وفي معبد (كوسن 600 ق.م) قام بعض الكهنة بعلاج بعض الأمراض كالصرع والهستيريا والجنون ، وظهرت في مدينة طيبة "مدرسة أبو قراط "أبو الطب الذي وضع بعض الأسس للعلاج (عائشة،2010،11)، بعيدا عن الممارسات غير العقلانية وتفسيراتها الميتافيزيقية فلقد "ركز على الوراثة وربط بين الإصابات الحسية-الحركية وتلف المخ، واستعمل الحمامات وتنظيم التغذية في العلاج" (ميموني،2015،18).

فرحلة البحث عن الإتزان النفسي وحالة السواء لازمت الإنسان منذ عصور خلت تعود إلى ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد أو ما يزيد عن ذلك، كون الإصابة بالإضطراب تؤدي إلى زعزعت الإستقرار والكيان الداخلي للشخصية مما يسبب خلا في الأداء الطبيعي للوظائف النفسية والعقلية، الأمر الذي أدى إلى حتمية البحث عن إعادة الإتزان المفقود من خلال المعتقدات الرامية إلى أن الإضطراب والمرض يعود لأسباب وقوى غيبية متعلقة بعالم الجن والآلهة والأرواح الشريرة، فاختلاف الممارسات في تلك الحقبة الزمنية، إرتبط باختلافات ثقافية عقائدية تبلورت مفاهيمها من تفسيرات لتأثير قوى خفية غيبية عند العرب والمصريين إلى تفسيرات أكثر عقلانية عند أبوقراط الذي ركز على الوراثة والإصابة العضوية.

ب - العلاج النفسي في العصور الوسطى :

إرتبط مفهوم العلاج في تلك الفترة في أوروبا حسب (أنجل لوقا) بفكرة طرد الشيطان وكانوا يطلقون عليه "مرض الشيطان"، وارتبطت الهستيريا في ذلك الوقت بالسحر والشعوذة، كما يرتبط بالعصور الوسطى ظهور المسيحية إذ يرى (عبد اللطيف أحمد) أن شفاء المرضى بالطريقة التي إتبعها السيد المسيح عليه السلام تتمشى مع المبادئ العلاجية في علم النفس وسمي العلاج بالمعجزة، وكان الإعتقاد السائد حينذاك أن الشياطين والأرواح الخبيثة تسكن أجسام الناس وتسبب لهم الصرع والجنون (غانم، د.ت، 9)، كما قدم فوكولت (M. Foucault) في كتابه تاريخ المرض العقلي دراسة جيدة على هذه الفترة و مدى إضطهاد وقمع ونبذ المجانين والمنحرفين الذين كانوا يعيشون في ظروف لا تطاق إذ أن كل تفسير لا يناسب التفسير الديني والكنيسة يرفض : المجنون ليس مريضا بل هو مسكون من الشيطان ويجب التعزيم والتعذيب وحتى حرقه (ميموني، 2015، 20)، وبهذا " تعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي، فقد عاد العلاج إلى سابق عهده في العصور القديمة. وفي تلك العصور وفي بعض البلاد كان الأغنياء يستطيعون شراء (المجانين) وضعاف العقول ويرعونهم مقابل أي عمل يمكن أن يقوموا به " (زهران، 2005، 97). في الحضارة العربية الإسلامية، ظهرت النزعة الإنسانية في تفسير وعلاج الأمراض النفسية وأنشئت مستشفيات عقلية في القاهرة ودمشق وحلب وفاس وغيرها

(إجلال، 2000، 10). مما أدى الى تغيير النظرة للمرض والمريض وتم الانتقال من الطرح الميتافيزيقي إلى الطرح الموضوعي في تفسير الإضطراب وعلاجه، فتعاليم الدين الإسلامي زيادة على بعدها الوقائي إهتمت بالعلاج كون المحافظة على الصحة وسلامة الجسد من مقاصدها، وقد أورد (محمد موسى سويلميين 2008) أن العلماء العرب والمسلمين كانوا متقدمين بأفكارهم على من سبقوهم، فبعض المعارف النفسية المتعلقة بالعلاج النفسي في التراث الإسلامي نجدها بكتب الطب للعديد من علماء النفس المسلمين مثل (القانون في الطب والشفاء) لإبن سينا وكتاب (الكافي في الطب) لإبن مندويه، وكتاب (مصالح الأبدان والأنفس) للبلخي بالإضافة لكتب مهمة، مثل (كتاب كنوز العالم الطبي) لثابت بن قره وكتاب (المالكي) لعلي بن عباس المجوسي وكتاب (تحفة المودود بأحكام المولود) لإبن الجوزية و غيرها.....، ومما يحسب في رصيد التراث العربي الإسلامي تدوين الحالات المرضية كأول محاولة في التاريخ إحصاء وتقديرًا ويعكس ذلك التجربة العملية الحية في الممارسة التشخيصية و العلاجية، ووضحت عملية تسجيل المفاهيم المستخدمة في التعامل مع المرضى مثل الملاحظات السريرية ودراسة الحالة ودراسة العلاقة بين الجسد والنفس واستخدام مصطلح التدبير وهو (العلاج) ومصطلح العلاج بالعقاقير كالمفرحات والعلاج النفسي والإرشاد النفسي أو حتى ما يطلق عليه العلاج المعرفي وكانت أول المصحات النفسية في تاريخ البشرية وهي البيمارستانات العربية (بوعود، 2014، 7، 6).

وبهذا تكون العصور الوسطى للعلاج النفسي قد شهدت نموذجين من المفاهيم حول المرض وعلاجه بين العالم الغربي والمسيحي اللذان بلورا الفكر بين الإعتقاد في تأثير القوى الخفية للسحر والشعوذة، والإعتقاد الذي جاءت به المسيحية الممثل في سيطرة قوى الشيطان، ما إنعكس سلبا على مفاهيم العلاج التي تجسدت في النبذ والتعذيب لطرده هذه القوى، في حين إرتقى الفكر الإسلامي آنذاك بنظرته للمرض بإنشاء المستشفيات التي كانت لها أبعاد علاجية ووقائية.

ج - العلاج النفسي في العصر الحديث :

يعرف العصر الحديث تطورا وتقدما في شتى المجالات نتيجة تطور المعرفة العلمية التي ساهمت وبشكل كبير في تأسيس القواعد الرئيسية لمختلف الميادين الطبيعية والتكنولوجية، إلا أن الأمراض العقلية بقيت حبيسة الإضطهاد والقسوة ولم ترقى كمنظيراتها من العلوم الأخرى، وبقيت تحت التفسيرات الغيبية والخرافية والتهميش إلى أن قام " بارا سيلوس الذي نادى بمدخل إنساني في ضرورة التعامل مع كل المرضى ، وخاصة مرضى العقل، ومارس علاجاً يعتمد على مغناطيسية الجسم عرف فيما بعد بالتنويم المغناطيسي، واعتمد في تأثير القمر والأفلاك على الإنسان وقد جمع بين المعتقدات الميثولوجية والطب" (غانم، دس، 11) ، كما أشار (سعد جلال، 1986) إلى جهود جوهان واير Johan wayer (1515، 1588) الذي قاد حملة ضد أعمال الشعوذة وتعذيب مرضى العقل ، وأصدر كتابا شرح فيه أساليب تعذيب المرضى وإحراقهم وكان "واير" أول طبيب متخصص في الأمراض العقلية وكانت له خبرة واسعة تؤهله لأن يكون مؤسس علم النفس المرضي الحديث، وتمتع بحس إكلينيكي ساعده على وصف أمراض كثيرة، مثل زهان التسمم والصرع وذهان الشيوخوخة والكوابيس الليلية والبارانويا والإكتئاب وأدرك أهمية العلاقة بين المعالج والمريض وأهمية اتباع المبادئ العلمية في الفحص والملاحظة الإكلينيكية (غانم، دس، 11).

في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين قام كرايبيلين (1856، 1926) الذي لقب بأبي الطب النفسي بعمل تصنيف ووصف للمرض العقلي وحدد أسبابه وأعراضه وعلاجه ومآله، ووصف أعراضاً أهمها زهان الهوس والإكتئاب والفصام وأدخل علم النفس الفيسيولوجي وأبرز أهميته في مجال العلاج النفسي الحديث، إذ قام بوصف وتصنيف المرض العقلي بما فيه زهان الهوس والإكتئاب والفصام وأدخل علم النفس الفيزيولوجي وأسس أول معهد للبحوث النفسية وعلم النفس المرضي، كما كانت هذه الفترة مهداً لإزدهار العلاج النفسي (زهران، 2005، 99). وفي فرنسا أسهم شاركو Charcot (1825، 1893)، ورفاقه إسهاما واضحا في تقديم العلاج النفسي وركزوا الإهتمام على الهستيريا وإستخدموا التنويم الإيحائي في العلاج، ومن بين الأعلام في هذه المرحلة أيضا بلولر Bleuler (1859-1949) الذي

إهتم بالفصام والشخصية الفصامية وعلاج التنفيس، وقدم جانيت Janet (1859-1947) نظرية التوتر النفسي وإهتم بالقلق والهستيريا والخواف والوهن النفسي (السيكاستينيا) وإهتم بالعلاج بالإقناع والإيحاء (زهران، 2005، 100). وبعد الحرب العالمية الثانية بدأ العلاج النفسي مع ممارسة التحليل النفسي الذي مثل محور منهج "فرويد" في النقاش التلقائي الكامل سريعا بعد ذلك بدأ أصحاب النظريات مثل (Alfred Adler 1870-1937) وكذلك (Carl Jung 1875-1961) يقدمون مفاهيم جديدة حول الأداء الوظيفي النفسي وإحداث التغيير، هؤلاء ومنظرون آخرون ساعدوا في تطوير التوجه العام الذي يعرف الآن بالعلاج القائم على الديناميات النفسية والذي يتضمن العلاجات المتنوعة التي تستند على مبدأ فرويد الجوهرى في تحويل التفكير اللاوعي إلى التفكير الواعى (عبد الحكم، 2016، 43)، وبهذا يكون العلاج النفسي قد خطى خطوات كبيرة عبر الأزمنة وتعاقب الحضارات ليخلص إلى مجموعة من النماذج الفكرية و الطرق العلاجية، فحسب حامد زهران (1997) فإن عبد الستار إبراهيم (1994) قد لخص أهم معالم تطور العلاج النفسي فيما يلي: من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوي، ومن العلاج العضوي إلى العلاج التحليلي، ومن العلاج التحليلي إلى العلاج السلوكي، وهذا ما سمح بتطور برامج دراسة علم النفس العلاجي في الجامعات وظهرت العيادات النفسية المستقلة التي تمارس العلاج النفسي بطرق تتطور عاما بعد عام وتقدمت البحوث العلمية التي تنشر في الدوريات العلمية المتخصصة في علم النفس العلاجي (إجلال، 2000، 12).

عرف المسار الزمني للعلاجات النفسية على مر الأزمنة والعصور إرتباطا وثيقا بمفهوم الإضطراب، حيث سعى المعالجون عبر ممارسات مختلفة من أجل التخفيف من حدة الإضطراب وحالة اللاسواء لدى المصابين، وتقديم تفسيرات تتماشى و طبيعة الإعتقاد السائد في تلك المجتمعات، أين أخذ العلاج أشكالا مختلفة من الممارسات بهدف تحرير المصابين من تأثير قوى السحر والشعوذة والأرواح الشريرة التي كانت تسيطر على المرضى، حيث تولى الكهنة والمشعوذون مسؤولية العلاج، إلا أن ظهور الحركات الفكرية على يد مجموعة من الأطباء الذين كان لهم الفضل في تخليص المرضى من مختلف ممارسات الحرق والتعذيب

، بعد أن وصفوا الأمراض العقلية والنفسية وصنفوها، وانتقلوا بالعلاج من مستوى التضرع في المعابد والإعتقاد في فاعلية القوى الخفية ، إلى المستوى العلمي، أين أصبح يمارس في العيادات وفق مناهج وبرامج تقنية عالمية.

3 - نماذج من العلاجات النفسية :

يشير العلاج النفسي إلى معالجة الإضطرابات العقلية باستخدام وسائل نفسية (بدلاً من استخدام وسائل بدنية أو بيولوجية) ويشمل مصطلح العلاج النفسي على عدة أساليب جميعها تهدف إلى مساعدة الأفراد المضطربين نفسياً في تحسن سلوكهم أو تعديله (وليس عواطفهم أو أحاسيسهم) وذلك ليتمكنوا من تطوير الوسائل النافعة التي تفيدهم في التعامل مع التوتر الحاصل أو التعامل مع الآخرين (حسين ، 2005، 99). ويعتبر العلاج النفسي الوسيلة المعتمدة من قبل المعالجين على إختلاف أنماطهم العلاجية ومناهجهم وإتجاهاتهم الفكرية و العقائدية وتفسيراتهم للوظيفة السيكلوجية، لتقديم المساعدة للأفراد المضطربين من خلال العمل على تغيير أفكارهم وسلوكياتهم ومساعدتهم على التحكم في انفعالاتهم بطرق متعددة وأساليب مختلفة تتمثل فيما يلي:

3-1- العلاج السيكلودينامي (التحليلي) :

يعتبر العلاج التحليلي من أقدم العلاجات النفسية أسسه سيجموند فرويد (S.Freud) إذ يرى أن الشخصية والسلوك يعكسان مجهودات الأنا لحل الصراعات وهو طريقة " تهدف إلى النضج النفسجسي عن طريق الإسبصار وتقوية وظائف الأنا، ويستخدم فيها طريقة التداعي الحر وتحليل الأحلام وتحليل الطرح" (حسين، 2005، 12). كما يركز على أهمية العلاقة الدينامية بين المريض والمعالج ويهتم بمبدأ التقبل ، أي تقبل المريض من المعالج، لأن العصابي يكون دائماً فاقدا لهذا الشعور بالتقبل والمحبة، فعندما يرى قبول من المعالج فإنه في هذه الحالة يستطيع أن يتقبل نفسه (زهران، 2005، 219)، فالشفاء من العصاب حسب فرويد يكون من خلال السماح للمريض بالحصول على مدخل لأفكاره وصراعاته المكبوتة من المرحلة المثبت عليها وتشجيعه على مواجهة ما يبرز من اللاشعور مهما كان، فالهدف الرئيسي للتحليل النفسي هو تزويد المريض بالإستبصار ليتمكن من التعبير وإخراج

أفكار مكبوتة وذكريات مؤلمة إلى الشعور ما ينجم عنه مستوى مرتفع جدا من القلق، فمحاولة الكشف عن هذه الأفكار المكبوتة يواجه بمقاومة كبيرة من المريض (حسين، 2005، 29، 31) أما العلاج السيكودينامي المعاصر والذي جاء على يد المجددين في التحليل النفسي مثل أدلر A.Adler (1870، 1937) وإريك فروم E.Fromm (1900، 1970) والذي هدف إلى تصحيح تأثيرات الفشل الخاصة بالتعلقات المبكرة وتطوير علاقات حميمة تبعث على الرضا ويستخدم فيه تحليل الطرح والطرح المضاد مركزين على المشاكل الحالية للمريض وكيفية استخدام قوة الأنا لعلها (حسين، 2005، 12، 47).

فالعلاج التحليلي الذي جاء به سيغموند فرويد يركز على العالم الداخلي للمفحوص وما يحمله من مكبوتات وصراعات في اللاشعور، والتي أدت إلى حالة اللاسواء عن طريق الإضطراب في السلوك والشخصية، ما يلزم المعالج وفق هذا المنهج التحليلي العمل على محاولة الكشف عن طبيعة الدوافع الداخلية لطبيعة السلوك وإخراجها إلى ساحة الشعور، مستعينا بمجموعة من تقنيات وفنيات التحليل النفسي، ليزيد من عملية إستبصار المفحوص بحالته، ويكون أكثر قدرة على التعبير عن مكبواته ومكوناته.

2.3 - العلاج الإنساني :

إستمد العلاج الإنساني أفكاره الرئيسية من نظرية وكتابات ألبرت Allport وجولدشتين Goldstein ووليم جيمس James وروجرز ويرى هؤلاء العلماء الإنسانيين بشكل عام أن علم النفس يقوم على كثير من القيم، ولكن ثمة شيء واحد مؤكد أن هذه القيم لا تستمد جذورها من حتميات النظريات التحليلية النفسية أو النظريات السلوكية، فعلماء النفس الإنساني يؤمنون أن الإنسان ليس نتاجا للماضي أو اللاشعور أو البيئة، بإعتباره قادرا على الإختيار الحر واتخاذ السبل لتحقيق إمكانياته وذاته (عبد الستار، 2008، 269) فالقائمون على العلاجات الإنسانية يؤمنون أن للإنسان خاصية الإختيار التي تمكنه من تقرير مصيره وفقا لحرية وإرادته بدافع تحقيق الذات، فالعلاج يهدف إلى تحريك الدافع لدى العميل كونه أصبح شخصا يتسم بالإعتمادية على العالم من حوله لإشباع الحاجات وتحقيق الذات وتأكيد قيمته

كشخص، ومهمة المعالج هي إطلاق إمكانيات الإنسان من القوى العصابية المقيدة له من خلال:

- الفهم المتعاطف مع النظرة الشخصية الفريدة لدى العميل للعالم ومفهومه عن ذاته.
- تنمية وتقوية الوعي بالذات عن طريق تشجيع العميل على أن يخبر كل جوانب ذاته بما في ذلك الجوانب التي كان ينكرها.

- تشجيع التقبل التام لذاته الفريدة ولحريته ولمسؤوليته عن وضع إختياراته موضع التنفيذ ومن ثم تحقيق كامل إمكانياته بوصفه شخصا (لويس، 2010، 20).

والمعالجون الإنسانيون يرفضون مفهوم الحتمية النفسية في التحليل النفسي، فلما ينظر فرويد إلى الناس المضطربين باعتبارهم ضحايا لصراعات الطفولة التي لا يستطيعون أن يمارسوا إلا تحكما قليلا عليها وعلى النقيض فالمبدأ الرئيسي للإنسانيين هو حرية الإختيار ويؤيد المعالجون الإنسانيون أن الشخص حر إلى أقصى مدى من عمل الإختيارات التي تؤثر فيما يصبح، كما أن هدفهم هو تحرير ميول العميل الفطرية تجاه النمو وتحقيق الذات (حسين، 2005، 43).

وقد سبقت الإشارة إلى أن روجرز ينتمي إلى ما يسمى " القوة الثالثة" في علم النفس والتي تمثل المدارس المختلفة في علم النفس الإنساني ، ويلخص روجرز إختلافه مع التحليل النفسي في أنه، أي روجرز لا يتعاطف مع وجهة النظر التي تنادي بأن الإنسان هو أساسا لا عقلاني وأن دفعاته إن لم تضبط فإنها سوف تؤدي إلى دماره ودمار الآخرين، ويؤمن روجرز بأن السلوك الإنساني عقلاني يتحرك في تعقد غامض منظم نحو الأهداف التي يسعى كيانه العضوي إلى تحقيقها، وتقف دفاعاتنا عائقا في طريق وعينا بعمليات الكيان العضوي وهي العمليات التي توجه الإنسان نحو النمو الإيجابي. فإذا تحرر الإنسان من التحريف الدفاعي فإنه يعيش في مسار خبراته الداخلية مسترشدا بالتغيرات الخفيفة والغامضة في هذا المسار العضوي في توجيه سلوكه، وعلى النقيض من التحليل النفسي، فإن روجرز يرى أن الدفاعات الطبيعية للإنسان هي دفاعات بناءة تؤدي إلى الصحة وإلى تحقيق الذات (لويس، 2009، 148).

بعيدا عن مفاهيم العلاج التحليلي فإن العلاج الإنساني الذي نادى به كارل روجرز كان مخالفا تماما لسابقه ممن أكدوا على دور الحتميات في تحديد طبيعة السلوك، حيث يرى أن الإنسان كيان فكري حر في إختياراته يعي تصرفاه، وأن وجوده يسعى لتحقيق ذاته من خلال وعيه وخبراته، التي يسعى من خلالها على تحريك دوافعه وفق طبيعة محيطه.

1.2.3- العلاجات الإنسانية الأكثر تداولاً نذكر منها ما يلي :

أ - العلاج الجشطالتي:

يرى محمد المنشاوي (1994، 31) أن العلاج الجشطالتي عبارة عن نظام إدراكي قائم على عدم التفسير ومبتعد عن الجانب التاريخي للفرد (الماضي) ومحو الإهتمام فيه الوعي في هنا والآن وتدار معظم التعاملات بين المعالج والمريض على أساس من أنا ومن أنت بدلا من إفتراض الطرح والطرح المضاد ويكون التركيز فيه على ما يجري فعلا (العملية) فضلا عما يمكن أو ما ينبغي أن يكون حادثا (المحتوى) ويشجع المعالج المريض في تحمل المسؤولية عما يحدث فعلا، ويركز العلاج الجشطالتي على الوعي المباشر الحالي لخبرة الشخص الذاتية ولا يسمح في العلاج بالتفسيرات العقلية (المعرفية) للأسباب أو الأعراض (حسين، 2005، 57). كما أن المعالجين الجشطالت يعتبرون التفاعل بين الشكل والأرضية محورا للإرتكاز في العلاج الجشطالتي والشخص السوي نفسيا هو القادر على إدراك الشكل والأرضية بحيث يبرز الشكل فوق الأرضية مع إمكان المرونة في هذا الإدراك فالشكل عند العصابي مثلا يكون جامدا والشكل والأرضية يتسمان بالخلط والجمود عند الشخص المضطرب وعلى الفرد أن يفهم البيئة والمحيطين به، وعلى المعالج أن يساعد المريض أن يكون كلا أو صيغة كاملة عن نفسه أو جشطلت شخصيته (محمد، دس، 119). كما تساعد تقنيات العلاج الجشطالتي المتعالج على أن يعيش حاجاته الموجودة في الوقت الراهن ويشبعها دون تأخر أو انزعاج بالشكل الذي تظهر فيه، ويتم جعل الماضي بمقدار ما يتجلى بتأثيراته في الحاضر من خلال طرق منشطة للخبرة (الكرسي الخالي، لعب الأدوار، دراما جشطالتية، عمل الجسد، العمل مع وسائل إبداعية) ويتم توضيحه ويعاش مرة أخرى ، وأخيرا يتم التعامل معه (كلاوس، 1999، 151). ويكون دور المعالج ميسرا ومحفزا، وذلك كي يساعد العميل

على الوعي بالأساليب التي يمارسها دون وعي منه في منع إمكانياته الداخلية من التعبير عن وجوده و بالتالي فإن المعالج لا يقوم بإعطاء العميل أي مبرر للإستخدام غير الفعال لإمكاناته ولا يخبره بكيفية حدوث ذلك الأمر. وبدلا من ذلك فإنه يبين للعميل أين تكمن المسؤولية عن تلك الخبرات الأكثر فعالية في العميل نفسه ويكون التركيز هنا منصبا على الوعي باللحظة الراهنة وليس الشفاء من الذكريات أو الدوافع المكبوتة (تيموثي، 2007، 603).

ب - العلاج الوجودي:

العلاج الوجودي يستمد جذوره من أفكار المدرسة الوجودية الفلسفية، هيدجر Heidegger وكير كجارد Kierkegaard وجان بول سارتر Sartre وقد كان الفضل لروماي May ولينج laing في تطويع المفاهيم الفلسفية الوجودية إلى مناهج في العلاج النفسي والممارسة الإكلينيكية (عبد الستار وعبد الله، 2008، 269).

تحاول الوجودية فهم الأشخاص ومساعدتهم على فهم أنفسهم عن طريق تحدي الفجوة الضمنية بين الشخص والشخص والموضوع وينظر إلى الصعوبات التي يواجهها الأشخاص بوصف أنها ترتبط إرتباطا مباشرا بهذه الفجوة المتضمنة ، أي أن الوجودية تمثل محاولة لفهم الإنسان عن طريق التحرر من الفصل بين الذات والموضوع (لويس، 2009، 155)، فالذات إنعكاس للعالم الخارجي وأن قوتها وضعفها يعتمدان على إستحسان أو عدم إستحسان الآخرين، وذلك خارج عن إرادة الفرد، إلا أن إحساس الفرد بأنه كائن يتوقف على خبرته الشخصية للوجود ووعي الفرد وتقبله للواقع، وهو الذي يعطي معنى لوجوده، لذا فإن فقدان الهوية ومعنى الوجود لدى الفرد يعني اللاوجود، وأكثر أشكال اللاوجود هو الموت، أو الأمور السيئة، وأن سيطرة الأفكار البيئية على الفرد تجعله يقع فريسة للقلق الوجودي أو الشعور بالذنب (محمد حسن، د س، 229)، ويورد جندلين ثلاث ميكانيزمات تيسر تحقيق التأثير لعملية العلاج في التغيير ويتعين توفيرها وهي:

- تأثير إثبات صدق الإختيارات والقيم والمسؤوليات: فيلتزم المعالج الوجودي بمساعدة المريض على تحمل مسؤوليته الكاملة عن إختياراته وعن إثبات صدقها والإحساس بأهمية

ودلالة الطريقة الفريدة التي يبني بها الشخص ذاته، ويسهم ذلك في تحرير المريض من القيود والمخاوف والقيم المفروضة التي يتعلق بها عن الخوف.

- تأثيرات الأصالة: على المعالج أن يقيم مع عميله تفاعلا ملموسا وأن يشارك مشاركة مفتوحة في جانب منها عن طريق التعبير المفتوح عما يخبره في هذا التفاعل وأن يستجيب لما يعبر عنه المريض أو ما يستطيع أن يعبر أو أن يبقى على اتصال معه .

- ميكانيزم البأورة المخبروية: إذا تقبل الفرد مشاعره حتى لو كانت غير سارة فإنه يعيش فعلا بالأسلوب الذي قد يجد من الصعب تحقيقه بشجاعة وبانفتاح في العالم، فهو عن طريق التركيز على مضمون المشاعر ودون ما حاجة إلى الشعور بالإستسلام لها أو تبريرها أو تصور أنها ليست بهذا القدر من السوء فإن هذه المشاعر نفسها ستتغير (لويس، 2009، 182، 183).

يركز العلاج الوجودي على طبيعة الحياة الإنسانية، بإعتبار أن كل ما نواجهه من أزمات وصعوبات في حياتنا اليومية يساهم في تغييرنا ونمونا بشكل مباشر أو غير مباشر، وأن دور المعالج الوجودي هو مساعدة العميل على إستكشاف حياته والوعي بمسؤوليته إتجاه إختياراته وتجربته.

ج.العلاج المتمركز حول العميل:

تتمثل الإفتراضات المركزية التي وراء العلاج المتمركز حول العميل في أن عدم التطابق Incongruence يلعب الدور الرئيسي في نمو المرض العقلي، وأن المعالجين لابد أن يحاولوا تخفيض مستويات عدم التطابق لدى العملاء، وطبقا لروجرز، فإن أفضل طريقة لتخفيض التناقض لدى العميل هي تقديم بيئة مدعمة يشعر فيها بالقدرة على الإفتتاح للخبرة ، ويتبع هذا المعالج الذي يكون أكثر خبرة (حسين، 2005، 48)، وقد أشار روجرز (1955)، على أهمية الصفات الشخصية للمعالج في تحديد نجاح العلاج ، فالمعالج والمريض في تفاعل دينامي مع كل منهما للآخر، وقد يكون أسهل للمعالج أن يكون غير شرطي في النظرة الإيجابية ومتقمصا عاطفيا وأصيلا مع بعض المرضى عما هو مع مرضى آخرين(حسين، 2005، 49، 50). كما يؤكد روجرز أن مفهوم الذات أساسي في نظريته وهو تعبير عن وعي الإنسان بوجوده وقيامه بوظائفه المختلفة، وأن الذات تتكون من خلال تفاعلات

الإنسان مع بيئته وإدراكه للآخرين، فروجرز ينظر للعلاج النفسي بأنه فن إطلاق الإمكانيات الإيجابية لدى الفرد المدفوع بفطرته نحو الأفضل، ثم إن نجاح العلاج وفق هذا التصور يحتاج إلى معالج يتميز بثلاث خصال أساسية هي:

-الصدق الموضوعي الخال من الإصطناع.

-فهم المريض والتعاطف معه بدقة.

- إحترام المريض (أديب، 2015، 335، 336).

يتم تنظيم جلسات العلاج المتمركز حول العميل مرة كل أسبوع، أما زيادة عدد الجلسات والجلسات الإضافية والمكالمات الهاتفية فتعد غير محبذة، إذ يمكن أن تؤدي إلى الإعتماضية والتي ستقلص أي إحساس بالنمو (تيموثي، 2007، 587).

وقد يهدف العلاج المتمركز حول العميل إلى مساعدة العميل على النمو النفسي السوي، وإحداث تطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الإجتماعي، أي أنه يركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتوافق مع الواقع (زهران، 2005، 261).

- زيادة البصرة بالنسبة للمشكلات السلوكية، وتعديل السلوك غير السوي وتغيير الدوافع والإنفعالات التي تكمن وراء السلوك غير وتعلم السلوك السوي وتغيير الدوافع والإنفعالات، وتغيير مفهوم الذات الموجب بما يحقق إزدياد قوة الذات وإزدياد تماسك وقوة الشخصية، وزيادة القوة على حل الصراع النفسي ، وزيادة القدرة على حل المشكلات بطرق أجدى وأكثر واقعية بحيث يصبح العميل أكثر إعتمادا على نفسه وأكثر ثقة بنفسه (زهران، 2005، 265).

فمن خلال ما سبق ذكره فإن العلاج المتمركز حول العميل يرى أن التعارض الذي يواجهه العميل في بيئته، نتيجة نقص في التفاعل الإيجابي يؤدي بطبيعة الحال إلى تعطيل في سيرورة مختلف الوظائف المتعلقة بالذات، ولذلك فإن العلاج المتمركز حول العميل، يرى أن العميل هو أساس العملية العلاجية ومحورها، أين يجب التركيز على طبيعة التفكير الشعور

بإقامة علاقة إيجابية مع العميل يسودها التفهم والدعم النفسي من أجل إعادة التفاعل مع البيئة والوصول إلى إنسجام بين الذات والواقع.

3.3- العلاجات المعرفية السلوكية :

تعتبر العلاجات المعرفية السلوكية من النماذج العلاجية التي برزت بقوة في سبعينيات القرن الماضي، والتي تناولها العديد من الباحثين في المجال العلاجي منذ عصور قديمة قبل التاريخ وفي فجر التاريخ، حيث دون إبيكتيتوس Epictetus أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف، وحذى حذوه في هذه الواجهة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل أرنولد Arnold (1960)، وبيك Beck (1964)، وإليس Ellis (1962)، وكيلي Kelly (1955)، ولازاروس (1969) Lazorus، (بيرني وآخرون، 2008، 30).

فالمبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار والوجدان والسلوك والجوانب الفيزيولوجية كلها مكونات لنظام موحد، فالتغيير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوبا بتغيير في المكونات الأخرى، والعلاج المعرفي السلوكي يدرك الطبيعة المحددة لهذا الكل المتآلف، فعندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغييرات الحادثة تتركز في بؤرة الأفكار غير السارة كونها الموجه لهذه المكونات الثلاث، فهي ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسي وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه (بيرني وآخرون، 2008، 29).، فهي نتيجة لسوء تكيف أو الطرق الخاطئة في التفكير وللإتجاهات المشوهة نحو الذات والآخرين، وهدف هذا الشكل من العلاج هو تحديد هذه المعارف الخاطئة وإحلال معارف أخرى أكثر تكيفية محلها وهي العملية المعروفة بإعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) حيث يأخذ المعالج دور الموجه النشط الذي يساعد العميل في تصحيح ومراجعة إدراكاته وإتجاهاته بالإستشهاد بالدلائل المناقضة أو المعاكسة أو بإستخلاصها من العميل نفسه. (جاري 2015، 523).

فالعلاجات المعرفية السلوكية ترجع الإصابة بالإضطراب إلى سوء التكيف مع العالم الخارجي من منطلق وحدة الأفكار والإنفعال والسلوك، والتي تأخذ فيها الأفكار دور المؤثر في سيرورة هذه الوحدة، ويعتبر منهج بيك أكثرها شيوعاً وتداولاً كونه منهجاً فينوميولوجياً ومعرفياً، إذ يدرس البنى المعرفية والعقائدية للفرد لتفسير الأعراض المرضية وإضطرابات الشخصية مستعيناً بالفنيات السلوكية المختلفة لإكساب الفرد مهارات وأنماط سلوكية تتوافق مع المعارف والمدرجات المكتسبة.

4.3 - العلاج الأسري:

يرى G.Irene العلاج الأسري أنه علاج نفسي اجتماعي يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة (القرني، 2004، 98)، حيث أصبح المعالجون النفسيون يكرسون جهودهم للعلاج الأسري ليتعرفوا على طبيعة التواصل أو التفاعل مع المرض العقلي ويعتبر فان سلفيان Sulvian وفروم ريتشمان From-Richman وآخرون من علماء النفس والطب النفسي والعمل الاجتماعي رواد اكتشاف هذا المفهوم في المجال (فارجينيا، 2016، 16)، وقد يتيح هذا النوع من العلاج فرصة عظيمة للملاحظة الموضوعية، بينما في العلاج الفردي الذي يوجد فيه شخصان، فيكون المعالج طرفاً في التفاعل ويكون من الصعب عليه أن يكون عادلاً أو غير متحيز، بالإضافة إلى أن عليه التدقيق لمعرفة ردود فعل المريض ومشاعره التي قد تكون استجابة لإحباطات من المعالج (فارجينيا، 2016، 122). ويكمن دور المعالج في جعل المريض يتقبل أنه يعيش في جو عائلي بسلبياته وإيجابياته، ويتقبل واقعه دون إلقاء اللوم على أحد، ويشعره أنه جزء من هذا الفضاء، حيث يساهم في حل الصراعات والصمود أمام المشكلات، وعلى المعالج فهم المريض وتدريبه على حلها، مستخدماً في ذلك مختلف الطرق والأساليب العلاجية الملائمة، مع إشراك أفراد الأسرة، كما يقوم بتحديد عدد الجلسات المطلوبة بشكل تقريبي مع تحديد أهدافها (ميلود دواحي، 2020، 163).

4 - العلاج المعرفي السلوكي كنموذج في العلاج النفسي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أبرز الأساليب التي عرفها العلاج النفسي والأكثر تداولاً في العصر الحديث، وذلك لما تميز به من فاعلية في علاج الإضطرابات والتخفيف من حالة الألم والمعاناة، وقد تناوله الكثير من العلماء والباحثين بالتعريف نذكر منهم ما يلي:

(روم وروجر Rom Et Roger، 1983) الذي يرى أن العلاج المعرفي السلوكي "هو شكل من أشكال العلاج النفسي المعالج لإساءة تأويل الواقع، ولذلك تكون الأولوية في العلاج المعرفي في تصحيح التصورات الخاطئة وبالتالي يتم تقليل الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض" (أنسام، 2013، 109).

وحسب (فضل 2008) يعرفه ستيفن وكراسك بأنه عدد من التقنيات المعرفية السلوكية التي تطورت لتوضيح أشكال متنوعة لإضطرابات إكلينيكية محددة، وتستند هذه التقنيات على مفاهيم وإفتراضات أساسية وهذه المفاهيم تعتمد على التعلم ومعالجة المعلومات (العزامي، 2018، 16).

ويرى (Cully & tenten, 2008) أنه مجموعة من المهارات التي تمكن الفرد ليكون على بينة من الأفكار والعواطف وتحديد كيفية تأثير المواقف والسلوكيات، وكذلك تحسين المشاعر من خلال تغيير الأفكار والسلوكيات المضطربة، ويتم فيها إكتساب المهارات وعمل الواجبات المنزلية التي تحدد عن طريق العلاج المعرفي السلوكي (العزامي، 2018، 16).

ويعرفه كوترو (Cottraux, 1993) أن العلاجات المعرفية السلوكية أنها تمثل تطبيق علم النفس العلمي في العلاج النفسي، إذ هي إستعمال المنهج التجريبي من أجل فهم وتعديل الإضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة والتي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية (بلغالم، 2017، 29).

كما يعرف كذلك بأنه عملية تعليم Teaching وتدريب Coaching وتعزيز السلوكيات الإيجابية ، يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأفراد في التعرف على الأنماط أو المعتقدات المعرفية والإنفعالات التي ترتبط بالسلوك (بلميهوب، 2014، 41).

وقد قدم (صبحي عبد الفتاح الكفوري، 2001) تعريفاً شاملاً للعلاج المعرفي السلوكي حسب جلاس وشيا Glass Et Shea (1986) بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات الإنفعالية ويهدف هذا الأسلوب إلى إقناع الفرد أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، وذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى الفرد (أنسام، 2013، 110).

وقد أورد (kraske ;2017) أن العلاج السلوكي المعرفي هو مصطلح شامل يغطي عددًا من الأساليب مثل العلاج السلوكي الإنفعالي العقلاني ، والتدريب على حل المشكلات ، والعلاج المعرفي ، القبول والتزام العلاج ، السلوك الديالكتيكي للعلاج والعلاج المعرفي القائم على اليقظة، هذه المقاربة تختلف في الدرجة التي يتبنون بها السلوك ، مقارنة بالمبادئ والتدخلات المعرفية لكن بغض النظر عن التركيز المعطى للمبادئ السلوكية أو المعرفية ، حيث يهدف معالج العلاج المعرفي السلوكي إلى استبدال السلوكيات غير القادرة على التكيف والعواطف والإدراك بمزيد من التكيف (Michael and windy, 14,2021).

ومن خلال هذه التعاريف السابق ذكرها يرى الباحث أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاجات التي جمعت بين مختلف التقنيات المعرفية والسلوكية، من أجل علاج متكامل يعمل على تصحيح التصورات والمعتقدات اللاعقلانية والأفكار المشوهة الناتجة عن التعلم الخاطئ والتراكم الفكري والثقافي، إضافة إلى تعلم مهارات وإكتساب تقنيات يتم من خلالها تعديل وضبط السلوك وتكييفه مع مختلف المواقف.

5 - مختصر عن الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي :

حسب ما أورده (إليس 1987)، يرى أن تاريخ العلاج المعرفي، يعود إلى زمن الفلاسفة الرواقيين (Stoic Philosophers) القرن الرابع قبل الميلاد، أمثال : (زينون Zeno وكريزيبوس وسيبيرو Cicero وإبيكتيتوس Epictetus وسينيكا Seneca) وكذلك كل من نهج نهجهم مثل: (سبينوار وبرتراندراسل) وتتلخص الفلسفة الرواقية في جوهرها، وحسب ما جاء عن إبيقور: (أن البشر يضطربون ليس من الأشياء بل من الآراء التي يعتقدونها)،(بكيري،2012،109).

وقد أورد (المحارب،2000) أن العلماء المسلمين أشاروا للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وشقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه إستجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر، كما أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بممارسة العملية للأخلاق المراد إكتسابها حتى تصبح عادة، ولو يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك، ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور " لا نمارضوا فتمرضوا فتموتوا"، (يوسفي،2016،155).

العلاجات المعرفية السلوكية أخذت انطلاقتها الحقيقية في القرن 20م ، أين تطور علم النفس كمجال للبحث والتدخلات الخاصة، ففي فرنسا يمكن أن نذكر pierre Janet (1947-1959) كرائد للعلاجات النفسية الحديثة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، كما ساهم سيغموند فرويد Sigmund Freud فرويد مؤسس التحليل النفسي بشكل كبير في إرساء فكرة أنه ممكن علاج الإضطرابات النفسية بواسطة وسائل نفسية وعلائية. العديد من الأطباء الآخرين والفلاسفة والمختصين النفسانيين لديهم أيضاً مساهمتهم فيما يعتبر الآن ميدانا مهما جدا ليس فقط في علم النفس والطب العقلي ولكن من الحياة الإجتماعية بشكل عام (سيريل،2019،7). تبعا لأعمال "بيك" التي طبقت النموذج المعرفي في علاج الإكتئاب

(A.beck,1963,1970,1976) بدأت أنواع أخرى من العلاج المعرفي في الظهور تمزج بين جزئيات العلاج السلوكي وجزئيات العلاج المعرفي، حيث تعود بدايات العلاجات حسب (Dobson and Dozois,2001) المعرفية السلوكية إلى سنة 1960 (Ellis,1962) وهو أول موضوع خاص بالتعديل المعرفي السلوكي ظهر بعد منتصف 1970 (Kendall & Hollon,1979 ;Mahoney,1974 ;Meichenbaum,1977) يتضمن "أسلوب التطعيم لمواجهة القلق المستقبلي" تدريب العقل الفردي على تقليد المهارات ثم تطبيق هذه المهارات في حالة تعرضه لموقف خارجي مثير للقلق (بلميهوب،2014،32).

فمن خلال ما سبق الإشارة إليه فيما يتعلق بتاريخ تطور العلاج المعرفي السلوكي، يرى الباحث أن هذا النوع من العلاج عرف العديد من المحطات التاريخية في تطوره العلمي، حيث سبق تناوله من قبل الفلاسفة الرواقيين والعلماء المسلمين أمثال ابن القيم، الذين كانوا كذلك السابقين في تداول مفاهيمه و العمل بها، ليعرف في العصر الحديث تطورا كبيرا بعدما إستفاد من النظريات العلمية للمفكرين والباحثين مثل جون بياجى وسيغموند فرويد وبيك، ألبرت إيليس وغيرهم، ما جعل العلاج المعرفي السلوكي يعرف الكثير من التقنيات والفنيات العلاجية، والتي تساهم اليوم في تحقيق نتائج جيدة في علاج المرضى.

6 - أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يرى فرج (2008) حسب ما أورده حماد (2015) أن من أهداف العلاج المعرفي السلوكي ما يلي:

- حسب (Dattilio and Freeman,2000) فإن هذا العلاج يهدف إلى التعرف على التفكير المختل وظيفيا (التحريفات/الأخطاء المعرفية) للمتعالج، ثم إختيار الفرضيات التي تكونت من خلال الميراث الثقافي لكل مخططات الفرد (schemata) وإختيار الأفضل والأقوم بين فروض بديلة أكثرواقعية ومنطقية، وهذا يتطلب استخدام مبادئ ابستمولوجية معينة ومجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية يفترض بواسطتها حدوث تغييرات في مزاج المتعالج وأفكاره وسلوكه مثل أداء الدور، الواجبات، التخيل، الإسترخاء، النمذجة..... الخ (بكيري،2012،111،112).

- التعرف على العلاقة بين المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية.

- إختيار صحة الإختيار الآلية.

- إحلال أفكار واقعية بدلا من الأفكار المشوهة.

- تحديد وتغيير الأفكار والفروض أو المخططات التي تهيء المريض للإنخراط في أنماط التفكير الخاطئ (خميس رمضان، 2018، 30).

- تغيير السلوكات غير تكيفية (السلوكية) والأفكار (المعرفية) الخاطئة (سيريل، 2019، 11).

- تغيير المعتقدات والإفتراضات غير العقلانية والتي يعتقد أنها تردي إلى السلوك غير السوي وإلى الإضطرابات الإنفعالية المختلفة (خطاب، 2014، 28).

- تدريب المتعالجين على استراتيجيات و فنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة (بكيري، 2012، 116).

- تحقيق جو نفسي صحي يضمن إحترام الفرد كشخصية في حد ذاته، وتحقيق الحرية والأمان والإرتياح له لنمو شخصيته نموا متوازنا ومتكاملا في المجتمع الذي يعمل أو يعيش فيه (بلان، 2015، 39).

وكخلاصة لما سبق تناوله من أهداف، يرى الباحث أن أهداف العلاج المعرفي السلوكي تكمن في الوصول إلى حالة من السواء والتوازن المعرفي السوكي الإنفعالي للمريض، وإكسابه تقنيات ومهارات تمكنه من التكيف الفعال مع المحيط والمحافظة على حالة السواء.

7 - مزايا وأهمية العلاج المعرفي السلوكي :

حسب حماد (2015) فإن العلاج يسعى للكشف عن الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء الصعاب ومواجهتها.

- يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه وفحص ما يقوله لنفسه داخليا ويعدله ويحل محله الفكرة الصحيحة.

- يتعرض للأسئلة والجمال الموجودة داخل المريض ويمكنه من التخلص منها.
- يعتبر أسلوبا مثاليا لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية، وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل التعرض لها مستقبلا، ويكسبه أفكارا عقلانية ومهارات إجتماعية ونفسية جديدة.
- يساهم العلاج المعرفي السلوكي من خلال إهتماماته بالأفكار والمشاعر في التقارب بين العلاج المعرفي السلوكي وبين العلاجات الدينامية (العزامي، 2018، 32، 33).
- تخفيض مشاعر القلق والعداء، وتزويد الفرد بوسيلة الملاحظة وتقييم الذات.
- تضمن له أقل قدر من مشاعر القلق والعداء في حياته.
- يوضح للمرضى كيف يضيفون إفتراضات غير عقلانية لملاحظاتهم، وكيف أن ردود أفعالهم الإنفعالية من الممكن أن تصبح أكثر ملائمة إذا أزيلت هذه الإفتراضات (العاسمي، 2015، 22).
- ومن خلال هذا يرى الباحث أن للعلاج المعرفي السلوكي أهمية كبيرة في الممارسة العلاجية ، فبالإضافة إلى درجة العلاج التي يحققها، فإنه يكسب المريض مناعة تبعده عن الإنتكاسة المرضية كونه يقوم على توظيف تقنيات ومهارات تم إكتسابها من خلال عملية التدريب عبر الجلسات والواجبات المنزلية.

8 - مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

تقوم العلاجات المعرفية السلوكية على مجموعة من المبادئ لتحقيق الأهداف العلاجية، تتمثل فيما يلي :

- المبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي، هو أن الأفكار والوجدان، والسلوك والجوانب الفيزيولوجية، هي كلها مكونات لنظام موحد، فالتغير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوبا بتغير في المكونات الأخرى (بيرني وآخرون، 2008، 29).

- الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الإنفعالات والسلوك.
- أن الإضطراب الإنفعالي(الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى إنفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
- هذا الإضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم)، (بيرني وآخرون، 2008، 30).

'- عمل العميل والمعالج سوياً لتقدير المشاكل ولوضع الحلول.

- تعلم معظم البشرية يتم من خلال التغيير المعرفي.
- يرتبط كل من المعرفة والسلوك كليهما بالآخر.
- إن الإتجاهات والتأملات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم السلوك، والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة (أنسام، 2013، 112).
- و ترى (أمال أباطة، 1999) أن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تتحدد فيما يلي:
 - يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
 - تعلم معظم البشر يتم من خلال الجانب المعرفي.
 - يعمل كل من المريض والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
 - تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والإنفعالية والسلوكية، حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومات وردود أفعالهم إتجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة الماكاملة (العزامي، 2018، 29).

ومن خلال ما سبق ذكره يرى الباحث أن جوهر المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي تكمن في نسقية العلاقة بين مختلف المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية، والتي يأخذ فيها التفكير دوراً رئيسياً في ردود الأفعال، فعالية والسلوكية، وأن العملية العلاجية

الرامية إلى إحداث التغيير لا تكون إلا من خلال حلقة العلاج التي تكون فيها العلاقة مشتركة بين الأخصائي والمريض للوصول إلى الأهداف المنشودة.

9 - شخصية ومواصفات المعالج المعرفي السلوكي :

يلعب المعالج المعرفي السلوكي دورا بارزا في الممارسة العلاجية، ولذلك بات من الضروري أن يتوفر على مجموعة من الموصفات التي تسمح له بمزاولة هذه المهام:

- حسب (حماد، 2011) الذي يرى أن المعالج يجب أن يكون مستمعا جيدا للمريض، وقادرا على توجيه أسئلة هادفة له.

- أن يكون قادرا على الموازنة بين ما يريد أن يعرفه المريض، وبين ما يريد أن يقوله للمريض.

- أن يكون مرنا ومباشرا وغير سلبي.

- أن يكون قادرا على معرفة أزمة المريض بدون التدخل لعلاج الأزمة في كل جلسة.

- أن تكون لديه مهارات توصيل المعلومة بما يتناسب مع النموذج المعرفي السلبي لدى المريض وبما يتناسب مع المستوى الثقافي له.

- أن يكون متدربا على مهارات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لمدة سنة كاملة على الأقل قبل ممارسته (العزامي، 2018، 36).

10 - النماذج النظرية للعلاجات المعرفية السلوكية :

تعتبر العلاجات المعرفية السلوكية من النماذج العلاجية التي برزت بقوة في سبعينيات القرن الماضي، والتي تناولها العديد من الباحثين في المجال العلاجي منذ عصور قديمة قبل التاريخ وفي فجر التاريخ، حيث دون إبيكتيتوس Epictetus أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف، وحذى حذوه في هذه الوجة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل

أرنولد (1960) Arnold، وبيك (1964) Beck، وإليس (1962) Ellis، وكيلي (1955) Kelly، ولازاروس (1969) Lazarus، (بيرني وآخرون، 2008، 30).

فالمبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار والوجدان والسلوك والجوانب الفيزيولوجية كلها مكونات لنظام موحد، فالتغيير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوبا بتغيير في المكونات الأخرى، والعلاج المعرفي السلوكي يدرك الطبيعة المحددة لهذا الكل المتآلف، فعندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغييرات الحادثة تتركز في بؤرة الأفكار غير السارة كونها الموجه لهذه المكونات الثلاث، فهي ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسي وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه (بيرني وآخرون، 2008، 29).، فهي نتيجة لسوء تكيف أو الطرق الخاطئة في التفكير وللإتجاهات المشوهة نحو الذات والآخرين، وهدف هذا الشكل من العلاج هو تحديد هذه المعارف الخاطئة وإحلال معارف أخرى أكثر تكيفية محلها وهي العملية المعروفة بإعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) حيث يأخذ المعالج دور الموجه النشط الذي يساعد العميل في تصحيح ومراجعة إدراكاته وإتجاهاته بالإستشهاد بالدلائل المناقضة أو المعاكسة أو بإستخلاصها من العميل نفسه.(جاري، 2015، 523). فمنذ عدة سنوات ، فإن المقاربة العلاجية للمعلومات تشكل المنظور الرئيسي في علم النفس المعرفي. هذه المقاربة لها السمة الرئيسية للنظر في العمليات العقلية كسلسلة من الخطوات. المكرسة لأداء وظيفة معينة ، كجزء من معالجة المعلومات (Claudette et robert, 2012, 2).

فهذا النوع من العلاجات يعتمد في تعديل السلوك والتخفيف من شدة الإضطراب على طبيعة الأفكار التي يحملها الفرد و خبراته المبكرة، حيث يعمل المعالج المعرفي السلوكي على تغيير وتصحيح الأفكار الخاطئة واللامنطقية والمعتقدات اللاعقلانية التي تم تحصيلها عبر النمو النفسي والإنفعالي من خلال التفاعل بين الذات والبيئة الإجتماعية بإختلاف أبعادها وأنماطها الثقافية، وقد يقوم هذا النمط العلاجي على إعادة تشيل المدركات الخاطئة والمشوهة حول الذات والبيئة في تعديل السلوك من خلال مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية، والتي بدورها عرفت نوعا من الإختلاف في التناول والممارسة عبر المسار التاريخي لهذا النمط العلاجي من معالج لآخر حسب ميولاته وإتجاهاته الفكرية والنظرية.

10-1- نظرية العلاج المعرفي لأرون بيك :

يقوم هذا الإتجاه العلاجي على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك إتجاهاته وأرائه تعد جميعا بمثابة أمور هامة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وما يكسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل، يستخدمها جميعا في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته (عادل،1999،67).

يرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية تشتمل على المعلومات أو الأفكار والمفاهيم والإفتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد التي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة ولا عقلانية، فالمريض يستحدث رأيا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويكون عقله مغمورا بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة، ويبرز الإنحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الإضطرابات النفسية، وأن الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات المعرفية وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء ويتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات لكي تتناسب مع هذه الأبنية (التميمي،2015،187)، ويهدف العلاج إلى تغيير نماذج تفكير المريض المكتئب المشوهة وإنهزامية الذات والأفكار التلقائية، في إتجاه أكثر إيجابية وواقعية ، ويعمل هذا جزئيا بجعل المعالج يتحدى فروض المريض ويقدم مجادلات عن السبب في أن يتبنى إفتراضات أكثر إيجابية عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل، ويمكن أن يتضمن هذا تدريبا على إعادة العزو الذي يبين فيه المعالج العوامل المتنوعة وليس عدم قيمة المرض الذي ساهم في الخبرات السلبية للمريض (حسين علي،2005،90)

فالأبنية المعرفية تميز الإضطرابات والتفسيرات التي يقدمها للأشياء، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية ، ولذا نجد الفرق في ضوء هذه النظرية بين إضطرابي القلق والإكتئاب يتمثل في تحديدهما في إطار أبنية معرفية مختلفة، حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية في حالة الإكتئاب تتعلق بالأراء والمفاهيم السالبة عن الذات والعالم والمستقبل في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر وإحتمال التعرض له

(يوسفي، 2016، 171). وقد أورد كل من (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) على سبيل المثال أن الأفراد الذين يعانون من مشاعر الإكتئاب يضمرون معتقدات سلبية، تشاؤمية حول أنفسهم، وحول عالمهم ومستقبلهم، فالرجل المكتئب الذي يبلغ الخامسة والأربعين من عمره مثلا ، قد يميل إلى النقد الذاتي الحاد) ويشعر عادة بالذنب حتى عندما لا يكون ذلك مناسباً ، وينظر إلى العالم بشكل عام على أنه غير داعم ولا عادل، ولا يشعر بكثير من الأمل بأن الأمور سوف تتحسن مستقبلاً (تيموثي، 2007، 651).

وحسب (Corey, 2011) الذي يرى أن الفرضيات النظرية للعلاج المعرفي تكمن فيما يلي:

- إن ما يجري داخل الإنسان يمكن التحري عنه عن طريق الإستبطان.
- إن معتقدات الإنسان تحمل معنى شخصياً.
- إن هذه المعاني يمكن إكتشافها ومعرفتها عن طريق المريض نفسه وليس عن طريق ما يفسره، أو ما يقوم بتعليمه المعالج (التميمي، 2016، 265، 266).

من خلال ما سبق يمكن القول أن النظرية المعرفية لأون بيك ترى أن السلوك السوي والمرضي وكل ما يصدر عن الشخص من سلوكيات وردود أفعال، راجع إلى طبيعة التفكير وما يحمله هذا الأخير من أفكار ومفاهيم وصيغ ومعتقدات تكونت عبر مراحل النمو، مشكلة بذلك البنية المعرفية.

2-10- نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي (ألبرت إليس) :

أرسى ألبرت أليس A. Ellis إتجاها علاجياً آخر هو العلاج العقلاني الذي زيد له عام 1961 مصطلح "الإنفعالي" ثم زيد عام 1994 له مصطلح " السلوكي" ليصبح مسماه العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي. ويرى من خلاله أن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار وإتجاهات لا منطقية، ويركز على التشابك بين التفكير والإنفعال والسلوك، ويرى أن الإضطراب النفسي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي. ولذلك فإننا لكي نفهم سلوكاً معيناً يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف (عادل، 1999، 62). إذ تركز نظريته في العلاج

العقلاني الإنفعالي للإنسان على أن هناك تشابكا بين العاطفة والعقل، أو التفكير والمشاعر) حسين علي، 2005، 92).

تستند هذه النظرية إلى الأفكار التي نادت بها المدرسة الرواقية والأبيقورية والتي ترى أن الأشياء في ذاتها وطبيعتها لا تثير الخوف أو القلق لدى الفرد ولكن الآراء التي يكونها الفرد عن هذه الأشياء والموضوعات أو الطريقة التي يدرك بها تلك الأشياء هي السبب الحقيقي وراء ذلك، وبعبارة أخرى فإن الإضطرابات الإنفعالية في نظر "إليس" تعتمد على وجود أفكار ومعتقدات خاطئة لدى الفرد، وأن الفرد مسؤول عن إزعاج نفسه إلى حد كبير بسبب أفكاره اللاعقلانية (يوسفي، 2016، 180، 181)، وتعد محاولة "إليس" أكبر محاولة لإدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، وقد بدأ أسلوبه في التطور عندما اقتنع بأن الخبرات المبكرة الخاطئة أو غير المنطقية تستمر، وأنها لا تنطفئ رغم عدم تعزيزها من الخارج، لأن الأفراد يعزون هذه الخبرات المتعلمة بتكرار تلقيتها داخليا لأنفسهم وبأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم، ونظرة خاصة بهم تؤدي إلى رفض العلاج (العاسمي، 2015، 22).

وأنصار هذا اللون من العلاج مقتنعون بأن الفكر المعرفي "العقلي" والإنفعالي متداخلان مع بعضهما بعضا بشكل قوي، أي أن الإنفعال والتفكير ليسا منفصلين، فالإنفعال يصاحب التفكير والإنفعال في حقيقته تفكير منحا ذاتي وغير عقلاني، وعندما ينمو الأطفال فإنهم يتعلمون بالإعتقاد بأن بعض الأشياء جيدة، وبعضها الآخر سيئة، وهذه الأشياء السيئة تعد سلوكا غير مرغوب فيه، مثل اتجاهه وتفكيره نحو المدرسة سلبي وسيئ وغير عقلاني، فالمبدأ الأساسي لنظرية العلاج العقلاني الإنفعالي للسلوك حسب وصف " والين وأخريث" (Walén et al. 1992) هو أن المعرفة هي أهم العوامل المحددة للإنفعال الإنساني، وبصورة جوهرية فإن هذا المفهوم يتضمن الطريقة التي يفكر بها الأفراد ويفسرون بها الأحداث التي تؤثر بصورة كبيرة على إستجاباتهم الإنفعالية (العاسمي، 2015، 23). حيث أن الإستجابات الإنفعالية التي تصدر خلال التفاعل بالمواقف الإجتماعية لا تحدث بسبب المواقف وإنما تحدث نتيجة لإدراكنا وتفكيرنا بها، مثال: الشعور بالحزن والإكتئاب نتيجة الفشل في تحقيق هدف معين لا ينشأ بسبب الفشل وإنما بسبب ما أدى إلى تصورات سوداء حول هذه المواقف، فالإستجابات الإنفعالية قد تكون معقولة أو لا معقولة حسب إتجاه التفكير ، فإذا كانت

طريقة التفكير عقلانية ومنطقية فان السلوك سيكون سويا معقولا ويكون الإنفعال موجبا ، بل دافعا للنشاط الهادف، وإذا كانت طريقة التفكير غير عقلانية وليست معقولة ستكون الإنفعالات على درجة عالية من الإضطرابات (أديب،2015،350). ولتسهيل عملية إعادة البناء العقلاني للأحداث قد يلجأ المعالج أحيانا إلى إستخدام الجدل أو النقاش في محاولة لجعل المرضى يرون الأبعاد اللامنطقية من معتقداتهم، إضافة إلى تزويد المرضى بالتحليل المنطقي لمشكلاتهم، فقد يحاول المعالج أن يعدل عباراتهم الداخلية أي ربما يتم تعليم المريض أنه عندما يبدأ بالشعور بالضيق في المواقف الفعلية عليه أن يصمت قليلا وأن يسأل نفسه عما يقوله لذاته حول هذه المواقف وفي أحيان أخرى قد يطلب المعالج من المرضى وهم في غرفة العلاج أن يتخيلوا موقفا مشكلا معيناً، وقد يتم جمع كل ذلك في إطار كل من التدريب السلوكي والقيام بالمهام في واقع الحياة والنمذجة..... إلخ (تيموثي،2007،648). فالتصورات وثيقة الصلة بالكائن البشري من حيث الدوافع والإنفعالات والتفكير، والفروض الخاصة بهذه النظرية في الشخصية والعلاج النفسي تساعد المعالج في فهم مشكلات المفحوص والوقوف على أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ومن ثم مساعدته في فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ومن ثم مساعدته في فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته التي تتسبب في إضطرابه الإنفعالي وتغيير إنفعاله وسلوكه وتفكيره للأفضل على نحو يحقق له قدرا مناسباً من الصحة النفسية (التميمي،2015،192،196)، كون أليس يرى بأن المرضى الذين يعانون من إضطرابات القلق لديهم ميل كبير لأن يعتنقوا إعتقادات غير منطقية يرفضها معظم الناس الأسوياء (حسين علي،2005،92).

من خلال ما سبق يمكن القول أن إتجاه ألبرت إليس ونظريته حول العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي، تقوم على أساس وجود تشابك بين التفكير والسلوك والإنفعال مشكلين وحدة متكاملة، ففهم الإضطراب يتطلب تفسير كل من الشعور والإدراك والتصرف، كما يرى أن الإنفعال والتفكير (المعرفة) وجهان لعملة واحدة يؤثر كلاهما في الآخر، وإن الإنفعال المضطرب يعود للمعتقدات اللاعقلانية التي تم إكتسابها وتداولها على شكل خبرات سلبية خاطئة، وأن عملية العلاج تقوم على تصحيح هذه المعتقدات والتصورات.

10 - 3 - نظرية دونالد ميكونبوم للتعديل المعرفي السلوكي :

يطلق على نظرية ميكونبوم إسم نظرية التعديل المعرفي السلوكي والتي بناها على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية، ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية (يوسفي، 2016، 196)، واضع هذه النظرية هو دونالد ميكونبوم، أمريكي الأصل ولد في مدينة نيويورك عام 1940م، وقد اشتهر بطريقة التحصين ضد الضغوط النفسية، حيث كانت البدايات الأولى لنظريته من الخبرات التي عاشها في تدريبه مع المرضى الفصاميين في التفكير، إذ كان من الممكن تدريبهم على التحدث مع أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم، وقد ركز على الحديث الداخلي في محاولة لتغييرها وكذلك إهتم بالتخيلات لمعرفة فيما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك، كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك (التميمي، 2015، 207).

يفترض أنصار هذا المجال أن المشاعر السلبية والسلوكيات سيئة التكيف هي نتيجة تشويهات في التفكير، وينظر هذا المجال إلى المعارف باعتبارها سلوكيات كامنة والتي تتفاعل مع كل الإنفعالات والسلوكيات الصريحة وتؤثر في الأداء الإنساني، وتعتبر الإضطرابات مثل القلق والرهابات والإكتئاب أساسا كإضطرابات في التفكير تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف في حين يتجاهل أو يهمل ملامحا بارزة أخرى، وبهذه الطريقة يفقد الفرد الموضوعية ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد الموضوعية ويشوه الحقيقة، ونتيجة لهذه التشوهات تضعف قدرة الفرد على تضمين إستجابات سلوكية للموقف، مما يضعه في مخاطرة من العمل بطريقة إما مفرطة أو منخفضة في الإنضباط (حسين علي، 2005، 95)، وقد أكد ميكونبوم في إتجاهه النظري أن الإنعال الفيسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد إنفعالاته الحالية، وأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوك الفرد (التميمي، 2015، 209). فالتعديل المعرفي السلوكي لميكونبوم يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث

يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف ويؤكد هذا الإتجاه على الأحاديث الذاتية، حيث يشير (ميكونبوم) أن ما يقوله الأفراد لأنفسهم عن أنفسهم والآخرين يؤثر بشكل كبير في تحديد شكل إستجابته وسلوكه ومشاعره، وبناء على ذلك فان تعديل التفكير من خلال ضبط أحاديث الذات الداخلية يؤدي إلى تعديل الإنفعالات والسلوك (يوسفي، 2016، 195).

10 - 3-1 المفاهيم الأساسية للنظرية :

أ - **بنية الحديث الذاتي:** يعتبر ميكونبوم أن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي، ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه، والشيء الذي يرغب في إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات ولأي شيء يعزي أسباب سلوكه وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط (بلان، 2015، 389).

ب - **البنية المعرفية:** التي تحدد طبيعة الحوار الداخلي، الذي سيغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكونبوم بالدائرة الخيرة فالبنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم والتصورات التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، حيث يقول ميكونبوم: " ما أقصده بالبنية المعرفية هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدوا أنه يضبط ويوجه المخطط والطريقة أو الإختيار للأفكار، إنه يقصد أن يوضح نوعا من المعالج (المعامل) التنفيذي أو الإجرائي الذي يمسك بأصول التفكير، والذي يحدد متى نقاطع أو نغير أو نواصل هذا التفكير (بلان، 2015، 391، 392).

ج - **تعديل السلوك:** إنطلق ميكونبوم من الفرضية التي تقول بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، فالحديث الداخلي (المحادثة الداخلية) يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة (بلان، 2015، 392).

د - **تعليم الذات:** إستخدم ميكونبوم هذا الأسلوب على الأطفال ذوي النشاط الزائد، وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها، وذلك من أجل

ضبط سلوكهم، وإستخدام أسلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية، بالإضافة إلى التعزيز والعلاج المعرفي (بلان، 2015، 392)، ولقد أيد باندورا (1969، 1971) إستخدام النمذجة أو التعلم بالملاحظة كطريقة لتغيير أنماط السلوك خصوصا لدى الأطفال، فالتقليد أو النمذجة أو الملاحظة تعد تقنية أكثر فاعلية للتعلم من مجرد الإعتماد على معاقبة الإستجابات غير الصحيحة ، ومكافأة الصحيحة منها. إذ يمكن تعلم مهارة جديدة منها أو مجموعة سلوكيات جديدة بطريقة أكثر فاعلية من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم بها (تيموثي، 2007، 664).

وقد ركز ميكونبوم (Meichenbaum, 1974) نظريته على توجيه التعليمات للذات أي الضبط الذاتي حيث ذكر أن التدريب على توجيه التعليمات للذات مبني على الإفتراض الذي مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها فالسلوك يتأثر بمظاهر متنوعة من الأنشطة الشخصية المبنية على إفتراضات متعددة وتشمل هذه الأنشطة على كل من الإستجابات البدنية، ردود الفعل الإنفعالية المعارف والتفاعل الداخلي المتبادل بين الأشخاص فالحديث أو الحوار الذاتي الداخلي يعتبر أحد هذه الأنشطة والإفتراضات (طوبال، 2017، 104).

وبهذا تكون نظرية ميكونبوم قد ركزت على مجموعة من المفاهيم والقواعد التي ترى أن الحوار الداخلي هو أساس التحكم في طبيعة التفكير وردود الأفعال الإنفعالية والسلوكية، إلا أنه يبقى خاضع لطبيعة البنية المعرفية التي تحدد المعاني والمفاهيم، والتي يجب على الفرد إستخدامها في سياق يتماشى مع طبيعة المتطلبات من خلال الحوار مع الذات.

ومن خلال ما سبق تناوله حول نظريات العلاج المعرفي السلوكي يرى الباحث أن ما جاء به كل من " بيك " و"إليس " و"ميكونبوم" من تفسيرات نظرية لطريقة علاج مختلف الإضطرابات النفسية شكلت وحدة علاج ذات طبيعة نسقية بين التفكير والإنفعال والسلوك.

11 - نماذج من التقنيات المعرفية السلوكية لعلاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية :

يرى (beck,1979) أن العلاجات المعرفية السلوكية تقترح العديد من تقنيات العلاج النفسي المعتمدة علمياً، فهي تكتب فصلاً جديداً في تاريخ العلاج النفسي، من خلال ما تظهره على وجه الخصوص بأن التوتر بالمعنى الواسع (القلق ، العدوانية ، الإحباط) ، ينشأ أكثر من التفكير غير المتناسك وغير العقلاني لدى الفرد من إحباطه (Fradin et al,2006,18) وهي تهتم بالفكر والسلوك في تناول مختلف المشكلات والاضطرابات، حيث ترى أن الإضطراب هو نتيجة خلل في التفكير، أين تدمج بين الفكر والسلوك مركزة على مجموعة من التقنيات والفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية.

11-1- التقنيات المعرفية :

-التربية النفسية :

يرى جون كوترو (jean cottraux,2007) أنها نموذج تعليمي يدرك العميل من خلاله خطأ وزيف أفكاره وتوجيهاته وكذا كيفية التمييز بين التفكير المدرك عن الواقعي، وكيف يمكنه تقدير درجة إنفعالاته وكذا الإعتقاد في التفكير، وهذا كله يدخل في بند تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي، وإعطاء معلومات إجرائية عن نوعية إضطرابه وعن سيرورة العمل العلاجي، وكيفية تعاونه في ذلك للوصول للأهداف المسطرة والعمل على إثارة روح الأمل في نفسية العميل (بودحوش،2016،108). فهذه الفنية تتيح للمعالج تقديم معلومات موثوقة ودقيقة ومفيدة للمريض حول الصعوبات التي يعاني منها وحول الأساليب المستخدمة في العلاج حيث تقدم توضيحات عامة فيما يخص التشخيصات والنماذج العلاجية والتقنيات المستخدمة وللتربية النفسية هدفان: أولاً فهم أفضل للعلاج المعرفي السلوكي حتى يكون قادراً على التحكم في استخدام التقنيات العلاجية بإستقلالية، ثانياً تعزيز التحالف العلاجي بفضل علاقة التعاون التي تتميز بالمساواة بين المعالج والمريض (سيريل 2019،201،202)،

فهذه التقنية تتيح للمريض فرصة التعلم والتعرف على طبيعة ما يعانيه من اضطراب، وما يستلزمه من علاج، إذ يمكن إعتبارها حلقة تحضيرية للمسار العلاجي.

- الحوار والمناقشة:

وهي تقنية معرفية تتمثل في تبادل الرأي مع المفحوص حول معاشه النفسي في ظل اضطراب الوسواس والأفعال القهرية من خلال المناقشة والرد على الأسئلة المباشرة بهدف تحديد المشكل وشرحه والوصول إلى إتفاق على برنامج علاجي يمتد لمدة زمنية محددة ويتضمن العديد من التقنيات العلاجية والذي يكون في إطار عقد علاجي بين المعالج والمفحوص.

- التعرف على الفكر اللاكيفي :

ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داع ويولد إستجابات إنفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم، إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تورثه ضيقا وألما لا مبرر لهما أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي (بيك،2000،189). وهذا ما يمكن المعالج من إكتشاف وتشخيص طبيعة الأفكار الوسواسية المتسلطة على التفكير.

- تحديد المعتقدات اللاعقلانية (الوسيطية والجوهرية) :

توجد على المستوى المعرفي الأعمق حيث توجد القواعد والإغتراضات على العموم ، حيث يتم إكتسابها في وقت مبكر من الحياة على أساس مفاهيم جامدة ومطلقة عن الذات والآخرين والعالم (تنقسم المعتقدات إلى مجموعتين هما: المعتقدات الوسيطية وتتكون من القواعد والإتجاهات أو المواقف والإفتراضات، والمعتقدات الجوهرية وهي أفكار كلية مطلقة وجامدة عن الذات أو الآخرين وإذا كانت المعتقدات الوسيطية أكثر صعوبة في تعديلها من الأفكار التلقائية فإنها أكثر قابلية للتطويع من المعتقدات الجوهرية (جوديت،2008،213) فهذه الأخيرة (المعتقدات الجوهرية) تمثل الأسس والمبادئ الراسخة التي شكلت الخريطة المعرفية للأشخاص فهي تعود إلى نوعية التربية وبيئة التنشئة التي تبلورت منها طبيعة

الأفكار إذ تتناول الجانبين الإيجابي والسلبي ويرى بيك "أن المعتقدات الجوهرية السلبية تنقسم إلى مجموعتين كبيرتين: الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز والثانية ترتبط بالإحساس بعدم الحب (جوديت، 2008، 255).

ولتحديد المعتقدات هناك العديد من التقنيات والطرق التي يتم الاستعانة بها نذكر منها:

أ-سجل الأفكار الآلية (الأوتوماتيكية): يرى (cottraux ,121,2001) " أن سجل الأفكار يهدف إلى عزل المواقف المثيرة للقلق والإنفعالات السلبية والحوارات الداخلية التي ترافقها ويتم التدريب عليه من قبل المعالج داخل الجلسات العلاجية قبل التسجيل الذاتي من قبل المريض " (بلحسيني، 2014، 112).

ب-أسلوب السهم النازل:

وفق هذا الأسلوب يتم التعرف والكشف على طبيعة التفكير الآلي من خلال سؤال: ماذا لو كان هذا التفكير صحيحا؟ ونسميها بقاعدة الافتراض الشرطي لو إذا فهي تقوم بتحديد الظروف والنتيجة الإنفعالية.

مثال: لو فقدت وظيفتي إذا سأفقد احترام الناس لي.



النتيجة الانفعالية المختلفة وظيفيا.

الظروف

فهذه القواعد لها وجود أدنى من الوعي بحيث نادرا ما يكون المريض قادر على التفكير فيها (بلحسيني، 2001، 113). وحسب فونال (FennelK1989) يرى أنه على المعالج أن يحتفظ بالفكرة مؤقتا ويسأل العميل "إفترض أن هذا صحيح فماذا كان يعني هذا لك؟ ويستمر هذا النمط من التساؤلات حتى يتم الوصول إلى أحد المعتقدات ويمكن استخدام أسئلة أخرى مشابهة

مثل "ماذا سوف يقول عنك؟"، "ماذا سيحدث عندئذ؟ ولو كان كذلك فما الخطأ في ذلك؟ (بيرني، 2008، 126).

ج- تكملة الجمل:

"وهو أسلوب مباشر نسبيا حيث يطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة، وقد قدم باديسكي padesky (1994) الأمثلة التالية "أنا....."، "الناس....."، "العالم....."، " (بيرني، 2008، 130). وقد يكمل المريض هذه الجمل وفق معتقداته التي تشكل مصدر أفكاره الآلية.

- التعرف على المشاعر :

المعالج المعرفي يهدف إلى التخفيف من ضغط المشاعر الناجم عن التأويل الخاطيء لموقف ما فالمشاعر السلبية هي جزء من حياتنا الغنية بالمشاعر وتعمل كما يعمل الشعور بالألم الجسماني منبهة إيانا بمشكلة محتملة تحتاج إلى الاهتمام وبالإضافة إلى ذلك يهدف المعالج إلى تقوية مشاعر المريضة الإيجابية خلال الأسبوع وكذلك الذكريات الإيجابية من خلال مناقشة (دائما مختصرة نسبيا) هوايات المريضة أو الأحداث الإيجابية التي حدثت خلال الأسبوع وكذلك الذكريات الإيجابية،... وهكذا، وغالبا ما يعطي واجبا منزليا يهدف إلى زيادة عدد النشاطات التي تشعر فيها المريضة بالسيطرة والسرور (جوديت، 2008، 151).

- الحوار السقراطي :

في هذا النوع من الحوار المعالج المعرفي السلوكي يدعوا المتعالج إلى تذكر وإستحضار صعوباته اليومية مع الحرص على عدم الإستدلال بمعتقداته ومعارفه في الوضعية الحالية (pascal, 2013, 183). و يعتبره (طه عبد العظيم 2007) أنه أصعب تقنية يستخدمها المعالج في العلاج المعرفي السلوكي خاصة المبتدئين منهم، ويكون من خلال توجيه أسئلة مفتوحة تدور عادة حول الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المريض وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج (بلغالم، 2017، 73). ويتمثل في حوار يقود خلاله المعالج المريض إلى الشك في أفكاره المختلة

ثم إلى بناء أفكار جديدة، لا يتمثل الأمر في كسر الأفكار المختلة وإقتراح أفكار أخرى معدة مسبقا من طرف المعالج وإقناع المريض بصحتها بل يتمثل في أن يسلك المعالج سلوكا عقلانيا، يقظا، متدرجا، غير متعصب، والأهم أن يكون متسانلا وذلك لخلق دينامية من التساؤل العقلاني حول هذه المعتقدات التي لدى المريض (سيريل، 2019، 110، 111). فالعمل العلاجي من خلال هذه التقنية يركز على الحوار وتبادل الأفكار ومناقشتها، بحيث يقوم المعالج بنقل تفكير المتعالج إلى زاوية مغايرة حتى يكتشف لاعقلانية تفكيره وسلبية أفكاره، فالإجترار المستمر للأفكار الوسواسية والإنعكاف على ممارسة الطقوس والأفعال بصورة قهرية يتم مناقشتها بطريقة عقلانية سلسلة حتى يتوصل المتعالج وفق مجموع التساؤلات التي كان يقترحها والحلول التي كان يتوصل إليها تحت إشراف المعالج إلى سلبية أفكاره ولانطقية الممارسات والطقوس من حيث الهدف والغاية.

- تقنية حل المشكلة باستراتيجية رسم الصورة :

إن رسم صورة معبرة او شكل معين يمثل معطيات المشكلة قد يساعد على فهم ومعالجة بيانات المشكلة وبالتالي حلها، والرسم هنا لا يتطلب أن يكون الفرد رساما ماهرا فقد يكون على شكل بسيط أولي كأن ترسم مخطط الطريق للوصول إلى الجامعة أو ترسم معطيات افتراضات نظرية ما على شكل شبكة مفاهيمية محددة مما يساعد على فهم عناصر المشكلة وتقريب الحل (عدنان، 2012، 279). فمن خلال هذه التقنية يتمكن المعالج من تجسيد اضطراب الوسواس والأفعال القهرية في مخطط يمثل فيه للمتعالج سبب الإصابة بالاضطراب والعوامل وطرق التفكير التي تعزز الأفكار التسلطية الآلية والأفعال القهرية والسبل التي يجب عليه اتباعها من أجل خفض الأعراض والتخلص من المرض، فالرسم هو الفنية العلاجية التي يتم من خلالها تقريب صورة ذهنية للمصاب بعد شرح المرض وكيفية علاجه وهذا ما يزيد من درجة الوعي والإدراك التي تبسط وتغير المفاهيم حول المرض وسبل العلاج.

- إيقاف التفكير :

يسمح بالحد من الاجترارات والأفكار المتطفلة التي تميز العديد من اضطرابات القلق (اضطراب الوسواس القهري، اضطراب القلق المعمم....). يتمثل ذلك في تعلم التحكم في هذه الأفكار الإيجابية وذلك بعد تحديدها، تقوم التقنية بتكوين رابط بين مثير معين وبين الإيقاف الإرادي لهذه الأفكار، حيث أن الإيقاف الإرادي يركز على العملية العقلية المسماة "الإلغاء" والتي تسمح بإيقاف تدفق موجة من التفكير أو الإنفعال (سيريل، 2019، 124). وتعتمد هذه الفنية على الإقتران بين الفكرة الوسواسية والنطق بصوت عال "قف" بعد ذلك يتم خفض الصوت تباعا حتى يصل إلى النغمة العادية التي تعود عليها المريض، ويفضل استخدامها في الخطوات الأخيرة من العلاج عندما يتم خفض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية إلى درجة معقولة ويكون قيمة هذه الفنية في المحافظة على ما تم التوصل إليه من نتائج علاجية (محمد، 2014، 274). ويرى لزاروس (Lazarus 1989) أن هذا الأسلوب يساعد في إيقاف الفكرة غير المرغوبة ويتم تكرار التدريب بصوت منخفض تدريجيا حتى يستطيع العميل إيقاف الفكرة دون الحاجة لعمل أي ضجة خارجية، ويمارس هذا الإجراء خلال الجلسات العلاجية عددا من المرات قبل أن يشرع العميل في أدائه كمهام بين الجلسات (بيرني، 2008، 183).

- التغذية الراجعة :

يذهب الكثير من المعالجين النفسانيين أنه لا يمكن لأي مقابلة علاجية أو طريقة علاجية أن تركز أي تقدم نحو تقديم أهدافها المخططة ما لم تدعم باستخدام فنية التغذية الراجعة وفي ذلك يؤكد روبنسن (robinson,1993) أن الناس يبحثون عن التغذية الراجعة لعدة أسباب منها:

- لتقييم قدراتهم التي تزيد من مدى تنبؤهم بمهامهم في المستقبل.
- لكي يحصلوا على الشعور بالقدرة التي تساهم بالتقدير الذاتي لهم.
- لتصحيح الأخطاء المتعلقة بإنجازهم والتي تساعدهم على تحقيق أهدافهم المهمة (خطاب، 2014، 282).

ولتحقيق النجاعة العلاجية من خلال هذه التقنية العلاجية يجب:

- أن تكون التغذية الراجعة محددة حتى تتاح الفرصة للمتعالج أن يدرك سلوكه خلال موقف معين بذاته.

مثال1: ممارسة غير جيدة من المعالج في وصفه لسلوك المتعالج " يظهر عليك أنك مريض وسواسي قهري".

مثال2: ممارسة جيدة من المعالج في وصفه لسلوك المتعالج: "إنك تذهب أكثر من مرة للتأكد من قفل الباب، ومع ذلك لم تعط لنفسك فرصة واحدة بأن تتوقف عن هذا الفعل وتسال نفسك طالما تشعر بأنك مجبر على تكرار هذا الفعل فهذا دليل على أن الفكرة لا وجود لها في الواقع".

- يجب أن تكون التغذية الراجعة موجهة لتعديل سلوك المتعالج وفق إمكاناته وقدراته واستعداداته ولا تكون موجهة نحو ما يصعب عليه تحقيقه أو بمعنى آخر أن تكون واقعية التحقيق.

- يجب أن تكون التغذية الراجعة في الوقت المناسب أي بعد الانتهاء من تنفيذ الواجب المنزلي أو عند حدوث واقعة معينة يراد تغييرها.

- يجب التركيز على الملاحظة أكثر من الإستدلال والإستنتاج والتركيز على المعلومات والأفكار أكثر من النصائح والتركيز على البدائل والخيارات أكثر من الحلول والتركيز على الكم والكيف معا (خطاب، 2014، 284، 285). فالتغذية الراجعة تقنية علاجية تسمح لنا بتقييم النتائج المحصل عليها من الممارسة العلاجية عبر الجلسات أو من خلال نتائج الواجب المنزلي أو بمعنى لآخر هي التقييم الذي يحصل عليه المعالج من المتعالج ومدى قدرته على التحكم في تطبيق التقنيات ومستوى العلاج الذي تم تحقيقه ويمكن تطبيق هذه التقنية في بداية الجلسة وذلك بتقييم نتائج الواجب المنزلي أو في نهاية الجلسة العلاجية بالتحقق من استيعاب المتعالج ومدى استفادته من التقنيات ومجريات العلاج.

- تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية (الآلية) والأفكار البديلة :

حسب (Dobson ,285,2010) فان معاينة الأفكار الأوتوماتيكية يكون باستخدام جدول تسجل فيه الحالة أفكارها الأوتوماتيكية ويتكون هذا الجدول من أربعة أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي (الوضع، المعتقد، النتيجة الانفعالية)بالإضافة إلى حلول بديلة أو مضادة للمعتقدات حيث يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تواجه فيه الحالة حالة انفعالية غير سارة أو محيرة وبالتالي يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة تفهم ما يقوله لها المعالج من أحاسيس وانفعالات أو أنماط ، كما يجب أن يكون بإمكانه التعرف على الأحاسيس المختلفة وتقديم أحكام مطابقة للوضعيات التي تعاني منها الحالة ، كما يطلب المعالج من الحالة أن يلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال (بلغالم،2017،72) ولتحقيق ذلك يجب اتباع ما يلي:

أولاً: يجب تحديد الأفكار الآلية المختلة، الوضعيات التي تظهر فيها والانفعالات المصاحبة لها.

ثانياً: يقترح المريض بمساعدة من المعالج أفكاراً بديلة أكثر واقعية وفائدة مثلاً: لم ينظر إلى إذن هو لا يراني، يمكن أن نضع لها فكرة بديلة، لم ينظر إلى لأنه كان مشغولاً بشيء آخر أو لأنه لم يراني أصلاً أو أنه رآني ولكنه لم يكن يرد إزعاجي (سيريل،2019،112). فالمعالج ومن خلال هذه الفنية تكمن مهمته تقديم المساعدة وتعليم المتعالج كيفية رصد المواقف وتسجيل الأفكار التلقائية وصورها الذهنية المصاحبة لها مع اقتراحه للحلول التي يراها مناسبة وهذا يكون عن طريق جدول يقوم المريض بملئه خلال أيام الأسبوع عبر مختلف الظروف والمواقف التي تصادفه وهذا يكون بمثابة تدريب بصفة تدريجية لإدراك الأفكار الآلية والتحكم في عملية التفكير بعد استبدالها بأفكار واقعية.

- تعديل المعتقدات (الوسيطية والجوهرية) :

يقدم المعالج نظريته عن الاعتقاد سائلاً المريض التصديق أو عدم التصديق عليها ثم ينقح نظريته عندما يقوم المريض بتقديم معلومات إضافية عن حياته الحاضرة ومواقف مرت به في الطفولة وردود فعله إتجاهها ثم يقوم بتعليم المريض المعتقدات الجوهرية عموماً في الوقت الحالي ثم يبدأ في تقييم المعتقدات الجوهرية وكيفية إستمرارها على مدار السنين

والصعوبات التي تسببها في حياة المريض والإستمرار في رصد أي نشاط لتلك المعتقدات السلبية ويدعم من شدة المعتقدات البديلة مستخدما الطرق التجريبية و العاطفية حينما لا يصبح المريض على أي قناعة بالمعتقدات القديمة منطقيا أو عقليا (جوديت،2008،258).

- دحض الأفكار غير العقلانية وتعديلها :

تعد من التقنيات الأكثر شيوعا وتطبيقا من قبل المعالجين ومع الأغلبية من مرضاهم ويوجد ثلاثة أصناف فرعية للدحض:

-الاكتشاف: ويتألف من البحث والاستقصاء عن الأفكار والمعتقدات وخاصة الحتميات (يجب، ينبغي ومن المفروض) التي تقوم إلى هدم الذات.

- المناقشة أو التفكير: وتتألف من عدد من الأسئلة يوجهها المعالج للعميل بحيث تساعده على التخلص من أفكاره غير العقلانية ومثالا على هذه الأسئلة: أين الاثبات على؟ بأي طريقة يمكن معرفة صحة أو زيف هذا المعتقد؟ وما الذي يجعله كذلك؟ يستمر المعالج بطرح مثل هذه الأسئلة حتى يسلم العميل بزيف معتقده غير العقلاني؟ ويعترف بصحة بديله العقلاني.

- التمييز: ويتضمن مساعدة المعالج للمتعالج ليكون قادرا على التمييز بوضوح بين أفكاره أو تقييماته المطلقة الحتمية (حاجات ومطالب وأوامر،) (العاسمي، 2015،111،110). فالأفكار الخاطئة (غير العقلانية) تلعب أدوارا مهمة في إيجاد المعاناة الذاتية، فبعد الفحص والتحري عن أغوار المشكلة يحاول المعالج تصحيح وتصويب أفكاره الخاطئة على أساس إلمامه بعدد من المعارف والمعلومات والحقائق التي تفيد في تغيير اتجاهاته وسلوكه، وتهدف هذه الإستراتيجية إلى إدراك العلاقة الوظيفية بين الأفكار غير العقلانية والإستجابات السلوكية غير التكيفية والمساعدة على مواجهة هذه الأفكار ومناهضتها وتبني أفكار معرفية عقلانية يستوعبها الفرد ويدخلها في بنائه المعرفي (حمدي،2013،45).

- ملأ الفراغات :

يتضح من خلال ردود أفعال المريض وجود فجوة بين المثير والإستجابة وتتمثل في الأفكار المسبقة المشوهة ويقوم المعالج بمساعدة المريض على ملء تلك الفجوة من خلال

التعامل مع المثير والاستجابة الحقيقيين وتجنب الأفكار المسبقة المشوهة (شعبان، 2008، 32). ولقد صمم إليس الفنيات التالية لكي يوضح للمريض هذا الإجراء وقد أسمى هذا التتابع الذي أشرنا إليه ABC حيث A هي المؤشر المثير وC هي الاستجابة الشرطية المفرطة وغير الملائمة وB هي الفراغ الكائن في ذهن المريض والذي يمكن حين يملأه أن يكون بمثابة جسر يصل بين A وC وبذلك يصبح ملء الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة الإعتقادية للمريض هو المهمة العلاجية الأساسية (بيك، 2000، 192، 193).

- التفكير بتدرجات الرمادي :

نوع من التفكير ثنائي التفرع، فكل شيء أسود أو أبيض ، لا يوجد رمادي ، لا فارق بسيط ، لا تقدم ولا تطور من واحد إلى آخر أو من الآخر إلى الآخر، إنه الانقسام المتطرف ، حيث كل ما هو متطرف سخييف (yves,2016,91) أين يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء إما شريرة أو خيرة، بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة أو طيبة صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً ولكن قد تكون فيه أشياء إيجابية أو يؤدي إلى أشياء إيجابية (عبد الستار، 2008، 85) فمن خلال هذه التقنية يعمل المعالج على تغيير التفكير القطبي المتحيز وتحفيزه على التفكير المتعدد بعيداً عن الأفكار المشوهة والمتطرفة وهذا يكون حسب بارن (Burns,1999) بأن يقيم المتعالج الأشياء ضمن مجال من صفر إلى مئة لأن الأشياء غالباً ما تكون ما بين الصفر، والمئة بدلاً من الإصرار على أنها إما بهذا الشكل أم ذاك. وعندما لا تنتهي الأشياء بشكل جيد كما كان يأمل، يمكن أن يقول لنفسه "إنني فاشل بمقدار محدد، إنني أفعل أشياء صحيحة وأشياء غير صحيحة إنني خسرت إلى حد ما (بكييري، 2012، 197) فاضطراب عملية التفكير بين الكل أو اللاشيء كنتيجة لتأثير الأفكار الوسواسية المتسلطة التي تصيب البنية المعرفية بالهشاشة والاضطراب واللاعقلانية.

- إعادة البناء المعرفي :

"تتضمن هذه الاستراتيجية تعليم الناس كيف يصبحون أكثر وعياً إزاء أفكارهم المضطربة وكيف يدققون في الإثباتات المرتبطة بتلك الأفكار وتهدف إعادة بناء المعرفة إلى تحويل أنماط التفكير المضطربة إلى أفكار أكثر توازناً ومنطقية تستند إلى تدقيق شامل في كل الإثباتات" (بلحسيني، 2014، 112). فالأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري يبالغون في تقدير احتمالية النتائج السالبة (يفترضون أن النتائج السالبة من المحتمل أن تقع) ويبالغون في درجة النتيجة السالبة (يفترضون أن النتيجة السالبة من المحتمل أن تكون حدث كارثي) فغالبا ما يشار إلى الخطأ المعرفي كمبالغة في تقدير الإحتمالية ويعرف الخطأ التالي على أنه تفكير كارثي، فالمبالغة في تقدير الإحتمالية يمكن إستهدافه من خلال نتيجة المصاب على الدراسة النافذة لمنطقة التفكير. هذا التفكير يكشف للمعالج النفسي سيناريو أسوأ حالة من خلال التعرف على سلسلة من الأحداث التي تحتاج إلى الوقوع حتى يتحقق سيناريو "أسوأ حالة" ثم بعد ذلك يعين كل حدث من هذه الأحداث كإحتمالية (هوفمان، 2012، 135). ومن خلال هذه التقنية المعرفية يتمكن المصاب من الإدراك والوعي بطبيعة الأفكار التي تجول في تفكيره فيقوم بتكييف المضطربة منها وفق المحيط وما يتطلبه الموقف فيتحقق التوازن على المستوى النفسي والجسدي والاجتماعي.

- التفكير الإيجابي :

المجالات التي يتناولها علم النفس الإيجابي تتمثل في ثلاثة مواضيع أساسية: التجارب الذاتية الإيجابية على وجه الخصوص، السعادة والرفاهية والسرور والكمال والعمليات التي تدعم الإبداع ؛ السمات الشخصية الإيجابية وخاصة التفاؤل وممارسة التعاطف والامتنان. وبعبارة أخرى ، فإن علم النفس الإيجابي يثير مسألة المشاعر الإيجابية و آثارها على التنمية الفردية ، والصحة ، وكذلك الرفاه والوثام الاجتماعي (Jean Cottraux , 2014,23) فالتفكير الإيجابي هو توجه يعبئ الطاقات ويستخرج الإمكانيات الحاضرة منها كما الكامنة من أجل العمل فهو يشكل العلاج الناجع للحفاظ على المعنويات وحسن الحال النفسي ذلك أن التفكير السلبي يعبئ الجسد للمواقف العدائية ومن المعروف أن التعبئة السلبية إذا لم تفرغ في مواجهة عنيفة للواقع أو لسلوك الآخر ، فإنها ستتراكم وتؤدي إلى الأعراض النفسية الجسمية

المصاحبة لحالات الغيظ و الغضب والمرارة، فالتفكير الإيجابي ينظر على العكس من ذلك، إلى سلبيات وضعية ما وإيجابياتها بشكل جدلي: ماهي سلبيات وضعية إيجابية، وما هي إيجابيات وضعية سلبية؟ وكيف يمكن تعظيم الإيجابيات في المعادلة الحاكمة لهذه الوضعية؟ التفكير الإيجابي يتصدى للسلبيات مسلحا بالإمكانات، وعلى كل حال هناك ثابت أساسي في التفكير الإيجابي يتعلق بالموقف من الذات والجماعة والمجتمع (حجازي، 2012، 84، 85). هنا يتعين على المرء أن يظل إيجابيا في نظرتة إلى ذاته ومجتمعه وتاريخه، بما تذخر به من إمكانيات وطاقات وما لديها من فرص أو قدرات على صناعة هذه الفرص. التفكير الإيجابي هو النقيض المضاد للإستسلام والإستكانة وإجترار المرارة والهزيمة الذاتية إنه يستند في أساسه إلى طاقات الحياة (حجازي، 2012، 90). فالتفكير الإيجابي هو تفاؤل يشير إلى حالة ذهنية من خلالها يدرك المرء ويفسر العالم بطريقة إيجابية. فأن تكون متفائلاً هو تقديم أسلوب لتفسير الأحداث وأسبابها وعواقبها تركز باستمرار على جوانبها الإيجابية وتعزز المرونة، بمعنى آخر فن الإرتداد في مواجهة الشدائد. (Jean Cottraux, 2014, 23)

فالمعالج من خلال هذه التقنية المعرفية يخضع المريض إلى التدريب على التفكير الإيجابي حيث يعمل على إستكشاف الأفكار الإيجابية والإحتمالات التي ترمي إلى التفاؤل للوصول إلى الوعي والإدراك الإيجابي الذي طمسه التفكير السلبي مما يعزز الأفكار الآلية ذات الطبيعة الإيجابية فالنظرة السلبية التي تولدها الأفكار الوسواسية التسلطية والأفعال القهرية تسبب الإحباط ومشاعر الحزن والأسى للمصاب وتدني مستوى تقدير الذات، ولذلك على المصاب خلال عملية العلاج أن يعمل وباستمرار من خلال تقنية التفكير الإيجابي في مواجهة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من أجل شحن الطاقة الإيجابية وتثبيط الأفكار السلبية مقابل تعزيز الأفكار الايجابية .

ومن خلال ما سبق يرى الباحث أن التقنيات المعرفية بمختلف أنواعها تسعى إلى تصحيح مسار التفكير ومحتوى الفكر الذي عرف تراكمات فكرية تولدت عن التنشئة الإجتماعية والثقافية، من خلال تصحيح التصورات والمعتقدات والأفكار المشوهة التي كان لها تأثير بالغ على مستوى التفكير والأنفعال والسلوك.

10-2- التقنيات السلوكية : تتمثل فيما يلي :

- الواجب المنزلي :

تستخدم الواجبات المنزلية في تنفيذ جوانب سلوكية حيث نعلم وندرب المريض على كيفية مواجهة المواقف والتفاعل معها بطرق سلوكية جديدة تتم داخل الجلسة او خارج الجلسة (في المنزل) وتقوم فكرة تعيينات الواجبات المنزلية على أساس تكليف المريض بالقيام ببعض الواجبات المنزلية والتي تحدد عقب كل جلسة لمواجهة الأعراض (غالب،2014،277).

فالهدف منها هو تدريب المتعالج على الوعي والإدراك من خلال مراقبته لأفكاره وتركيزه على ملاحظة ردود أفعاله وذلك بتسجيلها إضافة إلى تطوير قدراته الخاصة في مواجهة الاضطراب وتكييف سلوكياته والتحكم في أفعاله مع مختلف المواقف، ويتم تقديم الواجب المنزلي نهاية كل جلسة، ويكون على علاقة بأحد التقنيات العلاجية وقد يختلف من جلسة إلى أخرى.

- الاسترخاء العضلي :

الإسترخاء يشمل مجموعة من التقنيات التي تؤدي إلى الإسترخاء، حيث تم وصفها من قبل هربرت بون صن (1974) متعلقة بخفض معدل مستوى ضربات القلب والتنفس ومستوى ضغط الدم وهي التي تؤدي إلى الإحساس بالإسترخاء، وهذه الحالة الفيزيولوجية تكون في الظواهر المتعلقة بالتوتر والضغط والقلق (Dominique,2009,6)، وهو طريقة يتم بمقتضاها تدريب المتعالج على إيقاف كل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر والقلق وتقوم هذه الاستراتيجية على تدريب المتعالج على الإسترخاء متى واجه موقف صعب وشعر خلاله بالتوتر والإنفعال ويمكن أدائه على كرسي ولكن يفضل أن يكون على فراش ممددا جسمه عليه مغلقا عينيه ويواصل عندها التنفس ببطء وهدوء ثم يركز على الإسترخاء والليونة وإزالة التوتر من كل جزء من أجزاء جسمه (حمدي،2013،49). فالإسترخاء يتخذ أشكالاً مختلفة، لكن تبقى قاعدتان أساسيتان: التنفس والحفاظ على الظهر مستقيماً. دون تصلب، سواء في وضعية الجلوس أو الوقوف أو الاستلقاء، والذي يضمن الدوران الجيد

والعادل للطاقة في جميع أنحاء الجسم حتى تخترق جميع الأنسجة الحية في الأعضاء. هذه الطاقة التي صنعناها بالكامل، من الأعضاء الأكثر إحكاما وكثافة (العظام والعضلات والأعضاء والأعصاب) إلى أدق ما يتعلق بمشاعرنا وأفكارنا (Pierre,2006,8). فبمجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة أو سرير يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة أو مضادة للقلق ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها ولكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدرج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات جسمه كله (عبد الستار،1980،108). وقد تتراوح مدة عملية الاسترخاء ما بين نصف ساعة وخمسة عشر دقيقة على حسب خبرة المعالج وكيفية استجابة المفحوص ومدة وطريقة التدريب.

- الإسترخاء بطريقة جاكبسون:

يعرفه كلاوس وآخرون (1991) بأنه أسلوب للتعلم التدريجي للسيطرة على التوتر والإسترخاء لمجموعات عقلية معينة ويتضمن التدريب الكامل حيث يتم في البداية وفق تعليمات المعالج عن طريق الشد لوقت قصير لأجزاء متفرقة وبعد ذلك إرخاؤها بشكل كامل قدر الإمكان (حمزاوي،2018،199).

وقد يمر هذا النوع من أساليب الإسترخاء التصاعدي لجاكبسون بأربعة مراحل :

الوعي بوجود الإجهاد و التوتر: يقوم الفرد من خلال هذه المرحلة بالتركيز على جزء معين من الجسم ،ويتعلم كيفية معرفة و إدراك وجود إجهاد و توتر في هذا الجزء.

شد الجسم : لتعزيز الشعور بالإجهاد والتوتر فيقوم الفرد بشد هذا الجزء من الجسم وذلك ليزيد من شعوره بالإجهاد والتوتر لأعلى درجة.

إراحة الجسم : يقوم الفرد بإراحة جسمه بإعادته لوضعه الطبيعي وذلك ليتم التخلص من التوتر والإجهاد.

الشعور بالإسترخاء : يقوم الفرد في هذه المرحلة بتركيز انتباهه على هذا الجزء ويتعلم كيفية الشعور بالإسترخاء الموجود فيه (حمزاوي، 2018، 202).

- منع الاستجابة :

حسب سالكوفسكس وكيرك (Salkovsks & Kirk 1989) فإن أسلوب منع الاستجابة يستخدم مع العملاء الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وبالنسبة لهذا الاضطراب بعينه تكون التدخلات السلوكية جزءا أساسيا من البرنامج العلاجي وفي هذا الأسلوب يعرض العميل لمثيرات طقوسية أو أفكار ويحاول إلحاح أداء هذه الطقوس وفي المراحل المبكرة من العلاج يطلب من العميل أن يطيل الوقت قبل أداء الطقوس وأن يقلل من عدد مرات ممارسة الطقوس، فمثلا لو كان العميل لديه إلحاح أن يلمس غرضا ما 40 مرة ومعظم العملاء لو طلب منهم أن يتوقفوا عن اللمس تماما فمن المحتمل أن يجدوا ذلك صعبا جدا و تزداد احتمالية حدوث التسرب (بيرني، 2008، 186، 187).

تقوم هذه الفنية على أساس منع المريض من القيام بطقوسه أو تشتيت انتباهه في حالة سيطرة الأفكار الوسواسية عليه مما يؤدي إلى خفض القلق (غالبا، 2014، 274). ولذلك فإن عملية منع الاستجابة للممارسة الطقوسية يكون بالمحاولات المتكررة للمتعالج بطريقة تدريجية تنخفض من خلالها درجة القلق وتزيد عملية التحكم في الأفعال والأفكار وعند ذلك تنخفض الاستجابة السلوكية او تختفي من خلال التحكم الكلي والفعال للأفعال والأفكار والسلوكيات.

- التعريض ومنع الاستجابة :

وتتمثل في إستراتيجية تعريض عادية ولكن نطلب فيها من المريض ألا يقوم بالسلوكيات (الجسدية والعقلية) التي يقوم بها لمواجهة القلق أي إستجابته للقلق، أفعاله القهرية هذه التقنية مناسبة جدا في حالة إضطرابات الوسواس القهري، حيث تهدف فيها الأفعال القهرية إلى تخفيض القلق الذي تنتجه الوسواس، مثال: سألتقط ميكروبات وأمراضا مميتة وهو ما يسبب القلق الذي يؤدي بالشخص إلى سلوكيات قهرية مثل غسل اليدين 40 مرة في اليوم.

التعريض بهذه الكيفية يركز على جعله يحتك بالأشياء الوسخة دون أن يغسل يديه وذلك إلى أن ينخفض القلق، فبشكل عام كل أسبوع يتم معالجة سلوك معين وذلك بالتدرج حتى الوصول إلى السلوكات الأشد قلقا (سيريل، 2019، 105).

- تشتيت الإنتباه :

حسب توروار وآل (Torwer et Al, 1999,p92) يعتبر الإلهاء مهارة إزاحة وليس منهجا لتغيير التفكير غير الواقعي، لذلك هو من النشاطات البديلة (مثل الاستماع إلى المذيع، الاستماع إلى الفكاهات، حل كلمات متقاطعة، لعبة رياضية، تسلية ما) التي يمكنها بشكل مؤقت أن تلهي المتعالج عن الأفكار الاقترامية أو التأملات الإكتنابية أو أي معرفيات أخرى مختلة وظيفيا (بكيري، 2012، 210). فقد يلجأ المصاب إليها كي لا ينشغل باجترار الفكرة أو ممارسة الأفعال القهرية ومختلف الطقوس.

- التعديل البيئي :

إن تعديل المسالك الذهنية يرتبط إرتباطا ملحوظا بتغيير الظروف الخارجية والإجتماعية في العمل أو الأسرة ولهذا فإن علينا ألا نتجاهل ولا نقلل من شأن استخدام التغيير في البيئة الإجتماعية لإحداث التغيير في أسلوب التفكير والحقيقة أن كثيرا من أخطائنا في التفكير وتفسير الأمور يكون نتيجة لإحباطات خارجية أو فشل سابق (عبد الستار، 2008، 162)، إضافة إلى ذلك فإن مجموع السلوكات والطقوس الممارسة يكون نتيجة الإرتباطات الوثيقة بين المعتقدات والبيئة ولذلك يستوجب على المتعالج لتغيير الأفكار والتحكم في الأفعال تغيير البيئة الخارجية.

- المراقبة الذاتية :

تتضمن مراقبة الذات ، بشكل أساسي مراقبة المرء لردود فعل عاطفية تلقائية. هذه الملاحظة تؤدي إلى معرفة أفضل بالذات وبناتج أنماط رد الفعل العفوية، وهذا يجعل من الممكن تخيل البدائل وزيادة مجموعة من طرق التفاعل الممكنة التي تتيح المراقبة الذاتية وإمكانية الكشف بسرعة أكبر عن العلامات التحذيرية لضعف الحالة النفسية للفرد والرد عليها بطريقة وقائية

قبل تدهور الوضع كثيرا (Jean Cottraux , 2014,78). ويرى (المحارب،2000) أنه يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المنتفع بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المنتفع. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن من خلال عملية التقييم والإستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، بالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المنتفع وتقديم أدلة من ميل المنتفع إلى تذكر فشله بدلا من تذكر نجاحاته (العزامي،2018،69). فهي تقنية تساعد المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف وتحديد مشكلته بأسلوب معرفي سلوكي متعلم، ومن ثم نستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش وتعد هذه الوسيلة مقبولة تماما فتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها (بلحسيني،2001،113). فمهمة المعالج تكمن في تعليم المتعالج وتدريبه على كيفية رصد المواقف وتسجيل الأفكار التلقائية وصورها الذهنية والردود الإنفعالية المصاحبة لها.

- الغمر :

وهو إجراء يتطلب أن يواجه المريض الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته ولفترات زمنية طويلة، مما ينتج عنه إغراقه بالقلق، وقد يتم ذلك على مستوى التخيل، كما هو الأمر في التخلص التدريجي من الحساسية، إلا أن النتائج تكون أحسن باستخدام المواقف الفعلية، ويلاحظ أن أسلوب الإغراق يقوم على أساس الإنطفاء التجريبي وهو يختلف عن التخلص التدريجي من الحساسية من حيث إنه لا يستخدم فيه الإشارات المضاد مثل الاسترخاء ومن حيث إنه لا يتطلب معالجة المنبهات المثيرة للخوف في أسلوب هيراركي (لويس كامل،1990،63). ففي حال وجود شخص يعاني من الوسواس و الأفعال القهرية يعرض مباشرة للموقف في حال وجود أفكار تسلطية بداعي الإصابة بالمرض عند قراءة لافتات الأطباء، وبالإمتناع عن ممارسة فعل غسل الأيدي مثلا عن ملامسة الأسطح.

- تأكيد الذات :

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي إنفعال نحو المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن إنفعال القلق، إننا بسبب مخاوفنا أو عجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الإتصال بالناس نقمع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخي أو نكتم معارضتنا عند الإختلاف مع الناس والأصدقاء أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة أو حتى لا نعبر عن حبا أو إستمتاعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة، إن المريض النفسي الذي إعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الإحتقار في المواقف التي تتطلب ذلك العمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية وإستجاباته غير التكيفية (القلق) ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف إستجابات القلق فإنه يصطاد في الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية (عبد الستار، 1978، 136، 138).

فالإنسان يتشكل سلوكه حسب المواقف المختلفة وإفرازات الأعراض والإضطرابات وبخاصة إضطراب الوسواس والأفعال القهرية وما ينجم عنها من قلق وتسلط للأفكار والأفعال القهرية والشعور بالذنب، فزملة الأعراض هاته تحد على عملية التواصل والتعبير عن المشاعر والأفكار وتتسبب في تدني مستوى تقدير الذات والثقة بالنفس فالمصاب ومن خلال عملية العلاج والتدريب المستمر التي تعزز التفاعل وعن طريق تأكيد الذات تتشكل لديه القدرة على التحكم في الأداء وحرية التعبير مما يعزز الثقة في النفس والضبط الذاتي، فهي من التقنيات التي تقضي على العادات العصابية التي تتخلل حياة الأشخاص إذ تعادل في دورها الإسترخاء والتطمين.

- خلاصة:

من خلال ما سبق يرى الباحث أن إستخدام فنيات وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الوسواس والأفعال القهرية، يساهم بشكل كبير في نجاح العمل العلاجي، كونها تحيط بمختلف الجوانب (النفسية، الفكرية، الإنفعالية، السلوكية، الفيزيولوجية والبيئية)

للشخص المصاب، مما يسرع في زوال الأعراض المرضية، وإسترجاع حالة السواء، كون أن حالة التوازن هي تفاعل ديناميكي بين مختلف هذه المكونات، إضافة إلى تسهيل مهام المعالج في تسطير برنامج علاجي يتناسب وطبيعة الشخصية وظروفها البيئية والسوسيوثقافية، وفي مقابل هذا النوع العلاجي الذي يخضع للقواعد والأسس العلمية، تعرف الممارسة العلاجية لدى طالبي العلاج اقبالا على علاجات تقليدية متداولة في البيئة والوسط الإجتماعي، وهذا ما سوف نتناوله في الفصل الموالي.

الفصل الرابع

العلاج التقليدي بين الممارسة والمعتقد

- تمهيد.
- مفهوم العلاج التقليدي.
- أنواع المعالجين حسب أنماطهم العلاجية.
- أشكال ممارسة العلاج التقليدي.
- العلاج التقليدي بين طبيعة المعتقد والممارسة العلاجية.
- تصورات المرض بين الطب والمعتقد الشعبي.
- المرض من منظور الممارسة العلاجية التقليدية والتفسير العلمي.
- أسباب الإقبال والعزوف على العلاج التقليدي.
- الرقبة كنموذج في العلاج التقليدي.
- خلاصة.

الفصل الرابع

العلاج التقليدي بين الممارسة والمعتقد

- تمهيد:

نتناول في هذا الفصل العلاج التقليدي الذي كان ولا يزال وجهة الكثير من طالبي العلاج في المجتمع الحديث، رغم ما يشهده من تطور في المجال الصحي، وما يقوم به الفضاء الإعلامي من ترويج للممارسة العيادية في مجال الصحة النفسية والعقلية، فأعتقد الناس في القوى الخفية الممثلة في الأرواح الشريرة وتأثير العين والسحر وتلبس الجن، و في فاعليتها في التأثير على تغيير سلوك الفرد وتصرفاته وصحته الجسمية والعقلية، جعل التوجه نحو المعالجين التقليديين بمختلف طبوعهم العلاجية وإن اختلفت أساليبهم يعرف إقبالا كبيرا، وبخاصة الممارسات العلاجية ذات المرجعية الدينية، وذلك لما يعرفه الدين من قداسة لدى هذه المجتمعات.

-1. مفهوم العلاج التقليدي:

- تعرف فتيحة عمر محمد عمر (2004) العلاج التقليدي : أنه العلاج القائم على معتقدات وتقاليد المجتمع وهو جزء من إدماج الثقافة (معتقدات ، عادات ، تقاليد وإتجاهات إجتماعية التي توارثت عبر الأجيال (فتيحة عمر، 2004، 12).

- كما تعرفه المنظمة العالمية للصحة في (2005) أنه مجموعة المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصلية التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم سواء أمكن تفسيرها أو لا، الغرض منها الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها (الدين زواوية، 2011، 66).

ويعرفه عبد المومن الهواري (2010) أنه الطريقة التي يربتها المعالج التقليدي لعلاج الحالات النفسية والمستمدة من التجربة الشخصية والتراث (الدين زواوية، 2011، 66). وحسب حاج بن علو (2012) "يمكن اعتبار العلاجات التقليدية كمجموعة من الممارسات

العلاجية تعتمد على الأشكال الرمزية الدينية والسحرية، المرتبطة بالاعتقادات والتصورات الثقافية الخاصة بالمرض والمعاناة" (سيدي عابد، 2017، 104).

- وتزى بغالية هاجر (2017): أنها مجموعة من العلاجات التي تخرج عن الإطار الطبي وتعتمد على طرق روحية أساسا (بغالية، 2017، 87).

فمن خلال ما سبق الإشارة إليه من مختلف التعريفات فإنه يمكن إعتبار العلاج التقليدي هو تبني أفكار ومعتقدات لممارسات وطقوس ناتجة عن مزيج من التركمات للبيئة السوسيوثقافية تم توارثها عبر تعاقب الأجيال، أصبحت تشكل واقعا علاجيا لإسترجاع حالة السواء والوقاية من مختلف الأمراض، غير خاضعة للأسس العلمية، نختلف طبوعها العلاجية من مجتمع لآخر.

2- أنواع المعالجات حسب أنماطهم العلاجية :

يعرف العلاج التقليدي مجموعة من المعالجات الذي أوكلت إليهم مهمة علاج المرضى والمصابين بمختلف الأمراض والإضطرابات، وذلك كل حسب مجال إختصاصه الذي ورثه أو تعهده حسب طبيعة التراث الثقافي والبيئي الذي نشأ فيه أو تأثر به، ما جعل الوسط السوسيوثقافي يعرف عدة طبوع علاجية لمجموعة من المعالجات كل حسب إختصاصه نذكر منهم:

- **العشاب** : شخص مختص في بيع مختلف الأعشاب تزيل حسب إدعاء البائع العديد من الأمراض عندما يعرض المريض أوجاعه على العشاب، هذا الأخير يقوم بإعطائه وصفة تتمثل في مجموعة من الأعشاب يتناولها الشخص، إما عن طريق نقاعة (tisane) أو عن طريق أكلة ممزوجة بمختلف المواد (بن حالة، 2010، 174).

- **الساحر** : أورد سيدي عابد (2017) أنه حسب البعض " هذا الأخير لا ينتمي إلى " الهيئة الطبية" التقليدية، ولا يتم اللجوء إليه إلا بعد فشل كل المحاولات العلاجية، والدور الذي يقوم به ينتمي إلى التعزيم وطرد الأرواح الشريرة (صرعالجن) أكثر مما ينتمي إلى العلاج أما

الوسائل التي يستخدمها فإنها تتميز بالتنوع، وتشتمل على التعويذة أو التميمة، الأحجار، إفرزات بشرية أو حيوانية، السم والمياه الوسخة" (سيدي عابد، 2017، 109).

- **الشوافة :** يرى (بوغالي، 1988) أنها سيدة تنسب إليها القدرة على تحديد طبيعة الإصابة ووصف العلاج بحكم إنتمائها إلى جماعة سرية، دينية شعبية (كناوة ، عيساوة...) الشيء الذي يمكن من معرفة مسبقة بنوع التشخيص و نمط العلاج الذي ستقوم به ، ويعتمد أيضا في التمثل الإجتماعي للشوافة أنها قد أصيبت بمرض عقلي سابق حولها تلك القدرة على العلاج (سيدي عابد، 2017، 109).

- **الطالب :** أشارت (أميرة منصور 1999) وهو شخص عارف بالأمور الغيبية وكل ما يتعلق بالجانب الميتافيزيقي والغبيي، كما أنه يملك علما بالأمور السحرية وكل ما يتعلق بطرد الأرواح الشريرة وفك السحر، وكل طالب متخصص في علاج نوع معين من الإضطرابات فمنهم من يعالج الصبيان الصغار من مختلف الإضطرابات التي تصيبهم (كالخاوة، المومنين، الليل... الخ). والطالب يختلف عن الساحر في الوسائل التي يستعملها، حيث أن الساحر يستعمل إفرزات بشرية أو حيوانية، السم والمياه الوسخة. وغالبا ما يتم التمييز في ممارسة الساحر والطالب، فالطالب يندرج تحته المعالجون ذوي البركة المتوارثة من الأب إلى الإبن. بالإضافة إلى أن السحر الهدف منه إلحاق الأذى بالآخرين والتفريق بين الناس، والطالب يمتنع عن إلحاق الشر بالآخرين، كما أن الطالب يستعمل طرقا لا تؤثر ولا تمس إلا المظهر الخارجي للجسد: كالرش بالماء المبارك، والتبخير بأعشاب أو معادن كالشب والحلبة والملح، والحنثيت. (فيطاس، 2021، 131).

- **الراقي :** شخص حافظ لكتاب الله أو بعض السور والآيات ، إضافة إلى الأدعية التي يقرأها على مسامع المريض بنية العلاج وتخليصه من سيطرة القوى الخفية (السحر ، العين الجن، ..) وحسب خليفني فقد أشار أنه ظهرت مؤخرا وعلى مستوى واسع من القطر الجزائري ظاهرة التداوي بما يعبر عنه من أنها "الرقية الشرعية"، وهي قراءة القرآن على المريض المسحور أو الذي به مس من جن، يقوم بذلك أفراد يحفظون القرآن أو بعض آياته، يقرأونها على المريض حتى إذا ما أصيب بالصرع آنذاك يكلمون الجن الساكن فيه إذا ما كان به مس من

جن.وقد حلت هذه الظاهرة محل تعليق التمام التي كان يكتبها "الطلبة" (سيدي عابد،2017،108).

- 3- أشكال ممارسة العلاج التقليدي :

يرى (Nathan Tobie186) أن العلاج التقليدي يشمل جميع المحاولات التلقائية الموجودة في مختلف المجتمعات، سواء البدائية أو المعاصرة، والتي يكون غرضها الأساسي العلاج النفسي المتمثل بصفة ملموسة في الحد من التوتر النفسي، ولهذا أكد بعض علماء النفس أنه "لا يوجد أي ثقافة بدون نظام علاجي نفسي تقليدي معقد وفي كثير من الأحيان فعال (فيطاس،2021،128).

1.3- زيارة الأضرحة : أشار رشيد ليزول إلى الضريح أنه بناء شيد خصيصا ليضم جثمان ميت ؛ و اسم ضريح مأخوذ من " موسولوس " ملك " كاريا " في آسيا الصغرى، الذي شيدت له امرأته في عام 350م ضريحا بالغ الفخامة والروعة، و تشييد الأضرحة للموتى والملوك ورجال الدين منتشرين الشعوب البدائية والمتحضرة الغابرة منها والعبارة، فالضريح يقوم على ثلاث ثوابت هي : التابوت و القبة والخلوة و هذا الضريح يعتبر مؤسسة إقتصادية لها مرافق تحدث رواجاً، والزائر يعتقد إعتقاداً جازماً أن الضريح هو الشافي الرازق النافع (بغالية،2016، 3). إضافة إلى البعد التاريخي للأضرحة فإن خلفيتها الثقافية مرتبطة بالمقدسات ذات المرجعية الدينية، كونها تعود لشخصيات دينية لها بعد تاريخي عقائدي، يتم التداول عليها طلباً للتبرك والإستشفاء وقضاء الحوائج.

2.3- الرقية : الرقية ممارسة علاجية معروفة عند الأمم قديماً و حديثاً عند المسلمين و غير المسلمين، عند اليهود، النصارى، الأقباط، الهندوسيين، الفرس و الأفارقة لكن رقايم قد تكون بها كلمات شرمية و تعويذات سحرية و هيئات كهونية من الطلاس و العقد في الخيط و الشعر و النفط فيها و دعوة غير الله و التوسل بالموتى (عصفوري،2018،106).

وأشار (خليفة) إلى ما ظهر مؤخراً وعلى مستوى واسع من القطر الجزائري بما يعبر عنه "الرقية الشرعية"، وهي قراءة القرآن على المريض المسحور أو الذي به مس من جن،

يقوم بذلك أفراد يحفظون القرآن أو بعض آياته، يقرؤونها على المريض حتى إذا ما أصيب بالصرع آنذاك يكلمون الجن الساكن فيه إذا ما كان به مس من جن. وقد حلت هذه الظاهرة محل تعليق التمام التي كان يكتبها "الطالبة". وخلاصة القول إن نسبة كبيرة من هذه المعتقدات تنتشر بين النساء الأميات اللواتي يؤثرن على أزواجهن بعد أن يفشل الطب وبخاصة في حالة الأمراض النفسية والعقلية (سيدي عابد، 2017، 108)، وتكون طريقة العلاج بتلاوة القرآن الكريم على المريض، وغالبا ما يكون عن طريق إدخال الراقي ظفر إبهامه بين ظفرو لحم إبهام المريض أو وضع يده على رأسه فيما يخص الرجال، أما فيما يتعلق بالأطفال فإما يتم تطبيق الطريقة الأولى أو يتم ضم الطفل إلى صدر المعالج وتلاوة القرآن عليه، أما النساء فيتم علاجهن من خلال ترك الراقي مسافة بسيطة بينه وبين الحالة ويطلب سترتها وحضور أحد من أقربائها حيث يكون بمثابة المحرم (بغالية، 2017، 111). وبهذا فإن الإستشفاء بالرقية له إرہاسات عند الأمم السابقة ومختلف الديانات وتعاقب الحضارات، إلا أنها تختلف عند المسلمين من حيث الممارسة والمعتقد، كونها مرتبطة بالمقدس "القرآن الكريم" ما يستلزم الطهارة والتعفف وإخلاص النية لله، مقارنة بنظيرتها في ثقافات أخرى أين تعرف ممارسات تشوبها الشعوذة والإعتقاد في القوى الغيبية.

3.3 - الحجاب والورقة :

يكتب الشيخ بعض الآيات في ورقة ثم تطبق هذه الورقة الكبيرة وتلف في شكل أسطوانى أو مربع وتغلف بقطعة من الجلد أو البلاستيك الناعم وتربط بخيط يلبسها المريض لإبعاد أرواح الجن والشياطين عنه، لا تختلف الورقة عن الحجاب في المضمون ولكنها أصغر حجما، يمكن لبسها في أعلى اليد أو حملها بين الملابس أو لبسها كالعقد، كما يلبس الحجاب وهي تغلف بنفس طريقة الحجاب وتحمل نفس المعتقد في طرد أرواح الجن والشيطان (فتيحة عمر، 2004، 13)، فهي ممارسة علاجية واسعة الإستعمال في العلاج التقليدي، ذات بعد إيحائي في العلاج ، كونها تتماشى وطبيعة المعتقدات السائدة في البيئة السوسيوثقافية.

4.3 - البخرات : جمع بخرة، حيث تقطع صفحة من الورق الأبيض في مربعات متساوية

تكتب داخلها بعض الآيات القرآنية وترسم بعض الأشكال المقتبسة من الطقوس ذات دلالات

وأسماء يعرفها الشيخ بنفس الحبر (العمار)، الذي تكتب به المحاية، هذه البخارات تحرق بوجود المريض لإستنشاق الدخان المتصاعد منها أيضاً هذا الحرق يتم بناء على توجيهات الشيخ فى شكل جرعات محددة (فتيحة عمر، 2004، 12) ، والغاية من الإستنشاق هو الإيحاء للمريض، نتيجة إرتباطه بالمعتقد والعلاج بالقرآن الكريم وآياته.

5.3 - الجلد والضرب : يكون من طرف معالج حافظ لكتاب الله، متمرس فى هذا النوع من العلاجات، حيث يقوم بضرب المريض فى مناطق معينة من الجسم، متجنباً المناطق الحساسة، عن طريق العصى أو إستعمال وسيلة أخرى للجلد يمكن بواسطتها إلحاق الألم بالمصاب وذلك بهدف إخراج القوى الخفية التى تسكنه وتتحكم فيه.

6.3- العلاج بواسطة زيارة الأولياء الصالحين :

الأولياء فى المعتقد الشعبى هم بعض الصالحين الذين يتميزون بالتفوق عادة ويظهرون من الكرامات ما يدل على جدارتهم بلقب الولاء، كما أن هناك أولياء من الذكور والنساء، بين الصورة الشعبية والصورة الإسلامية، حيث الأولياء فى العقيدة الإسلامية أولئك الأشخاص المخلصون لله (صولة، 2014، 150)، وذلك بهدف الدعاء لهم وإلتماس البركة منهم فى تحقيق الأمنى والطموحات، وذلك لمكانتهم الخصوصية عند الله ، ولما عرفوه من زهد وورع فى الطاعة والإخلاص فى العبادة.

7.3 - الحجامة : يعرفها بلقاسم مصباحى (2007) أنها طريقة علاجية تتمثل فى تجمع دموي فى جزء محدد من أنسجة الجلد وهو ما يساهم فى تنشيط الدورة الدموية، بما يتبعه من زيادة الأكسجين للعضلات، فسحب الدم يؤدي إلى توسيع الأوعية الدموية مما يسهل الوصول إلى التخلص من مسببات الألم والمرض، فيزداد نشاط الخلايا فى موضع الحجامة وتنشط الهرمونات التى تؤثر على العديد من أعضاء الجسم (الدين زواوية، 2011، 74)، كما يعرف العلاج بالحجامة إقبالا كبيراً فى الأوساط الشعبية، لما لها من قداسة ومرجعية دينية، إضافة إلى تأكيد الدراسات الطبية الحديثة على فاعليتها الصحية فى تخليص الجسم من مختلف السموم والترسبات وتأثيراتها السلبية.

8.3- النشرة : يعرفها (م. مرزوق، 1994) أنها " عملية تتطلب ذبح الحيوان من أجل شفاء المريض ليس لديه علاقة بأضحية العيد، بل هي أضحية تهدي للجن المسبب للأذى، فإن النشرة تعد من بين الطقوس المستعملة للتخلص السحري من الأذى وذلك بتحويله وإسقاطه على الحيوان (بن حالة، 2010، 167) ، وكذلك من الممارسات العلاجية التي الغاية منها الإيحاء، بهدف تخليص المريض من الأعراض المرضية التي تعود لطبيعة المعتقد وتصور المرض.

9.3- الطب الشعبي الطبيعي : وهو فرع من فروع الطب الشعبي يضم الممارسات المرتبطة بالطب النباتي أو طب الأعشاب في العلاج كنتيجة أولية للعلاقة القائمة بين الإنسان والطبيعة أو بين الإنسان وبيئته التي يعيش فيها، والتي تتضمن ردود الأفعال والإستجابات المبكرة لسعي الإنسان في علاج أمراضه عن طريق الأعشاب والنباتات الطبية الأخرى، مما يبسر ظهور العلاج الشعبي. بالإضافة إلى أفعال وإستجابات أخرى إتجاه عالم الحيوان وعوالم الطبيعة الأخرى كالمعادن والأحجار... إلخ، والتي مكنت الإنسان عن طريق التراث التجريبي الطويل من إختبار كفاءتها جنبا إلى جنب مع النباتات الطبيعية (صولة، 2014، 151)، وهي طريقة علاجية شائعة التداول في بعض المجتمعات، تعرف إقبالا كبيرا من طالبي العلاج، كونها غير مكلفة مقارنة بالأدوية الصيدلانية، تعتمد الطبيعة مصدرا للعلاج.

10.3- العلاج بالطب السحري : يقوم العلاج السحري على مبدأ الإصابة بالمرض نتيجة قوى خارجية تخترق عقل الفرد بسبب السحر الأسود الذي غالبا ما يوظف جراء الحقد والحسد، وتختلف الوصفات لعلاجية بإختلاف المعالجين السحرة السادة حسب التسمية المحلية، والذين يكتسبون خبرة العلاج السحري أبا عن جد، كما أن هناك من يطلع على كتب السحر ويعتمد على الإكتساب الذاتي (بغالية، 2017، 116، 117). ومن بين الوصفات العلاجية محي ورقة مكتوبة من طرف الساحر في الماء، ويطلب من المريض أن يشربه أو أن يغتسل به وذلك لا يتم بشكل عشوائي بل يشترط ماء معين (ماء بئر محدد يحدده الطالب)، ومن طرف شخص مقصود كالأب أم الأم ... إلخ ويبد معينة (اليمنى أو اليسرى) وفي وقت معين، ومكان معين ولباس معين، ووضعية جلوس معينة، وأحيانا يشترط غسل كامل الجسم

وأحيانا أخرى جزء فقط منه، كالرأس أو الأرجل وأثناء الفترة العلاجية قد يمنع المعالج عن المريض بعض المأكولات كالحم البقر والأغنام أو الملح.... إلخ (بغالية، 2017، 118).

11.3- طقوس الزار: يشير مصطلح أو مفهوم الزار من خلال الشعائر والطقوس التي إرتبطت بممارسته، إلى أن هناك بعض الأرواح الشريرة تلتصق أو تتواجد مع بعض الأفراد، وتأخذ تلك الكائنات الغيبية بمسميات متعددة مثل إبليس، والجن والشيطان، والعفريت وهم خوارق غيبية تسبب الأمراض وإعتلال صحة الأفراد تحت ظروف صحية ونفسية معينة يمرون بها في حياتهم، مما تتطلب حالتهم المرضية ضرورة علاجهم عن طريق إقامة حفلات الزار، ويمارس الزار شيوخ الزار وهم رجال أو نساء على السواء، حيث كان يطلق على الشخص المسلم القائم بطرد الأرواح الشريرة " اسم شيخ الزار " (فيروز، 2013، 137).

12.3- العلاج الروحاني: يرى (Renée Caisse Dauchy 1996) أنه علاج يخاطب الروح من أجل علاج الجسد البشري، فالتداوي بالكتابة يتصل مباشرة بما يسمى بالسحر العلاجي في العصر الحالي، لأنه يعتمد على نفس المبدأ في العمل، إلا أن الإختلاف الموجود بين الإتجاهين ليس واسعا كما يقول أحد الفاعلين الإجتماعيين في هذا الإتجاه، فهو يعتقد أن ما يقوم به هو ليس دربا من دروب السحر، إلا أنه يداوي الأفراد عن طريق الأوفاق المحاطة ببعض الآيات القرآنية، وبهذا يصبح الأمر متعلق بالإعتقاد الذي يحمله الشخص الممارس لهذا العلاج، فهو يعتمد بالدرجة الأولى على ما يسمى بالحكمة التي إكتسبها سواء عن طريق أجدادهم والتي إنتقلت إليهم بالتوارث، أو من خلال رحلتهم من أجل إكتساب العلم، أمر الشفاء يتعلق بالنية التي يحملها المتردد على هذا النوع من العلاج (ملاح، 2013، 50، 51).

فمجملة هذه الطبوع العلاجية التي تعرفها المجتمعات ومختلف البيئات بتعدد ثقافتها ومعتقداتها، هي طرق تم توارثها عبر الأجيال من خلال تراثها الثقافي، إختلفت من حيث أسلوب الممارسة وركزت على المعتقد والإيحاء، غير خاضعة للتجريب والقواعد العلمية.

4 - العلاج التقليدي بين طبيعة المعتقد والممارسة العلاجية :

فيما يتعلق بالجانب الروحي، فإنه في كل الحضارات هناك حاجة كل فرد للإعتقاد بشيء ما يتناسب مع أمر عظيم أكبر منه، حيث يمكن لهذه الحاجة الروحية الإتجاه نحو الدين أو

التدين أو الخرافات بحثا عن الذات (françois,2016,168) ، فالمعتقدات المتعلقة بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي، ليست من الأمور ذات الأهمية الرئيسية مع أننا نوليها عنايتنا عند الدراسة وفي التحليل، ما اذا كانت هذه المعتقدات قد نبعت من نفوس أبناء الشعب عن طريق الكشف أو الرؤية أو الإلهام أو أنها كانت أصلا معتقدات دينية إسلامية أو مسيحية أو غير ذلك ثم تحولت في صدور الناس إلى أشكال أخرى جديدة بفعل التراث القديم الكامن على مدى الأجيال، فلم تعد بذلك معتقدات دينية رسمية بالمعنى الصحيح أي أنها لا تحظى بقبول وإقرار رجل الدين (الجوهري،1978،42).

إعتقاد الناس فيما يسمى " دعوة الشر" والتي أشار إليها بن خليفة (2018) وهي دعاء إلى الله سبحانه وتعالى قصد تسليط العقاب على شخص ما، قد يكون مصدرها الوالدين أو أي شخص آخر، فهي مصدر للألم لذلك فهي مهابة جدا في المجتمع الجزائري، ذلك أنه قد يستمر تأثيرها طول العمر وقد تلحق بالذرية، أي الأبناء والأحفاد، وقد تصيب الفرد في صحته ومن الدعوات المعروفة في الثقافة الجزائرية (الله يعطيك العمى، الله لا تربحك...) (بوصبيح،2021،85). فتفسير المرض في هذه المجتمعات له تفسيرات غيبية تنسب إلى قوى خفية اتأثير العين والحسد وتلبس الجن والمس الشيطاني والسحر، وفي هذا يرى سليمان بومدين (2003) أن المحيط في ذهن الجزائري بشكل عام مليء بالأرواح والكائنات غير المرئية، وكثيرا ما يفسر الألم والمرض على أنه نتيجة لسحر دبره الآخرون (بوصبيح،2021،84). فمثل هذه الأفكار توجد في ثقافتنا الإسلامية، كما نجدها في الثقافة المسيحية واليهودية والديانات الأخرى غير الساموية ونجدها أيضا عند الشعوب البدائية، والوسيلة الأساسية للعلاج هي إخراج هذه الكائنات الشريرة من جسم الإنسان بوسائل عديدة ومنها الضرب المبرح والجلد أو تجويع المريض أو إطعامه خبزا وماء دون الملح، أو إنهاكه وربطه بالسلاسل والقيود وحرمانه من رؤية الشمس، وأيضا تهديد هذه الكائنات بواسطة النار أو الدخان أو الآلات الحادة أو بواسطة الأصوات العالية وقرع الطبول وغير ذلك كثير ومثير وغريب (المالح،1995،294). وبهذا فقد يكون التوجه العلاجي من جنس هذه التفسيرات لطبيعة المعتقدات للبيئة السوسيوثقافية للأفراد المصابين ومحيطهم الأسري، حسب ما أشار إليه (Riadh ben Radjeb 2003) أن للعلاج التقليدي يستعمل المعطيات الثقافية

التقليدية أو الشعبية في ممارسته للعلاج، وذلك عن طريق العلاقة الوثيقة والناجحة التي تقام عادة بين المعالج التقليدي والمريض. يظهر أن سبب "فعالية" هذا النموذج العلاجي التقليدي يرجع أساساً إلى العامل الثقافي. إنه العامل الذي يجعل كل من المرضى والمعالج يتحركون في وسط إعتقادي، تصوري وخيالي، ومعتدين في ذلك على بعض المحرضات والمنبهات المختلفة كالنباتات، الرقص، التطهر، التعويذات والحجومات وغيرها من الوسائل. يظهر أن استعداد المريض والثقة التي يضعها في المعالج التقليدي، ومشاركة المريض في الطقوس المقترحة عليه مشاركة فعالة، إذ يلاحظ في معظم الحالات أن المريض بفعل تقديسه لشخصية المعالج يُسلم نفسه كلية لهذا الأخير. يبدو أن مشاركة المريض لكل ما يجري أثناء الحصة العلاجية هي القاعدة الجوهرية لكل النماذج العلاجية التقليدية، بل وحتى النماذج العلاجية الحديثة، والتي نسميها عملية التفاعل. ويمكن لهذه العلاجات أن تكون فعالة حين نعتقد في فعاليتها. كما تعتبر أداة تعويض، عندما تلجأ إليها الجماعة في حالة الشدة (فيطاس، 2021، 127).

5 - تصورات المرض بين الطب والمعتقد الشعبي :

أشارت هاجر بغالية (2015) إلى ما تناولته الباحثة سكوت Scott "أن الإضطراب في المجتمعات التقليدية ظاهرة إعجازية تعلق على مستوى الطبيعة، حيث يرتبط لديهم بالسحر والممارسات السحرية " ، كما يلجؤون إلى العلاج أو البحث عنه في هذا المحتوى التقليدي الباراسيكولوجي من خلال الذهاب إلى السحرة والمشعوذين (فيطاس، 2018، 14)، وهناك من يعتقد أو يتصور بشكل نهائي في دور كل من "السحر أو العين، أو المس، أو الحسد" كأسباب نهائية في الإصابة بالأمراض العضوية والنفسية والعصبية والاجتماعية، كما يتضمن حالات مرضية للذكور والإناث، كما تضم مختلف المستويات التعليمية من الأميين حتى المستوى الجامعي، ومن مختلف الأعمار، وأغلبية الأمراض التي يتصور أصحابها أنها ترجع إلى أسباب غيبية وروحية، يرون أن العلاج المناسب لهذه الأمراض هو العلاج بواسطة الرقية الشرعية أو العلاج السحري، وهناك من يزوج بين العلاج بواسطة الطب الحديث والعلاج بواسطة الرقية الشرعية أو الطب السحري (الصاوي، 2017، 52)، فالمرضى مختار

بين طبيبه وشيخه، فالطبيب يجزم بثقة بأن هذه حالة نفسية علاجها الدواء والشيخ المعالج يؤكد أن هذه حالة مس من الجن علاجها الدعاء وإخراج الجن، فالغرب وتلاميذه متمادين في علومهم المادية منكرين كل ما هو غيب وأصبحوا يتحدثون عن الجن والسحر والحسد على أنها أساطير وأوهام قديمة ملأت رؤوس العامة في المجتمعات البدائية وقد تخطاها الإنسان المتطور، والحديث عنها أصبح يثير السخرية لديهم، أما الشرق فقد بالغ في الحديث عن عالم الجن والسحر والحسد بحيث إختلقت الحقيقة بأضعافها من الخيالات والأوهام والحكايات وعلق كل شيء في عقول العامة على الجن والسحر والحسد، حتى أنه إذا ذهب أحدهم لطبيب فانه يذهب قبل ذلك أو أثناء ذلك وبعد ذلك إلى معالج يخلصه من السحر أو الجن أو كلاهما وأصبح هنالك الكثيرون ممن يقومون بهذه الوظيفة إن صدق بعضهم كذب بعضهم لذلك (عبد الفتاح، 1999، 179).

فمن خلال ما سبق تناوله من طرف الباحثين في هذا المجال فإنه يمكن القول أن طبيعة التنشأة الاجتماعية التي تلقاها الأفراد في مختلف البيئات التي غلب عليها طابع الاعتقاد في تأثير العوامل الميتافيزيقية، ومدى فاعليتها في السيطرة على الأفكار والسلوكيات وتحديد مصير الأشخاص من خلال ممارسات السحر والشعوذة، إلى جانب غياب التفسيرات العلمية لمختلف الأمراض والإضطرابات، كان من العوامل التي ساهمت في تعزيز الاعتقاد في هذه التفسيرات وتوجهها العلاجي، في الوقت الذي عرفت فيه هذه المجتمعات موجة من التطور الحضاري وتحسين مستوى الخدمات الصحية وخاصة في مجال الصحة النفسية والعقلية، ما ساهم بشكل كبير من إستفادة أفرادها من هذه الخدمات من ناحية التشخيص والعلاج، وهو ما أدى إلى حدوث تصادم في واقع سوسيوثقافي لطبيعة الإضطراب وتوجهه العلاجي.

6 - المرض من منظور الممارسة العلاجية التقليدية والتفسير العلمي :

من الواضح أنه رغم تعدد الدراسات و إختلاف تخصصاتها، فإنها غالبا ما ربطت العلاجات التقليدية بإشكالية المرض العقلي، ففي البلدان المغاربية مثلا أغلب الدراسات ركزت على مقاربة "طب عقلية" أو "إثنو - طب عقلية"، محاولة إبراز التصورات و التمثلات الثقافية الخاصة بالمرض العقلي أو كما عرفها لابلانتيين (la plantine, 1988) على أنها

"دراسة العلاقات بين السلوكيات المرضية و الثقافات التي تنتمي إليها" ، فلم تكن العلاجات التقليدية، إلا إستجابة لمنظومة نوزوغرافية وإيتولوجية مبسطة، أساسها مفاهيم محصورة في مفهوم الجن و المس أو التملك الجني و رقصات ليالي الحضرة... إلخ، فمفهوم المرض العقلي في منظور الطب العقلي الإثني، يمكن تحديده في تلك العلاقة الموجودة بين الإضطراب النفسي، والثقافة التي ينتمي إليها . (حاج بن علو، 2015، 210، 211). فالتفريق بين حالات المس وحالات الإضطرابات النفسية فهو غير ممكن في الوقت الحالي وذلك لتناقض المسميات، فكل طرف يسمي الحالة من وجهة نظره وعلمه ويتبع ذلك إستخدام مبدأ التجربة ثم الخطأ أو الصواب، ولابد من الدراسات العلمية الواعية التي تجري على المعالجين الشعبيين للتعرف على طرقهم وأساليبهم وقدراتهم في التشخيص والعلاج، ومعرفة نقاط القوة والضعف في تلك الأساليب مما يضيف معلومات مفيدة وهامة حول هذا الموضوع (المالح، 1995، 296).

7- أسباب الإقبال والعزوف على العلاج التقليدي :

إن ما يعرفه العلاج التقليدي من إقبال من طرف طالبي العلاج، يعود لعدة أسباب وخلفيات نذكر منها مايلي:

- يرى محمد فروق عجم (2008) بالنسبة للمرضى المستفيدين من العلاج الشعبي الروحي فإنهم قد يلجئون إلى طرائق الطب الشعبي الروحية لأنها لا تكلفهم مردوداماديا كبيرا ، وأن العديد منهم يتبع الطريقة التي تعود أن يجد والديه أو أجداده ماسكين بها في علاج أمراضهم (عبد الرزاق، 2009، 127، 128).

ويرى زيدان عبد الباقي (1982) أن العلاج هو جزء من السنة النبوية الشريفة كما تمت الإشارة لذلك، بالإضافة إلى وجود أمراض وإصابات يعتقد الناس أن أسبابها تتعلق بالحسد أو الإصابة بالعين لا يوجد لعلاجها إلا طب العزامة والرقية (عبدالرزاق، 2009، 127).

ويرى محمد الجوهرى (2001) أنه يقدم خدمات صحية تراعي أنماط السلوك السائدة ويحقق نجاحا واضحا في مواجهة الكثير من المشكلات المرضية ذات الجذور النفسية والاجتماعية، علاوة على أن القائمين بهذه الخدمات يحسنون التعامل مع المرض وفهم دينامياته فضلا على

أنهم موجودون كل الوقت نحن الطلب ولا يتقاضون عائدا يذكر بالنسبة لما يتقاضاه الطبيب وسائر مقدمي الخدمات الصحية الرسمية (دبوشة، 2020، 425).

كما أن هذه العلاجات لها عدة طبوع وممارسات داخل البيئة الواحدة، مما أدى إلى الثراء الثقافي وتعدد الأطر العلاجية، وسمح لطالبي العلاج بحرية التسوق العلاجي بين محلات المعالجين باحثين عن الفاعلية العلاجية والإحاطة بالإضطراب بما يتناسب وطبيعة المعتقد.

فبالإضافة إلى ما تم ذكره من أسباب وعوامل مساعدة للإقبال شريحة من المجتمع على العلاج التقليدي، فإنه بالمقابل توجد كذلك شريحة أخرى عرفت عزوفا عن هذا النوع من العلاج، ومن بين أهم الأسباب نذكر ما يلي:

- الكثير من الحالات المرضية التي زادها استخدام ما يقدمه أصحاب هذا المجال والدخلاء عليه تعقيدا في حالاتها المرضية، بل وسبب للمرضى عاهات مستديمة، لأن العلاج لا يخضع لأي تشخيصات علمية أو متابعة دورية (دبوشة، 2020، 425).

- إفتقاد الفاعلية العلاجية، وتسجيل تجاوزات في الممارسة العلاجية، نتيجة لإفتقار المعالجين لأخلاقيات المهنة وعدم خضوعهم للتكوين والتأطير الذي يسمح لهم بمزاولة العلاج.

- طلب مبالغ باهضة الثمن من قبل بعض المعالجين مقابل العلاج.

فما سبق ذكره فإن الإقبال والعزوف عن العلاج التقليدي يبقى متعلقا بطبيعة المعاملة، و الإلتزام الأخلاقي للممارسين، كون العلاج تم تداوله منذ أزمنة بعيدة، كما أنه مرهون كذلك بالمتعالج ومدى إستعداده وتطبيقه لتعليمات المعالج والعلاج بصفة عامة.

8 - الرقية كنموذج في العلاج التقليدي :

1.8- تعريف الرقية : المعنى اللغوي للرقية الشرعية :

المعنى اللغوي: يرى أحمد بن علي أن المقرئ الفيومي قال " رقيته أرقيه رقا من باب رمى: عودته بالله، والإسم: الرقا، على "فعلي" والمرى "رقية" والجمع "رقى".

وقال الجوهرى: تقول منه: استرقيته فرقاني رقية فهو راق.

قال الأزهرى: رقى الراقي رقية: إذا عوذ ونفث (مسعد حسين، 2013، 129).

أما طارق بن علي الحبيب (2004) فقد ذكر أن الحافظ ابن الأثير يرى أن " العوذة التي يرقى بها صاحب الآفة كالحمى و الصرع وغير ذلك من الآفات وقد سميت رقية لأنها رقيت من صدر الراقي (العماري، 2011، 229).

أورد (ابن منظور 2000 في لسان العرب) الرقية بسكون القاف، يقال رقى بالفتح في الماضي، يرقى بالكسر في المستقبل. رقيت فلانا بكسر القاف، استرقى طلب الرقية و الرقية تجمع رقى. و نقول : استرقيته فرقاني رقية، فهو راقى، عرفها ابن الأثير بقوله : الرقية العوذة التي يرقى بها صاحب الآفة كالحمى و الصرع و غير ذلك من الآفات (عصفوري، 2018، 105).

تعريف الرقية اصطلاحاً :

أشار (عماري الطيب، 2011) الرقى علاج بالقران الكريم و الأدعية النبوية و هي سنة نبوية حقيقة واقعية، وقد وضع النبي صلى الله عليه و سلم قاعدة لكل رقية، فقد ثبت في صحيح مسلم أن أناسا قالوا " يا رسول الله إنا كنا نرقى في الجاهلية، فقال اعرضوا على رقاكم، لا بأس بالرقية ما لم تكن شركا" . فمن التعويذات و الرقى الإكثار من قراءة المعوذتين، فاتحة الكتاب و آية الكرسي و منها التعويذات النبوية نحو: أعوذ بكلمات الله التامات من شر ما خلق (العماري ، 2011، 229). و ذكر أبو مالك حسن سي العربي (2000) أن الرقية ألفاظ خاصة يحدث بسببها الشفاء والدواء وذهب الأسباب المهلكة، في حين أشار أبو الفضل ابراهيم زكريا (1994) أن الرقية ممارسة علاجية معروفة عند الأمم قديما وحديثا، عند المسلمين وغير المسلمين خاصة اليهود والنصارى والأقباط والهندوس والفرس والأفارقة ، لكن رقاها تشوبها كلمات شركية وتعويذات سحرية ، هيئاتا كهنوتية من جنس الطلامس، والعقد في الخيط والشعر والنفث فيها ودعوة غير الله والتوسل بالموتى ... إلخ فالرقية عند هذه الشعوب من فروع السحر والشعوذة (العماري، 2011، 229).

ويرى بن حالة (2010) أن الرقية تتمثل في كون شخص يدعي بالراقي يقوم، إما بتلاوة آيات قرآنية واضعا يده على جبين المريض، إما يتلو آيات قرآنية في كأس مملوء بالماء ويطلب من المريض شربه (بن حالة، 2010، 174).

من خلال ما تم تناوله من تعريفات للرقية ، فإنه يمكن القول أن الرقية هي ممارسة علاجية قد تداولتها أمم مختلفة من قبل بهدف التداوي، عن طريق استعمال طقوس وتعويدات ذات علاقة بطبيعة التراث الثقافي والعائدي في تلك المجتمعات، إلا أنها في المجتمعات الإسلامية أخذت طابع القداسة كونها تعتمد على تلاوة القرآن الكريم، ويتم تطبيقها من قبل شخص له مرجعية دينية حافظ لكتاب الله ملتزم بأحكام الشرع، يمارس مهنة العلاج بالرقية عن طريق تلاوة آيات من القرآن الكريم وبعض الأدعية على طالبي العلاج ممن يعانون اضطرابات نفسية وجسمية، بغية الإستشفاء.

2.8 - شروط العلاج بالرقية :

حمل الدكتور إبراهيم البريكان شروط الرقية فيما يلي:

- أن تكون بكلام الله أو أسمائه أو صفاته أو بالأدعية النبوية المأثورة عنه في ذلك.
 - أن تكون باللسان العربي.
 - أن تكون مفهومة المعنى.
 - ألا تشتمل على شيء غير مباح، كالإستغاثة بغير الله أو دعاء غيره أو إسم للجن أو ملوكهم ونحو ذلك.
 - ألا يعتمد عليها.
 - أن تعتقد أنها لا تؤثر بذاتها بل بإذن الله القدير.
- فإن إختل شرط من تلك الشروط فهي رقية محرنة، فإن إعتقد أنها الفاعلة أو سبب مؤثر كان ذلك كفرا أكبر، إن إعتقد مقارنتها للشفاء كان ذلك شركا أصغر

فان إختل شرط من تلك الشروط فهي رقية محرمة، فإن إعتقد أنها الفاعلة أو سبب مؤثرا كان ذلك كفرا أكبر، وإن إعتقد مقارنتها للشفاء كان ذلك شركا أصغر (مسعد حسين، 2013، 139).

3.8- الشروط الواجب توفرها في الراقي :

- حسب الشيخ صالح بن عبد العزيز آل الشيخ أنه من صفات الراقي أن يكون ذا علم، والمقصود بالعلم العلم المفيد، يعني أن يكون ذا علم بأن الرقية مشروعة بالقرآن، وبما ثبت في السنة من أدعية، أما إذا كان ذا جهل وليس من أهل العلم وليس لديه تحر بالرقية الشرعية وما يترك وما يأخذ فإن هذا من علامات عدم الإحسان في الرقية وهذا لا يسمح له أن يرقى ولا يمكن من ذلك (مسعد حسين، 2013، 140).

- يجب أن يلم المعالج بالخبرة الكافية في الممارسات التطبيقية لعلم الرقية ووقوف الراقي على أسرار عالم الجن وأعراض ظهور المرض والفرق بين الأمراض العضوية والأمراض الناشئة عن المس أو الصرع، وغيرها وحتى نفرق بين ما هو شرعي قائم على كتاب الله وسنة نبيه صلى الله عليه وسلم وبين ما هو كهانة وشعوذة (مسعد حسين، 2013، 141)، فالمعالج بالرقية الشرعية يجب أن يكون ملما بالعلوم الشرعية المتعلقة بمجال الرقية، حافظا للقرآن الكريم أو بعض السور والأدعية التي تمكنه من ممارسة الرقية، إضافة إلى درايته بعالم الجن وما يمكنه أن يسببه من أعراض وإضطرابات لدى المصابين.

- **خلاصة:** من خلال ما سبق يمكن القول أن العلاج التقليدي كان ولا يزال حيز التطبيق و الممارسة العلاجية، كونه من جنس التفسيرات والتصورات لطبيعة الإضطرابات التي يعاني من الأشخاص، كما عرف التداول على العلاج بالرقية إقبالا كبيرا لدى شرائح المجتمع، كونها ذات مرجعية دينية وعقائدية ، و لما تعرفه من قداسة لدى الأفراد، إيماننا منهم بقدرتها من تخليصهم من قوى الشر التي تعترتهم وتسيطر عليهم مسببة لهم أمراض وإضطرابات نفسية وجسدية.

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للبحث

- الإجراءات المنهجية للدراسة.
- منهج الدراسة.
- اختيار الحالات.
- أدوات الدراسة.
- خصائص حالات الدراسة.
- مقاييس الدراسة.
- حدود الدراسة.
- البرامج العلاجية للدراسة.

- الفصل الخامس

- الإطار المنهجي للبحث

- الإجراءات المنهجية للدراسة

1- منهج الدراسة :

إعتمد الباحث في دراسته على المنهج العيادي باستخدام أسلوب دراسة الحالة، كونها "الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الإجتماعي والخبرة الشخصية والإختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية (فكري، 2016، 24)، وذلك لإجراء مقارنة علاجية بين نمطين مختلفين من العلاج (نفسي وتقليدي) من خلال دراسة معمقة لثمانية حالات من شريحة إجتماعية تعاني من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، والتي عرف توجهها العلاجي نمطا تقليديا كونه يتوافق وطبيعة التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب.

تم إعتماد المقابلة العيادية كونها "عبارة عن محادثة بين الباحث وشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث ليعرفه من أجل تحقيق أهداف الدراسة " (عادل، 1999، 55). إذ تمكنه من جمع المعلومات والمعطيات المتعلقة بطبيعة الموضوع الممثل في إجراء مقارنة بين العلاجات النفسية الحديثة ممثلة في العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات التقليدية ممثلة في العلاج بالرقية الشرعية ومختلف الممارسات ذات الصلة بطبيعة المعتقدات والتصورات، عند المصابين بإضطراب الوسواس والإفعال القهرية.

كما إعتمد الباحث في عملية تشخيص وتحديد طبيعة الإضطراب على تحليل خطابات الحالات والملاحظة " كونها عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتبؤ بسلوك الظاهرة " (عادل، 1999، 75). والكشف عنه من أعراض مرضية، تطابقت في مجملها مع معايير التصنيف الأمريكي للأمراض العقلية DSM/5 إضافة إلى تطبيق مقاييس قبلية لتحديد شدة الإضطراب

ودرجته، ليقوم بعدها بتطبيق برنامج معرفي سلوكي تم تحكيمة من قبل مجموعة من الأساتذة على المجموعة الأولى المكونة من (4) حالات مقسمة بالتساوي بين الذكور والإناث، والمجموعة الثانية المكونة كذلك من (4) حالات بين الذكور والإناث، والتي أقيمت على العلاج التقليدي ممثلا في الرقية على يد أحد الرقاة الممارسين الذين يعرفون إقبالا كبيرا من طرف المحيط الإجتماعي، ليقوم الباحث بعدها بإجراء القياسات البعدية نهاية كل علاج.

2- إختيار الحالات :

لقد تم إختيار حالات عينة الدراسة من مجموع الحالات التي أقيمت على طلب العلاج بمقر العيادة المتعددة الخدمات، بطريقة قصدية بعد التأكد من معانتهم من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية ، حيث أجري جزء من الدراسة بمقر العيادة المتعددة الخدمات، وقد كان عدد الحالات محدودا نظرا لما يتطلبه البرنامج العلاجي من جلسات، أما الجزء الثاني من الدراسة فقد تم إجراؤه بمحل المعالج التقليدي (الراقي)، بعد إختيار حالات تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كانت تتابع علاجا تقليديا ممثلا في الرقية الشرعية، قمنا بالدراسة العيادية وإجراء القياسات القبلية للكشف عن درجة الوسواس والقلق، وإختيار ثقافة العلاج النفسي.

3 -أدوات الدراسة :

يرى (أيوالت وآخرون،1957) أن الفحص هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح، ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج من حيث أهميتها وشروطها ومصادر المعلومات والبيانات وخطوات الفحص (زهرا،2005،157)، فمن خلاله يتم تشخيص الإضطراب والكشف عن تاريخه و أعراضه والعوامل المسببة له، وما تنسبه له الحالات من تفسيرات وتصورات، وما يعرفه توجهها العلاجي من فاعلية، وقد يلعب دورا مهما في إجراء المقاربة العلاجية بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي.

وقد إعتد الباحث على المقابلة النصف موجهة والملاحظة وتطبيق الإختبارات الموضوعية. بغية التعرف والكشف عن المعطيات العيادية، والتاريخ المرضي للحالات

عموما والمعاش النفسي الراهن في ضل الإضطراب والمسار العلاجي المتبع، وملاحظة سيميولوجية الحالات، وما تقدمه من ملامح وأعراض ذات بعد باتولوجي، والتي في مجملها ذات دلالة بالإضطراب المراد دراسته عند حالات المجموعتين، إضافة إلى تطبيق القياسات النفسية من أجل التشخيص الدقيق للإضطراب.

- المقابلة الإكلينيكية: من خلالها تتم عملية التشخيص والعلاج، فقد تتيح للباحث فرصة التعرف على المعاش النفسي الراهن للحالات والكشف عن طبيعة المعاناة جراء الأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وقد تم إعتقاد المقابلة التشخيصية كونها "أداة مهمة من أدوات التشخيص النفسي الإكلينيكي، بل هي الأساس الذي تركز عليه عملية التشخيص فضلا عن إرتباطها التلازمي مع الأدوات الأخرى كدراسة الحالة، أو الإختبارات النفسية " (أديب، 2015، 252)، وهذا حتى يتمكن الباحث من فهم مشكلات المريض والإطلاع على مختلف الأعراض من أجل تحديد طبيعتها الوسواسية، كما تم كذلك توظيف المقابلة العلاجية التي تعتبر حسب (كورشين) "وسيلة مؤثرة وفعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض، من أجل مساعدته على التخلص من محنته، وتسهيل حل مشكلاته " (أديب، 2015، 256)، وقد إستعان بها الباحث في تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مع حالات الدراسة.

- الملاحظة: قد عرفها (حسين، 2004) " أنها مشاهدة المفحوص على الطبيعة من حيث تصرفاته وسلوكياته في مواقف معينة من مواقف الحياة، وتسجيل ما يلاحظ بدقة ثم تحليل هذه الملاحظات والربط بينها في محاولة تفسيرية لما تمت ملاحظته" (غالب، 2014، 60). الهدف منها ملاحظة ردود الأفعال المباشرة وغير المباشرة وطريقة التفكير لدى حالات الدراسة من أجل فهم السلوكيات وطبيعة الأعراض، كما تم الإعتداد على الملاحظة الذاتية حيث " يطلب فيها من الفرد أن يقوم بملاحظة العمليات النفسية التي تدور بداخله، أي تأمل إحساساته وإنفعالاته أو سلوكياته أو الأفكار التي تراوده في موقف معين ووصف تلك الإحساسات " (فكري، 2016، 64)، والتي تم التركيز عليها خاصة في المقابلات العلاجية، أثناء تطبيق فنيات العلاج.

- دراسة حالة: حسب ما أورده (مصطفى 2015) يعرفها لويس كامل مليكة (1980)، أنها الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الإحصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الإجتماعي، والسيرة الشخصية والإختبارات السيكولوجية، والفحوص الطبية (ميلود دواجي، 2020، 188). وهي من أهم الأدوات التي ركز عليها الباحث في الدراسة كونها تمدنا بالمعلومات والمعطيات التي تسهل من عملية الفهم الجيد للحالات وطبيعتها المرضية.

4 - خصائص حالات الدراسة :

الحالات محل الدراسة تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية والذي تختلف أسبابه من حالة لأخرى يتراوح متوسط عمرها الزمني ما بين (19-46) سنة تتفاوت من حيث السن و المستوى التعليمي والحالة المدنية والإجتماعية، عرف مسارها العلاجي عدة طبوع علاجية إختلفت وتنوعت تبعاً للبيئة السوسيوثقافية التي تنتمي إليها .

5 - مقاييس الدراسة: تعتبر المقاييس السيكومترية من الأدوات المفيدة في عملية التشخيص العيادي، و إجراء البحوث والدراسات، إذ تمكننا من الكشف عن الإضطراب وتحديد درجة شدته، إضافة إلى توظيفها كقياسات قبلية وبعديّة عند تطبيق برامج علاجية، وذلك لضبط درجات وشدة الإضطراب والكشف عن مدى فاعليتها في التخفيف من حدة أعراضه، وقد إستخدم الباحث المقياس العربي للوسواس والأفعال القهرية كقياس قبلي للكشف عن درجة وشدة الإضطراب ومدى تطابقها مع الأعراض المرضية المسجلة أثناء المقابلة، إضافة إلى تطبيق مقياس سبيلبيرجر للقلق كقياس قبلي للكشف عن درجة القلق المصاحبة للإضطراب، وذلك لتحديد شدة الإضطرابين قبل الخوض في البرنامج العلاجي لكلا العالجين (المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي)، كما تم تطبيق إختبار الأفكار الشائعة حول ثقافة العلاج النفسي لحسان المالح، والذي كان بهدف الكشف عن طبيعة ثقافة العلاج النفسي لدى حالات الدراسة، في ظل تصوراتها وتفسيراتها لأسباب الإصابة بالإضطراب، وتوجهها العلاجي التقليدي، وقد أشارت بشرى (2004) أن تكميم الظواهر المختلفة، أي قياسها، سمة هامة من سمات التقدم العلمي، إلا أنه لا يكفي القول أننا نقيس السلوك والوظائف النفسية بهدف تحديدها كمياً،

فهذا التحديد الكمي ليس غاية في حد ذاته ولكنه وسيلة تستخدم لخدمة أهداف العلم (بشرى، 2004، 27).

1.5- التعريف بمقاييس الدراسة :

أ - المقياس العربي للوساوس القهرية لأحمد عبد الخالق:

قام أحمد عبد الخالق (1992) بتأليف المقياس العربي للوساوس القهري في صيغته العربية، وأخرى إنجليزية (Abdel-khalek, 1998) ، وتفيد هاتان الصيغتان في الدراسات الحضارية المقارنة للوساوس القهري ويشتمل هذا المقياس على 32 عبارة، تجاب على أساس نعم / لا، وللمقياس صدق ظاهري جيد، ووصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى 0,85، أما معامل ألفا فقد كان 0,80 ، وكان الصدق المرتبط بالمحك مرتفعا إذ وصل إلى 0,81 و0,69 للذكور والإناث على التوالي، وإستخرجت سبعة عوامل دالة، ذات معنى من المقياس وهي :

- الشكوك الوسواسي، الترتيب والنظام، البطء والتردد، اجترار الأفكار والقهر، التدقيق والتكرار، المراجعة، الأفكار الوسواسية.

وقد أجرى عددا لا بأس به من الدراسات الإرتباطية على المقياس العربي للوساوس القهري، بينت أنه يرتبط ارتباطا ايجابيا بكل من العصابية وسمة القلق والخوف والإكتئاب، واضطراب النوم وقلق الموت وفقدان الشهية العصبي، والتشاؤم ووساوس الموت، في حين يرتبط ارتباطا سلبيا بكل من التفاؤل والإنبساط (عبد الخالق، 2002، 47). وقد أشار (عبد الخالق، 1992، وآخرون) أن المقياس العربي للوساوس القهري قد استخدم في صيغته العربية، وللمقياس خواص سيكومترية جيدة في عدد من البلاد العربية والولايات المتحدة (عبد الخالق، 2002، 48).

مفتاح التصحيح:

تحصل على درجة واحدة كل عبارة يجيبها المفحوص في الإتجاه نفسه الذي يتفق مع مفتاح الدرجات التالي :

نعم : 1، 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 13، 14، 16، 19، 20، 21، 23، 25، 26، 27، 29، 30، 32. (23 بندا).

لا : 7، 10، 15، 17، 18، 22، 24، 28، 31. (9 بنود). (أمال جودة، 2004، 137).

ب - مقياس سبيلبيرجر للقلق:

أشار عبد الخالق (1989) أن دراسة أحمد عبد الخالق تعتبر الأهم والأحدث لمقياس القلق وسمة القلق التي عمل فيها على إعداد صورة عربية تستند إلى الصورة المعدلة والأحدث لهذا المقياس وهي الصورة (ي)، كما استهدفت التأكد من الخصائص السيكومترية لهذه الصورة من خلال تطبيقها على عينات واسعة من الطلبة الجامعيين في مصر (بن درف، 2018، 54).

حالة القلق: يتعرض الفرد لحالة القلق عندما يدرك أن موقفا ما قد يهدده أو يؤذيه، وتختلف حالة القلق هذه من حيث شدتها، كما تتغير مع الزمن وذلك من خلال تكرار المواقف الصعبة التي يمر بها بالرغم من كون حالات القلق مؤقتة، غالبا ما تزول بسرعة، إلا أنها تتكرر وقد تبقى مدة أطول إذا ما استمرت الظروف المنبهة إليها (محمد، 2010، 90).

سمة القلق: هي استعداد ثابت نسبيا في الفرد، لا تظهر مباشرة في السلوك وقد تنتج عن حالة القلق المرتفع والمتكرر، ومن مميزات الأفراد مرتفعي سمة القلق بأنهم سوداويون، أي ينظرون لما حولهم كخطر يهدد حياتهم عكس منخفضي درجات سمة القلق (محمد، 2010، 90).

الصدق: ورد صدق المفهوم في العينتين، الأمريكية التي طبق عليها الإختبار الأصلي حيث بلغ صدق مفهومها في حالة القلق 0,73 وفي سمة القلق 0,85، ثم العينة المصرية التي طبق عليها الإختبار المترجم إلى اللغة العربية، إذ بلغ صدق مفهومها في حالة القلق 0,65 وفي سمة القلق 0,68، والتي تظهر جميعا أنها معاملات مرتفعة ودالة إحصائيا، ومن ثم فإن النتيجة المتوصل إليها تسمح بإمكانية استعمال هذا المقياس وتطبيقه (محمد، 2010، 92، 93).

الوثبات : تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، وبعدها معادلة سبيرمان براون التصحيحية في دراسة محمد عيسى (2010)، حيث قدر معامل وثبات الإختبار 0,89 وهو معامل وثبات مقبول إحصائياً، وهو ما يؤكد سبيرمان نفسه بقوله، إذا كانت القيمة المتحصل عليها تساوي أو تفوق 0,50 فإن الإختبار عالي الوثبات (محمد، 2010، 93).

بلغت معاملات الوثبات الخاصة بمقياس حالة القلق لدى طلبة دبلوم التأهيل التربوي وطلبة الدراسات العليا ذكور (ن= 279 و 45 على التوالي)، و 0,89 و 0,86 لدى الإناث من طلبة دبلوم التأهيل التربوي وطلبة دبلوم الدراسات العليا (ن= 390 و 63 على التوالي)، كما بلغت معاملات الوثبات الخاصة بمقياس سمة القلق 0,88 و 0,9 لدى الإناث من طلبة دبلوم التأهيل التربوي الدراسات العليا (ن= 390 و 63 على التوالي)، وتشير هذه المعاملات إلى أن كل بند من البنود العشرين التي يتألف منها المقياس على درجة عالية من التجانس والإتساق الداخلي (بن درف، 2018، 58).

ويرى بن درف (2018)، أنه من خلال الدراسات السابقة تبين أن مقياس القلق (سمة وحالة) الصورة (ي) يتمتع بكفاءة سيكومترية عالية في مختلف البيئات الثقافية والسبب راجع إلى صاحب المقياس في إتباعه طرق منهجية وعلمية موحدة وجيدة في الترجمة وهذا لغرض تسهيل عملية المقارنة بين الثقافات (بن درف، 2018، 60).

- مفتاح تصحيح الصورة الأولى لحالة القلق:

تنقيطها وترتيبها				أرقامها		العبارات
كثيرا	أحيانا	قليلا	مطلقا	مجموعها		
4	3	2	1	09	3,4,6,7,9,12,13,14,17	السالبة
1	2	3	4	11	1,2,5,8,10,11,15,16,18,19,20	الموجبة
				20		المجموع

- مفتاح تصحيح سمة القلق:

تنقيطها وترتيبها				أرقامها		العبارات
كثيرا	أحيانا	قليلا	مطلقا	مجموعها		
4	3	2	1	12	.2,3,4,5,8,9,12,14,15,17,18,20	السالبة
1	2	3	4	08	1,6,7,10,11,13,16,19	الموجبة
				20		المجموع

- تصنيف درجات القلق لمقياس سبيلبيرجر:

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	0-20	خالية من القلق
2	21-40	قلق طبيعي
3	41-60	قلق فوق المتوسط
4	61-80	قلق شديد

ج - إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح:

إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي وثقافة الممارسة العلاجية للدكتور حسان المالح (2001)، يتكون من 81 عبارة حول العلاج النفسي بمختلف تخصصاته وتطبيقاته العلاجية، يعتمد الإختبار على صياغة عدد من الأفكار الشائعة المرتبطة بثقافة العلاج النفسي ومختلف ممارساته، التي تتناول مختلف المواضيع العامة والخاصة المتعلقة بالطب النفسي والعلاج النفسي. وقد تمت صياغتها بأسلوب واضح قدر الإمكان لإيصال الفكرة الشائعة، وهذه الأفكار تم جمعها وتصنيفها وصياغتها من خلال الخبرة العملية والعيادية الطويلة، وكانت النتيجة إحدى وثمانين فكرة مقسمة كما يلي:

من (1 إلى 16) : (16) فكرة حول ميدان الطب النفسي عموماً .
من (17 إلى 29) : (13) فكرة حول الأدوية النفسية والعلاج الدوائي .
من (30 إلى 49) : (20) فكرة حول الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه .
من (50 إلى 63) : (14) فكرة حول معاني الإضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه .
من (64 إلى 69) : (6) أفكار حول كيفية التعامل مع المريض النفسي .
من (70 إلى 75) : (6) أفكار حول بعض الإضطرابات النفسية المحددة .
من (76 إلى 81) : (6) أفكار حول العلاجات غير الدوائية (المالح، 2001، 142).
- الهدف من هذا الإختبار:

- معرفة مدى ثقافة المريض وإطلاعه ومعلوماته في القضايا النفسية.

- تحديد الأفكار الخاطئة وغير العلمية لدى عينة من الناس أو المجتمع عموماً، مما يساعد على تفهم النقاط السلبية في الوعي العام ومن ثم العمل على تعديلها وتغييرها بشكل دقيق ومنظم، إضافة إلى إعطاء معلومات دقيقة عن آراء المريض فيما يتعلق بمرضه وبالطبيب المعالج والعلاج الدوائي وغير الدوائي مما يساهم في تفهم المريض وسلوكه وتعاونه مع الخطة العلاجية .

- تطبيق الإختبار:

هذا الإختبار لا يعتمد على إختبارات سابقة أو معروفة نظراً لعدم وجود مثل هذه الإختبارات أو ندرتها ، كما أنه قابل للتطوير والإغتناء . وقد تم إعداده وتطبيقه منذ سنتين تقريباً ونشر على مرحلتين في إحدى الصحف المحلية وساهم القراء الكرام بالإجابة عنه . كما طبق على عينة من الأطباء والطبيبات في طب الأسرة لمقارنة نتائج العينة العامة مع عينة الأطباء (المالح، 2001، 142).

- طريقة الإستعمال:

يجيب المفحوص على الإستبيان، من خلال إبداء رأيه في درجة صحة الفكرة المطروحة نهاية كل عبارة لمختلف ميادين الإختبار، وأن يختار بين أربع إحتتمالات، وهي: صحيحة تماماً، صحيحة جزئياً، خاطئة تماماً، لا أدري.

يتم حساب النسب المئوية لكل ميدان، ثم النسبة الإجمالية لمجموع ميادين الإختبار.

6 - حدود الدراسة :

أ - الحدود المكانية:

أجري جزء من الدراسة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسيدي أمحمد بن علي، بالعيادة المتعددة الخدمات بأولاد مزيان، في المكتب المخصص للمتابعة النفسية، أين خضعت حالات الدراسة لعملية التشخيص وتطبيق القياسات القبلية والبعديّة، إضافة إلى جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، أما الجزء الثاني من الدراسة الممثل في العلاج التقليدي، فقد تم بمحل المعالج التقليدي أين خضعت الحالات للعلاج بالرقية على يد الراقي (ب، أ)، ومعالجين آخرين من إختيار الحالات.

- التعريف بالمؤسسة:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المجاهد المرحوم (حونات بن شاعة) بسيدي أمحمد بن علي، ولاية غليزان، هي مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140. 07 المؤرخ في 02 جمادي الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19مايو سنة 2007م، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، تمتد حدودها إلى قرى وبلديات الدوائر المجاورة، كونها تضم مجموعة من العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية.

العيادة المتعددة الخدمات (بن زحاف عبد القادر) بأولاد مزيان، هي أحد فروع هذه المؤسسة، أين تم إجراء الدراسة الميدانية، تضم مجموعة من المصالح المتمثلة في: مكتب الإستقبال والتوجيه، مصلحة الإستشارات الطبية، مصلحة التحاليل المخبرية، مصلحة الإستعجالات الطبية، مصلحة الأمومة والطفولة، مصلحة تباعد الولادات، مصلحة الإستشارات النفسية، مصلحة طب الأسنان وترميم الأسنان، مصلحة الأشعة، قاعة التمريض، قاعة الإنتظار، مكتب الأمن.

ب - الحدود الزمنية:

تم الشروع في إجراءات البحث والدراسة الميدانية منذ تاريخ موافقة المجلس العلمي لجامعة وهران 2 على مشروع الأطروحة، أين جمع الباحث في عملية البحث بين الجانبين النظري والتطبيقي، بعد إمامه بالمادة العلمية المتعلقة بموضوع البحث، إضافة إلى زيارة إستطلاعية لمحلات الرقاة والمعالجين التقليديين للإطلاع على طرق العلاج والتعرف بالمعالجين، وقد تم مباشرة العمل الميداني بعد التفرغ من إعداد البرنامج العلاجي الذي تم تحكيمة من قبل مجموعة من الأساتذة من مختلف الجامعات، كما تم تطبيق البرنامج العلاجي الخاص بالمجموعة التي خضعت للعلاج المعرفي السلوكي نظرا لطول فترة العلاج وما يتطلبه البرنامج من جلسات وفنيات وتقنيات علاجية، حيث دامت فترة العلاج حوالي 3 أشهر ونصف لكل حالة، بمعدل جلسة في كل أسبوع، ليتم بعدها الشروع في الشطر الثاني من الدراسة الممثل في العلاج التقليدي على يد الرقاة، حيث إقتصر دور الباحث على إختيار حالات الدراسة بطريقة قصدية، وعملية التشخيص والقياسات القبلية والبعديّة وتحليل النتائج، وقد دامت مدة العلاج بين القياسات القبلية والبعديّة مدة 10 أيام، حسب ما يراه المعالج المخول بممارسة العلاج التقليدي، حيث تخللتها مجموعة من الجلسات للعلاج، وقد تم الإنتهاء من عملية البحث في حدود شهر ماي من سنة 2022.

ج - الحدود البشرية : أجريت الدراسة على 8 حالات تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، عرف توجهها العلاجي مسارا علاجيا تقليديا كونه من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب، أين قام الباحث بعملية التشخيص للإضطراب وإخضاعها للعلاج بعد تقسيمها إلى مجموعتين بالتساوي حسب العدد والجنس على كلا العالجين.

7- البرامج العلاجية للدراسة :

7-1- برنامج العلاج المعرفي السلوكي :

تمهيد:

العلاجات النفسية على إختلاف أنماطها وقواعدها النظرية وتعدد تقنياتها ترمي الى هدف أساسي يتمثل في التخفيف من الأعراض المرضية وإعادة التوازن النفسي للشخص

المضطرب ، وفي دراستنا هاته تم اعتماد العلاج المعرفي السلوكي كنمط علاجي وفق برنامج تم تسطيره كوسيلة للتدخل العلاجي لطالبي العلاج للتخفيف وعلاج أعراض الوسواس القهري لديهم، وكون هذا الأخير يقوم على عرضين بارزين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي تجعل المصاب يعيش سوء توافق نفسي، انفعالي واجتماعي يستلزم اخضاعه لبرنامج يعتمد على مجموعة من التقنيات والفنيات المعرفية والسلوكية التي يتم صياغتها وفق استراتيجية علاجية تأخذ بعين الاعتبار الاضطراب وخصوصياته الباتولوجية وتأثيراتها على ديناميكية الشخصية وتوازنها ، فالتدخل العلاجي المسطر وفق هذا البرنامج يعنى بالناحية الوظيفية والسيروية النفسية للمصاب من خلال إعادة التأهيل المعرفي السلوكي والذي لا يكون الا بعد التعرف على طريقة التفكير وتحديد الأفكار اللاعقلانية وطبيعة المعتقدات التي تتشكل منها الأفكار الآلية المشوهة والعمل على دحضها وتعديلها وربطها بالسلوك السوي الذي يتماشى وطبيعة التفكير والمعتقد السليم والتي يقوم المعالج النفسي بتطبيقها وفق المنهاج الذي تم تسطيره بغية الوصول الى الهدف المنشود.

والبرنامج الذي بين أيدينا هو نموذج لمجموعة من الخطوات التقنية الهادفة الى إعادة التأهيل المعرفي والسلوكي تم تجربته استطلاعيا على عينة من المرضى المصابين باضطراب الوسواس والافعال القهرية بشكل فردي وتم تطويره تدريجيا حتى أصبح بصورته النهائية.

أ- المرجعية النظرية المعتمدة في صياغة وبناء البرنامج العلاجي:

لقد تمت صياغة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية بعد الاطلاع على الأسس النظرية والقواعد الفلسفية والتقنية للعلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة، وكذا العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الوسواس والأفعال القهرية بصفة خاصة ، إضافة الى مجموعة من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لمختلف الإضطرابات النفسية من خلال الدراسات السابقة التي تطرقت لها، ومختلف السبل المنتهجة لعلاجها وبناء على ما ذلك تم صياغة وبناء البرنامج الحالي بعد تحكيمه والاطلاع عليه من قبل الأساتذة والمختصين.

ومن بين الدراسات السابقة و المراجع العربية والأجنبية التي تم اعتمادها في بناء هذا البرنامج العلاجي نذكر:

- د. عبد الستار إبراهيم (1978)، العلاج النفسي الحديث قوة الانسان، عالم المعرفة.
- وردة رشيد بلحسيني (2014)، واضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
- د. مصطفى حجازي (2012)، إطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي، عتوير للطباعة والنشر والتوزيع.
- أ. هوفمان أس جي ترجمة مراد علي عيسى (2012)، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- أرون بيك ترجمة عادل مصطفى (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ط1، دار الأفاق العربية.
- سيريل بوفيه، ترجمة بوزيان فرحات (2019)، مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع.
- د. عبد الستار إبراهيم (2008)، عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي، ط1، دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع.
- بوحدوش نصر الدين (2016)، أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم، ماجيستر جامعة وهران.
- بلغالم محمد (2017)، بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة، دكتوراه جامعة تلمسان.

- حمزاوي زهية (2018)، فاعلية الإسترخاء التصاعدي لجاكبسون في التخفيف من قلق الإمتحان عند الطالبات المقبلات على إمتحان البكالوريا، مجلة دراسات نفسية وتربوية ، المجلد 11 ، العدد2، الصفحات 195، 211.

- بكيري نجية (2012)، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين، دكتوراه جامعة باتنة.

Pierre pyronnet et Philippe Bamy, (2006), La relaxation Bio-dynamique, Editions Medicis

- وبناء على ما سبق تم صياغة وبناء البرنامج الحالي بعد تحكيمه والاطلاع عليه من قبل الأساتذة والمختصين.

ب - الأهداف العامة من البرنامج العلاجي:

لقد سعى الباحث من خلال هذا البرنامج العلاجي إلى تطبيق العلاج المعرفي السلوكي معتمدا في ذلك على مجموعة من التقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية هادفا إلى:

- تعديل البنية المعرفية للمتعالجين من خلال التقنيات المعرفية باعتبار أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تعود لنمط التفكير وطبيعة المعتقدات التي تشكل الهيكل المعرفي للشخص المصاب.

- تعديل السلوك من خلال التحكم في الأفعال وإزالة الطقوس والحركات اللاإرادية الممثلة في التفقد والمراجعة والتكرار الجبري.

- تعزيز من ثقة المفحوص في نفسه بعد اكتسابه القدرة على معالجة الأفكار والتحكم في السلوك والأفعال.

- العمل على خفض درجات القلق المصاحب للإضطراب لدى مجموعة البحث.

ج - الأهداف الخاصة بالمعالج من البرنامج العلاجي:

- التثقيف النفسي من خلال التربية النفسية التي تمكن أفراد العينة من فهم نمط التفكير وكيفية حدوث الاضطراب بعد التعرف على طبيعة العلاقة التي تربط بين التفكير والانفعال والسلوك وبالتالي إدراك كيفية الوصول الى العلاج من خلال الامتثال لخطوات وتقنيات البرنامج العلاجي.

- تمكين الأفراد المتعالجين من استكشاف الأفكار المشوهة واللاعقلانية المسببة للقلق والاضطراب.

- التدريب على التقنيات العلاجية مقابل المشكلات والأفكار المشوهة من أجل دحضها واستبدالها بأفكار سليمة تمكن من تعديل الانفعالات والسلوكيات.

د - أهمية البرنامج:

تكمن أهمية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المسطر لعلاج اضطراب الوسواس القهري فيما يلي:

- تقديم المساعدة ويد العون لطالب العلاج.

- تخفيف المعاناة والأعراض المرضية لدى المصابين.

- الوصول لنتائج مرضية تحقق الراحة والاتزان النفسي لدى شريحة المصابين بالوسواس.

- يقدم استراتيجيات وتقنيات علاجية ممنهجة وفق أسلوب علمي.

- ضمان التكفل النفسي والتدخل العلاجي للأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

- تمكين طالب العلاج من الوصول الى نتائج مرضية في أقصر مدة زمنية.

- التخفيف من حدة الأعراض الوسواسية باعتباره من البرامج العلاجية الحديثة التي تركز على الأبعاد المعرفية والسلوكية.

هـ - تقديم البرنامج: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي تم اعداده يتكون من 14 جلسة علاجية إضافة إلى جلسة تتبعية بعد شهر من انتهاء العلاج مع الحالة، يقدر متوسط زمن كل جلسة مابين 45 -90 دقيقة والتي تتوقف على طبيعة الحالة النفسية والإنفعالية لكل حالة، كما أنه موجه لكل الشرائح الإجتماعية بغض النظر عن السن والجنس والمستوى التعليمي، حيث يتم تطبيق الجلسات بشكل فردي، أين يتيح الفرصة للحالة للمشاركة في العملية العلاجية والتفاعل مع مختلف التقنيات و الفنيات .

و - مراحل سير البرنامج العلاجي:

من أجل الوصول إلى فاعلية علاجية تمكننا من التخفيف من شدة اضطراب الوسواس والأفعال القهرية والوصول إلى تكفل نفسي علاجي فعال تم تقسيم البرنامج العلاجي إلى أربع مراحل وفق تسلسل عملي بحيث تخدم كل مرحلة الأخرى التي تليها وكانت كالآتي:

- المرحلة الأولى (مرحلة التحضير لبداية العلاج):

مخصصة للتعرف على الحالة وطبيعة الأعراض والقياس القبلي، تتمثل في الجلستين الأوليتين، حيث يتم من خلالهما كسب ثقة المتعالج وتعريفه بطبيعة الاضطراب وطريقة العلاج النفسي (المعرفي السلوكي) حتى يتسنى له تكوين نظرة شمولية عن طبيعة الاضطراب ومساره العلاجي الذي سوف يخوضه، إضافة إلى تطبيق مجموعة من المقاييس النفسية المتعلقة بالوسواس والأفعال القهرية والقلق.

- المرحلة الثانية (مرحلة بداية العلاج):

مرحلة التعرف على الأفكار والمعتقدات والتدريب على اكتساب المهارات، تحتوي على ثلاث جلسات يتم خلالها الكشف على طبيعة الأفكار ذات الطبيعة الوسواسية والعمل على إيقافها وتعديلها والتدريب على محاولة التحكم في السلوكات والأفعال القهرية.

- المرحلة الثالثة (مرحلة وسط العلاج):

وهي المرحلة الحاسمة في العملية العلاجية إذ تحتوي على خمسة جلسات يتم خلالها تعديل المعتقدات الوسيطية والجوهرية ما يجعل المتعالج أكثر قدرة على التحكم في الأفكار

والأفعال وضبطهما من خلال منع الاستجابة، بالإضافة إلى العمل على الوعي بالذات من أجل رفع مستوى تقدير الذات لدى المتعالج.

- المرحلة الرابعة (مرحلة نهاية العلاج):

وهي المرحلة ما قبل الأخيرة في البرنامج العلاجي تحتوي أربع جلسات يتم خلالها تعزيز نتائج العمل العلاجي المتوصل إليها برفقة المعالج وحتى يكون المتعالج كذلك على استعداد لإنهاء العملية العلاجية وتحضير نفسه للاستقلالية في مواصلة الحفاظ على استقراره النفسي، إضافة إلى القياس البعدي.

- المرحلة الخامسة (جلسة تتبعية):

وهي المرحلة الأخيرة من البرنامج العلاجي وتكون بعد شهر من الجلسة الختامية، تقدر بجلسة واحدة الهدف منها مراجعة الحالية النفسية للمتعالج وتقديم المساعدة في حالة تعرضه للإنتكاسة.

ي - جدول مراحل البرنامج العلاجي:

رقم الجلسة	محتوى الجلسات	مراحل البرنامج
2- 1	- التنقيف النفسي. - القياس القبلي.	المرحلة الأولى
5 - 4 - 3	- التخفيف من الأفكار الآلية. - التعرف على طبيعة الأفكار والمعتقدات. - العمل على إيقاف الأفكار الوسواسية ومنع الاستجابة.	المرحلة الثانية

10- 9- 8- 7- 6	<ul style="list-style-type: none"> - تعديل الأفكار الوسواسية والتحكم في السلوكات والأفعال القهرية. - تعديل المعتقدات الخاطئة. - تقوية منع الاستجابة. - التحكم في الأفكار والافعال وضبطهما. - العمل على الوعي بالذات. 	المرحلة الثالثة
- 13- 12- 11 14	<ul style="list-style-type: none"> - تعزيز العمل العلاجي. - القياس البعدي وتعزيز نتائج العمل العلاجي. - جلسة ختامية. 	المرحلة الرابعة
15	<ul style="list-style-type: none"> - جلسة تتبعية. 	المرحلة الخامسة

ن - خطوات البرنامج العلاجي:

- التحضير النفسي للعميل للخضوع للبرنامج العلاجي:

يلعب التحضير النفسي للعميل في أولى الجلسات دورا أساسيا ويشكل حلقة محورية لمختلف مراحل العلاج، فهو بمثابة خطوة مهمة وبارزة في نجاح البرنامج وتحقيق الهدف المنشود، إذ يعمل المعالج النفسي على تأهيل العميل من الناحية النفسية والذهنية بغية رفع الوعي لديه وتقوية العلاقة بينهما وكسب ثقته، إذ تعتبر عاملا مهما في تسهيل عملية التواصل خلال الجلسات، فتتأسس العلاقة الأومبائية (empathie) بين المعالج والمتعالج ويزيد في ديناميكية الجلسات العلاجية ما يولد لدى المفحوص استعداد لتطبيق مختلف التقنيات والعمل أكثر على تطوير مهاراته الذاتية بمقابل ما يعانيه من أعراض واضطرابات للوصول الى الهدف المسطر.

- شرح المفهوم العام للعلاج: وذلك بتقديم توضيحات من خلال شرح مفاهيم تتعلق بالأسلوب العلاجي المعرفي السلوكي وكيفية تطبيق هذه التقنية العلاجية فيما يتعلق باضطراب الوسواس القهري.

- تحديد الهدف من العلاج:

يكون ذلك بعد التعرف على توقعات العميل من العملية العلاجية من أجل تحديد أبعاد ومعالج العلاج ودوره في العلاقة العلاجية وكذلك نفي التصورات الخاطئة والحلول السحرية للعمل العلاجي والمعالج النفسي.

- رسم خطة علاجية لكل جلسة: ممارسة العلاقة العلاجية يكون في إطار جلسة يقودها المعالج في حيز زمني يتراوح ما بين (45-60 دقيقة) استنادا على خطوات البرنامج العلاجي المسطر مسبقا وفق مجموعة التقنيات والأهداف والوسائل التي يعتمدها خلال عملية العلاج التي تتناسب ونمط شخصية المتعالج ونوعية اضطرابه وعرضه المرضي. ومن بين مجموعة الأهداف الرامية لذلك:

- تطبيق وممارسة التقنيات المعرفية السلوكية وفق منهج تصاعدي حتى تتناسب مع طبيعة الاضطراب ودرجة الإصابة به.

- التدريب الدائم والمستمر عبر الجلسات النفسية على مختلف التقنيات والفنيات بغية فهم الأفكار والتحكم الجيد والفعال في نمط التفكير وطريقة التفسير والتأويلات التي تنمأشى وطبيعة الموقف.

- التخفيف من الوسواس القهري بما فيها الأفكار والأفعال وما يصحبها من أعراض كالقلق والإحباط والاكتئاب.

- تقديم يد المساعدة للمتعالج للاستفادة من الجلسات عن طريق التقييم والتغذية الراجعة والواجب المنزلي.

- العقد العلاجي:

هو ذلك الإتفاق المبرم بين المعالج والمتعالج خلال الجلسات الأولى بعد عملية التشخيص اذ يتم من خلاله تسطير الأهداف والخطوات والمدة الزمنية التي يقتضيها البرنامج العلاجي.

ن - جدول جلسات البرنامج العلاجي :

ترقيم الجلسة	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات المستخدمة	مدة الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الأولى	جلسة تمهيدية	- كسب ثقة المفحوص وبناء جسر التواصل. - تأسيس العلاقة العلاجية. - بناء العقد العلاجي. - التعريف بالبرنامج والأهداف.	- جمع المعلومات الأولية. - الحوار والمناقشة. - التربية النفسية.	45-60 دقيقة	فردية
الجلسة الثانية	جلسة التثقيف النفسي و القياس القبلي	- تعزيز الثقة بين الفاحص والمفحوص. - القياس القبلي. - التعرف على الأفكار والصور التي تسبب ألما وضيقا بدون مبرر. - تحديد الاضطراب. - تقدير درجة الاضطراب.	- التربية النفسية - التعرف على الفكر اللاتكفي. - تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق وإختبار الأفكار الشائعة.	60-90 دقيقة	فردية
	جلسة التعرف على طبيعة الأفكارو المعتقدات	- تحديد الانحرافات الموجودة في أفكاره. - الكشف عن مدى تأثير هذه الأفكار على جوانب حياة المفحوص (الانفعالية، الاجتماعية المهنية...).	- الحوار السقراطي. - التعرف على المشاعر. - الإسترخاء لجاكيسون	60-90 دقيقة	فردية

			<p>مساعدة المفحوص على - الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته. - تحديد الأفكار الآلية. - تخفيف أعراض التوتر.</p>		الجلسة الثالثة
فردية	60- دقيقة 90	<p>-تحديد المعتقدات عن طريق تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية. - الإسترخاء لجأكسون - الواجب المنزلي(02): - تسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما</p>	<p>- تحديد المظاهر اللاعقلانية للأفكار. (الافتراضات والمعتقدات الخاطئة التي لا تزال تصاحب المفحوص. - استكشاف طبيعة الأفكار ومصدر الانحرافات المعرفية. - تحديد الأفكار الآلية. -تخفيف أعراض التوتر. - تدريب المفحوص.</p>	جلسة تحديد الأفكار الآلية والأفعال القهرية	الجلسة الرابعة
فردية	60-90 دقيقة	<p>-إيقاف التفكير. - تشتيت الانتباه. - الواجب المنزلي (03): الاسترخاء العضلي. -جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل استجابات التحكم فيها.</p>	<p>- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للإضطراب والمشاعر السلبية. - تطوير إستجابات إيجابية اتجاهها. - العمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المفحوص.</p>	العمل على إيقاف الأفكار الوسواسية ومنع الاستجابة للأفعال القهرية	الجلسة الخامسة

فردية	60-90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة. - تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية والأفكار البديلة. - دحض الأفكار اللاعقلانية والمشوهة وتعديلها. - الواجب المنزلي (04): - الاسترخاء العضلي. جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الاستجابات وردود الأفعال الايجابية.</p>	<p>- التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية. - توجيه انتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه. -إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات. -تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء. - تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال.</p>	تعديل الأفكار الوسواسية والتحكم في السلوكيات والأفعال القهرية.	الجلسة السادسة والسابعة.
فردية	60-90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة. -تعديل الأفكار المشوهة. التفكير - بتدرجات الرمادي -الواجب المنزلي (05): الاسترخاء العضلي. جدول المراقبة الذاتية ودحض المعتقد</p>	<p>-العمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية. - توضيح سخافة الأفكار. - إدراك المفحوص أن التفكير في الأشياء يكون أسوأ من الأشياء ذاتها. - تجنب التفكير المأسوي. - التدريب على التفكير الإيجابي. - توجيه الانتباه الى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.</p>	تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة.	الجلسة الثامنة

فردية	60-90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - التغذية الراجعة. - إعادة البناء المعرفي. - التفكير الإيجابي. - تأكيد الذات. - الواجب المنزلي رقم (07). تسجيل عدد الاستجابات الإيجابية المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك بعد التعرض للمواقف المثيرة للقلق. 	<ul style="list-style-type: none"> التدرج بالمفحوص للتعريض وتدريبه عليه. -التدرب و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه. - مساعدة المريض على استبدال الأفكار السلبية المثيرة للقلق بأفكار إيجابية. 	التحكم في الأفكار والأفعال وضبطهما	الجلسة التاسعة
فردية	60-90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> -التغذية الراجعة. -المراقبة الذاتية. -التفكير الإيجابي. - الواجب المنزلي(06): -الاسترخاء العضلي. تسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك. 	<ul style="list-style-type: none"> التدريب على المواجهة. - تقوية التحكم في الأفعال والأفكار. - المرونة في التفكير وتعزيز السلوك الإيجابي. -تعزيز التفاعل الإيجابي مع مختلف المواقف. 	التحفيز وتعزيز الثقة	الجلسة العاشرة

فردية	60- دقيقة 90	- التغذية الراجعة. - تأكيد الذات. التفكير الإيجابي. الواجب المنزلي (08): الاسترخاء العضلي.	- تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات. -مراقبة الأفكار السلبية والسلوكيات وردود الأفعال. -التدرب على الوعي والادراك. - تعلم الاستجابة المناسبة تمكين المفحوص من تعلم - مهارات جديدة	العمل على الوعي بالذات	الجلسة الحادية عشر
فردية	60- دقيقة 90	- التغذية الراجعة. - الحوار السقراطي. - البناء المعرفي. - التفكير الإيجابي.	- مراجعة نتائج العمل العلاجي. -التعرف على الصعوبات التي لا تزال تواجه المفحوص وتحول دون تحقق نتائج العلاج.	تعزيز العمل العلاجي	الجلسة الثانية عشرة
فردية	60- دقيقة 90	- تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق -التفكير الإيجابي.	- القياس البعدي. - تقييم واستعراض نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	جلسة القياس البعدي و تعزيز نتائج العمل العلاجي	الجلسة الثالثة عشرة
فردية	دقيقة 60	-التربية النفسية. - التفكير الإيجابي.	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. التمهيد والتحضير النفسي - لإنهاء جلسات العلاج .إنهاء البرنامج - .الوقاية من الانتكاسة.	جلسة ختامية	الجلسة الرابعة عشر
فردية	60- دقيقة	-الحوار والمناقشة.	التعرف على - استمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر	جلسة تتبعية	الجلسة الخامسة عشر

ملاحظة :

-البرنامج العلاجي أعلاه يختلف باختلاف الحالات وحدة الاضطراب حتى مع الحالة نفسها، لذا فإنه يكيف حسب الحالات وظروف المفحوص. فعلى الفاحص ان يتعامل مع البرنامج بمرونة زيادة أو نقصانا.

- جدول أسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج:

تمت عملية التحكيم للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على يد مجموعة من الأساتذة من جامعات مختلفة المذكرة أسموهم في الجدول التالي:

أسماء الأساتذة	جامعة الإنتماء
د. بوزيدي هدى	جامعة مستغانم
د. غاني زينب	جامعة مستغانم
د. بوريشة جميلة	جامعة مستغانم
د. سبع هجيرة	جامعة عين تيموشنت
د. ملال صفية	جامعة وهران
د. حمزاوي زهية	جامعة مستغانم

2-7- برنامج الممارسة العلاجية للعلاج التقليدي :

- تقديم شخصية المعالج:

المعالج (ب، أ) ممارس للعلاج، يبلغ من العمر 42 سنة، مستواه التعليمي التاسعة متوسط، متزوج وآب لثلاثة أولاد، يقطن في منطقة ريفية في مسكن أرضي كبير وسط أسرة ممتدة، حافظ للقرآن الكريم وله دورات تكوينية في العلاج بالرقية يزاول نشاطه العلاجي في منطقة حضرية، في عيادة خاصة تحت إسم عيادة "أ ، ب"، لها إعتقاد قانوني وسجل

تجاري، مقسمة إلى ثلاثة قاعات صغيرة قاعتين للإنتظار، واحدة خاصة بالرجال والأخرى للنساء والثالثة مخصصة للعلاج والرقية.

-السيمائية العامة للمعالج:

المظهر العام: المعالج ذو بنية جسدية قوية، طويل القامة، أبيض البشرة، بني الشعر والعينين، هندام ذا طابع تقليدي نظيف (عباءة)، مظهر لائق، ناصع الوجه طويل اللحية.

المزاج: هادئ.

اللغة: لغة مفهومة و بسيطة.

طبيعة الصوت: نبرة هادئة.

-إختيار المهنة:(معالج تقليدي).

بعد توفقه عن مزاولة الدراسة في مستوى السنة التاسعة متوسط، إنتقل المعالج (ب، أ) إلى ولاية أدرار لحفظ القرآن الكريم، أين تأثر بالرقية الشرعية بعد إحتكاكه بمجموعة من الرقاة، حيث لم يرضى على طريقة ممارستهم العلاجية للمرضى وطالبي العلاج قائلا: (كيفاش يضربوهم، هذا الشيء ليخلاني نتعلم الرقية)، فبدأ بعملية البحث في هذا المجال و التكوين الذاتي في هذا المجال على يد المشايخ والمعالجين .

-المسار التكويني في هذا المجال العلاجي:

يرى المعالج (ب، أ) أنه لا توجد معاهد خاصة بالتكوين في هذا المجال من العلاجات، حيث إقتصر تكوينه على تلقي دورات خاصة من ماله الخاص تحصل فيها على 5 شهادات وهي تزكية من الدكتور شلبي مدير فاطمة الزهراء بمصر، إضافة إلى إطلاعه على مجموعة من الكتب التي لها علاقة بهذا المجال.

-الممارسة العلاجية:

يرى المعالج أن قدوم أي حالة عند الراقي تكون بدافع العين والسحر والجن، وأنه في عمله يفهم دوافع القدوم على الرقية، حيث يركز على التشخيص الأولي من خلال الملاحظة والحوار مع الحالة بحثاً عن أعراض الإصابات الروحية التي يدلي بها المصاب من خلال احساساته وما يعرفه من معاناة ومعتقدات ذات علاقة بالإضطراب، ليذهب في نفس اتجاه المعتقد، ويرى أنه في عملية التشخيص يكون المنطلق من معتقد المريض مثلاً (العين)، ويضيف كذلك أن الإضطراب ليس بالضرورة أن يكون عين أو سحر أو جن حيث يقول: (كي نقرا عليه القرآن وجاب ربي الخير وريح فببركة القرآن، لأنه ممكن كان مريض نفسي وريح ولا عضوي وريح) ، كما يرى أن علاجه للحالات يتوقف على وساوس العين والسحر والجن التي لها علاقة بالمعتقد، أما ما تعلق بوساوس النظافة وغيرها فقد يقوم بتوجيهها للمختص النفسي، كما يرجع معاناة الحالات وما تقوم به من حركات وسلوكات إلى طبيعة الثقافة حيث يقول: (ردود الأفعال أثناء جلسة الرقية راجعة إلى ثقافة المريض)، إذ يؤكد أن الحالة التي لم تتلقى الرقية من قبل يسهل علاجها حسب ما ذكر : (يسهل علاجها لأنها لم تتلقى ثقافة العلاج المعروفة بالضرب والرش وغيرها).

أقر المعالج أن الجلسة تتراوح ما بين 15 دقيقة حتى ساعة على الأكثر، أما فيما يخص عدد الجلسات فيقول : (من جلسة إلى ثلاث جلسات أو نوجه الحالة) وقد تكون متقاربة، وأن ثمن الجلسة فهو محدد بـ 500 دج، و أنه لا يستخدم آيات معينة للعلاج، إذ يرى أن الرقية تكون بكامل آيات وسور القرآن الكريم وهو حر في التلاوة من أي منها شاء، حيث يقول: (أنا عندي التفنن في القرآن لأن نبرة الصوت هي من تؤثر في الحالة)، مفسراً ذلك بتأثير نبرة الصوت في المريض حسب نمطه الحسي، كما يستخدم العسل وزيت الزيتون والسنة المكية وبعض الأعشاب إضافة إلى تركيزه على الثقافة ومعتقد طالبي العلاج حسب ما ذكر : (علاجي رايح للمعتقد، كون ما نعطيهاش عشبة بيخر بيها ما يريحش)، وأنه في بعض الحالات بالنسبة للذين يسكنون مساكن جديدة أو المقبلين على الزواج يقول: (نقولو جييلي معطر الجو نرقيلك فيه)، أما بالنسبة للحالات التي يستعصي عليه علاجها فيقول أنه يوجهها للطب النفسي

وليس للرقاة حيث يقول: (الرقاة عندهم نفس المفاهيم، لا أتحمل المسؤولية، المرضى ضحايا الرقاة)، كما يرى أن كل تشخيصات الرقاة هي ضنية وليست قطعية، كما يرى أن الرقاة هم من يقومون بتوجيه حالات تعاني من العين والسحر والمس الجني، والتي يقول عنها أنها ليست أمور ملموسة، كما أن متابعته للحالات التي تنقطع عن العلاج يكون عن طريق الهاتف وأنها تبقى من خصوصيات المتعالج وأن الأكثرية يعودون لمتابعة العلاج.

-الفئة المستهدفة في العلاج:

يرى المعالج أن طالبي العلاج ينحدرون من كل الطبقات الإجتماعية، وأن أكثريتهم من النساء، بسبب الوسواس وأمور متعلقة بالأمراض، والأطفال الذين يقدمون بدافع من المحيط الأسري بسبب الإصابة بالعين في حين يرى أن الإقبال على العلاج بالرقية هو نتيجة الصورة التي صورها الرقاة للعين والسحر والجن وهو تسويق للرقية.

التقنيات المستخدمة حسب المعالج :

تلاوة القرآن : هي قراءة آيات من القرآن الكريم جهرا بالترتيل والأحكام، دون تخصيص لسور أو آيات، كون القرآن كله علاج.

الحوار مع الحالة: عبارة عن سؤال وجواب بين المعالج وطالب العلاج، بهدف الكشف عن أسباب المرض الممثلة بتأثير القوى الغيبية، والتعرف على طبيعة المعتقدات والتصورات في علاقتها بأسباب الإصابة بالمرض.

التطمين الروحي: طمأنة المريض من خلال الحوار الديني والمعتقد الإيماني، بهدف التخفيف من حالة التوتر والقلق جراء الإضطراب وترقب حدوث الشفاء المستعجل.

الإيحاء للمعتقد: استعمال المعالج لمختلف الوسائيل والرموز ذات العلاقة بالمعتقد لإخراج الحالة من الوهم الروحي (المس والسحر والعين).

يقول المعالج أن طريقة علاجه تسمى العلاج بالمعتقد والإيحاء للمريض حيث يقول: (نقول للمريضة تحسي بحرارة تخرج من جسمك، ومن بعد نقول: " أخرج منها مذموما مدحورا، خليتها تحس بحاجة تخرج منها ".

- جدول برنامج العلاج التقليدي لحالات الدراسة:

الجلسات	الأهداف	التقنيات	مدتها الزمنية
الجلسة الأولى	-تهيئة الحالة وكسب ثقتها. - التشخيص بناء على الأعراض - التطمين الروحي. - التخفيف من حدة الأعراض للقلق والإضطراب. - تغيير المعتقدات الخاطئة. -التنفيس عن الحالة	- الحوار. - التطمين الروحي. - تلاوة القرآن. - الإيحاء. - الواجب المنزلي من خلال الدهن بالزيت وشرب الماء المرقى.	من 20 دقائق إلى 30 دقيقة
الجلسة الثانية	نفس الأهداف	نفس التقنيات	من 20 دقيقة إلى 30 دقيقة
الجلسة الثالثة	نفس الأهداف	نفس التقنيات	من 20 دقيقة إلى 30 دقيقة

ملاحظة:

تم إعتقاد طريقة العلاج بالرقية للراقي (ب، أ)، وذلك لما يعرفه من إقبال لطالبي العلاج في مجتمع إجراء الدراسة، حيث يرى المعالج أنه لا يوجد برامج مخصصة، ولا حتى آيات أو سور من القرآن لعلاج إضطراب معين، وأن عدد جلسات العلاج تكون من جلسة عموماً إلى 3 جلسات على الأكثر وما زيد عن ذلك فهو من رغبة طالب العلاج.

7-3- إجراءات الدراسة : أجري البحث في ظروف حسنة وعادية نظراً لما تلقاه الباحث من توجيه ومساعدة من المشرف والأخصائيين والمعالجين التقليديين، كما عرفت ظروف إجراء

الدراسة بعض الصعوبات، والتي يتلقاها كل باحث أثناء الدراسة والبحث، إلا أنه تم التعامل معها بكل ليونة ومرونة لتحقيق الأهداف المسطرة.

الفصل السادس

عرض وتحليل حالات الدراسة و علاجها

- المجموعة التجريبية الأولى.

- المجموعة التجريبية الثانية.

المجموعة التجريبية الأولى الخاضعة للعلاج المعرفي السلوكي

- نوع العلاج : معرفي السلوكي.
- عدد الحالات 4.
- 2 ذكور.
- 2 إناث.

- المجموعة الأولى

- الحالات التي خضعت للعلاج المعرفي السلوكي.

1-1- الحالة الأولى :

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب، أ.

الجنس: ذكر.

السن: 29 سنة.

عدد الإخوة: 3 إخوة، 2 ذكور، وأنثى.

الرتبة: الرابع.

المستوى الدراسي: الثالثة متوسط.

الوظيفة: عامل مهني.

الحالة المدنية: أعزب.

المستوى المعيشي: متوسط.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة من تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

طبيعة الإستشارة: موجه من طرف طبيب عام.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة متوسط القامة، متناسق من حيث الطول والوزن، أسود الشعر والعينين وأسمر البشرة، ذو لحية قصيرة، تظهر عليه ملامح الحزن والمعاناة، هدامه لائق ونظيف.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: يستعمل لغة مفهومة و بسيطة للتعبير عن الأفكار التسلطية والحمولة الثقافية.

طبيعة الصوت: نبرة هادئة أثناء حديثه للمجريات والأحداث.

نوعية الأفكار: أفكار لا عقلانية، تسلطية تتخللها الوسوسة متعلقة بالعين والسحر والمس الجني.

طبيعة السلوكات: أفعال القهرية، وطقوس نمطية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ب، أ) ذكر يبلغ من العمر 29 سنة، أعزب مستواه الدراسي الثالثة متوسط، نشأ في أسرة متواضعة، الأب عامل مهني والأم مأكثة في البيت، يحتل المرتبة الرابعة لثلاث إخوة تربطه بهم علاقة جيدة، متوسط البنية ومعتدل القامة، مهتم بمظهره ونظافة هدامه، مستواه الإقتصادي متوسط، يشتكي من تسلط أفكار وسواسية وأفعال قهرية، التي يرجعها إلى أنها سبب إضطراب حالته ومعاشه النفسي وطلب المساعدة العلاجية.

يقول الحالة أنه لم يعرف أية سوابق مرضية حتى بلوغه سن 24 سنة، أين أصيب بحالة فزع في منتصف الليل، نتيجة تسلط أفكار الموت، التي دفعت به إلى ملازمة مشاهدة الأفلام وإنارة الغرفة لدفع هذه الأفكار التسلطية المصحوبة بالقلق والخوف والتحصر، إذ يقول: "أنخاف أيلما ما نصبحش ، نحس الموت راهي قريبة ليا" فهو يرى أن هذه الحالة أجبرته على العزلة والإنشغال بإجتراح هذه الأفكار ومحاولة مقاومتها، بحيث دامت ثلاث سنوات ليعرف تحسنا طفيفا بين الحين والآخر مع بقاء الأعراض المرضية بدرجة منخفضة من الشدة، حتى سن 27 سنة، ثم بعدها في سن 29 سنة التي تزامنت مع تفكيره في الزواج فكانت الإصابة

بدرجة عالية من الشدة تمثلت أعراضها في تسلط للأفكار الوسواسية والشك في الإصابة بالعين والسكر إضافة إلى الأفعال القهرية.

يرى الحالة (ب، أ) أن وضعه الراهن له بالغ الأثر على حالته ومعاشه النفسي، كونه يعاني من قلق وتوتر شديد، حيث لم يعد يشعر بالهدوء والراحة، إضافة إلى ما يعرفه من ضيق في التنفس ونرفزة وارتجاف الأطراف والتعرق وإضطراب وضعه العام، وعدم القدرة على الصبر، إضافة إلى الشعور بالذنب وعدم المقدرة في إتخاذ القرارات والشك في الأمور المتعلقة بالعين والسكر والحسد على حد قوله: (مرت خويا جبيلي ماكله نقول دارت فيها السحور)، (واحد يشوف فيا نقول راه حسدني)، (نقول أنا علاه صرالي هاك بلاك عينوني كي راني خدام عند الدولة)، إضافة إلى الخوف من الموت، حيث يقول أنه يتجنب رؤية الموتى وأحداث الجرائم وما شابهها، إضافة إلى الصور الإقتحامية والتخيلات المزعجة المتعلقة بأمر جنسية، وأفكار تمس بأمر العقيدة والايمان، وأفكار تحمل الكثير من الشك في جوانب نجاسة الماء والنظافة وصحة الضوء والصلاة، بالإضافة إلى أفعال جبرية كالغسل القهري للأيدي من 3 إلى 4 مرات، عد الأشجار والأعمدة وغيرها من الأشياء وتكراره لطرح الأسئلة بغية التأكد والإطمئنان على الأمور التي يعيشها والتي أصبح يسير وفق إملاءاتها، إضافة إلى تفقد غلق الأبواب وخاصة في مكان العمل كونه يشتغل حارسا، حيث يقول أنه يضطر إلى الرجوع إلى مؤسسة العمل مساء للتأكد من الغلق المحكم لقفل الباب والإطمئنان عليه حيث يقول: (فالخدمة نبلع الكادنة ونعاود نرجع نخاف ما بلعتهاش مليح)، كما يضيف أن فكرة الموت تلزمه ممارسة بعض الطقوس الممثلة في ترك نصيب من الطعام على طاولة المطبخ ليلا لمولات الدار قائلا: (كون مانديرهاش ما نرقدش مليح، نقول نموت) هذه الأفكار والأفعال تأخذ منه الكثير من الوقت وتحدث له تعارضا واضحا مع نشاطاته الإجتماعية والمهنية، مما يلزمه الإنشغال بها والبذل الكثير من الجهد من أجل المقاومة والسيطرة عليها.

يرجع الحالة (ب، أ) قلقه الشديد وتسلط الأفكار (أفكار الموت، المرض، الشك في النظافة والقدارة، فقدان السيطرة على التفكير) إلى الإصابة بالعين والسكر وتلبس الجني، إذ يرى أنها قوى غيبية يمكن أن تتحكم في الإنسان وتغير مجرى حياته، حيث جرى في إعتقاده ترك

نصيب من الطعام ليلا فوق الطاولة على حد قوله: (نخليه لمولات الدار، أفكار تقولي دير هاك ولا كاش ما يصرالك)، إضافة إلى الحيلة والحذر والتحرز في تجنب مجاري المياه وأعين الناس الحاسدة في بعض المواقف، والإمتناع عن تناول الطعام من غير الأم كونه يشك في دس السحر له فيه.

تذكر الحالة (ب،أ) أنه في سن 24 سنة من عمره وبعد الإصابة بنوبة القلق والأفكار التسلطية، توجه للطبيب العام الذي شخص حالته بنوبة قلق حيث قدم له وصفة دواء، و بعد ثلاثة أيام من تناول الأدوية التي رأى أنها لم تحسن من حالة المعاناة التي كان يعيشها توجه إلى أحد الرقاة حيث تمثل العلاج حسب ما أدلى به: (رقية في الماء) إستمر على مداومتها لمدة ثلاثة أشهر متتابعة بمعدل جلسة في كل شهر إلا أن النتيجة حسب قوله كانت سلبية، فبقاء نفس الأعراض ألزمه إستشارة طبيب المعدة والجهاز الهضمي، والذي كشف عن سلامة العضو وأرجع سبب الألم إلى حالة القلق، فوصف له مجموعة من الأدوية والتي يرى أنها لم تحسن وضعه الصحي، ما دفعه إلى التوجه لإجراء الكشف بالأشعة (échographie) حيث كشف التشخيص عن وجود إنتفاخ بالقولون، وبعد مرور أيام يقول أنه توجه لراق آخر بمدينة مجاورة، والذي أخبره بأنه بالعين والسحر حسب ما أدلى به: "زاد وسوسني وقالي عندك سحر، راك مربوط راه عندك عين " أين رقى عنده عدة مرات وبعد فشله في الوصول لتخفيف حالة الإضطراب، قام بزيارة طبيب عام، يذكر الحالة أنه كان يتداول العلاج بين الأطباء والرقاة لمدة سنتين وفي سن 27 سنة إتجه للمختص النفسي لإجراء إستشارة من وجهة نفسية، ليتوجه بعدها إلى طبيب الأعصاب الذي وصف له علاج (Amiitriptiline, Ezoptile) الذي تناوله لمدة 3 أيام، إلا أن مضاعفات الأدوية حالت دون مواصلته العلاج، ليتوجه إلى أحد المعالجين التقليديين حسب ما تم ذكره: (يقلع الخلعة بالماء والحلبة والحموم بعد خلطهم على شكل كتل من العجين، ضربني 7 ضربات في ظهري) إضافة إلى الحجامة وزيارة طبيب القلب والقيام بتحاليل الدم التي أكدت كذلك على سلامته البدنية وبقي على حاله، و كلما زادت درجة القلق وشدة الوسوس إلا وتوجه إلى أحد المعالجين .

- تطبيق المقاييس:

تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

- جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهرية: يمثل الجدول نتائج درجة الوسواس لدى الحالة:

العبارة	عدد	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	22
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	06
المجموع	32	28
النسبة المئوية		%87,50

- تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس القبلي لإضطراب الوسواس القهرية عن درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت بـ 28 درجة، بنسبة 87,50 %، وهو ما يعكس واقع المعاناة النفسية جراء تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق: يمثل الجدول نتائج حالة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارة السالبة	00	00	00	09	من 1 إلى 4	36
10	العبارة الموجبة	07	01	03	00	من 1 إلى 4	37

73		09	03	01	07	المجموع	20
قلق شديد		من 61 إلى 80				درجة القلق	
		%91,25				النسبة المئوية	

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

أسفرت نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 73 درجة مقابل 80 درجة على سلم التقييم، ما يشير إلى قلق شديد، بنسبة 91,25 % ، وهي النتيجة التي تعكس مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق: يمثل الجدول نتائج سمة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	00	00	12	من 1 إلى 4	48
10	العبارات الموجبة	08	00	00	00	من 4 إلى 1	32
20	المجموع	00	00	00	20		80
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%100					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج مقياس سمة القلق المقدر عن 80 درجة بنسبة 100 %، نتيجة تعبر عن سمة قلق جد مرتفعة، وهو ما توافق مع طبيعة التصورات والتفسيرات للمرض وما تعرفه من أحداث ووقائع في حياتها اليومية وظروفها الاجتماعية.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة: يمثل الجدول التالي النتائج المسجلة حول ثقافة العلاج النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة تماما	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	لا أدري	النسب
01	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	00	% 00	00	% 00	14	% 87,5	02	% 12.5
02	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	02	15.38 %	00	% 00	11	84,61 %	00	% 00
03	(30-49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	04	% 20	00	% 00	16	% 80	00	% 00
04	(50-63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	03	% 21,42	00	00%	11	% 78,57	00	% 00
05	(64-69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	01	16,66 %	00	% 00	05	83,33 %	00	% 00
06	(70-75)	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	00	% 00	00	% 00	06	% 100	00	% 00
07	(76-81)	06	العلاجات غير الدوائية	01	% 16,66	00	% 00	05	% 83,33	00	% 00

ال م ج م وع	81	11	13,5 8	00	00	00	68	83,9 5	02	02,46
-------------------------	----	----	-----------	----	----	----	----	-----------	----	-------

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

تعبّر نتائج إختبار الأفكار الشائعة لدى الحالة (ب،أ) عن ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ 83,95% ، حيث أشارت نتائج مختلف أبعاد الإختبار الممثلة في الطب النفسي بـ 87,5% والطبيب النفسي وكيفية التعامل معه بـ 80% وثقافة التعامل مع المريض النفسي بـ 83,33% وهوما يشير إلى دراية الحالة بالطب النفسي وما يتعلق به، إضافة إلى النتائج المسجلة في بعد الإضطراب النفسي المقدرة بـ 78,57%، وبعد الإضطرابات النفسية الأخرى المقدر بـ 100% والبعد المتعلق بمختلف العلاجات غير الدوائية والذي قدرت نسبته بـ 83,33% وبعد الأدوية النفسية المقدر بـ 84,33%، وهي نسب تعبر دراية الحالة بطبيعة الإضطرابات وعلاجاتها الدوائية وغير الدوائية.

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

من خلال الملاحظة العيادية لملاح الحالة ومحتوى خطاباتها، فإن الميزاج المتقلب ونبرة الصوت الخافت وظهور ملامح الخوف والقلق والتوتر الممثلة في ضيق التنفس والنرفزة واختلال الحالة الفيزيولوجية، نتيجة فقدان الإحساس بالراحة والهدوء المفقودين، والشعور بالإضطراب كانت عبارة عن دلالات ذات بعد سيكولوجي ترافقت مع إندفاعات الأفكار المتعلقة بأمور النظافة والعقيدة والتخيلات التي أصبحت تلازمه وتشعره بالمعاناة، إضافة إلى الإهتمام بالتدقيق والشك نتيجة الإعتقاد في تأثير القوى الخفية الممثلة في أمور السحر والعين وتلبس الجن، وممارسة سلوكيات وأفعال جبرية من أجل الإطمئنان والتأكد التام من القيام بالفعل على أتم صورة، كما تم تسجيل إهتمام كبير للحالة بمتابعة جلسات العلاج والإنضباط

بمواقيت البرنامج العلاجي والتطبيق الفعلي لمختلف الواجبات المنزلية، ظهر ذلك من خلال المسار العلاجي الذي عرفته الحالة وبخاصة العلاج النفسي.

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

عرف الحالة (ب،أ) أعراض لإضطرابات سيكوباتولوجية تمثلت في مجموعة من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

- وساوس الأفكار:

- أفكار تسلطية متعلقة بأمور العقيدة والإيمان وعدم القدرة على الإفلاة منها.

- تخیلات جنسية.

- أفكار الشك في نجاسة الماء والأمور المتعلقة بالطهارة.

- الشك في صحة الصلاة.

- الإعتقاد في الأمور المتعلقة بتأثير السحر والقوى الخيبيية على حياة الفرد وصحته.

إضافة إلى الأفعال القهرية التي إنحصرت فيما يلي:

- الغسل المتكرر للأيدي.

- تفقد غلق الأبواب.

- العد الجبري لمختلف الأشياء كالأشجار والأعمدة.

- تكرار طرح الأسئلة.

فزملة الأعراض التي تم تسجيلها مع الحالة توافقت مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري -obsessive-

compulsive disorder (f42) منها:

- أفكار أو إندفاعات أو صور متكررة وثابتة تختبر في وقت ما أثناء الإضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة وتسبب عند الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.
- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى.

تعرف الأفعال القهرية ب(1) و(2):

- سلوكيات متكررة -مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض بأنه مساق لأدائها إستجابة لوسواس، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.
- تهدف السلوكيات أو الأفعال القهرية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فظيع بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتحييده أو منعه أو أنها مفرطة (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ب، أ) مجموعة من الأعراض المرضية المصاحبة لإضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق تجسدت لدى الحالة في أعراض فيزيولوجية متمثلة في خفقان القلب وضيق التنفس وارتجاف الأطراف، إضافة إلى النرفزة وفقدان حالة الهدوء وعدم الإحساس بالراحة والأمان نتيجة نتيجة التعب من المقاومة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية، والتي أكدتها نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث سجلت %91,25 في حالة القلق، و 100 % في سمة القلق.

- تحليل محتوى الفكر:

لقد أصبح تفكير الحالة رهينا لتسلط الأفكار الوسواسية، التي أشار إليها فيستفال (1887) على أنها فكر يأتي إلى العقل على خلاف رغبة المريض، لا يستطيع كبته بالرغم من تعرفه عليه كفكر غير طبيعي (محمد، 2014، 20). بحيث غلب على محتوى التفكير أفكار ترقب

الموت ووساوس العقيدة والطهارة مما أدى إلى الإعتقاد في الأمور الغيبية ومدى فاعليتها في الإصابة بالمرض والتأثير على سيرورة الحياة الشخصية في الحاضر والمستقبل، وهذا ما كان له إنعكاسات سلبية على طبيعة الشخصية وتوازنها النفسي والاجتماعي.

الواقع الأسري والاجتماعي:

الحالة (ب، أ) من أسرة محدودة الدخل المادي، في وسط حي شعبي يقطنه النازحون من الأرياف والقرى، مستواهم الثقافي والإقتصادي متوسط أو دون ذلك، هي ظروف حالت دون مزاولة الدراسة، ليبقى الحالة حبيس شوارع الحي وأزقته لمدة سنوات، مما أثر على صحته النفسية وأدائه الاجتماعي، وأدى إلى اضطراب تفكيره ومعاشه النفسي، نتيجة ما يعرفه من تسلط للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، الأمر الذي دفعه لطلب العلاج في إطار المعطيات الذاتية والموضوعية المتعلقة بالظروف المادية والثقافية للأسرة، فقد أشأ أيمن مزاهرة (2003) إلى أن ظروف الأسرة الاجتماعية والإقتصادية تؤثر كثيرا على ردود فعل الأسرة إتجاه المرض وكيفية التفاعل معه، وتضطلع الأسرة بدور ريادي إزاء الخدمات الصحية، فالأسرة هي المرجع الأساسي الأول لإختيار وتحديد نوعية الخدمات الصحية المطلوبة بمعنى هل يتم الذهاب إلى الطب الرسمي أو الطب الشعبي (دبوشة، 2020، 421).

- تاريخ الاضطراب:

عرف واقع الصحة النفسية للحالة (ب، أ) حالة من القلق وعدم الإستقرار النفسي والإنفعالي في سن 24 سنة نتيجة إفرزات لصراعات فكرية وعقائدية حالت دون التكيف والاندماج مع مقتضيات الحياة الراهنة وما تعرفه من تفتح فكري حضاري، تجلت أعراضه المرضية في تسلط الأفكار والشك، وممارسة مختلف الطقوس والأفعال القهرية التي عرفت درجات مرتفعة الشدة مع مرور السنوات، حيث تم تسجيل 3 محطات بارزة منذ الإصابة بالاضطراب في أعمار زمنية متقاربة (24 سنة، 27 سنة، 29 سنة) والتي عرفت فيها الحالة درجات عالية الشدة لأعراض الاضطراب حالت دون ممارسة الحياة الطبيعية.

- التاريخ الصحي:

تدهور الوضع الصحي للحالة دفعه إلى التردد على العديد من العيادات الطبية نتيجة ما عرفه من آلام متكررة على مستوى القولون والمعدة، والذي إستلزم الفحص بالأشعة، و إجراء تحاليل طبية التي كانت نتائجها مطمئنة على سلامة العضو، فقد يعبر الإضطراب المؤلم عن آلام دائمة لا يمكن تفسيرها بصفة كاملة بإصابة عضوية أو بسيرورة فيزيولوجية، حيث تلعب العوامل النفسية الدور الأكبر (الطيفة، 2016، 96). فالمعاناة المرضية تعود لإضطرابات سيكوسوماتية، نتيجة ما كانت تعرفه الحالة من توتر وقلق.

- المعاش النفسي الراهن:

أظهرت خطابات الحالة عن وجود معاناة نفسية، كانت نتيجة لأفكار إقتحامية أصبحت تسيطر على مجرى التفكير، تمثلت في الشك في نوايا الآخرين من إلحاق الضرر به عن طريق دس السحرفي الأطعمة والحسد والإصابة بالعين، وأفكار تسلطية متعلقة بالخوف من الموت المفاجئ وأمور العقيدة، وصحة العبادات والنظافة، " فالمرضى هنا يحس بسيطرة هذه الأفكار مما يترتب عليه أن يخل بعلاقاته الإجتماعية، بالإضافة إلى تعرضه إلى آلام نفسية حادة، فضلا عما يمتلكه من حالات التردد والشك الدائم بقدراته، نجده يمضي عدة ساعات في سبيل إتخاذ قرار إزاء مسائل بسيطة يعجز في البت فيها ، فضلا عن شعوره بالقلق وإنعدام الثقة بالنفس (أديب، 2015، 80). فهو يعيش حالة من الحيطة والحذر من محيطه الإجتماعي سببت له الكثير من القلق والتوتر، إضافة إلى الأفعال القهرية ومختلف الطقوس الجبرية، مما أدى إلى النمطية من ناحية الخضوع في بعض المواقف وتجنب ملامسة الأشياء والأسطح والإلزام بممارسة طقوس وأعمال معينة ذات علاقة بالحدث والمكان.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5:

كشفت الحالة (ب، أ) عن زملة من الأعراض المرضية من خلال ما عرفته من آلام ومعاناة، توافقت في مجملها مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير DSM/5 والتي توافقت معها نتائج المقياس العربي للوسواس القهري،

حيث سجل لدى الحالة 28 درجة من مجموع 32 درجة من مجموع درجات سلم المقياس، بنسبة قدرت بـ 87,5 % .

- تصورات الحالة للإضطراب:

ترجع الحالة (ب،أ) تفسيراتها للإضطراب والمعاناة النفسية الممثلة في تسلط الأفكار والأفعال القهرية إلى ما ترسب لديها من معتقدات وتمثيلات قائمة على تأثير القوى الخفية (تأثير العين والسحر والحسد وقوى الجن)، فالأفكار الإقتحامية والتسلطية المتعلقة بالشك في (القدارة والعبادة والعقيدة)، والسلوكات المتكررة (تفقد الغاز والأبواب)، وأفعال القهر (غسل اليدين)، وممارسة الطقوس (ترك نصيب من الطعام إلقاء شر مولات الدار)، هي ممارسات تدركها الحالة من الناحية العقلية، وتفقد السيطرة عليها من الناحية الإنفعالية، وقد أشار سليمان بومدين (2009)، أن مجتمعنا العربي مثله مثل بقية المجتمعات يفسر المرض، خاصة البعض منها تفسيرات خاصة به نجدها في الخيال الجمعي للناس أو تصوراتهم وبالتالي تصبح الصحة والمرض وسيلة للتعبير عن المعتقدات والقيم التي يؤمنون بها (دبوشة، 2020،421).

- المسار العلاجي:

عرفت الحالة (ب، أ) إستجابة لتلقي مختلف العلاجات الطبية والتقليدية والنفسية خلال مسارها العلاجي، وقد أشار عبد الحكيم الحسيان وآخرون (2014) إلى أن العلاقة بين الأنماط العلاجية تأخذ طابع الصراع والتنافس أكثر من التعاون والتكامل، إذ أن كل نمط يعتمد إلى إيجاد وتطوير إستراتيجيات بهدف تعزيز مكانته وإبعاد الأنماط العلاجية الأخرى وتهميشها (فيطاس، 2021،10). حيث عرف العلاج التقليدي حضورا قويا مقارنة بباقي العلاجات كونه توافق وطبيعة التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب.

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

بناء على خطابات الحالة فإن التوجه نحو العلاج الطبي كان بدافع الكشف عن العضو المسبب للألم، والتي تعتبر اضطرابات سيكوسوماتية عرفها الحالة نتيجة ما كان يعانيه من قلق وتوتر، حيث تمثلت الإصابة بالمرض في آلام على مستوى القولون وخفقان القلب، ما دفعه إلى التداول على العيادات الطبية التي لم يلمس فيها الفاعلية العلاجية كون دواعي الإصابة بالاضطراب تعود لأسباب نفسية عرفها الحالة من خلال معاشه النفسي وتفاعله مع المحيط السوسيوثقافي، " فالإطار المرجعي الذي يستخدمه المريض في تقييم المرضى إطار علمي إلى حد يزيد أو ينقص ، وذلك على مستوى دول العالم المختلفة والفترات الزمنية المتعاقبة ، ولا تزال هناك منطقة مجهولة في مناخ الطب الحديث ليومنا هذا" (محمد علي وآخرون، 2015، 158).

- العلاج النفسي:

كان أول إقبال للحالة (ب، أ) على العلاج النفسي من باب الإستشارة وفي إطار التسوق العلاجي، نتيجة ما يعرفه من معاناة من تسلط للأفكار والأفعال القهرية، وبغض النظر إلى ما ينسبه لها من تفسيرات، وما عرفه من تسوق علاجي بحثا عن الفاعلية المفقودة ، وهذا ما دفع به إلى طلب التكفل النفسي وفق برنامج علاجي معرفي سلوكي، بعد عملية الفحص والكشف والتشخيص الدقيق ونتائج الإختبارات والمقاييس النفسية، والتي من خلالها كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن نسبة 83,95% ، وهو ما يؤشر على وجود ثقافة إيجابية حول العلاج النفسي لدى الحالة، على غرار تفسيراته لأسباب الاضطراب وتوجهه العلاجي.

العلاج التقليدي:

عرف العلاج التقليدي حضورا قويا لدى الحالة من خلال المسار العلاجي مقارنة بباقي العلاجات، كونه من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بالاضطراب، وبدافع من المحيط الإجتماعي الذي كان له دور كبير في بناء التصورات للمرض والعلاج للحالة، وقد أكدت

إحدى الدراسات أن العوامل الإجتماعية والثقافية هي الأكثر تأثيراً، كالإمتثال في شكل العادات والتقاليد والعوامل المتصلة بالأدوار العلاجية والطبية بمفهومها الثقافي، فالمرض والعلاج يتخذان بنيتهما في داخل شبكة المداولات المرضية بطريقة إجتماعية وثقافية (ملاح، 2013، 90). فالإعتقاد في علاج معين دفع الحالة إلى التداول على مجموعة من المعالجين بالرؤية الشرعية لمرجعيتها الدينية وما ينسب لها من فاعلية التأثير في القوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن، إلا أن نسبية الفاعلية العلاجية المفقودة دفعت الحالة إلى تغيير النمط العلاجي والتردد على المعالجين بغض النظر عن نمط العلاج.

- جدول نتائج القياس القبلي:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل درجات القياسات القبلية.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
87,50 %	قلق شديد	28	المقياس العربي للوسواس القهري	01
91,25 %	ما بين (60-80) قلق شديد	73	مقياس حالة القلق	02
100 %	ما بين (60-80) قلق شديد	80	مقياس سمة القلق	03

-التعليق على النتائج من خلال الجدول:

تمثل نتائج الجدول، درجات القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري ، ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق وسمة القلق، حيث قدرت درجة الوسواس بـ 28 درجة بنسبة 87,50% ، وحالة القلق بـ 73 درجة بنسبة 91,25% وسمة القلق بـ 80 درجة بنسبة 100% وهي نتائج عالية الشدة.

- جدول البرنامج العلاجي:

الجدول يمثل سيرورة العمل العلاجي مع الحالة الأولى وفق تقنيات وأهداف البرنامج المسطر للدراسة.

مراحل العلاج	عدد المقابلات	الأهداف العلاجية	تقنيات العلاج	مدة المقابلة
المرحلة الأولى	المقابلة الأولى	- كسب ثقة الحالة (ب، أ). - التعرف على الواقع النفسي للحالة وتاريخها المرضي ومسارها العلاجي. - تثقيف الحالة فيما يخص طبيعة العلاج وتقنياته وفوائده. - الإتفاق على مكان ومدة العلاج وزمن الجلسات.	- التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية. - الحوار والمناقشة حول الأمور المتعلقة بالاضطراب والمسار العلاجي. - التربية النفسية من خلال شرح الاضطراب وزيف الأفكار. - العقد العلاجي.	45-60 دقيقة
	المقابلة الثانية	- الكشف عن درجة القلق والوسواس وتصورات الحالة حول المرض والعلاج. - التعرف على أفكار الشك والوسوسة. - تقدير درجة الاضطراب.	- الحوار والمناقشة حول المعاش النفسي في ظل اضطراب الوسواس. - التعرف على الفكر اللاتكفي المتعلق بالأفكار والاستجابات التي تسبب الألم. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق وإختبار الأفكار الشائعة.	45-90 دقيقة

45-90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - الحوار السقراطي. - التعرف على المشاعر. - الإسترخاء لجاكسون 	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المفحوص في الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته - تحديد الأفكار الآلية المتعلقة بالعين والسحر والموت - تبسيط مفهوم الوسواس وكيفية علاجها من خلال الرسم. - تمكين المفحوص من التحكم في إدراك الأفكار الآلية والأفعال القهرية. 	المقابلة الثالثة	
45-90 دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> - تحديد المعتقدات من خلال التعرف على التصورات والإفتراسات والمبادئ الراسخة التي شكلت الخريطة المعرفية للحالة باستخدام تقنية تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية. - الإسترخاء بطريقة جاكسون عن طريق التمدد على الأريكة والتنفس العميق. - تقديم الواجب المنزلي(02) وذلك بالقيام بتمارين الاسترخاء وتسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما من خلال جدول. 	<ul style="list-style-type: none"> - الكشف عن مصدر وساوس الأفكار المتعلقة بالشك في السحر والعين - تعريف الحالة على طبيعة المعتقدات ومصدر المعاناة. - تخفيف أعراض التوتر من خلال تقنية الإسترخاء. - تدريب المفحوص على الإسترخاء. - توسيع دائرة إدراك الحالة لأعراض الإضطراب والإنفعالات المصاحبة له 	المقابلة الرابعة	المرحلة الثانية

<p>45 - 90 دقيقة</p>	<p>- تدريب الحالة على الإيقاف الإرادي للأفكار الإيجابية. - تدريب الحالة على إستخدام تقنية تشتيت الانتباه في حالة تسلط الأفكار.</p> <p>- الواجب المنزلي (03) من خلال القيام بالاسترخاء العضلي وتعبئة جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل إستجابات التحكم فيها.</p>	<p>- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للاضطراب والمشاعر السلبية. - تطوير إستجابات ايجابية إتجاهها. - العمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المفحوص.</p> <p>- تدريب الحالة على الإسترخاء العلاجي للتخفيف من حدة القلق. - تحفيز الحالة على تقديم ردود أفعال إيجابية مقابل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>	
<p>45-90 دقيقة</p>	<p>- التغذية الراجعة بتقييم مدى قدرة الحالة في التنبؤ بإدراك الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. - دحض الأفكار المشوهة وتعديلها من خلال إستكشاف الأفكار والمعتقدات الخاطئة ومناقشتها مع الحالة.</p> <p>- الواجب المنزلي (04) الذي يتطلب الاسترخاء وإستخدام جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الإستجابات وردود الأفعال الإيجابية.</p>	<p>- تقييم الأداء العلاجي للحالة. - التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية. - توجيه إنتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه. -إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات. - تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء. - تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال. - تغيير الظروف لإحداث التغيير في الأفكار والسلوك. - تقوية منع الإستجابة.</p>	<p>المقابلة السادسة المقابلة السابعة</p>	<p>المرحلة الثالثة</p>

45 -	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مدى قدرة الحالة على تسجيل إستجابات إيجابية في دحض الأفكار الوسواسية والتحكم في الأفعال القهرية.</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي. التحكم في الأفكار والعمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية.</p> <p>- توضيح سخافة الأفكار.</p> <p>- إدراك المفحوص أن التفكير في الأشياء يكون أسوأ من الأشياء ذاتها.</p> <p>- التدريب على التفكير الإيجابي.</p> <p>- توجيه الإنتباه إلى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.</p>	المقابلة الثامنة	
90 دقيقة	<p>-تعديل الأفكار اللاعقلانية من خلال تصحيح الأخطاء وتقديم البدائل والخيارات.</p> <p>- التفكير بتدرجات الرمادي - الواجب المنزلي (05) حيث يطلب من الحالة تطبيق الإسترخاء العضلي وجدول المراقبة الذاتية وتعديل المعتقد.</p>			
45 -	<p>-التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج الإسترخاء العضلي ومراقبة الأفكار المشوهة وتعديلها.</p> <p>- تأكيد الذات وذلك بالطلب من الحالة أن تعبر عن كل إنفعال نحو المواقف والأشخاص.</p> <p>-التفكير الإيجابي حيث يقوم المعالج بتدريب الحالة على كيفية تعبيره عن الطاقة ورفع الروح المعنوية.</p>	<p>- تقييم نتائج الواجب المنزلي. التدريب على المواجهة.</p> <p>- تقوية المناعة النفسية عن طريق التحكم في الأفعال والأفكار.</p> <p>- المرونة في التفكير وتعزيز السلوك الإيجابي.</p> <p>- رفع الروح المعنوية وتعزيز التفاعل الإيجابي مع مختلف المواقف.</p>	المقابلة التاسعة	
90 دقيقة	<p>- الواجب المنزلي(06) حيث يطلب من الحالة تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي وتسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة</p>			

	<p>في التحكم في التفكير والسلوك في مختلف المواقف.</p>			
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج العمل العلاجي للحالة ونتائج الواجب المنزلي.</p> <p>- المراقبة الذاتية حيث يطلب من الحالة رصد الموقف أو السلوك غير المرغوب فيه المتمثل في الفعل القهري.</p> <p>- التفكير الإيجابي بتوجيه التفكير نحو التفاؤل والوعي نحو الإدراك الإيجابي.</p> <p>- الواجب المنزلي رقم (07) يتمثل في الطلب من الحالة تسجيل عدد الإستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك.</p>	<p>- تقييم نتائج المستوى العلاجي.</p> <p>- التدرج بالمفحوص للتعريض وتدريبه عليه.</p> <p>- التدرج و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه.</p> <p>- مساعدة المريض على إستبدال الأفكار السلبية المثيرة للقلق بأفكار إيجابية.</p> <p>- تجنب الحالة لمثيرات القلق.</p> <p>- تأكيد الذات ورفع مستوى تقدير الذات.</p> <p>- تعزيز التحكم في السلوك من خلال الواجب المنزلي</p>	<p>المقابلة العاشرة</p>	

<p>45 - 90 دقيقة</p>	<p>- التغذية الراجعة بالتعرف على إستجابات الحالة الإيجابية مقابل التعرض للمواقف المثيرة للقلق. -المراقبة الذاتية للأفكار التسلطية والأفعال القهرية. - التفكير الإيجابي عن طريق رفع الروح المعنوية والتفاؤل بالذات. - الواجب المنزلي (08) المتضمن الطلب من الحالة الإستمرار في ممارسة الإسترخاء.</p>	<p>- تعزيز العمل العلاجي. - تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات. - تشجيع الحالة على التعبير والتفريغ الإنفعالي. - تجنب مثيرات القلق زمسيباته. - مراقبة الأفكار السلبية والسلوكيات وردود الأفعال. -التدرب على الوعي والادراك.</p>	<p>المقابلة الحادية عشر</p>	<p>المرحلة الرابعة</p>
<p>45-90 دقيقة</p>	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مردود العمل العلاجي. - التفكير الإيجابي والتفاؤل بأهمية الإستمرار في العلاج ودوره الفعال في إستقرار الحالة النفسية للحالة.</p>	<p>- تقييم نتائج العمل العلاجي. -التعرف على الصعوبات التي لا تزال تواجه المفحوص وتحول دون تحقق نتائج العلاج. - تمكين المفحوص من تعلم مهارات جديدة - تعزيز نتائج العلاج.</p>	<p>المقابلة الثانية عشر</p>	
	<p>-التفكير الإيجابي برفع الروح المعنوية للحالة.</p>	<p>- القياس البعدي.</p>		

45-90 دقيقة	- تقديم المقياس العربي للوسواس القهري. - تقديم مقياس سبيلبيرجر للقلق.	- تقييم نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	المقابلة الثالثة عشر	
45 - 90 دقيقة	- التربية النفسية من خلال تقديم معلومات حول أهمية العلاج الذاتي في الحفاظ على سلامة الصحة النفسية. - التفكير الإيجابي برفع روح التفاؤل	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. - التمهيد والتحضير النفسي - لإنهاء جلسات العلاج -إنهاء البرنامج العلاجي - -الوقاية من الانتكاسة.	المقابلة الرابعة عشر	
-45 60 دقيقة.	-الحوار والمناقشة حول المعاش النفسي ومدى قدرة الحالة على التحكم في طبيعة الأفكار والسلوكيات.	- جلسة تتبعية بهدف التعرف على مدى إستمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر.	المقابلة الخامسة عشر	المرحلة الخامسة

- التعليق على البرنامج العلاجي:

خضعت الحالة (ب، أ) لتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي دامت جلساته 14 جلسة، تجسد من خلال ممارسة التقنيات العلاجية والتدريب على مختلف الفنيات بعد تحديد شدة الإضطراب أثناء القياسات القبلية لدرجة الوسواس والأفعال القهرية ودرجة القلق، وذلك بهدف الكشف عن الفاعلية العلاجية المفقودة خلال المسار بعد القياسات البعدية.

- جدول نتائج القياس البعدي: يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوساوس القهرية:

العبارة	عدد	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	02
عبارات الإجابة ب (لا)	09	03
المجموع	32	05
النسبة المئوية		%15,62

تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهرية عن إنخفاض في درجات الوسواس والأفعال القهرية التي قدرت بـ 05 درجات ما يعادل نسبة 15,62% .

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سيبليبرجر لحالة القلق :

يمثل الجدول التالي نتائج القياس البعدي لحالة القلق.

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارة السالبة	09	00	00	00	من 1 إلى 4	09
10	العبارة الموجبة	00	01	00	10	من 4 إلى 1	13
20	المجموع	09	01	00	10		22
درجة القلق		من 21 إلى 40				قلق طبيعي	
النسبة المئوية		%27,5					

- التعليق على نتائج المقياس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق 22 درجة بنسبة 27,5% وهو ما يشير إلى وجود قلق موضوعي.

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سيبيليرجر لسمة القلق :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	09	02	00	01	من 1 إلى 4	17
10	العبارات الموجبة	00	01	00	07	من 4 إلى 1	10
20	المجموع	09	03	00	08		27
درجة القلق		من 21 إلى 40				قلق طبيعي	
النسبة المئوية		33,75%					

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس سمة القلق 27 درجة بنسبة 33,75%، وهو ما يشير إلى قلق موضوعي.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الأولى:

تمثل النتائج المسجلة على الجدول التالي مقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للمجموعة من المقاييس النفسية:

نتائج القياسات البعدية		نتائج القياسات القبلية		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
15,62%	05	87,50%	28	المقياس العربي للوسواس القهري
27,5%	22	91,25%	73	مقياس حالة القلق
33,75%	27	100%	80	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

تمثل نتائج القياسات البعدية مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الإصابة بالوسواس والأفعال القهرية، إذ إنخفضت شدة الإضطراب المقدر في القياس القبلي بـ 28 درجة ما يعادل نسبة 87,50 % إلى 05 درجات، بنسبة 15,62% ، إضافة إلى تسجيل إنخفاض كبير في درجات القلق في القياس البعدي مقارنة بنتائج القياس القبلي، حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 73 درجة، ما يعادل نسبة 91,25 % إلى 22 درجة بنسبة 27,55%، وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من 80 درجة والتي تقدر بنسبة 100% إلى 27 درجة بنسبة 33,75 % وهي نتائج تعبر عن حالة وسمة قلق طبيعي، تعود لأسباب موضوعية، فنتائج القياسات البعدية تشير إلى مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

- خلاصة:

تعاني الحالة (ب، أ) من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية بناء على زملة الأعراض المرضية التي توافقت في مجملها مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992)، التي كشفت عن الدرجة العالية الشدة لكل من الوسواس والأفعال القهرية التي يعاني منها الحالة.

عرف المعاش النفسي (ب، أ)، حالة من التوتر والقلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، تجسدت في زملة الأعراض المعبرة عن القلق.

لقد كان لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي فاعلية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى الحالة (ب، أ) من خلال نتائج القياسات البعدية المشار إليها ، مقارنة بنتائج القياسات القبلية التي كانت درجاتها عالية الشدة، والتي عرفت الحالة قبلها مسار علاجي تقليدي تمثل في الرقية ومختلف الممارسات التقليدية، وذلك لما تحمله من قداسة دينية وإعتقاد في فاعليتها العلاجية لتأثيرات القوى الخفية في الإصابة بالمرض، الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن، حيث ترددت الحالة على مجموعة من المعالجين بحثا عن الفاعلية العلاجية والذين إختلفت تفسيراتهم لطبيعة الإضطراب وبعده العلاجي.

كشفت نتائج القياسات البعدية عن فاعلية علاجية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كان التوجه العلاجي للحالة نحو العلاج النفسي بناء على ما عرفته من معاناة لطبيعة الأعراض الممثلة في تسلط الأفكار والشك والأفعال القهرية وسلوكات الجبر والمراجعة، سعيا منها وبحثا عن الفاعلية العلاجية.

إعتمد المعالج النفسي في تشخيص طبيعة إضطراب الوسواس والأفعال القهرية بناء على ما قدمته الحالة من أعراض مرضية توافقت مع معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج المقاييس النفسية، إضافة إلى دراسة الحالة التي سمحت له للكشف عن التاريخ المرضي والتعرف على مختلف العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالإضطراب.

عرفت الممارسة العلاجية تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي من قبل المعالج النفسي، وبالمشاركة الإيجابية للمتعالج عبر جلسات العلاج ومن خلال التفاعل مع مختلف التقنيات والفنيات العلاجية والواجبات المنزلية.

إن التوجه العلاجي التقليدي للحالة الممثل في (الرقية الشرعية) كان من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كونه ناجم عن القوى

الخفية الممثلة في السحر والعين وتلبس الجن وغيرها من التأثيرات الميتافيزيقية، في ظل وجود ثقافة نفسية كشفت عنها نتائج إختبار الأفكار الشائعة التي سبق الإشارة إليها، وهو ما يشير إلى أن وجود إعتقاد الحالة في العلاج الشعبي الذي عرف حضورا قويا ، وظفت من خلاله حمولتها الثقافية وما يفرضه المخيال الإجتماعي، باعتبار المريض وحده ليس المسؤول عن تفسير أسباب الإضطراب وإختيار المسار العلاجي.

الحالة الثانية البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ن، ي.

الجنس: ذكر.

السن: 27 سنة.

المستوى الدراسي: شهادة جامعية.

الوظيفة: بدون عمل.

الحالة المدنية: أعزب.

المستوى المعيشي: جيد.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: مفتوح.

سبب الإستشارة: معاناة من تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

طبيعة الإستشارة: بطلب من الحالة.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة طويل القامة، ذو بنية قوية متناسقة من حيث الطول والوزن، أسود الشعر والعينين و أبيض البشرة، ملاح وجهه تعبر عن معاش نفسي يسوده الصراع والقلق، هندامه لائق، مهتم بمظهره.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: يستعمل لغة بسيطة للتعبير عن واقع نفسي يسوده الألم والمعاناة.

طبيعة الصوت: نبرة خفيفة للتعبير وشرح الأحداث والوقائع.

نوعية الأفكار: أفكار الشك والتسلط، الشعور بالذنب، أفكار وسواسية ذات علاقة بأمور غيبية (العين والسحرو تلبس الجن).

طبيعة السلوكات: أفعال القهرية، بصورة نمطية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ن،ي) ذكر يبلغ من العمر 27 سنة، أعزب ، حامل لشهادة جامعية، نشأ وترعرع في أسرة صغيرة مكونة من الوالدين والإخوة، تتميز بطابع المحافظة على المبادئ والقيم الأخلاقية، الأب أستاذ والأم مأكثة في البيت ، يحتل المرتبة الأولى لثلاث إخوة، ذكرين وأنثى، جميل المظهر، أنيق الهندام، يعاني البطالة، تربطه علاقة جيدة وقوية مع والديه وإخوته، له تعلق كبير بالأم مقارنة بالأب، عرف في صغره بخوفه من الأشباح المعروفة (بالغولة)، يعاني حاليا من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي يرى أنها سبب تدهور حالته النفسية التي دفعته إلى طلب المساعدة والعلاج.

- عرض المقابلات:

من الأحداث المرضية البارزة التي عرفها الحالة في معاشه النفسي والاجتماعي، والتي عرضها خلال المقابلات، تعرضه لوعكة صحية في سن 13 سنة، والتي تم تشخيصها على على حد قوله أنها حساسية صدرية، كما يذكر أنه عانى في مرحلة المراهقة في سن 17 سنة من الأفكار الوسواسية إذ يقول: (كي كنت صغيرا نتمشى على حبات الكارلاج الجدد، المكسرين ما نفوتش عليهم، ما نحسش روعي غاية)، إضافة إلى الإلتزام الديني الشديد في سن 18 سنة أثناء تحضيره لشهادة البكالوريا، حيث يرى أنه عانى من أفكار تسلطية متعلقة بالإصابة بالعين والسحر والمس الجنى إذ يقول: (فالنهار أنخمم فيه وفالليل نخمم فيه)، كما يضيف أنه عانى من أفكار الشك والشعور بالذنب والخوف من الإصابة بالعين على حد تعبيره: (ما نحسش أنجود نخاف أيعينوني، ولا ندخل فالرياء)، (مين نكون لابس غاية نخاف أيعينوني).

يقول الحالة (ن، ي)، أنه يعاني حاليا وهو في سن 27 سنة من الخجل ونقص الثقة في النفس والشعور بالذنب على مدار الساعات والأيام، والتوتر المصحوب بأعراض فيزيولوجية متمثلة في تنمل الأطراف والتعرق، الإسهال وسرعة ضربات القلب، وعدم الشعور بالراحة والهدوء ... ، إضافة إلى الشك في وجود الجرائم عند ملامسته للأشياء وتسلط الأفكار المتعلقة بالإصابة بالعين والحسد من الآخرين في محيطه الاجتماعي، وكذلك الخوف والتنبؤ للإغماء المفاجئ إذ يقول: (دروك نطيح نتغاشي)، أفكار متعلقة بالموت تقولي: (ضروك تموت، ضروك كاش ما يصراالي)، كما يشتكي من تذكر تفاصيل مملة وإحاح أفكار لا يستطيع الهرب منها، حيث يلاحقه شريط أحداث اليوم بطريقة مزعجة، والشعور بالذنب وبإندفاعات متعلقة بإيذاء النفس والآخرين وتسلط الأفكار السلبية كتوقع حدوث مصائب (حادث مرور) أثناء برمجة رحلة مع العائلة في كل مرة، وأفكار الشك في الأطعمة على أنها محشوة بالسحر، فالحالة وعلى حسب تعبيره يقول أن هذه الأفكار التسلطية تحدث له بشكل دائم طوال ساعات اليوم مصحوبة بقلق شديد، ما يدفعه حسب ما أدلى به إلى بذل مجهود من أجل مقاومتها أو محاولة السيطرة عليها كونها تعارض أداء مهامه وتحد من مشاركته الاجتماعية، كما أشار الحالة زيادة على تسلط الأفكار أنه يعاني كذلك من الأفعال القهرية المتمثلة في تفقد غلق الأبواب والنوافذ داخل البيت وخارجه إذ يقول: (نطلع للغرفة ونعاود نرجع)، وأنه بعد الخروج من البيت يعود لتفقد غلق الباب، فهو يرى أن هذه الأفكار تجبره على ممارسة سلوكيات معينة على حد تعبيره: (تقولي كون ما ديرش هاك تموت)، (فوت من هذي البلاصة ما يصراالك والو)، ومراجعة الأشياء أكثر من مرة للإحساس بالراحة، إضافة إلى العد القهري مثل أعمدة الكهرباء ودرجات السلالم وغيرها من الأشياء، ويضيف كذلك قائلا: (نكون نسوق نشوف كاعط في الطريق لازم نفوت عليه)، (حكاولي على واحد مريض أيا بقيت ندفل)، فهو يرى نفسه حاليا يمضي ساعات طوال مجبرا على ممارسة هذه الأفعال التي أصبحت تسبب خلا كبيرا في أداء دوره الاجتماعي، مضيفا أنه أصبح مستسلما لها غير قادر على مقاومتها، نتيجة ما يصحبها من توتر وقلق لوضعه العام.

عبر الحالة (ن، ي) عن خوفه في فترة الصبى من الأشباح على حد قوله: (كنت نخاف من الغولة)، أما حايا فيرى أنه يعتقد في وجود تأثير لقوى غير مرئية ممثلة في الإصابة

بالعين والسحر وتلبس الجنى، وأنها سبب الإصابة بالقلق الشديد وتسلط الأفكار والأفعال القهرية، (أفكار متعلقة بالموت، المرض، الشك في النظافة والقدارة) ، إذ يرى أن هذه القوى يمكن أن تتحكم في الإنسان وتغير مجرى حياته، حيث يفسر العجز الجنسي عند الرجل بأعمال الربط والعين والسحر، ويوجب في علاجها اللجوء إلى العلاج الديني والروحي مثل قراءة القرآن والذكر والصلاة وأداء العمرة وغير ذلك، كونها علاج لكافة الإضطرابات.

يرى الحالة (ن،ي) أن معاناته النفسية وما صاحبها من قلق وتوتر نفسي وإنفعالي منذ تاريخ الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، دفعه إلى مباشرة العلاج الديني الممثل في الرقية بآيات من القرآن الكريم من طرف الوالد كونه مشبع بالثقافة الدينية، بالإضافة إلى تناول الأعشاب الطبية المتمثلة في الحلبة وغيرها من مستحضرات الطب البديل، كما يضيف أنه في بعض المرات كان يقوم برقية نفسه بتلاوة القرآن في كأس من الماء ثم يشربه كلما عاوده الإحساس بأعراض الإضطراب، وكان هذا على مدار 10 سنوات، مؤكداً أنه كان يفضل العلاج بالرقية على العلاج النفسي، فهو يرى أن العلاج النفسي يعرضه لكشف كل العيوب والهواجس أمام المعالج، إضافة إلى أنه ليس بعلاج شائع في مجتمعه، نتيجة ما يعرفه من حساسية عند عامة الناس، إلا أنه في سن 27 سنة على حد تعبيره، ونتيجة لإستمرار المعاناة والقلق الشديد الذي إعتراه والخوف ونقص الثقة بالنفس توجه إلى طلب العلاج النفسي عن قناعة و برغبة منه.

- تطبيق المقاييس:

تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح .

- جدول المقياس العربي للوساوس القهرية: يمثل الجدول نتائج درجة الوسواس لدى الحالة:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	21
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	06
المجموع	32	27
النسبة المئوية		%84,37

- تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس القبلي للمقياس العربي للوساوسو الأفعال القهرية عن درجة مرتفعة الشدة قدرت بـ 27 درجة، بنسبة 84,37 %، وهو ما يعكس المعاش النفسي المضطرب للحالة جراء تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق: يمثل الجدول نتائج حالة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارة السالبة	00	00	03	06	من 1 إلى 4	33
10	العبارة الموجبة	02	07	02	00	من 1 إلى 4	33
20	المجموع	02	07	05	06		66
	درجة القلق	من 61 إلى 80				قلق شديد	
	النسبة المئوية	%82,5					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن وجود حالة قلق شديد قدرت بـ 66 درجة، بنسبة 82,5 % ، وهي النتيجة التي تعكس مقدار القلق الذي تعاني منه الحالة، والتي ترافقت مع خطاباتها.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

يمثل الجدول نتائج سمة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	00	02	10	من 1 إلى 4	46
10	العبارات الموجبة	04	03	00	01	من 4 إلى 1	26
20	المجموع	04	03	02	11		72
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%90					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج مقياس سمة القلق المقدر بـ 72 درجة بنسبة 90 % ، وهي النتيجة التي تعبر عن سمة قلق جد مرتفعة.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي: يشير الجدول إلى النتائج المسجلة في إختبار الأفكار الشائعة لدى الحالة:

النسب	لا أدري	النسب	خاطئة تماما	النسب	صحيح جزئيا	النسب	صحيحة	الأبعاد	العدد	الفقرات	الرقم
00%	00	81,5%	13	% 12,5	02	6,25%	01	ميدان الطب النفسي	16	(16-1)	0 1
15,38%	02	30,76 %	04	15,38 %	02	38,46 %	05	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	13	(17-29)	0 2
% 00	00	%75	15	%10	02	15%	03	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	20	(30-49)	0 3
% 00	00	64,28 %	09	07,14 %	01	28,57 %	04	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	14	(50-63)	0 4
% 00	00	%100	06	% 00	00	%00	00	كيفية التعامل مع المريض النفسي	06	(64-69)	0 5
%00	00	%83,3 3	05	% 00	00	16,66 %	01	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	06	(70-75)	0 6
%00	00	%83,3 3	05	% 00	00	%16,6 6	01	العلاجات غير الدوائية	06	(76-81)	0 7

ال										
م										
ج										
م										
وع										
	02,19%	02	70,37%	57	08,64%	07	18,51%	15	81	

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

تشير النتائج المسجلة في إختبار الأفكار الشائعة لدى الحالة (ن، ي) عن وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ 70,37% ، حيث أشارت نتائج مختلف أبعاد الإختبار الممثلة في الطب النفسي بـ 81,5%، والطبيب النفسي وكيفية التعامل معه بـ 75% وثقافة التعامل مع المريض النفسي بـ 100% وهو ما يدل على إطلاع الحالة ودرابته بالطب النفسي وما يتعلق به، إضافة إلى النتائج المسجلة في بعد الإضطراب النفسي المقدرة بـ 64,28% والإضطرابات الأخرى المقدر بـ 83,33%، والبعد المتعلق بمختلف العلاجات غير الدوائية والذي قدرت نسبته بـ 83,33% وهي نسب تؤكد الرصيد العلمي والمعرفي للحالة ومدى شمولية إطلاعه حول ثقافة العلاج النفسي ومختلف أبعاده، بعكس ما تم الإدلاء به حول طبيعة التصورات والتفسيرات لأسباب الإضطراب وتوجهه العلاجي التقليدي.

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

إن ما تم ملاحظته من سلوكيات وأفعال، وما أدلى به الحالة (ن، ي) في سياق المقابلات العيادية، تم الكشف من خلاله عن معاناة وآلام نفسية تجلت مظاهرها في المزاج الحزين والخجل نتيجة فقدان الثقة في النفس، وتصورات وتفسيرات لاعقلانية عن أسباب الإصابة بالمرض نتيجة إعتقاده في تأثير قوى خارقة إنطوت تحتها زملة من الأعراض الممثلة في الشك في أمور الطهارة والقذارة، تسلط أفكار الموت والإصابة بالعدوى والجراثيم وحدث مصائب، إضافة إلى ممارسة طقوس وأفعال قهرية كتفقد الأبواب والعد الجبري، وقد تم ملاحظة أعراض فيزيولوجية تمثلت في كثرة التعرق، تنمل الأطراف والإسهال كتعبير من الحالة عن القلق، كما أبدى نوعاً من الإستعداد لتلقي العلاج النفسي بعد فشل مساعيه بالعلاج

المنزلي الممثلة في الرقية وإستخدام الأعشاب الطبية، إضافة إلى إلتزامه بالعقد العلاجي ومحتواه.

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

تعرف الحالة (ن، ي) زملة من الأعراض المرضية الممثلة فيما يلي:

- وساوس الأفكار المتمثلة في:

- تسلط أفكار الإصابة بالعين والحسد والموت المفاجئ.

- الشك في الجرائم وانتقال العدوى عند ملامسة الأسطح.

- أفكار الشك في دس السحر في الأطعمة.

- إندفاعات حول إيذاء النفس والغير.

- إلحاح أفكار سلبية متعلقة بحدوث مصائب.

أما الأفعال القهرية فيمكن حصرها فيما يلي:

- تفقد غلق الأبواب والنوافذ.

- سلوكيات خارجة عن الإرادة نتيجة دوافع داخلية.

- المراجعة المتكرر للأعمال بغية التأكد والإطمئنان.

- العد الجبري للأشياء.

فزملة الأعراض المشار إليها حسب ما أدلت به الحالة وما تم ملاحظته توافقت مع

معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب

الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يلزم وجود إما وساوس

أو أفعال قهرية أو كلاهما، وهو ما تم الإشاره إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ن، ي) مجموعة من الأعراض المرضية المصاحبة لإضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق تجسدت لديها في التوتر المصحوب بأعراض فيزيولوجية متمثلة في تنمل الأطراف والتعرق، الإسهال وسرعة ضربات القلب، وعدم الشعور بالراحة والهدوء وفقدان الثقة بالنفس نتيجة عدم القدرة على المقاومة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وهي أعراض أكدتها نتائج اختبار سيبليبرجر للقلق، حيث سجلت %82,5 في حالة القلق، و 90 % في سمة القلق.

تحليل محتوى الفكر:

طغى على تفكير الحالة (ن، ي) الأفكار الوسواسية ذات الطبيعة السحرية، كون الأعراض المرضية تحمل طابع الشك في السحروتأثير العين والمس، وغيرها من الأمور المتعلقة بالقوى الغيبية، على مدار ساعات اليوم، إضافة إلى طابع التسلط والإلحاح ومختلف الإندفاعات ذات الطبيعة العدوانية حول إيذاء الذات والغير، كما عرف التفكير السلبي للحالة تأثيرا وبشكل مباشر على طبيعة السلوكات والأفعال بطريقة قهرية، كون الأفكار من صميم " المعتقدات التي تعتبر أكثر أفكار الإنسان مركزية عن النفس، ويشير بعض العلماء إليها بالمخططات أو المنظومات المعرفية، ويفرق بيك (1964) بين الإثنين بأن المخططات هي تركيبات معرفية في عقل الإنسان، وأن محتويات هذه التركيبات هي المعتقدات الجوهرية " (جوديك، 2013، 255). فإضطراب التفكير لدى الحالة يرجع إلى طبيعة التصورات والتمثلات الثقافية التي تم تكوينها عن طريق التفاعل بين إدراك الحالة لمختلف المواقف والأحداث ومعطيات البيئة السوسيوثقافية.

- الواقع الأسري والاجتماعي:

تلقى الحالة (ن، ي) تربية دينية في وسط أسرة نووية محافظة على القيم الإسلامية والأعراف الاجتماعية، ما انعكس على طبيعة أفكاره ونمط سلوكاته من حيث الالتزام بأداء العبادات والإمتثال لمختلف القيم والمعايير الأخلاقية والاجتماعية، وحضور قوي للشعور

بالذنب وللأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، كمحاولة منه لتجنب فشل محتمل تمثل في (الباكالوريا، الإصابة بالعين، الرياء في العبادات)، وقد أشار أوتو فينجل (1969) أنه بتحليل العصائيين القهريين يتبين أن لديهم قلقا إجتماعيا متعلقا بإحتمال فشل محاولتهم لتهدئة شعورهم بإثم خطير، وشعورهم بأنهم آثمون يمكن أن ينقلب إلى خوف إجتماعي مزمن، وطبيعي أن الشخص مسرف العدوانية اتجاه العالم الخارجي لاشعوريا، لديه كل ما يحمله على الإعتقاد بأن العالم لن يحبه، إن العصابي القهري إذ يخاف من إنفعالاته يخاف من الأشياء التي تثيرها هذه الإنفعالات (سعفان، 2014، 69).

- تاريخ الإضطراب:

عرف ظهور أعراض الإضطراب لدى الحالة (ن، ي) في حدود مرحلة المراهقة (18 سنة) التي تزامنت مع إلتزامه في أداء العبادات كمحاولة منه للإمتثال لما يملى عليه من أفكار وتصورات للتخفيف من القلق وتجنب الإخفاق والفشل في تحقيق الطموحات، مما أدى إلى حدة تسلط الأفكار وممارسة طقوس وأفعال بطريقة قهرية، وهو ما تناولته دراسة ستاكتي Steketee (1991) التي كشفت أن مرضى الوسواس والأفعال القهرية الذين لديهم تدين زائد لديهم أعراض وسواس وأفعال قهرية مرتبطة بالطقوس السيئة الزائدة (سعفان، 2014، 68).

- التاريخ الصحي:

كشفت الحالة (ن، ي) عن محطتين بارزتين للواقع الصحي، تمثلت الأولى في الحساسية على مستوى الصدر والجهاز التنفسي في سن 13 سنة، والثانية تعلقت بإضطراب الحالة النفسية وما عرفته من معاناة جراء إضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

- المعاش النفسي الراهن:

عبرت خطابات الحالة (ن، ي) عن وضع نفسي مضطرب تجلت ملامحه في المزاج الحزين والمكتئب، وذلك جراء ما يعرفه من أعراض فيزيولوجية لحالة القلق وأفكار تسلطية تراوده على مدار ساعات اليوم متعلقة بالعدوى والجراثيم والإغماء والخوف من الموت

المفاجئ والتنبؤات السلبية بأحداث المستقبل، حيث عرف سلوك التجنب والشك حضوراً قويا أثر على ثقته بنفسه و تفاعله الإجتماعي، كما كان للوساوس السحرية والخوف من القوى الخفية الممثلة في العين والحسد تأثير واضح على معاشه النفسي والإجتماعي نتيجة الحيلة والحذر وترقب الخطر، إضافة إلى الأفعال القهرية الممثلة في سلوكات التفقد والمراجعة والعد الجبري للأشياء وممارسة طقوس ذات علاقة بطبيعة التصورات والمعتقدات. فقد كشفت إحدى الدراسات أن "نسبة كبيرة من المرضى الذين يعانون الوسواس القهرية لفترة طويلة وقعوا في حبال الإكتئاب، ولوحظ عليهم الحزن وعدم الإهتمام وفقد الشهية والوزن وغير ذلك لطبيعة المرض المقلقة والمتعبة وعجز المريض عن مقاومتها، لكن بعد العلاج تتحسن هذه الأعراض الإكتئابية" (شريف سالم، 2008، 82).

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 نتائج الإختبارات:

أسفر تحليل خطابات الحالة والملاحظة العيادية لمختلف السلوكات والإيماءات عن وجود زملة من الأعراض لإضطراب تعيشه الحالة، توافقت في مجملها مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، والتي توافقت مع نتائج المقياس العربي للوسواس القهري، أين سجلت الحالة (27) درجة من 32 درجة إجمالية لسلم المقياس، ما يعادل نسبة 84,37%، ما يشير إلى وجود درجة عالية الشدة للإضطراب، كان لها بالغ الأثر على المعاش النفسي والإنفعالي.

- تصورات الحالة للإضطراب:

بنت الحالة (ن، ي) تفسيراته وتصوره لما يراوده من تسلط للأفكار وفقدان السيطرة على التحكم في الأفعال ومختلف الممارسات المتعلقة بالتكرار والمراجعة والسلوكات التجنبية إلى تأثير قوى (العين والسحر والحسد) وما لها من تأثير يهدد سلامة صحته وكيانه النفسي والإجتماعي، فقد أشار علي المكاوي (1984) إلى أنه في ظل غياب تفسيرات علمية للمرض وأسبابه ذهب (آموند) إلى إعتقاد تفسيرات ثقافية متصلة بالسحر والدين والقوى فوق طبيعية كمفسرات لأسباب المرض والعلاج (ملاح، 2013، 33)، ما دفعه إلى الإلتزام بتلاوة الأذكار والأدعية لإعتقاده في فاعليتها في التحصين والعلاج ضد تأثيرات هذه القوى.

- المسار العلاجي:

عرف العلاج التقليدي حضوراً قوياً لازماً للتاريخ المرضي للحالة من بداياته، وإستمر لعدة سنوات كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإضطراب، بخلاف العلاج النفسي الذي كان آخر محطة علاجية في المسار العلاجي.

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

لم يعرف التوجه نحو العلاج الطبي لدى الحالة محطات بارزة ذات علاقة بالإضطرابات التي كان يعاني منها، كونه يعتقد أن الإستشارة الطبية خاصة بالأمراض الظاهرة، في حين ما يعانيه من صراع وتسلط للأفكار والأفعال القهرية هي إضطرابات خفية لا علاقة لها بالطب، وقد أشار (ريموند فيرث) في دراسة أعدها للهنود الحمر (لهالويل) وجد أنهم يعتبرون الأمراض الظاهرة كالكسور ونزلات البرد وألم الأسنان والإمساك أمراض طبيعية وعارضة، أما الأمراض الخفية التي لها أعراض غريبة تعتبر سحراً وبالتالي يلجأ المريض إلى أحد السحرة أو العرافين لفك السحر الأسود (ملاح، 2013، 33).

- العلاج النفسي:

أظهرت الحالة رغبة في تلقي العلاج النفسي بعد فشل مساعيها العلاجية التي عرفت قناعة بمحدودية فاعليتها، حيث كان التوجه نحو العلاج النفسي من باب الإستشارة والتجريب، وكون الحالة على دراية وثقافة بالعلاج النفسي التي كشفت عنها نتائج إختبار الأفكار الشائعة، حيث قدرت بنسبة 70,37%، ما ساهم وبشكل ملحوظ في التفاعل مع البرنامج العلاجي من حيث الإلتزام بتوقيت الجلسات وتطبيق مختلف التقنيات والفنيات العلاجية، حيث تناول العمل العيادي الكشف عن الإضطراب والتاريخ المرضي للحالة وطبيعة التصورات لأسباب الإضطراب وتوجهه العلاجي، من خلال إجراء قياسات قبلية وكذا قياسات بعدية بهدف الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الأعراض المرضية

لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، من خلال تطبيق البرنامج العلاجي المعد لهذا الغرض.

- العلاج التقليدي:

بخلاف العلاجات الرسمية، إتخذ الحالة (ن،ي) من العلاج التقليدي نموذجاً علاجياً لمعاناته النفسية المصحوبة بأعراض فيزيولوجية وإنفعالية، منذ تاريخ الإصابة بإضطراب تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، حيث تمثل العلاج في الرقية الشرعية لمرجعيتها الدينية وما تعرفه من قداسة وإعتقاد في فاعليتها، كما أقدم الحالة على تناول مستحضرات الطب البديل المتمثلة في الأعشاب الطبية كعلاجات تكميلية، فالتوجه إلى هذا النمط من العلاج كان من باب الإعتقاد في فاعليته، إضافة إلى كونه "قريب من المريض من جهة التكاليف وتقارب المستوى الإجتماعي وإستخدام لغة ومصطلحات عامية نابعة من الثقافة الإجتماعية. والبيئية تمثل علاجاً نفسياً وإجتماعياً" (دبوشة، 2020، 424). فكل هذه العوامل ساهمت بشكل كبير في تبني الحالة لنمط العلاج التقليدي في مسارها العلاجي بحثاً عن الفاعلية المفتقدة لسنوات من الزمن، منذ تاريخ الإصابة بالإضطراب.

- جدول مجموع نتائج القياسات القبليّة:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل درجات القياسات القبليّة.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
87,33%	قلق شديد	27	المقياس العربي للوسواس القهري	01
82,5%	ما بين (60-80) قلق شديد	66	مقياس حالة القلق	02

03	مقياس سمة القلق	72	ما بين (60-80) قلق شديد	90%
----	-----------------	----	-------------------------	-----

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت نتائج درجات القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري عن 72 درجة بنسبة 84,37% ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 66 درجة بنسبة 82,5% ، وسمة القلق عن 72 درجة بنسبة 90% ، وهي نتائج ذات شدة عالية.

- جدول البرنامج العلاجي للحالة الثانية:

الجدول يمثل سيرورة العمل العلاجي مع الحالة (ن، ي) وفق تقنيات وأهداف البرنامج المسطر للدراسة.

مراحل العلاج	عدد المقابلات	الأهداف العلاجية	تقنيات العلاج	مدة المقابلة
المرحلة الأولى	المقابلة الأولى	- كسب ثقة الحالة (ن، ي). - التعرف على الواقع النفسي للحالة وتاريخها المرضي ومسارها العلاجي. - تثقيف الحالة فيما يخص طبيعة العلاج وتقنياته وفوائده. - الإتفاق على مكان ومدة العلاج وزمن الجلسات.	- التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية. - الحوار والمناقشة حول الأمور المتعلقة بالإضطراب والمسار العلاجي. - التربية النفسية من خلال شرح الإضطراب وزيف الأفكار. - العقد العلاجي.	45-60 دقيقة
		- تعزيز الثقة مع الحالة (ن، ي). - الكشف عن درجة القلق والوساوس وتصورات الحالة حول المرض والعلاج.	- التعرف على الفكر اللاتكفي المتعلق بالأفكار والإستجابات التي تسبب الألم.	

45-90 دقيقة	- التربية النفسية. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق وإختبار الأفكار الشائعة.	- التعرف على أفكار الشك والوسوسة. - تقدير درجة الاضطراب.	المقابلة الثانية	
45-90 دقيقة	- الحوار السقراطي. - التعرف على المشاعر. - الإسترخاء على طريقة جاكبسون. - تقديم واجب منزلي (1) يتضمن التدريب على الإسترخاء والتسجيل على الجدول الأفكار التلقائية والأفعال القهرية.	- مساعدة المفحوص في الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته. - تحديد الأفكار الآلية ومساعدة المفحوص على إستبدالها بأفكار أكثر واقعية. - تبسيط مفهوم الإضطراب وعلاجه من خلال تجسيده في صورة. - تمكين المفحوص من التحكم في إدراك الأفكار الآلية والأفعال القهرية.	المقابلة الثالثة	
-45 90 دقيقة	- تحديد المعتقدات والتصورات والإفتراضات والمبادئ الراسخة التي شكلت الخريطة المعرفية للحالة باستخدام تقنية تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية. - الإسترخاء على طريقة جاكبسون . - تقديم الواجب المنزلي(02) وذلك بالقيام بتمارين الاسترخاء العضلي. - تسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما من خلال جدول.	- الكشف عن طبيعة الأفكار الآلية. - استكشاف طبيعة المعتقدات ومصدر الانحرافات المعرفية. - تخفيف أعراض التوتر من خلال تقنية الإسترخاء. - تدريب المفحوص على الإسترخاء. - توسيع دائرة إدراك الحالة لأعراض الإضطراب والإنفعالات المصاحبة له	المقابلة الرابعة	المرحلة الثانية
	- تدريب الحالة على الإيقاف الإرادي للأفكار الإجتياحية.	- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للاضطراب والمشاعر السلبية.		

<p>45 - 90 دقيقة</p>	<p>- تدريب الحالة على إستخدام تقنية تشتيت الانتباه في حالة تسلط الأفكار.</p> <p>- الواجب المنزلي (03) من خلال القيام بالاسترخاء العضلي وتعبئة جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل إستجابات التحكم فيها.</p>	<p>- تطوير إستجابات ايجابية إتجاهها.</p> <p>- العمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المفحوص.</p> <p>- تدريب الحالة على الإسترخاء العلاجي للتخفيف من حدة القلق.</p> <p>- تحفيز الحالة على تقديم ردود أفعال إيجابية مقابل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>	
<p>45-90 دقيقة</p>	<p>- التغذية الراجعة بتقييم مدى قدرة الحالة في التنبؤ بإدراك الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p> <p>- تسجيل الأفكار الآلية الأوتوماتيكية المتعلقة بالأفكار الوسواسية.</p> <p>- دحض الأفكار اللاعقلانية وتعديلها من خلال إستكشاف الأفكار والمعتقدات الخاطئة ومناقشتها مع الحالة.</p> <p>- الواجب المنزلي (04) الذي يتطلب</p> <p>-الاسترخاء العضلي وإستخدام جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الإستجابات وردود الأفعال الإيجابية.</p>	<p>- تقييم الأداء العلاجي للحالة.</p> <p>- التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية.</p> <p>- توجيه إنتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه.</p> <p>-إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات.</p> <p>- تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء.</p> <p>- تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال.</p> <p>- تغيير الظروف لإحداث التغيير في الأفكار والسلوك.</p> <p>- تقوية منع الإستجابة.</p>	<p>المقابلة السادسة والسابعة</p>	<p>المرحلة الثالثة</p>
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مدى قدرة الحالة على تسجيل إستجابات إيجابية في دحض الأفكار الوسواسية وإلغاء الأفعال القهرية.</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي.</p> <p>التحكم في الأفكار والعمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية.</p>		

<p>- 45 90 دقيقة</p>	<p>- تعديل المعتقدات والأفكار المشوهة من خلال تصحيحها وتقديم البدائل والخيارات. - التدريب على التفكير بتدرجات - الرمادي. - الواجب المنزلي (05) حيث يطلب من الحالة تطبيق الإسترخاء العضلي وجدول المراقبة الذاتية وتعديل المعتقد.</p>	<p>- توضيح سخافة الأفكار. - إدراك المفحوص أن التفكير في الأشياء يكون أسوأ من الأشياء ذاتها. - التدريب على التفكير الإيجابي. - توجيه الإنتباه إلى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.</p>	<p>المقابلة الثامنة</p>	
<p>- 45 90 دقيقة</p>	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج الإسترخاء العضلي ومراقبة الأفكار المشوهة وتعديلها. - إعادة البناء المعرفي بتعليم الحالة كيف تصبح أكثر وعياً مقابل أفكارها المضطربة. - تأكيد الذات وذلك بالطلب من الحالة أن تعبر عن كل إنفعال نحو المواقف والأشخاص. - التفكير الإيجابي حيث يقوم المعالج بتدريب الحالة على كيفية تعبيرها عن الطاقة ورفع الروح المعنوية. - الواجب المنزلي (06) حيث يطلب من الحالة تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي وتسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك في مختلف المواقف.</p>	<p>- تقييم نتائج الواجب المنزلي. - التدريب على المواجهة. - تقوية المناعة النفسية عن طريق التحكم في الأفعال والأفكار. - المرونة في التفكير وتعزيز السلوك الإيجابي. - رفع الروح المعنوية وتعزيز التفاعل الإيجابي مع مختلف المواقف.</p>	<p>المقابلة التاسعة</p>	
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج العمل العلاجي للحالة ونتائج الواجب المنزلي. - التفكير الإيجابي بتوجيه التفكير نحو التفاؤل والوعي نحو الإدراك الإيجابي. - المراقبة الذاتية.</p>	<p>- تقييم نتائج المستوى العلاجي. - التدرج بالمفحوص للتعرض وتدريبه عليه.</p>		

		<p>-التدريب و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه.</p> <p>- مساعدة المريض على إستبدال الأفكار السلبية المثيرة للقلق بأفكار إيجابية.</p> <p>- تجنب الحالة لمثيرات القلق.</p> <p>- تأكيد الذات ورفع مستوى تقدير الذات.</p> <p>- تعزيز التحكم في السلوك من خلال الواجب المنزلي</p>	المقابلة العاشرة	
45 - 90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة بالتعرف على إستجابات الحالة الإيجابية مقابل التعرض للمواقف المثيرة للقلق.</p> <p>- تعزيز تأكيد الذات وتشجيع الحالة على التعبير عن مختلف الإنفعالات</p> <p>- التفكير الإيجابي عن طريق رفع الروح المعنوية والتفاؤل بالذات.</p> <p>- الواجب المنزلي (08) المتضمن الطلب من الحالة الإستمرار في ممارسة الإسترخاء.</p>	<p>- تعزيز العمل العلاجي.</p> <p>- تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات.</p> <p>- تشجيع الحالة على التعبير والتفريغ الإنفعالي.</p> <p>- تجنب مثيرات القلق زمسبباته.</p> <p>- مراقبة الأفكار السلبية والسلوكيات وردود الأفعال.</p> <p>-التدريب على الوعي والادراك.</p>	المقابلة الحادية عشر	المرحلة الرابعة
45-90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مردود العمل العلاجي.</p> <p>- الحوار السقراطي حول دور العلاج في الإستقرار النفسي.</p> <p>- إعادة البناء المعرفي من خلال تعليم الحالة كيفية إستخدام التقنيات العلاجية مقابل الأفكار المضطربة.</p>	<p>- تقييم نتائج العمل العلاجي.</p> <p>-التعرف على الصعوبات التي لا تزال تواجه المفحوص وتحول دون تحقق نتائج العلاج.</p> <p>- تمكين المفحوص من تعلم مهارات جديدة</p> <p>- تعزيز نتائج العلاج.</p>	المقابلة الثانية عشر	

		- التفكير الإيجابي والتفاؤل بأهمية الإستمرار في العلاج ودوره الفعال في إستقرار الحالة النفسية للحالة.		
45-90 دقيقة		-التفكير الإيجابي برفع الروح المعنوية للحالة. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري. - تقديم مقياس سبيلبيرجر للقلق.	- القياس البعدي. - تقييم نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	المقابلة الثالثة عشر
45 - 90 دقيقة		- الترتيب النفسية من خلال تقديم معلومات حول أهمية العلاج الذاتي في الحفاظ على سلامة الصحة النفسية. - التفكير الإيجابي برفع روح التفاؤل	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. - التمهيد والتحضير النفسي - لإنهاء جلسات العلاج -إنهاء البرنامج العلاجي - -الوقاية من الانتكاسة.	المقابلة الرابعة عشر
-45 60 دقيقة.		-الحوار والمناقشة حول المعاش النفسي ومدى قدرة الحالة على التحكم في طبيعة الأفكار والسلوكيات.	- جلسة تتبعية بهدف التعرف على مدى إستمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر.	المقابلة الخامسة عشر
	المرحلة الخامسة			

- التعليق على البرنامج العلاجي:

تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي مع الحالة (ن، ي) وفق درجة وشدة الإضطراب وطبيعة التصورات والتمثلات لأسباب الإصابة، حيث دامت جلساته 13 جلسة، تم من خلالها تطبيق التقنيات والفنيات العلاجية، بهدف التخفيف من حدة أعراض الإضطراب الذي تعاني منه الحالة.

- جدول نتائج القياس البعدي :

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوساوس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	02
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	01
المجموع	32	03
النسبة المئوية		%07,37

تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهرية عن إنخفاض في درجات الوسواس والأفعال القهرية التي قدرت بـ 03 درجات ما يعادل نسبة 09,37%.

- جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لحالة القلق :

يمثل الجدول التالي نتائج القياس البعدي لحالة القلق.

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارة السالبة	04	05	00	00	من 1 إلى 4	14
10	العبارة الموجبة	00	00	03	08	من 4 إلى 1	14
20	المجموع	09	01	00	10		28
درجة القلق		من 61 إلى 80			قلق شديد		

النسبة المئوية	35%
----------------	-----

- التعليق على نتائج المقياس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق 28 درجة بنسبة 35% وهو ما يشير إلى وجود قلق موضوعي.

- جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لسمة القلق :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	09	03	00	00	من 1 إلى 4	15
10	العبارات الموجبة	00	01	01	06	من 4 إلى 1	11
20	المجموع	09	03	00	08		26
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		32,5%					

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس سمة القلق 26 درجة بنسبة 32,5%، وهو ما يشير إلى قلق موضوعي.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثانية:

نتائج القياسات البعيدة		نتائج القياسات القبليّة		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
07,37%	03	84,37%	27	المقياس العربي للوسواس القهري

مقياس حالة القلق	66	%82,50	28	%35
مقياس سمة القلق	72	%90	26	%32,5

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

تشير نتائج القياسات البعدية مقارنة بنتائج القياسات القبلية مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الإصابة بالوساوس والأفعال القهرية، حيث إنخفضت شدة اضطراب الوسواس في القياس القبلي من 84,37 % إلى 07,37%، إضافة إلى تسجيل تحسن كبير في سمة وحالة القلق مقارنة بما تم تسجيله في القياس القبلي حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 82,50% إلى 35%، والتي تعتبر حالة قلق طبيعية، وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من 90% إلى 32,5% والتي تمثل كذلك سمة قلق طبيعي، فالنتائج المحققة في القياسات البعدية مؤشر إيجابي على فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

- خلاصة:

الحالة (ن،ي) تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، الممثل في تسلط الأفكار المتعلقة بالتحرز من الإصابة بالعدوى والجراثيم والشك في أمور العين والسحر والحسد، إضافة إلى الأفعال القهرية الممثلة في التفقد والتكرار والعد الجبري، التي توافقت في مجملها مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992).

عرف المعاش النفسي للحالة (ن،ي) حالة من التوتر والقلق المصاحب لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية، تجسدت في أعراض القلق ونتائج مقياس سبيلبيرجر للقلق.

كشفت نتائج القياسات البعدية للمقياس العربي للوسواس والأفعال القهرية مدى فاعلية البرنامج العلاجي المرفي السلوكي في خفض اضطرابات الوسواس والأفعال القهرية، وذلك من خلال الفارق الكبير بين نتائج القياسات القبلية والبعدية لدرجات الاضطراب.

عرف البرنامج العلاجي النفسي فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

بناء على طبيعة الأعراض المرضية للوسواس القهرية وما تشكله من معاناة نفسية للحالة، كان التوجه نحو العلاج النفسي إلتماسا للشفاء وبحثا عن الفاعلية العلاجية.

إعتمد المعالج النفسي في تشخيص الإضطراب لدى الحالة (ن، ي) على مجموع الأعراض العيادية التي توافقت مع معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج المقياس العربي للوسواس القهرية.

تم تطبيق البرنامج العلاجي النفسي من قبل المعالج النفسي، وبمشاركة المتعالج وتفاعله مع مختلف التقنيات والفنيات وأداء الواجبات المنزلية.

بعد إتخاذ العلاج التقليدي كمسار علاجي، وفي ظل التفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب، كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة إيجابية حول الطب النفسي ومختلف ميادينه العلاجية.

الحالة الثالثة:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ع ، و .

الجنس: أنثى.

السن: 26 سنة.

عدد الإخوة: 3 ، 2 إناث، وذكر.

الرتبة: الرابعة.

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي.

الوظيفة: بدون مهنة.

الحالة المدنية: عزباء.

المستوى المعيشي: جيد.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة نفسية من أفكار الشك والفعل القهري.

طبيعة الإستشارة: بطلب من العائلة.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة ذات قامة طويلة ، نحيفة الجسم، أعين سود وبشرة بيضاء، ترتدي حجاب محتشم، مظهرها لائق وجميل، ملامح وجهها حزينة.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: لغة الحالة مفهومة و بسيطة عبرت من خلالها عن معاشها النفسي وأفكارها المتسلطة.

طبيعة الصوت: يستخدم نبرة هادئة وبطيئة في سرد مجريات الأحداث.

نوعية الأفكار: أفكار الشك والتسلط ، لا عقلانية، تجسد معتقداتها في تأثير القوى الخفية (الجن ، العين والسحر).

طبيعة السلوكات: الأفعال القهرية، وممارسات الطقوس السحرية.

تقديم الحالة:

الحالة (ع، و) من جنس أنثى تبلغ من العمر 26 سنة، عزباء، توقفت عن مزاولة دراستها في السنة الثالثة ثانوي، ثم التحقت بعدها بمركز التكوين المهني، نشأت في أسرة صغيرة مكونة من الوالدين والإخوة، ترى نفسها مدللة مقارنة بأخوتها، تربطها علاقة قوية مع أبيها، تتذكر الكثير من الأحداث التي عاشتها في طفولتها، إذ ترى أنها كانت كثيرة الخوف منذ الصغر قائلة: (كانوا يخوفونا من الغولة باه نرقدو)، كما تذكر أنها عرفت في مرحلة المراهقة حالة من الحزن والإحباط نتيجة عدم تقبلها للتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لمرحلة البلوغ كبروز الخصائص الأنثوية وتغير ملامح جسمها، معتبرة ذلك سببا محرجا كونه حرما من اللعب خارج البيت معللة ذلك بقولها: (كنت نلبس أربع تريكاوات غير باه ما نبانش)، كما تضيف أنها كانت جد متعلقة بأختها الكبرى التي سبب لها فراقها حزنا كبيرا بعد زواجها وهي في سن 18 سنة، وهي الآن كثيرة الشعورها بالذنب وتأنيب الضمير، خاصة في الأمور المتعلقة بالمعاملات، زيادة على إهتمامها المبالغ فيه بالمرأة من أجل الإطمئنان على جمالية شكلها وصورتها.

عرض المقابلات :

تقول الحالة أن البدايات الأولى للإضطراب والمعاناة النفسية كانت في سن 19 سنة، أين بدأت تهتم بما تعلق بالعين والحسد من محيطها الاجتماعي وأعمال السحر وتأثيراتها، مما أشعرها بالآلام على مستوى الرأس وتنمل أطراف الجسم وتشنج الأرجل ، وفي سن 20 سنة وفي محل العمل عند أحد الخواص وعند سماعها للقرآن تقول الحالة أنه أغمي عليها، لتبدأ معاناتها من تسلط الأفكار الوسواسية في سن 21 سنة، و التي كانت متعلقة بالشك في الإصابة

بالعين والسحر والحسد، وبقيت على هذا الحال إلى غاية سن 25 سنة، و بعد مرور سنة على خطبتها تقول الحالة أن درجة الألم والمعاناة زادت في حداثها نتيجة التفكير الزائد والقلق والضغط النفسي بسبب إرتباطها بشخص لم تكن لها رغبة في الزواج منه، حيث عرفت في هذه الفترة التي تزامنت مع هذا الحدث مجموعة من الأعراض المرضية المتمثلة في إضطراب العادة الشهرية على حد قولها (مرتين في الشهر)، ضيق التنفس، فقدان الشهية، إرتفاع ضغط الدم وتوتر العلاقة مع الأم.

تذكر الحالة (ع ، و) معاناتها من تسلط الأفكار الوسواسية ذات العلاقة بأمر العقيدة، والخوف من الموت والإصابة بالمرض معبرة عن ذلك بقولها: (راني نمتنع عن الأكل نقول كون ناكل تلصقلي ونموت، نتفكر واحد من لافامي لسقتلوا ومات)، إضافة إلى الشك في الإصابة بالعين والسحر على حد تعبيرها: (نحس واحد يمشي من ورايا)، الشك في الصلاة: (نقول نسيت ركعة)، ووجود صور ومشاهد غير أخلاقية تفرض نفسها بشدة ملازمة لها أثناء أدائها للصلاة، وفي الوضوء يكون الشك بالزيادة أو بالنقصان، أو إنتقاص الطهارة فتقول: (كنت نشك فالوضوء نقول بلاك غسلت 4 مرات بدل 3 مرات ، نتوضى ونقول بلاك نسيت عضو ما غسلتوش)، وتضيف الحالة أنها تعاني كذلك من ضعف الثقة في النفس وفقدان الشهية في الطعام وإضطراب الدورة الشهرية، وأنها أصبحت تكره قدوم الليل نتيجة تسلط أفكار الموت والتفكير السلبي حسب ما أدلت به: (فالليل نخم أنا علاه حاجة ما صدقتليش في حياتي كل شيء مكفس)، زيادة على هذا تشتكي الحالة معاناتها من بعض الممارسات والطقوس التي تقوم بها بصورة قهرية كقيامها برش ماء جافيل عند مدخل البيت بعد إنصراف الضيوف خوفا من السحر، وتفقد غلق الأبواب والهاتف عند شحنه لعدة مرات، وتفقد حافضة النقود ومراجعة أشياء كثيرة عديدا من المرات مؤكدة ذلك بقولها: (لو كان ما نديرش هاك نتلق)، إضافة إلى وساوس النظافة وغسل الأعضاء وبخاصة اليدين تقول: (كي نقلب أي حاجة تقولي بلاك فيها ميكروب)، وترى نفسها ملزمة بتجنب لمس أي شيء خوفا من نقل الميكروب على حد تعبيرها: (نقعد ملعقة يدي كي نقلب حاجة نخاف الميكروب)، حيث ترى أن هذا الأخير سبب لها الإحساس بالملل وفقدان الصبر، وتوتر الأعصاب والكثير من التوتر والقلق ما جعلها تحس بالتعب ، وضيق في التنفس.

كما تتحاشى الحالة دخول الغرفة التي تم فيها تغسيل الأخ المتوفي، بسبب إعتقادها في وجود تأثير للقوى الخفية المتمثلة في عالم الجن والأرواح

إن المعاناة النفسية للحالة (ع، و)، تخللتها مجموعة من الممارسات العلاجية المختلفة و التي لخصتها من خلال ما أدلت به في المقابلات، إذ تقول أنها في سن 19 سنة زارت أحد محلات الراقات رفقة الأهل من باب الفضول، مؤكدة أن هذا كان سببا لبداية معاناتها النفسية وقلقها وشكها في أمور متعلقة بالسحر، وفي سن 21 سنة ونظرا لسوء وضعها الصحي والنفسي قامت بإستشارة طب الأشعة حول القولون، وبعدها بشهر مباشرة تقول أنها تابعت علاجاً تقليدياً من طرف أحد الراقاة الذي شخص لها المرض على أنه سحر مأكول ، وتمثل العلاج في الرقية والضغط على الأصابع والضرب الخفيف للبطن، والذي دام حوالي سنة ونصف، حيث كانت النتيجة سلبية حسب رأيها وتقول أن حالتها لم تبقى على ما كانت عليه، بل زادت حدة الإضطراب، وتضيف أنه بعد 4 أشهر ونظرا لفشل العلاج مع الراقي الأول وإستمرار حالة المعاناة والضغط النفسي توجهت لمعالج شعبي آخر، وهو الذي شخص حالتها بتلبس الجنى، حيث قام في الجلسة الأولى بوضع الخاتم في يدها وطلب الزواج منها، مدعياً أنه يكلم الجنى المتلبس بها، وفي الجلسة الثانية إستخدم بعض العيدان وتلاوة آيات من القرآن الكريم وقام بلمس جسدها، وهو الأمر الذي إستدعى حالة من الغضب والخوف ومقاطعة العلاج حسب ما أدلت به، لتتوجه بعدها لمعالج شعبي آخر والذي لم يلبي هو كذلك رغبتها العلاجية كونه يزعمها بما يقوم به من ممارسات (الرش بالماء) وكلمات (أخرج ، أخرج)، وبعد 20 يوماً تقريبا تقول أن الأعراض بقيت على حالها أين تم إحضار راقي آخر إلى البيت، والذي كان يرقئها مرة في الأسبوع لمدة شهرين، لكنها إضطرت إلى التوقف عن متابعة جلسات العلاج حسب ما صرحت به بسبب ما كان يقوله الراقي من كلمات (نجيب سمهاوش يخرج لي فيك)، وتقول أنها لم تعد تقتنع بأي راق بسبب ممارسات السحر والشعوذة.

- جدول تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري:

خلال المقابلات العيادية تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	21
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	07
المجموع	32	28
النسبة المئوية		%87,50

- تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج الإختبار عن إرتفاع درجات الوسواس القهرية والتي قدرت بـ 28 درجة، بنسبة %87,50 ، وهي النتيجة التي تمثل واقع المعاناة التي عرفتتها من خلال أعراض وسواس الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	00	01	01	08	من 1 إلى 4	34
11	العبارات الموجبة	03	05	03	00	من 1 إلى 4	33
20	المجموع	04	03	03	10		67

قلق شديد	من 61 إلى 80	درجة القلق
	%83,75	النسبة المئوية

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

- تشير نتائج مقياس حالة القلق كانت شديدة والتي بلغت 67 درجة، وهي النتيجة التي تعكس مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، بنسبة قدرت بـ %83,75.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	01	00	11	من 1 إلى 4	46
10	العبارات الموجبة	04	04	00	00	من 4 إلى 1	28
20	المجموع	04	05	00	11		74
	درجة القلق	من 61 إلى 80				قلق شديد	
	النسبة المئوية	%92,5					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج المقياس عن ارتفاع درجة سمة القلق والتي قدرت بـ 74 درجة بتقدير قلق شديد، بنسبة %92,5، كون الحالة على إستعداد دائم للقلق ومعاناة مستمرة من أفكار الشك والتسلط والأفعال القهرية ومختلف الضغوطات الإجتماعية.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي :

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	لا أدري	النسب
1	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	07	%43,75	00	% 00	09	% 56.25	00	%00
2	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	10	% 76.92	00	%00	03	% 23,07	00	%00
3	(30-49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	04	% 20	01	%05	15	% 75	00	% 00
4	(50-63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	07	% 50	00	00%	07	% 50	00	% 00
5	(64-69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	02	% 33,33	01	16,66 %	03	% 50	00	% 00
6	(70-75)	06	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	01	16,66%	00	00%	05	% 83,33	00	%00
7	(76-81)	06	العلاجات غير الدوائية	03	% 50	01	16,66 %	02	% 33.33	00	00%

ال	م	ج	م	وع	//	81	//	34	41,97%	03	03,7%	44	54,32%	00	00%
----	---	---	---	----	----	----	----	----	--------	----	-------	----	--------	----	-----

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

من خلال النتائج المسجلة في إختبار الأفكار الشائعة تبين لنا وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي لدى الحالة (ع، و) قدرت بـ 54,32% مقابل 41,97% كتصورات سلبية، وهي النتيجة التي تفيد بأن التوجه نحو العلاج التقليدي كان في ظل غياب الأنا المثقفة ودور كل من المحيط الأسري والإجتماعي في تحديد نمط العلاج التقليدي من خلال تعزيز المعتقدات والتصورات لتأثير الأمور الغيبية في حدوث الإضطراب.

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

تبين لنا من خلال الملاحظة العيادية لسلوكيات الحالة ومختلف ردود الأفعال والأعراض المرضية التي تعاني منها أنها تعيش حالة نفسية مضطربة دلت عليها مظاهر المزاج المكتئب والإحساس بالتعب، الخوف والقلق من الموت والإصابة بالمرض، إضافة إلى النسيان وفقدان الشهية وإضطراب العادة الشهرية وحساسيتها المفرطة لما يملى عليها من أفكار الشك بطريقة تسلطية لأمر متعلقة بالنظافة والعقيدة والعبادات، والإعتقاد في وجود تأثير لقوى خارجية متمثلة في العين والجن والحسد، وقيامها بأفعال وممارسات بطريقة قهرية، كما أبدت الحالة إستعدادها لتلقي العلاج النفسي من خلال سردها لمعاناتها ومجرى تاريخ حياتها المرضية والحالية من خلال الجلسات والإلتزام بالمواعيد وتطبيق مختلف التقنيات والواجبات المنزلية.

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

تعاني الحالة زملة من الأعراض المرضية التي كانت سببا في سوء إستقرارها النفسي والإنفعالي، والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

- وساوس الأفكار المتمثلة في:

- أفكار تسلطية متعلقة بأمور العقيدة.

- التدقيق في محاولة فهم التفاصيل.

- صور متسلطة لمشاهد جنسية ومرضية.

- أفكار الشك في الوضوء والصلاة.

- الشك في الجرائيم ونظافة اليدين.

- إضافة إلى الأفعال القهرية التي تمثلت في:

- التفقد بإستمرار لغلط الأبواب وشحن الهاتف.

- الغسل المتكرر لليدين خوفا من الجرائيم.

- تجنب ملامسة الأسطح بعد الغسل.

- طقوس رش الماء والجافيل بعد إنصراف الضيوف إحترازا من السحر.

فزملة الأعراض المشار إليها حسب ما أدلت به الحالة وما تم ملاحظته توافقت مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يلزم وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما، وهو ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ع، و) مجموعة من الأعراض المرضية التي ترافقت مع اضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق، على المستوى الفيزيولوجي ممثلة في ضيق التنفس وزيادة ضربات القلب وارتجاج الأطراف و اضطراب العادة الشهرية وحالة من الغضب والنرفزة وعدم الشعور بالراحة والهدوء وفقدان الثقة بالنفس نتيجة عدم القدرة على المقاومة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وما تحمله من معتقدات تصورات سلبية، تولد عنها حالة من الإحساس بالتعب والملل وعدم الإستقرار النفسي والإنفعالي وهي أعراض أكدت نتائج اختبار سيبيليرجر للقلق، حيث سجلت %83,75 في حالة القلق، و %92,5 في سمة القلق.

تحليل محتوى الفكر:

إن طبيعة التفكير لدى الحالة يغلب عليه طابع الشك والتسلط، و كثرة التدقيق والتحليل نتيجة الإهتمام بالتفاصيل لمختلف المواضيع، وخاصة أمور العقيدة.

كما غلب طابع الإلزام والقهر على أفعال وسلوكات الحالة فهي فاقدة لإرادة التحكم، كون هذه الممارسات والطقوس خارجة عن نطاق السيطرة بإعتبار أن الحالة مدركة للفعل وغير قادرة على التحكم الإنفعالي معتبرة أن تلك السلوكيات تخفف من قلقها وتوترها.

إن ما تعاني منه الحالة في الوقت الراهن هو نتاج المعتقدات والمخيل الفكري الجمعي الذي تم تكوينه في سنوات الطفولة، ترسيخا للإيمان بتأثير القوى الخفية (الجن، السحر، العين)، ما جعلها تعيش نوعا من التهديد لفقدان الأمن والسلامة الذاتية، بإعتبار المرض النفسي " مجموعة من الإنطباعات أو التمثلات والمعارف الفكرية والعقلية التي إكتسبها الإنسان من خبرته الشخصية أو من الإتجاهات الثقافية حول المرض من حيث نوعه كأن يكون عقليا أو نفسيا أو إجتماعيا أو بدنيا أو روحيا أو من حيث أسبابه كأن تكون أسبابا طبيعية أو أسبابا ميتافيزيقية مرتبطة بما فوق الطبيعة" (الصاوي، 2017، 39).

الواقع الأسري والإجتماعي:

لقد عرفت العلاقة الوالدية للحالة نوعا من التدليل الزائد، خاصة من قبل الأب مقارنة بباقي الإخوة كونها البنت الصغرى والأقرب في علاقتها منه، وهو ما جعلها تعرف رتبة

وهشاشة نفسية تجسدت في عدم القدرة على التكيف مع مستجدات الأمور والأحداث، حيث أشارت دراسة هونج (Honj ,1988) إلى أن "أساليب المعاملة الوالدية كالرفض والحماية الزائدة والإهمال تعجل بظهور الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأبناء " (سعفان، 2014، 70). والتي كانت جلية في نظرتها لصورة الجسم وهي في فترة النمو المورفولوجي والتغير الفيزيولوجي وما يعرفه من إضطرابات هرمونية، إضافة إلى فقدان الأخ الذي شكل لها صدمة الفراق وتصورات سلبية فيما يتعلق بالموت وعالم الأرواح، إضافة إلى زواج الأخت التي كانت تربطها بها علاقة قوية، جعلها وحيدة في سن 18 سنة بعدما فارقت مقاعد الدراسة، لتجد نفسها حالياً تعاني من ضغط نفسي وتسلط للأفكار والهواجس بعد الخطبة وقلق سبب لها إضطراب العادة الشهرية وفقدان الشهية.

تاريخ الإضطراب:

بغض النظر عما عرفته الحالة من إضطرابات تخللت عملية النمو النفسي والإنفعالي، فإن مرحلة المراهقة وبداية البلوغ، كانت بمثابة مقدمات لبداية الإضطراب، الذي تمثلت أعراضه في الحساسية المفرطة والإهتمام الزائد بالأفكار المتعلقة بالسكر والشعوذة وتأثير العين الحاسدة، مما زاد في درجة القلق والمعاناة النفسية والجسدية، أين تعرضت الحالة لإضطرابات هستيرية تمثلت في التشنجات والإغماءات، وهو ما يعتبره فرويد كتعبير رمزي عن معاناتها لصراعاتها المكبوتة، ثم إن الإستمرار على هذا النسق بتعزيز من المحيط لطبيعة المعتقد حتى سن 25 سنة والذي تزامن مع خطبتها من رجل لم تكن لها رغبة الإرتباط به زاد من حدة الإضطراب المتمثل في الشك وتسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بمختلف الممارسات والطقوس وقد فسر فرويد " الأفكار الوسواسية بأنها تظهر نتيجة الكبت، فعندما يفشل الكبت تبدأ أعراض العصاب القهري في الظهور، فالذكريات المكبوتة قد تغيرت قبل ظهورها إلى حيز وعي الفرد" (سعفان، 2014، 82).

التاريخ الصحي:

عانت الحالة من بعض الإضطرابات الصحية نتيجة ما كانت تعرفه من ضغط ومعاناة نفسية تجلت أعراضها في آلام على مستوى القولون العصبي ما إستلزم الإستشارة الطبية

وإجراء فحوص بالأشعة ، بالإضافة إلى تشنجات على مستوى الأطراف وألام الرأس، وإضطراب العادة الشهرية، وحالات الإغماء، وهي أعراض كانت تنتابها في حالات الغضب والقلق الشديد، وقد أظهرت دراسات أن الوسواس يستفحل مع وجود الأمراض العضوية ويتفاقم بتزايد المتاعب إلى درجة يتأخر معها الشفاء، فقد إستغرق علاج % 60-80 من المصابين بالوسواس من عام واحد إلى خمسة أعوام (القايمي، 1996، 93).

-المعاش النفسي الراهن:-

يعرف الواقع الراهن للحالة معاناة نفسية، نتيجة فقدان الموضوع (وفاة الآخ) وكذا فقدان الدعم (زواج الأخت)، إضافة إلى ما تعرفه من شك وخوف من تلقي الأذى الممثل في دس السحر، وممارسات الشعوذة ، كما تشتكي كذلك من أفكار تسلطية متعلقة بالعقيدة وترقب الإصابة بالمرض أوالتعرض لحوادث تؤدي إلى الموت المفاجئ وهذا ما جاء في خطابها: (كون ناكل تلتصلي ونموت)، إضافة إلى وساوس الطهارة وصحة الصلاة، نتيجة لملازمة الصور اللاأخلاقية أثناء تأديتها للعبادة، فمحاولة السيطرة على الأفكار الوسواسية على مدار ساعات اليوم نجم عنه قلق وترقب دائم للخطر، وحسب (ديفيد وبارلو 2004) و ماك فول وويلرشن يريان أن المعتقدات الخاطئة تؤدي إلى إدراك خاطئ للتهديد، وهذا بدوره يثير القلق، وعندما يميل المريض للتقليل من شأن قدرته على التعامل بكفاءة مع هذه التهديدات فان ذلك يزيد من سوء أداء وظيفته، وعندما يأتي بالطقوس السحرية التي يرى أنها الوسيلة المتوفرة الوحيدة للتعامل مع التهديدات فإنه بذلك يهدف إلى خفض مشاعر الحيرة وعدم الإرتياح والعجز لديه (سعفان،2014،92).، أما فيما يخص الممارسات المتمثلة في تفقد الأبواب والنوافذ، والحرص على تجنب ملامسة الأسطح، والغسل المتكرر للأيدي خوفا من الميكروبات على حد قولها: (كي نقلب أي حاجة تقولي بلاك فيها ميكروب)، إضافة إلى ممارسة طقوس تطهيرية ، كرش ماء جافيل بعد خروج الأجنب إعتقادا منها بتعطيل السحر الذي جاؤوا به، فهي ممارسات جبرية للإطمئنان والتخفيف من درجة الشك والقلق الذي ينتابها في كل مرة.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5:

إن ما عرفته الحالة من أعراض مرضية تم الكشف عنها من خلال خطاباتها وما تم ملاحظته خلال الفحص العيادي، توافق مع محكات تشخيص اضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري، أين سجلت الحالة (28) درجة من مجموع 32 درجة إجمالية لسلم المقياس، ما يعادل نسبة 87,5 % بدرجة عالية الشدة، عرفت الحالة من خلالها معاناة في الفكر والسلوك وهو ما أشار إليه حامد زهران (1978)، الذي يرى أن الوسواس فكر متسلط، أما القهر سلوك جبري ويظهر بتكرار وقوة لدى المريض، يلزمه ولا يستطيع مقاومته ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه، رغم وعي المريض وتبصره بغيرأبته وسخفه ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر الشخص بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه ويشعر بالحاح الداخلي للقيام به (غالب، 2014، 27).

- تصورات الحالة للاضطراب: تفسر الحالة معاناتها النفسية وما تعرفه من شك و تسلط لمختلف الأفكار والأفعال القهرية بإرجاعها إلى تأثير القوى الخفية الممثلة في تلبس الجن وتأثير عالم الأرواح الذي تربطه بوفاة أخيها، حيث أصبحت تتحاشى دخول الغرفة التي مات فيها أخوها نظرا لما تحمله من دلالات سلبية و تجنبها لما يمكن أن يعترئها من خوف وقلق وتصور الإصابة بالأذى أو الموت، إضافة إلى الشك في أعمال السحر والشعوذة والعين الحاسدة التي تعتقد في فاعلية تأثيراتها، فالحالة من خلال خطاباتها ترى أن إعتقادها في مثل هذه الأمور يعود لفترة الصبي، ما جعلها تربطه بأسباب اضطرابها ذلك ما توافق مع دراسة فيروز (2013) حول المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وعلاجه والتي خلصت في أحد نتائجها أن هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصورات المرض لدى المريض (الصاوي، 2017، 40).

- المسار العلاجي:

عرفت الحالة من خلال مسارها العلاجي تسوقا علاجيا تمثل في تلقي العلاج الطبي والعلاج النفسي الذي كان كآخر محطة علاجية والذي عرف إقبالا، كون هذا العلاج من جنس التفسيرات والتصورات ذات المرجعية الثقافية للحالة، فقد أشار (مكاوي 1994) على وجود

تباين ثقافي في التعبير عن الألم وكذا التوجه للعلاج المناسب للمرض، ولعل هذا التنوع ضمنى أساسا في ضوء التنشئة الإجتماعية، خاصة أن الإختلافات في سلوك المرضى إتجاه المرض أو العلاج تعكس مجرد أساليب مختلفة مكتسبة ثقافيا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الإجتماعي العام، وفي الكثير من الأحيان ما تتعارض مع التفسيرات الطبية الحديثة، وبالتالي تتناقض مع وسائل العلاج الطبي الحديث (صولة، 2013، 144).

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

كان إقبال الحالة على العلاج الطبي في سن 21 سنة نتيجة لأعراض سيكوسوماتية ممثلة في آلام على مستوى القولون والذي إستلزم إجراء فحص بالأشعة من أجل الإطمئنان على سلامة العضو، إلا أن هذه الآلام كانت تتنابها في كل مرة ما دفعها إلى تغيير وجهتها العلاجية، " فالشكوى الأساسية هي ألم مستمر ومزعج، لا يمكن تفسيره تماما بواسطة عملية فيزيولوجية أو إضطراب بدني، ويحدث غالبا مرتببا بصراع عاطفي أو مشكلات نفس إجتماعية، تكفي لإستنتاج أنها المؤشرات المسببة الرئيسية وينتج عن ذلك زيادة شديدة في المساعدة والإهتمام الشخصي أو الطبي" (عكاشة، 1991، 252).

- العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي كآخر محطة علاجية لمسار علاجي عرف العديد من الطبوع التي أقرت الحالة بمحدوديتها وفشل مساعيها العلاجية وهو ما توافق مع النتيجة النهائية لإختبار الأفكار الشائعة التي قدرت بـ 54,32% ، وهو ما يؤشر على وجود ثقافة لدى الحالة فيما يتعلق بالعلاج النفسي حيث توجهت الحالة لطلب العلاج بناء على ما تعرفه من أعراض مرضية ، حيث تم تخصيص جلسات العلاج من أجل الكشف عن الإضطراب وتاريخه وطبيعته التصورات والتمثلات الثقافية وعلاقتها بالممارسة العلاجية وما عرفته من فاعلية، لتحقيق التشخيص الدقيق وما يتطلبه من تقنيات وفنيات معرفية وسلوكية يتم تداولها وفق برنامج علاجي يشارك فيه المريض مع المعالج، من أجل تحقيق إستقرار نفسي وتحكم إنفعالي

وسلوكي بعد إختفاء الأعراض المرضية لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهذا ما أشارت إليه دراسة فالديرهوغ وآخرون(2007) حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض إضطراب الوسواس القهري، وقد كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المستخدم في الحد من المؤشرات الدالة على الوسواس القهري (بندر، 2016، 31).

- العلاج التقليدي :

لقد عرف العلاج التقليدي حضوراً قوياً خلال المسار العلاجي للحالة (ع، و) مقارنة بالعلاجات الأخرى نتيجة تأثير العوامل السوسيوثقافية التي كان لها دور فاعل في توجيه المسار العلاجي، بإعتبار أن أول مثول للحالة أمام محلات العلاج التقليدي كان من باب الفضول الذي عزز المعتقد في تأثير الأمور الغيبية ونمط علاجها التقليدي، والتي يعتبرها الباحث توريثاً لهذا النمط العلاجي وبعد الإصابة بالإضطراب كان بداية التوجه إلى العلاج الشعبي الممثل في الرقية الشرعية لقداستها بإعتبارها ذات مرجعية دينية على يد مجموعة من المعالجين الذين إختلفت تفسيراتهم لأسباب الإضطراب بين السحر وتلبس الجن، كما إختلفت كذلك ممارساتهم العلاجية التي تنوعت بين الرقية بآيات قرآنية وتجاوزات لا أخلاقية كلامسة مناطق من الجسم مع إستخدام إحياءات مختلفة، لفظية وفعلية لم تلقى إستحسان الحالة، ناهيك عن عدم فاعليتها حسب ما أدلت به، فالعلاج التقليدي لا يخلو من المخاطر والمساوئ سواء عند المعالج نفسه أو في الدواء المقدم للمريض من قبل المعالج الشعبي، فكثير من الحالات عرفت من جراء ذلك تدهوراً في حالتها الصحية والنفسية وزاد الأمر تعقيداً، كون العلاج لا يخضع لأي تشخيصات علمية أو متابعة دورية، لأنه مارس هذا النمط العلاجي في سياق السحرة والمشعوذين ومحترفي هذه المهن بغية الربح السريع ولو على حساب صحة الآخرين، ممن اعتمدوا على الخرافة والإشاعة والغموض (دبوشة، 2020، 425).

- جدول مجموع نتائج القياسات القبالية :

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل الدرجات التي حصلت عليها الحالة من خلال القياسات القبالية.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
87,50%	قلق شديد	28	المقياس العربي للوسواس القهري	01
83,75%	ما بين (60-80) قلق شديد	67	مقياس حالة القلق	02
92,5%	ما بين (60-80) قلق شديد	74	مقياس سمة القلق	03

-التعليق على النتائج من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة في الجدول الدرجات المحصل عليها في القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري ، ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق وسمة القلق، حيث قدرت درجة الوسواس بـ 28 درجة بنسبة 87,50% ، وحالة القلق بـ 67 درجة بنسبة 83,75%، وسمة القلق بـ 74 درجة بنسبة 92,50% وهي نتائج عالية الشدة.

- جدول البرنامج العلاجي للحالة الثالثة:

الجدول التالي يمثل سيرورة العمل العلاجي مع الحالة الرابعة وفق تقنيات وأهداف البرنامج المسطر للدراسة.

مراحل العلاج	عدد المقابلات	الأهداف العلاجية	تقنيات العلاج	مدة المقابلة
		- كسب ثقة الحالة (ع، و).	- التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية.	

45-60 دقيقة	-الحوار والمناقشة حول الأمور المتعلقة بالإضطراب والمسار العلاجي. - التربية النفسية من خلال شرح الإضطراب وزيف الأفكار. - العقد العلاجي.	- التعرف على الواقع النفسي للحالة وتاريخها المرضي ومسارها العلاجي. - تثقيف الحالة فيما يخص طبيعة العلاج وتقنياته وفوائده. - الإتفاق على مكان ومدة العلاج وزمن الجلسات.	المقابلة الأولى	المرحلة الأولى
45-90 دقيقة	-التربية النفسية حول طبيعة الإضطراب وثقافة العلاج. - التعرف على الفكر اللاتكفي المتعلق بالأفكار والإستجابات التي تسبب الألم. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق وإختبار الأفكار الشائعة.	- تعزيز الثقة مع الحالة (ع، و). - الكشف عن درجة القلق والوساوس وتصورات الحالة حول المرض والعلاج. - التعرف على أفكار الشك والوسوسة. - تقدير درجة الاضطراب.	المقابلة الثانية	
45-90 دقيقة	- الحوار السقراطي حول المعاش النفسي في ظل إضطراب الوسواس. - التعرف على المشاعر في واقع الإضطراب . - الإسترخاء على طريقة جاكبسون	- مساعدة المفحوص في الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته. - تحديد الأفكار الآلية المتعلقة بأمور النظافة والعقيدة - مساعدة المفحوص على الإسترخاء. - تمكين المفحوص من التحكم في إدراك الأفكار الآلية والأفعال القهرية.	المقابلة الثالثة	
	- تحديد المعتقدات من خلال التعرف على التصورات والإفتراضات			

<p>-45 90 دقيقة</p>	<p>والمبادئ الراسخة التي شكلت الخريطة المعرفية للحالة بإستخدام تقنية تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية .</p> <p>-الإسترخاء بطريقة جاكبسون عن طريق التمدد على الأريكة والتنفس العميق.</p> <p>- تقديم الواجب المنزلي(02) وذلك بالقيام بتمارين الاسترخاء العضلي - تسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما من خلال جدول.</p>	<p>- الكشف عن طبيعة الأفكار الآلية.</p> <p>- استكشاف طبيعة المعتقدات ومصدر الإنحرافات المعرفية.</p> <p>-تخفيف أعراض التوتر من خلال تقنية الإسترخاء.</p> <p>- تدريب المفحوص على الإسترخاء.</p> <p>- الكشف على طبيعة التفكير الآلي لتحديد النتيجة الإنفعالية.</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>	<p>المرحلة الثانية</p>
<p>- 45 90 دقيقة.</p>	<p>- تدريب الحالة على إستخدام تقنية تشتيت الانتباه في حالة تسلط الأفكار.</p> <p>-تشتيت الإنتباه.</p> <p>- الواجب المنزلي (03) من خلال القيام بالاسترخاء العضلي وتعبئة جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل إستجابات التحكم فيها.</p>	<p>- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للاضطراب والمشاعر السلبية.</p> <p>- التخلص التدريجي من الحساسية لطبيعة الأفكار والتصورات المتعلقة بالأماكن.</p> <p>- تطوير إستجابات ايجابية إتجاهها.</p> <p>- العمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المفحوص.</p> <p>- تدريب الحالة على الإسترخاء العلاجي للتخفيف من حدة القلق.</p> <p>- تحفيز الحالة على تقديم ردود أفعال إيجابية مقابل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>	

45-90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة بتقييم مدى قدرة الحالة في التنبؤ بإدراك الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p> <p>- تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية المتعلقة بالأفكار الوسواسية .</p> <p>- دحض الأفكار المشوهة وتعديلها من خلال إستكشاف الأفكار ومناقشتها مع الحالة.</p> <p>- الواجب المنزلي (04) الذي يتطلب</p> <p>الاسترخاء العضلي وإستخدام جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الإستجابات وردود الأفعال الإيجابية.</p>	<p>- تقييم الأداء العلاجي للحالة.</p> <p>- التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية.</p> <p>- تدريب الحالة على التفكير بنفسها من أجل بناء أفكار جديدة.</p> <p>- توجيه إنتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه متعلقة بالذات والمحيط الإجتماعي.</p> <p>-إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات حول أمور العقيدة والطهارة.</p> <p>- تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء.</p> <p>- تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال.</p> <p>- تغيير الظروف لإحداث التغيير في الأفكار والسلوك.</p>	<p>المقابلة السادسة</p>	المرحلة الثالثة
	<p>المقابلة السابعة</p>			
45 - 90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مدى قدرة الحالة على تسجيل إستجابات إيجابية في دحض الأفكار الوسواسية وإلغاء الأفعال القهرية.</p> <p>-تعديل الأفكار المشوهة واللاعقلانية</p> <p>- ممارسة التفكير بتدرجات الرمادي من خلال تغيير القنوات والتصورات.</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي.</p> <p>التحكم في الأفكار والعمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية.</p> <p>- تقييم المعتقدات المتعلقة بالعقيدة والأمور الدينية.</p>	<p>المقابلة الثامنة</p>	

	<p>-الواجب المنزلي (05) حيث يطلب من الحالة تطبيق الإسترخاء العضلي وجدول المراقبة الذاتية وتعديل المعتقد.</p>	<p>- تغيير التفكير القطبي لدى الحال المتحجر بين الكل وللشيء. - التدريب على التفكير الإيجابي. - توجيه الإنتباه إلى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.</p>		
<p>45 - 90 دقيقة</p>	<p>-التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج الإسترخاء العضلي ومدى قدرة الحالة على التحكم في التفكير والسلوك. - إعادة البناء المعرفي بتعليم الحالة كيف تصبح أكثر وعياً مقابل أفكارها المضطربة. -التفكير الإيجابي حيث يقوم المعالج بتدريب الحالة على كيفية تعبير الطاقة ورفع الروح المعنوية. - الواجب المنزلي(06) حيث يطلب من الحالة تطبيق تقنية الاسترخاء وتسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك في مختلف المواقف.</p>	<p>- تقييم نتائج الواجب المنزلي. - التدريب على المواجهة. - تقوية المناعة النفسية عن طريق التحكم في الأفعال والأفكار. - التخفيف التدريجي من الحساسية للأماكن والأشخاص. - تقوية الثقة بالنفس من خلال تأكيد الذات . - تعزيز النظرة الإيجابية للمواقف والأفكار ومختلف الأحداث.</p>	<p>المقابلة التاسعة</p>	
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج العمل العلاجي للحالة ونتائج الواجب المنزلي.</p>	<p>- تقييم نتائج المستوى العلاجي.</p>		

	<p>- تأكيد الذات وذلك بالطلب من الحالة أن تعبر عن كل إنفعال نحو المواقف والأشخاص.</p> <p>- التفكير الإيجابي.</p> <p>- الواجب المنزلي رقم (07) يتمثل في الطلب من الحالة تسجيل عدد الإستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك.</p>	<p>- تعزيز البناء المعرفي مقابل الأحداث والمواقف المسببة للإضطراب.</p> <p>-التدريب و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه.</p> <p>- تأكيد الذات ورفع مستوى تقدير الذات.</p> <p>- تعزيز التحكم في السلوك من خلال الواجب المنزلي</p>	المقابلة العاشرة	
45 - 90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة بالتعرف على إستجابات الحالة الإيجابية مقابل التعرض للمواقف المثيرة للقلق.</p> <p>- المراقبة الذاتية للأفكار والتصرفات.</p> <p>- التفكير الإيجابي عن طريق رفع الروح المعنوية والتفاؤل بالذات.</p> <p>- الواجب المنزلي (08) المتضمن الطلب من الحالة الإستمرار في ممارسة الإسترخاء.</p>	<p>- تعزيز العمل العلاجي.</p> <p>- تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات من خلال الإحتكاك مع الآخرين في الوسط الأسري والإجتماعي.</p> <p>- تشجيع الحالة على التعبير والتفريغ الإنفعالي.</p> <p>-العمل على التحكم في الوعي والادراك ما يعزز تأكيد الذات.</p>	المقابلة الحادية عشر	المرحلة الرابعة
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مردود العمل العلاجي.</p> <p>- التفكير الإيجابي والتفاؤل بأهمية الإستمرار في العلاج ودوره الفعال في إستقرار الحالة النفسية للحالة.</p>	<p>- تقييم نتائج العمل العلاجي.</p> <p>- رفع الروح المعنوية للحالة.</p> <p>-العمل على اسبصار الحالة بما حققته من نتائج</p>	المقابلة الثانية عشر	

45-90 دقيقة		- تمكين المفحوص من تعلم مهارات جديدة - تعزيز نتائج العلاج.		
45-90 دقيقة	-التفكير الإيجابي برفع الروح المعنوية للحالة. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري. - تقديم مقياس سبيلبيرجر للقلق.	- القياس البعدي. - تقييم نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	المقابلة الثالثة عشر	
45 - 90 دقيقة	- التربية النفسية من خلال تقديم معلومات حول أهمية العلاج الذاتي في الحفاظ على سلامة الصحة النفسية. - التفكير الإيجابي برفع روح التفاؤل	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. - التمهيد والتحضير النفسي - لإنهاء جلسات العلاج -إنهاء البرنامج العلاجي - -الوقاية من الانتكاسة.	المقابلة الرابعة عشر	
-45 60 دقيقة.	-الحوار والمناقشة حول المعاش النفسي ومدى قدرة الحالة على التحكم في طبيعة الأفكار والسلوكيات.	- جلسة تتبعية بهدف التعرف على مدى إستمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر.	المقابلة الخامسة عشر	المرحلة الخامسة

- التعليق على البرنامج العلاجي:

لقد تمكنت الحالة (ع، و) رفقة المعالج من خلال الخضوع لتطبيقات البرنامج العلاجي الذي دامت جلساته 14 جلسة، من تطبيق التقنيات العلاجية والتدريب على مختلف الفنيات بعد تحديد شدة الإضطراب أثناء القياسات القبلية والبعديّة، لدرجة الوسواس والأفعال القهرية ودرجة القلق للكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي من خفض شدة الإضطراب ودرجته ومى تحقق أهدافه.

- جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري: يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهرية:

العبارات	عددها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	00
عبارات الإجابة ب (لا)	09	00
المجموع	32	00
النسبة المئوية		%00

تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهرية عن تعافي الحالة من خلال زوال الوسواس والأفعال القهرية التي قدرت ب 00 درجة.

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق :

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
%33,75	ما بين (20-40) حالة قلق طبيعي	27 درجة	مقياس حالة القلق	1
%27,5	ما بين (20-40) حالة قلق طبيعي.	22 درجة	مقياس سمة القلق	2

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

سجلت الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق 27 درجة وفي سمة القلق 22 درجة وهي نتائج متقاربة تشير إلى قلق موضوعي، علما أن هذه النتائج تعكس الوضع النفسي المتعلق بفسخ عقد زواج الحالة من خطيبتها باعتبار ذلك مصدر القلق ، وهو ما يؤكد النتائج الإيجابية وما تعرفه الحالة من تحسن وهدوء نفسي وتحكم إنفعالي.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة:

نتائج القياسات البعديّة		نتائج القياسات القبليّة		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
%00	00	%87,50	28	المقياس العربي للوسواس القهري
%33,75	27	%83,75	67	مقياس حالة القلق
%27,50	22	%92,50	74	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

إن النتائج المسجلة من خلال القياسات البعدية تعبر عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الإصابة بالوساوس والأفعال القهرية، حيث إنخفضت شدة الإضطراب التي قدرت في القياس القبلي بـ 28 درجة ما يعادل نسبة 87,50 % إلى 00 درجة بنسبة 00% ، كما نلاحظ تسجيل إنخفاض كبير في درجات القلق في القياس البعدي مقارنة بنتائج القياس القبلي، حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 67 درجة، ما يعادل نسبة 83,75 % إلى 27 درجة بنسبة 33,75% والتي تعتبر حالة قلق طبيعية حسب سلم درجات المقياس والتي تعود لأسباب موضوعية، وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من 74 درجة والتي تقدر بنسبة 92,50 % إلى 22 درجة بنسبة 27,50% والتي تمثل كذلك سمة قلق طبيعي، فالنتائج المسجلة في القياسات البعدية في كل مقياس تعبر على فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيف أعراض الوسواس والأفعال القهرية، وقد توافقت نتائج المقاييس مع خطابات الحالة وشعورها بالإرتياح وزوال الأعراض، فقد أشارت دراسة السقا (2014)، للكشف عن فاعلية العلاج الإستعرافي السلوكي في خفض حدة أعراض إضطراب الوسواس القهري من خلال برنامج موجه لأفراد العينة الذين يعانون سلوكيات قهرية أو أفكار وسواسية سواء كانت منفصلة أو معا وأشارت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أفراد العينة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي (زياد، 2020، 20).

- خلاصة:

بناء على تحليل محتوى خطابات الحالة التي توافقت مع معايير التشخيص DSM/5 ونتائج الإختبارات القبلية تبين لنا أن الحالة (ع، و) تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية التي أثرت على جودة الحياة النفسية والاجتماعية، لما تسببه من ألم وصراع نفسي.

عرف المعاش النفسي للحالة (ع، و) حالة من التوتر والقلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية من خلال ما أعربت عنه من أعراض ونتائج مقياس القلق لسبيلبيرجر.

كشفت نتائج القياسات البعدية عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

تم تسجيل إنخفاض في درجات القلق، ما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي بمختلف تقنياته وفنياته في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

إعتمد المعالج النفسي في عملية التشخيص لإضطراب الوسواس القهري على مجموع أعراض المعاناة النفسية، في توافقها مع معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري.

يعتمد تطبيق برنامج العلاج على المعالج النفسي، من خلال إستخدامه لمختلف التقنيات والفنيات العلاجية، والتي تتطلب المشاركة العلاجية الفعالة للمتعالج في التمرن على إدراك مختلف التقنيات والفنيات داخل الجلسة وخارجها من خلال التدريب عبر الواجبات المنزلية.

ترجع الحالة أسباب إصابتها بوسواس الأفكار والأفعال القهرية إلى تأثير القوى الخفية الممثلة في تأثير العين والسحروتلبس الجن، فكان التوجه العلاجي من جنس التفسيرات لأسباب الإضطراب في ظل وجود ثقافة للعلاج النفسي أكدتها نتائج إختبار الأفكار الشائعة، وهو ما يشير إلى وجود تأثير لعوامل مختلفة في الإعتقاد في فاعلية العلاج التقليدي.

الحالة الرابعة

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب، ج.

الجنس: أنثى.

السن: 46 سنة.

الوالدين:

الأب: مهاجر.

الأم: مائكة في البيت.

عدد الإخوة: 5 ، 2 ذكور، و3 إناث.

الرتبة: الرابعة.

المستوى الدراسي: لم تلتحق بمقاعد الدراسة.

الوظيفة: مائكة في البيت.

الحالة المدنية: متزوجة.

الزوج: مصاب بمرض عقلي.

عدد الأولاد: 5 ، 2 ذكور و3 إناث.

المستوى المعيشي: متوسط.

طبيعة الأسرة: صغيرة.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة من تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

طبيعة الإستشارة: بطلب من الحالة.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة متوسطة القامة، بدينة الجسم، بيضاء البشرة سوداء العينين، ترتدي ملابس نظيفة ولانقة، تظهر عليها ملامح القلق والغضب.

المزاج: عصبي.

اللغة: مفهومة و بسيطة عبرت عن أفكارها ومعاناتها النفسية.

طبيعة الصوت: نبرة صوتها تأرجحت بين الحدة والهدوء وهي تسرد الوقائع والأحداث.

نوعية الأفكار: أفكار لا عقلانية، وساوس وأفعال قهرية، أفكار إنتحارية.

طبيعة السلوكات: أفعال القهرية، وطقوس تطهيرية، آليات هروبية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ب،ج) أنثى تبلغ من العمر 46 سنة، متزوجة وأم لخمسة أولاد، لم تلتحق بمقاعد الدراسة ، نشأت في أسرة متواضعة، الأب مهاجر في فرنسا، والأم مأكثة في البيت، تحتل المرتبة الرابعة بين إخوتها الخمسة، منهم 2 ذكور و3 إناث، تربطها بهم علاقة جيدة، معتدلة القامة، بدينة الجسم مهتمة بمظهرها ونظافة هندامها، عاشت بعد زواجها مباشرة في الأسرة الممتدة التي عرفت إضطرابا في المناخ الأسري وإختلالا في طبيعة النسق، لتستقر بعد سنوات في أسرة نووية متوسطة الدخل، تعاني الحالة من الشك و تسلط أفكار وسواسية وأفعال وطقوس قهرية ممثلة في ممارسة الطقوس التطهيرية.

-عرض المقابلات:

تري الحالة أن إضطراب حالتها النفسية يعود إلى فترة ما بعد الزواج مباشرة، أين واجهت الواقع الأسري لعائلة الزوج بالرفض مفسرة ذلك بقولها: (ما عندهم لا بوست لا ساعة

وما همش مبسوطين)، إضافة إلى تدخلهم في طبيعة لباسها، إذ تقول أنهم لم يسمحوا لها بلبس الجلابة وإرغامها على الحايك وإشراكها في أعمال الفلاحة وتحضير بعض المستلزمات التجارية بشكل يومي، وهي الفترة التي بدأت تعاني فيها من ألم في اللوزتين، ما إستلزم إجراء عملية جراحية، والتي عرفت بعدها ضغطا نفسيا كبيرا بسبب عدم إخبار أهلها بحالتها الصحية وعدم السماح لها بزيارتهم إلا بعد مرور 4 أشهر، فالحالة ترى أن إستمرار الضغط في تلك الفترة جعلها تحاول الهرب والإنتحار برمي نفسها من سطح البيت أو شرب ماء جافيل مرجعة ذلك حسب قولها: (الدار قاع تحكم فيا)، وفي سن 25 سنة والتي تزامنت مع النفاس تعرضت لألم وضغط نفسي أرجعته إلى إهمال الأهل لها وتركها وحيدة، حيث أصيبت باضطراب على مستوى السمع والرؤيا، لتضيف أنه في سن 34 سنة عانت من نفس الضغط جراء مشاكل مع الزوج الذي منعها من زيارة أهلها، ما تسبب لها في شلل على مستوى الأطراف السفلية، كما ترى أن مرض الزوج وإنهيار مستوى الدخل المادي كان دافعا إلى تولي مسؤولية الأسرة وتحمل ضغط العمل وهو ما تولد عنه الشك والحذروتسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية في سن 43 سنة، لتكشف لها الفحوصات الطبية في سن 46 سنة أنها تعاني كذلك من إرتفاع مستوى ضغط الدم وتشوه في أحد شرايين القلب.

- عبرت الحالة خلال المقابلات عما تعيشه حاليا، إذ ترى أنها أصبحت تعاني البطء والحذر في إنجاز الأعمال، والميل إلى النظام والصرامة والإلزامية ترتيب الأحدثية ومختلف الأشياء على حد قولها: (العشاء والفطور في الوقت)، وسلوكات مصحوبة بقلق ونرفزة وضيق في التنفس، وكثرة التعرق وارتجاف الأطراف وخفقان القلب وشعور بالذنب: (علاه هدرت هذي الهدرة، علاه راني ن فكر في هذي الهدرة)، كما تشتكي كذلك من تسلط أفكار عن المرض والموت قائلة: (الفكرة تقعد تقلق فيا، نقعد غير ن فكر فيها، نقول كون يموت وليدي ويدير أكسيدو)، (كون نموت فالطريق)، (الأفكار أجيني وحدها ونعودها ونعاودها)، ما جاء على لسانها: (نقول بلاك راهم يهدروا علي، أمني كون متعيطليش نولي نقول تكررني، أمفرزنتي ونقعد نبكي لوحدي)، فهي ترى أن هذه الأفكار تهدد أمانها، كونها لا تحس بالراحة والهدوء حتى يعود ابنها من العمل.

كما ترى أنها لم تعد قادرة على الإستمرار في أي نشاط حسب ما أدلت به: (أي فكرة تطلع في راسي النوض ونولي نعاود فيها تسكن في راسي) ، كما تملك الحالة أفكارا متعلقة بسيطرة القوى الخفية (السحر ، العين ،) ، إتضح ذلك في سياق خطاباتها: (دارونا الرجيمة) ، (نقول أنا حياتي راحت أولادي غادي يضيعوا). كما أشارت إلى قيامها بأفعال قهرية كتفقد الأبواب والنوافذ وصنبور الغاز وهذا ما جاء على لسانها: (نشك فالليل ونخرج نفقد نشك في صوالح بزاف) ، وإعادة الكلام نفسه عدة مرات : (حتى يقولولي أولادي علاه راكي تعاودي فيها، نعاودها حتى 10 مرات).

أرجعت الحالة (ب، ج) ما تعرضت له من مشاكل ومعاناة من خلال ما أدلت به إلى أسباب غيبية (تفسيرات غير موضوعية) : (دارونا الرجيمة ولاو الماعين يتكسروا، مرض زوجي وأولادي) ، كما ترى أنها كثيرة الشك وترفض ما يقدم لها من طعام وهدايا خوفا من دس السحر فيه، كما تعتقد أنها محل أنظار وإهتمام المحيطين بها ما سبب لها الإصابة بالعين وخاصة في الأعراس معبرة على ذلك: (في لعراس نقول متبعيني بزاف، العين كايينة صح، أنجي عيانة فشلانة حتى ندير الرقية فالدار) ، وتضيف: (أنا حياتي راحت، الدنيا كملت، أنا رححت فيها ماكانش لي يداويني ما كانش لي يفلعلي العين وهذا السحر).

تضيف الحالة أنه في سن 18 سنة بعد زواجها وتعرضها لمختلف الضغوطات التي كانت سببا في قلقها وإضطرابها، كانت أم الزوج تتردد على محلات العلاج الشعبي (الطلبة) لتحضر لها خلطة من الزيوت والأعشاب على حد تعبيرها: (يروحووا يكتبولي، زيت الزيتون والفيجل وتقوللي أدهني بيه، بعدها كنت أنريح، وبعض المرات كي يشوفوني نبكي ومقلقة يروحووا يكتبولي ويعطوهاني نشربها ولا نأكلها ونريح) وتقول أن هذا كان كل شهر تقريبا، وفي سن 25 سنة بعد نفاسها الثاني وما عرفته من ضغط نفسي وإضطرابات تذكر: (كنت نروح عند الشيخ يكتبلي في جبهتي نريح)، وفي سن 34 سنة تذكر الحالة أنها دخلت المستشفى لمدة أسبوع سعيا نحو العلاج، كما تلقت علاجا طبيا أين زارت أخصائي الطب النفسي والذي وصف لها أدوية نفسية لمدة 6 أشهر، وبعد هذا العلاج الطب نفسي تقول أنه كلما كان ينتابها قلق يأخذها زوجها عند أحد المشايخ "يرقيلي فالماء" مضيئة: (هو ما يلقاش النساء يعطيني

حجاب فيه دعاء ولا ورقة يكتب فيها سورة الفاتحة و نمحيها فالماء ونشربها نريح، ونرجع عندوا كل جمعة ولا وكل 15 يوما، لمدة 6 أشهر، كي نشوف روجي مقلقلة يديني عندوا)، وبعد مرض الزوج إستمر العلاج الشعبي برفقة الأهل على حد تعبيرها: (دارنا ولاو يدوني يرقولي عند مشايخ مختلفين ، زرت القبة تاع الوالي (سيدي بوعبد الله) ورقدت فيها وغسلت فالواد، ما تغير حتى شيء)، ومن بعدها توجهت إلى شيخ آخر معروف بالمنطقة تقول: (رقيت قالي عندك سحر، كان يرقيلي ودارلي إستفراغ، رقيت عندوا 20 مرة)، وبعد 4 أشهر تقول أن أعراض الإضطراب والضغط النفسي عاودتها حيث تم عرضها على أحد الرقاة الذي شخص حالتها بقولها: (جابولي راقى ضربتوا قاللهم راهي مسكونة، أداوني خاوتي لدارنا ريحت مين نروح لداري نتنارفا ونكسر)،وبعدها تلقت الحالة علاجا نفسيا عرفت خلال مساره تحسنا بعد فشل مساعي العلاج الشعبي في حد قولها.

-تطبيق المقاييس:

خلال المقابلات العيادية تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

-جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهرية:

العبارة	عددها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	22
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	07
المجموع	32	29
النسبة المئوية		%90,62

- تحليل نتائج الجدول:

سجلت الحالة خلال القياس القبلي لإضطراب الوسواس القهري درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت بـ 29 درجة، بنسبة 90,62 %، وهي النتيجة التي عكست طبيعة المعاناة التي عرقتها من خلال أعراض وسواس الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	00	01	08	من 1 إلى 4	35
10	العبارات الموجبة	04	03	02	02	من 4 إلى 1	31
20	المجموع	04	03	03	10		66
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%82,50					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

سجلت الحالة في الصورة الأولى الخاصة بحالة القلق لسبيلبيرجر 66 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تمثل مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، بنسبة قدرت بـ 82,50 % .

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
-------	----------	-------	--------	-------	-------	---------------	---------------

10	العبارات السالبة	00	00	00	12	من 1 إلى 4	48
10	العبارات الموجبة	03	01	00	04	من 4 إلى 1	19
20	المجموع	03	01	00	16		67
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		83,75%					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

في الصورة الثانية للمقياس المتعلقة بسمة القلق تم تسجيل 67 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تعكس سمة القلق عند الحالة بدرجة جد مرتفعة، بنسبة قدرت بـ83,75% ، كونها عرفت الكثير من العوامل التي أثارت إستعدادها للقلق كالشك وتسلط الأفكار والأفعال القهرية ومختلف الضغوطات الأسرية والإجتماعية التي أوردتها الحالة خلال خطاباتها.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة ت	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	لا أدري	النسب
1	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	11	75.68 %	00	00 %	05	25.31 %	00	00 %
2	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	02	38.15 %	00	00 %	11	84.61 %	00	00 %
3		20	الطبيب النفسي وشخصيته	06	30 %	00	00 %	14	70 %	00	00 %

								وكيفية التعامل معه		(30) (49)		
	00	00	64,28 %	09	00%	00	35,71 %	05	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	14	(50) (63)	4
	00	00	50 %	03	00 %	00	50 %	03	كيفية التعامل مع المريض النفسي	06	(64) (69)	5
	00	00	83,33 %	05	00%	00	16,66 %	01	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	06	(70) (75)	6
	16,66 %	01	33,33 %	02	00 %	00	50 %	03	العلاجات غير الدوائية	06	(76) (81)	7
	1,23 %	01	60,49 %	49	00%	00	38,27 %	31	//	81	//	ال م ج م وع

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ 60,49 % مقابل 38,27 % التي تمثل تصور سلبي لثقافة العلاج النفسي، فرغم التصور الإيجابي لثقافة العلاج النفسي وظفت الحالة حملتها الثقافية، فاتجهت نحو العلاج التقليدي، أين غابت أنها المثقفة، فكانت التفسيرات من جنس تصورات ومعتقدات المحيط الإجتماعي والأسري للحالة.

تحليل محتوى المقابلات:

- الملاحظة العيادية:

من خلال الملاحظة الإكلينيكية لسلوكيات الحالة وردود أفعالها ومختلف الملامح والأعراض السيميولوجية تبين أنها تعيش وضعا نفسيا سبب لها الكثير من المتاعب النفسية، إتضحت من خلال ملامح الوجه الشاحب وسرعة الإنفعال المصحوب بالنرفزة والقلق ، التعرق والبكاء بمجرد سرد الوقائع، والميل إلى التدقيق المفصل للأحداث والمواقف، كونها تعاني تسلط أفكار وسواسية وأفعال قهرية أرجعتها لتأثيرات غيبية، ما جعل التوجه نحو العلاج من جنس التفسيرات، حيث عرف تسوقا علاجيا بحثا عن الفاعلية المفقودة، كما تبين لنا أن للحالة ثقة في المعالج والعلاج النفسي وفاعليته التي لمستها من خلال الجلسات وتطبيق مختلف التقنيات العلاجية والواجبات المنزلية.

- الفحص العيادي:

- الأعراض المرضية:

أشارت الحالة أثناء المقابلات إلى زملة من الأعراض الملازمة لها بشكل دائم والتي تمثلت في:

- الرغبة والإلحاح على الترتيب والتنظيم.
- تسلط الأفكار السلبية المتعلقة بالتهديد بالإصابة بالمرض أو الموت المفاجئ، أو التعرض لحادث مرور.
- إقترام أفكار الشك والتأويل السلبي لكلام الناس وتصرفاتهم إتجاهها.
- الإمتناع عن تناول الأطعمة من يد الغير ورفض الهدايا شكا في دس السحرفيها (الإعتقاد في السحر).
- الشك نتيجة الإعتقاد في وجود قوى خفية تتحكم في سلوكياتها وتؤثر على مجرى حياتها وحياة عائلتها متمثلة في العين والحسد والسحر.
- أفعال وسلوكيات قهرية متكررة كتفقد غلق الأبواب والنوافذ.

- تكرار الكلمات بصورة إندفاعية لعدة مرات عن غير إرادة.

- ممارسات طقوسية متمثلة في التنظيم والترتيب والإنضباط.

فزملة الأعراض المشار إليها حسب ما أدلت به الحالة وما تم ملاحظته توافقت مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يلزم وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما، وهو ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

كما يعتبر وجود هذه الأعراض لدى الحالة على مدار ساعات اليوم بما فيها تسلط الأفكار الوسواسية ومختلف الطقوس القهرية أصبحت تسبب خلا كبيرا في ممارسة نشاطاتها الإجتماعية نتيجة القلق والتوتر الشديد والإنشغال التام بالمقاومة.

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ب، ج) مجموعة من الأعراض المرضية المصاحبة لإضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق تجسدت لديها في التوتر المصحوب بأعراض فيزيولوجية متمثلة في تنمل الأطراف والتعرق، الإسهال وسرعة ضربات القلب، وعدم الشعور بالراحة والهدوء وفقدان الثقة بالنفس نتيجة عدم القدرة على المقاومة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وهي أعراض أكدت نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث سجلت 82,5 % في حالة القلق، و 83,75 % في سمة القلق.

- تحليل محتوى الفكر:

- تعاني الحالة من الوسواس الفكرية بشكل إستحواذي، ما جعلها تفقد السيطرة على وظيفة التحكم في سيرورة الأفكار والمشاعر، والإنشغال بالمقاومة والإلتزام والشك والإستفهام.

- أفعال وسلوكات الحالة هي أفعال قهرية خارجة عن نطاق الإرادة والتحكم كتفقد غلق الأبواب والنوافذ بإستمرار على مدار الساعات والأيام وإعادة الكلام عدة مرات لنفس المستمع.

- سلوكيات الحالة هي عبارة عن طقوس Rites تبنتها، وأصبحت تفرضها على أولادها ومحيطها الأسري من ترتيب الأحذية ومختلف الأشياء والإنضباط في مواقيت العشاء والفتور والمداومة على زيارة المعالجين والرقاة.

فطبيعة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة والمتمثل في الوسواس والأفعال القهرية هو نتيجة لما تحمله من معتقدات وأفكار لاعقلانية وما تنسبه لها، إذ توجد علاقة بين تأويلات الأفكار وهذه المعتقدات اللاعقلانية التي أصبح لها فاعلية التأثير والتحكم في محتوى التفكير من خلال التسلط والفعل القهري، وهذا ما أشارت إليه دراسة (بيلوتش وموريلو وسوريانو Beloch, Morillon, Soriano 2006)، حول العلاقة بين أعراض الوسواس القهري وبين الإستراتيجيات المستخدمة للسيطرة على المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إرتباطية بين إندفاعات الشخص المصاب بالوسواس القهري لإيذاء الذات وبين أفكاره اللاعقلانية، كما أن هناك علاقة إرتباطية بين المعتقدات اللاعقلانية لدى المريض وبين إنخفاض مستوى المسؤولية لديه والمغالاة في تقدير التهديدات الخارجية والنزعة نحو أعراض الوسواس لديه (ربي نعمان، 2013، 30).

- الواقع الأسري والإجتماعي:

لقد مورس على الحالة في بيت الزوجية الكثير من الضغوطات بطريقة تعسفية وعدائية من قبل محيطها الأسري والإجتماعي ما دفعها إلى التفكير في القيام بمحاولة الهرب والإنتحار، كرد فعل على عدم القدرة على التحمل وكمؤشر على إنعدام الإهتمام، كما يدل كذلك على نسق أسري مضطرب لا يراعي المكانة والدور الإجتماعي للأطراف، ثم إن إستمرار الممارسات التسلطية والسلوكات التي لم تراعي الوضعية النفسية للحالة في حالة النفاهة بعد العملية الجراحية، وفي فترة النفاس زادت في شدة الضغط النفسي مما أدى إلى تدهور حالتها الصحية والنفسية المتمثلة في أعراض هستيرية وأمراض سيكوسوماتية، الأمر الذي إستلزم البحث عن العلاج، لواقع مأسوي بين حالة نفسية منهارة ومناخ أسري مضطرب ضاعف من درجة القلق والشك وتسلط الأفكار، وتبني أفعال وسلوكات قهرية بشكل ينتقده

المحيط الإجتماعي،" فالشجار والتخاصم داخل الأسرة مهما كانت الدوافع الكامنة وراءه، وتشديد الرقابة على الأبناء من قبل الوالدين وعموما كل ما يهدد وتيرة السلوك الشخصي ويزلزل الحياة العائلية ويساهم في الإصابة بالوسواس وإستفحاله عند ذلك الشخص" (القايمي،1996،94).

- تاريخ الإضطراب:

بغض النظر عن الحالة الصحية والنفسية والإجتماعية التي عرفتھا الحالة منذ سن 18 عاما والتي إختلفت أسبابها التي كانت بمثابة تراكمات أثرت على حالتها النفسية والإنفعالية، ذكرت الحالة ظهور أعراض وساوس الأفكار والأفعال القهرية في سن 43 سنة أين بدأت المعاناة تدريجيا بوجود صعوبة في التوافق الإجتماعي بسبب أفكار الشك التسلطية التي كانت تنتابها وطبيعة الإعتقاد في " تأثير القوى الغيبية التي جعلتها تقع فريسة للهواجس والحساسية المفرطة وجمود الحياة وسيطرة الأوهام والتخيلات وشدة المعاناة المنبعثة من حدة المزاج والحركات الشاذة وإنعدام السيطرة على الذات" (القايمي،1996،101). إضافة إلى ميلها الشديد للتنظيم والإنضباط وممارسة أفعال وسلوكات بطريقة قهرية، كإعادة الكلام عدة مرات وتفقد الأبواب والنوافذ ليستمر بها الحال إلى غاية سن 46 سنة أين لم تستطع التحمل نظرا لإرتفاع شدة درجة هذا الإضطراب الذي كشفت عنه نتائج الإختبارات والمقاييس المشار إليها.

- التاريخ الصحي:

لقد عرفت الحالة الكثير من العقبات في مسارها الصحي تمثلت في الإلتهاب الحاد للحلق واللوزتين ما ألزمها إجراء عملية جراحية، إضافة إلى تآزم حالتها النفسية نتيجة الضغوط الممارسة عليها مما أدى إلى الإصابة بالشلل في الأطراف السفلية (الأرجل) وتعطل وظيفة الكلام والإبصار، والتي تعد أعراضا للهستيريا التحويلية كآلية دفاعية تعبيراً منها على الرفض وعدم القدرة على التحمل والهروب من الواقع ، لتعرف الحالة في الوضع الحالي تشوها على مستوى الشريان القلبي (Aorte) نتيجة ما عرفته من قلق وغياب الأمن النفسي والإجتماعي، وهو ما أشارت إليه دراسة العازمي (2007) التي هدفت للكشف عن العلاقة

بين العنف الأسري والإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طلبة المدارس الثانوية في دولة الكويت، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط طردي بين العنف الأسري والإضطرابات السيكوسوماتية (ربي نعمان، 2013، 26).

- المعاش النفسي الراهن:

إن الحالة الآنية تعبر عن معاناة نفسية تجلت في ملامح التعب والإرهاق النفسي والشكوى من ألم التحمل لأحداث الماضي والحاضر في سياق كلام يحمل الكثير من الأفكار السلبية ذات دلالة رمزية تعبيراً عن اليأس من المستقبل ومشاعر اللامأمن والخوف والتهديد بحدوث مكروه في النفس والأهل، مرفوقة بتعبيرات إنفعالية وفيزيولوجية متمثلة في أعراض هستيرية، مشكلة في مجملها معاشاً نفسياً مضطرباً للحالة، كان نتيجة لأفكار الشك والوسوسة التي تنتابها بصفة تسلطية والتأويلات والهواجس التي تنسبها إلى تأثير قوى غيبية خفية (العين، السحر والحسد)، إضافة إلى ممارسة أفعال قهرية ومختلف الطقوس التي لم يعد لها المقدرة على التحكم فيها أو الكف عنها، ما ولد لدى الحالة ضعف الثقة في النفس وتدني مستوى تقدير الذات، والعزلة والإنسحاب الإجتماعي، وقد أكدت دراسة Thomsen & Sqrensen 2004 (Kirke bey)، حول نوعية الحياة مع إضطراب الوسواس القهري، وخلصت النتيجة إلى أن (ن=70%) من هؤلاء الأشخاص عندهم إضطراب الوسواس القهري وأنه يؤثر على حياتهم اليومية من ناحية الدراسة، العمل، الحياة الإجتماعية، وإختيار المهنة (أبو شعبان، 2010، 46).

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 نتائج الإختبارات:

من خلال تحليل خطابات الحالة والملاحظة العيادية تبين وجود أعراض وإضطرابات مرضية توافقت في مجموعها مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، والتي توافقت مع نتائج المقياس العربي للوسواس القهري، أين سجلت الحالة (29) درجة من 32 درجة إجمالية لسلم المقياس، ما يعادل نسبة %90,62 وهو مؤشر على درجة عالية الشدة للإضطراب الذي شغل أوقات الحالة

على مدار ساعات اليوم وجعلها رهينة لما يملئ عليها من أفكار تسلطية وممارسة مختلف الطقوس والأفعال القهرية، ، وهذا ما أشار إليه فريستون وآخرون (Freeston et al 1996) بدليل الجمعية الأمريكية للطب العقلي في تصنيفها الرابع، حيث يشخص اضطراب الوسواس القهري إذا تجاوزت الوسواس والأفعال القهرية مدة ساعة في اليوم (بلميهوب،2010،71) وهذا في مجمله يؤكد أن الحالة تعاني من اضطراب وسواس الأفكار التسلطية والأفعال القهرية.

- تصورات الإضطراب:

ترجع الحالة ما تعانيه من أمراض وتسلط لأفكار الشك ومختلف الأفعال والممارسات القهرية إلى تأثير قوى غيبية ممثلة في تأثير (العين والسحر والحسد)، كونها محل إعجاب وإهتمام المحيطين بها، وما قد يدسه لها بعض الحاقدين من العائلة، وهذا ما قد أشارت إليه دراسة رانيا الصاوي (2017)، حول المتغيرات الإجتماعية والثقافية لتصوير المرض النفسي وأساليب علاجه، في وجود معتقد بشكل نهائي لدى الأشخاص في دور السحر والعين أو المس والحسد، كأسباب نهائية في الإصابة بالأمراض العضوية والنفسية والعصبية والإجتماعية (الصاوي،2017،52). وبغض النظر عن جملة المعتقدات الشعبية والدينية التي لا يخلو منها أي مجتمع سواء كان مجتمع متحضرا أو تقليدي بدائي، فإن الشخص حتى وإن كان ذا مستوى تعليمي مرتفع وعلى قدر كافي من الحياة الحضرية لا بد أن يكون متأثر بجملة المعتقدات الثقافية والدينية في تفسيره للمرض، خاصة الأمراض المزمنة والمستعصية (صولة،2013،144).

- المسار العلاجي:

إستجابات الحالة لتلقي مختلف العلاجات الطبية والتقليدية، وعرف العلاج الشعبي حضورا قويا لدى الحالة بخلاف العلاج الرسمي، ليبقى العلاج النفسي منه كآخر محطة علاجية، ويعود ذلك لطبيعة البيئة السوسيوثقافية التي تنتمي إليها الحالة، وطبيعة المعتقدات التي تبنتها، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة سفيان دريس (2018)، حول تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري بمدينة البويرة، والتي خلصت في نتائجها أن أسلوب

العلاج يأتي عن طريق نماذج ثقافية في المجتمع الجزائري، ولم تظهر فروقات على أساس مكان الإقامة والدخل الشهري للأسرة والمستوى التعليمي للمريض (دريس، 2018، 197)..

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

إن إقبال الحالة على العلاج الطبي لم يكن إلا في حالة الإصابة العضوية بعد فشل مساعي العلاج الشعبي، أو عدم تخصصه في هذا النوع من الأمراض، حيث أقدمت الحالة على إجراء عمل جراحي وإستئصال اللوزتين، إضافة إلى مثولها للإستشفاء في مؤسسة صحية عند تعرضها للشلل على مستوى الأطراف تجنباً للمضاعفات المرضية، كما أنها قامت بإستشارة طبيب الأعصاب الذي خضعت من خلاله لتناول الأدوية النفسية كمضادات القلق والتوتر والتخفيف من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، كما أنها تتابع فحوصا طبية مع أخصائي أمراض القلب والشرابين لما تعرفه من إضطراب وتشوه.

يمكن القول أنه كان للعلاجات الطبية فاعلية علاجية بالنسبة للحالة كونها كانت تتعافى في كل مرة تقبل فيها على هذا النوع من العلاج، ثم إن هذا النوع من العلاج يركز على المرض والعضو المتضرر، مستعملا الأدوية والتدخل الجراحي متغافلا عن الحالة النفسية للحالة، والتي تتطلب تكفلا نفسيا إلى جانب التدخل الطبي.

- العلاج النفسي:

أظهرت الحالة رغبتها في تلقي العلاج النفسي بعد فشل مساعيها العلاجية بإختلاف أنماطها وأشكالها ومحدودية فاعليتها، حيث توجهت نحة العلاج النفسي بناء على طبيعة الأعراض الممثلة في تسلط الأفكار والأفعال القهرية بغض النظر عن تفسيراتها لأسباب الإصابة وهو ما توافق مع النتيجة النهائية لإختبار الأفكار الشائعة حيث قدرت بنسبة 60,49 % ما يؤكد وجود ثقافة العلاج النفسي لدى الحالة، وقد تم التركيز خلال المقابلات على الكشف عن أسباب الإضطراب والتاريخ المرضي للحالة وطبيعة التصورات والتمثلات الثقافية وعلاقتها بالممارسات العلاجية وما عرفته من فاعلية، وصولا إلى التشخيص الدقيق

وما يتطلبه من إجراءات علاجية وفق التقنيات والفنيات التي يشارك فيها المريض عبر الجلسات والواجبات المنزلية، والذي يهدف إلى تحقيق نتائج إيجابية في إستقرار الحالة النفسية وإخفاء الأعراض المرضية لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما أشارت إليه دراسة حنوره (2008) ، المتمثلة في برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من إضطراب الوسواس القهري، والذي كشفت نتائجه عن فاعليته في تخفيف حدة إضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة في تعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية (بندر، 2016، 29).

- العلاج التقليدي:

إن ما عرفته الحالة من أعراض التسلط للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، دفعها لتبني ثقافة العلاج التقليدي كونها نابعة من بيئتها الأسرية والاجتماعية، كما أنها قد سبق لها تلقي هذا النمط العلاجي في أولى محطاتها المرضية في سن 18 سنة، أين تمثل العلاج في الرقية الشرعية والعلاج بالأعشاب والزيوت الطبية وبعض الطقوس والممارسات لما تعرف من قداسة نابعة من رحم إتجاهات المجتمع نحو المرض وأساليب علاجه ومرجعيتها الدينية ، متمثلة في زيارة الأضرحة وما يظهر من خلالها من تحسن وتعافي نسبي، حسب ما أدلت به، بإعتبار ما تتلقاه من علاجات هو بمثابة إحياءات يعتقد طالبوا العلاج في نجاعتها وتأثيرها العلاجي، وقد أورد ديفيد ويرنر (1981) " أن بعض الوصفات الطبية الشعبية لها تأثير مباشر على الجسم يساعد على الشفاء والبعض الآخر يؤثر بمجرد إعتقاد الأفراد بفائدتها، فالإعتقاد بفاعلية وصفة ما قد يفيد في علاج بعض الأمراض العضوية " (ناصر، 2018، 6). كما أن الفاعلية النسبية للعلاج التقليدي المتمثلة في إخفاء أعراض الإضطراب لفترة لتعود للظهور تارة أخرى، أجبر الحالة على التداول بإستمرار على طلب العلاج مهما كان نوعه، متى توفرت نجاعته.

- جدول نتائج القياسات القبليّة:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل الدرجات التي حصلت عليها الحالة من خلال القياسات القبليّة.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
90,62%	قلق شديد	29	المقياس العربي للوسواس القهري	01
82,50%	ما بين (61-80) قلق شديد	66	مقياس حالة القلق	02
83,75%	ما بين (61-80) قلق شديد	67	مقياس سمة القلق	03

-التعليق على النتائج من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة في الجدول الدرجات المحصل عليها في القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري ، ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق وسمة القلق، حيث قدرت درجة الوسواس بـ 29 درجة بنسبة 90,62% وحالة القلق بـ 66 درجة بنسبة 82,50% وسمة القلق بـ 67 درجة بنسبة 83,75% وهي نتائج عالية الشدة.

- جدول البرنامج العلاجي للحالة الرابعة:

الجدول يمثل سيرورة العمل العلاجي مع الحالة الأولى وفق تقنيات وأهداف البرنامج المسطر للدراسة.

مراحل العلاج	عدد المقابلات	الأهداف العلاجية	تقنيات العلاج	مدة المقابلة

45-60 دقيقة	<p>- التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية.</p> <p>-الحوار والمناقشة حول الأمور المتعلقة بالإضطراب والعلاج.</p> <p>- التربية النفسية من خلال شرح الإضطراب وزيف الأفكار.</p> <p>- العقد العلاجي.</p>	<p>- كسب ثقة الحالة (ب،ج).</p> <p>- التعرف على الواقع النفسي للحالة وتاريخها المرضي ومسارها العلاجي.</p> <p>- تثقيف الحالة فيما يخص طبيعة العلاج وتقنياته وفوائده.</p> <p>- الإتفاق على مكان ومدة العلاج وزمن الجلسات.</p>	المقابلة الأولى	المرحلة الأولى
45-90 دقيقة	<p>-التربية النفسية حول ثقافة العلاج لطبيعة الإضطراب.</p> <p>- التعرف على الفكر اللاتكفي المتعلق بالأفكار والإستجابات التي تسبب الألم.</p> <p>- تقديم المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس القلق وإختبار الأفكار الشائعة.</p>	<p>- تعزيز الثقة مع الحالة (ب،ج).</p> <p>- الكشف عن درجة القلق والوساوس وتصورات الحالة حول المرض والعلاج.</p> <p>- التعرف على أفكار الشك والوسوسة.</p> <p>- تقدير درجة الاضطراب.</p>	المقابلة الثانية	
45-90 دقيقة	<p>- الحوار السقراطي من خلال الأسئلة المفتوحة حول الأفكار المختلفة وظيفيا.</p> <p>- التعرف على المشاعر والتخفيف من ضغط التأويل الخاطى للأفكار.</p> <p>- الاسترخاء بطريقة جاكبسون بالتمدد على الأريكة والتنفس من أجل إحداث تغيرات فيزيولوجية مضادة للقلق.</p>	<p>-</p> <p>- مساعدة المفحوص في الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته.</p> <p>- تحديد الأفكار الآلية.</p> <p>- تحديد الانحرافات الموجودة في الأفكار.</p> <p>- الكشف عن مدى تأثير هذه الأفكار على جوانب حياة المفحوص (الانفعالية، الاجتماعية المهنية...).</p> <p>- تخفيف أعراض التوتر.</p>	المقابلة الثالثة	

		- التدريب من أجل التحكم.		
45- 90 دقيقة	- تحديد المعتقدات و التعرف على مختلف الإتجاهات والإفتراضات والمبادئ الراسخة التي شكلت الخريطة المعرفية للحالة بإستخدام تقنية تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية. - الإسترخاء لجاكيسون. - تقديم الواجب المنزلي(02) وذلك بالقيام بتمارين الاسترخاء العضلي وتسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما من خلال جدول.	- تحديد المظاهر اللاعقلانية للأفكار(الإفتراضات والمعتقدات الخاطئة التي لا تزال تصاحب المفحوص). - استكشاف طبيعة المعتقدات ومصدر الإنحرافات المعرفية. - تحديد الأفكار الآلية. -تخفيف أعراض التوتر. - تدريب المفحوص على الإسترخاء.	المقابلة الرابعة	المرحلة الثانية
45- 90 دقيقة	- تدريب الحالة على الإيقاف الإرادي للأفكار الإجتياحية. - تدريب الحالة على إستخدام تقنية تشتيت الانتباه في حالة تسلط الأفكار. - الواجب المنزلي (03) من خلال القيام بالاسترخاء وتعبئة جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل إستجابات التحكم فيها.	- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للاضطراب والمشاعر السلبية. - تطوير إستجابات ايجابية إتجاهها. - العمل على تعزيز الثقة بالنفس لدى المفحوص. - تدريب الحالة على الإسترخاء العلاجي للتخفيف من حدة القلق. - تحفيز الحالة على تقديم ردود أفعال إيجابية مقابل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.	المقابلة الخامسة	

45-90 دقيقة	<p>- التغذية الراجعة بتقييم مدى قدرة الحالة في التنبؤ بإدراك الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p> <p>- تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية ذات العلاقة بالأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</p> <p>- دحض الأفكار اللاعقلانية وتعديلها من خلال إستكشاف الأفكار والمشوهة الخاطئة ومناقشتها مع الحالة.</p> <p>- الواجب المنزلي (04) الذي يتطلب</p> <p>الاسترخاء العضلي وإستخدام جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الإستجابات وردود الأفعال الإيجابية.</p>	<p>- تقييم الأداء العلاجي للحالة.</p> <p>- التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية.</p> <p>- توجيه إنتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه.</p> <p>-إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات.</p> <p>- تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء.</p> <p>- تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال.</p> <p>- تغيير الظروف لإحداث التغيير في الأفكار والسلوك.</p> <p>- تقوية منع الإستجابة.</p>	<p>المقابلة السادسة</p> <p>المقابلة السابعة</p>	<p>المرحلة الثالثة</p>
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم مدى قدرة الحالة على تسجيل إستجابات إيجابية في دحض الأفكار الوسواسية وإلغاء الأفعال القهرية.</p> <p>-تعديل الأفكار المشوهة من خلال تصحيح الأخطاء وتقديم البدائل والخيارات.</p> <p>التفكير بتدرجات الرمادي - للوصول إلى مرونة في التفكير</p> <p>-الواجب المنزلي (05) حيث يطلب من الحالة تطبيق الإسترخاء العضلي</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي.</p> <p>التحكم في الأفكار والعمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية.</p> <p>- توضيح سخافة الأفكار.</p> <p>- إدراك المفحوص أن التفكير في الأشياء يكون أسوأ من الأشياء ذاتها.</p> <p>- التدريب على التفكير الإيجابي.</p>	<p>المقابلة الثامنة</p>	

	<p>وجداول المراقبة الذاتية وتعديل المعتقد.</p>	<p>- توجيه الإنتباه إلى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.</p>		
<p>45 - 90 دقيقة</p>	<p>-التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج الإسترخاء العضلي ومراقبة الأفكار المشوهة وتعديلها. - البناء المعرفي الرامي إلى الوعي بالأفكار والتصورات. - - تأكيد الذات وذلك بالطلب من الحالة أن تعبر عن كل إنفعال نحو المواقف والأشخاص. -التفكير الإيجابي حيث يقوم المعالج بتدريب الحالة على كيفية تعبيء الطاقة ورفع الروح المعنوية. - الواجب المنزلي(06) حيث يطلب من الحالة تطبيق تقنية الاسترخاء العضلي وتسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك في مختلف المواقف.</p>	<p>- تقييم نتائج الواجب المنزلي. - تقوية المناعة النفسية عن طريق التحكم في الأفعال والأفكار. - المرونة في التفكير وتعزيز السلوك الإيجابي. - رفع الروح المعنوية وتعزيز التفاعل الإيجابي مع مختلف المواقف.</p>	<p>المقابلة التاسعة</p>	
	<p>- التغذية الراجعة من خلال تقييم نتائج العمل العلاجي للحالة ونتائج الواجب المنزلي. - التفكير الإيجابي بتوجيه التفكير نحو التفاؤل والوعي نحو الإدراك الإيجابي. - المراقبة الذاتية للأفكار والأفعال من خلال التحكم الجيد. - الواجب المنزلي رقم (07) يتمثل في الطلب من الحالة تسجيل عدد</p>	<p>- تقييم نتائج المستوى العلاجي. - التدرج بالمفحوص للتعريض وتدريبه عليه. -التدريب و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه. - مساعدة المريض على إستبدال</p>		

	الإستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك.	الأفكار السلبية المثيرة للقلق بأفكار إيجابية. - تجنب الحالة لمثيرات القلق. - تأكيد الذات ورفع مستوى تقدير الذات. - تعزيز التحكم في السلوك من خلال الواجب المنزلي	المقابلة العاشرة	
45 - 90 دقيقة	- التغذية الراجعة بالتعرف على إستجابات الحالة الإيجابية مقابل التعرض للمواقف المثيرة للقلق. - تعزيز تأكيد الذات وتشجيع الحالة على التعبير عن مختلف الإنفعالات - التفكير الإيجابي عن طريق رفع الروح المعنوية والتفؤل بالذات. - الواجب المنزلي (08) المتضمن الطلب من الحالة الإستمرار في ممارسة الإسترخاء العضلي.	- تعزيز العمل العلاجي. - تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات. - تشجيع الحالة على التعبير والتفريغ الإنفعالي. - تجنب مثيرات القلق زمسبباته. - مراقبة الأفكار السلبية والسلوكيات وردود الأفعال. -التدرب على الوعي والادراك.	المقابلة الحادية عشر	المرحلة الرابعة
	- التغذية الراجعة من خلال تقييم مردود العمل العلاجي. - الحوار السقراطي حول دور العلاج في الإستقرار النفسي.	- تقييم نتائج العمل العلاجي. -التعرف على الصعوبات التي لا تزال تواجه المفحوص وتحول دون تحقق نتائج العلاج.		

45-90 دقيقة	- إعادة البناء المعرفي من خلال تعليم الحالة كيفية استخدام التقنيات العلاجية مقابل الأفكار المضطربة. - التفكير الإيجابي والتفاؤل بأهمية الإستمرار في العلاج ودوره الفعال في إستقرار الحالة النفسية للحالة.	- تمكين المفحوص من تعلم مهارات جديدة - تعزيز نتائج العلاج.	المقابلة الثانية عشر	
45-90 دقيقة	-التفكير الإيجابي برفع الروح المعنوية للحالة. - تقديم المقياس العربي للوسواس القهري. - تقديم مقياس سبيلبيرجر للقلق.	- القياس البعدي. - تقييم نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	المقابلة الثالثة عشر	
45 - 90 دقيقة	- التربية النفسية من خلال تقديم معلومات حول أهمية العلاج الذاتي في الحفاظ على سلامة الصحة النفسية. - التفكير الإيجابي برفع روح التفاؤل	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. التمهيد والتحضير النفسي - لإنهاء جلسات العلاج -إنهاء البرنامج العلاجي - -الوقاية من الانتكاسة.	المقابلة الرابعة عشر	
-45 60 دقيقة.	-الحوار والمناقشة حول المعاش النفسي ومدى قدرة الحالة على التحكم في طبيعة الأفكار والسلوكات.	- جلسة تتبعية بهدف التعرف على مدى إستمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر.	المقابلة الخامسة عشر	المرحلة الخامسة

- التعليق على البرنامج العلاجي:

لقد عرفت الحالة (ب، ج) من خلال المسار العلاجي للبرنامج الذي دامت جلساته 14 جلسة مجموعة من التقنيات والفنيات العلاجية التي تمكنت من خلالها رفقة المعالج بالتطبيق والتدريب عبر الجلسات وبعد تحديد شدة الإضطراب من خلال القياسات القبالية تم إجراء قياسات بعدية لقياس درجة الوسواس والأفعال القهرية ودرجة القلق للكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي من خفض شدة الإضطراب ودرجته وتحقيق الأهداف المسطرة.

- نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري:

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	00
عبارات الإجابة ب (لا)	09	01
المجموع	32	01
النسبة المئوية		%03,12

- تحليل نتائج الجدول: أظهرت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهرية درجة منخفضة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت ب 01 درجة، أي بنسبة %03,12 ، وهي النتيجة التي توافقت مع زوال أعراض إضطراب وسواس الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق :

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
%27,50	ما بين (21-40) حالة قلق طبيعي	22 درجة	مقياس حالة القلق	1
%28,75	ما بين (21-40) حالة قلق طبيعي.	23 درجة	مقياس سمة القلق	2

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

تظهر النتائج البعدية لمقياس القلق، تسجيل 22 درجة في مقياس حالة القلق و23 درجة في مقياس سمة القلق، وهي درجات متقاربة تشير إلى قلق طبيعي مقابل درجة القلق المنخفضة على سلم الدرجات الخاص بسبيلبيرجر المقدرة بـ 20 درجة، وهو ما يعكس لنا الحالة النفسية لدى الحالة وما تعرفه من تحسن وهدوء نفسي وإنفعالي.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي للحالة الرابعة:

نتائج القياسات البعدية		نتائج القياسات القبليّة		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
%03,12	01	%90,62	29	المقياس العربي للوسواس القهري
%27,50	22	%82,50	66	مقياس حالة القلق
%28,75	23	%83,75	67	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

لقد أثبتت النتائج المسجلة من خلال القياسات البعدية مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الإصابة بالوساوس والأفعال القهرية، حيث سجلت شدة الإضطراب التي قدرت في القياس القبلي بـ 90,62% إنخفاضاً كبيراً قدر في القياس البعدي بـ 03,12% إضافة إلى وجود تحسن كبير في سمة وحالة القلق مقارنة بما تم تسجيله في القياس القبلي حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 82,50% إلى 27,50% والتي تعتبر حالة قلق طبيعية، وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من 83,75% إلى 28,75% والتي تمثل كذلك سمة قلق طبيعي، فالنتائج المسجلة في كلا المقياسين مؤشر إيجابي على فاعلية العلاج في تخفيف أعراض الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما تؤكد الحالة النفسية الراهنة للحالة وما عرفته من تطور في الأداء النفسي والاجتماعي، مع غياب كلي لمختلف الأعراض المرضية التي كانت تعاني منها خلال الجلسات بناء على خطابات الحالة.

- خلاصة:

تبين لنا من خلال ما تم التوصل إليه من تحليل المقابلات ونتائج الإختبارات النفسية أن الحالة (ب، ج) تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، بناء على زملة الأعراض المرضية التي توافقت في مجملها مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية Dsm/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992).

عرف المعاش النفسي للحالة (ب، ج) حالة من التوتر والقلق أبانت عنها من خلال أعراض القلق وأكدتها نتائج مقياس سبيلبيرجر للقلق.

سجلت الحالة نتائج جد إيجابية وتحسناً ملحوظاً تمثل في تلاشي الأفكار الوسواسية المتسلطة والأفعال القهرية، وانخفاض كبير في درجات القلق المصاحب للإضطراب ما يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في العملية العلاجية.

التوجه العلاجي للحالة نحو العلاج النفسي كان بدافع من المحيط الإجتماعي بناء على ما تعانيه من أعراض تسلط الأفكار والأفعال القهرية ممثلة في سلوكيات الجبر والمراجعة، بحثا عن الفاعلية العلاجية.

تمت عملية التشخيص لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية من قبل المعالج النفسي بناء على ما قدمته الحالة من أعراض مرضية والتي توافقت في مجملها مع معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج المقاييس النفسية، في علاقتها بالتاريخ المرضي ومختلف العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالإضطراب.

تم تطبيق جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي على يد المعالج النفسي، وبالمشاركة التفاعلية للمتعالج عبر جلسات العلاج مستخدما التقنيات والفنيات المعرفية السلوكية.

نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول ثقافة العلاج النفسي مؤشر على أن الحالة تتمتع برصيد ثقافي حول العلاج النفسي ومختلف تخصصاته، إلا أن توجهها العلاجي كان من جنس ما تحمله من تصورات وتفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب.

تحليل نتائج المجموعة
التجريبية الأولى التي
خضعت للعلاج المعرفي
السلوكي

تحليل نتائج المجموعة التجريبية الأولى التي خضعت للعلاج المعرفي السلوكي

- تقديم الحالات:

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج المقابلات العيادية والملاحظة ونتائج المقاييس والإختبارات النفسية، تمكن الباحث من تحديد طبيعة الإضطراب لحالات مجموعة الدراسة وقياس درجاته القبلية والبعديّة قبل تداول الحالات على جلسات العلاج النفسي الممثل في العلاج المعرفي السلوكي وما تعرفه من من تقنيات وفنيات علاجية، وقد تم اعتماد الجدول التالي لعرض البيانات الخاصة بحالات مجموعة الدراسة، والممثل فيما يلي :

الرمز	الجنس	السن	م.التعليمي	م.الإقتصادي	ح.المدنية	المهنة	ط.الإضطراب	ت.الإضطراب
(ب، أ)	ذكر	29	متوسط	متوسط	أعزب	موظف	وساوس قهرية	24 سنة
(ن، ي)	ذكر	27	جامعي	جيد	أعزب	لاشيء	وساوس قهرية	18 سنة
(ع، و)	أنثى	26	ثانوي	جيد	عزباء	لاشيء	وساوس قهرية	25 سنة
(ب، ج)	أنثى	46	أمية	متوسط	متزوجة	لا شيء	وساوس قهرية	43 سنة

- تحليل البيانات على ضوء الجدول:

تتكون المجموعة الأولى للدراسة من أربعة حالات، 2 ذكور و 2 إناث، يتراوح عمرهم الزمني ما بين (26 و 46 سنة)، مستواهم التعليمي مختلف (جامعي، ثانوي، إعدادي، وحالة لم يسبق لها الإلتحاق بمقاعد الدراسة)، 3 منهم عزاب وواحدة متزوجة، مستواهم الإقتصادي بين الجيد والمتوسط، يعانون من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، تم إخضاعهم للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بعد إجراء القياسات القبلية لتحديد درجة وشدة الإضطراب، ثم القياسات البعدية لتقييم مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي.

- الملاحظة العيادية:

من خلال الملاحظة العيادية لملاحظ المزاج وطبيعة السلوكيات والأفكار لحالات العينة التي تم إخضاعها للعلاج النفسي، فإنه تم تسجيل تشابه في اضطراب المزاج وملاحظ الوجه الحزين والمكتئب ونبرة الصوت ومحتوى الخطابات الدالة على المعاناة، ووجود أفكار تسلطية ذات طبيعة وسواسية متمثلة في الشك في أمور الطهارة والعبادات والموت والمرض، كما أبدت الحالات نوعاً من الضيق والتوتر والقلق ممثلاً في زملة من الأعراض الفيزيولوجية والإنفعالية، التي أدت إلى اضطراب للوضع العام و فقدان السيطرة بعد محاولة المقاومة، إضافة إلى أفكار الشك في حصول ضرر من تأثير العين والسحر وتلبس الجن، وقد أشار علي (1996) " أن أغلب المصابين بالوسواس يعانون من الكآبة ولا يعني ذلك أن كل من يعاني من الكآبة هو مصاب بالوسواس، ويعبر عنهم كذلك بأهم إنطوائيون ولهذا السبب ترى أغلبهم غارقين في ذواتهم ومطبوعين بطابع الحزن والصمت والميل إلى الإعتزال والإنزواء عن المجتمع" (القايمي، 1996، 34، 35). كما غلب على سلوكيات الحالات أعراض الجبر والقهر في أداء الأفعال وفقدان الإرادة في التحكم، ما جعل سلوكياتهم رهينة التكرار والنمطية نتيجة الإملاءات الداخلية.

- الفحص العيادي:

- الأعراض المرضية:

عرفت الأعراض المرضية لحالات العينة تشابهاً واضحاً من حيث طبيعة الأفكار التسلطية كونها متعلقة بـ:

- أفكار ملحة في الإصابة بالمرض، الموت والتعرض للتهديد والخطر.
- تسلط أفكار الإصابة بالعين والسحر وتلبس الجن.
- الشك في الطهارة (الجراثيم والوضوء) وكذا صحة العبادات (الصلاة).
- تخيلات مرضية وجنسية.

وهي في مجملها أعراض شكلت نوعاً من الضيق والقلق وسوء الاستقرار النفسي لدى الحالات، نتيجة ما عرفته من تسلط ومقاومة على مدار الساعات والأيام.

أما فيما يتعلق بأعراض الأفعال القهرية فقد تمثلت فيما يلي:

- أفعال قهرية كتفقد الأبواب، الميل للتنظيم والترتيب.

- سلوكيات التكرار والتفقد والمراجعة بدافع الشك.

- السلوكيات التجنبية.

- تكرار طرح الأسئلة.

- ممارسة طقوس لدفع ضرر معين.

- إندفاعات داخلية وفقدان تام للإرادة والتحكم في الأفعال.

فزملة الأعراض المرضية التي تم تسجيلها والإشارة إليها عند حالات العينة توافقت في مجملها مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يشير إلى تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما تم الإشارة إليه سابقاً (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت حالات المجموعة الأولى زملة من الأعراض المرضية المصاحبة لإضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق مجسدة لديها في التوتر والقلق المصحوب بأعراض فيزيولوجية ذات أبعاد نفسية انفعالية، نتيجة عدم شعورهم بالأمان وفقدان الراحة والهدوء الناجم عن مقاومة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وهي أعراض أكدت نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث سجلت الحالات معدل 85% في حالة القلق، و 91,56% في سمة القلق.

- تحليل محتوى الفكر:

عرف محتوى الفكر لدى حالات العينة تشابها كبيرا من حيث سيطرة أفكار غير طبيعية لم تعتد عليها من قبل، والتي غلب عليها طابع الإنشغال والإلحاح والشك، فهي " عبارة عن أفكار تأتي للمريض رغما عنه وتكون أفكار سخيفة كما يصفها المريض ولا يستطيع إيقافها ويعترف بأنها أفكاره هو وليست أفكارا مدخلة إلى دماغه من قبل جهات أو أشخاص آخرين ، غالبا ما تكون ذات طابع ديني مثل أن يشك المريض في ثوابت دينية لا نقاش حولها، أو أفكار عن الذات الإلهية، ويشعر إزائها بتأنيب الضمير" (هندول الفتلي، 2022، 117). وهو ما سبب تأثيرا بالغا على المعاش النفسي والاجتماعي للحالات، كونها شكلت تعارضا واضحا مع أداء النشاطات الاجتماعية والمهنية نتيجة التسلط والمقاومة، فهي أفكار خارجة عن نطاق الإرادة والتحكم مصحوبة بدرجة عالية من القلق، فتشوه البنية المعرفية يعود لطبيعة محتوى تركيبها، وما تعرفه من معتقدات وتصورات ترجع للموروث الثقافي حول تأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن والمعتقدات اللاعقلانية حول أسباب الإصابة بالمرض والجراثيم وصحة العبادات.

- الواقع الأسري والاجتماعي:

على الرغم من وجود إختلاف في أساليب التنشئة بين مختلف حالات العينة من تدليل وإهمال أو حماية زائدة وإلتزام مفرط بتعاليم القيم والمعايير الاجتماعية، وممارسات عدائية تسلطية وما شهدته من ضغط نفسي داخل الأسرة، إضافة إلى ضعف مستوى الدخل المادي وطبيعة المستوى الثقافي والاجتماعي المتدهور، إلا أنها في مجملها عوامل تدرج تحت واقع البيئة الأسرية والاجتماعية وتأثيراتها المنتجة للإضطراب، وقد أشار السامرائي (2007) أن التنشئة الاجتماعية يقصد بها المحيط الأسري والمحيط الاجتماعي الذي ينشأ به الفرد كالتنشئة الخاطئة ، وقسوة الآباء بالنبذ او العقاب المفرط ، وما ينشأ عليه الفرد من قيم ومثل وأساليب ، وقد يكون الآباء أنفسهم مصابين بالوسواس فيقلدهم ابناءؤهم (أبوشعبان، 2010، 22). و يرى الخالدي (2006) أن سليفان (Sullivan) عزز الفكرة القائمة بتأثير العوامل الاجتماعية و الثقافية على ظهور الأعراض القهرية لدى الأبناء وتنميتها،

مؤكداً على إنشغال الفكر، و تحمل المسؤوليات في فترة الطفولة يجعله طبعاً للتطور القهري (أبو شعبان، 2010، 22) وتعتبر البيئة الأسرية وطبيعة البنية الإجتماعية وما تعرفه من حمولة ثقافية وظروف صحية وإقتصادية أحد العوامل البارزة ذات التأثير العالي في الإصابة بالإضطراب و بناء معتقدات وتصورات لطبيعة الصحة والمرض عن طريق التوريث والممارسة ، حيث يشير أيمن مزاهرة وآخرون (2003) أن أول مصنع لهذه التصورات والقواعد هي الأسرة التي تعمل منذ ولادة الإنسان على تحويله من كائن حي بيولوجي إلى كائن اجتماعي ، كما تساهم في تشكيل ثقافة الفرد حسب الطبيعة السائدة ، والأسرة تعمل على تأمين الرعاية الصحية والجسمية والنفسية لأعضائها (دبوشة، 2020، 421).

- تاريخ الإضطراب:

بغض النظر عن الفوارق العمرية بين حالات العينة، (ب، أ) 29 سنة، (ن، ي) 27 سنة، (ب، ج) 46 سنة، (ع، و) 26 سنة، فقد تم تسجيل إختلاف في تاريخ سن الإصابة بالإضطراب على التوالي (ب، أ) 24 سنة، (ن، ي) 17 سنة، (ب، ج) 43 سنة، (ع، و) 25 سنة، وهي في مجملها سنوات كشفت فيها الحالات من خلال خطاباتها عن بداية المعاناة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كما نلاحظ أن الحالة (ع، و) حديثة الإصابة بالإضطراب مقارنة مع باقي الحالات التي تراوحت مدة الإصابة مابين 3 إلى 10 سنوات، أين عرفوا خلالها عدة محطات من المعاناة النفسية والإنفعالية.

- التاريخ الصحي:

عرف التاريخ الصحي لحالات العينة خلال مراحلها العمرية محطات مرضية مختلفة إلى غاية تاريخ الإصابة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، منها أمراض جسمية إستدعت التدخل الجراحي وأخرى نفسجسمية (سيكوسوماتية)، إلا أن بعض الحالات سجلت الإصابة بالمرض الجسيمي قبل الإصابة باضطراب الوسواس مثل الحالة (ن، ي) ممثلاً في الحساسية الصدرية، ومنها قبل وأثناء الإصابة باضطراب الوسواس عند الحالة (ب، ج)، حيث تمثل في إستئصال اللوزتين والضغط الشرياني كمرض سيكوسوماتي، ومنها من عرفت المرض أثناء الإصابة بالإضطراب عند الحالة (ع، و) والحالة (ب، أ)، حيث تجلت أعراضه

في اضطراب العادة الشهرية وآلام على مستوى المعدة والقولون العصبي. خلل في جهاز المناعة، وقد أشار حسين (2022) أنه تم العثور لدى المرضى على أجسام مضادة ذاتية تتجهج على الكتل العصبية القاعدية بالدماغ وتعطل وظائفها وقد تكون هذه الأجسام المضادة الذاتية نتيجة الإصابة بجرثومة "سطنبولوكوك بيطا هيموليتيك" في سنوات الطفولة ونتيجة للإهمال وعدم المعالجة تتمكن من ضرب الجهاز المناعي (هندول الفتلي، 2022، 85).

- المعاش النفسي الراهن:

كشفت حالات عينة الدراسة عن معاش نفسي مضطرب من خلال ما عرفته من معاناة وسوء استقرار نفسي وإنفعالي، تجلت ملامحه في القلق والمزاج المكتئب، مشاعر اللأمن، الشعور بالخوف والتهديد والإنشغال بترقب الخطر، نتيجة ما تلاقيه من تسلط للأفكار الوسواسية الممثلة في أفكار الشك في تأثير أمور خفية (السحر والعين وتلبس الجن)، وإفتقاد اليقين أثناء تأدية المهام ومختلف الأنشطة بما فيها الشعائر الدينية (الصلاة والوضوء)، وذلك لما ينتابهم من شكوك وأوهام بشكل إقتحامي لمجرى التفكير، فالمصاب حسب علي (1996) " يسيء الظن بكل مشهد أو حدث يراه، وينظر بعين الريبة إلى كل شخص وتصرف، ويؤدي به ذلك إلى الإنحطاط الأخلاقي ويشعر في الغالب بعدم الرضا عن نفسه، وتسيطر عليه حالة من الإيمان بجدوى الطلاس وأعمال السحر والدروشة إلى درجة يمكن معها القول أنه شخص غارق في الأوهام والتخيلات (القايمي، 1996، 38). إضافة إلى الأفعال القهرية الممثلة في التفقد والتكرار والعد الجبري، وممارسة الطقوس المختلفة، مما أدى إلى الإنهاك النفسي وفقدان الثقة في النفس، وقد أشارت دراسة Sgrensen, Kirke bey & Thomsen (2004) التي هدفت إلى فحص تأثير اضطراب الوسواس القهري على الحياة اليومية، وتأثيره على العلاقات، التعليم وإختيار المهنة وخلصت النتائج إلى أن نسبة 70% من هؤلاء الأشخاص عندهم اضطراب الوسواس القهري، وأنه يؤثر على حياتهم اليومية من ناحية الدراسة، العمل، الحياة الإجتماعية، وإختيار المهنة (أبوشعبان، 2010، 46).

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 ونتائج الإختبارات:

من خلال تحليل خطابات حالات عينة الدراسة والملاحظة العيادية لما أبدته من أعراض وإيماءات ذات دلالة مرضية، والتي توافقت في مجملها مع محكات تشخيص اضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، إضافة إلى نتائج المقياس العربي للوسواس القهري حيث تم تسجيل متوسط درجات حالات العينة بـ 28 درجة ما يعادل نسبة 87,50% وهو ما يشير إلى وجود درجة عالية الشدة لدى مجموعة الدراسة للعلاج النفسي الحديث.

- تصورات الإضطراب:

إتخذت حالات عينة الدراسة من طبيعة تصورات للصحة والمرض المستمدة من البيئة السوسيوثقافية الممثلة في الإعتقاد في تأثير القوى الخفية (الجن والشيطان) ودور السحر والعين والحسد في الإصابة بالمرض، وسيلة لتقديم تفسيرات ذاتية للمرض ولأسباب الإصابة به، كون " المخيال الشعبي من خلال أساطيره وإعتقاداته يرسخ هذه التمثلات التي تكون حاضرة في كل زمان ومكان حتى وإن تفاوتت النسب، واللاشعور الجمعي حسب كارل يونغ يحتفظ بكل المعتقدات والعادات والتقاليد والقيم التي تشترك فيها جماعة معينة ولعل من بين أهم المعتقدات التصورات الإجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض" (دبوشة، 2020، 9). وما يعرفه من تسلط وشك وإحاح، يغيب الإرادة والتحكم، كما أن الأعراض الخفية لإضطراب الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية على مستوى الجهاز النفسي يجعلها قريبة في تفسيراتها للتصورات والتمثلات لتأثير القوى الغيبية.

- المسار العلاجي:

عرف المسار العلاجي لحالات عينة الدراسة التداول على مختلف الطبوع العلاجية المتداولة في المحيط الإجتماعي طبية، نفسية وتقليدية إلا أن هذا الأخير عرف حضوراً قويا لدى حالات العينة من ذكور وإناث، كونه من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب، والتي لها علاقة بما تم توريثه من معتقدات وتصورات في الوسط السوسيوثقافي للحالات وهو ما توافق مع دراسة ملاح رقية (2013) التي أشارت إلى أن العوامل الإجتماعية والثقافية هي الأكثر تأثيراً، كالإمتثال في شكل العادات والتقاليد، وهي العوامل المتصلة بالأدوار

العلاجية والطبية بمفهومها الثقافي، فالمرض والعلاج يتخذان بنيتهما في داخل شبكات
المداولات المرضية بطريقة إجتماعية وثقافية (ملاح، 2013، 90).

- التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

بناء على أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وما ينجم عنها من معاناة
نفسية واجتماعية، كان التوجه نحو العلاج لدى حالات المجموعة التجريبية الأولى بحثاً عن
الفاعلية بغض النظر عن التصورات والتفسيرات لأسباب الإصابة.

- العلاج الطبي:

أقدمت جل حالات العينة التجريبية (3 حالات) على العلاجات الطبية بعد ظهور أعراض
مرضية أدت إلى اضطراب معاشها النفسي، متمثلة في اضطرابات سيكوسوماتية على مستوى
الجهاز الهضمي (القولون، المعدة) والقلب، والتي كانت نتيجة لمعاناتها من القلق والضغط
النفسي والاجتماعي، حيث عبرت من خلالها عن آلام جسدية ترتب عنها مسار علاجي طبي،
وهذا ما قد أشار إليه (نهلة شجاع 2009) أنه طبقاً لدراسات منظمة الصحة العالمية فإن
15% إلى 20% من المرضى الذين يراجعون المرافق الصحية لا يعانون من اضطرابات
عضوية لكنهم مصابون باضطرابات نفسية (فيطاس، 2021، 6). في حين لم تقدم الحالة (ن،
ي) على العلاج الطبي كونها لم تبدي أية اضطرابات على مستوى الجسدي والعضوي، وهذا
راجع إلى طبيعة البنية ونسق تنظيمها الداخلي.

- العلاج النفسي:

بناء على الأعراض المرضية لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وبحثاً عن الفاعلية
العلاجية المفتقدة من خلال المسار العلاجي، توجهت حالات المجموعة نحو العلاج النفسي
رغم حداثة في بيئتها السوسيوثقافية التي عرفت توريثاً للتصورات والمعتقدات حول أسباب
الإصابة بالاضطراب و التوجه العلاجي الذي كان من جنس التفسيرات، إلا أنه تم تسجيل
ثقافة إيجابية للعلاج النفسي من خلال نتائج إختبار الأفكار الشائعة لدى حالات المجموعة
المقدرة بـ 67,28% ، والممثلة في الجدول التالي:

الإجابات الحالات	صحيحة تماما	صحيحة جزئيا	خاطئة تماما	لا أدري
الحالة (ب، أ)	11	00	68	02
الحالة (ن، ي)	15	07	57	02
الحالة (ع، و)	34	03	44	00
الحالة (ب، ج)	31	00	49	01
المجموع	91	10	218	05
متوسط الدرجات	22,75	2,5	54,5	01,25
النسبة المئوية	%28,08	03,08 %	%67,28	01,54 %

فمن خلال التسوق العلاجي وما عرفه من طوع علاجية التي أقدمت عليها حالات العينة بحثا عن الفاعلية المفقودة، كان العلاج النفسي آخر حلقة في هذا المسار العلاجي، حيث تم تخصيص جلسات العلاج من أجل كسب ثقة المفحوصين والكشف عن الإضطراب وأعراضه وقياس شدته والتعرف على طبيعة التصورات والتمثلات الثقافية وعلاقتها بالممارسة العلاجية وما عرفته من فاعلية، إضافة إلى تطبيق برنامج علاجي يشارك فيه المريض مع المعالج من خلال مجموعة من الفنيات والتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية من أجل تحقيق إستقرار نفسي وتحكم إنفعالي وسلوكي، وقد أشار محمد شريف سالم إلى أن " إستبصار المريض أو معرفته بمرضه وتشخيصه لا يوجب بالضرورة إلى تغيير في مشاعر المريض وسلوكه، ومهما كان المريض على علم كامل بقلقه ووساوسه وأفعاله القهرية فلن يعدل هذا من سلوكه إراديا قبل معالجة الأسباب الرئيسية لمرضه وقبل الدخول في خطة العلاج التي تحدد له بمعرفة الطبيب المعالج طبقا لأعراضه " (شريف سالم، 2008، 90).

- العلاج التقليدي:

لقد عرف التوجه العلاجي التقليدي لدى حالات العينة التجريبية حضوراً قوياً بخلاف العلاجات الرسمية كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، ممثلاً في الإسترقاء بالآيات القرآنية وإستخدامها كإجراءات للتأثير على تلبس القوى الخفية لدى الحالات التي تدعي إصابتها بتلبس الجن والخضوع لسيطرته، وذلك لمرجعيتها الدينية وبدافع من المحيط الذي يعتقد في فاعليتها وتأثيرها في هذه القوى، زيارة الأضرحة إلتماساً لقدسيتها كونهم أولياء الله الصالحين، إضافة إلى مستحضرات الطب البديل الممثل في الأعشاب والزيوت الطبية المتداولة، وقد أشار حسن الخولي (1982) أن التداوي بالأعشاب لعلاج أو ممارسة علاجية مكتسبة متوازنة قائمة على أساس الخبرة وتستعمل الأعشاب لغرض الوقاية أو العلاج (الدين، 2011، 85)، فالتوجه نحو العلاج التقليدي قائم على طبيعة المعتقدات للبيئة السوسيوثقافية حيث أشار حسين عبد الحميد أحمد رشوان (1999) أن قبائل يوربا يعتقدون أنه للوقاية ولعلاج مرض الجدري لا بد وأن يقوموا بإستشارة إله الجدري لكي يخبرهم عن كيفية علاج هذا الداء عن طريق إقامة بعض الطقوس والشعائر الخاصة لعلاجه، كما يعتقدون بعدم جدوى الطب الحديث في علاج الجدري والحصبة (ملاح، 2013، 30).

- نتائج القياس القبلي للحالات المجموعة الأولى: متوسط نتائج القياس القبلي للحالات:

نتائج المقاييس الحالات	المقياس العربي للسواس القهري	مقياس حالة القلق	مقياس سمة القلق
الحالة (ب، أ)	28	73	80
الحالة (ن، ي)	27	66	72
الحالة (ع، و)	28	67	74
الحالة (ب، ج)	29	66	67

293	272	112	مجموع الدرجات
73,25	68	28	متوسط مجموع الدرجات
%91,56	85%	%87,50	النسبة المئوية

- التعليق على نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياسات القبلية لكل من المقياس العربي للوسواس القهري عن 28 درجة بنسبة 87,50% ومقياس سيبلييرجر لحالة القلق عن 68 درجة بنسبة 85% ، وسمة القلق عن 73,25 درجة بنسبة 91,56% ، وهي نتائج ذات شدة عالية أدت إلى اضطراب المعاش النفسي والإنفعالي لحالات العينة.

- البرنامج العلاجي:

عرف إتجاه العلاج النفسي مع حالات العينة تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي تم عرضه على مجموعة من الأساتذة المحكمين وأخصائي نفسي ممارس، حيث حددت جلساته بـ 15 جلسة عبر 5 مراحل علاجية، تم تناولها وفق درجة وشدة الإضطراب وطبيعة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية، إضافة إلى التصورات والتمثلات لأسباب الإصابة لدى كل حالة، وذلك للإختلافات المسجلة من حيث السن والجنس والمستوى التعليمي، الحالة المدنية والتاريخ المرضي وطبيعة التنشئة الإجتماعية والأسرية، حيث تم من خلال جلسات العلاج تطبيق مجموعة من التقنيات والفنيات العلاجية المقدره بـ 25 تقنية 16 منها معرفية و09 سلوكية، موزعة على عدد الجلسات تم تناولها وفق ما تقتضيه الصورة العيادية وجوانب الإضطراب لدى كل حالة عبر الخطوات والأهداف المسطرة لكل جلسة بهدف التخفيف من حدة أعراض الإضطراب الذي تعاني منه الحالات.

- جدول نتائج القياس البعدي لحالات المجموعة الأولى:

نتائج المقاييس الحالات	المقياس العربي للسواس القهري	مقياس حالة القلق	مقياس سمة القلق
الحالة (ب، أ)	05	22	27
الحالة (ن، ي)	03	28	26
الحالة (ع، و)	00	27	22
الحالة (ب، ج)	01	22	23
مجموع الدرجات	09	99	98
متوسط مجموع الدرجات	02,25	24,75	24,5
النسبة المئوية	%07,03	%30,93	%30,62

- التعليق على نتائج الجدول:

كشفت نتائج معدل متوسط القياسات البعدية لإضطراب الوسواس القهرية لحالات العينة عن درجة منخفضة جدا قدرت بـ 02,25 بنسبة %07,03 ، أما معدل درجات القلق المصاحبة للإضطراب فقد تم تسجيل 24,75 درجة لحالة القلق بنسبة %30,93 ، و 24,5 درجة لسمة القلق بنسبة %30,62 وهي درجات ونسب تعبر عن قلق طبيعي في سلم المقياس.

- جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي لحالات المجموعة الأولى:

نتائج القياسات البعدية للعيينة		نتائج القياسات القبلية للعيينة		المقاييس
النسب المئوية	متوسط الدرجات	النسب المئوية	متوسط الدرجات	
07,03%	02,25	87,50%	28	المقياس العربي للوسواس القهري
30,93%	24,75	85%	68	مقياس حالة القلق
30,62%	24,5	91,56%	73,25	مقياس سمة القلق

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشف معدل متوسط نتائج القياسات البعدية لحالات العينة التجريبية الأولى الخاضعة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بنتائج القياسات القبلية تسجيل إنخفاض شدة اضطراب الوسواس والأفعال القهرية في القياس القبلي للعيينة من 28 درجة بنسبة 87,50 % إلى 02,25 درجة بنسبة 07,03%، إضافة إلى تسجيل إنخفاض كبير في درجات حالة وسمة القلق مقارنة بما تم تسجيله في القياس القبلي للعيينة، حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 68 درجة بنسبة 85% إلى الدرجة 24,75 بنسبة 30,93%، وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من الدرجة 73,25 بنسبة 91,25% إلى 24,5 درجة بنسبة 30,62% وهي في مجملها تمثل حالة و سمة قلق طبيعي، فالنتائج المحققة في القياسات البعدية للعيينة تشير إلى مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف شدة اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وما يصاحبها من قلق.

- خلاصة:

تعاني حالات العينة التجريبية الأولى الخاضعة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، الذي سجل توافقاً مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992).

عرف المعاش النفسي لحالات المجموعة التجريبية حالة من التوتر والقلق، من خلال الأعراض المصاحبة لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وما كشفت عنه نتائج مقياس سيبليجر للقلق.

لقد كان لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي فاعلية التخفيف من أعراض الوسواس والأفعال القهرية لدى حالات المجموعة من خلال نتائج القياسات البعدية المشار، مقارنة بنتائج القياسات القبلية التي كانت درجاتها عالية الشدة، والتي عرفت الحالة قبلها مسار علاجي تقليدي تمثل في الرقية الشرعية لما تحمله من قداسة دينية وإعتقاد في فاعليتها العلاجية.

كشفت النتائج المسجلة خلال الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من درجات القلق المصاحبة لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كان التوجه العلاجي لحالات المجموعة الأولى، نحو العلاج النفسي بناء على ما كانت تعرفه من معاناة لأعراض الإضطراب الممثلة في أفكار الشك والتسلط والإندفاع وأفعال التفقد والتكرار والمراجعة، وذلك في إطار التسوق العلاجي، وبحثاً عن الفاعلية العلاجية.

إعتمد المعالج النفسي في تشخيصه لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى حالات المجموعة الأولى على زملة الأعراض المرضية التي توافقت مع معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج المقاييس النفسية، إضافة إلى دراسة الحالة التي مكنت المعالج من التعرف على التاريخ المرضي ومختلف العوامل والأسباب المؤدية للإصابة بالإضطراب.

تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي لدى الحالات المقبلة على العلاج من قبل المعالج النفسي، حيث عرفت عملية العلاج مشاركة المتعالجين من خلال تفاعلهم الإيجابي عبر جلسات العلاج ومختلف التقنيات والفنيات العلاجية والواجبات المنزلية.

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة ايجابية حول العلاج النفسي وما تعلق بميادين العلاجات والطب النفسي في ظل التوجه العلاجي التقليدي للحالات الذي كان من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى الإعتقاد في العلاج التقليدي، والذي يعود إلى عدة عوامل مساهمة في توظيف الحالات لحمولتها الثقافية وما تعرفه من معتقدات وتصورات يفرضها المخيال الإجتماعي، باعتبار المريض وحده ليس المسؤول عن تفسير أسباب الإضطراب وإختيار المسار العلاجي.

المجموعة التجريبية الثانية الخاضعة للعلاج التقليدي

- نوع العلاج : ممارسة علاجية تقليدية.
- عدد الحالات 4.
- 2 ذكور.
- 2 إناث.

المجموعة الثانية التي خضعت للممارسة العلاجية التقليدية :

الحالة الأولى :

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ك، س.

الجنس: أنثى.

السن: 48 سنة.

عدد الإخوة: 6 ، منهم 4 إناث، و2 ذكور.

الرتبة: الثانية.

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي.

الوظيفة: مأكثة في البيت.

الحالة المدنية: متزوجة.

عدد الأولاد: 03.

المستوى المعيشي: جيد.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: عمارة.

سبب الإستشارة: معاناة نفسية من أفكار الشك والفعل القهري.

طبيعة الإستشارة : بدافع المعتقد والمحيط الأسري والاجتماعي.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة ذات قامة طويلة ، نحيفة الجسم، أعين سود وبشرة سمراء، ترتدي حجاب

، مظهرها مقبول، ملامح وجهها حزينة.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: لغة الحالة مفهومة و بسيطة عبرت من خلالها عن معاشها النفسي وأفكارها المتسلطة.

طبيعة الصوت: يستخدم نبرة هادئة وبطيئة في سرد مجريات الأحداث.

نوعية الأفكار: أفكار وسواسية يغلب عليها طابع الشك والتسلط ، لا عقلانية، تربطها بمعتقد تأثير الوسواس الشيطانية.

طبيعة السلوكات: أفعال قهرية، وممارسات الطقوس بطريقة جبرية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ك، س) أنثى تبلغ من العمر 48 سنة، متزوجة منذ 20 سنة في المهجر بفرنسا، تقيم في أسرة نووية، وهي أم لثلاثة أولاد، بنتين وولد، تربطها علاقة جيدة بزوجها الذي يشغل وظيفة حكومية، لم تتم دراستها بعد فشلها في نيل شهادة البكالوريا، نشأت وترعرعت في أسرة صغيرة مكونة من الوالدين والإخوة، الأب معلم والأم مائكة في البيت ، تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها، ذكرين و 4 إناث، كانت مدللة من قبل الأب مقارنة بإخوتها، تربطها علاقة جيدة وقوية مع أفراد العائلة، تحرص الحالة حاليا على متابعة الوضعية الصحية لبنتيها اللتين تعانيين من مرض خطير ، وهي تعاني حاليا من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي تعتبرها سببا في تدهور حالتها النفسية التي دفعتها إلى العودة إلى أرض الوطن لطلب المساعدة والعلاج.

تذكر الحالة (ك، س) أنها قامت في سن 17 سنة بإجراء عملية جراحية على مستوى البطن نتيجة وجود إنتفاخ سببه كيس مائي في الكبد (kyste hydatique)، وبعدها بعامين تقريبا وفي سن 19 سنة تقول أنها قامت بإجراء عمل جراحي آخر (fissure)، إضافة إلى معاناتها من غازات على مستوى البطن ألزمها إجراء فحوصات معمقة (coloscopie)، وبعد زواجها وفي سن 26 سنة هاجرت إلى فرنسا، حيث ذكرت أنها لم تعرف أي مضاعفات مرضية أو اضطرابات بغض النظر عما عانتها من صعوبة في التكيف في أيامها الأولى في ديار الغربة، وفي سن 48 سنة تقول أنها تعرضت لتسلط أفكار نتيجة ما وجدته من دم حيض

في فراش النوم، الأمر الذي دفعها آنذاك إلى الإطلاع في شبكة الأنترنت لكيفية تطهيره، وما طبيعة نجاسة هذا الدم، مؤكدة من خلال خطاباتها أن هذه الحادثة سببت لها حالة من القلق الشديد والإهتمام المبالغ فيه، مصحوبة بكثير من أفكار الشك حول طهارة المحيط، حيث تقول أن شكوكها إنتقلت حتى للأولاد على حد تعبيرها: (وليت نقي الوسائد، المطارح والفراش)، إضافة إلى شكوكها في الطهارة الشخصية وفي صحة الوضوء والصلاة حسب ما ذكرت: (وليت أنشك في أي حاجة، حتى الأذان في رمضان نشك بلي ما أذنش، فالمارشي نرجع ونسقيهم إذا خلصتهم ولا لا، حتى وليت نسجل في ورقة)، كما ترى أنها كانت تعاني اضطراب شديد في فترة الحيض خوفا من نجاسته إذ تقول: (في وقت الحيض نولي مضطربة ، قریت فالأنترنت بأن الدم يلزمه ماء كثير لأنه نجاسة ثقيلة).

ترى الحالة (ك، س) أنها تعيش معاناة نفسية نتيجة ما تعرفه من تفكير زائد وقلق على صحة بنتيها البالغتين من العمر 12 و16 سنة واللذان تعانيان من مرض مزمن حسب ما ذكرت: (دائما نخم فيهم، المرض التاعهم صعب بزاف قادر يقتلهم راهم كبارات)، كما تشتكي كذلك من تسلط لأفكار الماضي والشعور بالذنب على حد قولها: (أنا راني مريضة أنا درت حاجة في حيلتي، الأحداث تاع الماضي نذكرها وضميري يولي يأنب فيا، الماضي ما يرحش من راسي)، إضافة إلى تسلط الصور الإباحية و تسلط أفكار إلحاق الأذى بمن حولها على حسب ما أدلت به: (أجيبي أفكار أني نشنق بنتي ومن بعد نحاول قاع ما نفكرش فيها ومن بعد نقول كيفاش راني نفكر هكا هذي مشي نورمال)، كما تشتكي من عدم قدرتها على لمس الأشياء والأسطح ومحاولة تجنبها إذ تقول: (ما نقدرش نمسح الطابلة أجيبي أي حاجة التوشيني في يدي نقول فيهم حاجة ولازم نروح نغسلهم)، لنضيف من خلال حديثها أن المشكلة التي تؤرقها هي الطهارة الشخصية ودخول المراض إذ تقول: (المشكلة تاعي هي المراض دايرة القارورات وحاسبتهم، وليت نخاف متواليت نخاف ننسى ما غسلتس)، كما تضيف في شكاواها إسترسالها بغسل مكان الحدث لعدة مرات دون الوصول إلى قناعة تامة ويقين بطهره من النجاسة، و ترى الحالة أن المعاناة من هذه الأمور دفعتها للبحث في شبكة الأنترنت، بحيث توصلت إلى أنها عبارة عن وساوس قهرية خاصة فيما تعلق بشكها في الصلاة والغاز والطهارة وإعادة الوضوء، فهي ترى أنها تعاني الخوف، وعدم الإحساس بالأمن، إضافة إلى حالة القلق

والتوتر الشديد نتيجة الشك في الطهارة إلى درجة الإحساس بالتعب و الملل والتعرق وارتجاف الأطراف ، مع التعب وغياب الإحساس بالراحة والإستقرار نتيجة الصراع و الإنشغال بأداء الفعل القهري، مع ملاحظة حالة من الإرتباك أثناء المقابلة.

ترى الحالة (ك، س) أن ما تعرفه من معاناة وأعراض مرضية يعود إلى الوسواس الشيطانية والمس إذ تقول: (الوسواس هي حاجة راهي فيا متسلطة، حاجة راهي لاصقة فيا وما بغتش أتروح، بلاك مس رحت عند الطالب بالاك حاجة فيا ونيش عارفتلها)، كما تضيف أنه بعد تفسيرات المحيط الإجتماعي لها وعن حالتها تقول: (حسب ما سمعت نرجعها لوسواس شيطانية لأنني مرات نقول بالاك مشي أنا وهم يقولولي مشي أنت حاجة فوق طاقتك، حاجة راهي فيك، كون نقول أنا نحس بالذنب).

ذكرت الحالة أن بداية مسارها العلاجي تلازمت بتاريخ إصابتها بالإضطراب في سن 48 سنة وهي في ديار المهجر أين تولى زوجها برقيتها بآيات من القرآن الكريم دون اللجوء إلى معالجين أو ممارسين مختصين وهذا ما جاء على لسانها: (في البداية كان زوجي يرقيني ويقولني راني عارف واش بيك)، إلا أن هذه الطريقة في العلاج لم تقنع الحالة حسب ما أدلت به: (في نفسي مشي مقتانعة، نقرا ونحوس في الأنترنت) وبعد مرور 4 أشهر وإستمرار معاناة الحالة تقول أنها عادت إلى أرض الوطن (الجزائر) عند العائلة التي أخذت بزمام أمور العلاج حيث كان التوجه العلاجي عند أحد الرقاة الذي يعرفه أخوها، أين تمثل العلاج بتلاوة آيات من القرآن الكريم في قرورة من الماء والتي قامت بشربه بعد حصة العلاج بكميات متقاطعة، إلا أن نتيجة العلاج لم تكن ذات فاعلية حسب قولها: (محسيتش براحة)، وبعد مدة أسبوع تقريبا باشرت علاجاً تقليدياً عند أحد الرقاة خارج الولاية التي تقيم بها كونه يعالج بالرقية والأعشاب الطبية حيث تقول أنه أعطها ماء لتغتسل به وشخص حالتها على أنه تعاني من سحر على حد قولها: (قالي عندك سحر و تطور وأصبح وسوسة، أعطاني حشائش)، وفي جلسة علاج ثانية تقول: (رقالي ومن بعد شاف في يدي وقالي مازال فيك ثم أعطاني قرورة ماء الورد وقالي قسميها على ثلاثة أقسام وديري كل جزء في 5 لتر وإغتاسلي بيه والماء أرميه فالحشيش)، إلا أن طبيعة المعاناة لديها بقيت على حالها حسب ما ذكرت، ليتم عرض الحالة على مختص نفسي، الذي أدرجها ضمن حالات الدراسة، أين قام بتشخيص حالتها المرضية وتطبيق قياسات

قبلية لحالة القلق والوساوس والأفعال القهرية التي تعاني منها وإخضاعها لبرنامج علاج تقليدي عند أحد المعالجين التقليديين.

-تطبيق المقاييس:

تم تطبيق المقياس العربي للوساوس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

-جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	19
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	09
المجموع	32	28
النسبة المئوية		87,5%

- تحليل نتائج الجدول:

سجلت الحالة خلال القياس القبلي لإضطراب الوساوس القهرية درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوساوس القهري قدرت بـ 28 درجة، بنسبة 87,5 %، وهي نتيجة نعبر عن مدى معاناة الحالة وإضطراب معاشها النفسي.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات

24	من 1 إلى 4	01	04	04	00	العبارات السالبة	10
41	من 4 إلى 1	00	00	03	08	العبارات الموجبة	10
65		01	04	07	08	المجموع	20
قلق شديد		من 61 إلى 80				درجة القلق	
		%81,25				النسبة المئوية	

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج الصورة الأولى الخاصة بحالة القلق لسبيلبيرجر عن 65 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تمثل مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، بنسبة قدرت بـ %81,25 .

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	01	03	08	من 1 إلى 4	43
10	العبارات الموجبة	06	01	00	01	من 4 إلى 1	28
20	المجموع	03	01	00	16		71
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
		%88,75				النسبة المئوية	

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت الصورة الثانية للمقياس المتعلقة بسمة القلق عن 71 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تعكس سمة القلق عند الحالة بدرجة جد مرتفعة، بنسبة قدرت بـ88,75%.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة ت	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	الأدري	النسب
1	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	06	%37,5	00	%00	10	%62,5	00	%00
2	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	03	%23,07	00	%00	07	%53,84	03	%23,07
3	(30-49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	06	%30	00	%00	14	%70	00	%00
4	(50-63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	04	%28,57	00	%00	10	%71,42	00	%00
5	(64-69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	01	%16,66	00	%00	05	%83,33	00	%00
6	(70-75)	06	بعض الاضطرابات	01	16,66%	01	%16,66	03	%50	01	%16,66

								النفسية المحددة			
	00	% 33,33	02	%16, 66	01	% 50	03	العلاجات غير الدوائية	06	-76) (81	7
	04	%60,63	51	%04, 76	02	%28,9 2	24	//	81	//	ال م ج م وع

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ %60,63 مقابل %28,92 التي تمثل تصور سلبي لثقافة العلاج النفسي، والملاحظ أن النتائج المسجلة في كل من ميدان الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه و معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه و كيفية التعامل مع المريض النفسي تراوحت ما بين 70 و%80، في حين تراوحت نتائج ميدان الطب النفسي و الأدوية النفسية والعلاج الدوائي و بعض الاضطرابات النفسية المحددة ما بين 50 و 60 % ، في حين كانت النتيجة سلبية في ميدان العلاجات غير الدوائية ، فرغم التصور الإيجابي لثقافة العلاج النفسي وظفت الحالة حمولتها الثقافية، فاتجهت نحو العلاج التقليدي، أين غابت أنها المثقفة، فكانت التفسيرات من جنس تصورات ومعتقدات المحيط الإجتماعي والأسري للحالة.

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية: كشفت الملاح العيادية للحالة عن وجه شاحب ومزاج حزين مكتئب ومشاعر الألم المعنوي، إضافة إلى نوبات حالة القلق التي تنتابها على مدار ساعات اليوم مقابل ما أفصحت عنه من حرص شديد على الوضع الصحي الراهن لإبنتيها اللتان تعانيان من مرض يتطلب الكثير من المراقبة والعناية الطبية، وما تعرفه من حرص وتوتر أثناء أداء

الفعل القهري الممثل في الإسترسال في الطهارة، إضافة إلى ما أبدته من إرتباك ودهشة وخوف جراء ما تشهده من عجز في التحكم والسيطرة مقابل وضعها الصحي الراهن وما يعرفه من صراع للأفكار وتسلطها، وحالة عدم الرضا ونقص اليقين فيما تقدم عليه من أفعال وسلوكات، أين تم ملاحظة حالة من الخضوع وسيطرة كلية للأفعال القهرية خاصة فيما تعلق بالوضوء والطهارة، حيث فقدت القدرة على التحكم في ضبط عدد مرات الغسل وتذكرها، ما جعلها مجبرة على طلب المساعدة من المحيط في مرافقتها لتجنب حالة الشك وضبط اليقين، والتي شكلت في مجملها زملة من الأعراض المرضية، كان لها بالغ الأثر الملاحظ على حالتها النفسية والفيزيولوجية.

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

أظهرت الحالة زملة من الأعراض المرضية التي كانت سببا في سوء إستقرارها النفسي والإنفعالي، والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

- تسلط صور لمظاهر إباحية.

- أفكار إندفاعية متعلقة بإلحاق الأذى بالآخرين.

- الشك في الجرائم والنجاسة.

- الشك القهري في أمور متعلقة بالطهارة الشخصية.

- الشعور بالذنب.

- الإحساس بالقلق عند إقتراب فترة الحيض و دخول المرحاض تحرزا من النجاسة.

- التجنب القهري لملامسة الأسطح ومختلف الأشياء.

- غسل مكان الحدث لعدة مرات بشكل قهري مبالغ فيه.

فمجموع هذه الأعراض المرضية المشار إليها عند الحالة توافقت في مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder (f42) مما يدل على إصابة للحالة بإضطراب الوسواس والأفعال قهرية، وهذا ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ك، س) مجموعة من الأعراض المرضية المصاحبة لإضطراب الوسواس تمثلت في أعراض القلق، حيث تجسدت لدى الحالة في أعراض فيزيولوجية متمثلة في الإرتباك وارتجاف الأطراف وسرعة ضربات القلب والخوف والتعب والحرص على أداء الفعل القهري عن طريق المراجعة والتكرار وفقدان حالة الهدوء وعدم الإحساس بالراحة نتيجة عدم القدرة على المقاومة للأفكار التسلطية والأفعال القهرية، وهي الحالة التي أكدتها نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث تم تسجيل نسبة 81,25 % في حالة القلق، و 88,75 % في سمة القلق.

تحليل محتوى الفكر:

لقد غلب على تفكير الحالة الشك والتسلط للأفكار الإندفاعية والقهرية نتيجة ما تعرفه من قلق إتجاه موضوعات خارجية، إضافة إلى ما تقدم عليه من سلوكيات تحرزية وتجنبية من مختلف الأشياء وما تعرفه من تكرار للأفعال بطريقة قهرية بداعي الوصول لليقين التام كونها تحمل أفكارا مشوهة لاعقلانية جعلتها في حالة من الريب وعدم اليقين في كثير من المسائل المتعلقة بالحيز والطهر من النجاسة، وكونها كذلك تحمل معتقدات عن قوى غيبية لها فاعلية التأثير على الأفكار والسلوكيات، وفي هذا أشار بيك (Beck) أن العمليات المعرفية، التفكير، التخيل، التذكر، الإدراك ذات علاقة بالسلوك والمختل وظيفيا، وأن تعديل هذه العمليات يكون وسيطا مهما لإحداث تغيير في السلوك، فالسلوك المختل يكون ناتجا عن نماذج تفكير منحرفة تم الإبقاء عليها (سعفان، 2014، 90).

- الواقع الأسري والإجتماعي:

عرف المناخ الأسري للحالة بعد الإنجاب تركيزا وحرصا كبيرين من ناحية الإهتمام بالوضع الصحية لإبنتيها اللتين أصيبتا بمرض خطير والذي قد يؤدي بحياتهما للخطر أو الموت حسب ما جاء في التقارير الطبية، مما كان يستوجب عليها كأم مأكثة في البيت التحلي باليقظة والإلتزام والحرص على توقيت أخذ الأدوية وهذا ما زاد من درجة القلق والتوتر لديها، والذي إستمر لعدة سنوات قاربت 16 سنة، مما أثر على حالتها النفسية والعصبية، وقد أشار علي (1996) إلى أن " ما تعرفه الحالة من شدة في درجة الوسواس القهرية كان بسبب الظروف الحياتية الصعبة التي تحيط بالشخص والضغوط التي تفرضها عليه طبيعة الحياة ومستلزماتها المتشعبة والتوترات النفسية والعصبية التي يواجهها في أجواء الحياة المضطربة " (القايمي،1996، 94).

- تاريخ الإضطراب:

عرف التاريخ المرضي للحالة الكثير من الأعراض المرضية على مستوى الجهاز الهضمي، منها ما تطلب التدخل الجراحي والفحص المعمق للإطمئنان على سلامتها العضوية، والتي كانت في مجملها إصابات ذات طبيعة عضوية دون مسببات نفسية، إلا أن ما عرفته من معاناة وأعراض مرضية في سن 48 سنة كان بمثابة إضطرابات وظيفية كان لها بالغ الأثر على الجانب النفسي والإنفعالي والسلوكي، أين عانت الحالة من تسلط أفكار الشك فيما يتعلق بالطهارة من دم الحيض وكثرة الشكوك وعدم اليقين في مختلف الأمور والأشياء، لتعرف مضاعفات لأعراض هذا الإضطراب المتمثلة في تسلط الأفكار ذات الطبيعة الوسواسية والأفعال القهرية الممثلة في طقوس التطهير والتحرز من النجاسات والجراثيم بسلوكات تجنبيهة لملامسة الأسطح.

- التاريخ الصحي: لقد عرفت الحالة (ك، س) محطات مرضية تمثلت في آلام وإصابات عضوية مختلفة على المستوى العضوي، ما إستدعى التدخل الجراحي في سن 17 سنة و19 سنة، بالإضافة إلى تأزم حالتها النفسية في سن 48 سنة وما عرفته من قلق وتسلط للأفكار والأفعال القهرية

- المعاش النفسي الراهن:

إن ما تقدم عليه الحالة (ك، س) من حرص وإهتمام بالحالة الصحية لإبنتيتها وتخوفها الشديد من تدهور حالتيهما الصحية أو فقدهما لمجرد أي خطأ أو تأخر في برنامج التكفل الصحي الخاص بهما منذ تاريخ تشخيص مرضهما، جعل معاشها النفسي يعرف الكثير من التوتر والقلق بسبب الخوف من فقدان موضوع أخذ حيزا كبيرا من التفكير والطاقة النفسية، مصحوبا بأعراض أخرى ممثلة في الشعور بالذنب ومراجعة أحداث الماضي، وتسلب صور وأفكار إيداعية وعدوانية ذات طبيعة وسواسية وأفعال قهرية وسلوكات تجنبية، طغى عليها طابع الشك والتردد، خاصة فيما تعلق بالطهارة والوضوء، وهو ما جعل معاشها النفسي الراهن يعرف حالة من الإضطراب والمعاناة وفقدان للسيطرة في التحكم في الأفكار والأفعال، وفي هذا أشار حسين (2022) " أن هذا المرض كان يصنف في دائرة الأمراض غير القابلة للعلاج، ما جعل الكثير من الناس المصابين به يعيشون في معاناة شديدة أوصلت بعضهم إلى مرحلة متقدمة من الإكتئاب أو الإنتحار" (هندول الفتلي، 2022، 88). الأمر الذي إستدعى الإنسحاب وعدم القدرة على أداء المهام والمسؤوليات الشخصية والتخلي عن مختلف النشاطات الإجتماعية، وطلب المساندة والمساعدة من طرف أفراد المحيط العائلي.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5:

لقد توافقت الأعراض المرضية التي تم الكشف عنها من خلال المقابلة والملاحظة العيادية للحالة مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري، أين سجلت الحالة (28) درجة من مجموع 32 درجة إجمالية لسلم المقياس، ما يعادل نسبة 87,5 % بدرجة عالية الشدة، عرفت الحالة من خلالها معاشا نفسيا مضطربا.

- تصورات الحالة للإضطراب:

ترجع الحالة واقع المعاناة والإضطراب وما تعرفه من شك و تسلط لمختلف الأفكار والأفعال القهرية والتجنبية إلى الوسواس الشيطانية، أي تأثير قوى الشيطان الذي يعود

لطبيعة المعتقدات الدينية والتصورات السوسيوثقافية التي تنسب قوى الشر إلى الفعل الشيطاني، إضافة إلى المس الجني الذي يتميز بخاصية التخفي والتأثير غير المرغوب فيه عكس الإرادة والطموح، حسب ما يمليه عليها المحيط وما يحمله من تصورات ومخيل ثقافي حول طبيعة الإضطراب الذي تعاني منه، يرى حسين عبد الحميد أحمد رشوان (1999) أن " المعتقدات الثقافية والأيدولوجية لها أعمق التأثير على الطريق التي يدرك بها الأفراد المرض " (ملاح، 2013، 30).

- المسار العلاجي:

على الرغم من وجود الحالة في بيئة إجتماعية تتميز بالتطور العلمي والتكنولوجي ، إلا أن توجهها نحو العلاج كان من جنس تفسيراتها لطبيعة الإضطراب وأسباب الإصابه به وبدافع من المحيط الإجتماعي، متمثلا في العلاج التقليدي بالرقية الشرعية، أين أقبلت عليه الحالة منذ تاريخ إصابتها بالإضطراب، بحثا منها عن الفاعلية العلاجية بين مختلف طبوعه العلاجية (رقية ، طب الأعشاب، زيوت وغيرها)، لتخضع بعدها للعلاج بالرقية الشرعية على يد أحد المعالجين التقليديين.

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

بنت الحالة (ك، س) توجهها من خلال مسارها العلاجي على مجموع الأعراض لما عرفتة من أمراض عضوية أو نفسية فيما تعلق بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، بغض النظر عن التفسيرات لأسباب الإصابة المرضية.

- العلاج الطبي: كان إقبال الحالة على العلاج الطبي والجراحي في سن 17 و 19 سنة نتيجة لأعراض مرضية عضوية ممثلة في آلام على المستوى الجسدي، حيث عرفت تحسنا كبيرا لحالتها الصحية.

- العلاج التقليدي:

لقد عرف المسار العلاجي للحالة (ك، س) توجهها نحو العلاج التقليدي الممثل في الرقية الشرعية ومختلف الممارسات والعلاجات التي كان بدافع من محيطها الأسري والعائلي، حيث

أشرف الزوج في فرنسا على العلاج بتلاوة آيات وأدعية، ليتم إخضاعها بعد العودة إلى أرض الوطن إلى معالжин من النمط التقليدي بالرقية الشرعية والأعشاب والزيوت الطبيعية، وغيرها من الممارسات التي يزخر بها الوسط السوسيوثقفي، حيث أشار جون شارل (2002) " أن كل جماعة من الناس تعمل على صياغة نظامها الطبي بما يتفق وثقافتها ومعتقداتها وتركيبها الإجماعي ورؤيتها للعالم" (جان شارل، 2002، 19).

- جدول نتائج القياس القبلي للحالة الأولى للعلاج التقليدي:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل درجات القياسات القبليّة.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
87,5 %	قلق شديد	28	المقياس العربي للوسواس القهري	01
81,25 %	ما بين (60-80) قلق شديد	65	مقياس حالة القلق	02
88,75 %	ما بين (60-80) قلق شديد	71	مقياس سمة القلق	03

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت نتائج درجات القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري عن 28 درجة بنسبة 87,5% ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 65 درجة بنسبة 81,25% ، وسمة القلق عن 71 درجة بنسبة 88,75% ، وهي نتائج ذات شدة عالية.

برنامج الممارسة العلاجية التقليدية:

تشخيص الحالة حسب المعالج التقليدي:

يرى المعالج (ب، أ) من خلال مجموع الأعراض المرضية للحالة (ك، س)، أنها لا تعاني إصابات روحية لتلبس الجن والسحر والعين الحاسدة.

- معاناة الحالة ترجع لإعتقادها في تأثير وسوسة الشيطان وتلبس الجن، أين تنسبها إلى تأثير هذه الأخيرة فيما تحمله من تسلط للأفكار وأفعال الشك والمراجعة.

- جدول لنموذج الممارسة العلاجية:

الجدول التالي يمثل جلسات العلاج للحالة (ك، س)، والتي كان عددها (3) جلسات بمعدل جلسة كل ثلاثة أيام:

الجلسات	الأهداف	التقنيات	مدتها الزمنية
الجلسة الأولى	-تهيئة الحالة وكسب ثقتها. - التشخيص بناء على الأعراض - التطمين الروحي. - التخفيف من حدة الأعراض للقلق والإضطراب. - تغيير المعتقدات الخاطئة. -التنفيس عن الحالة	- الحوار. - التطمين الروحي. - تلاوة القرآن. - الإيحاء. - الواجب المنزلي من خلال الدهن بالزيت وشرب الماء المرقى.	10-20 دقيقة
الجلسة الثانية	نفس الأهداف	نفس التقنيات	10-20 دقيقة

20- 10 دقيقة	نفس التقنيات	نفس الأهداف	الجلسة الثالثة
-----------------	--------------	-------------	-------------------

- التعليق على البرنامج:

ركز المعالج في علاجه للحالة (ك، س) على نفس الطريقة العلاجية في كل جلسات العلاج ، كون الحالة لا تعاني من إصابات روحية متعلقة بالمس والعين والسحر، فكان الهدف من العلاج حسبه هو التنفيس عن الحالة من خلال القرآن والإيحاء لطبيعة إعتقادها في تأثير القوى الخفية، مستخدما الماء والزيت لتعزيز الإيحاء والتخفيف من درجة التأثير للمعتقدات ذات التأثير المستمر.

- جدول نتائج القياس البعدي لمقياس العربي للوسواس القهري:

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	18
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	08
المجموع	32	26
النسبة المئوية		%81,25

تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهري عن 26 درجة بنسبة %81,25 مشيرة إلى درجة عالية الشدة للإضطراب.

- جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لحالة القلق :

يمثل الجدول التالي نتائج القياس البعدي لحالة القلق.

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	00	01	03	05	من 1 إلى 4	31
10	العبارات الموجبة	08	03	00	00	من 4 إلى 1	41
20	المجموع	08	04	03	05		72
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		90%					

- التعليق على نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق عن 72

درجة بنسبة 90% وهي درجة تعبر عن قلق شديد.

- جدول القياس البعدي لمقياس سبيلبيرجر لسمة القلق :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	00	01	01	10	من 1 إلى 4	45
10	العبارات الموجبة	06	01	00	01	من 4 إلى 1	28
20	المجموع	09	03	00	08		73
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	

النسبة المئوية	%91,25
----------------	--------

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس سمة القلق 73 درجة بنسبة %91,25، وهو ما يشير إلى قلق شديد.

- جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الأولى:

نتائج القياسات البعديّة		نتائج القياسات القبليّة		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
%81,25	26	%87,5	28	المقياس العربي للوسواس القهري
%90	72	%81,25	65	مقياس حالة القلق
%91,25	73	%88,75	71	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

كشفت نتائج القياسات البعديّة مقارنة بنتائج القياسات القبليّة بعد إقبال الحالة على العلاج التقليدي الممثل في برنامج تخلّته جلسات بالرقية وبعض الممارسات المكملّة للعلاج، عن عدم فاعليّة هذا الأخير في خفض درجة الإصابة بالوسواس والأفعال القهرية ودرجات القلق المصاحبة له إلى مستوى تحسن في الحالة النفسية والإنفعالية للحالة، أين نلاحظ إنخفاض طفيف قدر بدرجتين (من 28 درجة إلى 26 درجة) ، إلا أنه في مقابل هذا نلاحظ ارتفاع في درجات حالة القلق (من 65 درجة إلى 72 درجة) وسمة القلق (من 71 درجة إلى 73 درجة) وهي نتائج متعلّقة بحالة الإحباط التي عرفتھا الحالة بعد فشل مساعيھا العلاجيّة.

- خلاصة:

بناء على ما سبق ، فإن الحالة (ك، س)، تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، والتي كان لها بالغ التأثير على طبيعة معاشها النفسي والإنفعالي وما ينجم عنه من تسلط وقهر، وما يسببه من تعارض مع طبيعة النشاطات المهنية والاجتماعية.

عرف المعاش النفسي للحالة (ك، س) خلال إصابتها بالوسواس والأفعال القهرية نوعا من التوتر والقلق المصاحب للإضطراب، عبرت عنه الحالة من خلال زملة من الأعراض أكدتها نتائج مقياس سبيلبيرجر للقلق.

التقارب في النتائج العالية الشدة لدرجات اضطراب الوسواس والأفعال القهرية بين القياسات القبليّة والبعديّة يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في علاج أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

عدم تسجيل إنخفاض في شدة درجات القلق المصاحب للإضطراب، يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق.

إتخذت الحالة (ك، س) العلاج التقليدي كتوجه علاجي، بناء على ما عرفته من أعراض مرضية، ممثلا في الممارسة العلاجية التقليدية كونها من جنس المعتقدات والتفسيرات لطبيعة الإضطراب وأسباب الإصابة به و بدافع من محيطها الأسري والاجتماعي.

ركز المعالج التقليدي في عملية التشخيص للإضطراب على أسباب الإصابة الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن، وما تحمله الحالة من معتقدات حول أسباب الإصابة، والتي نفت وجود إصابات روحية للقوى الخفية الممثلة في العين والسحر والجن.

عرفت الممارسة العلاجية التقليدية، تطبيق العلاج والتركيز على المعتقد و الإيحاء في العملية العلاجية ، بهدف التنفيس عن الحالة و التخفيف من المعاناة.

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن وجود ثقافة إيجابية للحالة (ك، س) حول العلاج النفسي بمختلف ميادينها، في ظل التوجه العلاجي التقليدي وما يعرفه

من تفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى اعتقاد الحالة في العلاج التقليدي الذي عرف حضوراً قوياً في مسارها العلاجي.

الحالة الثانية:

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب، ل.

الجنس: ذكر.

السن: 54 سنة.

عدد الإخوة: 6 ، منهم 5 إناث، و 1 ذكر.

الرتبة: الرابع.

المستوى الدراسي: الخامسة ابتدائي.

الوظيفة: فلاح.

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأولاد: 05 ، أربعة ذكور وأنثى.

المستوى المعيشي: متوسط.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة نفسية من أفكار الشك والفعل القهري.

طبيعة الإستشارة: بدافع كل من المعتقد والمحيط الأسري والاجتماعي.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة متوسط القامة ، له توازن من حيث الطول والوزن، أعين سود وبشرة

سمراء، معتدل المظهر، ملامح وجهه حزينة.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: لغة الحالة مفهومة و بسيطة عبر من خلالها عن معاناته النفسية والإنفعالية.

طبيعة الصوت: صوت خشن ونبرة قوية في سرد معاشه النفسي.

نوعية الأفكار: أفكار وسواسية يغلب عليها طابع الشك والتسلط ، لا عقلانية، تربطها بمعتقد تأثير الوسواس الشيطانية.

طبيعة السلوكات: أفعال قهرية، وممارسات الطقوس بطريقة جبرية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ب، ل) ذكر يبلغ من العمر 54 سنة، من أب مهاجر بفرنسا وأم مأكثة في البيت وافتهما المنية منذ سنوات، يحتل المرتبة الرابعة لستة إخوة 5 إناث وذكور، متزوج وأب لخمس أولاد، يقيم في أسرة نووية، تربطه بهم علاقة جيدة، يعاني من مشاكل عائلية مع أحد أقاربه الذي قام باختلاس أمواله ومكتسباته، يشكوا حالياً من القلق و تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي يعتبرها سببا في معاناته النفسية، والتي دفعته للبحث عن المساعدة وطلب العلاج.

يقول الحالة (ب، ل)، أنه لم يعرف أي إصابة مرضية من قبل، وأن معاناته إرتبطت بما تعرض له من خيبة الأمل بعد إختلاس ماله وفشل مشروعه التجاري، أين دخل في دوامة من الأعراض المرضية التي أدلى بها من خلال المقابلة العيادية.

فالحالة (ب، ل)، يرى أنه أصبح يعيش حالة من الخوف والقلق والألم وسوء الإستقرار النفسي بعد ما قام ببيع عتاده الفلاحي وبعض ممتلكاته من أجل الإشتراك في مشروع تجاري في أحد المدن الكبرى مع أحد الأقارب الذي كان يثق فيه، والذي إنتهى بالفشل، بعد تعرضه للإختلاس والإحتيال من طرف هذا الأخير، الأمر الذي جعله كثير التفكير بين اليأس وترقب الأمل في إمكانية إسترجاع ممتلكاته حسب ما أدلى به من أقوال: (نخاف نقول نموت كون يروحلي رزقي)، ومن جانب آخر يشتكي الحالة كذلك معاناته اليومية من الشك في الإصابة بالأمراض إذ يقول: (نشك فالمرض بزاف)، إضافة إلى الشك في نجاسة الملابس حسب قوله: (فالتوالاات نشك مرات بقطرات البول حتى نضطر باه نبدل الكسوة)، وتسلط الأفكار المزعجة حسب ما ذكر: (نبقى خايف من الأفكار، نحس روجي مانيش سطايل)،

وأفكار أخرى متعلقة بالذات الإلاهية على حد قوله: (أجبني أفكار على ربي حتى نجعل ونستغفر، نقول ربي شكون لي خلقوا)، إضافة إلى ما يعانیه من تفكير زائد فيما تعلق بمستقبل محيطه الأسري و شكه الكبير في عدم تمكنه في الوصول إلى إنجاز مقبول للمهام الموكلة إليه، حيث يقول: (أنخمم في مستقبل أولادي، وكي نكون نخدم في حاجة نبقى نخمم فيها أسكو راهي نيشان ولالا، وكون تصرالي غلطة مع إنسان نولي غير أنخمم فيها)، إضافة إلى سيطرة أفكار متعلقة بسلوكات يربطها بتوقعات ومخاطر يأمل تجنبها من خلال ما أدلى به: (وليدي يكون يدير في حركات نقول في نفسي كون يعاودها راني سلكت من ذي الحاجة)، إضافة إلى الأفعال القهرية التي يرى أنه أصبح مجبرا على القيام بها كإعادة الوضوء والصلاة وإعادة الكلام لعدة مرات على حد قوله: (الصلاة نعاودها والوضوء نعاودو من 3 إلى 4 مرات)، (وليدي الصغير نعيطلوا عدة مرات حتى الزوجة تقولي راك عيطلو)، حيث يرى أنها أفقدته الإحساس بالراحة نتيجة ما يعرفه من تعب وزيادة في ضربات القلب وارتجاف، كما يضيف الحالة (ب، ل) أنه أصبح يلجأ إلى النظام والترتيب في العمل، ونظرا للشك الذي يعانیه أصبح كذلك كثير التفقد للهاتف وحافضة النقود حسب ما ذكر: (نشك بلاك أداو منهم)، حيث يرى أن هذا أدى به إلى الشعور بالتوتر والإضطراب وفقدان الثقة بالنفس.

ويرى الحالة (ب، ل) أن ما يعانیه من قلق وإضطراب حالته النفسية والإنفعالية راجع إلى تأثير قوى غيبية تتحكم فيه وتغير مجرى حياته متمثلة في العين والسحر، وهذا ما جاء على لسانه: (نقول بلاك هذي قاع هكذا عين وحسد، لأنني كنت لباس بيا كان عندي الغنم والطراكتور والفلاحة ووالآن ما بقالي والو، كان عندي سيارة أدير 150 مليون دار بيها وليدي أكسيدو)، إضافة إلى ما ينسبه إلى الغيرة والسحر حيث يقول: (ديفوا نشك في هذو الصوالح، السحر ممكن، بصح العين %100).

كما يرى الحالة (ب، ل)، أن معاناته النفسية وما تشكله من عجز وتعارض في أداء مهامه ونشاطاته المهنية والإجتماعية، دفعته للبحث عن العلاج، حيث توجه حسب ما أدلى به من تصريحات خلال المقابلات إلى طبيب عام، والذي شخص له أن الإضطراب يتمثل في ضغط الدم، ليتوجه بعدها إلى أحد الرقاة على حد قوله: (أعطاني قارورة ماء وطلب مني

نشرها ونرش جسمي بها) ويرى أن النتيجة هي إستمرار الأعراض المرضية على حد قوله: (مابريتش). ليضيف أنه كان يحس بألم في قلبه ويده اليسرى وحرارة في الرقبة فتوجه إلى طبيب عام أخرجيث شخص له أنه يعاني من تمزق عضلي في الصدر ووصف له الدواء فيقول: (بعد أسبوع ما ريحتش)، ليوجهه الطبيب نحو المختص النفسي، الذي أجرى معه استشارة نفسية، ليتوجه بعدها إلى الرقية على حد قوله: " قلت بالاك الرقية الشرعية تريح" والتي أحس فيها بنوع من الراحة، إلا أن معاناته الممثلة في الأعراض المرضية الشك وتسلط الأفكار بقي مستمرا، حسب ما أدلى به.

-تطبيق المقاييس:

تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

-جدول نتائج المقياس العربي للوسواس القهري للحالة الثانية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	17
عبارات الإجابة ب (لا)	09	08
المجموع	32	25
النسبة المئوية		%78,12

- تحليل نتائج الجدول:

سجلت الحالة خلال القياس القبلي لإضطراب الوسواس القهري درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت بـ 25 درجة، بنسبة 78,12 %، وهي نتيجة نعبر عن مدى معاناة الحالة وإضطراب معاشها النفسي.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	02	00	07	من 1 إلى 4	32
10	العبارات الموجبة	09	01	00	01	من 4 إلى 1	40
20	المجموع	08	07	04	01		72
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%90					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج الصورة الأولى الخاصة بحالة القلق لسبيلبيرجر عن 72 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تمثل مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، بنسبة قدرت بـ 90% .

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	02	00	10	من 1 إلى 4	44
10	العبارات الموجبة	07	00	00	01	من 4 إلى 1	29
20	المجموع	03	01	00	16		73
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	

النسبة المئوية	91,25%
----------------	--------

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت الصورة الثانية للمقياس المتعلقة بسمة القلق عن 73 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تعكس سمة القلق عند الحالة بدرجة جد مرتفعة، بنسبة قدرت بـ 91,25%.

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول ثقافة الطب النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة ن	النسب	صحيح جزئياً	النسب	خاطئة تماماً	النسب	لا أدري	النسب
1	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	04	25%	01	6,2% 5%	11	68,75%	00	00%
2	(17-29)	13	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	08	61,5% 3	00	00%	05	38,46%	00	00%
3	(30-49)	20	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	09	45%	00	00%	11	55%	00	00%
4	(50-63)	14	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	06	42,8% 5	00	00%	08	57,14%	00	00%
5	(64-69)	06	كيفية التعامل مع المريض النفسي	02	16,6% 6	00	00%	03	50%	01	16,66%

00%	00	%83,33	05	%00	00	33,33%	01	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	06	(-70) (75)	6
6;%16 6	01	% 33,33	02	%00	00	% 50	03	العلاجات غير الدوائية	06	(-76) (81)	7
%02,4 6	02	%55,55	45	%01, 23	01	%40,7 4	33	//	81	//	ال م ج م وع

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ 55,55% حيث سجلت الحالة في بعد الطب النفسي نسبة 68,75% وفي بعد الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه 55% وبعد كيفية التعامل مع المريض النفسي 50% وهي نتائج تشير إلى وجود ثقافة حول الطب النفسي والمريض النفسي، كما أشارت نسبة 57,14% المسجلة في بعد معاني الإضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه، ونسبة 83,33% المسجلة في بعد بعض الإضطرابات النفسية المحددة على إطلاع الحالة ودرايته بمجال الإضطرابات النفسية، في المقابل فإن النتيجة المقدرة بـ 40,74% تمثل تصور سلبي لثقافة العلاج النفسي وخاصة فيما تعلق بجانب الأدوية النفسية والعلاج الدوائي المقدرة بـ 61,53% وبعد العلاجات غير الدوائية المقدرة بـ 50% وهي نتائج معتدلة، فرغم التصور الإيجابي لثقافة العلاج النفسي إلا أن الحالة وظفت المعتقدات والتصورات المتداولة في المحيط السوسيوثقافي، أين غابت أنها المثقفة، فكانت التفسيرات من جنس تصورات ومعتقدات المحيط الإجتماعي والأسري للحالة.

- تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

كشفت الملامح العيادية للحالة عن مظاهر الإضطراب الممثلة في أعراض القلق والخوف والميزاج المتقلب والتي أكدت عنهم من خلال خطاباتها ومعاشها النفسي الراهن الذي غلب عليه الإفراط في التفكير والإنشغال بتفاصيل الأحداث والحرص الشديد من خلال الشك والتحليل السلبي لما ستؤول إليه الأمور، فقد جسدت في مجملها دلالات ذات بعد سيكوباتولوجي، أين تم ملاحظة حالة الإحباط والمعاناة من تسلط الأفكار الوسواسية بطريقة إندفاعية خارجة عن نطاق تفكيره متعلقة بالعقيدة والموت والمرض والطهارة ، كما تم ملاحظة سلوكيات جبرية، لما كانت تلجأ الحالة إلى القيام بالأفعال بطريقة قهرية، إضافة إلى ما تم الكشف عنه في الخطابات حول مجريات المعاش النفسي، أين كان ينسب الحالة معاناته وسبب الإضطراب إلى تأثير القوى الخفية الممثلة في أمور السحر والعين، كما تم تسجيل إهتمام الحالة بمتابعة جلسات العلاج التقليدي والتطبيق الفعلي لمختلف جلساته وما يقدمه الراقى من توصيات.

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

عرف الحالة (ب، ل) زملة من الأعراض السيكوباتولوجية تجسدت في الأفكار التسلطية والأفعال القهرية التي يتم ذكرها فيما يلي:

- تسلط أفكار الشك في الإصابة بالمرض والأمور المتعلقة بالنجاسة والطهارة.

- وجود أفكار إندفاعية حول العقيدة.

- أفكار الشعور بالذنب وتأنيب الضمير.

- صلابة التفكير وإنشغاله بمواضيع غير هامة.

-أفعال قهرية ممثلة في إعادة الوضوء والصلاة.

- اللجوء إلى تكرار الكلمات في كل مرة من 3 إلى 4 مرات.

- سلوكيات التفقد والمراجعة المتكررة للهاتف ولحافضة النقود.

- اللجوء إلى الدقة والترتيب والتنظيم في إنجاز الأعمال.

وقد أشارت معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي Dsm/5:

- تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا)، أو تسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الإجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

- أعراض الوسواس القهري لا تغزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار / دواء) أو لحالة طبية أخرى.

- لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (Dsm5, f42,102).

فمجموع الأعراض المرضية المشار إليها عند الحالة توافقت في مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري.

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ب، ل) زملة من أعراض القلق المصاحبة لإضطراب الوسواس، تمثلت في حالة من التوتر والقلق والإضطراب للوضع العام ممثلة في ضربات القلب والإرتجاف وفقدان الصبر والإحساس بالتعب، و ترقب وقوع كوارث نتيجة الشك و طبيعة الأفكار التسلطية والحرص على أداء الفعل القهري، ما حرمه الشعور بالراحة والهدوء والأمان، إضافة إلى ترقب تطورات الأحداث حول امكانية استرجاع ممتلكاته فتأثير القلق على الوضع النفسي للحالة، أكدتها نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث تم تسجيل نسبة 90% في حالة القلق، و 91,25% في سمة القلق.

- تحليل محتوى التفكير:

الوسواس إستحواذ يكون في شكل إحساس أو فكرة متعبة للغاية، ترد إلى الذهن بشكل متكرر وبعيوض غالبا وتكون الفكرة متصلبة ومؤلمة وتنجم عن ضيق نفسي شديد مع كل نتائجها الجسمية والنفسية، وهو مرض شائع جدا ويرافق غالبا العصاب والإضطرابات الذهنية وتندرج من الإستحواذ البسيط المقلق إلى الإستحواذ الكبير المتعب (بيير، دس، 36)، فما تعرفه الحالة من معاناة وسوء إستقرار نفسي وإنفعالي، وما كشفت عنه نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق المقدر بـ 90% وسمة القلق المقدر بـ 91,25% أدى إلى إضطراب ديناميكية الوظيفة الفكرية مما ترتب عنه زملة من الأعراض المرضية الفكرية التي غلب عليها طابع التسلط والاندفاع والشك والتدقيق مع إلزامية التكرار والقهر في أداء الفعل، وهو ما كان له إنعكاس سلبي على المستوى العقلاني الإنفعالي بعد فقدان آلية الضبط والتحكم في طبيعة الأفكار والإرادة و ترتب عنه الخوف والإحباط وفقدان الثقة في النفس، ما دفعها إلى الإعتقاد في وجود قوى خارجية لها فاعلية التأثير على الأفكار والسلوك.

الواقع الأسري والإجتماعي:

الحالة (ب، ل) يعاني من ضغط نفسي وإجتماعي نتيجة الصدمة التي تلقاها من أحد أطراف العائلة (صهره) والتي نجم عنها مجموعة من الأعراض التي كان لها تأثير واضح على توازنه السيكلولوجي ومعاشه النفسي والإنفعالي، كونه أصيب بخيبة أمل كان لها بالغ الأثر على نفسيته نتيجة فقدان موضوع تجسد في تحقيق طموحات مستقبلية، إضافة إلى الدرجة العالية من القلق كونه أصبح كثير التفكير في إمكانية إسترجاع ما أختلس منه من مال، فالخبرة المؤلمة للحالة كانت سببا في الإصابة بتسلط الأفكار والأفعال القهرية، وقد توصلت دراسة " سبارو" (sparrow, j. 2009) على عينة من طلاب الجامعة، إلى أن الخبرة المؤلمة التي مر بها الشخص في حياته تنبئ بأن الشخص سيصاب بوسواس إضطراب القدرة العقلية والفعل القهري المرتبط بالترتيب (سعفان، 2014، 71).

- تاريخ الإضطراب:

عرف الحالة أولى شكواه من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية في سن 54 سنة، حيث لم يعرف أية إصابة مرضية قبل هذا السن، والذي إرتبط بما تعرض له من أحداث ووقائع تجلت أعراضها في الإحباط والتوتر والقلق، ليعرف بعدها أعراض الوسواس والأفعال القهرية على مدار ساعات اليوم.

التاريخ الصحي:

لم يذكر الحالة (ب، ل)، أية إصابات مرضية قبل الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث كان يتمتع بصحة جيدة ، منشغل بمزاولة نشاطاته الفلاحية، إلى أن جاء تاريخ الصدمة وما عرف من جرائها من أعراض نفسية وجسمية.

- المعاش النفسي الراهن:

ما يعرفه الحالة (ب، ل) من سوء إستقرار نفسي وإنفعالي راجع إلى طبيعة الأحداث والوقائع التي تعرض لها، والتي سببت له الكثير من الإحباط والمعاناة والشعور بالذنب ، وجعلته يعيش في دوامة من القلق والإضطراب الذي إستمر مع إستمرار الصراع العائلي، وهذا ما كان بالغ الأثر على سلامة صحته النفسية والعقلية، أين أصبح يشتكي من أفكار إقتحامية ومتسلطة إختلفت موضوعاتها، تم تداولها على مدار ساعات اليوم، حيث جعلت واقع المعاش النفسي والإنفعالي يعرف حالة من الإضطراب وعدم الإستقرار، كونه يعاني زملة من الأعراض المرضية الممثلة في التوتر والقلق وافتقاد الأمان والهدوء، وأفكار الشك في مختلف المسائل والقضايا الراهنة المتعلقة بأداء العبادات والطهارة أو التي تقتحم ساحة التفكير بطريقة تسلطية أثناء مباشرة أي عمل أو نشاط، إضافة إلى الأفعال القهرية الممثلة في سلوكيات المراجعة وتكرار الأفعال والأعمال كالوضوء والصلاة، وفي هذا السياق أشار سيمون وكنرك (Seamon & kenrick,1992) أن 78% من مرضى الوسواس والأفعال القهرية ينتظرون إلى طوقسهم على أنها سخيصة ولا معنى لها ومخالفة للعقل ، وعلى الرغم من ذلك فإن الشخص لا يستطيع إيقاف أفكاره الوسواسية أو أفعاله القهرية، أي أن الفهم العقلاني لا يتحول إلى فهم

إنفعالي ، فهو يفهم أن ما يفكر أو يفعله غير منطقي ومع ذلك لا يتحكم فيه، وهذا لا يحدث مع الأسوياء حيث يمكنهم التحكم في أفكارهم وسلوكياتهم (سعفان، 2014، 50).

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 نتائج الاختبارات:

بعد تحليل خطابات الحالة وما تم التوصل إليه من خلال الملاحظة والمقابلة العيادية لطبيعة الأفكار والأفعال ومختلف السلوكيات والإيماءات التي كشفت عن وجود زملة من الأعراض المرضية لإضطراب تعيشه الحالة، والتي توافقت مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، والتي أكدتها نتائج المقياس العربي للوسواس القهري، أين سجلت الحالة (25) درجة من 32 درجة إجمالية لسلم المقياس، ما يعادل نسبة 78,12% وهي درجة عالية الشدة للإضطراب الوسواس القهري الذي كان له تأثير بالغ على المعاش النفسي والإنفعالي للحالة.

- تصورات الحالة للإضطراب:

بنى الحالة (ب، ل) تفسيراته وتصوره لطبيعة الإضطراب الممثل في وسواس الأفكار والأفعال القهرية على وجود تأثير لقوى غيبية ممثلة في (العين والسحر) وذلك لما يرى لها من فاعلية التأثير في تغيير مجرى الحياة، كما يعتقد الحالة أن ما آل إليه وضعه الصحي والمالي هو نتيجة العين الحاسدة. أشار علي المكاوي (1990) إلى ما تناوله كل من " ليتون (Leighton وسكوت Scott) على أهميه تدارك وفهم المرض في إطاره الثقافي خاصة في المجتمعات التقليدية حيث يتعامل سكان هذه المجتمعات مع المرض باعتباره إعجازي يعلو عن مستوى الطبيعة، وأن اختيارهم لأنماط المعالجات يكون في إطار تمسكهم بالمعتقدات والممارسات الصحية التقليدية النابعة من ثقافتهم، وأكد الباحث " أكنسولا" أن مفهوم المرض يختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات وأنه ما يمكن أن يكون مرضا في مجتمع ما قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر (المكاوي، 1990، 142).

- المسار العلاجي:

إستجابات الحالة لتلقي مختلف العلاجات الطبية والتقليدية، وعرف العلاج الشعبي الممثل في الرقية حضوراً لدى الحالة بخلاف العلاج النفسي، ويعود ذلك لطبيعة البيئة السوسيوثقافية التي تنتمي إليها الحالة، وطبيعة المعتقدات التي تبناها.

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

بنى الحالة (ب، ل) توجهه العلاجي نحو مختلف العلاجات على مجموع الأعراض المرضية التي كانت سبباً في معاناته النفسية والجسمية، وبخاصة أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، بغض النظر عن التفسيرات لأسباب الإصابة المرضية.

- **العلاج الطبي:** لجأ الحالة (ب، ل) إلى الإستشارة الطبية، إستناداً للأعراض المرضية ذات الأبعاد الفيزيوجينية لحالة القلق والتوتر الناتجة عن الحدث الذي كان يعيشه، حيث لم يلقى أي نتيجة في العلاج الطبي كون معاناته ذات منشأ وصراع نفسي داخلي.

- **العلاج التقليدي:** يعتبر الحالة (ب، ل) العلاج التقليدي ومختلف ممارساته حلاً لما يعرفه من أعراض لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، كونها ناتجة عن تأثير القوى الخفية للعين والسحر، حيث كان التوجه نحو هذا النمط العلاجي كخطوة ثانية في المسار العلاجي بعد العلاج الطبي، وفي هذا ترى نادية عمر (1993)، أنه إذا كان الباعث للفقراء هو الفقر، فإن الباعث للأغنياء هو إستعصاء المرض، بينما الدافع للمتعلمين نحو الطب التقليدي أو العلاج الديني السحري تحديداً هو فشل الطب الرسمي، أو إستعجال نتائجه، وبالتالي فالممارسات العلاجية الشعبية التقليدية لا تزال تتمتع بوظائفها المستمرة حتى في وقتنا المعاصر، وبالتالي فهي باقية ومستمرة إلى جانب العلاج الرسمي الحديث (ماقري، 2018، 8).

- برنامج الممارسة العلاجية التقليدية:

يرى المعالج (ب، أ) من خلال مجموع الأعراض المرضية التي أبانت عنها الحالة (ب، ل)، أنها تعاني أعراض وسواس قهرية ذات منشأ نفسي طبي، لا تعود لإصابات روحية لتلبس الجن والسحر والعين الحاسدة.

- الأعراض الظاهرة على الحالة لها علاقة بطبيعة المعتقدات الخاطئة حول العين، حيث يربط الحالة (ب، ل) معاناته بتأثير هذه الأخيرة من خلال ما ينسبه من أحداث ووقائع (حادث المرور ، المرض ،التعرض للإحتيال، ...) إلى تأثيرات العين.

- جدول لنموذج الممارسة العلاجية:

الجدول التالي يمثل جلسات العلاج بالرقية للحالة (ب، ل)، والتي كان عددها (3) جلسات بمعدل جلسة كل ثلاثة أيام :

الجلسات	الأهداف	التقنيات	مدتها الزمنية
الجلسة الأولى	-تهيئة الحالة وكسب ثقتها. - التشخيص بناء على الأعراض - التطمين الروحي. - التخفيف من حدة الأعراض للقلق والإضطراب. - تغيير المعتقدات الخاطئة. -التنفيس عن الحالة	- الحوار. - التطمين الروحي. - تلاوة القرآن. - الإيحاء. - الواجب المنزلي من خلال الدهن بالزيت وشرب الماء المرقى.	10-20 دقيقة
الجلسة الثانية	نفس الأهداف	نفس التقنيات	10-20 دقيقة
الجلسة الثالثة	نفس الأهداف	نفس التقنيات	10-20 دقيقة

- التعليق على البرنامج:

عرف برنامج العلاج التقليدي للحالة (ب، ل) نفس التقنيات العلاجية في كل جلسات العلاج ، كون أن تشخيص الإضطراب لدى الحالة لا يتعلق بإصابات روحية لتلبس الجن والعين والسحر، حيث هدف المعالج إلى التنفيس عن الحالة من خلال القرآن والإيحاء لطبيعة إعتقادها في تأثير العين الحاسدة، مستخدماً الماء والزيت لتعزيز الإيحاء والتخفيف من درجة التأثير لطبيعة المعتقد.

- جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوساوس القهري:

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوساوس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	12
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	07
المجموع	32	19
النسبة المئوية		%59,37

- تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوساوس القهرية عن 19 درجة بنسبة %59,37 بشدة إضطراب فوق المتوسط.

- جدول نتائج القياس البعدي من خلال مقياس سيبييرجر لحالة القلق :

يمثل الجدول التالي نتائج القياس البعدي لحالة القلق.

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	01	02	00	05	من 1 إلى 4	25
10	العبارات الموجبة	05	06	00	00	من 4 إلى 1	38
20	المجموع	09	01	00	10		63
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%78,75					

- التعليق على نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق عن 63 درجة بنسبة 78,75 % وهو ما يؤشر على درجة عالية الشدة للقلق.

- جدول نتائج القياس البعدي من خلال مقياس سييلبيرجر لسمة القلق :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	00	03	00	09	من 1 إلى 4	42
10	العبارات الموجبة	05	03	00	00	من 4 إلى 1	29
20	المجموع	09	03	00	08		71
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%88,75					

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

كشفت نتائج القياسات البعدية لسمة القلق عن 71 درجة بنسبة قاربت 88,75% وهو ما يشير إلى درجة عالية الشدة لسمة القلق لدى الحالة.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبدي للحالة الثانية :

نتائج القياسات البعدية		نتائج القياسات القبلية		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
59,37%	19	78,12%	25	المقياس العربي للوسواس القهري
78,75%	63	90%	72	مقياس حالة القلق
88,75%	71	91,25%	73	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

كشفت نتائج القياسات البعدية مقارنة بنتائج القياسات القبلية تسجيل إنخفاض طفيف جدا في شدة اضطراب الوسواس بعد التعرض للعلاج التقليدي من قبل المعالج، حيث أشارت نتائج القياس القبلي لإضطراب الوسواس عن 25 درجة بنسبة 78,12% والقياس البدي عن 19 درجة بنسبة 59,37%، أين قدرت درجة الإنخفاض بـ 6 درجات بنسبة 18,75%، كما أشارت نتائج حالة القلق عن 72 درجة بنسبة 90% مقابل 63 درجة بنسبة 78,75% لصالح القياس البدي، حيث قدرت درجة الإنخفاض بـ 9 درجات بنسبة 11,25% إضافة إلى نتائج سمة القلق أين تم تسجيل 73 درجة في القياس القبلي بنسبة

91,25 % و 71 درجة بنسبة 88,75 % في القياس البعدي أين قدرت درجة الإنخفاض بـ 2 درجة بنسبة 02,5 % فالنتائج المحققة في القياسات البعدية مؤشر على عدم فاعلية برنامج العلاج التقليدي في تخفيف أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

- خلاصة:

الحالة (ب، ل) يعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، الممثل في تسلط الأفكار المتعلقة بالشك في الإصابة بالمرض والأمور المتعلقة بالنجاسة والطهارة وأمور العين والسحر ، إضافة إلى الأفعال القهرية الممثلة في المراجعة والتكرار، والتي توافقت في مجملها مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992) بدرجات عالية الشدة.

عرف المعاش النفسي للحالة (ب، ل) حالة من الإضطراب والقلق الذي كان مصاحباً لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كشفت نتائج القياسات البعدية للمقياس العربي للوسواس القهري تسجيل درجات فوق المتوسطة الشدة ، مما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كشفت نتائج القياسات البعدية لمقياس سيبليبرجر لحالة وسمة القلق عن درجات قلق شديد، رغم تسجيل إنخفاض بسيط في شدة الدرجات المصاحبة للإضطراب، مما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق.

عرف التوجه العلاجي التقليدي حضوراً قوياً لدى الحالة (ب، ل) في مساره العلاجي، وذلك بناء على الأعراض وما ينسب لها من تصورات وتفسيرات لطبيعة الإضطراب وأسباب الإصابة به.

بنى المعالج التقليدي عملية التشخيص على طبيعة الأسباب المتعلقة بالإصابات الروحية لقوى العين والسحر وتلبس الجن، وما تحمله من معتقدات وتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب.

عرفت الممارسة العلاجية التقليدية تطبيق العلاج من طرف المعالج من خلال تلاوة القرآن وتعزيز الإيحاء في المعتقد، بهدف العلاج والتنفيس عن الحالة والتخفيف من معاناتها.

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن وجود ثقافة إيجابية للحالة (ب، ل) حول العلاج النفسي، في ظل التوجه العلاجي التقليدي وما يعرفه من تفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى اعتقاده في العلاج التقليدي.

الحالة الثالثة :

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: م، ص.

الجنس: ذكر.

السن: 30 سنة.

عدد الإخوة: 4 ، منهم، 3 ذكور وأنثى.

الرتبة: الثالث.

المستوى الدراسي: الثانية متوسط.

الوظيفة: تاجر.

الحالة المدنية: متزوج.

عدد الأولاد: بنت.

المستوى المعيشي: متوسط.

طبيعة الأسرة: نووية.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة نفسية من أفكار الشك والفعل القهري.

طبيعة الإستشارة: بدافع الإعتقاد في فاعلية العلاج التقليدي.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة قصير القامة ، عليه مظاهر البدانة وزيادة الوزن، أعين سود وبشرة

سمراء، معتدل المظهر، وجه شاحب وملامح حزينة.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: لغة الحالة مفهومة و بسيطة عبر من خلالها عن معاناته النفسية والإنفعالية.

طبيعة الصوت: صوت معتدل في سرد معاشه النفسي.

نوعية الأفكار: أفكار وسواسية يغلب عليها طابع الشك والتسلط ، لا عقلانية، تلزمه على ممارسة طقوس وأفعال بصفة قهرية.

طبيعة السلوكات: أفعال قهرية، وطقوس جبرية.

-تقديم الحالة:

الحالة (م، ص) ذكر يبلغ من العمر 30 سنة، من أب متقاعد كان يشغل حارسا في إحدى المؤسسات التربوية وأم ماکثة في البيت، يحتل المرتبة الثالثة لأربعة إخوة أنثى و3 ذكور، متزوج وأب لبنت تبلغ من العمر سنة ونصف، يقيم في أسرة نووية، يعاني من مشاكل زوجية وأسرية، ممثلة في مغادرة الزوجة ورفضها الرجوع بسبب صراعها مع زوجة الأخ، يشكوا حاليا من سوء إستقرار نفسي وإنفعالي نتيجة ما يعرفه من قلق و تسلط للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والتي دفعته إلى التسوق العلاجي بين مختلف الطبوع بحثا عن فاعلية العلاج.

عبر الحالة (م، ص) من خلال المقابلات أنه عانى من آلام وإلتهابات مزمنة على مستوى اللوزتين في سن 21 سنة، ما ألزمه إستئصالهما من خلال عمل جراحي، وفي سنة (2017)، يقول الحالة أنه عانى من ميكروبات على مستوى المثانة، مسببة له أعراضا مرضية على مستوى الجهاز البولي(chaude-pisse)، مصحوبة بحالة من التوتر والقلق وإضطراب النوم، كما ذكر الحالة أنه عانى في تلك الفترة من تسلط أفكار وسواسية على حد قوله: (أفكار تقولي أقتل روحك)، حيث يقول أنه في تاريخ جانفي 2018 ونتيجة لمعاناته الشديدة من تسلط الأفكار الوسواسية بدأ العلاج عن طريق الرقية الشرعية، وفي شهر جوان من نفس السنة وكننتيجة لإستمرار معاناته يقول الحالة (م، ص) أنه توجه إلى طبيب الأعصاب لتلقي العلاج، حيث يرى أنه في هذه المدة عرف إستقرارا نفسيا وإنفعاليا إلى غاية شهر مارس من سنة 2022 أين ظهرت نفس الأعراض التي كان يعاني منها سابقا من تسلط للأفكار والأفعال القهرية.

خلال المقابلة العيادية أجهش الحالة بالبكاء مظهرا نوعا من الألم والتحسر على ما آل إليه حاله من اضطراب وسوء إستقرار نفسي وإنفعالي، نتيجة ما يعرفه من توتر وقلق وفقدان لحالة الهدوء والإطمئنان، إضافة إلى النرفزة وفقدان الثقة في النفس، وخفقان القلب وصعوبة التركيز والإرتباك ، كونه يعيش معاناة كبيرة لشعوره بالذنب وما يكتنفه من أفكار تسلطية، التي لم يعد بمقدوره تقبلها، كونها غير أخلاقية متعلقة بأمور جنسية إتجاه إبنته ووالديه، وتسلط صور جنسية أثناء الصلاة على حد قوله: (أيجوني تصاوير تاع جنس في الصلاة)، وأفكار وتساؤلات يرى أنها سيئة إتجاه الدين، كما أبدى توترا وقلقا كبيرا إتجاه ما ينتابه من أفكار حول موت والدته حسب ما ذكر: (نخاف أما تموت ونزيد قاع نهبل)، كما يذكر كذلك أنه يعاني من تسلط أفكار سيئة يجد صعوبة في التخلص منها، إضافة إلى شكواه من إندفاعات وأفعال قهرية يرى نفسه فاقدا للسيطرة على التحكم فيها، كونه أصبح مجبرا على العد والمراجعة نتيجة الشكوك في الكثير من الأمور والأفعال على حد تعبيره: (نحسب الكارلاج، نفتح ونبلع الثلاجة، نرفد القش ونعاود نفيريقي، مورصو تاع خبز وخرتوا ومن بعد عاودت رفتو وحطيتو، وفالصلاة نقول بالاك راني ناسي ركعة ونعاودها، نشوف المفتاح إذا راه في بلاصتو ونقلب دراهمي والقش التاعي إذا راه مستف) حيث يرى أنه يكرر هذه الأفعال دون هدف محدد نتيجة ما ينتابه من شكوك.

يرى الحالة (م، ص) أن معاناته المرضية وما يعرفه من سوء إستقرار نفسي وإنفعالي راجع إلى تأثير السحر والشعوذة حسب ما ذكر: (قلت بالاك راهم ساحريني) أو أن هناك من المحيطين به من يدس له المكائد، إذ يرى أنه أصبح كثير الشكوك في الناس ممن يتعامل معهم وخاصة من الأهل والأقارب حيث عبر عن ذلك في قوله: (وليت نشك فالغاشي ، أنشك فالناس، بلاك كاش واحد يسالوالي، بالاك هذا يكرهني، بالاك هذي راهي ساحرتني، بالاك وحدة من لافامي)، كما يرى أنه بالإضافة إلى شكه في السحر يرجع اضطراب حالته النفسية كذلك إلى العين الحاسدة حيث يقول: (بالاك عين، كي يجيني وسواس نقول بالاك راهم ضاربييني بعين، راهم متالبييني).

يرى الحالة (م، ص) أنه منذ الوهلة الأولى بعد الإصابة بالاضطراب (2018)، إنصب تفكيره حول العلاج بالرقية حسب ما ذكر: (كنت نقول بالاك حاجة تاع رقية)، حيث يقول

أنه باشر العلاج بالرقية في الأسبوع الأول من الإصابة بالإضطراب، بعد إستقدام الراقي إلى البيت قائلاً: (رقالي على راسي وفالماء تقريبا ساعة) وقبل إنصرافه، يقول الحالة أنه قام بإعطائه ثمن رمزي (زيارة)، لكن نتيجة العلاج حسب ما ذكر لم تكن فعالة إذ يقول: (ما ريحتش قاع)، ليتوجه بعد 15 يوم إلى راقي آخر في إحدى البلديات المجاورة حسب قوله : (دارلي إستجواب عن الأم وقال لي إذا راك تشوف واحد الصوالح حتى وليت نقولو واه نيشان، ومن بعد رقالي)، وقد ذكر الحالة أن ثمن العلاج لم يكن محددًا من طرف الراقي بل رمزي فقط وأن النتيجة كانت سلبية حسب ما أدلى به : (مارىحتش)، ليبقى الحالة حسب ما ذكر على إتصال بالراقي الأول الذي كان يأتيه إلى البيت مرة في الأسبوع وأن العلاج بالرقية كان في الأربعة أشهر الأولى من الإصابة بالإضطراب، أين غابت فاعلية العلاج التي كان يبحث عنها حسب ما أدلى به: (مارىحتش حتى تلاقيت مع واحد السيد رسلني للطبيب ثمة حبست الرقية)، ويقول أنه بعد يومين من تناول الدواء الذي وصفه له طبيب الأمراض العقلية بدأ يحس بتحسن، وفي شهر جانفي من سنة 2022 عاوده الإصابة بالإضطراب حيث توجه إلى مختص نفسي في العيادة المتعددة الخدمات بتوجيه من طرف أحد أصدقائه الذي أصيب بنفس أعراض الإضطراب الذي يعاني منه وسبق له وأن خاض تجربة في العلاج النفسي أين أجرى جلسة واحدة فقط حسب ما أدلى به، كونه إلتقى بإمام المسجد الذي وجهه إلى أحد الرقاة في الزاوية حيث يقول: (الشيخ كان عندو ناس بزاف ترقي، رقالي أحد طلبته وقال لي دير النية، رقالي فالماء وعطاني نشري الزيت الحرة وعطاني ورقة كاتب فيها سورة الفاتحة، دير الماء يغلي وديرها فيها وخطو مع الزيت ودهن بيه، وقال لي أشري العسل واخلطها مع الكمون وكول ملعقة صباحا ومساء)، ويقول أن ثمن العلاج كان زيارة أي ثمن رمزي وأنه أحس بتحسن لفترة زمنية مؤقتة، قبل أن تعاوده نفس الأعراض السابقة التي عانى منها.

-تطبيق المقاييس:

تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سبيلبيرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

- جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية للحالة الثالثة:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	21
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	08
المجموع	32	29
النسبة المئوية		%90,62

- تحليل نتائج الجدول:

سجلت الحالة خلال القياس القبلي لإضطراب الوسواس القهري درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت بـ 29 درجة، بنسبة 90,62 %، وهي النتيجة التي تعكس المعاش النفسي المضطرب للحالة.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارة السالبة	00	00	00	09	من 1 إلى 4	36
10	العبارة الموجبة	09	01	00	01	من 4 إلى 1	40
20	المجموع	09	01	00	10		76
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%95					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج الصورة الأولى الخاصة بحالة القلق لسبيلبيرجر عن 76 درجة بتقدير قلق شديد، وهي النتيجة التي تمثل مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية، بنسبة قدرت بـ 95% .

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	03	00	09	من 1 إلى 4	42
10	العبارات الموجبة	07	00	00	01	من 4 إلى 1	29
20	المجموع	07	04	00	10		71
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		88,75%					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج الصورة الثانية للمقياس المتعلقة بسمة القلق عن 71 درجة بتقدير قلق شديد، وهو ما يعكس سمة القلق عند الحالة بدرجة جد مرتفعة، بنسبة قدرت بـ 88,75% .

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي للحالة الثالثة:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة ت	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	لا أدري	النسب
1	(16-1)	16	ميدان الطب النفسي	07	00%	00	00%	09	56,25%	00	00%

						%43,7 5					
%00	00	%100	13	%00	00	%00	00	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	13	(-17) (29)	2
% 00	00	% 65	13	%00	00	35%	07	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	20	(-30) (49)	3
% 00	00	%28,57	04	00%	00	%71,4 2	10	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	14	(-50) (63)	4
% 00	00	%50	03	% 00	00	%50	03	كيفية التعامل مع المريض النفسي	06	(-64) (69)	5
%00	00	%66,66	04	%00	00	33,33 %	02	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	06	(-70) (75)	6
%00	00	% 100	06	%00	00	% 00	00	العلاجات غير الدوائية	06	(-76) (81)	7
%00	00	%64,19	52	%00	00	%35,8 0	29	//	81	//	ال م ج م وع

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة عن وجود ثقافة إيجابية للعلاج النفسي قدرت بـ 64,19% مقابل 35,80% ، أين سجلت الحالة نسبة عالية قدرت 100% في ميدان الأدوية النفسية والعلاج الدوائي وميدان العلاجات غير الدوائية، كون الحالة على دراية وإطلاع على هذا الميدان، إذ سبق له متابعة طبيب الصحة العقلية وتناول الأدوية، في حين تراوحت نسب كل من ميدان الطب النفسي و الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه، وميدان كيفية التعامل مع المريض النفسي و ميدان بعض الاضطرابات النفسية المحددة ما بين 50 و66%، أما ميدان معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه فقد تم تسجيل نتيجة سلبية .

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

من خلال ما تم ملاحظته عند الحالة (م، ص)، من ملامح كشحوب الوجه ومظهر التعب والتوتر والقلق وشكوى المعاناة والمزاج المحبط، إضافة إلى ما أبدته من خلال محتوى خطاباتها، أين أفصحت عن طبيعة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية، التي كانت سببا فيما تعرفه من معاناة وإضطراب في معاشها النفسي والإنفعالي، كانت في مجملها دلالات ذات أعراض مرضية أثرت على السياقات الفكرية والسلوكية والإنفعالية للحالة، وتوازن الشخصية ونفاعها الديناميكي في وسطها الإجتماعي، وحسب أديب "فإن الوسواس ماهي إلا أفكار إندفاعات قهرية تفتحم المجال الشعوري للفرد، وتكزن غير مرغوب فيها من قبله فتعكر مزاجه وتثير فيه القلق وتسمى بالأفعال القهرية لأنها نتاج عن وجود الوسواس ، كذلك يمكن أن يوجد الوسواس لدى الفرد دون إتيانه أفعال قهرية، ولكن عندما تشتد وتأخذ صفتها الدورية يصاحبها أفعال وحركات قهرية، وفي هذه الحالة تعتبر إنهاكا لطاقة الفرد النفسية، مما يؤدي به هذا الوضع إلى الشعور بالوهن والعجز (أديب،2015،80،81).

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

عرف الحالة (م، ص) أعراض مرضية تمثلت في مجموعة من الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والتي يمكن ذكرها فيما يلي:

- وساوس الأفكار:

- الشعور بالذنب.

- الشعور بحالة من الخوف والقلق الشديد.

- تسلط أفكار متعلقة بالموت.

- الشك وعدم اليقين في الأداء الصحيح للصلاة، نتيجة الإنشغال بمقاومة الأفكار والصور الجنسية الإقتحامية.

- تسلط أفكار الشك في نوايا الآخرين.

- التردد وصعوبة إتخاذ القرارات.

- تسلط أفكار متعلقة بالإصابة بالعين والسحر.

- أفكار إندفاعية متعلقة بالحاق الأذى بالآخرين.

إضافة إلى الأفعال القهرية التي إنحصرت فيما يلي:

- المراجعة والتفقد المتكرر لمختلف الأشياء واللوازم (المفاتيح، الملابس، النقود،....).

- مراجعة تنظيم وترتيب الأشياء ومختلف اللوازم.

- الإلزام والجبر على أداء إفعال معينة كزيارة الطبيب.

- تكرار أفعال دون هدف محدد كفتح وغلق الثلاجة والهاتف وغيرها.

- العد الجبري للأشياء.

فمجموع هذه الأعراض المرضية المشار إليها عند الحالة توافقت في مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder مما يدل على إصابة الحالة بإضطراب الوسواس والأفعال قهرية، وهذا ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (م، ص) زملة من أعراض القلق المصاحبة لإضطراب الوسواس، تمثلت الشعور بالضيق والتوتر واضطراب عام مقابل ما ينتابه من تسلط للأفكار التي تعرف احتمال وقوع أحداث تهدد كيانه النفسي والإنفعالي، إضافة إلى طبيعة الأفكار التسلطية والحرص على أداء الفعل القهري، ما حرمه الشعور بالراحة والهدوء والأمان، وسبب له الإرتباك والتعب وعدم القدرة على التركيز، فالمعاش النفسي للحالة توافق مع نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث تم تسجيل نسبة 95% في حالة القلق، و 88,75% في سمة القلق.

تحليل محتوى الفكر:

أظهرت خطابات الحالة (م، ص) أن تفكيره خاضع لسيطرة الشعور بالذنب، نتيجة ما يمتلكه من تسلط وإندفاع للأفكار الوسواسية ذات الطبيعة الجنسية والعدوانية والتي ينجم عنها الكثير من الألم والمعاناة النفسية، وهذا ما تناولته دراسة " سافوا" (1996) أين تم التحقق من الدور الذي يلعبه الشعور بالذنب في إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كما أن الشعور بالذنب يمكن إعتبره باعثا على وجود أعراض الوسواس والأفعال القهرية وهناك إستعداد فطري عال للشعور بالذنب لكي يؤدي إلى الكثير من المعاناة لدى الأشخاص (خطاب، 2014، 69). إضافة إلى ما يطغى على ساحة التفكير من شكوك ذات علاقة بطبيعة المعتقدات والتصورات لتأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر والجن، كما تلجأ إلى ممارسة طقوس بطريقة جبرية بغية التخفيف من شدة تسلط الفكرة وما تسببه لها من قلق وخوف.

الواقع الأسري والإجتماعي:

عرف المناخ الأسري للحالة (م، ص) سوء العلاقة مع الزوجة بسبب مغادرتها لبيت الزوجية واصرارها على عدم الرجوع للعيش مع زوجة الأخ، وهذا ما كان له بالغ الأثر على اضطراب نفسية الحالة، إذ تجلت أعراضه في ارتفاع وتيرة التوتر والقلق، في وقت يعرف فيه الحالة معاناة من وساوس الأفكار والأفعال القهرية

- تاريخ الاضطراب:

إن البدايات الأولى لظهور أعراض الوسواس والأفعال القهرية لدى الحالة (م، ص) كان في سن 26 سنة من عمره، أين تجلت أعراضه آنذاك في تسلط أفكار وسواسية ذات طبيعة جنسية وتهديدية بقتل النفس والشك في نوايا الآخرين من خلال العين والسحر، مصحوبة بأفعال قهرية ممثلة في التفقد و المرجعة والعد الجبري للأشياء.

- التاريخ الصحي :

عرف الحالة (م، ص) اضطرابا لحالته الصحية، أين اضطرت إلى إجراء عمل جراحي للوزتين ، إضافة إلى متابعة علاج دوائي للجهاز البولي والمثانة، وهي أمراض تابع الحالة علاجها بدرجة قلق وتوتر أقل مما يعانیه اليوم جراء تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وما يصاحبها من أعراض مرضية ذات أبعاد نفسية وفيزيولوجية.

- المعاش النفسي الراهن:

أن المعاش النفسي المضطرب للحالة (م، ص) هو نتاج ما تعرفه من أعراض مرضية ممثلة في الشعور بالذنب وما ينجم عنه من لوم وتأنيب وشعور بالندم والإحباط ، لإعتقاد الحالة أن ما يعرفه من تسلط للأفكار الوسواسية والإقتحامية، أنها صادرة عن إرادته، إضافة إلى ما يصحبها من توتر وقلق وشك في مختلف الأمور والقضايا، فاضطراب الوسواس القهري هو أخطر اضطرابات القلق وأكثرها إعاقة، حيث يتميز بوجود هواجس متكررة في الأصل وقلق في أغلب الأحيان شديد ومؤلم للغاية يسعى المصاب به إلى الحد منه باستخدام وسائل مختلفة تسمى استراتيجيات التحييد و تسمى أحياناً سلوكيات مطمئنة يمكن أن تأخذ أشكال

القهر أو الطقوس (Louis, 2014, 4). وقد أكد رتثمان، 1993 (Rachman) أن المغالاة في الشعور بالذنب والإحساس بالمسؤولية تجعل الفرد يشعر بالذنب ويحس بالمسؤولية إتجاه أحداث ومواقف قد لا يكون مسؤولاً عنها بدرجة كبيرة أو لا يكون مسؤولاً عنها على الإطلاق، وهذا الإحساس المغالي فيه يفسر دوافع الفرد القهرية المرتبطة بإيذاء الآخرين أو الدوافع الجنسية، والنتيجة أن الفرد يطلب العقوبة لذاته (سعنان، 2014، 64، 65)، وهو ما سبب له خلا بليغا في أداء نشاطاته الإجتماعية والمهنية، كما يعرف الحالة معاناة من سيطرة السلوكات القهرية كأفعال التفتد والتكرار والمرجعة بصفة جبرية، بغية الإطمئنان من الشكوك التي تنتابه والتخفيف من درجة القلق الناجم عنها.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 نتائج الإختبارات:

من خلال تحليل الخطابات وما تم تسجيله من ملاحظات على ما أبدته الحالة من سلوكات وإيماءات، تم تحديد زملة من الأعراض المرضية التي لها علاقة بالمعاش النفسي المضطرب للحالة، والتي توافقت في مجملها مع محكات تشخيص اضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، و نتائج المقياس العربي للوسواس القهري، الذي كشفت نتائجه عن 29 درجة بنسبة 90,62 %، بتقدير درجة عالية الشدة.

- تصورات الحالة للاضطراب:

تبني الحالة (م، ص) تفسيراتها وتصوراتها لطبيعة الاضطراب الممثل في الوسواس والأفعال القهرية إلى تأثير العين الحاسدة، كونه يمارس نشاط تجاري يعود عليه بأرباح مالية يحسد عليها من قبل من يعرفونه، وحسب Saadia Radi (1996) فقد ذكرت نادية بلحاج عن وستر مارك أن هذا الإعتقاد ينتشر في مختلف بلدان البحر المتوسط: "العين يخشاها شعوب مختلفة، ويبدو الإيمان في التأثير الفعلي للعين الشريرة متشابها عند الساميين والأوروبيين وشعوب البحر الأبيض المتوسط" (حاج بن علو، 2015، 220). ، إضافة إلى إعتقاده في دس السحر له من المحيطين به، من الأهل والأقارب، فالإضطراب بالنسبة للحالة هونتا تأثير قوى خفية أكدها توجهه العلاجي لمحلاة الرقاة والمعالجين الشعبيين باعتبارها من جنس التفسيرات لطبيعة ثقافة الإصابة بالمرض.

- المسار العلاجي:

إقبل الحالة (م، ص) خلال مساره العلاجي على تناول كلا العلاجين التقليدي والطب النفسي، إلا أن التوجه نحو العلاج التقليدي أخذ حيزا أكبر، كونه من جنس التفسيرات والتصورات لطبيعة الإصابة بالإضطراب الذي تنسبه الحالة إلى سيطرة وتأثير قوى الشيطان والعين والسحر، مقارنة بالعلاج الطبي الذي تم التداول عليه في إطار البحث عن الفاعلية العلاجية، إذ أنه رغم ما تحقيقه من نتائج ايجابية والتي قاربت 4 سنوات قبل الانتكاسة إلا أن الحالة توجه نحو العلاجات التقليدية بنفس التصورات والتفسيرات، وفي هذا السياق فإن الباحث (مرزوق، 1994) أعطى للممارسات السحرية العلاجية قيمة تفرغية تساعد الفرد على التخلص ولو مؤقتا من القلق المفاجئ الذي لا يفهمه ولا يتحكم فيه، ويؤكد في هذا السياق في حديثه عن أحد الممارسات الشائعة بالجزائر (بن حالة، 2010، 167).

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

بالإضافة إلى العمل الجراحي الذي خضعت له الحالة، والعلاج الدوائي لإضطرابات الجهاز البولي والمثانة، فإن المسار العلاجي للحالة في أحد محطاته العلاجية بعد الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، عرف توجهها نحو العلاج الطبي الدوائي للصحة النفسية والعقلية، والذي كان بتوجيه من المحيط بعد عدة طعون علاجية تقليدية.

- العلاج التقليدي:

بحكم طبيعة التصورات والتفسيرات التي أدلى بها حول طبيعة الإضطراب وأسباب الإصابة به، فالإعتقاد في الأسباب الغيبية جعل الحالة يركز في توجهه العلاجي على العلاج التقليدي، الذي عرف حضورا قويا منذ تاريخ الإصابة بالإضطراب، حيث دأبت على تلقي العلاج ممثلا في الرقية في الماء وإستخدام بعض الزيوت والأعشاب، وممارسة مختلف الطقوس المتعلقة به، إعتقادا منه في فاعليته العلاجية للأعراض الناجمة عن سيطرة القوى الخفية، ونظرا لقداسته ومرجعيته الدينية، وقد أشارت نجات ناصر (2018) إلى أن ارتباط

العلاج الشعبي بالدين يدعم انتشار واستمرار هذه الأساليب العلاجية الشعبية، لما لها من أسانيد في الأحاديث النبوية الشريفة، وكذا إيمانهم بالإرادة الإلهية بحيث أن الله يعطي المريض ويشفي المريض إذا شاء، وهذا يؤكد مدى ارتباط المجتمع بالتراث الديني، وهذا ما ينطبق مع الدراسات الأنثروبولوجية التي أكدت على الصلة الوثيقة للدين ومدى تأثيره على توجهات الأفراد العلاجي (ناصر، 2018، 6)..

- جدول مجموع نتائج القياسات القبلية للحالة الثالثة:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل درجات القياسات القبلية.

النسبة المنوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
90,62 %	قلق شديد	29	المقياس العربي للوسواس القهري	01
95 %	ما بين (61-80) قلق شديد	76	مقياس حالة القلق	02
88,75 %	ما بين (61-80) قلق شديد	71	مقياس سمة القلق	03

-التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت نتائج القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري عن 29 درجة بنسبة 90,62% ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 76 درجة بنسبة 95%، وسمة القلق عن 71 درجة بنسبة 88,75%، وهي نتائج ذات شدة عالية بالنسبة لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية والقلق المصاحب لها.

برنامج الممارسة العلاجية التقليدية:

تشخيص الحالة حسب المعالج :

بناء على طبيعة الأعراض الظاهرة على الحالة (م، ص) وما أبدته من ملامح المعاناة يرى المعالج (ب، أ) أنها لا تعاني أعراض لإصابات روحية تعود لتلبس الجن والسحر والعين الحاسدة.

- الأعراض الظاهرة على الحالة هي وساوس قهرية ترجع للتخصصات الطبية والنفسية.

- بعض الأعراض تعود لطبيعة ما تحمله الحالة من معتقدات خاطئة في تأثير العين والسحر، حيث يرجع تفسيراته لأسباب المرض إلى تأثير هذه الأخيرة وما يمكن أن تسببه له من معاناة.

- جدول لنموذج الممارسة العلاجية:

الجدول التالي يمثل جلسات العلاج التقليدي للحالة (ك، س)، والتي كان عددها (3) جلسات بمعدل جلسة كل ثلاثة أيام :

الجلسات	الأهداف	التقنيات	مدتها الزمنية
الجلسة الأولى	-تهيئة الحالة وكسب ثقتها. - التشخيص بناء على الأعراض - التطمين الروحي. - التخفيف من حدة الأعراض للقلق والإضطراب. - تغيير المعتقدات الخاطئة. -التنفيس عن الحالة	- الحوار. - التطمين الروحي. - تلاوة القرآن. - الإيحاء. - الواجب المنزلي من خلال الدهن بالزيت وشرب الماء المرقى.	20-30 دقيقة

20-30 دقيقة	- تلاوة القرآن . - شرب الماء المرقى - أعشاب وزيت.	علاج وتخفيف حالة المعاناة من أعراض الوسواس والأفعال القهرية.	الجلسة الثانية
20-30 دقيقة	- تلاوة القرآن شرب الماء المرقى في البيت.	علاج وتخفيف حالة المعاناة من أعراض الوسواس والأفعال القهرية.	الجلسة الثالثة

- التعليق على البرنامج:

عرف البرنامج العلاجي التقليدي للحالة (ب، ل) التداول على معالجين حيث قام بإجراء جلسة عند المعالج (ب، أ)، كان الهدف منها حسب التنفيس عن الحالة من خلال القرآن والإيحاء لطبيعة إعتقاده في تأثير العين والسحر، مستخدماً الماء والزيت لتعزيز الإيحاء والتخفيف من درجة التأثير للمعتقدات كونه لا يعاني من أعراض لإصابات روحية متعلقة بالمس والعين والسحر، بينما تمت الجلسة الثانية والثالثة من العلاج عند راقى آخر (شيخ زاوية) بعد إصرار الحالة على تلقي الرقية منه إلتماساً للبركة والشفاء نتيجة ما سمعه من ثناء عليه من قبل المحيط الإجتماعي، أين تجلت الرقية بالقرآن وشربت الماء المرقى مع أعشاب وزيت للدهن.

- جدول نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري:

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	22

08	09	عبارات الإجابة بـ (لا)
31	32	المجموع
%96,87		النسبة المئوية

تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهري عن درجة عالية الشدة، قدرت بـ 31 درجة بنسبة %96,87 .

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سيبيليرجر لحالة القلق :

يمثل الجدول التالي نتائج القياس البعدي لحالة القلق.

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	00	00	00	09	من 1 إلى 4	36
10	العبارات الموجبة	03	06	01	01	من 4 إلى 1	43
20	المجموع	03	06	01	10		79
	درجة القلق	من 61 إلى 80				قلق شديد	
	النسبة المئوية	%98,75					

- التعليق على نتائج المقياس من خلال الجدول:

تمثل النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس حالة القلق 79 درجة بنسبة %98,75 وهو ما يشير إلى قلق شديد لدى الحالة.

- القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارات السالبة	01	00	01	10	من 1 إلى 4	43
10	العبارات الموجبة	03	04	00	01	من 4 إلى 1	25
20	المجموع	04	04	01	11		68
درجة القلق		من 61 إلى 80			قلق شديد		
النسبة المئوية		%85					

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة من قبل الحالة في القياس البعدي لمقياس سمة القلق عن درجة عالية الشدة قدرت بـ 68 درجة بنسبة %85.

- جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الثالثة:

نتائج القياسات البعديّة		نتائج القياسات القبليّة		المقاييس
النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
%96,87	31	%90,62	29	المقياس العربي للوسواس القهري
%98,75	79	%95	76	مقياس حالة القلق
%85	68	%88,75	71	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

تشير نتائج القياسات البعدية بعد إنقضاء الفترة المحددة بـ 10 أيام من إجراء القياسات القبلية وتداول الحالة على ممارسة العلاج التقليديين إرتفاع درجة الوسواس القهري المقدر في القياسات القبلية بـ 29 درجة إلى 31 درجة بنسبة 96,87 %، وإرتفاع نسبي في الدرجة المسجلة في حالة القلق بـ 76 درجة بنسبة 95 % في القياس القبلي ، إلى 79 درجة بنسبة 98,75 %، إلا أنه في سمة القلق تم تسجيل إنخفاض نسبي في الدرجة من 71 درجة بنسبة 88,75 % في القياس القبلي إلى 68 درجة بنسبة 85 %.

- خلاصة:

الحالة (م، ص) تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، ممثلاً في تسلط الأفكار والشك في الإصابة بالعين والسحر، والأفعال القهرية كممارسة طقوس التفقد والتكرار والمرجعة والعد الجبري، التي توافقت في مجملها مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992).

عرف المعاش النفسي للحالة (م، ص) أعراضاً للقلق الذي كان ينتابه مزمنة مع أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كشفت نتائج القياسات البعدية للمقياس العربي للوسواس القهري تسجيل درجات عالية الشدة مقابل القياسات القبلية، مما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

كشفت نتائج القياسات البعدية لمقياس سييلبيرجر لحالة وسمة القلق عن درجات قلق شديد، مما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق.

كان التوجه العلاجي للحالة نحو العلاج التقليدي ، بناء على الأعراض المرضية، وما ينسب لها من تصورات وتفسيرات لتأثير القوى الخفية الممثلة في وسوسة الشيطان والعين والسحر، وبدافع من المحيط الأسري والاجتماعي.

اعتمدت الممارسة العلاجية التقليدية في عملية التشخيص على أسباب الإصابة بالإضطراب للحالة ومنطلق التفسيرات والمعتقدات لطبيعة الإضطراب لدى الحالة.

عرفت الممارسة العلاجية التقليدية المشاركة السلبية للحالة (م، ص)، من خلال تلقي العلاج دون المشاركة في العملية العلاجية، حيث قام المعالج بتطبيق العلاج مركزا على المعتقد و عملية الإيحاء في تطبيق العلاج، وذلك بهدف التنفيس عن الحالة وما تعرفه من معاناة.

تم تطبيق العلاج التقليدي من قبل المعالج الذي ركز في الممارسة العلاجية على الإيحاء في إطار ما تحمله الحالة من معتقدات، وذلك بهدف العلاج والتنفيس عن الحالة والتخفيف من معاناتها.

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن وجود ثقافة إيجابية للحالة (م، ص) حول العلاج النفسي ، في ظل التوجه العلاجي التقليدي وما يعرفه من تفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسوس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى اعتقاد الحالة في فاعلية العلاج التقليدي.

الحالة الرابعة :

البيانات الأولية عن الحالة:

الاسم واللقب: ب، ف.

الجنس: أنثى.

السن: 19 سنة.

عدد الإخوة: 8 ، منهم 4 إناث، و 4 ذكور.

الرتبة: الثامنة.

المستوى الدراسي: الثانية ثانوي.

الوظيفة: تلميذة في الثانوية.

الحالة المدنية: عزباء.

المستوى المعيشي: متوسط.

طبيعة الأسرة: ممتدة.

طبيعة المسكن: أرضي.

سبب الإستشارة: معاناة نفسية من أفكار الشك والفعل القهري.

طبيعة الإستشارة: بدافع المعتقد و المحيط الأسري.

السيمائية العامة:

المظهر العام: الحالة طويلة القامة، نحيفة الجسم، أعين بنية وبشرة سمراء، ترتدي حجاب ،

مظهرها مقبول ومتناسق، ملامح وجهها حزينة.

المزاج: مكتئب وحزين.

اللغة: لغة الحالة مفهومة و بسيطة عبرت من خلالها عن معاشها النفسي ومعاناتها من الإضطراب.

طبيعة الصوت: تستخدم نبرة هادئة وسرعة في الكلام .

نوعية الأفكار: أفكار وسواسية يغلب عليها طابع الشك والتسلط ، لها معتقدات لا عقلانية حول تأثير القوى الخفية.

طبيعة السلوكات: أفعال قهرية، وممارسات الطقوس بطريقة جبرية.

-تقديم الحالة:

الحالة (ب، ف) أنثى تبلغ من العمر 19 سنة، عزباء، تقيم في أسرة ممتدة، متكونة من أب بطل وأم مأكثة في البيت تزاوّل بعض الأنشطة المهنية التقليدية، لها ثمانية إخوة 4 ذكور و4 إناث، تحتل المرتبة الأخيرة بينهم، نشأت في أحضان الجدة التي كانت ترافقها في تنقلها بين الأعمام، وترعرعت في الوسط العائلي بين الوالدين والإخوة، والأعمام، إلى أن استقر بها الحال عند أحد الأعمام الذي له 3 أولاد، 2 ذكور وأنثى، والذي تعتبره بيتها الوالدي بعد وفاة الجدة، أين تعلقّت الحالة بزواج عمها معتبرة إياها الأم الثانية، تعاني الحالة من المناخ الأسري المضطرب نتيجة الصراع مع بعض الأطراف ، (الأب، إبنة العم)، تزاوّل دراستها في الثانوية، مستواها الإقتصادي والمعيشي متوسط، ، وهي تعاني حاليا من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي تعتبرها سببا لطلب المساعدة والعلاج.

تذكر الحالة (ب، ف)، أنها في سن 9 سنوات قامت بإجراء عملية جراحية (appendicite) إلتهاب الزائدة الدودية، وفي سن 16 سنة تقول أنها تلقّت صدمة نفسية نتيجة ما تعرضت له من قبل زوجة العم التي نهرتها أمام زوجة الأخ ، إذ تقول: (غاضتني نفسي، بكيت حتى أتخنقت وقبضتني القنطة ووليت خايفة قلت ضرورك نموت)، وتذكر أنها منذ ذلك الشهر أصيبت بالخوف على حد قولها: (ما نطيقش نرقد ، يقابلوني الخيالات تاع الموتى، كنت نشك وجيني أفكار تتسلط علي، كنت نهار مليحة ونهار مشي مليحة كي جيني الأفكار الوسواسية)، وتضيف الحالة أن تلك الأفكار كانت على شكل حديث داخلي حسب ما أدلت به:

(تقولي كون ما ديريش ذيك الحاجة تموتي، بقالك 3 أيام وتموتي)، وقد ذكرت أن هذا الواقع سبب لها معاناة دفعتها للبحث عن العلاج عند الرقاة قائلة: (رحت نرقي، قالي معندك والو). وفي سن 18 سنة تقريبا تقول أنها عرفت الإصابة بفقر الدم، مصحوبا بالغثيان والإنهاك الجسدي، إضافة إلى الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، حيث تجسد معاشها النفسي فيما أدلت به: (كون واحد من العائلة يطول ، نقول بالاك دار كسيدو)، (نكون دايرة النهار ، تقولي كون ما ديريش الشروق تموتي ولا تصرالك حاجة)، (عاودي أرجعي للخزنة وتأكدي من ذيك الحاجة إذا راهي تم ولا ما رجعتيش تصرالك حاجة)، كما نرى أنها في حالة الإمتناع عن أداء الفعل القهري تصاب بالقلق وتزيد درجة التفكير، إذ تقول : (حتى نديرها باه نريح).

تري الحالة (ك، س) أنها تعيش معاناة نفسية نتيجة سوء العلاقة مع الأب، الذي تراه غير متفهم على حد قولها: (ما يشرينا ما يسقسي علينا، دائما يدعي علينا ويقارنا بالناس)، إضافة إلى ذلك ترى الحالة أنها تعاني حالة من القلق والضيق وعدم الشعور بالأمان والإستقرار نتيجة ما تعرفه من تسلط للأفكار المتعلقة بالموت حسب ما ذكرت: (كي نبغي نرقد نقول بالاك مع الفجر نموت، كايين عرس جيني أفكار تقولي ما غاديش تلحقه وتموتي)، كما ترى أنها تعاني كذلك من تسلط أفكار الشك في الوضوء وعدد الركعات، والشك في أشياء مختلفة إذ تقول: (عند الجلوس في أي مكان أجيني فكرة تقولي بلاك كايين شوينغوم ولا وسخ راكي قاعدة عليه، ونقعد غير هاك كون ما نوضش، لازم أنوض، كون ما نديرهاش تقولي غادي تموتي ولا تصرالك كاش حاجة)، إضافة إلى ذلك، ترى أنها مجبرة على تجنب المشي بالقرب من مجرى صرف المياه الموجودة في فيناء البيت إذ تقول : (كون نفوت عليها نقول بالاك جن يضربني)، أما عند لمسها لأي شيء فإنها تجد نفسها مجبرة على إعادة لمسه مرة ثانية (نقلبها زوج مرات، كي نقلب اللوكي تاع الباب تقولي فكرة لازم تقلبيه للمرة الثانية، وكذلك الهاتف لازم نعاود نقلبوا في الإتجاه الثاني)، كما ترى أنها تعاني من عد الأشياء مثل البلاط والأدرج على حد قولها: نحسب الكارلاج قاع العام ونحسب السكالي) ، مؤكدة أنه بمجرد محاولة الإمتناع أو المقاومة تزيد درجة القلق واضطرابها حالتها، حيث تذكر أنها أصبحت تعاني الملل وفقدان الصبر و النرفزة والتوتر الزائد، أما عندما لبسها لملابس جديدة، أو عندما تكون في مظهر

أنيق فترى أنها تعاني من تسلط أفكار الشك في الإصابة بالعين حسب ما تذكر: (أغيرو مني ، بزاف متالبينا، نقول ضروك نموت بالعين).

ترى الحالة (ب، ف) أن محيطها الأسري كان يعطيها تفسيراً لحالتها حسب ما أدلت به : (يقولولي شيطان راه دايرلك هاك) ، أما تصورها لما تعرفه من معاناة وأعراض مرضية، فهي ترى أنه يعود إلى تأثير العين والسحروقوى الشيطان أو تلبس الجن على حد قولها: (باينة عين راهي دايرلتلي كيما هاك، نقول لماما قلعي هالي ونولي ننتاوب ونبكي، يقولو العين كي طول تولي سحر)، (قلت بالاك راني مسحورة)، كما ترجع الحالة إضطرابها إلى تأثير قوى الشيطان على حد قولها: (كي نهدر مع نفسي نقول بالاك شيطان راه يهدر معايا، نقول كي نرقي بالاك نريح ما يوليش أيوسوس لي)، كما عبرت الحالة كذلك عن معاناتها من الشك والخوف من تلبس الجن عند الإستحمامها، أو وجودها بالقرب من مجاري صرف المياه بعد توقيت العصر، أو النظر إلى المرأة حسب ما أدلت به : (نخاف هذو الصوالح ، قاع ما نديرهمش نقول بلاك كاش جن).

ذكرت الحالة أن بداية مسارها العلاجي كانت في سن 16 سنة حيث توجهت إلى الراقي، إذ تقول : (قالي ما عندك والو، عطاني الزيت وقالي ديري فيها السدرة وبعض الأعشاب وأدهني بيها)، لتتوجه فيما بعد إلى الطبيب حيث تقول : (مين نمرض بالوسواس كانت تقبضني الدوخة وألم في البطن ، يقولولي ما عندك والو غير الفشلة ما كيش تاكلي)، وفي بعض المرات تقول الحالة أنها كانت تتلقى الرقية من أمها حسب ما أدلت به: (ماما كي كنت نخاف كانت ترقيلي)، فالحالة تقول أنها زارت 6 رقاة شخصوا حالتها على أنها عين إذ تقول : (رحت عند 6 رقاة يقولولي ما عندك والو غير العين طولت فيك)، أما عن فاعلية العلاج تقول أنها كانت مؤقتة حسب ما أدلت به: (كنت نريح في ذيك الدقيقة، نروح الصباح العشية يقبضني الوسواس).

- **تطبيق المقاييس:** تم تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس سيبليرجر للقلق كقياسات قبلية من أجل تحديد درجة وشدة الإضطراب الذي تعاني منه الحالة، إضافة إلى إختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح :

- جدول نتائج المقياس العربي للوساوس القهرية: يمثل الجدول نتائج درجة الوسواس لدى الحالة:

العبارة	عدد	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	17
عبارات الإجابة بـ (لا)	09	08
المجموع	32	25
النسبة المئوية		78,12%

- تحليل نتائج الجدول:

كشفت نتائج المقياس القبلي لإضطراب الوسواس القهرية عن درجة مرتفعة الشدة على المقياس العربي للوسواس القهري قدرت بـ 25 درجة، بنسبة 78,12 %، وهو ما يعكس واقع المعاناة النفسية جراء تسلط الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق: يمثل الجدول نتائج حالة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارة	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
09	العبارة السالبة	00	02	01	06	من 1 إلى 4	31
10	العبارة الموجبة	01	09	01	00	من 1 إلى 4	33
20	المجموع	07	01	03	09		64
	درجة القلق	من 61 إلى 80				قلق شديد	
	النسبة المئوية	80%					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

أسفرت نتائج مقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 64 درجة مقابل 80 درجة على سلم التقييم، ما يشير إلى قلق شديد، بنسبة 80% ، وهي النتيجة التي تعكس مقدار التوتر والقلق المصاحب لتسلط الأفكار والأفعال القهرية.

- جدول نتائج مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق: يمثل الجدول نتائج سمة القلق لدى الحالة:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما	درجات التقييم	مجموع الدرجات
10	العبارات السالبة	00	01	01	10	من 1 إلى 4	45
10	العبارات الموجبة	01	06	00	01	من 4 إلى 1	23
20	المجموع	00	00	00	20		67
درجة القلق		من 61 إلى 80				قلق شديد	
النسبة المئوية		%83,75					

- تحليل نتائج المقياس من خلال الجدول:

كشفت نتائج مقياس سمة القلق المقدره عن 67 درجة بنسبة 83,75% ، نتيجة تعبر عن سمة قلق مرتفعة، نتيجة ما يعرفه معاشها النفسي من اضطراب وصراع .

- جدول إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي: يمثل الجدول التالي النتائج المسجلة حول ثقافة العلاج النفسي:

الرقم	الفقرات	العدد	الأبعاد	صحيحة	النسب	صحيح جزئيا	النسب	خاطئة تماما	النسب	لا أدري	النسب

% 18,75	03	56,25 %	09	% 25	04	% 00	00	ميدان الطب النفسي	16	(16-1)	01
% 30,76	04	15,38 %	02	15,38 %	02	38,46 %	05	الأدوية النفسية والعلاج الدوائي	13	-17) (29	02
% 20	04	% 35	07	% 10	02	% 35	07	الطبيب النفسي وشخصيته وكيفية التعامل معه	20	-30) (49	03
% 35,71	05	%14,2 8	02	%21,4 2	03	%28,5 7	04	معاني الاضطراب النفسي وتشخيصه وكيفية علاجه	14	-50) (63	04
% 33,33	02	% 00	00	% 00	00	66;66 %	04	كيفية التعامل مع المريض النفسي	06	-64) (69	05
%16,66	01	%50	03	33,33 %	02	% 00	00	بعض الاضطرابات النفسية المحددة	06	-70) (75	06
%66,66	04	%16,6 6	01	% 00	00	%16,6 6	01	العلاجات غير الدوائية	06	-76) (81	07
%28,39	23	%29,6 2	24	%16,0 4	13	%25,9 2	21		81		المج مو ع

- تحليل النتائج على ضوء الجدول:

عبرت نتائج إختبار الأفكار الشائعة لدى الحالة (ب،أ) عن تقارب النسب المئوية بين مختلف الاحتمالات ، إلا أن أكبر نسبة قدرت بـ 29,32% وكانت خاطئة تماما، وهو ما يشير إلى نسبة الثقافة الإيجابية للعلاج النفسي في الإختبار، مقابل نسبة 29,39% كمؤشر للإجابة بـ لا أدري، والذي يمكن تفسيره بحدثة سن الحالة، وضآلة رصيدها العلمي والثقافي، كما تسجيل اطلاع ودراية على ميدان الإضطرابات النفسية المحددة بنسبة 50%، وميدان الطب النفسي بنسبة 56,25%، وتم تسجيل نسب سلبية في كل من ميدان كيفية التعامل مع المريض النفسي بـ 66,66% ، وميدان الأدوية النفسية بـ 38,46% ، فيما عرفت ميادين معاني الإضطراب النفسي وتشخيصه والعلاجات الدوائية بإجابات بلا أدري.

تحليل محتوى المقابلات:

-الملاحظة العيادية:

من خلال الملاحظة لمظهر الحالة وخطاباتها، فإن ملامح الإحباط والمعاناة، نبرة الصوت ومشاعر الخوف، حالة القلق والشعور بالإضطراب، كلها أعراض لدلالات ذات بعد باتولوجي تزامنت مع معاناة الحالة من إندفاعات وتسلسل أفكار الموت والإصابة بالمرض والشك في مختلف الأشياء، إضافة إلى إعتقادها في تأثير قوى خارقة خفية ممثلة في الإصابة بالعين والسحر ووسوسة الشيطان وتلبس الجن، فهي تصورات أصبحت تلازمها مسببة لها الكثير من الصراع والمقاومة، وممارسة سلوكات وأفعال جبرية، كتجنب الأماكن والإمتناع عن ممارسة بعض النشاطات والسلوكات بصفة قهرية، كما تم تسجيل إهتمام الحالة بمتابعة جلسات العلاج التقليدي والبحث عن الفاعلية العلاجية من خلال محلات المعالجين التقليديين..

- الفحص العيادي:

الأعراض المرضية:

تمثلت الأعراض المرضية للإضطراب الذي تعاني منه الحالة (ب، ف) فيما يلي:

- وساوس الأفكار:

- أفكار تسلطية متعلقة بالإصابة بالمرض.

- أفكار التهديد بالموت المفاجئ.

- أفكار الشك في الوضوء والأمور المتعلقة بالعبادة.

- أفكار إقتحامية تسلطية فيما يتعلق بالإصابة بالعين والسحر وقوى الشيطان وتلبس الجن.

إضافة إلى الأفعال القهرية التي إنحصرت فيما يلي:

- التفقد المتكرر للأشياء والأماكن.

- العد القهري للأدرج والبلاط.

- سلوكيات تجنبية قهرية للأماكن وبعض الفضاءات.

- أفعال قهرية.

فزملة الأعراض المشار إليها حسب ما أدلت به الحالة وما تم ملاحظته توافقت مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يلزم وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما، وهو ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

عرفت الحالة (ب، ف) حالة من القلق المصاحب لإضطراب الوسواس، تمثلت في الضيق وفقدان الصبر وارتجاف الأطراف وسرعة في ضربات القلب وفقدان التركيز وعدم الشعور بالأمان والإستقرار إضافة إلى النرفزة والتوتر الزائد وألم في الحلق، مقابل ما ينتابها من تسلط للأفكار والحرص على أداء الفعل القهري، ما حرّمها الشعور بالراحة والهدوء، فالمعاش النفسي للحالة توافقت مع نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث تم تسجيل نسبة 80% في حالة القلق، و 83,75 % في سمة القلق.

- تحليل محتوى الفكر:

عرف تفكير الحالة (ب، ف)، سيطرة أفكار إقحامية متعلقة بالتهديد بالموت والمرض المفاجئ والشك في مختلف الأشياء، إضافة إلى الاعتقاد في إمكانية الإصابة بتأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن ووسوسة الشيطان، مما ينجم عنه صراع نفسي وعدم توافق داخلي له انعكاسات سلبية على طبيعة السلوكيات والأفعال القهرية الخارجة عن نطاق التحكم والإرادة لدى الحالة، وقد أشار أديب (2015) إلى أن " الفكرة تقم بنفسها في شعوره، فيحاول باستمرار مقاومتها لأنها تثير اشمئزازه ونفوره منها، إلا أن هذه المقاومة تبدو ضعيفة وأن المريض يحس بسيطرة هذه الأفكار مما يترتب عليه أن يخل بعلاقاته الاجتماعية بالإضافة إلى تعرضه إلى آلام نفسية حادة ، فضلا عما يمتلكه من حالات التردد والشك الدائم بقدراته (أديب، 2015، 80).

الواقع الأسري والاجتماعي:

تلقت الحالة (ب، ف)، إزدواجية في التربية والتنشئة الأسرية والوالدية، كونها ترعرعت في أكناف الجدة، في البيت الوالدي وبيت العم بعد الشهور الأولى من الولادة، مما أدى إلى التعلق بزوجة العم بعد وفاة الجدة وأمها الحقيقية، ما جعلها تعيش بين الأسرتين، إلا أن نشوب بعض المشاكل والصراعات مع ابنة العم، و فقدانها للرعاية والاهتمام بحالتها الصحية من طرف زوجة العم سبب لها نوعا من الإحباط والصراع النفسي نتيجة تعلقها بهم وعدم قدرتها على رد الفعل، إضافة إلى فقدانها للمعاملة الحسنة من الأب، كان له انعكاس سلبي على مستوى تقدير الذات، والحالة النفسية والإنفعالية، فاضطراب النسق بين الأفراد يؤدي إلى اضطراب المناخ الأسري، وبالتالي تكون الأسرة منتجة للمرض، وقد تناول محمد (2014) أن شعور الابن بالتعسف والظلم يؤدي إلى نشأة ضمير متزمت وقاس لدى الابن، كما تمتلأ نفسه بالألم والحقد والكرهية ، وهذا يجعله دائما في حالة توتر وقلق وغضب وذنب، وهذا المزاج المضطرب ربما يفسر لنا سلوكيات غسل الأيدي المتكرر والمراجعة والإندفاعات الوسواسية (خطاب، 2014، 73).

- تاريخ الاضطراب:

إضافة إلى ما عرفته الحالة من تدخل جراحي في سنوات الطفولة، فإن معاناتها النفسية من أعراض تسلط الأفكار ذات الطبيعة الوسواسية والأفعال القهرية كان في سن 16 سنة، أين تزامنت شكواها مع ما عرفه مناخها الأسري من مشاكل وصراعات، الأمر الذي زاد من حدة الصراع النفسي والعلائقي مما حال دون إستقرارها النفسي والإنفعالي في تلك المرحلة، إلا أنه في سن 18 سنة عرفت الحالة أبعادا مرضية أخرى على المستوى الجسدي تمثلت في فقر الدم والغثيان، مصحوبة بتسلط أفكار وسواسية وأفعال قهرية بمختلف الأعراض المرضية، بدرجة عالية الشدة قدرت على المقياس العربي للوساوس القهرية بـ 25 درجة من 32 درجة بنسبة 78,12% ، والتي شكلت تعارضا واضحا مع نشاطاتها الإجتماعية والتعليمية.

- التاريخ الصحي:

اضطراب الحالة الصحية للحالة (ب، ف)، في سن 18 سنة تجلى في أعراض مرضية على المستوى العضوي، ممثلة في فقدان الشهية والغثيان والإرتعاش والإحساس بالفشل، حيث كشفت التحاليل المخبرية والطبية أنها تعاني من فقر الدم (L'anémie)، وبالموازات مع هذا المرض عرفت الحالة مقاومة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، التي أنهكت حالتها النفسية وهي لا تزال في مرحلة النمو وما يعرفه من تغيرات على المستوى الفيزيولوجي والهرموني.

- المعاش النفسي الراهن:

أعربت الحالة (ب، ف) من خلال المقابلات عن معاش نفسي وإنفعالي مضطرب نتيجة ما تعرفه من إحباط وصراع نفسي علائقي، وما آلت إليه حالتها الصحية والنفسية بسبب إنشغالها بالأفكار الوسواسية على مدار ساعات اليوم، وفقدانها للسيطرة والتحكم في طبيعة ردود أفعالها وسلوكياتها الجبرية والتجنبية، والتي أصبحت ذات علاقة بالأفكار وطريقة التفكير عموما، فهي تعاني من القلق الشديد نتيجة الشك ومشاعر الخوف من الأفكار السلبية المتعلقة بالتهديد بالموت والمرض، ما يجبرها على الإنصياع لما يملى عليها، فقد كشفت نتائج إختبار حالة القلق لسبيلبيرجر عن 64 درجة بنسبة 80% ، وهذا ما قد أشار إليه فرويد (1989) أنه

قد " تنشأ الأعراض فقط من أجل تجنب القلق فهي تقيد الطاقة النفسية التي كان من الممكن أن تنطلق في صورة قلق لو لم تظهر الأعراض " (غالب، 2014، 85). فهذه الأخيرة جعلتنا نلمس فقدان الثقة في النفس في مواجهة المستقبل لدى الحالة، وضعف الإرادة نتيجة الإنهاك النفسي وفقدان القدرة على السيطرة.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5:

كشفت الحالة (ب، ف) عن مجموعة من الأعراض المرضية من خلال معاشها النفسي الراهن، والتي توافقت في مجملها مع محكات تشخيص اضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير DSM/5 و النتائج المسجلة على المقياس العربي للوسواس القهري، المقدر بـ 25 درجة بنسبة 78,12%.

- تصورات الحالة للإضطراب:

ترجع الحالة (ب، ف)، تفسيراتها وتصوراتها لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية إلى تأثير القوى الخفية الممثلة في العين الحاسدة والسحر وتلبس الجن ووسوسة الشيطان، إذ ترى لها من الفاعلية إلى درجة تغيير نمط الحياة وجلب قوى الشر والمرض والألم والمعاناة، فالحالة لها إعتقاد في قدرة هذه القوى في التحكم في حياة الإنسان وتحديد مصيره، بعيدا عن إمكاناته وإرادته التي تغيب مقابها. ويرى سليمان (2009)، أن المريض يبني نموذجا تفسيريا هو في بعض جوانبه بناء فرديا ولكن هذا البناء التفسيري يكون في الغالب منغرسا بعمق داخل الثقافة التي ينتمي إليها الفرد، وهو ما أسماه الباحثون شبكة معاني المرض، للإشارة إلى مجموع الرموز والمعاني المرتبطة بالمرض وهو ما يهمله الكثير من الأطباء الذين تلقوا تكوينهم وضعا (سليمان بومدين، 2009، 46).

- المسار العلاجي:

لقد جمعت الحالة (ب، ف)، في مسارها العلاجي بين العلاجين الطبي والتقليدي، حيث كان التوجه نحو العلاج الطبي تبعا للأعراض الفيزيولوجية الممثلة في الإحساس باللتعب والإنهاك الجسدي والغثيان المصاحبة لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، أما التوجه نحو

العلاج التقليدي فكان من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بالأعراض المرضية غير الظاهرة المتمثلة في التسلط والشك والفعل القهري والسلوكيات التجنبية، وكان الهدف منها هو البحث عن علاج لهذه الحالة المرضية.

التوجه العلاجي وفاعلية العلاج:

- العلاج الطبي:

بناء على ما جاء في خطابات الحالة (ب، ف) فإن التوجه نحو العلاج الطبي كان بهدف البحث عن علاج للأعراض الجسدية و الفيزيولوجية المصاحبة لأعراض الوسواس القهرية التي كانت تعاني منها الحالة ، والتي كانت سببا فيما عرفته من إنهاك جسدي، وذلك لما تسببه من إجهاد نتيجة المقاومة والقلق، فالغاية من العلاج الطبي هو علاج الأعراض الفيزيولوجية.

- العلاج النفسي:

لم تتلقى الحالة العلاج النفسي خلال مسارها العلاجي، كون تفسيرها للإضطراب ومعتقداتها كانت منصبه للعالم الغيبي، الممثل في القوى الخفية.

العلاج التقليدي:

بنت الحالة (ب، ف) توجهها العلاجي نحو العلاج التقليدي على طبيعة ما تعانيه من أعراض مرضية لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث عرف العلاج التقليدي لدى الحالة (ب، ف) حضورا قويا خلال المسار العلاجي مقارنة بباقي العلاجات، كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب، حيث أن أول توجه علاجي في بدايات الإضطراب كان عند الراقي بحثا عن العلاج والفاعلية العلاجية التي دفعت الحالة إلى التسوق العلاجي بين محلات المعالجين بالرقية الذين قاربوا ست معالجين، ويرى حاج بن علو (2015) أن اللجوء إلى العلاجات التقليدية يعتمد على بعض التصورات الخاصة بمفهوم المرض أو المعاناة، ويرتبط هذا أساسا بالعوامل الثقافية التي تتحدد بها، وفيها كل أشكال و أنواع الإثيولوجية المرضية والمسار العلاجي المناسب لها (حاج بن علو، 2015، 218).

- جدول مجموع نتائج القياسات القبليّة للحالة الرابعة:

النتائج المسجلة على الجدول رقم (02) تمثل درجات القياسات القبليّة.

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
78,12%	قلق شديد	25	المقياس العربي للوسواس القهري	01
80%	ما بين (61-80) قلق شديد	64	مقياس حالة القلق	02
83,75%	ما بين (61-80) قلق شديد	67	مقياس سمة القلق	03

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

تمثل نتائج الجدول، درجات القياس القبلي لكل من المقياس العربي للوسواس القهري ، ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق وسمة القلق، حيث قدرت درجة الوسواس بـ 25 درجة بنسبة 78,12% ، وحالة القلق بـ 64 درجة بنسبة 80% وسمة القلق بـ 67 درجة بنسبة 83,75% وهي درجات عالية الشدة تقدر مدى حدة المعاناة الناجمة عن الإضطراب.

- برنامج الممارسة العلاجية التقليدية:

- تشخيص الحالة حسب المعالج: - بناء على ما كشفت عنه الحالة من معاناة لمعاش مضطرب يرى المعالج (ب، أ) من خلال ما تقدم به من تشخيص أنها لا تعاني من إصابات روحية تعود لتلبس الجن والسحر والعين الحاسدة.

– معاناة الحالة تعود لطبيعة ما تحمله من معتقدات خاطئة في تأثير العين والسحر، التي ترجع فيها التفسيرات لأسباب المرض إلى تأثير هذه القوى.

- جدول لنموذج الممارسة العلاجية التقليدية:

الجدول التالي يمثل جلسات العلاج للحالة (ب، ف)، والتي كان عددها جلستين بمعدل جلسة كل ثلاثة أيام :

الجلسات	الأهداف	التقنيات	مدتها الزمنية
الجلسة الأولى	-تهيئة الحالة وكسب ثقتها. - التشخيص بناء على الأعراض - التطمين الروحي. - التخفيف من حدة الأعراض للقلق والإضطراب. - تغيير المعتقدات الخاطئة. -التنفيس عن الحالة	- الحوار. - التطمين الروحي. - تلاوة القرآن. - الإيحاء. - الواجب المنزلي من خلال الدهن بالزيت وشرب الماء المرقى.	20-30 دقيقة
الجلسة الثانية	علاج وتخفيف حالة المعاناة من أعراض الوسوس والأفعال القهرية.	- تلاوة القرآن . - شرب الماء المرقى - الحوار حول المعتقدات قالي ما عندك والو لا سحر لا والو (حوار حول المعتقدات الخاطئة	20-30 دقيقة

	حول وسوسة الشيطان		
--	----------------------	--	--

التعليق على البرنامج:

عرف برنامج العلاج التقليدي للحالة (ب، ف) التداول على معالجين حيث قامت بإجراء جلسة عند المعالج (ب، أ)، والتي كانت هادفة حسبه إلى التنفيس عن الحالة من خلال القرآن والإيحاء لطبيعة إعتقادها في تأثير العين والسحرو تلبس الجن ووسوسة الشيطان، مستخدما الماء والزيت لتعزيز الإيحاء والتخفيف من درجة التأثير للمعتقدات كونها تعاني من أعراض الإعتقاد الخاطئ بالمس والعين والسحر، بينما تمت الجلسة الثانية من العلاج عند راقى آخر بحثا عن الفاعلية وإلتماسا للشفاء من المعاناة حيث تجلت طريقة العلاج بالرقية بالقرآن وشرب الماء المرقى.

- نتائج القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهري:

يمثل الجدول رقم (03) النتائج التي سجلتها الحالة في القياس البعدي للمقياس العربي للوسواس القهرية:

العبارة	عددتها	النتيجة
عبارات الإجابة (بنعم)	23	17
عبارات الإجابة ب (لا)	09	08
المجموع	32	25
النسبة المئوية		%78,12

- تحليل نتائج الجدول:

عرفت نتائج القياس البعدي لإضطراب الوسواس القهري نفس درجات شدة الإضطراب للقياس القبلي على المقياس العربي للوسواس القهري التي قدرت بـ 25 درجة، أي بنسبة 78,12% ، وهو مؤشر على عن عدم زوال أعراض إضطراب وسواس الأفكار والأفعال القهرية، وإستمرار حالة المعاناة النفسية.

- جدول القياس البعدي من خلال مقياس سبيلبيرجر للقلق :

النسبة المئوية	الدرجات	النتائج	المقاييس	
77,5%	ما بين (61-80) حالة قلق شديد.	62 درجة	مقياس حالة القلق	1
80%	ما بين (61-80) حالة قلق شديد.	64 درجة	مقياس سمة القلق	2

- التعليق على نتائج المقاييس من خلال الجدول:

كشفت النتائج البعدية لمقياس القلق، عن 62 درجة في مقياس حالة القلق، و64 درجة في مقياس سمة القلق، وهي درجات عالية الشدة على سلم الدرجات الخاص بسبيلبيرجر المقدر ما بين 60 و80 درجة كقلق شديد، وهي نتائج تعكس لنا درجة القلق المصاحب لأعراض الإضطراب لدى الحالة.

- جدول المقارنة بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للحالة الرابعة:

نتائج القياسات البعدية	نتائج القياسات القبلية	المقاييس
------------------------	------------------------	----------

النسب المئوية	الدرجات	النسب المئوية	الدرجات	
%78,12	25	%78,12	25	المقياس العربي للوساوس القهري
%77,5	62	%80	64	مقياس حالة القلق
%80	64	%83,75	67	مقياس سمة القلق

- تحليل النتائج من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة من خلال القياسات البعدية عدم تسجيل إنخفاض في درجات الوسواس والأفعال القهرية، حيث حافظت الحالة على نفس درجة الإضطراب المسجلة في القياس القبلي الامقدرة بـ 25 درجة بنسبة %78,12 ، في حين تم تسجيل إنخفاض طفيف في حالة وسمة القلق والذي قدر بـ 2 درجة ، لكن في مستوى عالي الشدة ما بين 60 و 80 درجة والتي تشير إلى قلق شديد، فالدرجات المسجلة في القياسات البعدية تؤثر على عدم فاعلية البرنامج العلاجي التقليدي في خفض درجة الإصابة بالوسواس والأفعال القهرية، وهو ما تؤكد الحالة النفسية الراهنة للحالة وما تعرفته من معاناة جراء أعراض الوسواس والأفعال القهرية.

الخلاصة:

تعاني الحالة (ب، ف) من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية إستنادا إلى الأعراض المرضية التي تم الكشف عنها من خلال المقابلة والملاحظة العيادية ، التي توافقت مع محكات معايير التشخيص للتصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5 ، وأكدت نتائج المقياس العربي للوسواس القهرية.

عرف المعاش النفسي للحالة (ب، ف) حالة من القلق والتوتر الزائد بناء على زملة الأعراض ونتائج مقياس سبيلبيرجر للقلق.

إن النتائج المسجلة في القياسات البعدية للممارسة العلاجية التقليدية كشفت عن عدم فاعلية هذه الأخيرة في علاج الوسوس والأفعال القهرية لدى الحالة (ب، ف) .

كشفت نتائج القياسات البعدية لمقياس سبيلبيرجر لحالة وسمة القلق عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق المصاحب للإضطراب.

توجهت الحالة (ب، ف) نحو العلاج التقليدي بناء على أعراض المعاناة النفسية والجسدية التي تم تفسيرها وفق طبيعة ما تحمله من معتقدات وتصورات لطبيعة الإضطراب، وبدافع من محيطها الأسري والإجتماعي.

تقوم الممارسة العلاجية التقليدية في تشخيصها للإضطراب المسبب للمعاناة بناء على أسباب الإصابة الناجمة عن تأثير قوى العين والسحر وتلبس الجن.

سعى المعالج التقليدي في تطبيق العلاج من خلال تلاوة آيات من القرآن والتركيز على الإيحاء بغية تعزيز فاعلية المعتقد، كون الحالة تعتقد في الأسباب الخفية للإصابة بالإضطراب، وذلك بهدف العلاج والتنفيس عن المريض والتخفيف من حالة المعاناة.

إن التوجه العلاجي التقليدي للحالة كان من جنس التفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسوس والأفعال القهرية، الممثلة في السحر والعين وتلبس الجن وغيرها من التأثيرات الميتافيزيقية، في ظل وجود ثقافة نفسية كشفت عنها نتائج إختبار الأفكار الشائعة التي سبق الإشارة إليها، وهو ما يشير إلى اعتقاد الحالة في فاعلية العلاج التقليدي من خلال توظيف حمولتها الثقافية وما يفرضه المخيال الإجتماعي، باعتبار المريض وحده ليس المسؤول عن تفسير أسباب الإضطراب وإختيار المسار العلاجي.

تحليل نتائج المجموعة
التجريبية الثانية التي
خضعت للعلاج التقليدي

التحليل العام لنتائج المجموعة الثانية التي خضعت للعلاج التقليدي.

- تقديم الحالات:

بناء على المعطيات التي تم تحصيلها من خلال المقابلات العيادية والملاحظة ونتائج المقاييس والإختبارات النفسية، تمكن الباحث من الوصول إلى تشخيص إضطراب الحالات وتحديد درجاته القبلية والبعديّة بعد تناولها على جلسات العلاج التقليدي وما تعرفه من ممارسات وطقوس علاجية، وقد تم إعتداد الجدول التالي لعرض البيانات الخاصة بحالات مجموعة الدراسة الخاصة بالعلاج التقليدي، والممثلة فيما يلي :

الرمز	الجنس	السن	م.التعليمي	م.الإقتصادي	ح.المدنية	المهنة	ط.الإضطراب	ت.الإضطراب
(ك،س)	أنثى	48	ثانوي	جيد	متزوجة	لاشيء	وساوس قهريّة	48 سنة
(م،ص)	ذكر	30	متوسط	متوسط	متزوج	تاجر	وساوس قهريّة	26 سنة
(ب،ف)	أنثى	18	ثانوي	متوسط	عزباء	تلميذة	وساوس قهريّة	16 سنة
(ب،ل)	ذكر	54	ابتدائي	متوسط	متزوج	فلاح	وساوس قهريّة	54 سنة

تحليل البيانات على ضوء الجدول:

إشتملت المجموعة الثانية على أربعة حالات، تعاني من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، 2 ذكور و2 إناث، يتراوح عمهم الزمني ما بين (18 و54 سنة)، مستواهم التعليمي مختلف (ثانوي، إعدادي، وإبتدائي)، واحدة منهم عزباء و3 متزوجون، مستواهم الإقتصادي مختلف بين 3 منهم متوسط وواحدة جيد، يعانون من إضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث إختلفت تواريخ إصابتهم بهذا الإضطراب، تم إخضاعهم للعلاج التقليدي عن طريق الرقية الشرعية بعد إجراء القياسات القبلية لتحديد درجة وشدة الإضطراب، ثم القياسات البعدية لتقييم مدى فاعلية هذه الممارسة العلاجية.

- الملاحظة العيادية:

أسفرت نتائج الملاحظة العيادية لحالات العينة التي خضعت للعلاج التقليدي ومختلف ممارساته، عن معاش نفسي مضطرب غلبت عليه ملامح الحزن والإحباط ومشاعر الخوف والتوتر والقلق نتيجة النرفزة والتهديد المرتقب لفقدانهم الشعور بالأمان والهدوء النفسي والإنفعالي وما يشكله من تعارض مع الحياة الإجتماعية والمهنية، و نتيجة للعجز وفقدان السيطرة والتحكم في الأفكار والسلوكيات، كما شهدت الحالات تشابه في المعاناة ذات الأعراض الباتولوجية الممثلة في تسلط الأفكار والأفعال القهرية والجبرية، التي أثرت على طبيعة السياقات الفكرية والسلوكية لديناميكية الشخصية وتفاعلها الإجتماعي، وذلك لما تعرفه من تسلط وشك إتجاه الأفكار، وتكرار ومراجعة جبرية للأفعال، بالإضافة إلى هذا فقد أرجعت حالات مجموعة الدراسة تفسيراتها وتصوراتها لأسباب الأعراض المرضية لإضطراب الوسوس والأفعال القهرية إلى تأثير وفاعلية القوى الخفية الممثلة في العين والسحر، وكذلك وسوسة الشيطان وتلبس الجن، فالملاحظ أن الحالات تحمل نفس المعتقد لنفس الإضطراب لمعاش نفسي مضطرب تغلب عليه المعاناة.

- الفحص العيادي:

- الأعراض المرضية:

الأعراض المرضية لحالات مجموعة الدراسة عرفت تشابها واضحا من حيث طبيعة الأفكار التسلطية كونها كانت ذات طبيعة تسلطية وإندفاعية، تفتحم التفكير مما يكون سببا في فقدان التركيز وحالة القلق الناتجة عن التدقيق والمقاومة، غلب عليها طابع الشك والوسوسة والإنشغال بالتفاصيل تمثلت في :

- أفكار التهديد بالمرض، الموت والتعرض للتهديد والخطر.
- أفكار تسلطية ذات علاقة بمعتقد الإصابة بالعين والسحر ووسوسة الشيطان وتلبس الجن.
- الشك في صحة الطهارة و الصلاة.

- سيطرة الأفكار العدوانية والصور الجنسية.

وهي في مجملها أعراض أدت إلى اضطراب الحالة النفسية والإنفعالية للحالات ، نتيجة شدنها العالية وما يصحبها من قلق.

أما فيما تعلق بأعراض الأفعال القهرية فقد تشابهت من حيث طبيعة الفعل القهري بمختلف صورته الممثلة في الجبر والتكرار والتفقد والمراجعة نتيجة الشك وعدم اليقين، كما أجمعت الحالات على فقدانها للسيطرة والتحكم في مختلف الأفعال كونها خارجة على نطاق الإرادة، فأعراض الوسواس حسب Dsm/5 : تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا)، أو تسبب احباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الإجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

- أعراض الوسواس القهري لا تغزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار / دواء) أو لحالة طبية أخرى.

- لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (Dsm5, f42,102).

فزملة الأعراض المرضية التي تم تسجيلها والإشارة إليها عند حالات العينة توافقت في مجملها مع معايير التصنيف التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM/5 لإضطراب الوسواس القهري (f42) obsessive-compulsive disorder ما يشير إلى تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال قهرية، وهو ما تم الإشارة إليه سابقا (الحمادي، 2014، 102).

- أعراض القلق المصاحبة للإضطراب:

أبانته حالات المجموعة عن زملة من أعراض القلق المصاحبة لإضطراب الوسواس، والتي كان لها تأثير مباشر على المعاش النفسي والإنفعالي للحالات، حيث تمثلت في النرفزة والتوتر وإضطراب للوضع العام (الناحية الفيزيولوجية والإنفعالية نتيجة التعرق وارتجاف الأطراف وزيادة في ضربات القلب،...)، إضافة إلى فقدان الشعور بالراحة والأمان، وترقب التهديدات نتيجة للشك و طبيعة الأفكار التسلطية والحرص على أداء الفعل القهري، فتأثير

القلق على الوضع النفسي للحالة، أكدته نتائج اختبار سبيلبيرجر للقلق، حيث تم تسجيل نسبة 86,56% في حالة القلق، و 88,12% في سمة القلق.

- تحليل محتوى الفكر:

عرف محتوى الفكر لدى حالات العينة تشابها كبيرا، من حيث مرجعية الإضطراب في علاقتها بطبيعة الاعتقاد وحمولة التصورات والتفسيرات التي تعود إلى التنشئة الإجتماعية وما تم تداوله من مفاهيم وأطر ثقافية ومعرفية للإصابة بالمرض، وما تتطلبه طريقة العلاج من ممارسات وطقوس ذات الأبعاد المختلفة للبيئة السوسيوثقافية، كما غلب على طبيعة الفكر التسلط للأفكار الإقتحامية المتعلقة بالتهديد والعدوان والشك، إضافة إلى دوافع التكرار والتفقد والمراجعة القهرية والجبرية للأقوال والأفعال ومختلف الممارسات، فالحالات رغم اختلافها الكبير من حيث السن والجنس وطبيعة التنشئة وغيرها من المفارقات ، إلا أنها تلقى تشابها في البنية المرضية من حيث الأعراض الرئيسية للإضطراب الممثل في التسلط والقهر.

- الواقع الأسري والإجتماعي:

كشفت حالات الدراسة من خلال المقابلات العيادية عن واقع أسري وإجتماعي تباينت ظروفه وأحواله من حيث التنشئة والمناخ السائد وطبيعة النسق بين الأفراد، ووفق ماتم تداوله من دراسات تناولت تأثير هذه العوامل المتعلقة بالمناخ الأسري والإجتماعي في الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، نذكر ما توصلت إليه دراسة " هونج" (1988)، حول أساليب المعاملة الوالدية كالرفض والحماية الزائدة والإهمال التي تعجل بظهور الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأبناء (محمد سعفان، 2014، 70)، وما أشار إليه محمد أحمد سعفان (2003) حول تأثير الطبقة الإجتماعية في الإصابة بالوسواس من خلال وجود تفسيرات تشير إلى أن حالات الوسواس والأفعال القهرية توجد بدرجة عالية بين الطبقات الإجتماعية المعتدلة والمرتفعة (محمد سعفان، 2014، 74)، إضافة إلى ما يتعرض له الفرد من مشاكل وصراعات وصددمات داخل الأسرة والمجتمع، حيث يسبب له الكثير من الضغط والتوتر والإحباط، فتكون هذه الأخيرة بمثابة عوامل مفجرة للإضطراب مقابل إستعدادات البنية النفسية وتراكمات القلق والصراعات النفسية، وهذا ما لمسناه عند بعض حالات

مجموعة الدراسة التي عرفت مؤخرا مشاكل أسرية تزامنت مع ظهور اضطراب الوسواس، بينما كانت من العوامل المساهمة في ظهوره .

- تاريخ الاضطراب:

كشفت حالات مجموعة العلاج التقليدي عن فوارق في سن الإصابة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث عرفت الحالات الإصابة بالاضطراب في سنوات عمرية مختلفة، والتي سنذكرها كالتالي: الحالة (ب، ل) 54 سنة، والحالة (ك، س)، 48 سنة، والحالة (م، ص) 26 سنة، والحالة (ب، ف) 16 سنة، فالملاحظ أن هناك إختلاف في تواريخ سن الإصابة بالاضطراب مقابل السنوات العمرية عند حالتين (م، ص) 29 سنة ، والحالة (ب، ف) 18 سنة ، في حين عرفت الحالتين الأخرتين الإصابة في نفس السنة العمرية (ب، ل) 54 سنة، (ك، س) 48 سنة، فهذه السنوات هي بمثابة محطات مرضية تم الكشف فيها عن بداية المعاناة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

- التاريخ الصحي:

عرف التاريخ الصحي لأغلب حالات مجموعة العلاج التقليدي محطات مرضية مختلفة، تمثلت في الأمراض العضوية التي إستدعت تدخل العلاج الدوائي ومنها ما تطلبت التدخل الجراحي، وهو ما كان عند الحالتين (ك، س) والحالة (م، ص)، كما أن اضطراب الحالة الصحية لبعض الحالات كان في سن مبكرة قبل الإصابة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية وبعضها الآخر كان بعد الإصابة بالاضطراب عند الحالة (ب، ف)، أما الحالة (ب، ل) فلم تعرف إصابات مرضية بارزة إلى غاية تاريخ الإصابة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

- المعاش النفسي الراهن:

توصلت تحاليل نتائج الدراسة للحالات التي تخضع للعلاج التقليدي نتيجة إصابتها باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، إلى معاناة نفسية من خلال ما أبانت عنه من خلال معاش نفسي مضطرب تجلت مظاهره في ملامح الإحباط والشعور بالخوف، ومظاهر التوتر

والقلق الذي يعود لطبيعة الأفكار وما تحمله من تهديد بالخطر والعدوان والشعور بالذنب، كونها ذات إملاءات تتعارض في مضمونها مع الأمور الدينية والعقائدية والعلاقات الجنسية، وهذا ما كان له تأثير مباشر على الحالة المعنوية للحالات، إضافة إلى أعراض الشك وعدم اليقين وفقدان السيطرة في التحكم في مختلف الأفعال والسلوكيات، التي شكلت نوعاً من التعارض مع مختلف النشاطات المهنية والاجتماعية، فكانت سبباً في القطيعة مع التواصل والتفاعل النفسي والاجتماعي، فالحالات وبالموازات مع معاناتها من تأثيرات أعراض الإضطراب، عرفت تفسيرات وتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب، الذي يعود لفاعلية قوى خفية كان لها بالغ الأثر على الناحية النفسية والإنفعالية، نتيجة الترقب والتأهب لمحاولة التجنب.

- التشخيص بناء على معايير DSM/5 ونتائج الإختبارات:

من منطلق تحليل خطابات حالات عينة الدراسة والملاحظة العيادية لما كشفت عنه من أعراض باتولوجية وإيماءات ذات دلالة بالمعاناة، والتي توافقت في مجملها مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير التصنيف DSM/5، إضافة إلى نتائج المقياس العربي للوسواس القهري حيث تم تسجيل متوسط درجات حالات العينة بـ 26 درجة ما يعادل نسبة 81,25 % ، وهو ما يشير إلى درجة عالية الشدة لدى مجموعة الدراسة للعلاج التقليدي.

- تصورات الإضطراب:

بناء على ما تم التوصل إليه من خلال تحليل المقابلات، فإن الحالات كان لها نفس التصورات والتفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب، والتي أرجعتها إلى تأثير وفاعلية أحد العوامل للقوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن ووسوسة الشيطان، حيث أبانت عن إعتقادات جوهرية لمفهوم الإضطراب وأعراضه المرضية، كونها ذات تأثيرات وظيفية على أبعاد الكيان النفسي الداخلي، مسببة خلل في وظائف التفكير والخيال والذاكرة الممثلة في الأفكار التسلطية والصور الإقتحامية والتوهامات المرضية والعدائية والجنسية التي تساهم في إضطرابات إنفعالية، عجزت الحالات عن تقديم تفسيرات موضوعية لها أو الإدلاء بها

للمحيطين بها، وقد إستنتج ناتان (1989) أن هناك علاقة بين الإعتقاد الثقافي ثم الأعراض المرضية النفسية وأخيرا أسلوب العلاج حيث يقول: "عندما نلاحظ الإعتقاد متداخلا مع العرض، فإننا نلاحظ في نفس الوقت تأثير أسلوب العلاج بهذا التداخل (سيدي عابد، 2016، 36).

- المسار العلاجي:

- لقد عرف المسار العلاجي لحالات الدراسة المقبلة على العلاج التقليدي، عدة طعون علاجية طبية وتقليدية شعبية، فاختيار نمط علاجي يكون من خلال ما تعرفه البيئة السوسيوثقافية من ممارسات وخطابات تكون بمثابة الدافع لإختيار نمط علاجي، وقد أشارت ملاح رقية (2013) أن الخطابات الرائجة حول الممارسات العلاجية التقليدية هي خطابات إجتماعية تفرضها ثقافة معينة تتجسد في أشكال الصراع وأساليب الوقاية والمقاومة والمسارات التي يسلكها الناس على إختلاف مستوياتهم تلمسا للشفاء (ملاح، 2013، 46)، فالعلاج التقليدي وما يعرفه من ممارسات عرف حضورا قويا لدى الحالات في إقبالها على العلاج والبحث عن الفاعلية العلاجية، كونها ذات مرجعية دينية، إضافة إلى ما تحمله هذه الحالات من التصورات والتفسيرات المتوارثة لطبيعة الإصابة بالإضطراب، إذ ترى أن علاج الإضطراب يكون من جنس هذه التفسيرات.

- العلاج الطبي:

عرف المسار العلاجي للحالات إقدامها على العلاجات الطبية بعد ظهور الأعراض المرضية، حيث تنوع العلاج بين التدخل الجراحي والعلاج الدوائي لإضطرابات عضوية، فمن الحالات من عرفت العلاج الطبي قبل الإصابة بالإضطراب ومنها من عرفته بعد الإصابة، على غرار الحال (م، ص) الذي كان توجهه للعلاج الطبي قبل وأثناء الإضطراب كونه أقبل على العلاج الطبي النفسي ممثلا في الأدوية لمدة زمنية محددة بعد أن إستعاد عافيته من الإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

- العلاج النفسي:

عرفت حالات الدراسة للمجموعة الثانية الخاضعة للعلاج التقليدي، عدة طعون علاجية طبية وتقليدية، إلا أنها لا تتابع علاجاً نفسياً رغم إقامتها في مناطق حضرية تتوفر على منشآت صحية بها مصالح المتابعة والإصغاء النفسي، والنتائج المسجلة على الجدول التالي الخاص بالأفكار الشائعة حول الطب النفسي لحسان المالح (2001) تكشف عن مدى إطلاع الحالات ودرايتها عن طبيعة الأفكار المتعلقة بالعلاج النفسي ومختلف تخصصاته، وطبيعة الثقافة السائدة حوله:

الإجابات الحالات	صحيحة تماماً	صحيحة جزئياً	خاطئة تماماً	لا أدري
الحالة (ك، س)	24	02	51	04
الحالة (م، ص)	29	00	52	00
الحالة (ب، ل)	33	01	45	02
الحالة (ب، ف)	21	13	24	23
المجموع	107	16	172	27
متوسط الدرجات	26,75	04	43	06,75
النسبة المئوية	%33,02	%04,93	%53,08	%08,33

كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن ثقافة إيجابية حول العلاج النفسي ومختلف تخصصاته لدى حالات المجموعة إذ قدرت بـ %53,08 ، وهوما يؤشر على وجود ثقافة علاجية بمعدل فوق المتوسط ، في ظل التوجه العلاجي التقليدي وما عرفه من تصورات وتفسيرات ثقافية تعود إلى تأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر ووسوسة الشيطان وتلبس الجن.

- العلاج التقليدي:

- أجمعت حالات المجموعة الثانية للدراسة أن الممارسة العلاجية التقليدية خلال المسار العلاجي بمختلف طبوعها تمثلت في تلاوة آيات من القرآن الكريم على مسامعها بهدف العلاج والتنفيس عن حالة المعاناة، إضافة إلى وصف بعض الأعشاب والزيوت للإستعمال في البيت، والتي كانت في مجملها إحياءات تتوافق مع طبيعة ما تحمله الحالات من معتقدات وتصورات، بهدف التحرر من تأثيرات العين والسحر ووسوسة الشيطان التي كانت تعتقد فيها، كون لجوء الحالات إلى هذا النوع من الممارسات والعلاجات لمرجعيتها الدينية وما تعرفه من قداسة وفاعلية في التحرر من القلق، إذ يقول طواليبي (2001) في هذا الصدد: " إن التحكم في القلق يستلزم إستعمال آليات لمواجهة الصراع بين الثقافات، هذا الرجوع إلى المقدس من حيث هو آلية مفضلة في سياق سحري جماعي، يتخلص بواسطته الفرد من الشوائب المتركمة (بن حالة، 2010، 167).

- جدول مجموع نتائج القياس القبلي للحالات المجموعة الثانية: متوسط نتائج القياس القبلي للحالات:

نتائج المقاييس الحالات	المقياس العربي للواسواس القهري	مقياس حالة القلق	مقياس سمة القلق
الحالة (م، ص)	29	76	71
الحالة (ك، س)	28	65	71
الحالة (ب، ل)	25	72	73
الحالة (ب، ف)	25	64	67
مجموع الدرجات	107	277	282
متوسط مجموع الدرجات	26,75	69,25	70,5

النسبة المئوية	%83,59	%86,56	%88,12
----------------	--------	--------	--------

- التعليق على نتائج الجدول:

كشفت نتائج القياسات القبليّة لكل من المقياس العربي للوسواس القهري عن 26,75 درجة بنسبة %83,59 ومقياس سبيلبيرجر لحالة القلق عن 69,25 درجة بنسبة %86,56 ، وسمة القلق عن 70,5 درجة بنسبة %88,12 ، وهي نتائج عالية الشدة، أدت إلى إضطراب المعاش النفسي والإنفعالي لحالات مجموعة الدراسة للعلاج التقليدي.

- الممارسة العلاجية التقليدية:

تمت الممارسة العلاجية للحالات على يد أحد الممارسين للعلاج التقليدي ، الذي يلقي إقبالا كبيرا من طرف طالبي العلاج من مختلف الشرائح العمرية ولمختلف الإضطرابات، حيث تم توجيه هؤلاء الحالات من طالبي العلاج إلى هذه العيادة الخاصة بالعلاج التقليدي، ومنهم من سبق له تلقي العلاج بها، وهذا بعد إجراء التشخيص والقياسات القبليّة، حيث رحبت كل الحالات بالفكرة كونها تخدم مطالبهم العلاجية لطبيعة التفسيرات والتصورات.

التوجه للعلاج التقليدي:

كان التوجه العلاجي لحالات الدراسة للمجموعة الثانية بدافع من مجموعة من العوامل منها طبيعة التصورات والمعتقدات لأسباب الإصابة بالإضطراب، اضافة إلى ما يفرضه المحيط الإجتماعي والأسري من ممارسات تم توارثها من خلال الحمولة الثقافية، وهذا ما توافق مع نتائج دراسة بن عصمان برحيل (2013) التي توصلت إلى أن إقبال الأفراد على العلاج كان وفقا لعادات وتقاليد الأهل، فعادات الناس تنبع من دوافعهم لإشباع حاجاتهم، حيث يغلف الإعتقاد بأمكنة وأشخاص تكتسب سلطة تقليدية وتصبح بعد ذلك قوة إجتماعية، إذ لا أحد يعرف كيف نشأت ولا متى نشأت، وهي بذلك تمارس ضغطا على الأفراد لأن المعتقدات تعتبر القوى المحركة وراء كل الأفعال الإجتماعية التي يأتيها الفرد منفردا أو مجتمعا بالناس

فيجد نفسه أمام رصيد من العادات فرضتها جماعته واتفقت عليها وما عليه سوى اتباعها (بن عصمان، 2013، 145).

الجلسة العلاجية:

عرفت حالات المجموعة عددا من الجلسات العلاجية لمد 10 أيام بعد إجراء القياسات القبليّة، أين خضعت الحالات للعلاج على يد نفس المعالج، في حين قامت حالتين بالإستعانة بمعالجين آخرين في إطار المعتقد والتسوق العلاجي بحثا عن الفاعلية العلاجية، حيث قمنا بعد إنقضاء المدة الزمنية المحددة للعلاج بإجراء القياسات البعدية، كما هو موضح في الجدول التالي:

الحالات	المعالج	عدد الجلسات	مدة العلاج
(ك، س)	(ب، أ)	3 جلسات	10 أيام
(ب، ل)	(ب، أ)	3 جلسات	10 أيام
(م، ص)	(ب، أ)، التوجه لمعالج آخر (شيخ زاوية)	3 جلسات	10 أيام
(ب، ف)	(ب، أ)، التوجه لمعالج آخر (راقي).	جلستين	10 أيام

ركزت الممارسة العلاجية للمعالج (ب، أ) على العلاج الفردي من خلال مجموعة من الخطوات، تمثلت في الترحيب بالحالة والتطرق لمعاناته من خلال التعرف على أسباب الإصابة وما تحمله من معتقدات وتصورات حول أسباب الإصابة بالاضطراب من خلال الحوار، لينتقل بعد ذلك إلى تطبيق العلاج، وقد تمثلت خطواته فيما يلي :

التشخيص:

ركز المعالج التقليدي في التعرف على الحالة المرضية لحالات الدراسة على أسباب الإصابة بالاضطراب الممثلة في قوى السحر والعين وتلبس الجن وما تحمله من معتقدات وتصورات، حيث توصل من خلال عملية التشخيص أن الحالات لا تعاني من الإصابة بالعين والسحر تلبس الجن.

تطبيق العلاج:

تمثلت الممارسة العلاجية، بتلاوة آيات من القرآن الكريم لمدة 10 دقائق من أجل التنفيس على الحالات كونه يرى أن القرآن كله شفاء، إذ لا يخصص سور أو آيات لعلاج اضطراب معين ، إضافة إلى طلب استخدام الزيت والدهن به في البيت وشرب الماء المرقى لتعزيز العلاج ، ليقيم بعد ذلك بإخبار الحالة عن طريق الحوار بعدم اصابتها بالسكر والعين وتلبس الجن، وأن ما تعرفه من تفسيرات راجع إلى طبيعة ما تحمله من تصورات ومعتقدات.

التقنيات المستخدمة في العلاج:

التهيئة: من خلال الحوار، يقوم المعالج بتهيئة روعي وإيماني لكسب ثقة المتعالج. التنفيس عن المريض: ويكون من خلال التفتن في تلاوة القرآن، والمزاح معه لينسى مرضه. استخدام الإيحاء: والذي يكون ذا علاقة بطبيعة المعتقدات والتصورات التي يحملها طالب العلاج.

ملاحظة: برنامج الممارسة العلاجية حسب ما أدلى به المعالج يعتمد نفس خطوات وطقوس العلاج في كل جلسة وأن عدد الجلسات محدد من جلسة إلى 3 جلسات كأقصى حد، وما زيد عن ذلك فبرغبة من طالب العلاج.

حالات الدراسة حسب طبيعة الاضطراب إستلزمت جلسة واحدة، وتم تمديدها إلى 3 جلسات لأهداف الدراسة.

- جدول مجموع نتائج القياس البعدي لحالات المجموعة الثانية:

نتائج المقاييس الحالات	المقياس العربي للسواس القهري	مقياس حالة القلق	مقياس سمة القلق
الحالة (م، ص)	31	79	68
الحالة (ك، س)	26	72	73

71	63	19	الحالة (ب، ل)
64	62	25	الحالة (ب، ف)
276	276	101	مجموع الدرجات
69	69	25,25	متوسط مجموع الدرجات
%86,25	%86,25	%78,90	النسبة المئوية

- التعليق على نتائج الجدول:

كشفت نتائج معدل متوسط القياسات البعدية لإضطراب الوسواس القهري لحالات مجموعة العلاج التقليدي عن 25,25 درجة بنسبة 78,90% ، أما متوسط درجات القلق المصاحبة للإضطراب فقد تساوت الدرجات أين تم تسجيل 69 درجة لحالة القلق بنسبة 86,25% ، و69 درجة لسمة القلق بنسبة 86,25% وهي درجات ونسب عالية الشدة لكل من الإضطراب والقلق المصاحب له.

- جدول المقارنة بين القياسين القبلي والبعدى للحالات المجموعة الثانية:

نتائج القياسات البعدية للعينة		نتائج القياسات القبلية للعينة		المقاييس
النسب المئوية	متوسط الدرجات	النسب المئوية	متوسط الدرجات	
%78,90	25,25	%83,59	26,75	المقياس العربي للوسواس القهري
%86,25	69	%86,56	69,25	مقياس حالة القلق
%86,25	69	%88,12	70,5	مقياس سمة القلق

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت معدل متوسط نتائج القياسات البعدية لحالات العينة التي خضعت للعلاج التقليدي الممثل في الرقبة الشرعية مقارنة بنتائج القياسات القبلية تسجيل إنخفاض طفيف جدا للوساوس والأفعال القهرية في القياس القبلي للعينة من 26,75 درجة بنسبة 83,59 % إلى 25,25 درجة بنسبة 78,90 %، وهو نفس الإنخفاض الذي تم تسجيله في درجات حالة وسمة القلق في القياس البعدي، حيث إنخفضت الشدة في حالة القلق من 69,25 درجة بنسبة 86,56 % إلى الدرجة 69 بنسبة 86,25 % وكذلك سمة القلق التي إنخفضت من الدرجة 70,5 بنسبة 88,12 % إلى 69 درجة بنسبة 86,25 % وهي درجات عالية الشدة لكل من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية و حالة و سمة قلق المصاحب لها، فالنتائج المحققة في القياسات البعدية للعينة تشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية بالرقبة الشرعية في تخفيف شدة اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وما يصاحبها من قلق.

- خلاصة:

حالات المجموعة الثانية التي خضعت للعلاج التقليدي تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث توافقت أعراضها العيادية المسجلة خلال المقابلات مع معايير تشخيص التصنيف الأمريكي للإضطرابات النفسية والعقلية DSM/5، ونتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق (1992)، التي كشفت عن معاناة كان لها بالغ الأثر على المعاش النفسي والإنفعالي السلوكي، تجلت مظاهره في التعارض مع مختلف نشاطات الحياة اليومية.

عرف المعاش النفسي لحالات الدراسة حالة من التوتر والقلق من خلال ما أبانت عنه من أعراض مصاحبة لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

التقارب المسجل في النتائج العالية الشدة لدرجات اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لحالات المجموعة الثانية بين القياسات القبلية والبعدية، يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية عن طريق الرقبة في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

التقارب المسجل في شدة درجات القلق المصاحب للإضطراب بين نتائج القياسات القبلية والبعديّة، يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق.

بناء على طبيعة أعراض اضطراب الوسواس والأفعال القهرية كان التوجه نحو طلب العلاج لدى حالات الدراسة للمجموعة، في حين كان التوجه العلاجي نحو الممارسة العلاجية التقليدية بدافع الاعتقاد وما يعرفه من تصورات وتفسيرات لأسباب الإصابة بالإضطراب ، إضافة إلى ما يفرضه المحيط الأسري والإجتماعي من ممارسات تم توارثها عبر التداول العلاجي في البيئة السوسيوثقافية

ركيز المعالج التقليدي في عملية التشخيص للإضطراب على أسباب الإصابة بالإضطراب الممثلة في تأثير قوى السحر والعين وتلبس الجن، كما سعى في تطبيق العلاج من خلال الخطوات والتقنيات الخاصة بالنمط العلاجي ممثلة في التفنن في تلاوة آيات من القرآن والتركيز على الإيحاء بغية تعزيز فاعلية المعتقد، كون الحالة تعتقد في الأسباب الخفية للإصابة بالإضطراب، وذلك بهدف العلاج والتنفيس عن المريض والتخفيف من حالة المعاناة.

كشفت متوسط نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي عن وجود ثقافة إيجابية لحالات المجموعة الثانية حول الطب النفسي ، في ظل التوجه العلاجي التقليدي وما يعرفه من تفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى اعتقاد حالات الدراسة للمجموعة في العلاج التقليدي.

تحليل نتائج المجموعتين التجريبيتين

تحليل النتائج وطبيعة الممارسة العلاجية للمجموعتين العلاجيتين من حيث المقاربة والاختلاف:

بناء على معطيات العمل العيادي وطبيعة الممارسة العلاجية، ونتائج العلاج المحققة في كل مجموعة تجريبية، فإن الباحث سوف يقوم بعرض هذه النتائج ودراستها من حيث المقاربة والاختلاف.

1- جدول نتائج القياسات البعدية لإضطراب الوسواس القهري للمجموعتين التجريبتين :

- جدول المقارنة بين نتائج العلاجين :

نتائج القياسات البعدية للمجموعة الثانية بعد تلقي العلاج التقليدي		نتائج القياسات البعدية للمجموعة الأولى بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي		المقاييس
متوسط الدرجات	النسب المئوية	متوسط الدرجات	النسب المئوية	
25,25	78,90%	02,25	07,03%	المقياس العربي للوسواس القهري

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة على الجدول للقياسات البعدية لكلا المجموعتين التجريبتين نهاية كل برنامج علاجي عن وجود فارق كبير في درجات الوسواس القهري بين المجموعتين، كون النتائج المسجلة في المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي منخفضة بدرجة 02,25 مقابل 32 درجة على سلم المقياس بنسبة 07,03%، وهو ما يشير إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي، في حين تم تسجيل درجات مرتفعة الشدة في المجموعة الثانية التي تلقت العلاج التقليدي بدرجة 25,25 مقابل 32 درجة على سلم درجات المقياس بنسبة 78,90%، وهو ما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في علاج اضطراب

الوساوس والأفعال القهرية، فالمفارقة الكبيرة في نتائج العلاجين تشير إلى عدم وجود مقارنة علاجية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي في علاج الوساس والأفعال القهرية.

2- جدول عرض نتائج القياسات البعدية لدرجات القلق :

- جدول المقارنة بين نتائج العلاجين :

نتائج القياسات البعدية للمجموعة الثانية بعد تلقي العلاج التقليدي		نتائج القياسات البعدية للمجموعة الأولى بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي		المقاييس
النسب المئوية	متوسط الدرجات	النسب المئوية	متوسط الدرجات	
86,25%	69	30,93%	24,75	مقياس حالة القلق
86,25%	69	30,62%	24,5	مقياس سمة القلق

- التعليق على النتائج من خلال الجدول:

كشفت النتائج المسجلة على الجدول للقياسات البعدية لكلا المجموعتين التجريبتين نهاية كل برنامج علاجي عن وجود فارق كبير في درجات القلق بين المجموعتين، كون النتائج المسجلة في المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي منخفضة بدرجة 24,75 في حالة القلق بنسبة 30,93% وسمة القلق بدرجة 24,5 بنسبة 30,62% وهي درجات لقلق طبيعي على سلم مقياس سبيلبرجر للقلق، ما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من درجات القلق، يقابلها تسجيل 69 درجة لحالة القلق في المجموعة الثانية التي تلقت العلاج التقليدي عن طريق الرقية بنسبة 86,25%، وتسجيل 69 درجة في سمة القلق بنسبة 86,25%، وهي درجات عالية الشدة على سلم سبيلبرجر لسمة القلق، وهو ما يشير إلى عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق المصاحب للإضطراب لدى حالات الدراسة، والملاحظ هنا هو وجود مفارقة كبيرة في نتائج العلاجين

في الدرجات المسجلة في كلا العلاجين في حالة القلق وسمة القلق، وهذا ما يشير إلى عدم وجود مقارنة علاجية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

3- تحليل عام لطبيعة الممارسة العلاجية لكل من العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي :

3-1- من حيث طبيعة التشخيص :

3-1-1- التشخيص النفسي لإضطراب حالات مجموعة الأولى :

الجدول التالي يمثل متوسط معدل النتائج المسجلة على المقياس العربي للوسواس والأفعال القهرية لكلا المجموعتين:

نتائج المقياس العربي للوسواس القهري	الدرجات	النسبة المئوية
المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي	28	%87,50
المجموعة الثانية التي تلقت العلاج التقليدي	26,75	%83,59

تم تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية لحالات الدراسة التي خضعت للعلاج النفسي، بناء على نتائج دراسة الحالة وما تم التوصل إليه من معطيات عيادية تم من خلالها تحديد زملة الأعراض المرضية المسجلة على مستوى الأفكار والأفعال ومختلف السلوكيات لدى الحالات، و ما نجم عنها من آلام ومعاناة، والتي توافقت في مجملها مع محكات تشخيص إضطراب الوسواس والأفعال القهرية المصنفة في معايير DSM/5 و نتائج المقياس العربي للوسواس القهري لأحمد عبد الخالق.

2-1-3 تشخيص المعالج التقليدي لطبيعة الإضطراب لحالات الدراسة (المجموعة الثانية) :

إعتمد المعالج التقليدي في تشخيصه للإضطراب على أسباب الإصابات الروحية لقوى العين والسحر وتلبس الجن ووسوسة الشيطان التي تبديها الحالات من خلال معاناتها المرضية، وما تحمله من معتقدات في تفسيرها لطبيعة المعاناة، حيث خلص تشخيصه النهائي لحالات الدراسة أنها لا تعاني من إصابات روحية للقوى الخفية، معتبرا أن ما تعرفه الحالات من معاناة يعود لما تحمله من معتقدات خاطئة في تأثير السحر والعين وتلبس الجن ووسوسة الشيطان، حيث أشار الشربيني (2004) إلى أن المعتقدات الثقافية المشتركة تفرض أن الجن الشرير لديه القدرة على تلبس الضعفاء وإصابتهم بالمرض والسقم، وينجم عن تأثير الشياطين والجن والأرواح الشريرة السلوك غير السوي الذي لا يمكن التنبؤ به (فيطاس، 2018، 17).

2-3- التوجه العلاجي لحالات الدراسة :

سجلت حالات الدراسة للمجموعة الأولى التي تناولت على العلاج المعرفي السلوكي، والمجموعة الثانية التي تناولت على العلاج التقليدي مقارنة ممثلة في التوجه العلاجي بناء على زملة الأعراض المرضية الممثلة في الأفكار والصور التسلطية ومختلف أفعال النفقذ والمراجعة والتكرار والجبر، بينما تم تسجيل إختلاف بين حالات المجموعتين من حيث طبيعة التوجه نحو العلاج، كون المجموعة الأولى للعلاج النفسي يكون توجهها العلاجي في إطار البحث عن فاعلية العلاج، وبتوجيه من المحيط الإجتماعي، بينما المجموعة الثانية للنمط التقليدي، يكون التوجه العلاجي بناء على طبيعة المعتقد وبدافع من المحيط الإجتماعي وما يعرفه من حمولة للتصورات والتفسيرات السوسيوثقافية وتوريث للمعتقدات بين أفرادها.

3-3 - تفسير الإضطراب :

3-3-1- من ناحية العلاج النفسي :

يتم على يد مختص نفسي له مؤهلات علمية تحصل عليها في مسار جامعي خضع فيه لتكوين نظري وتطبيقي من خلال التربصات الميدانية في المستشفيات ومصالح الصحة النفسية والعقلية.

إن تفسير طبيعة الإضطراب الممثل في الوسواس والأفعال القهرية لدى حالات الدراسة، تطلب من المختص النفسي القائم على عملية التشخيص، القيام بعمل عيادي من خلال مجموعة من المقابلات، معتمدا دراسة الحالة واستخدام مختلف الوسائل الممثلة في المقابلة والملاحظة وتطبيق مختلف المقاييس والإختبارات النفسية لتحديد الأعراض المرضية والكشف عن مختلف الأسباب والعوامل المسببة للإضطراب، والتعرف على التاريخ المرضي وعلاقته بالإضطراب، حيث تجسدت خطوات العمل العيادي فيما يلي:

- دراسة الحالة من خلال التطرق إلى جمع البيانات الأولية وملاحظة الملامح السيميولوجية للحالة
- التعرف على التاريخ المرضي للحالات.
- التعرف على التاريخ الأسري والإجتماعي للحالات.
- التعرف على المعاش الراهن للحالات.
- التعرف على المعتقدات من تصورات وتفسيرات الحالات لطبيعة الإضطراب.
- التعرف على المسار العلاجي للحالات.
- تطبيق المقاييس النفسية الممثلة في المقياس العربي للوسواس القهري ، ومقياس سبيلبيرجر لحالة وسمة القلق.
- تحليل المقابلات والتي يتم من خلالها الكشف عن الأسباب والعوامل المسببة للإضطراب، وتحديد الأعراض المرضية.
- تشخيص الإضطراب إعتامادا على معايير التشخيص Dsm/5 ونتائج مقياس الوسواس القهرية.

3 - 3 - 2 - العلاج التقليدي : يكون العلاج على يد ممارس يتحلى ببعض الخصائص والمواصفات والمهارات التي تمكنه من التعامل مع القوى الخفية، والتي تؤهله للقيام بهذا

النوع من الممارسة العلاجية عن طريق تلاوة آيات من القرآن الكريم والأدعية وبعض الطقوس العلاجية.

إن تفسير الإضطراب من قبل المعالج التقليدي يقوم على أساس التعرف والكشف على أسباب الإصابة الممثلة في القوى الخفية للسحر والعين والمس الجنى، إضافة إلى ما تحمله من معتقدات وتصورات، ويكون ذلك في الجلسة الأولى من خلال الحوار، حيث يرى المعالج أن قدوم أي حالة عند الممارس للعلاج التقليدي تكون بدافع العين والسحر والجن، وأنه في عمله يفهم دوافع القدوم وطلب العلاج، حيث يركز في التشخيص الأولي من خلال الحوار مع الحالة على معتقد المريض ، كما يرجع معاناة الحالات وما تقوم به من حركات وسلوكات إلى المعتقدات الثقافية المكتسبة.

3 - 4 - 4 - طبيعة العلاج والممارسة العلاجية :

3 - 4 - 1 - العلاج النفسي المعرفي السلوكي :

بعد تشخيص اضطراب الوسواس والأفعال القهرية والكشف عن الأسباب والعوامل المتعلقة به، والإلمام بمختلف المعطيات والمعلومات التي تخص حالات الدراسة، قام المختص النفسي ببناء وتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي يتوافق وطبيعة الإضطراب والأهداف المسطرة حسب خصوصية كل حالة من حالات المجموعة، حيث يضم البرنامج مجموعة من التقنيات والفنيات العلاجية القائمة على مبادئ النظرية المعرفية والنظرية السلوكية للعلاج المعرفي السلوكي العقلاني الإنفعالي، والتي تم توزيعها على 15 جلسة علاجية، مقسمة على 5 مراحل علاجية، بدءاً بمرحلة التحضير للعلاج وإجراء القياسات القبلية إلى إجراء القياسات البعدية والجلسة التتبعية،(كما هو موضح في برنامج العلاج الخاص بالدراسة)، أين يشارك كل من المعالج النفسي والمتعالج في العملية العلاجية تحت إشراف ومتابعة المعالج النفسي، في العيادة النفسية مع إحترام توقيت وزمن الجلسة العلاجية المبرمة في العقد العلاجي، والمقدرة بمعدل جلسة كل أسبوع، وهذا حتى يسمح المعالج للمتعالج بأداء الواجبات المنزلية و تطبيق التقنيات والتدرب عليها.

3 - 4 - 2- الممارسة العلاجية التقليدية :

تراوحت جلسات الممارسة العلاجية التقليدية من جلسة إلى 3 جلسات علاجية، حيث قام المعالج بعد استقبال الحالة وتهيئتها، بعملية التشخيص من خلال البحث عن أسباب الإصابة التي تعاني منها الحالة مركزا على الجانب الروحي، وما تحمله من معتقدات وتفسيرات ذات علاقة بطبيعة المعاناة حول تأثير العين والسحر وتلبس الجن، ليقوم بتوظيف ممارسات عن طريق الإيحاء بما يتوافق وطبيعة المعتقد من خلال تلاوة آيات من القرآن الكريم ، وشرب الماء المرقى بعد تعزيز فاعليتها في دحض هذه القوى، إضافة إلى تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة حول تأثير هذه القوى الخفية وكيفية الإصابة بها ، ليختم جلسته بتقديم ماء مرقى وزيت للدهن بها في البيت، وقد عرف برنامج العلاج نفس الطريقة بنفس الخطوات في الجلسة الثانية والثالثة، كما كشفت طريقة العلاج عن الحضور القوي للمعالج في تطبيق العلاج ، في ظل المشاركة السلبية للمتعالج الذي يقتصر دوره في تلقي العلاج فقط.

4 - جدول نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي لحسان المالح لحالات المجموعتين:

الإجابات		صحيحة تماما	صحيحة جزئيا	خاطئة تماما	لا أدري
الدرجات	المجموعة الأولى التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي	22,75	02,5	54,5	01,25
النسبة المئوية		%28,08	%03,08	%67,28	%01,54
الدرجات		26,75	04	43	06,75

المجموعة الثانية التي تلقت العلاج التقليدي	النسب المئوية	%33,02	%04,93	%53,08	%08,33
--	---------------	--------	--------	--------	--------

التعليق على نتائج الجدول:

كشفت نتائج اختبار الأفكار الشائعة للمجموعة التجريبية التي تناولت على العلاج المعرفي السلوكي عن درجة عالية من الأفكار الإيجابية قدرت بـ 54,5 درجة بنسب %67,28 وهو ما يشير إلى رصيد معرفي وثقافي حول ميدان الطب النفسي والعلاجات النفسية، مقابل 22,75 درجة بنسبة %28,08 وهو ما يشير إلى الأفكار السلبية الشائعة عن الطب النفسي وثقافة العلاج، وفي المقابل سجلت المجموعة التجريبية الثانية التي تناولت على العلاج التقليدي عن طريق الرقية الشرعية 43 درجة بنسبة %53,08 كأفكار إيجابية للعلاج، تعبر عن رصيد معرفي وثقافي لثقافة الطب النفسي ومختلف العلاجات النفسية التي يعرفها المجتمع الحديث، مقابل 26,75 درجة بنسبة %33,02 كأفكار سلبية شائعة حول ثقافة العلاج والطب النفسي.

وبهذا فنتائج اختبار الأفكار الشائعة لدى حالات المجموعتين تشير إلى وجود ثقافة إيجابية ورصيد معرفي وثقافي حول الطب النفسي ومختلف العلاجات النفسية في ظل التوجه العلاجي التقليدي الذي عرف حضوراً قوياً لدى حالات المجموعتين، كونه من جنس التصورات والتفسيرات لأسباب الإصابة بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهو ما يشير إلى اعتقاد الحالات في العلاج التقليدي.

الفصل السابع

تفسير ومناقشة النتائج

1- تحليل النتائج في ضوء الفرضيات :

من خلال الدراسة الميدانية وبعد تحليل المقابلات ونتائج المجموعتين التجريبيتين تبين ما يلي :

- الحالات تعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الذي تم تشخيصه من خلال ما أبدته من أعراض المعاناة من تسلط للصور والأفكار وأفعال التكرار والمراجعة القهرية والتي توافقت في مجملها مع معايير التشخيص DSM/5 ونتائج المقياس العربي للوسواس القهرية.
- كشفت نتائج القياسات البعدية للمجموعة التجريبية الأولى عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهرية.
- كشفت نتائج القياسات البعدية للمجموعة التجريبية الأولى عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس القهرية.
- كشفت نتائج القياسات البعدية للمجموعة الثانية التي تلقت علاجاً تقليدياً عن عدم فاعلية هذه الممارسة العلاجية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى الحالات.
- كشفت نتائج القياسات البعدية للمجموعة الثانية التي تلقت علاجاً تقليدياً عن عدم فاعلية هذه الممارسة العلاجية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى الحالات.
- كشفت نتائج المقارنة بين المجموعتين التجريبيتين عدم وجود تقارب في نتائج القياسات البعدية للعلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية في علاج الوسواس والأفعال القهرية.
- كشفت نتائج المقارنة بين المجموعتين التجريبيتين عدم وجود تقارب في نتائج القياسات البعدية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

- تسجيل مقارنة علاجية بين كلا العلاجيين (النفسي والتقليدي) في التوجه العلاجي بناء على طبيعة الأعراض المرضية.
- إعتد العلاج النفسي في تفسيرات الإضطراب بناء ما تم التوصل إليه من خلال تحليل المقابلات ونتائج المقاييس والإختبارات.
- إعتد العلاج التقليدي في تفسيراته للإضطراب على المعتقدات والتمثلات الثقافية، والبحث عن أسباب الإصابة الممثلة في تأثير قوى السحر والعين وتلبس الجن.
- العلاج النفسي يبحث عن أعراض الإضطراب ويعالجها، بخلاف العلاج التقليدي الذي يبني على أسباب الإصابة المرضية.
- تسجيل تقارب بين العلاجيين من حيث الهدف والغاية من الممارسة العلاجية الممثلة في علاج الإضطراب و التنفيس عن المريض والتخفيف من معاناته.
- تسجيل إختلاف بين العلاجيين في التوجيه نحو العلاج، حيث يكون التوجه العلاجي نحو العلاجي النفسي بتوجيه من المحيط الإجتماعي بحثا عن الفاعلية العلاجية، بينما يكون التوجه نحو العلاج التقليدي بدافع التصورات والمعتقدات وما يفرضه المحيط الأسري والإجتماعي.
- غلب على المسار العلاجي لحالات الدراسة في كلتا المجموعتين التوجه نحو العلاج التقليدي كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب.
- كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول ثقافة العلاج والطب النفسي لحسان المالح عن وجود ثقافة إيجابية حول العلاجات النفسية لحالات الدراسة لدى المجموعتين التجريبيتين في ظل الإعتقاد في تأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن وفاعلية العلاج التقليدي.

2- مناقشة الفرضيات :

- الفرضية الأولى:

للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية مقابل عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية، وذلك للفارق الكبير بين نتائج العلاجين، حيث كشفت الدراسة العيادية ونتائج القياسات البعدية للبرنامج المعرفي السلوكي مدى فاعلية هذا الأخير في التخفيف من شدة درجات اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهذا ما توافق مع دراسة فاطمة منقوشي (2021) التي تناولت اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي حيث خلصت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أظهر فعاليته من خلال العديد من الأدلة التجريبية المعروضة (منقوشي، 2021، 271)، ودراسة كل من دراسة خميس رمضان العزامي (2018) حول فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المصابين، ودراسة نوير بنت سليمان بن مبارك البلوي (2018) حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري، المتعلق بالنظافة لدى النساء، في حين تم تسجيل نتائج عالية الشدة في القياسات البعدية لحالات المجموعة التي تلقت العلاج التقليدي، فالمفارقة الكبيرة في درجات القياسات البعدية لكل نمط علاجي، تشير إلى عدم وجود مقارنة علاجية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لدى حالات الدراسة.

- الفرضية الثانية :

للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق، حيث تم تسجيل درجات منخفضة الشدة في القياسات البعدية على مقياس سبيلبيرجر للقلق مقارنة بدرجات القياسات القبليّة، ما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من درجات القلق لدى حالات الدراسة للمجموعة الأولى، وهو ما توافق مع دراسة هدير عز الدين صلاح الأسّي (2014) حول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام، والتي كشفت عن وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية بين درجات متوسطات التطبيق القبلي والنصفي والبعدية والتتبعي في اضطراب درجات القلق العام، ودراسة لندن وآخرين (2005) حول فاعلية العلاج

المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق والتي أسفرت عن تحسن ملحوظ على أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء العلاج مقارنة بالمجموعة الضابطة (هدير، 2014، 131) - الفرضية الثالثة :

عدم وجود فاعلية للممارسة العلاجية التقليدية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، حيث تم تسجيل درجات عالية الشدة في القياسات البعدية لمقياس سبيلبيرجر لحالة وسمة القلق عند حالات المجموعة الثانية التي تدولت على العلاج التقليدي، ما يشير إلى عدم فاعلية هذا النمط من الممارسة العلاجية في التخفيف من حدة درجات القلق، وهي النتيجة التي تعارضت مع دراسة البنا إسعاد عبد العظيم (1990) حول دور الأدعية والأذكار، في علاج القلق، كأحد طرق العلاج النفسي الديني، فالفارق المسجل بين نتائج العلاجين على مقياس سبيلبيرجر لحالة وسمة القلق وهو ما يشير إلى عدم وجود مقارنة بين العلاجين من حيث التخفيف من درجات القلق لدى حالات الدراسة.

الفرضية الرابعة:

- توجد مقارنة بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي من حيث:

1- التوجه نحو العلاج بناء على الأعراض، حيث كشفت نتائج الدراسة للحالات التي تداولت على الممارسة العلاجية لكلا النمطين العلاجيين أن الحالات بنت توجهها العلاجي على زملة الأعراض المرضية الممثلة في الأفكار والصور التسلطية ومختلف أفعال التفقد والمراجعة والتكرار والجبر، بغض النظر عن طبيعة التفسيرات والتصورات للحمولة الثقافية.

2- تطبيق العلاج بهدف التنفيس والتخفيف من معاناة المريض وعلاجه ، حيث أثبتت الدراسة من خلال سيرورة مراحل العملية العلاجية لكلا العلاجين، (النفسي والتقليدي) والمرافقة العلاجية أثناء الجلسة من خلال تطبيق تقنيات العلاج وفنياته الهادفة إلى تهدئة الحالة النفسية للحالات والتنفيس عن ما تعرفه من توتر وقلق، وعلاج الإضطراب الذي تعاني منه، وهو ما أشارت إليه دراسة عبد الرحيم الماحي (1983)، التي هدفت إلى التعرف على الوسائل التي يستخدمها الشيوخ في السودان في علاج الأمراض العقلية ومقارنة هذه الوسائل ما أمكن بالعلاج النفسي المعاصر، حيث توصلت نتائجها أن الشيوخ بالإضافة إلى وسائلهم التقليدية كالعزيمة والمحاية والبخرات والورق والحجاب يستخدمون وسائل أخرى لا تقل فاعلية عن

تلك التي تستخدم اليوم في مجال الطب النفسي المعاصر، فالوزن الاجتماعي المتميز للشيخ وكونه بمثابة الأب المعظم لموريديه والإمام المجتمع بمفاهيم التشخيص ووسائل العلاج كلها عوامل مساعدة لخلق المناخ الملائم للإستشفاء الناجح السريع (فتيحة عمر، 2004، 51).

- كما تم تسجيل إختلاف بين العلاجين من حيث :

1 - التوجه نحو العلاج النفسي يكون بدافع البحث عن الفاعلية العلاجية وتوجيه من المحيط الاجتماعي، بينما العلاج التقليدي يكون بدافع الإعتقاد والمحيط، كون العلاج من جنس التفسيرات ويلبي احتياجات المفحوص، حيث أثبتت نتائج الدراسة للمجموعة الأولى للعلاج النفسي أن توجه الحالات لتلقي هذا النوع من العلاج كان من قبل الطبيب وتوجيه منه، حيث كشفت نتائج الدراسة أن المسار العلاجي للحالات غلب عليه العلاج التقليدي كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب، فكان التوجه نحو العلاج النفسي من باب البحث عن فاعلية العلاج، بينما المجموعة الثانية للنمط التقليدي ، كان التوجه العلاجي بناء على طبيعة المعتقد وبدافع من المحيط الاجتماعي وما يعرفه من توريث للمعتقدات والتصورات للبيئة السوسيوثقافية، حيث كشفت نتائج الدراسة عن طبيعة المسار العلاجي لحالات المجموعة الثانية للعلاج التقليدي، التي غلب عليها التوجه نحو العلاج التقليدي كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب الذي يرجع إلى الحمولة الثقافية المتوارثة بين الأجيال ممثلة في فاعلية التأثير للقوى الغيبية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن وسوسة الشيطان، وهو ما توافق مع دراسة نجاه ناصر (2018)، ودراسة أحمد فيطاس (2020)، حول دور العوامل الثقافية في التوجه العلاجي.

2 - العلاج النفسي يبحث عن أعراض الإضطراب ويعالجها بخلاف العلاج التقليدي الذي يبني على الأسباب، وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة الميدانية أين ركز المعالج على دراسة الحالة للكشف عن الأعراض وبعدها الباتولوجي في النسق الأسري والاجتماعي، وتاريخها المرضي، حيث تم اعداد وإدراج تقنيات في البرنامج العلاجي بما يتوافق وطبيعة الأعراض المرضية، في حين ركز العلاج التقليدي على أسباب الإصابة الروحية والمعاناة الراهنة للحالات، إضافة إلى ما تحمله من معتقدات وتصورات، حول تأثير قوى السحر والعين وتلبس الجن، كما يرى المعالج أن قدوم أي حالة لطلب العلاج تكون بدافع العين والسحر والجن، متغافلا عن

الأعراض المشكلة للإضطراب والمعاناة النفسية، وقد أشار سيدي عابد (2017) أن العلاج التقليدي مبني عامة على الخبرة المتوارثة والمكتسبة عبر الأجيال ومن التجربة التي تعطي لأصحابها طابع الحكمة، وهو مبني كذلك على معرفة عامية قاعدتها ومرجعيتها غالبا ما تكون دينية (سيدي عابد، 2017، 176).

3 - يبني العلاج النفسي التفسيرات ونوع العلاج على الأسس العلمية، والبرامج العلاجية، التي تقوم على التقنيات والفنيات، الهادفة إلى تصحيح التصورات والمعتقدات عبر الجلسات والواجبات المنزلية، وهذا ما تم إثباته من خلال إجراءات الدراسة للمجموعة الأولى التي تداولت على العلاج المعرفي السلوكي، حيث إعتد المعالج النفسي على تحليل المعطيات والبيانات المتعلقة بدراسة الحالة، لتفسير طبيعة الإضطراب الممثل في الوسوس والأفعال القهرية لدى حالات الدراسة، مستندا على المرجعية العلمية للباحثين، ومستدلا بنظريات علم النفس العيادي (معرفية ، سلوكية، ...)، إضافة إلى معايير التشخيص العالمية والمقاييس والإختبارات النفسية.

بينما العلاج التقليدي يبني التفسيرات على المعتقدات والتمثلات الثقافية التي ترجع إلى طبيعة الإعتقاد في فاعلية القوى الغيبية، وهذا ما تبين من خلال نتائج الممارسة العلاجية التقليدية، أين أرجع المعالج التقليدي تفسيره لاضطراب الحالات ومعاناتها إلى طبيعة ما تحمله من معتقدات وتصورات عن فاعلية القوى الخفية للسحر والعين وتلبس الجن " كون المعتقدات ، غالبًا ما تكون مستقلة ، عن تجربتنا المباشرة ، بل يمكننا حتى أن نقول إننا لا نختارها لأننا غير قادرين على الإيمان أو عدم الإيمان بالإرادة" (James, 1981, 80) ، كما ركز في العلاج على استخدام طقوس وممارسات هي من جنس طبيعة المعتقدات والتفسيرات، وهذا ما أشار إليه مختار رحاب (2014) إلى أن هناك علاقة قوية بين الأطر الثقافية والجوانب الصحية، فالنمط الثقافي داخل أي بيئة هو المسؤول عن تصورات المرض والعلاج ومن هنا لا يمكن إهمال الجانب الثقافي أو العوامل الثقافية في تفسير المرض وحتى طريقة العلاج (فيطاس، 2018، 17)، كما توصلت دراسة أحمد فيطاس (2021)، إلى أن الوظيفة الأساسية للمعتقدات الثقافية تكمن في التعرف على أسباب الإضطراب وتفسيره وكذا التوجه العلاجي

المناسب، وأن نسبة كبيرة من تفسير أسباب الإضطرابات النفسية أرجعت إلى أسباب غيبية، بإتباع مختلف العلاجات التقليدية (فيطاس، 2021).

الفرضية الخامسة :

التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب ليس تعبيراً عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج ، بل اعتقاد في العلاج التقليدي، حيث كشفت نتائج إختبار الأفكار الشائعة حول ثقافة العلاج والطب النفسي لحسان المالح عن وجود رصيد معرفي وثقافة إيجابية حول العلاجات النفسية لحالات الدراسة لدى المجموعتين التجريبيتين في ظل الإعتقاد في تأثير القوى الخفية الممثلة في العين والسحر وتلبس الجن، فرغم التطور وكم الإنتاج المعرفي والثقافي الذي يزخر به المجتمع الحديث، الذي سجل حضوراً في الرصيد الثقافي للحالات ، إلا أن التوجه العلاجي كان تحت تأثير مجموعة من الدوافع المختلفة، كون الحمولة الثقافية للتنشئة الإجتماعية وما عرفته من تفسيرات وتوجه علاجي، كانت ذات مرجعية دينية، وذلك لما يعرفه الدين من قداسة في المجتمع الجزائري حيث يرى Belkacem ben Smail (1987) ، أن العلاقة بين الدين والسلوك الإجتماعي والشخص، هي علاقة وثيقة وعميقة الصلة، فالدين يحدد هوية الفرد وإنتماؤه للجماعة، وقبوله للقيم والمعتقدات، بل هو الذي يعطي لهذا الأخير الشعور بالإحساس والأمن والطمأنينة والإستقرار(حملات، 2021، 195)، وحسب جان سورنيا (2002)، يرى أن الناس وهم يعالجون في أكبر المستشفيات يتضرعون إلى الله راجين معجزة، بينما يضع آخرون في معاصمهم أساور ضد الروماتيزم على غرار البوشمان في صحراء كلهاري متنازلين عن كل منطق أمام لغز الكون (جان شارل، 2002، 19). كما أن التوجه العلاجي التقليدي في ظل وجود رصيد ثقافي للعلاجات النفسية الحديثة راجع إلى غزارة الحمولة الثقافية للمعتقدات و التفسيرات الغيبية، و تشبع أفراد المجتمع بها، مشكلة حيزاً في العقل الباطن كونه قوة دينامية حية وفعالة، وفي هذا تناوله محمد العزالي حين أشار إلى أن العقل الباطن هو المخزن الوظيفي لتصرفات الإنسان وسلوكه، بحيث تنعكس آثار هذا التخزين فيما بعد على الشخصية ككل، إذ تظل تعمل من بعيد في عملية التوجيه والفعل والسلوك (جازولي، 2022، 23)، إضافة إلى الوصمة السلبية للعلاج النفسي في الوسط الإجتماعي،

وهو ما توافق مع دراسة الناشري (2009) حول الوصمة الإجتماعية في الأمراض النفسية، والتي توصلت إلى أن معظم المرضى النفسيين لا يتوجهون عند إحساسهم بالأعراض للعيادة النفسية بسبب النظرة السلبية للمجتمع نحو المريض النفسي والخوف من معرفة المحيطين بهذا المرض بسبب الخجل والشعور بالعار، كما أظهرت عدم إقتناع المريض وأسرته بالطب النفسي، كما أن معظم أفراد المجتمع ينظرون إليه على أنه خطر على المجتمع ويجب الحذر منه (أنور،2015،37). فدوافع الإنتماء العرقية والسوسيوثقافية لها تأثير بالغ على المكتسبات العلمية والثقافية حيث ذكرت بغالية هاجر (2016) أنه مقابل ما نلحظه من اختراعات و ابتكارات فيم يخص تصنيف الأدوية و تطوير تراكيبها الكيميائية، إلا أن ذلك لم يكن كفيلا بجعل المرضى و خاصة عائلاتهم يصدون ويعرضون عن القيام بجملته ما يحته عليهم إنتماؤهم الإثني و العرفي من عادات و علاجات (بغالية،2016،8).

3- خلاصة البحث وأصالته :

في ظل الواقع السوسيوثقافي للمصابين بإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وما يشهده المجتمع الجزائري من تطور وإنفتاح حضاري ساهم في نشر ثقافة العلاج النفسي، إلا أن شريحة من طالبي العلاج تبني تفسيراتها للإضطراب على أسباب غيبية ليكون توجهها العلاجي من جنس ثقافة الإعتقاد، ممثلا في العلاج التقليدي، لذلك جاءت دراستنا هادفة إلى إجراء مقارنة علاجية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي، من خلال دراسة عيادية لثمانية حالات تم تقسيمها إلى مجموعتين، الأولى تلقت برنامجا معرفيا سلوكيا والثانية علاجا تقليديا، مع استخدام المقاييس النفسية، لضبط القياسات القبلية والبعديّة.

حيث كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية المقاربة المعرفية السلوكية في علاج إضطراب الوسواس والأفعال القهرية مقابل الممارسة العلاجية التقليدية.

- للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لإضطراب الوسواس والأفعال القهرية، مقابل الممارسة العلاجية التقليدية.

- وجود أوجه للمقاربة والإختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية من حيث طبيعة الممارسة والتوجه العلاجي.

- التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب ليس تعبيرا عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج بل اعتقاد في العلاج التقليدي.

فدراستنا الحالية وما حققته من نتائج كان مغايرا لما تم تناوله من قبل، كونها هدفت إلى الكشف عن الفاعلية العلاجية في ظل التوجه العلاجي وطبيعة الممارسة العلاجية في واقعها السوسيوثقافي، دون اللجوء إلى اعداد برامج علاجية بغية الكشف عن مدى فاعليتها العلاجية وهو ما لم يتم تناوله في الدراسات السابقة، اضافة إلى محاولة الكشف عن المقاربة العلاجية بين نوعين مختلفين من العلاج يتم الإقبال عليهما في نفس البيئة الإجتماعية أو الجمع بينهما في المسار العلاجي لدى طالبي العلاج.

وبغض النظر عما توصلت إليه الدراسات التي تناولت دور المعتقد في التوجه العلاجي، إلا أن دراستنا حاولت الكشف عن وجود أو غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج في

ظل التوجه العلاجي التقليدي وما يعرفه من تفسيرات وتصورات لأسباب الإصابة
بالإضطراب.

- خاتمة :

ختاما وإنطلاقا من محتوى المقاربة العلاجية بين العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي، وما تم تسجيله من نتائج، نستنتج وجود مقاربة بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي من حيث التوجه نحو العلاج بناء على الأعراض، وفي الغاية من الممارسة العلاجية لكلايهما ممثلة في التنفيس والتخفيف من معاناة المريض وعلاجه، مقابل تسجيل مفارقة بين الممارستين العلاجيتين في فاعلية العلاج، حيث أكدت المقاربة المعرفية السلوكية فاعليتها في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية والتخفيف من درجات القلق المصاحب له مقارنة بالممارسة العلاجية التقليدية.

إضافة إلى تسجيل اختلاف من حيث طبيعة التوجه العلاجي، بإعتبار التوجه نحو العلاج النفسي يكون بدافع البحث عن الفاعلية العلاجية وتوجيه من المحيط الإجتماعي، بينما العلاج التقليدي يكون بدافع الإعتقاد وما يفرضه المحيط من تفسيرات تلبى احتياجات المفحوص.

ثم إن العلاج النفسي يبحث عن أعراض الإضطراب ويعالجها بخلاف العلاج التقليدي الذي يبني على الأسباب الخفية في الإصابة بالإضطراب الممثلة في قوى العين والسحر وتلبس الجن.

كما ثبت كذلك أن العلاج النفسي يبني التفسيرات ونوع العلاج على الأسس العلمية، والبرامج العلاجية، التي تقوم على التقنيات والفنيات، الهادفة إلى تصحيح التصورات والمعتقدات عبر الجلسات والواجبات المنزلية، بينما العلاج التقليدي يبني التفسيرات على المعتقدات والتمثلات الثقافية التي ترجع إلى طبيعة الإعتقاد في فاعلية القوى الغيبية للعين والسحر وتلبس الجن ووسوسة الشيطان.

وقد أكدت الدراسة الميدانية من خلال اختبار الأفكار الشائعة لحسان المالح أن التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب ليس تعبيراً عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج ، بل اعتقاد في العلاج التقليدي، كونه من جنس التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالإضطراب في البيئة السوسيوثقافية لطالبي العلاج.

فنتائج الدراسة كشفت عن نقاط للتقارب والإختلاف بين العلاجين، إلا أن فاعلية العلاج كانت لصالح الممارسة المعرفية السلوكية مقابل فشل الممارسة العلاجية التقليدية، وهي نتيجة عكسية لما توصلت إليه الدراسات السابقة التي تناولت العلاجات التقليدية في علاج الإضطرابات والتخفيف من أعراضها، وهذا يعود إلى كون هذا النمط من العلاج التقليدي اعتمد مجموعة من الممارسات دون التخصيص أو التركيز على نمط علاجي معين، إضافة إلى قصر مدة العلاج من حيث زمن الجلسة العلاجية وعدد الجلسات التي غلب عليها الممارسة السلبية للعلاج كون العلاج كان من طرف المعالج دون مشاركة المتعالج في العملية العلاجية والذي اقتصر دوره على تلقي العلاج، وتركيز المعالج على أسباب الإصابة مقابل إهمال الإضطراب وأعراضه وما ينجم عنه من آلام ومعاناة، كما ساهمت الحالات في سلبية النتائج من خلال تركيزها على أسباب الإصابة بالإضطراب، والبحث عن الفاعلية العلاجية، والذي كان جليا من خلال المسار العلاجي التقليدي المتداول منذ تاريخ الإصابة بالإضطراب، والذي عرف عدة طبوع علاجية.

فالتوجه العلاجي لطالبي العلاج على إختلاف شرائحهم ومستوياتهم الفكرية والثقافية، والذي عرف العديد من الطبوع العلاجية بحثا عن الفاعلية والإستشفاء، يتطلب من القائمين على الصحة النفسية والعقلية من ممارسين وباحثين العمل على تقديم حلول وبدائل من خلال تسخير الآليات والإستراتيجيات للحد من التفكير الخرافي والممارسات التي تشوبها الكثير من التجاوزات اللاأخلاقية والإنتهازية التي تعرضت لها حالات الدراسة خلال مسارها العلاجي التقليدي، مقابل العمل على الإستثمار في الموروث الثقافي للعلاجات التقليدية التي أثبتت فاعليتها العلاجية في علاج بعض الإضطرابات، من خلال تحكيمها وإخضاعها للتجربة العلمية للإستفادة منها في العمل العلاجي والتي أكدتها نتائج الدراسات السابقة، وخاصة العلاج بالرقية لقداستها ومرجعيتها الدينية والتاريخية من حيث التداول العلاجي عبر الأزمنة و المجتمعات وذلك بتطبيقها وفق ما تمليه القواعد والأحكام الشرعية، بعيدا عن الممارسات غير المتخصصة ذات الأبعاد التجارية.

وفي الختام وإستنادا على نتائج الدراسة التي أثبتت عدم فاعلية الممارسة العلاجية التقليدية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وفي ظل ما تلقاه هذه الأخيرة من رواج

وإقبال في الوسط الإجماعي من قبل طالبي العلاج، فهل عدم فاعلية هذه الممارسة عند حالات الدراسة يعود إلى طبيعة الإعتقاد في الإضطراب و أسباب الإصابة أكثر من اعتقادها في العلاج وفاعليته؟ وهل لهذا النوع من الممارسة العلاجية فاعلية في علاج اضطرابات أخرى؟

- صعوبات البحث:

رغم الصعوبات التي تم مواجهتها في إطار إنجاز هذه الدراسة، والتي يواجهها كل باحث في الحقل السيكلوجي والمعرفي، إلا أنه تم التعامل معها بمرونة وفق ما تتطلبه معطيات البحث ومنهجه حفاظا منا على مصداقية النتائج وتحقيقا لأهداف البحث، ومن أهم الصعوبات التي يمكن الوقوف عندها مايلي:

- عدم توفر الظروف الملائمة لإجراء جلسات العلاج النفسي بالمؤسسة الصحية، مع قلة الوسائل والإمكانيات لتطبيق البرنامج العلاجي وما يحتويه من تقنيات وفنيات، ورغم ذلك وظف الباحث ما أمكن من وسائل وأدوات متاحة حرصا منه على السير الحسن لجلسات العلاج.

- إنقطاع بعض الحالات عن العلاج وعدم قدرتها على تلقي جلسات البرنامج العلاجي كونها إعتادت التسوق العلاجي وسعيها من أجل تلقي العلاج دون المشاركة في العملية العلاجية.

- صعوبة التواصل مع الحالات عند المعالج التقليدي لضيق المكان وعدم توفر قاعات أخرى لإجراء المقابلة التشخيصية وتطبيق المقاييس القبلية.

- صعوبة تطبيق المنهج التجريبي على الحالات التي امتثلت للعلاج التقليدي، من حيث تشخيص الإضطراب وتطبيق المقاييس القبلية والبعديّة دون التأثير على مصداقية النتائج.

- المقترحات والتوصيات:

في نهاية هذه الدراسة يمكن أن نتقترح مايلي:

- تكثيف العمل الميداني للأخصائيين النفسانيين في مختلف الميادين والقطاعات في المؤسسات الفاعلة في المجتمع من خلال عمليات الفحص النفسي والتحسيس لإبراز مدى فاعلية العمل السيكولوجي والعلاجي في التخفيف من مختلف الضغوط والصراعات النفسية في ظل واقع سوسيوثقافي يحمل الكثير من التأويلات والتفسيرات.

- العمل على إعداد برامج علاجية لمختلف الإضطرابات النفسية والسلوكية والتي تراعى فيها الخلفية الثقافية للتصورات والمعتقدات وإدراجها كقيمة إضافية لما تقدمه المعاهد والجامعات في البرامج التكوينية، لضمان خدمات نفسية في مستوى تطلعات أفراد المجتمع وتشكيلته الثقافية.

- المزيد من البحوث والدراسات في مجال العلاجات النفسية بإختلاف أنواعها للوقوف على مدى فاعليتها العلاجية ومقارنتها بالعلاجات التقليدية لما تعرفه من إقبال من قبل طالبي العلاج.

- توفير الوسائل والمعدات وتخصيص قاعات للعلاج النفسي في المصالح للمؤسسات الصحية.

- إنشاء معاهد خاصة بتكوين ممارسي العلاج التقليدي، حفاظا على تخصصاتها ولضمان خدمات علاجية أثبتت بعض الدراسات فاعليتها العلاجية والحفاظ عليها كموروث ثقافي من الإندثار والزوال، تجنبنا لأشباه المعالجين وما تعرفه الممارسة من تجاوزات.

- إدراج الرقية بالقرآن الكريم كعلاج تكميلي في بروتوكول العلاج النفسي، لمرجعيته الدينية ولما يعرفه من قداسة، وما ثبت عنه من فاعلية في علاج بعض الإضطرابات من خلال نتائج بعض الدراسات.

- قائمة المراجع:

1. - صولة فيروز (2014)، المتغيرات الإجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
2. - بلان كمال يوسف، (2015) الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الإعصار العلمي لنشر والتوزيع.
3. - لويس كامل مليكة (2010) التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون.
4. - أديب محمد الخالدي (2015)، علم النفس الاكلينيكي في التدخل العلاجي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
5. - التميمي محمود كاظم محمود (2016)، مؤشرات في الصحة النفسية، ط1، الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
6. - بوحوش نصر الدين (2016)، أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم، ماجيستر جامعة وهران.
7. - حسين علي فايد، (2005)، العلاج النفسي -أصوله - تطبيقاته - أخلاقياته، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة.
8. - كلاوس غراوه، روث دوناتي، فريديريك بيرنلور، ترجمة سامر جميل رضوان (1999)، مستقبل العلاج النفسي ، معالم علاج نفسي عام، منشورات وزارة الثقافة ، دمشق سوريا.
9. - لويس كامل مليكة (2009)، التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي، ط1، دار الفكر، المملكة الأردنية، عمان.
10. أبو شعبان أميرة فتحي، (2010)، درجة إنتشار الوسواس القهري عند طلبة الصف الحادي عشر في محافظة القدس وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجيستر، جامعة القدس، فلسطين.

11. أبو هندي وائل، (2003)، الوسواس القهري، عالم المعرفة مطابع السياسة، الكويت.
1. إجلال محمد سرى (2000)، علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب.
2. أديب محمد الخالدي (2015)، علم النفس الاكلينيكي في التدخل العلاجي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
3. أرون بيك (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، ط1، دار الأفاق العربية.
4. أروى بنت فيصل حسن البناني، (2011)، التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ظل بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية، ماجستير علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
5. أسامة فاروق مصطفى، (2015) مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. أنسام مصطفى السيد بظاظو (2013)، برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال، ط1، المكتب الجامعي الحديث.
7. بركات زياد (2020)، فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في خفض الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، مجلة التربية والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2، المجلد 7، العدد 1، الصفحات 8- 71.
8. بشرى إسماعيل محمد (2004)، المرجع في القياس النفسي، ط1، المكتبة الأنجلو مصرية.
9. بشرى إسماعيل محمد (2004)، المرجع في القياس النفسي، ط1، المكتبة الأنجلو مصرية.
10. بغالية هاجر، (2016)، رمزية العلاج التقليدي في المخيال الشعبي دراسة مقارنة بين العلاج بالأضرحة و العلاج بالرقية الشرعية في منطقة تيسمسيلت – مجلة الحوار الثقافي، العدد 2، المجلد 5، جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان – الصفحات، 1- 10.

11. بغالية هاجر، (2017)، العلاج التقليدي لمرض الصرع والفصام إنطلاقاً من المخيال الشعبي، مجلة أنثروبولوجيا، العدد 6، المجلد 3، جامعة يحي فارس المدية.
12. بكيري نجية (2012)، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين، دكتوراه جامعة باتنة.
13. بلان كمال يوسف، (2015) الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الإعصار العلمي لنشر والتوزيع.
14. بلحسيني وردة رشيد (2014)، واضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
15. بلغالم محمد (2017)، بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة، دكتوراه جامعة تلمسان.
16. بلميهوب كلثوم (2010)، التشدد العقائدي والوسواس القهري، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 25-26.
17. بلميهوب كلثوم (2014)، تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإضطرابات النفسية، د ط، CRASC.
18. بن حالة نصير (2010)، العلاجات التقليدية والطبية وعلاقتها بالحياة النفسية، مجلة الآداب والعلوم الإجتماعية، العدد 2 من المجلد، 3، الصفحات، 160-193.
19. بن حالة نصير (2010)، العلاجات التقليدية والطبية وعلاقتها بالحياة النفسية، مجلة الآداب والعلوم الإجتماعية، العدد 2 من المجلد، 3، الصفحات، 160-193.
20. بن درف ابراهيم (2018) الخصائص السيكومترية لمقياس سييلبيرجر لسمة القلق وحالة القلق الصورة (ي) لدى عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بمدينة مستغانم، رسالة ماجيستر، جامعة وهران.
21. بن شداد العنزي أنور (2015)، العوامل الإجتماعية والثقافية التي تحد من فاعلية الجهود العلاجية للمرضى النفسيين، رسالة ماجيستر في علم الاجتماع، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

22. بن عصمان برحيل (2013)، المواقعية في العلاج النفسي والعلاج التقليدي، مجلة أنتروبولوجية الأديان، جامعة تلمسان، المجلد 9، العدد 2، الصفحات 140-146.
23. بندر أحمد علي الغامدي (2016)، فاعلية برنامج إرشاد ديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الصف الأول ثانوي في مدينة الباحة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الباحة، المملكة العربية السعودية.
24. بوحوش نصر الدين (2016)، أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم، ماجستير جامعة وهران.
25. بوصبيح سلطنة (2021)، تمثلات مرض الصرع في البيئة الجزائرية، مقارنة نفسية دينية أنتروبولوجية، مجلة أنتروبولوجية الأديان، المجلد 18، العدد 2، الصفحة 71-88.
26. بوصبيح سلطنة (2021)، تمثلات مرض الصرع في البيئة الجزائرية، مقارنة نفسية دينية أنتروبولوجية، مجلة أنتروبولوجية الأديان، المجلد 18، العدد 2، الصفحة 71-88.
27. بوعود أسماء (2014)، الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي، العدد 8، إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية.
28. بيار مارتي وآخرون (1990)، سيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية، ترجمة غزوى نابلسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
29. بيرني كورين وآخرون (2008)، العلاج المعرفي السلوكي، ترجمة د. محمد عبد مصطفى، ط 1، دار اتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
30. بيير داکو (دس)، العصاب والأمراض الذهنية، ترجمة رعد اسكندر، وأركان بيثون، مكتبة التراث الإسلامي، القاهرة.
31. التميمي محمود كاظم محمود، (2015)، الإستشارة النفسية في الصحة النفسية، ط 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
32. تيموثي ج. ترول، (2007)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاکر طعيمة داود، حنان لطفي زين الدين، د ط، الشروق.

33. جاري رفاندنبوس (2015)، القاموس الموسوعي في العلوم النفسية والسلوكية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، ط1، المركز القومي للترجمة.
34. جاري رفاندنبوس ترجمة عبد الستار إبراهيم، (2015)، القاموس الموسوعي في العلوم النفسية والسلوكية، ط1 المركز القومي للترجمة.
35. جازولي نادية (2022)، العقل الباطن وعلاقته بالصحة والمرض ، دراسة ابستيمولوجية في إطار فكر أبي حامد الغزالي، مجلة التربية والصحة النفسية، المجلد الثامن، العدد الأول، الصفحات 8- 29.
36. جوديك بيك (2003)، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ط1، المركز القومي للترجمة.
37. جون شارل سورنيا (2002)، تاريخ الطب، عالم المعرفة،، ترجمة ابراهيم البحلاتي الكويت.
38. الجوهري محمد (1978)، الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية، ط1، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة.
39. حاج بن علو نورالدين (2015)، أنتروبولوجية العلاجات التقليدية، مجلة الفكر المتوسطي، العدد 10، الصفحات 210-223.
40. حاج بن علو نورالدين (2015)، أنتروبولوجية العلاجات التقليدية، مجلة الفكر المتوسطي، العدد 10، الصفحات 210-223.
41. حجازي مصطفى (2012)، إطلاق طاقات الحياة قراءات في علم النفس الإيجابي، عنتوير للطباعة والنشر والتوزيع.
42. حسين علي فايد،(2005)،العلاج النفسي -أصوله - تطبيقاته -أخلاقياته، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة.
43. حسين فالح حسين،(2013)، علم النفس المرضي والعلاج النفسي، ط4، مركز دبيونولتعليم التفكير، الأردن.
44. حمدي عبد الله عبد العظيم (2013)، تعديل السلوك، ط1، مكتبة أولاد الشيخ للتراث.

45. حمزاوي زهية (2018)، فاعلية الإسترخاء التصاعدي لجاكبسون في التخفيف من قلق الإمتحان عند الطالبات المقبلات على إمتحان البكالوريا، مجلة دراسات نفسية وتربوية ، المجلد 11 ، العدد 2، الصفحات 195، 211.
46. حملات بن عتو (2021)، العلاج الشعبي وعلاقته بثقافة الصحة و المرض ، مجلة مدرات للعلوم الإجتماعية والإنسانية، جامعة غليزان، العدد 5، الصفحات 188-199.
47. الخزامي عبد الحكم أحمد، (2016)، الصحة النفسية أساس نجح الفرد والمجتمع، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
48. خطاب محمد أحمد (2014) العلاج المعرفي كأحد أساليب العلاج النفسي الفردي، ط1، المكتب العربي للمعارف.
49. دبوشة عادل، (2020)، الطب البديل (العلاج التقليدي) وإتجاهاته الدينية والأنتروبولوجية دراسة تاريخية وصفية. مجلة أنتروبولوجية الأديان ، العدد 2 المجلد 16. الصفحات 411، 426.
50. دبوشة عادل، (2020)، الطب البديل (العلاج التقليدي) وإتجاهاته الدينية والأنتروبولوجية دراسة تاريخية وصفية. مجلة أنتروبولوجية الأديان ، العدد 2 المجلد 16. الصفحات 411، 426.
51. دريس سفيان (2018)، تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 28، المجلد 07، جامعة الجزائر.
52. الدين زواوية جميلة (2011) تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتهما بعملية التطبيب، رسالة ماجيستر، جامعة وهران.
53. ربي نعمان أحمد فقرا (2013)، العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدى المراهقين، رسالة ماجيستر، جامعة عمان، كلية العلوم التربوية والنفسية.
54. زروالي لطيفة، (2014) ، علم النفس المرضي للراشد، مخبر تطبيقات علوم النفس وعلوم التربية من أجل التنمية في الجزائر، جامعة وهران، منشورات دار الأديب.

55. زهران حامد عبد السلام (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب.
56. سفان محمد أحمد إبراهيم (2014)، الوسواس والأفعال القهرية، دار الكتاب الحديث.
57. السقا صباح (2014)، فاعلية العلاج الإستعرافي السلوكي لوسواس القهري، مجلة جامعة دمشق، المجلد30، العدد الأول، الصفحات 393،367
58. سليمان بومدين (2009)، الثقافة والمرض، مجلة الصحة والمجتمع، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، العدد2، المجلد 3، الصفحات 45-57.
59. السيد فهمي علي، (2009)، علم النفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء، دار الجامعة الجديدة للنشر.
60. سيدي عابد عبد القادر (2016)، الخلفية الثقافية وعلاقتها بتصور الإضطراب النفسي لدى زوار الضريح، مجلة العلوم الإجتماعية، جامعة الشلف ، الجزائر، العدد 19، الصفحات 34-52.
61. سيدي عابد عبد القادر(2017)، الخلفية الثقافية وعلاقتها بتصور الاضطراب النفسي واختيار أسلوب العلاج في ضوء متغيري (المستوى التعليمي والجنس) عند زوار الضريح، رسالة دكتوراه، جامعة وهران، الجزائر.
62. سيريل بوفيه،(2019)، مدخل إلى العلاجات المعرفية السلوكية، ترجمة بوزيان فرحات دار المجدد للنشر والتوزيع.
63. شريف سالم محمد (2008)، الوسواس القهري دليل علمي للمريض والأسرة والأصدقاء، ط5، دارالعقيدة، القاهرة، الأزهر.
64. شعبان أحمد فضيل (2008)، العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والفنيات، ترجمة عادل مصطفى، ط1، الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة ليبيا.
65. الصاوي رانيا عبده عبد القوي(2017)، المتغيرات الإجتماعية والثقافية لتصور المرض النفسي وأساليب علاجه، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد 05، المجلد 01.

66. صولة فيروز (2013)، تأثير العوامل الإجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة تبسة، الجزائر، الصفحة (131، 148).

67. صولة فيروز (2014)، المتغيرات الإجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، رسالة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

68. طوبال فاطمة (2017)، فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية، رسالة دكتوراه في علم النفس الصحة، جامعة سطيف، الجزائر.

69. عادل الصادق، (2015)، الطب النفسي، ط2، الصحوة للنشر والتوزيع.

70. عادل عبد الله محمد (1999)، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد.

71. العاسمي رياض نايل (2015)، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة، ط1، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.

72. العاسمي رياض نايل، (2016)، علم النفس الصحة الإكلينيكي الجزء الثاني، ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

73. عبد الخالق أحمد وسامر جميل رضوان (2002)، مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية، مجلة دراسات نفسية، المجلد 12، العدد1، الصفحات 43-61 الموقع على الأنترنت <http://search.mandumah.com/Record/83802>

74. عبد الخالق أحمد، رضوان سامر جميل (2002)، مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية، مجلة دراسات نفسية، مصر، المجلد 12، العدد 1، الصفحات 43-61.

75. عبد الرحمن محسن، مترجم عن كتب (Relief From Ocd، 2016)، تحرر من الوسواس القهري دليل إرشادي للمصابين باضطراب الوسواس القهري، ط1، المبادرة العربية للمعرفة نهضة المجتمع.

76. عبد الرزاق صالح محمود (2009)، الطب الشعبي في الأسواق، مجلة دراسات موصلية، العدد 23 الصفحات، 117-152.
77. عبد الستار إبراهيم (1978)، العلاج النفسي الحديث قوة الانسان، عالم المعرفة.
78. عبد الستار إبراهيم (1980)، العلاج النفسي الحديث قوة الانسان، عالم المعرفة، الكويت.
79. عبد الستار إبراهيم (2008)، عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي، ط1، دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع.
80. عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر (2008)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية.
81. عدنان يوسف العنوم (2012)، علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
82. العزامي خميس رمضان (2018)، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى، ماجستير جامعة غزة.
83. عصفوري صارة ياسمين (2018)، الإختلال الإنتصابي بين العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي، رسالة دكتوراه، جامعة وهران.
84. عكاشة أحمد (1991)، الطب تالنفسي المعاصر، د ط ، مكتبة الأنجلوالمصرية.
85. عكاشة أحمد (1999)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية (10 cim)، ترجمة وحدة الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، جامعة عين الشمس، القاهرة.
86. العماري الطيب (2011)، العلاج بالرقية وعلاقته بالصحة الدينية الإسلامية مقارنة انثروبولوجية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثاني، جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.
87. غالب محمد المشيخي (2014)، أساسيات علم النفس، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن.

88. غانم محمد حسن (د.س)، العلاج النفسي الجمعي بين النظرية و التطبيق.
89. فارجينيا ساتير، ترجمة أبو عيطة سهام (2016)، العلاج الأسري المشترك، ط1، مكتبة طريق العلم.
90. فاطمة منقوشي (2021)، اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، دفاثر البحوث العلمية، المجلد9، العدد2 الصفحات 271، 287.
91. فتيحة عمر محمد عمر (2004)، العلاج النفسي التقليدي بمسايد الطرق الصوفية، رسالة دكتوراه فلسفة في علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.
92. فكري لطيف متولي (2016)، دراسة حالة في علم النفس، ط1، مكتبة الرشد.
93. فيطاس أحمد (2018)، وظيفة المعتقد في التوجه العلاجي للمصاب باضطراب نفسي، مجلة الأنثروبولوجيا، المجلد 4، العدد 7، الصفحات من 07-24.
94. فيطاس أحمد (2021)، وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي- دراسة وصفية تحليلية بولاية مستغانم، رسالة دكتوراه، جامعة مستغانم ، الجزائر.
95. القايمي علي ، (1996)، الوسواس والهواجس النفسية، ط1، دار النبلاء بيروت ، لبنان.
96. القرني محمد مسفر والغالي سهير عبد الحفيظ (2004)، العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية، ط1، مكتبة الرشد.
97. لويس كامل مليكة (1990)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
98. لي باير، ترجمة محمد عيد خلودي، (2010)، الوسواس القهري علاجه السلوكي والدوائي، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق.
99. لي باير، ترجمة محمد عيد خلودي، (2010)، الوسواس القهري علاجه السلوكي والدوائي، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق.

100. ماقري مليكة (2018)، تمثلات الصحة والمرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري -مقاربة سوسيوولوجية، مجلة الحكمة للدراسات الإجتماعية، المجلد 6، العدد 1، الصفحات 59-76.
101. المالح حسان (2001)، فوائد نفسية، الدار الشامية بيروت.
102. المالح حسان،(1995)، الطب النفسي والحياة، ط2، دارالإشراقات للنشر والتوزيع والخدمات الطباعية، دمشق.
103. محمد أحمد شلبي وآخرون، (2016)، تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM4 & DSM5، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، مصر.
104. محمد علي محمد وآخرون(2015)، دراسات في علم الإجتماع الطبي، ط4، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
105. محمد عيسى (2010)، العلاقة بين الزمر الدموية والقلق، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والإجتماعية، المجلد 10 ، العدد 14، الصفحات 67-113.
106. محمود كاظم محمود التميمي، (2015)،الإستشارة النفسية في الصحة النفسية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
107. مسعد حسين محمد (2013)، الرقية الشرعية، ط1، دار العلماء.
108. معايير DSM/5 (2014)، ترجمة الحمادي أنور ، اعداد وتوزيع جهاد محمد حمد.
109. مكاي علي (1990)، علم الإجتماع الطبي، كتب عربية، جامعة القاهرة.
110. ملاح رقية (2013)، العلاج الروحاني بكتابة الأوفاق،رسالة ماجستيرفي علم الإجتماع الصحة، جامعة وهران، الجزائر.
111. ملاح رقية (2013)، العلاج الروحاني بكتابة الأوفاق،رسالة ماجستيرفي علم الإجتماع الصحة، جامعة وهران، الجزائر.
112. ميلود دواجي بوعبد الله (2020)، الأفكار الوسواسية وأثرها على صحة الهلاقة الجنسية الزوجية عند المرأة، رسالة دكتوراه، جامعة مستغانم، الجزائر.

113. ميموني بدرة معتصم (2015)، الإضطرابات النفسية والعقلية، ط4، ديوان المطبوعات الجامعية.

114. ناصر نجاة (2018)، ثقافة العلاج الشعبي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 33، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، الصفحات 01 إلى 8.

115. نحوي عائشة (2010)، العلاج النفسي عن طريق البرمجة اللغوية العصبية، أطروحة دكتوراه، جامعة قسنطينة.

116. نويرة بنت سليمان بن مبارك البلوي (2018)، برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل، العدد 38، الصفحات من 468، 485.

117. هدير عز الدين صلاح الأسي (2014)، العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب القلق العام، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.

118. هرندي كريمة (2021)، التمثلات الاجتماعية مقارنة نظرية، ألفا للوثائق للنشر والتوزيع.

119. هندول الفتلي حسين هاشم (2022)، الوسواس القهري وعلاقته ببعض الإضطرابات النفسية وإنعكاسات ذلك على العملية التعليمية، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

120. هوفمان أس جي (2012)، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد علي عيسى، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع.

121. يوسف حدة (2016)، الإستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.

- قائمة المراجع الأجنبية:

122. Claudette fortin et robert rousseau (2012), psychologie cognitive, presses de l'université du Québec.

123. Dominique servant (2009), la relaxations nouvelles approches nouvelles pratiques, Elsevier Masson.
124. Fradin et al, (2006) La thérapie neurocognitive et comportemental, Carrefour 1 des psychothérapies Collection dirigée par Edith Goldbeter _ merinfeld.
125. François Leduc (2016), Les médecines douces : alternatives ou compléments à la médecine traditionnelle, article, Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 2, 1986, p. 160-174.
126. Igor thiriez (2006), Prise en charge cognitive et comportementale D'un cas de trouble Obsessionnel compulsif, Mémoire de 3ème Année.
127. James E. Alcock (1981), parapsychologie science de magie, édition Flammarion.
128. Jean cottraux (2014), thérapies cognitives et émotions, la troisième vague, 2ème édition, Elsevier Masson.
129. Louis Chaloult et al (2014), guide de pratique pour L'évaluation et le Traitement Cognitivo-Comportementale du trouble Obsessionnel-compulsif (TOC), Polyclinique médicale Concorde, Cité de la Santé de Laval, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
130. Lucie Quellet (2012), Notions de base sur les maladies mentales – Guide pratique d'intervention, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

131. Martine Bouvard et Jean Cottraux (2005), protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, 4^{ème} édition, Masson, Paris.
132. Michael Neenan and Windy Dryden (2021), cognitive behaviour therapy, Series Editor Windy Dryden.
133. Néil A. Rector (2010), la thérapie comportementale, centre de toxicomanie, Canada.
134. Pascal Vianin (2013), la remédiation cognitive dans la schizophrénie, édition Mardaga.
135. Pierre Pyronnet et Philippe Bamy, (2006), La relaxation Bio-Dynamique, Editions Medicis

الملاحق

- الملاحق:

شبكة المقابلة الخاصة بالعلاج النفسي:

في إطار إعداد الجانب التطبيقي الخاص برسالة الدكتوراه تم إعتداد شبكة المقابلات لجمع المعلومات والإحاطة بالموضوع من مختلف جوانبه.

معلومات أولية عن الحالة:

الإسم:

اللقب:

السن:

الجنس:

المهنة:

الحالة المدنية:

المستوى التعليمي:

الوالدين:

الأب:

الأم:

عدد الإخوة:

الرتبة:

مهنة الزوج:

سنه:

مستواه الدراسي:

عدد الأولاد:

المستوى المعيشي:

طبيعة المسكن:

طبيعة الأسرة:

سبب الإستشارة:

السيمائية العامة للحالة:

المظهر العام: البنية الجسدية، القامة والوزن، الهندام، اللغة وطبيعة الصوت.

نوعية المزاج:

ملامح الوجه:

طبيعة التواصل : اللغة والصوت.

التاريخ المرضي للحالة:

ما هي الأمراض التي تعرضت لها الحالة؟

ما طبيعة هذه الأمراض؟

ما هي أسبابها المباشرة وغير المباشرة ؟

ما هي العوامل المسببة للمرض؟

ما هي الظروف؟

كيف تعاملت مع هذه الأمراض؟

هل تم الشفاء منها؟

هل تطلب الأمر دخول المستشفى؟

هل توجد علاقة بين ما عانت منه الحالة وما تعانيه حاليا؟

المعاش النفسي الحاضر للحالة:

هل تعرف نوعا من المعاناة خلال معاشك اليومي؟

فيما تتمثل؟

ماهي الأعراض التي تعرفها؟

هل تؤثر هذه الأعراض على نشاطاتك اليومية؟

هل تشكل لك تعارضا على إنجاز مهامك؟

هل تؤثر على تواصلك مع مختلف الأشخاص والأفراد داخل المجتمع؟

هل تجد لها تفسيرا؟

هل توجد علاقة بين ما تعانيه ومختلف الأحداث والظروف المحيطة بك؟

هل عرضتم حالتكم على مختص؟

هل تنبأتم لتشخيصات أولية ذات علاقة وصلة بما تعيشه؟

تصورات الحالة للاضطراب:

ماهي تصوراتك لما تعانيه؟

كيف تفسر هذه المعاناة؟

هل توجد تفسيرات غيبية للإضطراب؟

ماهي نظرتك للمرض النفسي؟

هل للإضطراب علاقة بمختلف التمثلات والتصورات الثقافية؟

هل توجد تأويلات لهذا الإضطراب في الثقافة الشعبية المحلية؟

هل توجد قوى خفية تتحكم في طبيعة الإضطراب وحدته؟

المسار العلاجي:

ما هي الأنماط العلاجية التي سبق لكم تناولها من قبل؟

ما هي أهم المحطات العلاجية؟

هل سبق لك تجريب العلاجات الشعبية؟

ما هي أنواعها وتخصصاتها؟

هل ترى أنها تتماشى وطبيعة معتقداتك وتصوراتك للمرض والعلاج؟

ما هي الوسائل التي يستخدمها؟

ما هي أنواع الإضطرابات التي يعالجها؟

هل ترون لها فاعلية؟

هل لك تواصل مع أحد المعالجين التقليديين؟

ما علاقة الإضطراب بمسارك العلاجي؟

كيف تفسر ذلك؟

أيهما تفضل العلاج التقليدي (الشعبي) أم العلاج النفسي؟

هل سبق لك وأن جربت العلاجات النفسية؟

هل ترى أنها تتماشى وفق تصورك للمرض والعلاج؟

هل لك دراية على بعض العلاجات النفسية؟

هل تعتقد في فاعليتها العلاجية؟

شبكة المقابلة الخاصة بالعلاج التقليدي:

في إطار إعداد رسالة الدكتوراه الموسومة بدراسة مقارنة بين العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي "الوساوس والأفعال القهرية أنموذجاً" وتحضيراً للشطر الثاني من الجانب التطبيقي الممثل في العلاج التقليدي تم الاعتماد على دراسة مجموعة من الحالات المقابلة على هذا النمط العلاجي من خلال المقابلة كوسيلة لجمع المعلومات وتطبيق الإختبارات النفسية.

وفيما يلي سوف نعرض مجموعة من المحطات التي سوف نتطرق إليها أثناء المقابلة مع المعالجين الذين تبناوا العلاج الشعبي أو التقليدي الممثل في الرقية بالقرآن الكريم، ليتسنى لنا التعرف عليهم وعلى هويتهم الشخصية والمهنية وطريقة ممارستهم لهذا النوع من العلاج ومدى فاعليته وكيفية تعاملهم مع طالبي العلاج.

المعلومات الأولية:

الإسم واللقب:

السن:

المهنة:

الحالة المدنية:

المستوى التعليمي:

طبيعة التكوين المهني:

الشهادات والمؤهلات:

-السيمائية العامة للمعالج:

المظهر العام(الطول والوزن، ملامح الوجه والهندام).

اللغة و نبرة الصوت وطريقة التواصل.

المزاج.

ملاحظة الحركات والسلوك.

-إختيار المهنة:(معالج تقليدي).

هل إختيار المهنة كان عن رغبة؟.

ما دوافع إختيار هذا النهج العلاجي؟.

ما هي العوامل التي ساهمت في تبني هذا النوع من العلاج؟.

هل هناك طبوع علاجية مماثلة؟.

-المسار التكويني في هذا المجال العلاجي:

هل تلقيتم تكويننا في هذا المجال؟.

كم دامت مدة التكوين؟.

أين تم هذا التكوين؟ (مؤسسة التكوين).

على يد من تم تكوينكم؟.

ما هي مجالات التكوين وتخصصاته؟.

هل كانت هناك تربية في هذا النوع من العلاج؟

-الممارسة العلاجية:

متى وأين كانت البدايات الأولى للممارسة العلاجية؟.

هل كانت البدايات الأولى بجانب مشايخ أم فردية؟

كيف يتم استقبال الحالات المقبلة على العلاج؟.

ما طبيعة الطلب في هذا النوع من العلاج؟.

كيف تتم طريقة الجلسة التشخيصية والعلاجية؟.

كم تقدر مدة الجلسة؟.

ماهي الأماكن والفضاءات المخصصة لها؟.

كيف تتم طريقة تشخيص الإضطرابات؟.

ما هي الطريقة التي تتم بها برمجة الجلسات؟.

ماهي أنواع العلاجات المطبقة؟.

أفيمما تتمثل الطقوس العلاجية المستخدمة؟.

ماهو البرنامج العلاجي المتبنى؟.

ماهي الوسائل المستخدمة في العلاج؟.

ماهي الجوانب التي يركز عليها العلاج الروحي؟.

كيف يتم تشخيص أسباب الإضطراب؟ (مس، عين، سحر).

ما تأثير الطقوس المستخدمة الممثلة في زيارة الأضرحة والذبائح وغيرها في العلاج؟.

ما مدى فاعلية الطب البديل؟.

هل عرفت الحالات إنتكاسة بعد تلقي العلاج؟.

هل هناك حالات يستعصى علاجها؟ لماذا؟ وكيف يتم التعامل معها؟.

هل يتم توجيه هذه الحالات لمعالجين آخرين؟ من هم؟ ولماذا؟.

ما هو ثمن العقد العلاجي؟.

هل يتم تحديد الأجر مسبقاً؟ أم حسب قدرة المتعالج وطبيعة الإضطراب؟.

الصعوبات التي تم مواجهتها كيف تاعلمتم معها؟.

كيف تتعاملون مع الحالات التي تنقطع عن العلاج؟.

كيف تفسرون هذا الإنقطاع في رأيكم؟.

-الفئة المستهدفة في العلاج:

ما هي الفئات العمرية الأكثر طلباً لهذا النوع العلاجي من حيث السن والجنس والمستوى التعليمي؟.

هل يوجد التزام بالبرنامج العلاجي من قبل الحالات وإنضباط مع توقيت وعدد الجلسات؟.

هل توجد حالات عرفت تسوقاً علاجياً؟ ما هي دوافع ذلك؟

الحالات المرضية المقبلة على العلاج، أيها أكثر من حيث الجنس؟ ومن حيث نوعية الإضطراب؟.

من يحدد نوعية العلاج؟ هل هو حسب طلب المريض، أو حسب ما يقدره المعالج؟.

كيف تفسرون الإقبال الكبير للشرائح الإجتماعية على العلاج الشعبي؟

لماذا يعزف المريض عن العلاج النفسي في رأيك؟.

-الفرق بين العلاجين من وجهة نظر المعالج:

ماهي التصورات التي يحملها طالبوا العلاج عن العلاج الشعبي مقارنة بالعلاج النفسي؟

هل يوجد علاقة بين العلاج الشعبي التقليدي والعلاج النفسي؟.

ماهي نقاط التشابه بين العلاجين؟.

ماهي نقاط الاختلاف؟.

فيما تكمن فاعلية العلاج التقليدي؟.

- البرنامج الخاص بممارسة العلاج بالرقية:

كيف تتم عملية التشخيص للإضطراب؟

ماهي المعايير المعتمدة في عملية التشخيص؟

ماهي تقنيات العلاج المعتمدة؟

ماهي المراحل المعتمدة في تسيير الجلسة العلاجية؟

ماهي مدة الجلسة بالرقية ؟

ماهو عدد الجلسات ؟

المقياس العربي للوساوس والأفعال القهرية.

لا	نعم	العبرة	
		أنجز الأعمال ببطئ شديد للتأكد من أنني قد قمت بها بطريقة سليمة	1
		أغسل يداي عدد كبير من المرات	2
		قبل النوم أعمل أشياء معينة	3
		أميل إلى تكرار الأشياء والعبارات نفسها مرات عديدة	4
		تسيطر على حياتي عادة خاصة ونظم معينة	5
		أعود أحيانا إلى المنزل للتأكد من غلق الأبواب أو الحنفيات أو الأنوار وغيرها.	6
		لا أفكر فيما يقوله الناس	7
		أشك في أشياء كثيرة	8
		أنا شخص متردد في كثير من الأمور	9
		أنسى الأشياء المزعجة	10
		أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب	11
		تلح على خاطري عبارة معينة	12
		أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء	13
		أتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني	14
		لا أحب النظام الصارم والدقة الشديدة	15
		تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري	16
		لا أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو عمل	17
		لست مجبرا على فعل أشياء معينة	18
		أنا شخص مدقق ودقيق جدا	19
		تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة	20
		مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة	21

		أخذ القرارات بسرعة	22
		تسيطر علي أفكار وأجد صعوبة في التخلص منها	23
		لا أكرر أشياء معينة	24
		أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأخطاء	25
		لا أستمتع بحياتي	26
		أعد الأشياء غير الهامة	27
		أنا متفائل	28
		أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها	29
		أنا شخص موسوس	30
		أستطيع الحسم بين الأمور	31
		لدي أسئلة يستحيل الإجابة عنها.	32

مقياس القلق لسبيلبيرجر

- تعلية الصورة الأولى (الخاصة بحالة القلق) :

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الازدياد :

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أشعر بالهدوء.				
2	أشعر بالأمان				
3	أشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالإطمئنان				
6	أشعر بالإضطراب				
7	أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة				
8	أشعر بالراحة				
9	أشعر بالقلق				
10	أشعر بالسرور				

				أشعر بالثقة بالنفس	11
				أشعر بالنرفزة	12
				أشعر بالثوران	13
				أشعر بتوتر زائد	14
				أشعر بالاسترخاء	15
				أشعر بارضى	16
				أشعر بالضيق	17
				أشعر بانني مستثار جدا (لدرجة الغليان) .	18
				أشعر بالسعادة العميقة	19
				أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين	20

- تعلیمة الصورة الثانية (سمة القلق)

إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك، اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموماً، ليس هناك أجابة صحيحة أو خاطئة، لا تضع وقتاً طويلاً ، قدم الإجابة التي تصف شعورك.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الإزدياد :

الرقم	العبارات	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين.				
2	أتعب بسرعة.				
3	أشعر بالملل إلى البكاء.				
4	أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرين.				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع التغلب عليها.				
6	أشعر بالراحة.				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	أشعر بأن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.				
9	أشعر أنني أقلق بسرعة.				
10	أنا سعيد.				

				أميل إلى تصعيب الأمور.	11
				ينقصني الشعور بالثقة في النفس.	12
				أشعر بالأمان.	13
				أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.	14
				أشعر بالحزن.	15
				أشعر بارضا.	16
				تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.	17
				تؤثر في خيبة الأمل بشدة لا أستطيع أن أبعدها عن ذهني.	18
				أنا شخص مستقر.	19
				أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.	20

- اختبار الأفكار الشائعة حول الطب النفسي

الأفكار	ص ت	ص ج	خ ت	لا أدري
1				
الطبيب النفسي يتعامل مع حالات الجنون بشكل أساسي				
2				
الطب النفسي معظم مرضاه من المجانين وحالات الإضطراب العقلي الشديدة				
3				
إذا ذهبت إلى الطبيب النفسي وتعرف عليك شخص ما فإنك تعرض نفسك إلى إتهامك بالجنون من الناس				
4				
الطب النفسي والعلوم النفسية بشكل عام تؤدي بمن يقرأ عنها أو يمارسها إلى العقد النفسية أو الجنون				
5				
إذا ترددت على العيادة النفسية عدة مرات فهذا يعني أن مشكلتك خطيرة حاول أن تكتفي بزيارة واحدة أو زيارات متباعدة نادرة				
6				
الطب النفسي هو الطب الروحاني وهو يتعامل مع الظواهرات الغريبة مثل الإصابة بالعين والسحر والحسد والجان				
7				
إذا دخلت العيادة النفسية فستجد معظم المرضى مقيدين أو مربوطين وستسمع الصراخ والسباب وستجد التصرفات الغريبة والمشينة				
8				
الذهاب إلى الطبيب النفسي ليس شائعاً بل هو نادر جداً				
9				
إذا كنت تعرف أخصائياً نفسياً أو طبيباً ورأيت في مكان عام أو تحدث عنه أحد الأشخاص فمن الأفضل تجاهل معرفتك به لئلا يظن أحد أنك مريض نفسي				
10				
هناك حساسية سلبية مرتبطة بكل ما هو نفساني أو نفسي في ذهن عامة الناس				
11				
الجنون في أحد معانيه " وصمة سلبية " وإهانة تستعمل في اللغة الشائعة والرسمية				
12				
الطب النفسي يعالج إضافة لحالات الجنون حالات الإدمان وحالات التخلف العقلي وهذا هو مجاله فقط				
13				
الذهاب إلى الطبيب النفسي أو المعالج النفسي موضة وتقليد وعادة شائعة في المجتمعات الغربية وأما في بلادنا فإن ذلك من الأمور النادرة ، وأنا مثلي مثل الآخرين لا أريد أن أراجع طبيباً نفسياً أبداً				
14				
لست واثقاً بأن حالتي تحتاج للطب النفسي فهي حالة عادية وكثير ممن حولي يعاني مثلها ولا يراجع طبيباً				

				نفسياً ، ويبدو أن هذه الحالات خفيفة ولا تحتاج إلى عون إختصاصي أبداً
15				إستعمال التهديد بالأخذ إلى الطبيب النفسي وسيلة مفيدة لمنع سلوك معين أو تعديله عند الأطفال أو الزوج أو الزوجة أو غيرهم
16				مصطلح الطب النفسي أو الطبيب النفسي مخيف ومرعب بحد ذاته ويجب تبديله أو تعديله إلى مصطلح آخر
17				إذا وصف لك دواء نفسي فسيحدث لك إدمان على هذا الدواء ولا تستطيع تركه مدى الحياة
18				الطبيب النفسي الذي لا يخاف الله ربما يكتب لك دواء عن قصد يسبب الإدمان وتضطر لإستعماله فترة طويلة جداً ، وإذا توقفت عنه يتسبب لك ذلك بالإنهيار العصبي والجنون
19				الدواء النفسي كثيراً ما يتسبب في الهياج والجنون.
20				الأدوية النفسية كلها تسبب مرض الصرع.
21				الأدوية النفسية تؤدي إلى الإنتحار.
22				إذا سببت لي الأدوية النفسية أية آثار جانبية فهذا يعني أنها أدوية خطيرة ، وسأتوقف عن إستعمالها فوراً ودون إستشارة الطبيب لأن المعلومات العامة التي أعرفها تفيد بأن الأدوية النفسية خطيرة وتؤثر على كل أجهزة الجسم بشكل سلبي
23				إذا سببت لي الأدوية النفسية آثار جانبية من خلال إستعمالها فهذا يعني أن جسمي لا يمكنه أن يتحمل هذه الأدوية ويجب التوقف عن إستعمالها والبحث عن طرق علاجية غير دوائية روحية و شعبية أو غير ذلك
24				إذا نصحتني الطبيب النفسي بضرورة إستعمال علاج دوائي لفترة طويلة على إعتبار أن حالتي تتطلب ذلك ، فإنه من الأفضل ترك إستعمال الدواء أو التخفيف منه أو إستعماله أحياناً لأن ذلك يقلل من مخاطر الدواء وآثاره على جسمي وعقلي ، ولا يؤثر ذلك على حالتي المرضية أبداً
25				الأدوية النفسية هي أدوية مهدئة فقط وليست علاجية.
26				إستعمالك للدواء النفسي دليل واضح على ضعفك ، لذلك حاول أن تترك هذا الدواء في أسرع وقت ممكن
27				إستعمالك للدواء النفسي دليل واضح على ضعف الإيمان ، لذلك حاول أن تترك هذا الدواء وتعود إلى ربك

				28	الأدوية النفسية جميعها تسبب الإدمان.
				29	أدوية الإكتئاب جميعها تسبب الإدمان.
				30	أصعب المشكلات النفسية والشخصية يمكن أن يحلها لك الطبيب النفسي بجلسة واحدة أو من خلال كلمات قليلة مؤثرة.
				31	أن تتحدث للطبيب النفسي أو الخبير النفسي عن مواضيع شخصية حساسة وأسرار خاصة يعرضك لأن تكشف أسرارك إلى الآخرين
				32	إذا قررت الذهاب إلى الطبيب النفسي بعد تردد طويل فما علي إلا أن أوضح له كل التفاصيل المتعلقة بشخصي ومشكلتي وظروفي وهو يحل لي مشكلاتي جميعاً
				33	الطبيب النفسي هو صديق للمريض ويمكن أن يساعده بشكل غير رسمي من خلال لقاء في مطعم أو سهرة خاصة وغير ذلك ، وهذا هو الشكل الأفضل في التعامل معه
				34	إذا اجتمعت بطبيب نفسي في مجلس فكن حذراً منه لأنه يمكنه أن يعرف عنك وعن أسرارك وشخصيتك
				35	الطبيب النفسي يمكنه أن يمتلك رؤى مستقبلية وأن يتنبأ بالأحداث قبل وقوعها فيما يخص عدداً من المواضيع الإجتماعية والإقتصادية والعامة بما يشبه العراف
				36	الطبيب النفسي يمكنه أن يملك رؤى للمستقبل وأن يتنبأ بالأحداث فيما يخص مشكلات المريض وحالته
				37	الطبيب النفسي يستطيع أن يكشف على الأعمال الأدبية والفنية وأن يحلل خلفياتها ومدلولاتها حتى وإن كان غير خبير في هذه المجالات
				38	الطبيب أو المعالج النفسي لا يحتلف أبداً عن الصديق العزيز الناضج والذي يمكن أن تحدثه عن مشكلاتك الخاصة وهو يتعاون معك على حلها وإذا كان لديك صديق عزيز فلا حاجة لك إلى الطبيب النفسي
				39	إذا تحدثت للطبيب النفسي عن مشكلتك بصدق وأخرجت ما في صدرك من هموم فهذا هو العلاج النفسي وهو يكفي بزيارة واحدة في الغالب
				40	الطبيب النفسي أو المعالج النفسي يؤثر بشكل حاسم على أخلاق المريض ودينه وقراراته الأساسية في الزواج والطلاق والعمل وغير ذلك
				41	كل ما يقوله الطبيب النفسي ويفعله مع المريض مدروس بشكل مسبق ومحدد ليؤثر على المريض وعلاجه ، مما

				يجعل من المستحيل أن نفسر بعض تصرفات الطبيب أو كلماته على أنها عفوية وتلقائية ، وأنه قد يتصرف بشكل خاطيء ، أو غير مناسب في تعابير وجهه ، أو ردوده .أو في حدوث سوء التفاهم معه
42				كل حركات وكل سكنات الطبيب النفسي لها معاني مهمة .ويجب تفسير ذلك كي نستفيد من جلستنا معه
43				عندما تذهب إلى الطبيب النفسي ليس من الضروري أن تخبره عن كافة التفاصيل المتعلقة بالمرض أو المشكلة ، وإذا كان خبيراً بعمله فسيصل إلى التشخيص الصحيح .والعلاج الصحيح من خلال معلومات قليلة
44				من الأفضل مراجعة الطبيب النفسي خارج أوقات الدوام .أو في مكان عام أو المنزل منعاً لأي احتمال للإحراج
45				عندما تشتكي من أمور نفسية فإن عليك أن تكشف عن عيوبك ونقاط ضعفك وكل هواجسك الذاتية الخاصة أمام المعالج النفسي ووضعية الضعف هذه يؤكدها المعالج في ذاتك ، إضافة إلى أن أي علاج هو نوع من الضعف وشهادة عليه وهذا لا أقبله على نفسي أبدا
46				الطبيب النفسي أو المعالج النفسي هو مريض نفسي.
47				الطبيب النفسي يمكن أن يعرف بماذا تفكر من خلال ..بعض التصرفات التي تقوم بها وقليل من كلماتك
48				الطبيب النفسي يعطيك حلاً كاملاً لمشكلتك وكيف يجب أن تتصرف في مختلف المواقف والمشكلات الحياتية ..التي تتعرض لها
49				من الأفضل عند الذهاب إلى الطبيب النفسي التكر في الهيئة واللباس أو تغيير الاسم وإخفاء الشخصية الحقيقية منعاً لأي إحراج ممكن
50				الإكثار والإفراط في تطبيق الأمور العقائدية مثل الإصابة بالعين والسحر والحسد والجان في أمور الطب النفسي والأعراض النفسية المتنوعة ، وأيضاً في الأمراض والأعراض الجسمية بما فيها الإلتهابات .والإسهالات والصداع دليل على الإلتزام الديني الصحيح
51				يجب تجريب العلاجات الشعبية والروحية ولفترة كافية في حال ظهور أعراض نفسية شديدة على مريض ما ، وأيضاً يجب مراجعة عدد من المعالجين الشعبيين وليس واحداً فقط ، وإذا لم يحدث تحسن فيمكن عندها عرض الحالة على الطب النفسي

				52	لإضطراب النفسي بكافة أشكاله هو مصدر عار وإهانة للمريض نفسه ولأسرته ، لأنه لم يستطع القيام بوظائفه النفسية والعقلية والسلوكية بالشكل المطلوب
				53	ظهور أعراض حادة وبشكل سريع أو أعراض جسمية سريعة الظهور يدل على الإصابة بالعين أو الحسد أو الجان وليس الإصابة بالأمراض والإضطرابات النفسية
				54	الإصابة بالإضطرابات النفسية مدعاة للسخرية وأيضا فهي تمثل نوعاً من العيب والعار والضعف
				55	لا مانع من مراجعة الطبيب النفسي وأخذ رأيه ومشورته ومقارنة ذلك مع رأي المعالج الشعبي وإتباع النصيحة التي نراها مقنعة أكثر
				56	المعالج الشعبي عندما يشخص حالة المريض بأنها نفسية ونتاجة عن العين أو الحسد أو السحر أو الجان أو جميع ذلك ، فإن له علمه الخاص الذي يمكنه من ذلك وأما الطبيب النفسي فهو جاهل في هذه الأمور ولذلك فمن الأجدى الذهاب إلى المعالج الشعبي في القضايا النفسية
				57	الأمراض والإضطرابات النفسية ليست لها أي علاقة بالإضطرابات الكيميائية والعضوية والأمراض الجسمية الأخرى المعروفة في الطب الباطني وهي لا تتأثر بها مطلقاً
				58	تشخيص الإضطرابات النفسية لا يحتاج إلى أية فحوصات جسمية أو عضوية لمعرفة حالة الجسم ووظائفه ، ولذلك فإنه من الغريب ومن غير المفهوم أن يطلب منك الطبيب النفسي إجراء تحليل دم أو صورة أشعة أو تخطيط دماغ أو غيره من الفحوصات
				59	الجنون هو فقدان كامل للعقل والمرض النفسي الشديد يجعل الإنسان لا يعرف أبسط الأمور المنطقية مثل إسمه والطولة والتفاحة
				60	الزواج دواء للاضطرابات النفسية بكافة أنواعها.
				61	الفسحة والترويح عن النفس وتغيير الجو دواء نفسي لكثير من الاضطرابات النفسية الشديدة
				62	إصابتك بمعاناة نفسية أو مرض نفسي دليل أكيد على ضعف الإيمان وضعف الإلتزام الديني والخلقي
				63	إذا أصبت بمعاناة نفسية أو أعراض نفسية فعليك بالعلاج الديني والروحي مثل قراءة القرآن والذكر والصلاة وأداء العمرة وغير ذلك ، لأن الدين هو وحده علاج لكافة الاضطرابات النفسية

				64	المريض النفسي يجب مراعاته دائماً وعدم تحميله أية مسؤوليات ، وأيضاً عدم مواجهته بأخطائه عندما يتصرف بشكل غير مناسب ، لأن ذلك يجرح شعوره ويزيد في مرضه.
				65	المريض النفسي يجب تقويمه وتوجيهه باستمرار من خلال النقد والعقوبات والحرمانات الشديدة إلى أن يعتدل سلوكه.
				66	المريض النفسي يجب أن لا نواجهه بأنه مريض ، بل يجب التحايل عليه دائماً في ذلك مثل أن لا نقول له بأن الطبيب الذي يعالجه هو طبيب نفسي كي لا يشعر بالإهانة.
				67	المريض النفسي يجب عزله والإبتعاد عنه وعدم إعتبراره كائن إنساني له حقوقه الطبيعية لأنه لا عقل له.
				68	المريض النفسي يشكل خطراً على نفسه وعلى الآخرين في كل الأوقات والأحوال.
				69	من المتوقع أن أي مريض نفسي سيفاجئك بتصرفات عنيفة وعدوانية.
				70	في حالات عدم تطور اللغة والنطق عند الأطفال والذي قد يترافق مع التخلف العقلي ، ينصح بأن يتعرض الطفل لصدمة شديدة مخيفة تجعله ينطق.
				71	العجز الجنسي عند الرجل نتيجة للربط والعين والسحر يجب علاجه من خلال الطرق الشعبية وليس بالطب النفسي أو العضوي.
				72	الصعوبات التي تواجهها المرأة ليلة الزفاف أو بعدها في ممارسة العلاقة الجنسية الطبيعية مع الزوج هي نتيجة للعين والحسد والسحر والجان وليست إحدى الإضطرابات النفسية المعروفة.
				73	المريض الذي يشعر بأن هناك أصواتاً تتكلم معه أو عنه وتأمرة بالقيام بأفعال معينة مصاب بالمس والجان وليس بالفصام.
				74	المريض الذي يتصرف تصرفات غريبة وغير منطقية وكلامه مضطرب مصاب بالمس والجان وليس الفصام.
				75	إن اضطراب الوسواس القهري والذي يتمثل بالغسيل المتكرر والوسوسة في أمور الطهارة والنجاسة أو غيرها من الأمور ليس له علاقة بالطب النفسي أبداً.

				76	العلاج الشافي لمعظم المشكلات والاضطرابات النفسية هو التنويم المغناطيسي بإشراف الطبيب الذي يجعل المريض ينسى كل آلامه ويكتشف أسبابها كلها.
				77	العلاج بالصدمات الكهربائية علاج خطير جداً ويؤدي إلى الجنون وفقدان الذاكرة أو الموت غالباً.
				78	العلاج بالصدمات الكهربائية مفيد جداً لمعظم الاضطرابات النفسية.
				79	العلاج بالصدمات الكهربائية هو نوع من العقاب للمريض ولذلك ينبغي تجنبه.
				80	الجلسات النفسية تفيد في معظم الاضطرابات النفسية وهي بديل عن الأدوية النفسية الضارة.
				81	الجلسات النفسية تحتاج إلى مبالغ مالية ضخمة ، لأنها تستمر شهوراً عديدة أو سنوات.

- جلسات البرنامج العلاجي بعد التحكيم:

لا تقيس	تقيس	نوع الجلسة	مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأهداف	عنوان الجلسة	ترقيم الجلسة
	✓	فردية	45-60 دقيقة	- جمع المعلومات. - التربية النفسية. - الحوار والمناقشة.	- كسب ثقة المفحوص وبناء جسر التواصل. - تأسيس العلاقة العلاجية. - بناء العقد العلاجي. - التعرف بالبرنامج والأهداف.	جلسة تمهيدية	الجلسة الأولى
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التربية النفسية. - التعرف على الفكر اللاتكفي. - تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري ومقياس بيل براون.	- تعزيز الثقة بين الفاحص والمفحوص. - القياس القبلي. - التعرف على الأفكار والصور التي تسبب ألما وضيقا بدون مبرر. - تحديد الاضطراب. - تقدير درجة الاضطراب.	جلسة التثقيف النفسي و القياس القبلي	الجلسة الثانية
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- الحوار السقراطي. - التعرف على المشاعر. - الاسترخاء على طريقة جاكبسون.	- تحديد الانحرافات الموجودة في أفكاره. - الكشف عن مدى تأثير هذه الأفكار على جوانب حياة المفحوص (الانفعالية، الاجتماعية المهنية...).	جلسة التخفيف من حدة الأفكار الآلية والأفعال القهرية	الجلسة الثالثة

					<p>مساعدة - المفحوص على الكشف عن الأفكار الوسواسية التي تلازمه وتثير قلقه وتؤثر على مختلف توافقاته - تحديد الأفكار الآلية. - تخفيف أعراض التوتر.</p>		
	✓	فردية	60- 90 دقي قة	<p>- تحديد المعتقدات عن طريق تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية. - الاسترخاء لجاكبسون. - الواجب المنزلي(02): - تسجيل الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والمشاعر المصاحبة لهما</p>	<p>- تحديد المظاهر اللاعقلانية للأفكار. (الافتراضات والمعتقدات الخاطئة التي لا تزال تصاحب المفحوص. - استكشاف طبيعة المعتقدات ومصدر الانحرافات المعرفية. - تحديد الأفكار الآلية. - تخفيف أعراض التوتر. - تدريب المفحوص.</p>	<p>جلسة التعرف على طبيعة الأفكار و المعتقدات</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
	✓	فردية	60- 90 دقيقة	<p>- إيقاف التفكير. - تشتيت الانتباه. - الواجب المنزلي (03): الاسترخاء العضلي.</p>	<p>- مواجهة هذه الأفكار والأفعال المسببة للاضطراب والمشاعر السلبية. - تطوير استجابات إيجابية اتجاهها. - العمل على تعزيز</p>	<p>العمل على إيقاف الأفكار</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

				-جدول مراقبة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وتسجيل استجابات التحكم فيها.	الثقة بالنفس لدى المفحوص.	الوسواسية ومنع الاستجابة للأفعال القهرية	
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التغذية الراجعة. - تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية والأفكار البديلة. - دحض الأفكار اللاعقلانية وتعديلها. - الواجب المنزلي (04): - الاسترخاء العضلي. جدول الأفكار المتسلطة والأفعال القهرية وتسجيل الاستجابات وردود الأفعال الايجابية.	- التخفيف من حدة الأفكار التسلطية والأفعال القهرية. - توجيه انتباه المفحوص إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه. -إيضاح التشوهات وخفض الانفعالات. -تخفيف القلق والتوتر من خلال ممارسة تمرين الاسترخاء. - تدريب المفحوص على التحكم في الأفكار والأفعال.	تعديل الأفكار الوسواسية والتحكم في السلوكيات و الأفعال القهرية.	الجلسة السادسة والسابعة .
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التغذية الراجعة. -تعديل الأفكار المشوهة بتدرجات الرمادي -الواجب المنزلي (05): الاسترخاء.	-العمل على تصحيح التصورات والأفكار اللاعقلانية. - توضيح سخافة الأفكار. - إدراك المفحوص أن التفكير في	تعديل المعتقدات الخاطئة.	الجلسة الثامنة

				جدول المراقبة الذاتية وتعديل المعتقد.	الأشياء يكون أسوأ من الأشياء ذاتها. - تجنب التفكير المأسوي. - التدريب على التفكير الإيجابي. - توجيه الانتباه الى جوانب من التفكير كانت غائبة وتعديل معتقد سلبي.		
	✓	فردية	60-90 دقيقة	-التغذية الراجعة. -التفكير الإيجابي. - إعادة البناء المعرفي. -تأكيد الذات. - الواجب المنزلي(06): -الاسترخاء. تسجيل عدد الاستجابات الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك.	-التدريب على المواجهة. - تقوية التحكم في الأفعال والأفكار. - المرونة في التفكير وتعزيز السلوك الإيجابي. -تعزيز التفاعل الإيجابي مع مختلف المواقف.	تقوية منع الاستجابة.	الجلسة التاسعة
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التغذية الراجعة. - المراقبة الذاتية. - التفكير الإيجابي. - الواجب المنزلي رقم (07). - الإسترخاء العضلي. تسجيل عدد الاستجابات	التدرج بالمفحوص - للتعريض وتدريبه عليه. -التدريب و التقوية الذاتية وتعزيز ثقة المفحوص بنفسه. - مساعدة المريض على استبدال الأفكار السلبية المثيرة للقلق بأفكار إيجابية.	التحكم في الأفكار والأفعال وضبطهما	الجلسة العاشرة

				الإيجابية من خلال التعرض المتمثلة في التحكم في التفكير والسلوك.			
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التغذية الراجعة. - تأكيد الذات. التفكير الإيجابي. الواجب المنزلي (08): الاسترخاء.	-تطوير القدرة على الوعي بالذات و التصرفات. -مراقبة الأفكار السلبية والسلوكيات وردود الأفعال. -التدرب على الوعي والادراك. - تعلم الاستجابة المناسبة تمكين المفحوص - من تعلم مهارات جديدة.	العمل على الوعي بالذات	الجلسة الحادية عشر
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التغذية الراجعة. - الحوار السقراطي. - إعادة البناء المعرفي. - التفكير الإيجابي.	- مراجعة نتائج العمل العلاجي. -التعرف على الصعوبات التي لا تزال تواجه المفحوص وتحول دون تحقق نتائج العلاج.	تعزيز العمل العلاجي	الجلسة الثانية عشرة
	✓	فردية	60-90 دقيقة	-القياس البعدي لمقياس الوسواس ومقياس القلق. -التفكير الإيجابي.	- القياس البعدي. - تقييم واستعراض نتائج العمل العلاجي. - طمأنة المريض على حالته الصحية	جلسة القياس البعدي و تعزيز نتائج	الجلسة الثالثة عشرة

					وتشجيعه على ممارسة العلاج الذاتي.	العمل العلاجي	
	✓	فردية	60-90 دقيقة	- التربية النفسية. - التفكير الإيجابي.	- تقييم نتائج البرنامج العلاجي. - التمهيد والتحضير - النفسي لإنهاء جلسات العلاج. - إنهاء البرنامج - الوقاية من - الانتكاسة	جلسة ختامية	الجلسة الرابعة عشر
	✓	فردية	60-90 دقيقة	-الحوار والمناقشة.	التعرف - على استمرارية فاعلية نتائج البرنامج بعد شهر	جلسة تتبعية بعد مرور مدة شهر	الجلسة الخامسة عشر

ملاحظة:

-البرنامج العلاجي أعلاه يختلف باختلاف الحالات وحدة الاضطراب حتى مع الحالة نفسها، لذا فإنه كيف حسب الحالات وظروف المفحوص. فعلى الفاحص ان يتعامل مع البرنامج بمرونة زيادة أو نقصانا.

ملخص الدراسة

دراسة مقارنة بين العلاج النفسي الحديث والعلاج التقليدي (الوساوس والأفعال القهرية أنموذجاً).

هدفت دراستنا إلى إجراء مقارنة علاجية بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التقليدي عند المصابين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، اعتماداً على الدراسة العيادية لثمانية حالات تم تقسيمها إلى مجموعتين، الأولى تلقت برنامجاً معرفياً سلوكياً والثانية علاجاً تقليدياً، مع استخدام المقاييس النفسية، لضبط القياسات القبلية والبعديّة.

كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية المقاربة المعرفية السلوكية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية مقابل الممارسة العلاجية التقليدية. - للمقاربة المعرفية السلوكية فاعلية في التخفيف من درجات القلق المصاحب لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية، مقابل الممارسة العلاجية التقليدية.

- وجود أوجه للمقاربة والإختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والممارسة العلاجية التقليدية من حيث طبيعة الممارسة والتوجه العلاجي. - التوجه العلاجي التقليدي في ظل التفسيرات والتصورات لأسباب الإصابة بالاضطراب ليس تعبيراً عن غياب ثقافة العلاج النفسي لدى طالبي العلاج بل اعتقاد في العلاج التقليدي.

كلمات مفتاحية: المقاربة، العلاج النفسي، العلاج التقليدي، الوسواس والأفعال القهرية.

Étude d'une approche entre psychothérapie moderne et la thérapie traditionnelle

(Obsessions compulsives comme modèle)

Notre étude visait à mener une approche thérapeutique entre la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie traditionnelle pour les personnes souffrant de troubles obsessionnels et des comportements compulsifs, basée sur l'étude clinique de huit cas qui ont été divisés en deux groupes, le premier a reçu un programme cognitivo-comportemental et le second un traitement traditionnel, avec l'utilisation d'échelles psychologiques, pour ajuster les mesures avant et après la thérapie.

Les résultats de l'étude ont révélé l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale dans la thérapie des troubles obsessionnels et des comportements compulsifs par rapport à la pratique thérapeutique traditionnelle.

L'approche cognitivo-comportementale est efficace pour diminuer les degrés d'anxiété associés aux troubles obsessionnels compulsifs, contrairement à la pratique thérapeutique traditionnelle.

Il y a des aspects de similarité et différence entre la thérapie cognitivo-comportementale et la pratique thérapeutique traditionnelle en termes de la nature de pratique et de l'orientation thérapeutique.

L'approche thérapeutique traditionnelle à la lumière des interprétations et des perceptions des causes du trouble n'est pas l'expression d'absence d'une culture de psychothérapie chez les personnes demandeurs de thérapie, mais plutôt sa croyance aux thérapies traditionnelles.

Mots clés : approche, psychothérapie, thérapie traditionnelle, Obsessions compulsives.

Study of an approach between modern psychotherapy and traditional therapy

(Obsessions and compulsive behaviors as a model).

Our study aimed to conduct a therapeutic approach between cognitive-behavioral therapy and traditional treatment for people suffering from obsessive disorder and compulsive behavior, based on the clinical study of eight cases that were divided into two groups, the first received a cognitive-behavioral program and the second a traditional treatment, with the use of psychological scales, to adjust near and far measures

The results of the study revealed the effectiveness of the cognitive-behavioral approach compared to traditional therapeutic practice.

The cognitive-behavioral approach is effective in decreasing the levels of anxiety associated with obsessive-compulsive disorders unlike traditional therapeutic practice.

There are aspects of similarity and difference between cognitive behavioral therapy and traditional therapeutic practice in terms of the nature of practice and therapeutic orientation.

The traditional therapeutic approach in the light of interpretations and perceptions of the causes of the disorder is not an expression of the absence of a culture of psychotherapy among people seeking treatment, but rather their belief in traditional treatment.

Keywords: approach, psychotherapy, traditional therapy, Obsessions and compulsive behaviors.