

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص مرضي والشواذ بعنوان:

الوسواس القهري و تأثيره على تقدير الذات لدى الراشد و علاجه سلوكيا معرفيا

إشراف الأستاذة:

حدي محمد

إعداد الطالب:

بن سالم عبد الحفيظ

لجنة المناقشة :

الإسم و اللقب	الصفة	الجامعة الأصلية
أ.د. طباس نسيمة	الرئيس	جامعة وهران 2
أ.د. حدي محمد	المُشرف	جامعة وهران 2
أ.د. زروالي لطيفة	عضو مُناقش	جامعة وهران 2

2017-2016

لإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى كل من أمي حفظها الله ورعاها.
إلى زوجتي رمز التعاون و الوفاء. إلى أبنائي حفظهم الله (أحمد.
لحسن. مروى. صفاء. سلسبيل. أنفال).

وإلى جميع الطلبة و الطالبات فرع علم النفس العيادي و الشواذ
و العلاجات ماستر 2 دفعة 2017.

إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في هذا العمل المتواضع.

كلمة الشكر :

الحمد و الشكر لله عز وجل الذي وفقني في هذا العمل الذي أتمنى من الله أن يبارك فيه و ينفع به.

- أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الدكتور "حدي محمد " الذي لم يدخر جهدا معنويا أو معرفيا من أجل إنجاز و إتمام هذا العمل.

- كما أتقدم بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع.

و الشكر و التقدير إلى كل أساتذة قسم علم النفس و الأروطوفونيا .

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة الى تشخيص الوسواس القهري لدى الراشد و إمكانية تأثيره على تقدير الذات لديه إضافة إلى تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي نسعى من وراء ذلك لتخفيف هذا التأثير وإعادة رفع مستوى تقدير الذات .

حيث انطلقنا من الإشكالية التالية :هل للوسواس القهري تأثير على تقدير الذات لدى الراشد؟
و تعالج هذه الإشكالية المطروحة صغنا الفرضية التالية : للوسواس القهري تأثير على تقدير الذات لدى الراشد.

التساؤل الثاني : هل للعلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في الحد من الوسواس القهري لدى الراشد؟
الفرضية : للعلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في الحد من الوسواس القهري لدى الراشد.

و بإتباعنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي و الذي يعتمد على المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية ، كما دعمناه بمقياس روسن بيرج لتقدير الذات . و قد تم دراسة حالتين تعانيان من هذا الاضطراب ، و بعد تحليل النتائج المتحصل عليها تم التأكد من صحة فرضيتنا الأساسية و كان ذلك بأن للوسواس القهري أثر في تقدير الذات لدى الحالتين ، كما أن هذه الدراسة ذهبت إلى أبعد من ذلك و هو إثبات فاعلية للعلاج السلوكي المعرفي في الحد من الوسواس القهري و كانت نتيجة ذلك هو ارتفاع مستوى تقدير الذات لديهما.

قائمة المحتويات

- أ الإهداء -
- ب شكر -
- ج ملخص الدراسة -
- د قائمة المحتويات -
- 01 مقدمة -

مدخل الى الدراسة :

- 04 الاشكالية -
- 04 الفرضية -
- 05 دواعي اختيار الموضوع -
- 05 أهمية الدراسة -
- 05 أهداف الدراسة -
- 05 تحديد مصطلحات الدراسة -
- 06 الدراسات السابقة -

الجانب النظري :

الفصل الأول : تقدير الذات

- 10 تمهيد -
- 10 تعريف مفهوم الذات -
- 11 مفهوم تقدير الذات -
- 12 الفرق بين مفهوم الذات و مفهوم تقدير الذات -
- 13 نموذج نظري لمفهومي تقدير الذات ومفهوم الذات حسب لورانس (1988) -
- 13 مستويات تقدير الذات -
- 15 مراحل نمو الذات -
- 16 النظريات المفسرة لتقدير الذات -
- 17 خلاصة الفصل -

الفصل الثاني : الوسواس القهري

- 22 تمهيد -
- 22 تاريخ الوسواس القهري -
- 23 ما هو مرض الوسواس القهري -

- 25.....- تعريف الوسواس القهري.
- 27.....- الأسباب
- 31.....- الدراسة العيادية
- 32.....- الوسواس و الافعال القهرية لدى المرضى و الأسوياء
- 34.....- اضطرابات الشخصية القهرية
- 34..(DSM.IV-TR,2004) - المعايير التشخيصية لإضطراب الوسواس القهرية
- 34.....- نبذ عن بعض العلاجات التي اهتمت بعلاج الوسواس القهري.
- 40.....- العلاج السلوكي المعرفي للوسواس القهري.
- 42.....- خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي :

الفصل الرابع : منهجية الدراسة

- 45.....- منهج الدراسة
- 45.....- أدوات الدراسة
- 46.....- حدود الدراسة

الفصل الخامس : عرض الحالات

- 48.....- الحالة الأولى
- 55.....- الحالة الثانية

- الفصل سادس : تحليل و مناقشة الفرضية على ضوء النتائج

- 64.....- عرض النتائج
- 64.....- تحليل و مناقشة الفرضية
- 65.....- خاتمة

- قائمة المراجع.

- الملاحق.

مقدمة :

يعتبر مفهوم تقدير الذات من اهم المفاهيم التي شاع إنتشارها في الآونة الاخيرة و الذي لفت انظار العديد من الأخصائيين النفسانيين و الباحثين المهتمين بدراسة النظريات المرتبطة بتقدير الذات يشير ان مفهوم يعكس اتجاهات الفرد نحو نفسه. وان الفرد يكون اتجاهات نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها. و الذات احدى هذه الموضوعات.(خ.ع . ر. المعايطة ، 2007 :83)

فتقدير الذات تقييم وجداني للشخص و لكل ما يملكه من خصائص عقلية ومادية وقدرته على الاداء و يعتبر حكما شخصيا للفرد على قيمته الذاتية اثناء تفاعله مع الاخرين .(ع . ش .بندر، 2009 : 97)

يتأثر تقدير الذات بعدة عوامل من شأنها ان تخفض منه او ترفع مستواه و من خلال دراستنا سنحاول معرفة ما إذا كان الوسواس القهري يدخل ضمن هذه العوامل و عليه فقد قمنا بدراستنا هذه و المعنونة بتقدير الذات لدى الراشد المصاب بالوسواس القهري ، معتمدين على خطة شملت تقسيم الدراسة إلى جانبين : جانب نظري و جانب تطبيقي ، أما من حيث الفصول فقد وزعناها على 06 فصول ، وهي كالتالي :

الفصل الاول يتضمن الإطار العام للدراسة و فيه الإشكالية و فرضية البحث و دواعي إختيار الموضوع و اهمية البحث و اهداف الدراسة و المفاهيم الأساسية السيكولوجية .
أما الفصل الثاني فقد خصص لتقدير الذات.

و الفصل الثالث تناول الوسواس القهري .

أما الجانب التطبيقي فقد خصصت له 03 فصول :

الفصل الرابع يتناول الإجراءات المنهجية و أدوات الدراسة و قياس تقدير الذات

في الفصل الخامس خصص للدراسة الأساسية . **و في الفصل السادس** تضمن عرض النتائج و تحليلها على ضوء الفرضية ، ثم تطرقنا للخاتمة ، و كمبرج للدراسة وضعت مجموعة من التوصيات و الإقتراحات .

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

الإشكالية

يعد الوسواس القهري من الإضطرابات النفسية التي لقيت في الآونة الاخيرة إهتمام العديد من الباحثين النفسيين و الاطباء العقلانيين و على الرغم من ان نسبة إنتشاره ليست بالأمر الخطير إلى ان الحقيقة الوحيدة هي ان الفرد المصاب بهذا الإضطراب يعاني و تعرقل حياته اليومية وهذا ما يحدد معيار اللاسواء عنده فمن بين الجوانب التي يؤثر عليها هذا الإضطراب نجد سمة رئيسية في الشخصية هي تقدير الذات الذي لا يتسم بثبات و بناء ، و على ذلك قد ينشأ نوع من تقدير الذات و هو تقدير الذات المنخفض و كنتيجة لهذا التفاعل بحيث يؤثر على الفرد المصاب مما يجعله يفقد الكثير من تقديره لذاته . و بما أنه وجب مساعدة و علاج و التكفل بالمصاب بهذا الإضطراب ، و في ظل التطورات التي شهدتها العلاجات النفسية ، ظهرت العلاجات السلوكية المعرفة التي تمثل تطبيق علم النفس العلمي في مجال العلاج النفسي ، حيث تضع نقطة أساسية على إستخدام المنهج التجريبي لفهم وتعديل الإضطرابات النفسية التي تعيق حياة المفحوص ، و من بين استخداماتها المتعددة نجد الوسواس القهري ، الذي حاول العديد من الباحثين إثبات فاعليته في علاج هذا الإضطراب و عليه عنونا دراستنا على النحو التالي : *الوسواس القهري و تأثيره على تقدير الذات لدى الراشد وإمكانية التكفل به سلوكيا معرفيا* حيث انطلقنا من الإشكالية التالية : هل للوسواس القهري تأثير على تقدير الذات لدى الراشد؟

تعالج هذه الإشكالية المطروحة صغنا الفرضية التالية : للوسواس القهري تأثير على تقدير الذات لدى الراشد.

التساؤل الثاني : هل للعلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في الحد من الوسواس القهري لدى الراشد؟
الفرضية : للعلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في الحد من الوسواس القهري لدى الراشد.

دواعي إختيار الموضوع :

- الرغبة الشخصية لدراسة هذا الموضوع .
- وجود هذا الإضطراب في الوسط العائلي و بعض الإصدقاء.
- معاناة الأسر عند إصابة أحد أفرادها بهذا الإضطراب .
- الحصول على شهادة ماستر .

أهداف الدراسة :

- محاولة الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالوسواس القهري.
- الإجابة عن الإشكال المطروح .
- المساعدة بتقديم تكفل لدى هذه الفئة .

أهمية الدراسة :

- معرفة مدى تأثير الوسواس القهري على الأفراد المصابين به .
- إثراء المكتبة .
- إستخلاص توصيات و إقتراحات ، و فتح المجال لدراسة معمقة لهذا الموضوع .

تحديد مصطلحات الدراسة :

تعريف الوسواس القهري :

يعرفه حامد عبد السلام زهران بأنه "فكرة متسلطة وسلوك اجباري . يظهر بتكرار و قوة لدى المريض و يلزمه ويستحوذ عليه. ويفرض نفسه عليه . ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض و تبعده لغرابته و سخفه. ولا معنوية مضمونه و عدم فائدته و يشعر بالقلق و التوتر اذا قاوم ما توسوس به نفسه .و يشعر بالحاح داخلي للقيام به.(جبل ، 2002 : 173) .

تعريف تقدير الذات :

هو الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية اثناء تفاعله مع الاخرين.... ويعبر عنه من خلال اتجاهاته نحو مشاعره و معتقداته و تصرفاته كما يدركها. (إ . عبد الحميد ، 1994 : 38 - 58)

الدراسات السابقة :

دراسة سارون و لاجونيس (2001) :

قام الباحثان بدراسة عنونها : تقدير الذات و الاكتئاب

قام الباحثان بدراسة العلاقة بين تقدير الذات و الإكتئاب لدى 27 ذكر و انثى من البالغين بمتوسط عمر 48 عام (ذوي الإكتئاب العرضي اول مرة) و 23 ذكر و انثى من البالغين بمتوسط عمر 43 عام (الإكتئاب الحاد) و 19 ذكرا و انثى من البالغين بمتوسط عمر 43 عام (الاكتئاب العرضي السابق).

و قد اوضحت النتائج :

- ان جميع المفحوصين لديهم تقدير ذات منخفض. ومن ناحية اخرى فانه من بين الثلاث مجموعات فان اعلى نسبة تقدير ذات جاءت في المجموعة ذات الاكتئاب المسبق التي لديها اكتاب مزمن او اكتاب جزئي عرضي حيث كان تقدير الذات لديهما متشابهان .
- و قد اوضحت النتائج ايضا ان تقدير الذات لدى المفحوصين الذين كان لديهم خبرة اكتاب من قبل كان على مقربة من المعدل الطبيعي. (م . س . ع . حامد ، 2010 : 148).

دراسة إبراهيم عماد محمد 1995 :

قام الباحث بدراسة عنونها : تقدير الذات و مصدر الضبط : خصائص نفسية وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة و اعراض القلق و الإكتئاب.

إستهدفت الدراسة معرفة دور كل من تقدير الذات و مصدر الضبط كالخصائص النفسية وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة و اعراض القلق حيث توصلت الدراسة بعد استعمال مقياس تقدير الذات و مصدر الضبط إلى اهمية الدور الذي يلعبه مصدر الضبط و تقدير الذات كخصائص نفسية وسيطة حيث يؤثران في كيفية رؤية الضرر للحدث و ايضا في كيفية مواجهته بفاعلية.

دراسة عبد الواحد مشعل (بدون سنة) :

وفي دراسة قام بها عبد الواحد مشعل (ب.د.) لبحث تأثير الاضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي والاجتماعي للمصابين به؛ وبمعنى آخر معرفة دور الوسواس القهري في السلوك الاجتماعي. وقد اعتمد البحث على منهج دراسة الحالة لتطبيقه على (7) حالات تعاني من اضطراب الوسواس القهري والتي راجعت أحد الوحدات النفسية بمدينة الزاوية الليبية؛ كما تمت الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة حيث تم تصميم استبيان مكون (17) سؤالاً متعلقة بتوزيع العينة بين الذكور و الإناث ؛ وعن الدخل الشهري و المستوى التعليمي للمبحوثين البالغ عددهم (12) فرداً فضلاً عن أسئلة أخرى عن موضوع البحث.

وقد توصل البحث الى العديد من النتائج نذكر منها:

- (1) السلوك التكراري الذي يظهر بين المصابين باضطراب الوسواس القهري يندرج في غسل اليدين وغلق الأبواب وأحكام أجهزة الغاز والذهاب والإياب في الطريق نفسه وتكرار الصلاة.
- (2) أن سلوك الذي يمارسه المصابون يكون مشحوناً بالتوتر ويصاحبه قلق فضلاً عن الشك خلال تعاملهم مع الآخرين.
- (3) إتضح ان المصابين بالوسواس القهري يعانون من سوء العلاقات الزوجية. وهذا يتفق مع بعض الدراسات السابقة التي تؤكد أن هناك ارتباطاً بين اضطراب الوسواس القهري وسوء العلاقات الأسرية.
- (4) تبين من البحث ان اغلب المرضى يعانون من مخاوف لا وجود حقيقي لها فضلاً عن معرفتهم بأن الطقوس التي يمارسونها ويؤدونها لا معنى لها.
- (5) اتضح ان الكثير من المصابين ينتمون الى أسر غنية وبعضهم حاصل على تعليم عال. كما اتضح أنهم أكثر حرصاً على انجاز أعمالهم بأيديهم ويميلون الى الاعتزاز بالأشياء التي في حوزتهم بالرغم من عدم فائدتها. كما أنهم يعانون من العزلة والوحدة وعدم قدرتهم على التفاعل مع الآخرين بشكل مستمر.
- (6) أكدت إجابات العينة وبنسبة (66.33 %) أن التربية الدينية الصارمة تؤدي الى الخوف من الوقوع في الحرام مما جعلهم يحرصون في معاملتهم مع الآخرين؛ الأمر الذي أدى الى تكرار بعض حركاتهم؛ حتى أصبحت فيما بعد تشكل حالة مرضية في الكثير منها.

7) السلوك القهري الذي يمارسه أفراد العينة يكون مشحونا بالتوتر؛ ويصاحبه قلق فضلا عن الشك خلال معاملتهم مع الآخرين. (س. ع . فهمي، 2009: 142)

لقد كان اختيارنا لبعض الدراسات العربية و الاجنبية و التي لها علاقة مباشرة بقدر المستطاع لدراستها من خلال عرض دراسات سابقة ورغم ما قمنا به من الإضطلاع الدؤوب على الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة إلى انها واجهتنا صعوبة في الحصول على دراسات سابقة تتحدث في موضوع الدراسة بشكل مباشر وكذلك فإن هذا الموضوع لم ينل قسطا وافرا من الدراسات التربوية و النفسية بشكل عام وفي الوسط العربي فعلى حد علمنا في ميدان الوسواس القهري لا تزال شحيحة للغاية, من هنا تأتي اصالة هذا البحث و لعله الاول في جامعتنا و الذي يتناول تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالوسواس القهري .

ولعل اقرب دراسة لهذا الموضوع دراسة سارون لاجونيس 2001 التي تناولت موضوع تقدير الذات و الإكتئاب التي اوضحت نتائجها ان جميع المفحوصين لديهم تقدير ذات منخفض وكذلك دراسة عبد الواحد مشعل تحت عنوان تأثير اضطراب الوسواس القهري على التكيف النفسي و الإجتماعي حيث توصلت إلى مجموعة من النتائج ان المصابين بهذا الاضطراب يعانون من سوء العلاقات الزوجية و هذا ما يرتبط مع دراستها حيث وجدنا ان الوسواس القهري يؤثر على تقدير الذات الراشد المصاب به وهذا المصاب بدوره يؤثر على الآخرين .

في حين نجد في دراسة إبراهيم عماد محمد 1995 تحت عنوان تقدير الذات و مصدر الضبط حيث توصلت الدراسة الى اهمية الذي يلعبه مصدر الضبط في كيفية رؤية الضرر ومواجهته بفاعلية .

الفصل الثاني = تقدير الذات

تمهيد :

منذ تواجد الإنسان في هذا الكون و هو يمر بأزمات و ظروف قاسية تجعله يدرك المسار الذي يصطحبه الى بر الامان وقد تتفاقم حالته النفسية نتيجة عوامل قد تكون اجتماعية او اقتصادية او بيئية فيضطر هذا الفرد بضرورة توسيع تجاربه و علاقاته و توسيع صورته لذاته من خلال عالمه الداخلي و الخارجي حيث يدرك نتائج التطور الديناميكي لذاته من خلال تقديرها او إحتفارها و يعتبر تقدير الذات و الميل إلى النظر الى الذات على انها قادرة على التغلب على تحديات المستقبل و انها تستحق العيش بكرامة (تقدير مرتفع) او عكس ذلك انها لا تستطيع العيش (تقدير منخفض) .

تعريف مفهوم الذات:

تنوعت الاراء حول مفهوم الذات نظرا لما لها من تأثير كبير على سلوك الفرد فهي المفتاح لفهم الكثير من الوقائع السلوكية و فيما يلي عرضا لبعض التعريفات :

يعرف وليام جيمس مفهوم الذات بأنها المجموع الكلي لكل ما يستطيع الانسان ان يدعي له جسده و سماته و قدراته. وممتلكاته المادية. و اسرته. وأصدقائه. و اعدائه و هواياته(م . ر . عبد العزيز،1994 : 111).

ويعرف سيموند 1951 مفهوم الذات بأنها الاساليب التي يستجيب لها الفرد لنفسه و يرى انها تتكون من اربعة جوانب و هي : كيف يدرك الشخص نفسه. ما يعتقد انه نفسه. كيف يقوم نفسه. وكيف يحاول من خلال مختلف الافعال تعزيز نفسه.(م . ر . عبد العزيز، 1994 : 114). وهذا التعريف يشمل المفاهيم الثلاثة للذات : مفهوم الذات و تقدير الذات .

ويذكر مصطفى فهمي 1976 ان مفهوم الذات هي مجموعة إدراكات الفرد لنفسه. والتي تتكون من خبرات انفعالية و إدراكية تتركز حول الفرد باعتباره مصدر الخبرة و السلوك.

- ويعرف عادل الاشوال 1987 مفهوم الذات بأنه الطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه.

- اما مفهوم الذات عند روجرس هو : "تكوين معرفي منظم و تعلم للإدراكات الشعورية و التصورات و التقييمات الخاصة بالذات" (ج . ع . هـ . عزت ، س . ح . العزة ، 2004 :35).

مفهوم تقدير الذات :

يعتبر مفهوم تقدير الذات احد الابعاد الهامة للشخصية. بل ويعده العلماء من اكثر الابعاد تأثيرا في السلوك و اكثرهم اهمية في تحديد الشخص مع ذاته ومع الاخرين. ويعتبر بعض العلماء ان التقدير الإيجابي للذات اساسي جدا إلى درجة انه قاعدة للشخصية بأكملها و اساس لبناء كل السلوكات التي يظهرها الفرد وهو بعد من ابعاد مفهوم الذات و فيما يلي بعض التعاريف الخاصة بهذا المفهوم :

- عرف كوبر سميث تقدير الذات على انه "مجموعة الاتجاهات و الاراء التي يضعها الفرد حسب والتي ترتبط بالعالم الخارجي. كما يشير إلى حالة عقلية و التي تهيء الفرد لرد الفعل حسب توقعاته للنجاح و تقبله الذاتي و قوة شخصيته. فتقدير الذات حسب سميث هو عملية تقييم الفرد لإتجاهات و معتقداته عند تعامله مع الوسط الذي يعيشه هذا الفرد طبقا لتوقعاته في النجاح و الرضى و قوة الشخصية
- ويعرفه رولاند بأنه درجة تقبل الذات (ل . عبد الحميد، 1985 :07).
- ولخص سليمان تقدير الذات بأنه عبارة عن تقييم يقوم به الفرد نحو ذاته. فضلا عن كونه تقدير و تعبير سلوكي يعبر الفرد من خلاله عن مدى تقديره لذاته. وهذا التقدير يعكس شعوره بالجدارة و الكفاية(س . سيد، 1992 :88).
- اما شوكت فعرف تقدير الذات بأنه تقييم الفرد لذاته. ومعرفة إمكاناته و رضاه عنها. وثقفته في نفسه وفي قدرته على تحمل المسؤولية. ومواجهة المواقف المختلفة مع الآخرين. وشعوره بحب و اهتمام و تقدير الآخرين له (م. شوكت، 1993 :34).

- ماهية الذات او النفس :

- الذات هي الكيان الكلي. الجوهري أو الجزء الخاص للشخص. و مع انها كثيرا ما تستخدم مرادف للشخصية. فاللفظ يؤكد شعور الفرد و هو يحس بالزهو و الابتهاج للنجاح. و بالحزن و خيبة الامل للفشل يهيبئ نفسه على اداء العمل بإتقان و يتهم نفسه او غيره بما يحدث من أخطاء و يشعر انه إتخذ قرارات يحس بأسفه على الشيء منها او البعض منها و برضاه عن السليم الصحيح

- الذات بهذا التعريف هي الشخص على النحو الذي به يحس و يدرك و يفكر بنفسه. فالشخص كما يستطيع ان يرى الاشياء و الاشخاص الاخرين يمكن ان يرى نفسه. وكما ان إدراكاته الحسية للآخرين من الناس و ليست قط كاملة تماما. كذلك إدراكه الحسي لنفسه ليس قط تامة الكمال او الدقة . (ف . م . خير الزراد، 1983: 78) .

1-الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

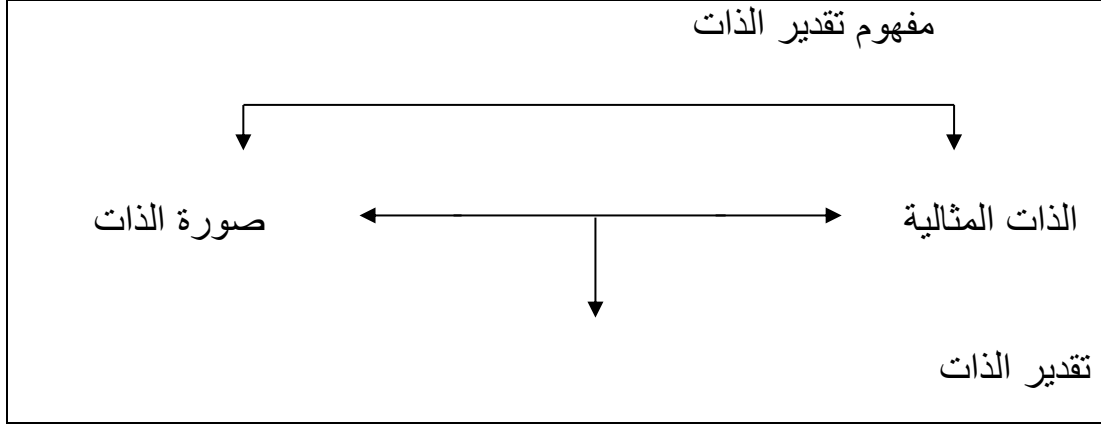
مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات بينما تقدير الذات هو تقييم لهذه الصفات فمفهوم الذات يتضمن فهما موضوعيا او معرفيا للذات، بينما تقدير الذات هو فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس (ل . عبد الحلیم، 1985 : 6).

وقد ميز كوبر سميث هو الآخر بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص ة آرائه عن نفسه، بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتباره لذاته، ولهذا فان تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول او صلاحيته. معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يحمله نحو ذاته. (ل . عبد الحلیم، 1985 : 6).

وقد وضح لورانس 1988 نموذج نظري يوضح الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات في الشكل التالي :

نموذج نظري لمفهومي تقدير الذات ومفهوم الذات حسب لورانس (1988)



صورة الذات كيف يدرك الطفل و يقيم كفاءته؟

الذات المثالية : ما يجب الطفل ان تكون عليه .

تقدير الذات : هو ما يشعر به نتيجة الفرق الحاصل بين إدراكه لذاته وما يجب ان يكون عليه .

وحسب لورانس فإن مفهوم الذات هو اشم من تقدير الذات الذي يعتبر بعد من أبعاده .

ونستنتج مما سبق ذكره ان مفهوم الذات هو التعريف الذي يرسمه الفرد لنفسه والفكرة التي

يكونها هذا الاخير عن ذاته .

اما تقدير الذات فهو التقييم الذي يضعه لهذا التعريف ولهذه الفكرة و باختصار شديد يرتبط

الذات بالبعد الوصفي بينما تقدير يرتبط بالبعد التقييمي .(س . مرغم ،2009 : 23)

مستويات تقدير الذات :

وجد كوبر سميث من خلال دراساته المختلفة حول الذات أن هناك ثلاثة مستويات لذات :

1- التقدير المرتفع للذات :

يشير التقدير الايجابي للذات الى مدى قبول الفرد لذاته. و إعجابه بها على ما هي عليه.

وإدراكه لذاته على انه شخص ذو قيمة جدير بالاحترام وتقدير الاخرين(ح .

فائد،2004:241).

و اظهرت الدراسات العديدة التي اجريت في مجال تقدير الذات ان اشخاص ذوي التقدير المرتفع للذات يؤكدون دائما على قدرتهم و جوانب قوتهم وخصائصهم الطيبة.(س. ممدوحة، 1991 : 279).

كما يؤدي تقدير الذات المرتفع الى الإحساس بالأمن الداخلي و بالراحة بحيث ينعكس ذلك في الموقف إيجابي واثق.(م. كرسب، 1422: 17).

كما دلت الدراسات على ان الاشخاص ذوي التقدير المرتفع للذات يتميزون بالتحدي الكبير امام المصاعب التي يواجهونها في حياته. ويعتبرون انفسهم اشخاص هامين يستحقون التقدير و الاحترام.

وقد اظهر مسن و اخرون ان الاطفال الذين تكون لديهم بصفة مفاهيم عالية عن ذواتهم اي الذين يقدرون انفسهم تقديرا عاليا في معظم الجوانب يقال عنهم انهم واثقون بذواتهم مطمئنون ايها. و لانهم يتوقعون حسن تقبل الاخرين لهم و يتوقعون لانفسهم النجاح. نجدهم لا يخشون من التعبير عن افكارهم او ان يسيروا وفق احكامهم و تقديراتهم (مسن و اخرون، 186: 363).

وحسب zeim فإن الافراد ذوي التقدير المرتفع للذات لا يظهرون تبعية للآخرين بصفة كبيرة. إذ انهم يستطيعون إيجاد حلول لمشاكلهم بأنفسهم إذا لم يجدوا لها حلا في المعايير الاجتماعية.(ع. ر العيسوي، 1986).

2- التقدير المنخفض للذات :

يشير تقدير الذات السلبي او المنخفض الى عدم قبول الفرد لنفسه بالآخرين. كما يشعر بأنه ليس له قيمة و أهمية (ح. فايد، 2004: 18).

وهؤلاء الاشخاص الذين يعانون من تقدير واطئ للذات سواءا كانوا راشدين او مراهقين او اطفالا. فإنهم يرغبون في كل الحب و القبول و التقدير الإيجابي و الاحترام من قبل الآخرين(م. سليم، 2003: 18).

مراحل نمو الذات:

يرى علماء النفس والباحثين ممن إهتموا بدراسة موضوع الذات أمثال كوث وجرجن، إنه من المفاهيم التي تنمو وتتطور مع الفرد منذ مراحل الطفولة الأولى، ويكون ذلك نتيجة للخبرات التي يمر بها هذا الفرد في تكيفه مع البيئة.

ويمكن تلخيص المراحل التي يمر بها هذا الفرد في تكوينه لذاته كما يلي:

1-مرحلة انبثاق الذات 0 الى 2 سنتين:

عند ولادة الطفل يكون في مرحلة اللاتمايز، ثم تبدأ عملية التمييز المتدرج بين ما هو ذات وما هو غير ذات، وهذا ما يحدث من خلال احتكاكه واتصاله مع أمه، في الحين الذي تتكون فيه صورته الجسدية تنبثق صورة داخلية أخرى تترجم فيما بعد بحب الآخر، والقيمة التي تسمى فيما بعد بتقدير الذات (م. ف. جيل، 2000: 354).

2-مرحلة تأكيد الذات 2 الى 5 سنوات:

تسمح هذه المرحلة بتكوين القواعد الأساسية لمفهوم الذات وهذا من خلال تكوين الهوية عن طريق اللغة، التمثيلات والتمايزات وتفاعل الطفل مع أفراد محيطه، كل هذا يؤثر على إحساس الطفل بقيمته الذاتية. اما بالنسبة لألبورت والذي أطلق اسم بروبيريوم على الذات، فإنها تأخذ المظاهر التالية:

-المظهر الأول: الذات الجسمية التي هي اول ما ينمو من البربريوم.

-المظهر الثاني: الهوية الذاتية.

المظهر الثالث: اعتبار (احترام) الذات (ع. الجسماني، 2000: 37).

3-مرحلة توسيع الذات: 7,5 الى 8 سنوات:

نمو وتعتقد القدرات المعرفية للطفل مع تضاعف الخبرات، هذا يسمح بالمقارنة الاجتماعية، حيث يقارن الطفل نفسه مع الآخرين خاصة مع أقرانه في المدرسة، فمن خلال هذه المقارنات

يعيد تشكيل صورة لذاته فتصبح أكثر تباينا ويبدأ في توسيع ذاته وتكوين صورة لها (م. س. كتاش، 2001 :33)

4- ظهور تقدير الذات: 7-8 الى 10-12 سنة:

تتطور لدى الطفل في هذه المرحلة قدرات النقد الذاتي وتكون المقارنة الاجتماعية أكثر دقة.

5- مرحلة تمايز الذات 10-12 الى 15-18 سنة:

في هذه المرحلة تحدث تغيرات كثيرة مرتبطة بمرحلتى البلوغ والمراهقة، مم يؤدي بالمراهق الى تغيير اتجاهاته نحو نفسه، حيث يحاول تقبل ودمج هذه التغيرات وتكيف صورة الجسم الجديدة ويحاول ان يثبت ذاته من خلال استقلاليته بتفكيره، ويبحث عن تقدير ذاته من خلال تواصله مع محيطه وبأقرانه.

6-مرحلة تكيف الذات 20 الى 60 سنة:

في هذه المرحلة لا يتطور مفهوم الذات بل يصبح موضوع إعادة تشكيل للمتغيرات التي يعيشها الفرد، فتكيف مع المهنة المختارة، الأمومة، الأبوة.... الخ.

7-مرحلة تراجع الذات من 60 فما فوق:

عادة يكون مفهوم الذات في هذه المرحلة سلبيا حيث يرتبط بالتغيرات التي تطرأ على المسن كالتغيرات الفيزيولوجية مثل الأمراض العضوية كفقدان السمع والبصر.... والتغيرات السيكولوجية كالشعور بالوحدة واليأس.... الخ. والتغيرات الاجتماعية كفقدان المركز الاجتماعي.

نظريات تقدير الذات :

و هناك العديد من النظريات ووجهات النظر التي تفسر تقدير الذات. و تختلف رؤى اصحاب تلك النظريات باختلاف المدارس النفسية الذين ينتمون إليها و ما ينطوى عليها من اراء و توجهات فكرية و سوف نستعرض اهم وجهات النظر هذه في سباق تاريخي كالتالي :

1. وجهة النظر السيكودينامية :

تتضح وجهة النظر السيكودينامية في تقدير الذات و ذلك من خلال إسهامات وايت (1963) الذي يرى ان تقدير الذات هو الاساس في الكفاءة و القدرة وبذلك فيمكن النظر إليه على أنه مكون نمائي يغطي دورة الحياة من الطفولة إلى الرشد. وأن تقدير الذات يرتبط بقدرة و بكفاءة الفرد على تحمل القلق و الواقع. بمعنى أخر(قوة الأنا) إذ أن العلاقة بين القلق و القدرة هي علاقة تبادلية. و أن إيصال تقدير الذات إلى مستوى القدرة هو المؤشر الإكلينيكي و المكون النفسي الهام في علاج النفسي.(م. س. ع.حامد، 2010 : 111)

2. وجهة نظر علم النفس الاجتماعي :

ويمثلها روزنبرج (1925) و الذي اهتم اهتماما كبيرا بموضوع تقدير الذات. وتتضح نظريته من خلال توجهه الذي يرى فيه أن الذات هي كيان اجتماعي و ان تقدير الذات ينمو في ضل محيط اجتماعي يتضمن الثقافة بما تتضمنها من قيم و مجتمع. وان تقدير هو مؤثر قوي في الاتجاهات و السلوك.

و قد اهتم "روزنبرج" بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم. و اهتم بالدور الذي تقوم به الاسرة في تقدير الفرد لذاته و اهتم بشرح و تفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات. واعتبر "روزنبرج" ان تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه و طرح فكرة ان الفرد يكون اتجاها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها و يخبرها. وما الذات إلا إحدى هذه الموضوعات. ويكون الفرد نحوها اتجاها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الاخرى إلا انه عاد و اعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف-ولو من الناحية الكمية- عن اتجاهات نحو الموضوعات الاخرى. (م. س. ع.حامد، 2010 : 111).

3. وجهة النظر السلوكية :

ويمثله كوبر سميث (1968) الذي اشتهر بدراسته و إطاره النظري في تقدير الذات على مدى أكثر من 8 سنوات أخرى خلالها العديد من الأبحاث التجريبية في تقدير الذات و خاصة لدى

الاطفال ما قبل المدرسة الثانوية. مستندا فيها على مبادئ التعلم بدلا من التأثيرات الاجتماعية التي اهتم بها روزنبرغ. اعتبر "سميث" التعزيز الباكر للخبرات عاملا هاما في نمو تقدير الذات. وقد عرف "سميث" تقدير الذات على انه الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى انها تصفه على نحو دقيق. وينقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين : التعبير الذاتي . وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها. و التعبير السلوكي. وهو يشير إلى تلك الأساليب السلوكية التي تعبر عن تقدير الفرد لذاته و هذه الاساليب السلوكية تكون قابلة للملاحظة (م. س. ع. حامد، 2010 : 112)

4. وجهة النظر الإنسانية :

بدأ مفهوم تقدير الذات من المنظور الإنساني يتجلى في الظهور في أواخر الستينات من خلال مجهودات براندن(1969) و قد ظهر ذلك أيضا في كتابه "علم النفس تقدير الذات الذي وصف فيه "براندن" تقدير الذات بأنه "حاجة إنسانية أساسية تتضمن مشاعر القدرة و الاستحقاق التي تواجه الافراد نحو السلوكيات الملائمة أو غير الملائمة بناءا على ذلك بأراء ماسلو(1954) في تنظيم و ترتيب الحاجات الانسانية.

حيث كان ل(ماسلو) السبق في الحديث عن الحاجات الانسانية و منها تقدير الذات. إلا ان "براندن" كان له الفضل في تطوير تقدير الذات في اطار انشائي . و قد اكد "ماسلو" ان الحاجات الانسانية لا تتساوى في اهميتها بالنسبة للإنسان. بحيث تكون هناك حاجات أكثر إلحاحا و أخرى أقل وقد وضع ماسلو هذه الحاجات في شكل هرمي تمثل قاعدته الحاجات الاساسية أو البيولوجية وكلما ارتقى الانسان كلما وصل إلى حاجات ارقى مثل الحاجة للحب و الحاجة للانتماء و تعد مواقع التقدير في المرتبة قبل الاخيرة و التي تأتي بعدها دوافع تحقيق الذات.

و يعرف ماسولو في هرمه حاجات تقدير الذات و هي حاجات الفرد إلى اعتراف الاخرين و تقديرهم و شعوره بالاستحقاق و الجدارة و إشباع هذه الحاجة يكون مصحوبا بالثقة و الشعور بالقيمة و الاعتبار و الفائدة أو المنفعة كما يؤدي نقص إشباع هذه الحاجة الى الشعور بالنقص و الافتقار الى الثقة و السلبية و الانسحاب من مواقف التنافس.

ورى براندين أن رغبة الانسان في تقدير الذات هي رغبة ملحة. و حاجة اساسية سواء كان ذلك بشكل واضح أو لا. فلا اخذ يمكن للفرد ان يقدر او يحكم على نفسه. فطبيعة الفرد لن تسمح لفه بهذا الخيار. و يؤكد "براندين" انه اذا ما حس الفرد بصورة شديدة- بحاجته الى النظرة الايجابية لذاته. فإن ذلك ربما قد يجمع او يحرف حكمه او تقديره و يتفسخ عقله. كي يتجنب ان يصبح وجها لوجه مع الحقائق التي ربما تؤثر على تقديره لذاته على نحو عكسي. فإذا ما افتقر الافراد الى تقدير الذات. فهم سيشعرون بالإجبار على ان يزيفونه و لصنع تقديرا ذاتيا واهما (و بالقطع هي حيلة نفسية) مدفوعين بواسطة الإحساس اليائس لموجهة العالم دون تقديرا للذات- تماما- مثلما يقفوا عرايا مجردين من السلاح في طريقهم الى الهلاك.(م. س. ع.حامد، 2010 :112-133).وجهة النظر التجريبية المعرفية :

يعتبر إبيشتاين هو رائد و نصير وجهة النظر المعرفية في تقدير الذات. فقد رأى ان الافراد ينظمون المعلومات و الخبرات التي يكونها حول انفسه و الاخرين و بينتهم فيما يسمى ب"النظريات الشخصية للواقع. واحد الافتراضات الرئيسية لهذه النظرية هو ان عقل الافراد يميل الى اخذ المعلومات و عمل ترابطات بين الاحداث ثم يتم تنظيم هذه الترابطات داخل أنظمة تكاملية مختلفة تتكون من مكونات اكبر و اصغر. فإن ذلك سيؤدي تباعا الى ما يسمى بالنظريات الشخصية حول الواقع و التعميمات التي تستخدمها كخطط معرفية من اجل خلق ال'حساس بعالمنا.

و افترض "إبيشتاين" ايضا ان النظريات الشخصية للواقع تعمل على تسيير النمو الشخصي و الحياة لدينا كأفراد. وهي تساعدنا في التفاعل مع الاخرين و لتحقيق التوازن بين السعادة و الالم في المستقبل. وكذلك تساعدنا في الحفاظ على درجة مناسبة من تقدير الذات. و يصف "إبيشتاين" تقدير الذات على انه حاجة إنسانية اساسية للجنس البشري باعتباره "مستحق الحب" و انه قوة دافعة تدفع الفرد للتغيير (م. س. ع.حامد، 2010 : 114).

خلاصة الفصل :

ويتضح مما سبق ان تقدير الذات هو الفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية الاخرين و تقييمهم له و ان كل ما تقدم يؤكد على الدور الاجتماعي او دور الاخرين و التفاعل معهم في

تقدير الفرد لذاته. فتقدير الذات إذن بمثابة تقييم عام لقدرات الفرد ينقله الى الاخرين بالأساليب التعبيرية المختلفة و تتضح ايضا اهمية العوامل الاجتماعية و العوامل الشخصية و عامل الوسواس القهري في تكوين تقدير الذات مرتفع او منخفض لدى الفرد و الذي ينعكس على سلوكهم و تصرفاتهم سواء مع انفسهم او مع غيرهم.

وقد تطرقنا في هذا الفصل إلى مجموعة من التعاريف للذات و تقدير الذات و الفرق بينهما و مراحل النمو الذات و مستويات تقدير الذات و اهم النظريات المفسرة له .

الفصل الثالث : الوسواس القهري

تمهيد :

تناولنا في هذا الفصل الوسواس القهري و الذي يتسم بالخاصية الرئيسية و هو انقياد المريض دون وعي و دون إرادة فعلية للتفكير في أشياء معينة (وساوس) أو ممارسة سلوكيات (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منهم لتخفيف وطأة الإضطراب أو القلق ، كل الأفراد المصابين بإضطراب الوسواس القهرية تقريبا يعترفوا بعملية الإستحواذ أي تمتلكهم أفكار غريبة تستحوذ على ذهنهم ولا يستطيعون التخلص منها و الشعور بالإلزام أو الإجبار على التصرف . الوقت أو تشوش على النظام المعتاد للفرد أو على أدائه الوظيفي أو أنشطته و علاقاته الإجتماعية مع الآخرين . (م . ع . ر . السيد ، 2009 : 268).

تاريخ الوسواس القهري:

تاريخ الوسواس القهري قديم جدا، فقد كان متلازما مع وجود المثل البشري، وقد كان موجودا قبل التاريخ الميلادي أيام الفراعنة في مصر، فقد أرسل أحد الكهنة ويدعى (حقا تحت) الى ابنه مجموعة رسائل في محتواها تشير الى الشك والوسوسة لدى ذلك الشخص.

كذلك في عهد ما بعد الميلاد وصف "جالينوس" طبيب الإمبراطورية الرومانية الأول هذا المرض؛ وذلك في القرن الثاني ميلادي؛ وفي عهد الدولة الإسلامية والتي امتدت من حدود الصين شرقا وحتى المحيط الأطلنطي غربا ومن تركيا والأناضول شمالا حتى أوساط افريقيا جنوبا؛ فلقد كان التراث الإسلامي زاخرا بوصف هذا المرض وأنواعه وعلاجه بأساليب لم تعرفها الدول الغربية الا ما يقل عن نصف قرن من الزمان.

هذا ومن أهم علماء العرب المسلمين الذين تحدثوا عن هذا المرض "أبو زيد البلخي" (850-943م) في كتابه " مصالح الأبدان والأنفس " حيث أنه ذكر " أحاديث النفس ووساوسها " ويقول: أما الوسواس الذي يمنع الانسان عن التفكير فيما سواه ويشغله عن أكثر أعماله أو عن قضاء أو طاره؛ فهو من الأعراض النفسية التي لا بد من علاجها .

ويقوم البلخي هذا الوسواس المرضي من حيث موضوعاته الى نوعين:

1- الوسواس الأول المتعلق بمن يحبه الانسان ويتمناه الأمثال: مجنون ليلي؛ حاليا يطلق عليه

علماء النفس المحدثون " Stalking " وبالعربية هو الملاحقة والتعلق وشدة الولوج والحب الشديد

لشخص ما لدرجة المشي وراءه ومتابعته في كل مكان وملاحقته وغالبا ما يكون هذا الحب من طرف واحد.

2- الوسواس الثاني يقصد به تحديث نفس الانسان بأمر مخوف قد يحل به عن قريب وأشد من ذلك هو تحديثها بمكروه وقد ينزل به في بدنه وحياته؛ وهذا أصعب المخاوف وأشدّها تمكنا من القلب واستيلائها عليه.

- ويرى "البليخي" أيضا أن الوسواس عرض ليس معروف السبب؛ وليس بالحقيقة عله موجبة؛ وانما هو شيء يقع في طباع بعض الناس من قبل مولده (وكأنما يشير من طرف خفي الى عامل الوراثة كسبب لهذا الاضطراب وهو ما يشير اليه كثير من الدراسات الحديثة في الغرب).

- وقد وصف "البليخي" بعض السمات الشخصية للموسوسين منها: أنهم يسيئون الظنون بأنفسهم في خيفتهم عليها مما لا يجب ان يخاف منه؛ كذلك يسيئون الظنون في مجمل أمورهم؛ فلا يعرض لهم أمر من الأمور الممكنة والتي يمكن أن تتصرف على وجهين الا ذهبت أو هامهم الى وجه الذي هو أصعب وأخوف؛ فهم دائما يتوقعون الأسوأ؛ وهذا يشابه كثيرا مما نشر في الدوريات الغربية في العقدين الآخرين.

ويجد هذا الطرح ما يؤيده عند التصنيفات الحديثة حيث يصنف الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق كما في التصنيف الأمريكي الرابع للأمراض النفسية . (ع. شادلي، 2009، 93 - 95) .

ما هو مرض الوسواس القهري ؟

يعتبر اضطراب الوسواس القهري مرضا سلوكيا . ويتميز هذا الاضطراب برغبة قوية من الشخص للسيطرة على دوافعه و افكاره . وكذلك وجود افكار متكررة . لا يرغبها الشخص . وتأتي رغما عنه . حتى بعد محاولته ابعادها و التخلص منها . ويعلم الشخص أن هذه الافكار هي افكاره . ويقوم الشخص المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظرا أفكاره . ويقوم الشخص المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظرا لأن هذه الافعال تخفف قلقه . هذا القلق يخف لفترة محدودة ثم يعود مرة اخرى مما يستدعي المريض

بالوسواس القهري إلى تكرار أفعال بصورة مبالغ بها قد تؤدي إلى إضاعة وقته وخسارة المعنوية و المادية إضافة إلى ان الاعمال القهرية تؤدي الى الضرر البدني بالشخص مثل كثرة الغسيل لاماكن معينة في الجسم. و ربما بمواد مضره كالمطهرات الكيمائية.

الوسواس القهري هو نوع من التفكير غير المعقول و غير المفيد الذي يلزم المريض دائما و يحنل جزءا من الوعي و الشعور مع اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير مثل تكرار ترديد جمل نابية أو كلمات كفر في ذهن المريض أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية تظل تلاحقه و تقطع عليه تفكيره بما يتعب المصاب. وقد تحدث درجة خفيفة من هذه الافكار عند كل إنسان فترة من فترات حياته. ولكن الوسواس القهري يتدخل و يؤثر في حياة الفرد و أعماله الإعتيادية و قد يعيقه تماما عن العمل.

إن احساس القلق و الشكوك و الاعتقادات المرتبطة بالتشاؤم و التفاؤل - كل هذه أشياء عادية في حياة كلا منا. و لكن عندما تصبح هذه الاشياء زائدة عن الحد كأن يستغرق إنسان في غسل اليدين ساعات و ساعات أو عمل أشياء غير ذات معنى على الإطلاق - كأن تقود سيارتك مرات و مرات حول منطقة سكنك للتأكد من أن حادثة ما لم تحدث. عندئذ يقوم الأطباء بتشخيص الحالة على انها حالة مرض الوسواس القهري. ففي مرض الوسواس القهري يبدو و كأن العقل قد إلتصق بفكرة معينة أو دافع ما و أن العقل لا يريد ان يترك هذه الفكرة او دافع ما و ان العقل لا يريد ان يترك هذه الفكرة او هذا الدافع .

ويعتبر مرض الوسواس القهري مرضا طبيا مرتبط بالمخ و يسبب مشكلات في معالجة المعلومات التي تصل المخ. وليست أصابتك بهذا المرض خطأ منك أو نتيجة لكون شخصيتك " ضعيفة " أو غير مستقرة. فقبل استخدام الادوية الطبية الحديثة و العلاج النفسي المعرفي. كان مرض الوسواس القهري يصنف بأنه غير قابل للعلاج. و استمر معظم المصابين بمرض الوسواس القهري في المعانات على الرغم من خضوعهم للعلاج النفسي لسنين طويلة. و لكن العلاج الناجح لمرض الوسواس القهري. كأى مرض طبي متعلق بالمخ. تغييرات معينة في السلوك و في بعض الأحيان يتطلب بعض الأدوية النفسية.

<http://vb.eq3.com//archive/index.php/t-128693.html>

تعريف الوسواس القهري :

لغة :

إذا اردنا معرفة المعنى اللغوي لكلمة "وسواس" في معاجم اللغة العربية .وجدنا أن الوسوسة لغة و هي حديث النفس .فيقال وسوست إليه نفسه "وسوسة" و "وسواسا" (بكسر الواو) اما "الوسواس" فهو الاسم من الاصل "وس" أو "وسوس"

وحسب مختار الصحاح (محمود ناصر). و القاموس المحيط (مجد الدين الفيروز ابادي) فإن "وسواس" بالفتح تقال بصوت الحلي .وهي أيضا اسم الشيطان . ويضيف القاموس المحيط معنى اخر للوسواس هو :العوذ.وكذلك همس الصياد و هو يتربص بفريسته. وفي المعجز الوسيط . يضاف أن الوسواس مرض يحدث من غلبة السوداء . يختلط معه الذهن .كما يضاف معنى اخر للفعل "وسوس" وهو كلاما خفيا كأن يقال: وسوس فلان فلانا اي كلمه كلاما خفيا.(ابو هندي. 2003 ص 19).

اصطلاحا :

و يعرفه وائل أبو هندي بأنه فعل عضليا أو حركيا بالمعنى المعروف, كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه أو أن يلمس المقبض, إلى آخره.أو يكون فعلا عقليا كان يعد الانسان عددا معنيا من الارقام أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعا من أغنية ما .(و.ابو هندي،2003: 5)

كما يعرفه كمال الدسوقي بأنه فكرة دائبة أو متجددة.مصطحة بقوة مارة بالأفعال.وتتضمن غالبا الحث على فعل من نوع ما .(ك. دسوقي،1988: 980).

في حين يراه حامد بأنه ظاهرة وجود خبرات نفسية غريبة في الشعور كأفكار أو افعال أو مخوف أو اندفاعات ثابتة و متكررة . (ح. زهران،1991: 61).

إلا أن صفوت فرج يعرفه بأنه افكار مقتحمة و غير مرغوبة و صور ذهنية و دفعات أو مزيج منها و هي عموما مقاومة و تتصف ايضا بكونها داخلية ألمنشأ(ص. فرج،200 : 60).

ولقد وضع (فرويد) أول وصف متكامل للعصاب القهري في كتابه "مقدمة عامة للتحليل النفسي" عام 1918. مقبوله "ينشغل عقل المريض بأفكار غير سارة ويسعد باندفاعات تبدو غريبة بالنسبة إليه و أنه مدفوع ليؤدي اعمالا لا تسده. وليس لديه القدرة على الامتناع عنها. وقد لا يكون للأفكار و الوسواس معنى في ذاتها. لكنها مع ذلك. أفكار مثابرة و مسيطرة على عقل المريض دائما(م. الطيب، 1991: 21).

الأسباب :

نظرية p . janet : بالنسبة له أن الأعراض الوسواسية هي مظاهر يتم تحريرها عند الشخصية المصابة بالوهن النفسي خلال انخفاض الطاقة النفسية ، و تعمل على تشويه وظيفة الواقع (ل. زروالي ، 2014 : 99).

نظرية التحليل النفسي :

يذكر أن فرويد عزل الوسواس عزل الوسواس القهري عن بقية الامراض في عامي 1894-1895. كمرض قائم بذاته و يتضمن السلوك القهري لدى فرويد. على نحو نموذجي.

الإلتقان المتكرر بشكل نمطي لطقوس في السلوك اليومي. كالذهاب للسريير. و غسل اليدين و تغيير الملابس الخ

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فإن هناك ميكانيزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري. حيث و صف "فرويد" ثلاث اليات (حيل) دفاعية تحدد شكل و كيفية الوسواس القهري و التي تتمثل في العزل. والابطال. والتكوين العكسي. وهذه الميكانيزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية.

وهكذا يتضح ان الوسواس و السلوك القهري لدى النظرية التحليلية ما هو إلا اعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ. نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة امنة نسبيا للتعبير عن افكاره ومساعيه المكبوتة. (جودة. 2005 ص 52).

النظرية السلوكية المعرفية :

يفسر السلوكيين اضطراب الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي . والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك متعلم من البيئة تحت شروط التدعيم .

وبالتالي فإن الافكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق. أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه. والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملا معيناً مرتبطاً بالافكار الوسواسية قد يخفف من القلق و تدريجياً و بسبب الفائدة في تخفيف القلق. فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك.

تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري. حيث تنظر هذه المدرسة إلى الوسواس على انها تمثل منبها شرطياً للقلق اصبح مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية الاشتراط بعدما كان في السابق منبها محايداً.(جودة.2005 ص 52).

حسب هاته النماذج, تشجع بعض التجارب العاطفية القوية و بعض المواقف الحياتية الضاغطة على حدوث الافكار المتطفلة التي تتميز بكونها ليست خاصة بالإضطراب الوسواسي القهري فهناك 80% من الافراد العامة السكان يعانون منها , لكنها تتميز كونها أقل تكرار وأقل حدة و سهل التخلص منها اكثر مما هي عند المصابين بالوسواس .

تؤكد بعض الدراسات على تواجد لدى المصابين على غرار الهشاشة البيولوجية (الإستعداد الوراثي للقلق و الصعوبات التعود) الهشاشة المعرفية, حيث تعمل الأنظمة الغير العقلانية للإعتقاد (الافكار الألية السلبية و مخططات الخطر) التي تستقر بصفة مبكرة تحت تأثير العوامل التربوية او البيئة على تحميلهم المسؤولية إلى اقصى حد. كما يثير التفسير المبالغ فيه و الكارثي للأفكار المتطفلة في المصاب للحاجة المألحة للتحكم من خلال التحكم في بعض الأفعال القهرية و بعض الطقوس, التي تعمل من جهتها على تدعيم المخططات الخطر و الحس بالمسؤولية, وتزيد من إمكانية عودة الوسواس و الطقوس بأكثر حدة .

بعض النماذج التفسيرية الأخرى. حاولت ان تدمج المعطيات البيولوجية بالمعطيات النفسية الخاصة بالإضطراب الوسواس القهري وخاصة بالعدوانية الضاهرة, وذهبت هاته الدراسات إلى إمكانيات وجود بعد ينتقل من القطب الخاص بالإضطراب الوسواس القهري (تقدير المبالغ فيه للخطر و التحكم المفرط و الإضطراب النشاط الجبهي) إلى القطب الخاص باضطرابات العنيفة (المرور إلى الفعل و البحث عن اللذة وإنخفاض النشاط الجبهي) مع وجود الاشكال اتحريضية و القهرية, وتشوه في الوظيفية الخاصة بالسيروتونين في كلا الاضطرابين .

المعطيات العصبية :

إن مساهمة العوامل الوراثية تم توثيقها في من الدراسات العائلية و حول التوائم : وجود انتشار الاضطراب عند بعض العائلات خاصة في بعض الاشكال العيادية المبتدئة خلال الطفولة و عند التوائم المتطابقة اكثر منها عند التوائم غير متطابقة, وكذلك تواجد أخذ اشكال العائلية المرتبط باضطراب. كما اكدت الدراسات حول فعالية مضادات الاكتئاب لدى المصابين على فرضية اضطراب النظام سيروتونيني. حيث يعتبر سيروتونيني الموصل العصبي الذي يعمل على الكف السلوكي و على تجنب الخطر. و اظهرت دراسات اخرى على إمكانية وجود اختلال النظام الدوباميني في الاضطرابات ذات الحدة المخففة.

‘ضافة إلى كل هذا. اظهرت التقنيات التصوير الدماغية توضيفا مفرطاً للمناطق الحجرية و الجبهية (البنىات المتدخلة في السيروتون المعريفية), وكذلك وجود تدخل للعقد للقاعدية خاصة النوات الذنبية (البنىات التي تتحكم سلوكيات القهرية الحركية و تعمل على تعديل النشاط الحركي الإرادي). كما لوحظ لدى المرضى الذين شفوا من الاضطراب, سواء عن طريق العلاج الدوائي او عن طريق العلاج المعرفي السلوكي, انخفاض في النشاط المفرط للأبيض الخاص بالمنطقة الحجرية الجبهية. الذي قد يكون انعكاساً للمجهود المبذول في محاربة الافكار المتطفلة .

كما تم ملاحظة بعض المظاهر الوسواسية او القهرية في بعض الإصابات الخاصة بالأنوية القاعدية (الالتهاب الدماغى الوبائى و التسمم بأكسيد الكربون و التسمم بالمنغيز), وفي بعض الإصابات الخاصة بالأنوية الرمادية خلال بعض الإصابات الجرثومية الطفولية (ل.زروالي ، 2014 : 101).

الدراسة العيادية : يتحدد الوسواس القهري بحدوث وساوس و افعال قهرية و طقوس .

الوساوس :

تتميز الوسواس بسيطرة افكار و تصورات و ميول على فكر المريض بالرغم من إدراكه بطابعها الشاذ و غير العقلاني و غير المتماشي مع الفكر المنطقي .وبالرغم من المجهود المتفاني للإقلاع عنها .تنقسم هاته الوسواس إلى ثلاث انواع :

1. الوسواس الرهابية :

تتميز عن الرهابيات كون ان خوف يحدث بغياب الموضوع حيث يكفي التفكير في الموضوع أو الوضعية المثيرة للخوف ليشعر المريض بالقلق.الاشكال الاكثر اعتيادية :الخوف من الاوساخ(البراز و من الحيوانات المنوية) ومن الامراض (السرطان و السيدا) . و من الجرائم ومن التلوث و من المواد السامة .

2. الوسواس الفكري :

وتسمى كذلك بالوسواس ذات الطابع الإستفهامي . و التي كانت تسمى قديما بجنون الشك . ويمكن لموضوع الوسواس ان يتمثل في فكرة مجردة و ترتبط بالمواضيع الماورائيات (وجود الله .الموت) أو في الشك اتجاه بعض السلوكات الخاصة : هل اغلقت قارورة الغاز؟.هل أغلقت الباب?...كما قد تمس الوسواس كذلك الحياة الأخلاقية و الحياة اليومية و المهنية كالخوف من الخطأ في الصلاة و الوضوء....

3. الوسواس المحرضة :

تهيمن على المريض أفكار و تخوفات من الاقدام على ارتكاب افعال شاذة و غير الاخلاقية و المضرة و حتى الإجرامية كا التخوف الفرد من الاعتداء جنسيا على أطفاله و خوفه من التلفظ بكلام مشين خلال اجتماع عمل أو في أماكن العبادة.

إضافة إلى ذلك يمكننا إضافة نموذج رابع يتمثل في الصور الإستوحانية وهي تعبر عن وجود صور مخيفة أو مرعبة تستحوذ على فكر المريض (صور جنث و صور دينية تصاحبها صور خليعة.....).

4. الأفعال القهرية :

وهي أفعال يشعر المريض أنه مضطر للقيام بها بالرغم من وعيه بطبعها الشاذ و المضحك و المخرج. تتمثل الأفعال القهرية الأكثر اعتيادية في الغسل المتكرر لليدين و القيام بحسابات ذهنية قبل مبادرة بأي فعل. وقراءة التعاويذ قبل الخروج من المنزل (ل. زروالي ، 2014 : 98).

الوساوس و الأفعال القهرية لدى المرضى و الأسوياء :

المعروف ان بعض السلوكيات التي نأتيها في حياتنا مثل المحافظة على النظام و النظافة و دقة المواعيد و إتقان العمل و الحذو و الإتقان في اختيار الملابس الانيقة و ارتدائها بطريقة منسقة.... الخ. كل هذه السلوكيات و غيرها تكون مطلوبة و ضرورية بل و يفضلها المجتمع و يعتبرها من سمات الحضارة الحديثة لكن ظهورها بصورة متكررة و مبالغ فيها يجعلنا ننظر اليها على انها اعراض مرضية. فكثير من الافراد لديهم الوسواس او القهر. ومعظمهم لديهم افكار غير مرغوبة زائدة عن الحد. وقد أظهرت الدراسات أن أكثر من 75٪ من الافراد العاديين البالغين قد مروا بهذه الخبرات. وبالمثل فإن العديد من الافراد لديهم سلوكيات قهرية متنوعة مثل مراجعة مفاتيح الكهرباء او الابواب و الأقفال أكثر من مرة. و يعد الفرد يعاني اضطراب الوسواس القهري الإكلينيكي, عندما يكون الوسواس او القهر بدرجة شديدة جدا. و تدخل في حياة الفرد و انشطته. و تدخل مع انماط السلوك العادي. و تصبح مشكلة فقط عندما تكون مفرطة. (أ. م. ع. عبد المنعم ، 2014 : 50) .

وتوجد عدة معايير يمكنها ان تساعدنا في الحكم على الاعراض الوسواسية القهرية بأنها مرضية او غير مرضية و هي :

- 1- نوع الاستجابة المؤثرة و التي ترافق المثيرات او الافكار مثل استجابة البعض و الكره اللاموضوعية او خبرة الألم او الخطر او خبرة المرض و السرور.
- 2- تكرار السلوك اي عدد المرات التي يحدث فيها الوسواس القهري في فترة زمنية معينة.
- 3- مدة حدوث السلوك اي ما اذا كان السلوك الوسواسي القهري يحدث لمدة أطول بكثير او أقل بكثير مما هو عادي.
- 4- طوبوغرافية السلوك اي الشكل الذي يأخذه السلوك الوسواسي القهري.

- 5- شدة السلوك بمعنى ان السلوك الوسواسي القهري يعتبر مرضا إذا كانت شدته قوية جدا.
6- المعيار الذاتي اي شعور الفرد او عدم شعوره بالرضا عن سلوكه.

وطبقا لدليل منظمة الصحة العالمية فإن هناك معايير تحدد السواء و اللاسواء في

الوساوس و الافعال القهرية و هي :

- 1- تكرار حدوث الاعراض في أغلب الايام و لمدة اسبوعين على الاقل.
- 2- ان تكون هذه الاعراض مصدرا للإزعاج مع النشاطات العادية للشخص.
- 3- اعتراف المريض بهذه الاعراض سواء افكار او افعال و ربما يعترف المريض بوجود عرض واحد او يرفضها و يحاول مقاومتها بطرق غير ناجحة و احيانا يعترف المريض و لكن لا يكثر بأعراضه و لا يعمل على مقاومتها (سعفان. 1997 ص 302 – 303). ويضيف سيمون وكنرك ان 78/ من مرضى الوسواس القهري ينظرون إلى طقوسهم على أنها سخيطة و لا معنى لها و مخالفة للعقل. وعلى الرغم من ذلك فإن الفرد لا يستطيع إيقاف أفكاره الوساوسية اي ان الفهم العقلاني لا يتحول إلى فهم انفعالي وهذا لا يحدث مع الاسوياء.

ومن الدراسات التي اهتمت بالتمييز بين المرضى و الاسوياء في اضطراب الوسواس القهري دراسة راخمان ودى سيلفا و التي توصلت إلى ان الوسواسيين العاديين و المرضى قد تشابهوا في اسلوب التعبير عن العلاقة بين الاعراض و الحالة المزاجية. كما تشابهوا في المحتوى. ولكن الاختلاف بينهما تمثل في ان الوسواس لدى المرضى كانت تأخذنا وقتا اطول. كما انها تؤثر في علاقاتهم الاجتماعية و ينجم عنها مزيد من الضيق و عدم الإرتياح. كما انها اكثر صعوبة في طردها و التخلص منها. وقد خلصت الدراسة ان الوسواس القهري توجد لدى المرضى و العاديين على السواء و ان الفرق بينهما في الدرجة و ليس في النوع.

في ضوء نتائج هذه الدراسة يتوقع انتشار الوسواس و الافعال القهرية بين الأسوياء و المرضى على السواء. و ان الفارق بينهما في الدرجة و ليس في النوع. وهذا ما يشير إلى إمكانية دراسة اضطراب الوسواس القهري على أفراد المجتمع العاديين . (أ. م . ع . عبد المنعم ، 2014 : 52)

اضطرابات الشخصية القهرية :

يتصف الاشخاص الذين يوجد لديهم اضطراب شخصية من النوع القسري بنمط واضح و دائم من النزعة الكمالية و الجمود. وتعيق حاجاتهم لفعل كل شيء بصورة مطلقة الكمال الى درجة انهم قلما يستطيعون من انهاء اي عمل .

و يحتل العمل و الانتاجية في حياة هؤلاء الاولوية المطلقة مقابل الراحة و الاستمتاع و قلما يأخذون إجازة ولا يجيزون لأنفسهم الإسترخاء او الراحة . ويعتبرون "مدمنو عمل".

وبما انهم يخشون ارتكاب الاخطاء فإنهم يتجنبون اتخاذ القرارات. وعدم قدرتهم على التقرير فيما يتعلق بمسألة اي من الاشياء يمكن ان تكون مهمة من اجل الاحتفاظ بها و ايها ليست كذلك تدفع بهم الى الاحتفاظ بكل شيء و تجميعها.

الاشخاص الذين يوجد لديهم هذا النوع من الاضطراب دقيقون جدا. ويسرهم إطلاق الاحكام على انفسهم و على الآخرين. ومن الناحية المادية والإنفعالية فهم بخلاء ويبدون للآخرين جامدين.(س. ج. رضوان، 2009 : 150 - 151).

ومن امثلة الشخصيات الوسواسية القهرية :

(1) الموظف الروتيني المتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة و التدقيق و التردد ويفزع من المرونة و التصرف و يتهرب من اتخاذ قرارات البت السريع.

(2) ربة المنزل التي تعمل ليل نهار في نظافة المنزل و الاطفال و الملابس و الاواني.....الخ.

(3) العانس التي تسيطر عليها فكرة محددة تعتقد انها سبب عنوستها و تقوم بأنماط سلوكية قهرية لعل فيها حلا (او فكا) لعقتها. (س. ع . فهمي، 2009 : 185)

المعايير التشخيصية لإضطراب الوسواس القهرية (DSM.IV-TR,2004)

أ-إما وسواس أو أفعال قهرية :

الوسواس كما تعرف بواسطة (1)،(2)،(3)،(4).

1-أفكار أو إندفاعات أو صور عقلية يخبرها الفرد في بعض الأوقات أثناء الإختلال ، تبدو مقحمة و غير مناسبة و تسبب قلقا أو أسى نفسيا واضحا .

2-لا تعد الأفكار ، أو الإندفاعات ، أو الصور العقلية مجرد إنشغال زائد بمشكلات الحياة الواقعية.

3-يحاول الشخص تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار ، أو الإندفاعات ، أو الصور العقلية أو إبطالها (تحييدها) ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى .

4-يعرف الشخص أ، الأفكار ، أو الإندفاعات أو الصور العقلية هي نتاج وساوسه العقلية (أو تفكيره) (و ليست مفروضة عليه من خارجه كما في إقحام الأفكار thought insertion).

الأفعال القهرية (القسرية) كما تعرف بواسطة (1)،(2).

1-سلوكيات متكررة (مثل : غسيل الأيدي ، الترتيب ، الفحص) أو أفعال عقلية (مثل : العد ، ترديد كلمات في صمت)، و يشعر الشخص أنه منقاد لأدائها كاستجابة لوساوسه ، أو طبقا لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (حرفيا).

2-تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع حدوث -أو الحد من - الأسى النفسي ، أو منع حادث أو موقف مفزع ، و على أي حال فهذه السلوكيات أو الأفعال العقلية أما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحييده أو أنها زائدة بشكل واضح.

ب-يدرك الشخص عند نقطة ما أثناء سير الإضطراب ، أن الوسوس أو الأفعال القهرية زائدة (مبالغ فيها) أو غير منطقية .

ملاحظة : لا ينطبق ذلك على الأطفال .

ج-تسبب الوسوس أو الأفعال القهرية أسى نفسي ملحوظ ، و تستهلك وقتا كبيرا (أكثر من ساعة يوميا) ، أو تعيق بوضوح نمط الحياة المعتاد للشخص أو المهام المهنية (أو الأكاديمية) أو أنشطته أو علاقته الإجتماعية المعتادة .

د-إذا وجد إضطراب آخر من الإضطرابات المحور الأول axis I فإن محتوى الوسوس أو الأفعال القهرية لا تقتصر عليها (مثل : الإنشغال بالطعام في وجود أحد إضطرابات الأكل ، أو نزع الشعر في وجود هوس نزع الشعر TRICHOTILLOMANIA ، أو الأنشغال بالمظهر الخارجي في وجود اضطراب التشوه الوهمي للجسم ، أو الأنشغال بالعقاقير في وجود إضطراب إستخدام المواد المخدرة ، أو الأنشغال بالإصابة بأمراض خطيرة في وجود توهم المرض ، أو الأنشغال بالدفعات ، أو الخيالات الجنسية في وجود إضطراب الشذوذ الجنسي ، أو إجترار الشعور بالذنب في وجود إضطراب الإكتئاب الأساسي).، أو لحالة طبية عامة .

حدد مت إذا كان :

مصحوبا باستبصار ضعيف with poor insight : إذا كان الشخص غير مدرك معظم الوقت أثناء النوبة الحالية ، أن وساوسه و أفعاله القهرية زائدة أو غير معقولة .

ه- لا يرجع الإضطراب إلى التأثير الفسيولوجي المباشر لمادة (مثل : سوء إستخدام عقار ، علاج طبي)

و يشخص إضطراب الوسواس القهري في دليل تشخيص الامراض النفسية العاشر I-C-D10 على النحو التالي :

1. الاعتراف بان هذه الافكار ناشئة او نابعة من عقل المريض. وليست مفروضة عليه من اشخاص أو سلطة خارجية.

2. الاقتران بان هذه الافكار أو الافعال القهرية متكررة و غير سارة و انها مفزعة و ليس لها سبب.

3. يحاول المريض مقاومة الوسواس او الافعال القهرية و لكنها محاولات غير ناجحة.

4. الاقرار بان تجربة المرور بالأفكار الوسواسية أو الافعال القهرية غير سارة.

بالإضافة الى المحكات التشخيصية السابقة للوسواس و الافعال القهرية .توجد عدة محكات

اضافية اخرى تعين على التشخيص اهمها :

• مع استمرار الاضطراب فإن الشخص يدرك أن الوسواس و الافعال القهرية زائدة عن الحد و مبالغ فيها و إنهما غير واقعية (لا ينطبق ذلك على الاطفال).

• تسبب الوسواس و الافعال القهرية الاسى و الضيق (وتستغرق اكثر من ساعة في اليوم).او تتداخل بشكل واضح مع النظام اليومي للفرد أو المهام الوظيفية (أو الاكاديمية)أو الانشطة الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية مع الاخرين .

• في التشخيص التصنيفي :يتم مراعاة التمييز بين الاعراض الخاصة بالوسواس القهرية المشار اليها سابقا.والاعراض الخاصة باضطرابات اخرى مثل :

1. الانشغال بالطعام في حالة اضطرابات الاكل.

2. نتف الشعر في حالة هوس نتف الشعر.

3. الانشغال بالمظهر الخارجي في حالة اضطراب التشوه الجسدي .

4. الانشغال بالأدوية في حالة سوء استخدام المواد المخدرة .

5. الانشغال بالإصابة بالأمراض خطيرة في حالة اضطراب توهم المرض.

6. الانشغال بالرغبات أو التصورات الجنسية في حالة الانحراف الجنسي.

مع مراعاة ألا يكون الاضطراب ناتجا عن مشاعر الذنب في حالة اضطراب الاكتئاب الجسيم أو تأثيرات فسيولوجية مباشرة مثل تعطي عقار ما (سوء استخدام الادوية) أو في العلاجات الطبية .

ونخلص مما سبق إلى تداخل أعراض الوسواس و الأفعال القهرية مع بعض الامراض و الاضطرابات النفسية الأخرى كالقلق و المخاوف و الإكتئاب و الفصام. وهو ما يؤكد على ضرورة التزام الطبيب أو الأخصائي النفسي بفحص المريض بعناية و دقة. والرجوع إلى تاريخ الحالة . و التفريق بين الاعراض الأولية و الثانوية و التأكد من تطابق المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب الوسواس القهرية حتى يتم نجاح التدخل الطبي و النفسي .(أ. م . ع . عبد المنعم ، 2014 : 31 - 33) .

نبذ عن بعض العلاجات التي اهتمت بعلاج الوسواس القهري :

تتعدد و تتنوع الاساليب العلاجية لاضطراب الوسواس القهري. و على الرغم من ذلك فإنه يعد من اقل الاعصبة استجابة للعلاج. وربما يرجع ذلك إلى ميكانيزمات الدفاع التي تتصدى بكل قوة لكل محاولة علاجية ضد منع الأفكار أو الأفعال القهرية و يعرض المؤلف بإيجاز العلاجات المستخدمة في هذا الاضطراب :

1. العلاج الكيميائي :

للعلاج الدوائي اهمية خاصة في علاج اضطراب الوسواس القهرية التي لم تعالج بنجاح بواسطة الاساليب العلاجية الأخرى. حيث يستخدم الكلوميبرامين على نطاق واسع في علاج هذا الاضطراب. كما انه أضحى فاعلية أكثر من العقاقير الأخرى المستخدمة في علاج الوسواس القهرية كما ان الكلوميبرامين أدى إلى زوال أو تحسين الأعراض مما غير حياة كثيرين من المرضى و اعطاهم أملا جديدا في الحياة العادية الطبيعية. و الادوية المستعملة هنا لا تسبب اي نوع من الإدمان و هي سليمة و ليست لها أخطار بشكل عام (ح .مالح، 1995: 42).

وتعد ميزة العلاج الدوائي بالنسبة للعلاج النفسي. أن العلاج النفسي قد يقاومه بعض المرضى منذ البداية. و من ثم فهو لا يصلح لهم و لذلك فلا بد من اللجوء إلى العقاقير (أ. عبد الخالق، 2002 : 316). ولكن يعاب على العلاج الدوائي انتكاسه المرضى في حالة التوقف عن

تعاطي الدواء فحوالي 90/ من المرضى الذين استجابوا للكومبيبرامين انتكسوا بعد اسابيع قليلة من توقف العلاج (م . عبد الرحمن، 1999 : 283).

ويتضح مما سبق أن العلاج الدوائي يتم من خلال استخدام مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية التي تعرف بالكومبيبران. و على الرغم من فاعليتها في علاج اضطراب الوسواس القهري إلا انه ثبت عمليا أن المرضى انتكسوا بعد وقف الدواء.

2. العلاج الجراحي :

و هو اسلوب علاجي لا يستعمل الا في الحالات التي فشلت معها الوسائل العلاجية الخرى. و الجراحة لا تشفى الوسواس القهري و لكنها تلغى إحساس المريض بالقلق و الاكتئاب. فتضل وسواسه كما هي دون اي انفعال من جانبه فالجراحة ماهي إلا كى بعض المراكز في الفص الجبهي للمخ (ع . صادق، 2006 : 57).

اي ان الجراحة كخيار علاجي لا يشفى الوسواس القهرية و لكنها تمنع الشعور بالقلق و الانفعال الناتج عن الاعراض الوسواسية القهرية و بالتالي تجعل المريض غير مهتما بها.

3- العلاج الكهربائي:

لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج الوسواس القهري و لكنها تحسن الأعراض الاكتئابية و الافكار السوداوية التي تصاحب المرض. ولا يلجأ للكهرباء إلا في الحالات التي يخشى منها صحة المريض النفسية من الناحية الاكتئابية.

4- العلاج البيئي و الاجتماعي :

يحتاج المريض احيانا إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت لها علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بالميكروبات أو طقوس قهرية خاصة و بالطبع فهذا النوع من العلاج وقتي و لا يستأصل المرض جذريا لأنه سرعان ما تعود الأعراض ثانية بالرغم من تغيير البيئة (أ. عكاشة، 1998 : 155-156).

العلاج النفسي التحليلي :

يستخدم التوجه السيكودينامي بعض الفنيات العلاجية. مثل التفريغ الانفعالي و التداعي الحر و تحليل الاحلام. لتشخيص و علاج اعراض العصاب القهري ويرى عكاشة (1998 : 154) ان

المريض الوسواس القهري يحتاج للعلاج النفسي و ذلك لتفسير طبيعة الاعراض و تشجيعه و طمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون و التقليل من خوفه على ملكاته العقلية مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي ادت الى هذه الاعراض و المعنى الرمزي لأعراضه. و الحق ان ادعاءات رواد التحليل النفسي متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض.

و يعترف الكثير من الذين يستخدمون فنيات التحليل النفسي في علاج عصاب الوسواس و الافعال القهرية بصعوبة علاج هذا المرض و يأتي في مقدمة هؤلاء "اوتوفينخل" و طبيعة هذه الصعوبات :

1. أن النوعية الخاصة بالدفاع المميز للعصاب القهري تجعل من العسير جدا. إتباع المريض للقاعدة الأساسية ويرجع ذلك إلى انتباه رقيب دائم لا يفلت منه المريض لحظة. و إجباره على أن يهرب دائما من التداعي الطليق غير النظامي إلى الأفكار المحددة النظامية التي تساير العقل.

2. أن يدخل الصراع و الدور الذي تلعبه الأنا العليا يجعلان مهمة التحليل اصعب بكثير. فالأنا عند المصابين منشطرة. و المحلل يستطيع في ثقة أن يعتمد قسما واحدا من الأنا فقط. اما بقية الأنا فتفكيره سحري لا منطقي. و تقف في الناحية العلمية في الجانب المقاومة.

3. أن النكوص يعني أن طبيعة علاقات المريض مع الموضوعات قد تغيرت حيث تحكمها نزاعات إستية و على وجه الخصوص تتناقض العاطفة و العناد. فهناك تمرد ضد المحلل و إذعان له في نفس الوقت.

4. إن عزل محتوى(الأفكار) عن الانفعالات المناظرة يشكل صعوبة خاصة فثمة خطر أن يعيش المريض التحليل على انه مجرد فهم عقلي دون أن تكون هناك مقاومة تمنعه من أن يعيش الخبرة الانفعالية.

هذه الصعوبات ليست من المستحيل تخطيها و لكن لا يستهان بها لأن بسببها يكون كل تحليل لعصاب قهري مهمة صعبة (م. سعفان، 1998: 148-149).

ويتضح من عرض العلاج التحليلي كأسلوب لعلاج الوسواس بأنه غير فعال. نظراً لما يعترضه من صعوبات كطول فترة العلاج لعدة سنوات مثلاً و قد لا يشفى. أو صعوبات تتعلق بالمريض كعدم قدرته على الإسترخاء بسهولة.

العلاج السلوكي المعرفي للوسواس القهري :

1 - العلاج المعرفي السلوكي :

يعد التعرض exposure أو منع الاستجابة response prevention من الظهور هما أهم فنيات العلاج المعرفي السلوكي و أكثرها فعالية مع مرضى الوسواس القهري و خاصة مع سلوك النظافة القهري (غسل الأيدي) ، و تتم هذه العملية في أربع خطوات :

1-تعريف و تحديد الأشياء و الأنشطة التي قد تدفع المريض لغسل يديه ...

2-تقديم شرح كامل للفنية العلاجية و المنطق الذي تقوم عليه .

3-تشجيع المريض على لمس الأشياء أو ممارسة السلوك الذي يثير لديه الرغبة في غسل الأيدي (ويعد ذلك الجزء الخاص بالتعرض في البرنامج العلاج).

4-بعد لمس المريض للشئ الذي يشعره بعدم الراحة يتم حثه للإحجام أو الإمتناع عن غسل يديه (منع الاستجابة من الظهور).

و في بعض العلاجات يكون هناك إلزام صارم بمنع المريض من الاستجابة ، و يطلب المعالج من المريض الموافقة على تفويت الفرصة لغسل الأيدي ، و هنا سيرتفع قلق المرض بعد لمسه للأشياء و بعد ذلك ينخفض أثناء جلسة العلاج ، فتركيز المريض على الخوف من التلوث يساعد في عملية العلاج، و من الملاحظ أن نتيجة هذا العلاج -اختزال القلق- هي نتيجة مخالفة لكلا النظريات التي تتنبأ بزيادة خطيرة في القلق إذا منع الشخص من استكمال النشاط القهري و لهذا النوع من العلاج ثلاثة أهداف هي :

1-كسر حلقة التدعيم السلبي الذي يحدثه السلوك القهري على المريض.

2-إخماد القلق الناشئ عن لمس الشئ الملوث (في نظر المريض).

3-تنمية فعالية الذات لدى المريض لمواجهة هذا النوع من المواقف. (م . ع . ر . السيد ،

2009 : 278-279).

المسار و المآل لمرضى الوسواس القهري :

يبدأ هذا الاضطراب الوسواس القهري في سن المراهقة أو بداية البلوغ, وأحيانا يظهر عند الأطفال, وقد تظهر اعراضه عند الذكور عن الإناث. و قد تكون تدريجية او حادة او مفاجئة و في بعض الاحيان قد يصاحبها شحوب و ضعف مزمن مع تفاقم الاعراض و التي قد تعود للمضغوط. (ص.فرج ، 2002 : 209)

وقد كان ينظر فيما مضى لمآل عصاب الوسواس القهرية على انه أسوأ من باقي الامراض النفسية العصابية. اما الان فلمآل يكاد يوازي باقي الامراض العصابية إلا انه يعتبر من اصعبها علاجاً و خاصة في الحالات الشديدة حيث انه يتميز بفترات متساوية من الهوادة و الاشتداد و لوحظ ان حوالي 20 إلى 30% من المرضى يتحسنون بدرجة كبيرة و ان 40 إلى 50% يتحسنون بدرجة متوسطة بينما 20-40% من المرضى إما أن يظلوا كما هم او تتفاهم اعراضهم. و ان ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذي تحول الوسواس إلى فصام و المآل الحسن للمريض مرتبط بحسن التوافق الاجتماعي و الوظيفي (حمودة.1990 ص 330).ومرض الوسواس القهري غير معد. وقد تتغير مواضيع الوسواس مع مرور الوقت. وفي بعض الاحيان. يضيف العقل وسواس جديدة و في بعض الاحيان الاخرى يتم استبدال الوسواس القديمة بوسواس جديدة تماماً(بركات.2004 ص 23).

ويرى ابو هندي (2003 : 193-194) انه توجد بعض العلامات التي تشير إلى مآل الوسواس القهري الاسوأ:

1. الاستسلام للأفعال القهرية بدلا من مقاومتها.
2. وجود بعض الاقتناع او الاقتناع التام بالأفكار الو سواسية بدلا من رفضها.
3. أن تكون الأفعال القهرية غريبة أو شاذة.
4. وجود اضطرابات شخصية كما يتضح من تاريخ حياة المريض قبل المرض خاصة اضطراب الشخصية الفصامية النوع.
5. أن يكون بداية اعراض الاضطراب في سن الطفولة.

6. أن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض و أدائه الوظيفي كبيرا الى الحد الذي يستدعي دخول المستشفى .

7. وجود تاريخ الوسواس القهرية في اللجوء الى طبيب النفسي .

8. أن يتأخر المريض في اللجوء الى الطبيب النفسي .

ويرى عبد الخالق (2002 : 151) ان العلامات التي تشير الى مأل أفضل هي :

1. ان تكون الاعراض الو سواسية خفيفة و غير نمطية .

2. الدوام القصير للأعراض قبل العلاج.

3. التطور الصحي قبل المرض .

و يتضح مما سبق ان المسار و المأل المرضى لا اضطراب الوسواس القهري يرتبط ارتباطا وثيقا بالاكتشاف. فكلما كان الاكتشاف مبكرا و في سن صغيرة كلما كانت فرصة التحسن و الشفاء كبيرة. فالأعراض ما زالت في بدايتها و لم تتفاقم. وعلى العكس تماما فإن تأخر اكتشاف الاضطراب او إذا طالت مدة معاناة المريض به وفي عرض نفسه على الطبيب. فإن ذلك يؤثر سلبيا على مسار و مأل الاضطراب .

خلاصة فصل الوسواس القهري :

تم التطرق في هذا الفصل الى اهم العناصر المتعلقة بالوسواس القهري إبتدأ من التعريف به كاضطراب نفسي يتصف بوجود أفكار متكررة و متسلطة على الفرد حيث تجعله تابعا لها رغم إدراكه انها غير واقعية إضافة إلى ذكر أهم المعاليم و الاسباب و العوامل وكذا التشخيص الذي تم بالمعايير التصنيفية و اهم النظريات المفسرة لها و الميكانيزمات الدفاعية و بعض الامثلة و اضطرابات الشخصية القهرية وأهم العلاجات الممكنة و معرفة الفصل بين الاسوياء و مرضى الوسواس القهري مع التطرق إلى المأل و المسار الذي يؤول إليه.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : منهجية الدراسة

تمهيد :

في هذا الفصل تم التطرق للجانب التطبيقي من الدراسة ، انطلاقا من الدراسة الإستطلاعية و كيفية اختيار العينة ، المنهج المتبع ، الأدوات المستخدمة ، و الدراسة الأساسية .

المنهج العيادي :

إن اعتماد المنهج العيادي يسمح بفهم شخصية الفرد وتقديم المساعدة اليه , ويعرفه اديب الخالدي على انه " منهج يعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة و التعرف قدر الامكان " (أ . م . الخالدي ، 2006 : 18) .

1.الملاحظة العيادية:

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام، يرمي إلى إدراك و تسجيل دقيق و مُصمم لعمليات تخص موضوعات، حوادث أو أفراد إنسانيين في وضعيات معينة. (بوسنة عبد الوافي زهير. ص5.)

2.المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة من الأدوات الأساسية لجمع المعلومات و البيانات لدراسة الفرد، كما أنها من أكثر الوسائل فعالية و شيوعا في الحصول على البيانات اللازمة و الضرورية لأي بحث. بمعنى آخر هي وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالبحث. و قد عرفها أنجلس أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر، أو مع أفراد بهدف الحصول على معلومات لإستخدامها في البحث العلمي، أو الإستعانة بها في عمليات التوجيه و التشخيص و العلاج. (عمار بوحوش. 1999. ص75.)

مقياس روسن بيرج :

تم تدعيم دراستنا بهذا المقياس كوسيلة قياسية كمية .

وصف المقياس:

هو مقياس موضوعي او عد من طرف الباحث روسن بيرج لقياس مستوى تقدير الذات و قد عرف تقدير الذات بأنه العور بالقيمة حيث يرى ان تقدير الذات يمثل إتجاه نحو الذات إما ان يكون إيجابا ام سلبا و الذي يتمثل بشعور الفرد بأنه ذو قيمة و يحترم ذاته .

يتكون مقياس روسن بيرج من عشرة فقرات كل فقرة تحمل دلالة حول تقدير الذات تقابلها استجابات المفحوص والمكونة من اربعة إجابات يختار منها واحدة توافق حالته ومقيمة بدرجات من صفر إلى اربعة (40.0) ويتم التصحيح و التفسير على المستوى التالي :

تجمع الدرجات و كلما كان الفرد لديه علامات اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات. حيث تتراوح الدرجات الكلية بين (0-40) و المتوسط هو 20 فإذا كانت النتيجة فوق 20 درجة نقول ان تقدير الذات مرتفع و إذا كانت تحت درجة 20 نقول أن تقدير الذات منخفض .
(www.mhceg.com)

حدود الدراسة

الحدود المكانية :

لقد تمت إجراء هذه الدراسة على مستوى ولاية وهران ، حيث تمت المقابلات مع الحالة الأولى بمنزلها و هذا برغبة من زوجها ، مع منحنا غرفة ملائمة ساعدت على تسهيل الفحص النفسي ، أما بخصوص الحالة الثانية فقد تم الإستعانة بمكتب عند طبيب خاص و هو الذي تمت فيه المقابلات ، بحيث توفرت فيه كل شروط الفحص النفسي ، و كان ذلك بالضبط بحاسي بونيف .
الحدود الزمانية : تمت هذه الدراسة من الفترة الممتدة بين 15 جانفي إلى غاية 10 جوان 2017.

وصف حالتنا الدراسة :

تمت دراستنا على حالتين راشدين من جنس أنثى تبلغان من العمر في الحالة الاولى 45 سنة و الثانية 46 سنة, متزوجتان وأجرينا المقابلة الاولى مع العائلة و الثانية فردية و طبقنا عليهما إختبار روسن بيرج لقياس مستوى تقدير الذات وقد إختارنا هاتان الحالتان لغرض الدراسة و الموافقة من طرفهما و الرغبة في العلاج و الوقت الغير ملائم لتوسيع الدراسة وكذلك تنوع الدراسة الفردية و الجماعية من أجل معرفة تأثير الوسواس القهري على تقدير الذات و تأثيره .

فبعد اختيارنا لموضوع البحث والمتمثل في تقدير الذات عند الراشد المصاب بالوسواس القهري و قد إستغرق إختيار الحالات في فترة زمنية وذلك لسبب عدم توفر هذه العينات في المستشفيات العمومية مما اضطرت إلى إختيارها من الوسط الخارجي للمؤسسة من خلال إحتكاك

بهذه الحالات التي أكدت لي إصابتها بهذا الإضطراب الذي تم تشخيصه من طرف طبيب الامراض النفسية و العقلية.

الفصل الخامس : عرض الحالات

ملخص عن المقابلات

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
الاولى	2017/1/15	1 ساعة و 30 دقيقة	التعرف على تاريخ الحالة
الثانية	2017/2/8	1 ساعة 20 دقيقة	التعرف على الحالة الصحية للحالة
الثالثة	2017/2/21	1 ساعة 25 دقيقة	التعرف على المعاش النفسي للحالة
الرابعة	2017/3/1	1 ساعة و 10 دقائق	متابعة تطور الحالة
الخامسة	2017/3/18	1 ساعة	التعرف على تطور الإضطراب
السادسة ، السابعة و الثامنة	2017/4/1	1 ساعة	جلسات علاجية

معلومات اولية عن الحالة :

الاسم واللقب : ب.ن

السن : 45 سنة

الجنس : انثى

الحالة الإجتماعية :متزوجة و ام لأربعة اولاد

مستوى التعليمي : السادسة من التعليم الإبتدائي

المهنة : مأكنة بالمنزل.

الحالة الإقتصادية : متوسطة

التاريخ الشخصي و العائلي للحالة :

تأتي السيدة (ب.ن) في المرتبة الخامسة بين خمسة إخوة ، كلهم متزوجين ، والدا الحالة متوفان، واصلت الحالة دراستها إلى غاية شهادة التعليم الإبتدائي و كان ذلك بأمر من الأب الذي

تتحدث عليه الحالة و تقول أنه كان أب قاسي جدا و متسلط بحيث كان يفضل أخواتها الذكور و كانت الأنثى بالنسبة له عار و تقول أنه هو سببها في عدم مزاولتها للدراسة ، تم تزويج الحلة في سن مبكرة 17 سنة من طرف ابن خالتها ، تقول الحالة أنها شاهدة الويل في حياتها الزوجية من طرف كلا من ام الزوج و الزوج الذي كان يسمع لأمه كثيرا و كان يحددها بالطلاق يوميا لكن الحالة ، تقول أنها كانت صابرة من أجل الولد الذي كان يجمعها به ، و تحديد الأب بأنه لا يقبل إمراة مطلقة و يفرض أنها تطلقت لا يمكنها الرجوع إلى البيت . الحالة تذكر أنها لم تعيش حالة وفاة أمها كأبيها ، حيث أن وفاة أمها كانت لها كالصدمة لأنها كانت مقربة كثيرا منها و كانت تحبها كثيرا ، و تقول أنها كانت تحس بي في كل شيء .

التعرف على الظروف التي ظهر فيها الإضطراب :

الحالة لم تشكو من أي إضطراب في صغرها ، لكن تذكر أنها كانت تحب النظافة كثيرا ، حيث كانت كثيرة غسل يديها و، لكن هذا لم يكن يشكل لها أي إزعاج لكن بعد مرور الوقت أصبحت الأمر يقلقها و يسبب لها الكثير من الإزعاج ، و إضافة إلى ذلك الحالة لا تأكل أي أكل يتم لمسها من طرف آخر حتى و لو كان زوجها أو أبناءها مع العلم أنها تعلم علما يقينا بأننا تصرفها غير منطقي لكن تقول الحالة أنها لا تستطيع منع نفسها من ذلك ، و هذا ما أصبح يسبب لها الكثير من المشاكل و المضايقات من طرف الزوج ، و تذكر أنها كثيرة الشجار معه بسبب ذلك .

السيمائية العامة :

بنية(ب.ن) تتحدد في انها طويلة القامة ذات بنية مورفولوجية نحيفة و نلاحظ على الحالة عدم الإستقرار و كثرة الحركة ، مثل هز الرجلين كثيرا و عدم المكوث في مكان واحد ، ظهرت الحالة أول مقابلة شاهدة الوجه و هذا ما نلاحظه عند ملاحظتنا للسواد و الإنتفاخ تحت العينين

ملخص المقابلات :

المقابلة الاولى :

كانت مقابلة التعرف بين جميع اعضاء العائلة و كان هذا بطلب من الزوج الذي عان كثيرا من حالة زوجته و إثرها قدم لنا كيف كانت تعاني حيث ينقلها من راق إلى راق ومن طبيب إلى طبيب اخر وكيف اثرت حالتها النفسية على تماسك العائلة وعلى غرار ذلك بدأنا الحديث معها حيث كانت في حالة من الجمود و قلة الحركة وقمنا بتقديم لها نصائح وإننا سنحاول مساعدتها و إعادتها إلى الحياة الطبيعية السعيدة وعلى إثر ذلك بدأت تبكي و تقول أريد ان أتغى من مرضي و اعود إلى تربية اولادي و كان الاولاد يدورون حولها و تقبلهم و بعد

عملية التهدئة و الاسترخاء عدنا إلى الحديث وهذا لمعرفة الظروف التي ادت إلى هذا الاضطراب وما هو اثره على ذلك وهل لها تقدير على ذاتها .

فبدأنا بالرجوع إلى تاريخ الحالة :

الاب متوفى سنة 1997 ليس له مستوى دراسي لكنه تعلم في الزاوية القرآنية مصاب بارتفاع ضغط الدم .

الام متوفية مربية بيت ليس لها مستوى دراسي مصابة بضغط الدم و السكر .

علاقة الحالة بإخوتها :

كانت لها علاقة جميلة مع اخوتها منذ الصغر حتى الكبر فهم يتبادلون الزيارات و ليست بينهم خلافات .

علاقة الام و الاب بالحالة :

تتسم علاقة الاب (ب.ن) يسودها القسوة الدائمة و فرض نظام معين نظرا لسمات الشخصية التي يمتلكها اتجاه البنت او الام خارج البيت فحين ان الام طيبة و حنونة مع الحالة وتقدم لها جميع المساعدات منذ الطفولة حتى بعد زوجها ونلمس ذلك من خلال الأخذ و العطاء و تبادل الزيارات و التفرغ عند امها .

تاريخ النمو عند الحالة :

تذكر ان حمل والدتها لها كان عاديا و الولادة كانت بشكل عادي و طبيعي و الام كانت تقدم لها الحنان كما انها تمتاز بفرط حركة و الغيرة اتجاه اخوتها .

التاريخ التعليم تعد (ن) ذات مستوى دراسي متواضع (السادسة ابتدائي) لم ترسب في السنوات الدراسية السابقة و كانت تتمنى ان يكون لها مستوى الى ان اباهما رفض ذلك .

في حين عبرت لنا بان مرحلة المراهقة كانت طبيعية عدى تأثير الاب و الاخوة عليها و عدم تركها حرية الخروج من البيت إلا في صحبة امها او اختها الكبرى .

و بعدها توقفنا عن الحديث بعدما تحصلنا على هذا الكم الكافي من المعلومات تاركين المجال لمقابلة اخرى في جو من الطمأنينة و مسجلا ملاحظات عن الحالة تبدوا مرتخية. حزينه.متشابكة اليدين مقبلة اولادها من حين لآخر .

المقابلة الثانية :

بعد الترحيب من طرف العائلة وفي جو من الضحك و المرح بدأنا الحديث مع المفحوصة التي كانت نوع ما مرتخية حزينه تظهر عليها ملامح الاسى فطلبنا منها سرد حالتها بعد انتقلت

من الحالة الزوجية حيث تذكر لنا انها تزوجت ابن خالتها في عمر 22 سنة و عاشت فترة 17 سنة رزقت على إثرها 4 اولاد(2 ذكور و 2 بنات) إلى هنا كانت الاحوال جيدة الى انها في سنة 2014 تعرضت الى ظروف غيرت مسارها و المتمثل في الشك ان زوجها سيتزوج من امرأة اخرى و كانت تقول ان البيت كبير و لا استطيع القيام بالواجبات المنزلية من تنظيف البيت و توفير حاجيات الاولاد و في الليل تبقى مستيقظة وتفكر في حالها و كانت تقول انا كسولة انا لا اافع لشيء انا لست مثل النساء الأخريات وقالت ان زوجها يأخذها دائما الى الرقاة لكن دون نتيجة .

من خلال هذه المقابلة لاحظنا ان هناك احزان عميقة كانت تنتاب الحالة و ان الافكار السلبية سيطرت عليها و فقدت التحكم في قدراتها اضافة الى اليأس و الاحباط النفسي.

المقابلة الثالثة :

بعد الترحيب من طرف الزوج سألناه هل وقع الطلاق بينكما قائلا : لم يحدث ذلك و هذا لغرض معرفة مدى تماسك الأسرة و بعدها قدمت الحالة مع اولادها الاربعة و بدأنا الحديث معها في جو من الأمل و إثر ملاحظتنا لها تبدوا عليها ملامح الأسى و الحزن و الثقل حيث طلبنا منها تواصل في سرد ماضيها و كانت تقول انها بعد الحمل الاخير من ابنتها اصبحت لا استطيع تحمل المسؤولية و ان البيت كبير (علما انا هذا المنزل مكون من طبقتين ذو مساحة تفوق 300 متر مربع) و اني لست حنونة و لا احب احب اولادي و انها اثناء المخاض ذهبت الى المستشفى و كانت الولادة عسيرة جدا اثرت على نفسياتها و بعد مدة احست انها بالعياء و عدم النوم و الخوف من المسؤولية اضافة الى تسلط افكار مقلقة تقول ان اولادها ليسوا باولادها و انهم اتوا بهم من المستشفى و ان ابنتها الاخيرة سوداء و ليست ابنتها علما ان زوجها ذو بشرة سمراء(والزوجة بيضاء) وتقول :انها تراودها احلام كثيرة في النوم و اليقظة وهي ترى شيخ كبير و امها مريضة معوقة و تستعمل الحرز .

لاحظنا من خلال هذه الملاحظة افكار سلبية اثرت في شخصيتها و اصبحت في حالة من الحزن و اصبح التقدير ذاتها ضعيف و منخفض مما استفحلت عليها هذه الافكار السلبية و المتسلطة .

المقابلة الرابعة :

وصلنا الحديث مع الزوج و سألناه عن حالته الصحية حيث ادل لنا انه مصاب بالضغط الدموي منذ فترة زمنية قليلة (2016) وقد اثرت حالة زوجته عليه و على الاسرة .

ثم وصلنا الحديث مع المفحوصة بعد الاطمئنان على حالتها الصحية ونتيجة لظروف السابقة التي ذكرناها وانه وقع شجار مع زوجها و هربت الى بيت امها خوفا (قضايا البيت) لكن بعد

الصلح عادت الى بيت زوجها و على إثر تكرار افكار القهرية و المتمثلة في عدم القدرة على تحمل المسؤولية قامت بمحاولة انتحار بالحبل إلى ان ابنها الاكبر و الجيران ساعدوها و على إثر ذلك نقلها اهلها الى طبيب الامراض العقلية

المقابلة الخامسة :

بدأنا الحوار مع الحالة حيث قالت انها بعد تناول الادوية ذهبت الى بيت امها و هذا من اجل مساعدتها في تربية الاولاد و العمل على شفائها و بعد عام على هذه الحالة اصبحت لا انفع لشيئ ولا تتركني هذه الافكار ان انام و لا تجد الحنانة في قلبي ثم ادهشت ببكاء و تقبيل اولادها وفي نفس الوقت تطلب منا المساعدة هل سأشفى و نحن بدورنا ارشدناها و طمأنها و قلنا لها انه سيكون لها علاج إذا ما تواصلت معنا و تقبلت نصائحنا حيث واصلت الحديث فقالت انها توقفت عن تناول الادوية النفسية بعد زيارتها لأمها دون علم احد مما سبب لها إنتكاسة محاولة الإنتحار مرة ثانية سنة (2016) تناولت 15 قرص دواء ضغط الدم نقلت على إثرها المستشفى قلنا لها ماهي الاسباب التي ادت بك الى محاولة الانتحار حيث قالت انها تريد ان تموت و لا تملك الحنان و كرهت حياتها وتكره مسؤولية البيت.

من خلال هذه المقابلة لاحظنا شعورا بذنب و امل في طالب الشفاء دموع في العينين كما تدخل زوجها في بعض الاحيان لدعمها نفسيا كما لاحظنا ان الاولاد ملتسقون بها لكن الافكار السلبية مازالت تتسلط بها و تقهرها خاصة في كثرة غسل ايدها والخوف من الجرائم.

المقابلة السادسة :

قمنا بتقديم لها اختبار روسن بيرج بعدما شرحنا لها بنوده وطريقة الاجابة عليه فكننا نقرأ لها البنود و تجيب عليها و تحصلت على النتيجة التالية و المتمثلة في 15 درجة في هذا المقياس و هي درجة منخفضة إذ ما قرنت بالدرجة الكلية (0 - 40) و المتوسطة 20 درجة.

إذا من خلال الإستجابات التي قدرة ب 15 درجة بمقياس روسن بيرج فإننا نستخلص من هذه النتيجة ان تقدير الذات عند المفحوصة و ان الوسوس القهرية تأثر سلبا على ذاتها .

ثم بعدها واصلنا الحديث حيث قالت : أنها لا تتحمل المسؤولية و ان العاملة هي التي تساعدنا في شؤون البيت وهي الان تتابع طبيب الامراض النفسية وانها تتطلب من زوجها ان يتزوج لكنه في كل مرة يرفض و انا بدوري سألت الزوج عن اسباب طلب الزوجة منه الزواج وهذا في الحياذ قال انها مصابة بالبرود الجنسي نتيجة لتناول هذه الادوية النفسية او الافكار المتسلطة والقهرية .

التشخيص الإكلينيكي :

بناء على الدليل الاحصائي و التشخيصي الصادر عن الجمعية الامريكية (-DSM.IV TR,2004) اتضح ان الحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهرية وهذا تبعا للمعايير التشخيصية التالية :

الوسواس كما تعرف عليها بواسطة:

1-أفكار و إندفاعات تخبرها الحالة في بعض الأوقات أثناء الإختلال ، تبدو مقحمة و غير مناسبة و تسبب لها قلقا نفسي واضحا .

2-لا تعد الأفكار و الإندفاعات ، مجرد إنشغال زائد بمشكلات الحياة الواقعية.

3-محاولت الحالة تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار ، و إبطالها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى .

4- الأفكار و الإندفاعات هي نتاج وسواسه العقلية (أو تفكيره) (و ليست مفروضة عليه من خارجه كما في إقحام الأفكار thought insertion).

الأفعال القهرية (القسرية) كما تعرف بواسطة (1)،(2).

1-سلوكيات متكررة المتمثلة في غسيل الأيدي ، الخوف من الجراثيم وهذا ما يشعرها مناقدة لأدائها كاستجابة لوسواسها ، أو طبقا لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (حرفيا).

2-تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع حدوث –أو الحد من – قلقها النفسي ، أو منع حادث أو موقف مفرع ، و على أي حال فهذه السلوكيات أو الأفعال العقلية زائدة بشكل واضح.

ب-ادراك الحالة عند نقطة ما أثناء سير الإضطراب ، أن الوسواس أو الأفعال القهرية زائدة (مبالغ فيها) أو غير منطقية .

ج-تسبب الوسواس أو الأفعال القهرية أسي نفسي ملحوظ ، و تستهلك وقتا كبيرا (أكثر من ساعة يوميا) ، وهذا ما اصبح يعيق بوضوح نمط حياتها المعتاد مثلا أنشطتها و علاقتها الإجتماعية المعتادة .

ه-لا يرجع الإضطراب إلى التأثير الفسيولوجي المباشر لمادة (مثل : سوء إستخدام عقار ، علاج طبي)

ملاحظة عامة :

من خلال تتبع لهذه الحالة حاولت أن أقدم لها كل المساعدة و التي تمثلت في برنامج خاص مستندا على اهم النظريات و المكتسبات القبلية و تمثل هذا البرنامج في ما يلي :

تبصير الحالة عن نفسيتها .

برنامج الخياطة لغرض كسر الروتين.

الدعاء و الإستغفار .

بناء تكامل بين العائلة في ضل العلاج العائلي .

لعب الأدوار بين العائلة.

رفع المعنويات لزوج و الزوجة من خلال كسر الروتين وذلك بقيام بزيارات إلى الاهل و سفريات او تنزه .

العمل على رفع المعنويات من خلال نقاط الضعف التي ظهرت في بنود مقياس روسن بيرج .

تقديم الحالة الثانية :

معلومات اولية عن الحالة :

الاسم واللقب :ب.ب.ف

السن : 46 سنة

الجنس :انثى

المهنة :ما كثة في المنزل

الحالة المدنية :متزوجة و ام ل 4 اولاد(ثلاثة بنات : 2 متزوجات-وواحدة تدرس في الثانية متوسط).

الترتيب في العائلة :المرتبة 3

مستوى التعليمي :الرابعة متوسط

الام :مصابة بمرض السكر .القلب.الضغط الدموي

الاب :متوفى.

تاريخ المرضي للحالة :سنة 2003 قامت بزيارة الاولى للطبيب النفسي.

ليس لها امراض مزمنة

السيمائية العامة :

بنية(ب.ب.ف) المرفولوجية تتحدد في انها متوسطة القامة و بنية جسمها عادية و ملامحها تعبر عن معانات عميقة مع نوع من الهدوء و الاستقرار الذي يظهر في توافق تعابير وجهها مع مضمون كلامها و حتى انه يتضح من خلال ملاحظة نشاطها الحركي في حين نلاحظ ان ملابسها النظيفة لغتها غنية تعبر عن ثقافتها و تجيد التعبير عن نفسها بسهولة و عبارتها تؤدي الغرض او المعنى المراد ايصاله اليها فهي معبرة جدا ما جعل اتصالنا بها سهل ولم نجد فيها اي صعوبات في التواصل معها و قد عبرت لنا اكثر من مرة عن ارتياحها عند الحديث اليها

جدول المقابلات مع الحالة :

رقم المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	محتوى المقابلة
الاولى	2017/2/5	58 دقيقة	التعرف على الحالة
الثانية	2017/2/19	1 ساعة و 20 دقيقة	تاريخ الحالة
الثالثة	2017/2/29	50 دقيقة	التعرف على الحياة الزوجية
الرابعة	2017/3/4	45 دقيقة	التعرف على المعاش النفسي للحالة
الخامسة	2017/3/15	55 دقيقة	المقابلة التشخيصية
السادسة	2017/3/28	30 دقيقة	تطبيق الاختبار
السابعة	2017/4/5	40 دقيقة	المقابلة العلاجية

ملخص المقابلات :

المقابلة الأولى :

كانت مقابلة التعرف على الحالة في جو من الاطمئنان فكنا نقدم إليها الأسئلة وكانت تجيب في إرتياح حيث تعرفنا على الحالة العائلية (الأم-الأب-الإخوة) إضافة إلى العائلة الزوجية و كذا النمط المعيشي مع الزوج و العائلة وتطرقنا إلى بعض الظروف الاجتماعية التي كانت تسود الوسط المعيشي مع العائلات الأخرى من مشاكل النساء الأزواج طبعاً من غيرة و التناوب في أشغال البيت و كانت أم الزوج مسيطرة و قمعية و كذا الزوج الذي تراه متكلاً على إخوته و عديم المسؤولية .

عموماً في هذه المقابلة أردنا التعرف على النمط المعيشي و الأحوال الشخصية لها ولعائلتها و كذا النمط الذي تسير عليه من أجل المتابعة من خلال المقابلات لغرض الوصول إلى إعادة بناء شخصيتها التي تتميز بنوع من الإحباط والقهر و التسلط لأفكار سلبية والتغلب على الظروف الاجتماعية القهرية التي كانت تعيشها و إعادة تقدير الذات و بناء تصور الجديد يعيدها إلى الحياة الطبيعية و العمل على تقليل الأدوية التي كانت تتناولها. كما قدمنا تدعيماً نفسياً من أجل العمل لإعادة تقدير ذاتها و القضاء على أفكار المتسلطة عليها ما زادها رغبة في العلاج ثم قلنا لها في المقابلات القادمة سنتعرف على تاريخك الماضي الذي سيساعدك في بناء ذاتك .

المقابلة الثانية :

بعد الترحيب و الإسترخاء الجيد طلبنا منها أن تسرد لنا ماضيها الطوفولي بكل خباياه و دون تحفظ علما أن عملنا يتطلب السرية التامة و عدم الخوف من نشر هذه الإسرار و من اجل بناء وتقدير و تصور جديد للذات. فبدأت تقول أنها كثيرة الحركة وعصبية مع أصدقائها و إندفاعية و أبوها كان قاسيا ويضرب أمها و أخوها الكبير كان متسلطا و يضربها .وتحب اللعب مع أخيها وقد مرت المرحلة الإبتدائية جيدة وتحصلت على الشهادة الإبتدائية (السيزيام). وحينها قالت إن تناول هذه الأدوية أثر عليها سلبا وأصبحت أنسى كثيرا. عموما في هذه المرحلة كانت طفولتها تتراوح بين الحسنة و السيئة في بعض الأحيان. وفي المراهقة قالت لنا إنها مرت بعدة مشاكل من بينها بعد المدرسة عن الحي الذي تقطنه و إستمرار أخوها الأكبر في ضربها و كانت لها علاقة عاطفية مع صديقها إلا انه تركها وهاجر إلى فرنسا بعدما وعدها بالزواج و إثر هذا الحدث الذي صدمها وأصبحت مريضة حاولي ثلاث أشهر دون علم عائلتها وبعدها توقفت عن الدراسة في السنة الرابعة متوسط و في سن 18 سنة خطبها اخو زوج أختها (حماها) و بعدها كان شجار بين العائلتين مما أدى إلى فسخ الخطوبة وكانت صدمة ثانية واضطرت بعدها إلى دخول في إحدى مؤسسات الخياطة لتعليمها الحرفة .

كانت تتكلم وتضحك وتبكي بإستعمال يدها وقالت أنها ترد الكلام وعدوانية على كل من يسيء إليها و يبدوا لنا طبعها أنها سريعة الغضب و تتمعن جيدا في طريقة إجابتها وأنها لم تتناول أي من المخدرات أو مواد سامة .

وبعد بلوغها 19 سنة جاء الزوج الذي هي تعيش معه الآن ولم تعرفه إطلاقا وكان عمره 37 سنة و متزوج من قبل بعد وفاتها وقبلت الزواج به.

من خلال هذه المقابلة لاحظنا معانات نفسية تظهر في ازمة المراهقة وكذلك صدمة فسخ الخطوبة الاولى والزواج بزواج اكبر منها سنا وعدم معرفته سابقا . وهذا ما تولد لديها نوع من الإحباط النفسي و الافكار المتسلطة و هذا ما اثر عليها في بناء الذات .

المقابلة الثالثة :

بعد الذهاب إلى الحياة الزوجية بدأت الآلام معها حيث وجدت زوجها قصير جدا ولم تكن تعرف سابقا ونتيجة لكلام الناس أصبحت في حالة عصبية و قلق دائم إضافة إلى كون أم الزوج تستفزها و تسخر منها و تقول لها : (أنت عقيمة و متولدش). بقيت على هذا الحال لفترة أربعة سنوات وهي في حالة تسلط أفكار في عقلها أنها لن ترزق بأولاد وكانت تبكي كثيرا ولا تنام إلى فترات وبعد الأخذ والرد مع زوجها بأن يذهب إلى الطبيب إلى انه يرفض في كل مرة فطلبت منه الطلاق أو يذهب إلى الطبيب وبعد الإصرار ذهب إلى الطبيب وقدم له الدواء

أصبحت حاملا بعد شهر حملت ورزقت بطفلة الأولى ثم بطفلة ثانية وهذا بعد تناول الأدوية إلا انه لم يتقبل البنات وبدأ يضربها على الرأس و تنتف شعرها وبعد سبعة سنوات ولد لديها طفل وكانت الفرحة كبيرة جدا وبعد سنتين طلقها وتدخلت العائلتين من أجل الصلح ثم عادت إلى الحياة الزوجية بعد ما مارت بفترة صعبة من بكاء وأرق ونقص في الأكل و النوم وبعد أربعة سنوات طلقها نتيجة لرفضها العمل معه في مصنع الخياطة وبعد الصلح ثانية أصبح يهددها بالطلاق الثالث. هنا بدأت تبكي ولا تنام وفكرها مشغول بالطلاق الثالث .

من خلال هذه المقابلة لاحظنا دموع في عينيها و تشابك في اصابعها و الحيرة و الشعور بالنقص و الحرمان نتيجة لتسلط أم الزوج عليها و فكرة الطلاق الثالث الذي جعلها شاردة الذهن و هذا ما أثر عليها نفسيا و عقليا و إجتماعيا .

المقابلة الرابعة :

بعد الإسترخاء ومعرفة الظروف الأتية التي كانت تعيشها بدأنا في مواصلة الحديث. قالت :ان حالتها النفسية ازدادت سوءا بسبب أسرار شخصية اسرتها أحد بنات العائلة وخوف من كلام الناس اصبحت منطوية على نفسها كئيبة لا تنام الليل من شدة الارق نتيجة لصدمة الغير متوقعة والتي سيطرت على افكارها مما ادى إلى إنهيار عصبي شديد نتج عنه الإنتقال إلى طبيب الاعصاب حيث قدم لها الادوية النفسية التي إستعملتها .

وبعد مدة زمنية من العلاج اصبحت حاملا بالبنت الثالثة بعد الولد والذي رفضها الزوج مما فكرت في الإجهاض وتوقفت عن تناول الادوية النفسية مما ادى إلى ظهور أعراض التالية :

الخوف من الطلاق الثالث .

الخوف من تشتت الاولاد في حالة طلاق .

الخوف من ان هذه البنت ليست إبنتها.

القلق الحاد

ونتيجة لهذه الاعراض التي تغلبت على افكارها أعادها اهلها إلى الطبيب النفسي. إذ بعد تناول هذه الادوية :

بعد اسبوع من تناول هذه الادوية ظهرت عليها بعض الاعراض ومنها : النسيان والانطواء. وبعد حوالي شهر استقرت حالتها النفسية. سألتها عن العلاقة الزوجية بعد هذه الصدمات قالت انه بعد الصلح الذي قامت به العائلة صار الزوج في البداية يعملها معاملة جيدة وانه اصبح يصلي

بعدما كان تاركاً لها . ذات يوم طلبت منه ان نقدم ابنتنا الصغرى إلى أختها (العقيمة) لكنه رفض رفضاً قاطعاً وقال لها انه لا يستطيع التفريط في ابنائه .

من خلال هذه المقابلة لاحظنا ان هناك انتكاسة بعد توقف الدواء و تدهور الحالة النفسية و تسلط افكار جديدة اثر عليها على الجانب الاجتماعي العقلي و ظهور نوع من السلبية و عدم تقدير الذات مما ادى بها الى عدم الاستقرار الشخصي و تصور ذات سالبة تظهر في حالة الاكتئاب .

المقابلة الخامسة :

بعد الاسترخاء و الاطمئنان سألتها عن احوال العائلة كانت تجيب بالحمد بالله ثم طلبنا منها ان تواصل الحديث عن حياتها الزوجية الانية فقالت انها تعيش في كئابة نتيجة تغير في سلوك الزوج الذي اصبح يقول لها في كل مرة سأطلقك الثالثة اضافة الى العنف المعنوي (روحي تزوجي) وقالت لنا انه : (ينقرش بزاف) و عند سماع هذا الكلام الجأ إلى الغسيل وتنظيف البيت لساعات وكرر هذا العمل . فقلنا هناك سبب يجعله يتعامل معك بهذا السلوك فقالت باستحياء انه مصاب بالبرود الجنسي و يرفض الذهاب إلى الطبيب لاستشفاء وانه منطوي على نفسه ولا يخرج من مصنع العمل إلى نادرا وهذا بسبب القرمية وهو دائما يقول لها انا طويل وقالت انه عندما يتوضأ أكثر من الغسل ويعيد مرات عدة الوضوء كما انه سريع الانفعال عند اتفه الاسباب .

وعند سؤلنا حول علاقتها مع الزوجات الاخرى قالت في بعض الاحيان هناك شجار خاصة على الاولاد وان هن تتناولن الادوية النفسية فقلنا لها ان هناك مجموعة من الاضطرابات و التعقيدات في حياتك يجب عليك العمل للخلاص عليها ونحن بدورنا سنقدم لك اهم العلاجات و الارشادات الممكنة.

في هذه المقابلة رأينا هناك مجموعة من الاضطرابات ظهرت عليها و على الزوج و كذا نساء زوجات اخ الزوج .

المقابلة السادسة:

في هذه المقابلة قمنا بتقديم الاختبار تقدير الذات لروسن بيرج لما له دور فعال في طريقة شعور الفرد نحو ذاته فيما في ذلك درجة احترامه و قبوله لها . وهو ايضا تقييم الفرد لقدراته و تصرفاته . وبعد اعطائنا معلومات قيمة حول هذا الاختبار و الذي عرفناه للمفوضة و بينا لها جيدا اهم البنود التي توجد فيه و طريقة الاجابة وبعد تأكيدنا للجانب الاستعداد النفسي و تهيئة الظروف الملائمة و الفيزيقية بدأت تجيب في ارتياح كامل وبعد نصف ساعة تقريبا حصلنا على النتيجة التالية و المتمثلة في الدرجة 15 في هذا المقياس وهي درجة منخفضة اذا ما قرينة بالدرجة المتوسطة التي تقدر 20 درجة والكلية (40.0) .

اذن من خلال الاستجابات والتي قدرت ب 15 درجة في مقياس روسن بيرج فإننا نستخلص من هذه النتيجة ان تقدير ذات عن المفحوصة منخفض.

المقابلة السابعة :

بعد الاسترخاء والاطمئنان على الاحوال الانية التي كانت بين السيئة والجيدة ام السيئة فنتمثل في مشاكل البيت و الظروف التي تعيشها إنتها المتزوجة إضافة الى انها تحلم اشياء كثيرة نذكر منها :

سقوط من جبل

تزوجت

الام تموت

البكاء في المنام

وإن دل هذا على شيء إنما يدل على ان هناك مجموعة من المكبوتات تعيشها في حياتها اللاشعورية التي كانت تعانيها في الوسط المعيشي .

اما الظروف الجيدة فهي الطاقة النفسية والعزيمة على مقاومة هذه المعانات والتي بدورها جعلت منا حافزا لدعمها نفسيا وقلنا لها ان وسطك المعيشي فيه مجموعة من الظروف و الاضطرابات يجب عليك العمل على القضاء عليها متبعنا مجموعة من العلاجات و الاقتراحات .

وقد لاحظنا عليها إرتياح نفسي و ملامح مبشرة بالأمل واستعداد كبير لتجاوز هذه المعانات و الرغبة في بناء ذات قوية لها بعد اجتماعي .

في هذه المقابلة اردنا ان نقدم لها دعما نفسيا من اجل مواصلة العلاج و كذا تبصرها على اهم الاضطرابات المتواجدة وكيف يمكن علاجها و العمل على تخطي هذه الظروف من اجل بناء تصور جديد يمكن من خلاله رد الاعتبار و تقدير الذات و مواصلة قهر الافكار السلبية و العمل على توازن الاجتماعي و النفسي علما اننا في كل مقابلة نقدم لها دعما نفسيا و طرق علاجية و نصائح وإرشادات للتخلص من تلك المعانات التي تقف امامها.

وسنعمل على تقديم اهم العلاجات بعد التشخيص الإكلينيكي للحالة .

التشخيص الاكلينيكي :

بناء على الدليل الاحصائي و التشخيصي الصادر عن الجمعية الامريكية (-DSM.IV TR,2004) اتضح ان الحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهرية وهذا تبعا للمعايير التشخيصية التالية :

الوسواس كما تعرف عليها بواسطة:

1-أفكار و إندفاعات تخبرها الحالة في بعض الأوقات أثناء الإختلال ، تبدو مقحمة و غير مناسبة و تسبب لها قلقا نفسي واضحا .

2-لا تعد الأفكار و الإندفاعات ، مجرد إنشغال زائد بمشكلات الحياة الواقعية.

3-محاولت الحالة تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار ، و إبطالها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى .

4- الأفكار و الإندفاعات هي نتاج وسواسه العقلية (أو تفكيره) (و ليست مفروضة عليه من خارجه كما في إقحام الأفكار (thought insertion).

الأفعال القهرية (القسرية) كما تعرف بواسطة (1)،(2).

1-سلوكيات متكررة المتمثلة في النظافة المتمثلة في غسيل الأيدي ، وهذا ما يشعرها مناقدة لأدائها كاستجابة لوسواسها ، أو طبقا لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (حرفيا).

2-تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع حدوث –أو الحد من – قلقها النفسي ، أو منع حادث أو موقف مفزع ، و على أي حال فهذه السلوكيات أو الأفعال العقلية زائدة بشكل واضح.

ب-ادراك الحالة عند نقطة ما أثناء سير الإضطراب ، أن الوسواس أو الأفعال القهرية زائدة (مبالغ فيها) أو غير منطقية .

ج-تسبب الوسواس أو الأفعال القهرية أسي نفسي ملحوظ ، و تستهلك وقتا كبيرا (أكثر من ساعة يوميا) ، وهذا ما اصبح يعيق بوضوح نمط حياتها المعتاد مثلا أنشطتها و علاقتها الإجتماعية المعتادة .

ه-لا يرجع الإضطراب إلى التأثير الفسيولوجي المباشر لمادة (مثل : سوء إستخدام عقار ، علاج طبي)

حيث اتضح لنا انها تعرضت لمجموعة من الظروف القهرية التي كانت سببا في اصابتها بعدة اضطرابات نفسية ويتجلى ذلك من خلال اهم المقابلات التي اجريناها معها اضافة الى نتائج اختبار روسن بيرج الذي اكد لنا من خلال التقرير انه منخفض في تقدير الذات.

كما تبين لنا ايضا ان هناك اضطراب الوسواس القهري الذي يظهر من خلال الافكار المتسلطة (اللجوء التكراري لعملية الغسيل اليدين).

وهذا اثر سلبا على حالتها النفسية التي تبدو في حالة من الانزعاج و سوء تقدير لذاتها التي جعلت تصوراتها المستقبلية سلبية .

تظهر لنا من خلال دراستنا لهذه الحالة عنصر ثاني مصاب باضطراب الوسواس القهري المتمثل في زوجها الذي تظهر عليه بعض الاعراض نذكر منها :

بقاء مدة زمنية طويلة في النظافة .

اعادة تكرار الوضوء .

كما اظهرت دراستنا للحالة وجود ثلاث زوجات الاخوة مصابات بأمراض نفسية يعالجن عند اخصائيين نفسانيين والتي اثرت سلبا في التعامل داخل الاسرة فيما بينها الذي كان سببا في ظهور عوامل مفجرة و سريعة لدى الحالة وهذا اثر سلبا على شخصيتها التي تظهر في حالة انهيار عصبي الذي يولدها الافكار السلبية نحو الذات وعدم قدرتها على مواجهتها.

كما نلاحظ نقص في الدافعية الإنجاز و صورة مشوهة إتجاه الزوج و الرغبة في حياة مستقرة و امانة و الإعتماد على النفس وكذا الرغبة في التحرر من القيود التي تعيش فيها .

تعد الحاجات النفسية محبطة و غير مشبهة وتتسم من خلال جانب الإهمال من طرف الزوج إضافة إلى الصدمات المتكررة (بقاء مدة طويلة بدون أولاد - مشاكل مع الاسر الاخرى - تناول ابنها للمخدرات - تنقريش الزوج عليها و ام الزوج).

كل هذه الظروف ادت بها إلى عدم تقدير لذاتها وبناء تصور جديد بيني حياتها المستقبلية .

الفصل السادس :
عرض النتائج و مناقشتها على ضوء
الفرضية

عرض النتائج :

لقد قمنا بدراسة حالتين مصابتان بإضطراب الوسواس القهري . و قد اظهرت المقابلات مع الحالة الاولى ان اضطرابها المتمثل في الوسواس القهري اثر على تقديرها لذاتها و كانت نتائج دالة من خلال نتائج المقابلات و ما حصلنا عليه كتدعيم من خلال تمرير مقياس روسن بيرج الذي يعمل على قياس تقدير الذات و التي كانت الدرجة المتحصل عليها 13 و هذا ما يصنفها المقياس إلى أنها لها تقدير ذات منخفض.

كما أن الحالة الثانية أوضحت نفس النتائج و المتمثلة في اصابتها بإضطراب الوسواس القهري ، وهذا ما كان له تأثير على تقديرها لذاتها وبناءا على ما حصلنا عليه من خلال المقابلات و مقياس روسن بيرج و الذي قدر بدرجة 15 و هذا ما يتم تصنيفها بأن لها تقدير ذات منخفض.

و باستمرار الدراسة و التي قمنا فيها بالتكفل بالحالتين سلوكيا معرفيا ، كان لنا أن أعدنا التشخيص بالنسبة للوسواس القهري و اعادة تمرير مقياس روسن بيرج فأوضحت النتائج على أن :

كلا الحالتين تم ارتفع تقديريهما لذاتهما ، لكن كان هذا بالعمل على الحد من الوسواس القهري الذي كان يؤثر سلبا على ذاتهما و كانت النتائج المتحصل عليها دالة بحيث تحصلت الحالة الأولى على درجة 27 ، أما بالنسبة للحالة الثانية فقد تحصلت على الدرجة 28.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية :

التذكير بنص الفرضية : الوسواس القهري يؤثر على تقدير الذات عند الراشد.

مناقشة :

كون ان الحالة الاولى (ب.ن) لديها اعراض اضطراب الوسواس القهري و الذي تبين لنا من خلال النتائج المتوصل اليها ان اضطرابها اثر على تقدير الذات لديها .

كما ان الحالة الثانية (ب.ف) اظهرت النتائج المتوصل اليها ان اضطراب الوسواس القهري اثر سلبا على حياتها النفسية و ادى إلى سوء تقدير الذات لديها . وهذا ما يثبت صحة فرضيتنا . ومنه يمكن القول بأن فرضيتنا قد تحققت مع الحالتين.

وما يتفق مع دراستنا من حيث متغير تقدير الذات نجد دراسة إبراهيم عماد محمد (1995) و التي تمثلت في تقدير الذات و مصدر الضبط و التي توصل من خلالها الى اهمية الدور الذي يلعبه مصدر الضبط في تأثيره على تقدير الذات كخصائص نفسية حيث يؤثران في كيفية مواجهته بفاعلية. كما نجد أن الدراسة تفقت من حيث المتغير الأساسي و المتمثل في الوسواس القهري مع الدراسة التي قام بها عبد الواحد مشعل المتمثلة في تأثير اضطراب الوسواس القهري

على التكيف النفسي و الاجتماعي للمصابين به و بمعنى اخر معرفة دور الوسواس القهري في التأثير على السلوك الاجتماعي . و التي توصلت خلالها الى ان سلوك القهري الذي يمارسه افراد العينة يكون مصحوبا بالتوتر ويصاحبه قلق فضلا عن الشك جلاء تعاملهم مع الاخرين .

وقد تشترك هذه الدراسات السابقة من حيث كل متغير إلا انها تختلف إلى حد بعيد مع دراستنا و التي هدفت الى معرفة مدى تأثير متغير تقدير الذات بعامل أساسي ألا وهو اضطراب الوسواس القهري ، وهذا هو الخلاف مع دراستنا.

خاتمة

كانت الاوراق السابقة هي مضمون ما تحدث عنه البحث من دراسة لتقدير الذات لراشد المصاب بالوسواس القهري فقد حاولنا الإلمام ولو بجزء بسيط من جوانب الموضوع الرئيسية لأن البحث يعد ذا أطراف متشعبة ومتكاملة لدرجة أنه لا يوجد شيء إلا وله علاقة بذات الموضوع سواء كانت مباشرة او غير مباشرة لذلك حاولنا تقديم ما يفيد قرآنا و متبعين لهذا المجال من اجل إعطاء بصمة لهذا البحث تكون إن شاء الله مصدرا لغيرنا.

و على غرار ذلك قدمنا مجموعة من الإقتراحات و التوصيات نذكر منها ما يلي :

توسيع الدراسة الحالية على عينات اخرى .

إجراء دراسة مماثلة لدراسة الحالية بإضافة متغيرات جديدة.

توسيع هذه الدراسة على جميع الفئات العمرية .

فتح العيادات المجانية و المؤسسات الإستشفائية لغرض الكشف عن هذا الاضطراب.

دراسة اثر الوسط الاجتماعي على تقدير الذات .

الإعتماد على العلاج العائلي و العلاج السلوكي و العلاج الديني على هذا الإضطراب.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1. فاطمة عوض صابر, مرفت علي خفاجة- اسس ومبادئ البحث العلمي مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية ط1 مصر 2002.
2. عمار طيب كشرود, البحث العلمي ومناهجه في العلوم الاجتماعية و السلوكية (دار المناهج للنشر و التوزيع. ليبيا
3. السيد فهمي. علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات النفسية و علاجها . دار الجامعة الجديدة. الإسكندرية. مصر. 2010
4. محمد سعد حامد عثمان – الإكتأب و علاقته بتقدير الذات – دار الفكر الجامعي ط1 2010.
5. سيد فهمي علي – علم النفس و الصحة (الخصائص النفسية الإيجابية و السلبية للمرضى و الاسوياء)- دار الجامعة ط1 2009.
6. ليلي عبد الحميد- تقدير الذات للكبار و الصغار- دار النشر القاهرة - ط1- مصر 1985.
7. محمد فوزي جبل – الصحة النفسية - سيكولوجية الشخصية - المكتبة الجامعية - ط2 - مصر 2000
8. كتاش سليم مختار - مفهوم الذات و اثره على عملية التفاعل اللفضي - رسالة مقدمة لنيل ماجستير في علوم التربية – الجزائر – 2001.
9. علي احمد محمد عبد المنعم – علم النفس الإكلينيكي – اضطراب الوسواس القهري و الافعال القهرية – دار الكتاب الحديث – ط1 – القاهرة 2014.
10. إبراهيم عبد الحميد -العدوانية وعلاقتها بموقع الضبط و تقدير الذات – مجلة علم النفس 20 بدون بلد 1994.
11. حسين فايد- دراسات في سلوك الشخصية في مؤسسة الطبع القاهرة
12. عبد الرحمان العيسوي – دراسات نفسية ميدانية – دار الجامعة – بدون بلد 1986
13. محمد محروس الشناوي – نظريات الإرشاد و العلاج النفسي – دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع 1994.
14. مريم سليم – تقدير الذات و الثقة بالنفس - دار النهضة العربية – بيروت 2003 .
15. مسن وآخرون – اسس سيكولوجية الطفولة و المراهقة – ترجمة مكتبة الفلاح الكويت 1986.
16. موسى رشاد عبد العزيز – علم النفس الدافعي – دار النهضة العربية 1994.
17. خليل عبد الرحمان المعاينة – علم النفس الإجتماعي - دار الفكر – الاردن – ط2 – 2007.
18. بندر عبد الله – كيف تنمي الدافعية عند إبنك – دار بترال للطباعة و النشر – ط1 - 2009.
19. احمد سيد محمد إسماعيل – مشكلة الطفل و مشكلة معاملة الوالدين – المكتب الجامعي – الإسكندرية – 1995.
20. الطيب محمد – الوسواس القهري تشخيصه و علاجه - دار المعرفة الجامعية – ط3 – 1991
21. فرج صفوت – مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين – دار المعرفة – ط1 – القاهرة مصر - 2000 .

22. هناء محمد - التفكير التجريدي لدى العصائبيين القهريين - دار قباء - القاهرة - 1964 .
23. كفاي علاء الدين - الصحة النفسية - مكتبة هجر - ط3 - القاهرة - 1990 .
24. عبد الخالق احمد - الوسواس القهري التشخيص و العلاج - مكتبة الكويتي الكويت -
25. مالح حسان - اضطراب الوسواس القهري - مراجعة العامة لمظاهره و قياسه و اسبابه و طرق العلاج - سلسلة ثقافة نفسية عدد 23 (ص 40 - 50) .
26. عبد الرحمان محمد - علم الامراض النفسية و العقلية - دار قباء للطباعة و النشر - القاهرة - 1999 .
27. صادق عادل - الطب النفسي طيبة للنشر و التوزيع - 2006 .
28. عكاشة احمد - الطب النفسي المعاصر - مكتبة الانجلو مصرية - 1998 .
29. سعفان محمد - الوسواس و الافعال القهرية - دار النهضة - القاهرة - 1988 .
30. سعفان محمد - اضطراب الوسواس القهري - مكتبة الزهراء . ط2 - القاهرة - 2003 .
31. عبد الحميد محمد شادلي - الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية - المكتب العلمي الكومبيوتر للنشر و التوزيع الشاطبي - الإسكندرية - مصر - 1999 .
32. سامر جميل رضوان - في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي - دار الكتاب الجامعي - غزة فلسطين 2009 .
33. جمعية الطب النفسي الأمريكية ، مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي و الإحصائي المعدل للأمراض العقلية -4 ، ترجمة الدكتور تيسير حسون ، سنة الطبع 2004 .
34. عبد الرحمان العيسوي - 1986 - دراسات نفسية ميدانية - دار الجامعة .
35. حمودة محمود - 1990 - النفس و اسرارها و امراضها - مكتبة الفجالة - القاهرة .
36. بركات اسيا - 2004 - الوسواس القهري رسالة دكتوراة - كلية التربية - أم القرى مكة المكرمة .
37. البشير سعاد وفرج صفوت - مقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض و المنع ووضع الإستجابة بين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري - مجلة دراسات نفسية - رابطة الاخصائين النفسيين المصرية - مجلد 12 - عدد 2 - ص 207-221 .
38. جودة عزة عبد الهادي و سعد حسن العزة - 1990 مبادئ توجيه و الإرشاد النفسي - مكتبة دار الثقافة و التوزيع - ط2 .
39. بوسنة عبد الوافي زهير. تقنيات الفحص العيادي. محاضرات لطلبة السنة الأولى ماستر عيادي. جامعة محمد خيضر بسكرة.
40. عمار بوحوش.(1999)، مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
مراجع من الأنترنت:

<http://vb.eqla3.com//archive/index.php/t-128693.html>

www.mhceg.com

<http://www.tabibnafsany.com/weswas-causes.ht>

ملاحق

إستجابات الحالة (ب.ن) لمقياس روسن بيرج القبلي :

الرقم	الفقرة	موافق بقوة	موافق بدرجة بسيطة	بين الموافقة و عدمها	غير موافق بدرجة بسيطة	غير موافق بشدة
-1	في المجمل انا راض حول نفسي	4	3	2	1	0
-2	اشعر أحيانا انني جيد في كل شيء	4	3	2	1	0
-3	اشعر بأن لدي عدد من الأمور ذات النوعية الجيدة	4	3	2	1	0
-4	قادر على ان اعمل اشيء جيدة كما معظم الناس	4	3	2	1	0
-5	اشعر بأنه ليس لدي الشيء الكثير لأخجل منه	4	3	2	1	0
-6	بالتأكيد اشعر بعدم الفائدة في بعض الأحيان	0	1	2	3	4
-7	أشعر بأنني شخص له قيمة أو على الأقل مساو لمستوى الآخرين	4	3	2	1	0
-8	أرغب أن املك احترام أكثر مع نفس	4	3	2	1	0
-9	بشكل عام اميل إلى الشعور بأنني فاشل	0	1	2	3	4
-10	لدي إتجاه إيجابي تجاه نفسي	4	3	2	1	0

المجموع : 13

التصحيح و التفسير :

تجمع الدرجات و كلما كان الفرد لديه علامات اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات. حيث تتراوح الدرجات الكلية بين (0-40) و المتوسط هو 20 و إذا كانت النتيجة أقل من 20 فهو تقدير ذات منخفض.

إستجابات الحالة (ب.ن) لمقياس روسن بيرج البعدي :

الرقم	الفقرة	موافق بقوة	موافق بدرجة بسيطة	بين الموافقة و عدمها	غير موافق بدرجة بسيطة	غير موافق بشدة
-1	في المجمل انا راض حول نفسي	4	3	2	1	0
-2	اشعر أحيانا انني جيد في كل شيء	4	3	2	1	0
-3	اشعر بأن لدي عدد من الأمور ذات النوعية الجيدة	4	3	2	1	0
-4	قادر على ان اعمل اشياء جيدة كما معظم الناس	4	3	2	1	0
-5	اشعر بأنه ليس لدي الشيء الكثير لأخجل منه	4	3	2	1	0
-6	بالتأكيد اشعر بعدم الفائدة في بعض الأحيان	0	1	2	3	4
-7	أشعر بأنني شخص له قيمة أو على الأقل مساو لمستوى الآخرين	1	3	2	1	0
-8	أرغب أن املك احترام أكثر مع نفسي	4	3	2	1	0
-9	بشكل عام اميل إلى الشعور بأنني فاشل	0	1	2	3	4
-10	لدي إتجاه إيجابي تجاه نفسي	4	3	2	1	0

المجموع : 27

التصحيح و التفسير :

تجمع الدرجات و كلما كان الفرد لديه علامات اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات. حيث تتراوح الدرجات الكلية بين (0-40) و المتوسط هو 20 و إذا كانت النتيجة أقل من 20 فهو تقدير ذات منخفض.

إستجابات الحالة (ب.ف) لمقياس روسن بيرج القبلي :

الرقم	الفقرة	موافق بقوة	موافق بدرجة بسيطة	بين الموافقة و عدمها	غير موافق بدرجة بسيطة	غير موافق بشدة
-1	في المجمل انا راض حول نفسي	4	3	2	1	0
-2	اشعر أحيانا انني جيد في كل شيء	4	3	2	1	0
-3	اشعر بأن لدي عدد من الأمور ذات النوعية الجيدة	4	3	2	1	0
-4	قادر على ان اعمل اشيء جيدة كما معظم الناس	4	3	2	1	0
-5	اشعر بأنه ليس لدي الشيء الكثير لأخجل منه	4	3	2	1	0
-6	بالتأكيد اشعر بعدم الفائدة في بعض الأحيان	0	1	2	3	4
-7	أشعر بأنني شخص له قيمة أو على الأقل مساو لمستوى الآخرين	4	3	2	1	0
-8	أرغب أن املك احترام أكثر مع نفسي	4	3	2	1	0
-9	بشكل عام اميل إلى الشعور بأنني فاشل	0	1	2	3	4
-10	لدي إتجاه إيجابي تجاه نفسي	4	3	2	1	0

المجموع : 15

التصحيح و التفسير :

تجمع الدرجات و كلما كان الفرد لديه علامات اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات. حيث تتراوح الدرجات الكلية بين (0-40) و المتوسط هو 20 و إذا كانت النتيجة أقل من 20 فهو تقدير ذات منخفض .

إستجابات الحالة (ب.ف) لمقياس روسن بيرج البعدي :

الرقم	الفقرة	موافق بقوة	موافق بدرجة بسيطة	بين الموافقة و عدمها	غير موافق بدرجة بسيطة	غير موافق بشدة
-1	في المجمال انا راض حول نفسي	4	3	2	1	0
-2	اشعر أحيانا انني جيد في كل شيء	4	3	2	1	0
-3	اشعر بأن لدي عدد من الأمور ذات النوعية الجيدة	4	3	2	1	0
-4	قادر على ان اعمل اشيء جيدة كما معظم الناس	4	3	2	1	0
-5	اشعر بأنه ليس لدي الشيء الكثير لأخجل منه	4	3	2	1	0
-6	بالتأكيد اشعر بعدم الفائدة في بعض الأحيان	0	1	2	3	4
-7	أشعر بأنني شخص له قيمة أو على الأقل مساو لمستوى الآخرين	4	3	2	1	0
-8	أرغب أن املك احترام أكثر مع نفسي	4	3	2	1	0
-9	بشكل عام اميل إلى الشعور بأنني فاشل	0	1	2	3	4
-10	لدي إتجاه إيجابي تجاه نفسي	4	3	2	1	0

المجموع : 28 درجة

التصحيح و التفسير :

تجمع الدرجات و كلما كان الفرد لديه علامات اعلى دل ذلك على تقدير مرتفع للذات. حيث تتراوح الدرجات الكلية بين (0-40) و المتوسط هو 20 و إذا كانت النتيجة أقل من 20 فهو تقدير ذات منخفض.