



جامعة ابن خلدون تيارت

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثاني ل.م.د.

تخصص علم النفس العيادي

تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري

دراسة عيادية لحالتين بمستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة - تيارت- و عيادة طاهر ميموني دائرة سوقر

الطالبان

إشراف

ضبيان حفيظة هاجر

أ. حوتي سعاد

عابدي أم كلثوم

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ(ة)
رئيسا	أستاذ محاضر أ	دوارة أحمد
مشرفا ومقررا	أستاذة محاضرة ب	حوتي سعاد
مناقشا	أستاذ محاضر ب	منهوم محمد

السنة الجامعية: 2022/2021



شكر وتقدير

نحمد الله تعالى الذي وفقنا لإتمام هذا العمل الذي رأى النور بفضله أولاً وفضل الأستاذة المشرفة الدكتورة حوتي سعاد التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها القيمة، كما لا يفوتنا نحن الطالبتين ضبيان حفيظة، عابدي أم كلثوم أن نتقدم بخالص شكرنا إلى الأستاذ عمارة جيلالي، ومستشارة التوجيه ضبيان فاطمة والأخصائيتين النفسائيتين جلاب مخطارية وغويني فاطمة الذين دعمونا وأفادونا بمعلومات قيمة.

وفي الختام نشكر كل من ساعدنا طيلة فترة الدراسة من قريب أو من بعيد، بالكثير أو بالقليل حتى ولو بكلمة طيبة أو بابتسامة عطرة.

إهداء

إلى من كان معي ولم يفارقي منذ أول نفس لي في الحياة
إلى الذي تحملني رغم ما أنا عليه من مساوئ
إلى الذي لا نساوي شيئاً بدونه
إلى الله هو الحب، ومنه الحب، وله الحب
إلى والدي اللذان كانا بجواري في هذه اللحظات
إلى من جمعتنا معهم ظلمة الرحم أخي يوسف، وأختي فاطمة وزينب
إلى رفيقتي دربي "الشهبونية عينيا"
إلى صديقتي أم كلثوم، نجاة وعائشة
إلى كل من علمونا أن العلم سلاح والأخلاق ذخيرته
إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع .

"حفيظة هاجر"

إهداء

إلى من أتقرب إلى الله بحبها وطاعتها، وأكن لها في القلب كل المحبة والتقدير والدي الكريمين.

إلى كل من لهم على صلة رحم من الأسرة، ومن العائلة.

إلى كل أساتذتي عبر مراحل التعليم.

إلى أخواتي في المدرسة القرآنية بمسجد الأمير عبد القادر بالسوقر.

إلى كل زملائي عبر مراحل التعليم.

إلى أختي خديجة، إلى من حبهم يجري في عروقي وتفرح برؤياهم عيني أخوتي محمد وعبد الله، ويوسف.

إلى من أسعد بوجودهم كثيرا أحباب الروح، مريم البتول، وآسيا وهاجر وفاطمة.

"أم كلثوم"

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري، وهي دراسة عيادية تمحورت حول حالتين من نفس الجنس (أنثى)، متواجدين بالمستشفين (مستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة بولاية تيارت) و(المؤسسة الاستشفائية ميموني طاهر بدائرة سوقر)، وعليه فقد تم الجمع بين ما هو نظري، وعملي معتمدين على مفاهيم أساسية كالتشوهات المعرفية التي تكون سببا في إحداث الاضطرابات النفسية منها (الوسواس القهري).

وتم اتباع المنهج العيادي الخاص بدراسة الحالة، وتطبيق مقياس التشوهات المعرفية المكيف للباحثة ياسمين أبوهلال ومقياس بيل براون للوسواس القهري (Yale-Brown, 1989)، بالإضافة إلى الملاحظة العيادية في كل من مقابلات الخمس النصف موجهة التي أجريت مع الحالتين، وأسفرت على ما يلي:

✓ تؤثر التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري.

الكلمات المفتاحية:

- التشوهات المعرفية، اضطراب الوسواس القهري.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

ملخص الدراسة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

1.....مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية..... 3

2- فرضية الدراسة..... 10

2- أهداف الدراسة..... 10

3- أهمية الدراسة..... 10

4- أسباب اختيار الموضوع..... 10

5- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة..... 11

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: التشوهات المعرفية

13.....تمهيد

- 1- تعريف التشوهات المعرفية.....14
- 2- أنواع التشوهات المعرفية.....14
- 3- سمات التشوهات المعرفية.....16
- 4- خصائص الأفراد المشوهين معرفيا.....17
- 5- العوامل التي تؤدي إلى ظهور التشوهات المعرفية:.....17
- 6- النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية:.....19
- 7- استراتيجيات مواجهة التشوهات المعرفية:31

المبحث الثاني: الوسواس القهري

- 1- تعريف الوسواس القهري " Définition de OCD"34
- 2- عوامل اضطراب الوسواس القهري37
- 3- أعراض الوسواس القهري.....40
- 4- الفئات التصنيفية للوسواس والأفعال القهرية.....42
- 5- علاقة الوسواس القهري ببعض المتغيرات الداخلية والخارجية44
- 6- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري.....46
- 7- المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب DSM5.....51
- 8- مآل اضطراب الوسواس القهري.....52
- 9- طرق وفتيات علاج الوسواس القهري.....53
- خلاصة.....59

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

61.....	تمهيد
61.....	1- الدراسة الاستطلاعية.....
61.....	2- أدوات الدراسة الاستطلاعية.....
61.....	3- وصف حالات الدراسة الاستطلاعية.....
63.....	4- الدراسة الأساسية.....
63.....	5- وصف حالات الدراسة الأساسية.....
63.....	6- منهج الدراسة.....
64.....	7- أدوات الدراسة الأساسية.....
69.....	خلاصة.....

الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

71.....	تمهيد.....
71.....	1- عرض وتفسير وتحليل نتائج حالات الدراسة.....
92.....	2- مناقشة وتفسير النتائج الكلية للدراسة.....
97.....	خاتمة.....

الاقتراحات و التوصيات

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح تاريخ بداية ونهاية الدراسة	63
02	يمثل خصائص حالات الدراسة	63
03	يوضح توزيع الفقرات على أبعاد مقياس التشوهات المعرفية	66
04	يبين نتائج تطبيق مقياس التشوهات المعرفية للحالة الأولى	74
05	يمثل نتائج تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري للحالة الأولى	79
06	يبين نتائج تطبيق مقياس التشوهات المعرفية للحالة الثانية	84
07	يمثل نتائج تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري للحالة الثانية	89

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح النموذج المعرفي ل بيك	27
02	يوضح نموذج تعلم سلوك الوسواس والأفعال القهرية	49
03	يوضح نموذج التجنب الإيجابي	50
04	يوضح أعمدة بيانية لنتائج قياس التشوهات المعرفية للحالة الأولى	79
05	يوضح أعمدة بيانية لنتائج قياس التشوهات المعرفية للحالة الثانية	89

قائمة الملاحق

العنوان	الرقم
يوضح مقياس التشوهات المعرفية المكيف لـ (ياسمين أبو هلال)	01
يوضح مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بييل براون)	02
يوضح إجابة الحالة الأولى على مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بييل براون)	03
يوضح إجابة الحالة الثانية على مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بييل براون)	04
يوضح دليل المقابلة	05

تتضمن المعرفة العقلية كل ما يدور في ذهن الإنسان من أفكار متراكمة حول نفسه وحول الغير ممن قابلهم في حياته منذ صرخته الأولى، هذه الأفكار تتطور مع مراحل النمو المعرفي للإنسان التي تتأثر بالتغيرات الحياتية الطارئة والصراعات والضغوطات النفسية، ما جعلت الإنسان يكتسب مشاعر معينة حول نفسه أو غيره أو المواقف التي يمر بها في حياته اليومية.

فالمواقف والأحداث التي نمر بها لا تتسبب في مشاعرنا الإيجابية أو السلبية، ولكن إدراكنا لهذه المواقف وتفكيرنا حولها هو الذي يتسبب في اكتسابنا لمشاعر معينة عندما ينحرف عما هو واقعي أي تصبح أفكارنا غير منطقية، ففي هذه الحالة نجد الفرد يعتنق افتراضات وتصورات مشوهة تنتهي به إلى استنتاجات خاطئة في إدراكه لمواقف وأحداث واضحة، وهذه الأفكار المضطربة والمشوهة تظهر في سلسلة أو منظومة وتتخذ شكل المعتقدات التي تتضمن اختلالاً وظيفياً، وتلعب دوراً رئيسياً في الاضطرابات النفسية، فقد أكد "بيك (Beck)" على أن التشوهات المعرفية تكون شائعة بين الأشخاص الذين يعانون من العديد من الاضطرابات المختلفة.

(صلاح الدين، عبد الرزاق، 2015: 18)

وهذه التشوهات المعرفية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الوصول إلى استنتاجات خاطئة حتى في إدراكه لمواقف واضحة ولعل من بين أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الناس نجد اضطراب الوسواس القهري الذي يعد نوع من التفكير الغير معقول، يلازم المريض دائماً و يحتل جزءاً من الوعي مع اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير، وقد فسر الباحثون أن التشوهات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري هي اقتحامات تشكل خطراً على حياتهم وعلى من حولهم.

(نجلاء، 2014: 32)

وأمام هذه المعطيات قادنا الفضول العلمي إلى هاته الدراسة والتي تكمن أهميتها في معرفة مدى تأثير هذه التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري .

وبناء على المنهج المستخدم في هذه الدراسة و المتمثل في المنهج العيادي فقد تم هيكله العمل بالشكل التالي:
قسمت الدراسة إلى جانبين متباينين في المحتوى من جهة ومتكاملين مع بعضها من جهة أخرى، أحدهما نظري والآخر تطبيقي.

بدأنا الدراسة بالفصل التمهيدي الذي يمثل الاطار العام للدراسة حيث تم فيه تناول جملة من العناصر أهمها مقدمة الدراسة، إشكالية الدراسة وتحديد التساؤل، فرضية الدراسة، وكذا أهمية الدراسة وأهدافها وأسباب اختيار الموضوع فضلاً عن التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة.

أما الجانب النظري فهو يحوي متغيرين :

✓ التشوهات المعرفية: تم التطرق هنا إلى الخلفية الفلسفية للتشوهات المعرفية، الأنواع السائدة للتشوهات المعرفية وكذا النظريات المفسرة لها، ثم الوصول إلى خلاصة الفصل.

✓ الوسواس القهري: تعريف اضطراب الوسواس القهري، تاريخ ظهوره ونسبة انتشاره، ثم الفئات التصنيفية للوسواس والأفعال القهرية، وكذا علاقة الوسواس القهري ببعض المتغيرات الداخلية والخارجية، ثم المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب DSM5، وكذا عوامل اضطراب الوسواس القهري وأنماطه ومختلف النظريات المفسرة له ومآل الاضطراب، وفتيات لعلاج الوسواس القهري ثم خلاصة الفصل. وأخيرا الجانب الميداني، المتضمن لفصلين رئيسيين، أولهما المتعلق بإجراءات الدراسة الميدانية والتي تم الطرق من خلالها إلى الدراسة الاستطلاعية، أهدافها، المجال الزماني والمكاني التي تمت فيه، وكذلك الدراسة الأساسية من حيث منهج البحث، حالات الدراسة، أدوات الدراسة.

أما الفصل الأخير من هذه الدراسة فقد خصص لعرض النتائج، تفسيرها و تحليلها ومناقشتها على ضوء فرضية الدراسة والدراسات السابقة، ثم خلصنا إلى الخاتمة ومجموعة من الاقتراحات والتوصيات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:

يولد الإنسان ولديه إمكانية أن يكون عقلانياً بتفكير سليم وغير عقلاني بتفكير مشوه، ويمتلك الفرد إمكانية الحفاظ على الذات، السعادة، التفكير، التحدث، الحب والتفاعل مع الآخرين ثم النمو والتكيف وتحقيق الذات. وبنفس الوقت يمتلك الفرد الميل إلى تدمير الذات، تجنب التفكير التكرار الدائم لأغلاط، عدم التسامح، عدم التقبل ثم تجنب تحقيق أقصى قدراته كإنسان.

والخبرات السابقة للفرد تكون أولاً مادة خام، فيبني بها مجموعة من المعلومات الجديدة، تتجاوز هذا الحد وصولاً إلى كيفية التعامل مع الذات والآخرين فتندمج ضمن عمليات معرفية تسمى بالمخططات المعرفية وهي صناديق مليئة بالملفات تخص مجموعة من المعطيات حول الإدراك، التفكير، السلوك، الحركة، الاستجابة، الانفعال المزاج.... إلخ، من المعطيات والوظائف ففيها مخزن هذه المعلومات ومنها نستخرجها، والمخططات تكونت نتيجة مما سبق فتبنى من خلال معارفنا وخبرتنا السابقة ومن خلالها تكون كيفية الاستجابة مع المثيرات الخارجية وفهم معطياتها والتعامل معها، فيها يتكيف الفرد وتساعد في استعادة معلومات معينة غير مرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها والاحتفاظ بمعلومات أخرى ولكن في بعض الأحيان تتكون لدينا مجموعة من المخططات الخاطئة غير المتكيفة حيث تقوم بالتكيف مع المواضيع بطريقة مختلفة الوظيفة فيعطي الفرد تأويلات خاطئة عن الوضعيات وربما يدرك الموقف عكس حقيقته أو تصله المعلومة مشوهة حول ذاته وحول الآخرين وعالمه الخارجي وبدوره يؤثر على سلوكياته من جهة وعلى انفعالاته من جهة أخرى فيصبح بذلك ينطوي تحت سوء التوافق النفسي. فالفرد يبني مخططات معرفية Schemas Cognitive من خلال الخبرات المبكرة التي يتعرض لها، والخبرات الإيجابية تؤدي إلى مخططات معرفية إيجابية، وتساعد الفرد في حياته، أما المخططات السلبية، ينتج عنها ما يعرف بالمعتقدات الجوهرية Believes Core والتي تزود الفرد بالأفكار التلقائية Automatic Thoughts وتصنف الأفكار التلقائية الموجودة لدى الفرد ضمن ما يعرف بأخطاء التفكير أو التشوهات المعرفية Distortions Cognitive.

(مقدادي، الشواشرة، 2020: 831)

تخضع هذه المخططات لتشويهات معرفية، لأن المعتقدات غالباً ما تبدأ في مرحلة الطفولة، وعمليات التفكير التي تدعم المخططات قد تعكس أخطاء مبكرة في التفكير، وتظهر التشوهات المعرفية عندما لا تكون معالجة المعلومات دقيقة وفعالة في عملها الأصلي.

(جباد، 2019: 122)

وقد ظهرت فكرة التشوهات المعرفية Cognitive Distortions لأول مرة على يد " بيك Beck " في المقالة التي نشرت عام 1963م، بعنوان الاكتئاب و التفكير، إذ تحدث عن بعض التشوهات التي يمارسها الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، وقد لاحظ أن مرضاه يعانون أنماط من التفكير التي تبدو منتظمة إلا أنها خاطئة وهذه الأنماط ينتج عنها سلوكيات غير تكيفية، وقد حدد أربعة أنواع من التشوهات المعرفية، وفي عام 1967م وفي الطبعة الأولى من كتابه: " الاكتئاب الجوانب التجريبية و النظرية الاكلينيكية"، أضاف ثلاثة تشوهات معرفية أخرى لتصل إلى سبعة أنواع، إذ وصف الأفراد الذين يمارسون التشوهات المعرفية على أنهم يدركون الأشياء والأشخاص والعالم المحيط بهم بطريقة مشوهة ومحرفة، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، وفيما بعد طور " بيرنز Burns " سنة 1980م أنواع التشوهات المعرفية بناءً على ما ذهب إليه " بيك Beck " لتصل إلى عشرة أنواع من التشوهات المعرفية.

(طموني، 2019: 03)

ويعرف " بيك وفرومان ودايفز Beck, Freeman, Davis " سنة 2004م، التشوهات المعرفية بأنها أنماط من التفكير غير المنطقي يتسم بالذاتية وعدم الموضوعية، وتتكون من مجموعة من طرق التفكير غير السليمة. ويعرفها " صالح الدين " سنة 2015م، بأنها منظومة من أخطاء التفكير تقود إلى استنتاجات سلبية تؤثر على طريقة تفاعل الفرد مع متطلبات الحياة المختلفة، في حين تعرفها " رسلان " سنة 2011م بأنها أنماط محرفة من التفكير تؤثر على طريقة إدراك الفرد للمعطيات، ويكون ذلك إما بالمبالغة أو التقليل. وقد وضع " جيفري هونغ Jeffrey hong " تعريفاً آخر بأنها أفكار رئيسة نافذة و عريضة بخصوص الذات وعلاقات الفرد بالآخرين.

(رزوق، 2017: 05)

وينظر كل من " باتما وكوكبيك ويونسو Batmaa, Kocbiyik, & Yuncu " سنة 2015م إلى التشوهات المعرفية على أنها عمليات إدراكية، لا تتكون من محتوى سوي وتساهم في تحويل المواقف المختلفة وأحداث الحياة إلى أفكار سلبية تلقائية.

يتضح مما سبق أن التشوهات المعرفية هي أفكار مشوهة ومبالغ فيها، تجعل الفرد يدرك ويفسر الأحداث بطريقة سلبية لا تتفق مع الواقع.

وقد فسرت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي التي تسعى إلى تغيير المعارف لتعديل السلوك والتأثير على الانفعالات، انطلاقاً من الاعتقاد القوي بأن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في أحداث الاضطرابات النفسية وعلاجها.

حسب "إليس Ellis" أن التفكير اللاعقلاني يتخذ شكل التشويه المعرفي أو الإدراك المشوه، واللاعقلاني للذات وللأحداث السلبية التي يتعرض لها الفرد وأن النزعة للاتجاه العقلاني تظهر بوضوح في الرشد وربما بعد ذلك، ويتطلب ذلك الكثير من الجهد من جانب الفرد الذي يحمل أفكاراً لاعقلانية، وربما يحتاج إلى مساعدة علاجية.

(دليل، 2015: 17)

ويتفق الباحثون على تأثير التشوهات المعرفية على الأفراد الذين يحملون هذه الأفكار، إذ أوضح "أرجيل Argyle" سنة 2011م أن الطريقة التي يفكر فيها الفرد تحدد نمط تكيفه، فالفرد الذي يفكر بطريقة إيجابية في الأحداث التي يعيشها، ينعكس على مزاجه ويتكيف مع بيئته كما يرى أن التشويه المعرفي للأحداث وأخطاء التفكير، تؤدي بالفرد إلى اضطرابات مزاجية مما يساعد على انخفاض مستوى التكيف لديه. ويشير "مهيدات والحربي" إلى أن التشوه المعرفي يؤثر على طريقة تفسير الأحداث، وطريقة التعامل مع المعلومات فالشخص الذي لديه تشوه معرفي يميل إلى تشويه وتغيير المعلومات بطريقة تجعل منه ضحية لأفكاره المشوهة، دون أي دليل واضح يدعم هذه الأفكار.

ومن بين الدراسات المتعلقة بتغيير التشوهات المعرفية نجد:

دراسة "حسين 2009" التي هدفت إلى معرفة دور التشويه المعرفي في تطوير الاضطرابات النفسية المختلفة مثل الاكتئاب والقلق وما إلى ذلك. وتم تصميم استبيان لاكتشاف أنماط مختلفة من التشوهات المعرفية عن طريق سرد الأفكار بين مختلف المرضى النفسيين والأسوياء، كما تم استخدام مقياس المواقف المختلة واستبيان الصحة العامة جنباً إلى جنب مع قائمة الأفكار لفهم التشوهات المعرفية بشكل شامل وتأثيرها على الصحة النفسية، طبقت على (10) مرضى بمتوسط العمر 27 سنة، و(10) أسوياء بمتوسط عمر 28 سنة، وأظهرت النتائج أن التعميم المفرط والقفز إلى الاستنتاج والتكبير، والتصغير والتفكير العاطفي، والتسمية الخاطئة لأنواع التشوهات المعرفية كانت موجودة بين معظم (80%-90%) من المرضى من ناحية أخرى، يجب أن نوضح أن التفكير العاطفي

والقفز إلى الاستنتاج وجد لدى معظم (40%-50%) من العينة الضابطة، ولكن العمل كان أقل بكثير من المرضى.

كما وجد أن المرضى جميعا لديهم معدلات تشوه معرفي أعلى بكثير من الأسوياء، وأن مرضى الاكتئاب لديهم أعلى معدل من التشوه المعرفي من جميع الاضطرابات الأخرى. كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين التشويه المعرفي و المواقف المختلة، والصحة النفسية العامة.

وفي دراسة أخرى أجراها "Zhang" سنة 2008م وذلك بعنوان "التشوهات المعرفية وعلاقتها بالحكم الذاتي لدى عينة من طالب الجامعة الصينيين". هدفت الدراسة فحص دور التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة في شعورهم بالتحكم الذاتي. وذلك لدى عينة من طالب الجامعة عددهم (103) طالب وطالبة من شنغهاي، جمهورية الصين الشعبية. وتم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية (Briere, 2000) وقائمة تقييم نفسي ومقياس لتطور التحكم الذاتي. وأسفرت نتائج الدراسة عموما عن التأثير السلبي الواضح للتشوهات المعرفية على إحساس الطلاب بالتحكم بالذات، وأيضا وجد مؤشر بأن التشوهات المعرفية قد تلعب دورا في ميكانيزمات الدفاع النفسية.

وفي نفس السياق قامت "بوليتي وآخرون Poletti, et al" سنة 2014 بدراسة هدفت إلى الكشف عن التشوهات المعرفية المتفارقة نتيجة خبرات الطفولة السيئة لدى المصابين بالاكتئاب ثنائي القطب من البالغين وتكونت عينة الدراسة من (130) مريض بالاكتئاب ثنائي القطب بينهم (64 ذكور، 84 إناث) وطبق عليهم استبيان التشوهات المعرفية، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين خبرات الطفولة السلبية والتشوهات المعرفية في الدرجة الكلية، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث بالنسبة للتشوهات المعرفية.

يتضح من الدراسات السابقة أن التشوهات المعرفية تتشكل من خبرات الطفولة المؤلمة، لهذا فهي تؤثر في الجهاز النفسي عند كل فرد، ويترجم ذلك في عدم القدرة على التحكم بالذات و تجاوز ذلك إلى ظهور اضطرابات أخرى منها الوسواس القهري.

ومن المعروف أن الاضطراب الوسواس القهري هو متلازمة سريرية معقدة في طابعها، تسبب للمريض الكرب النفسي الكبير والشديد، ومن سمات هذا الاضطراب الوخيم تواجد التفكير الوسواسي وسيطرته على ساحة الوعي

والمصحوب عادة بأفعال سلوكية تأخذ طابع الحركات الطقسية، ووصف "جاسبر Jaspers" هذا الاضطراب بأنه حالة تتميز بالانشغال المستمر بنزعات وقلق مارسها المريض بدون وجود أرضية ظاهرة لها أو أساس يبرر القيام بها.

(حجار، 1992: 19)

ويعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM5) بأنه نمط ثابت من الانشغال بانتظام، والكمال، والضبط العقلي، وضبط العلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والانفعالية، والذي يبدأ منذ بداية البلوغ ويرتبط بالعديد من السياقات.

(APP, 2013)

في حين يعرفه "ميلدر وتاير Mulder & Tyre" بأنه أحد اضطرابات الشخصية، والذي يتميز بالصلابة والسيطرة العامة والكمالية والاهتمام الزائد بالعمل، والذي يؤثر سلباً على العلاقات الاجتماعية والأسرية.

وفي طب النفس يعرف على أنه من الأمراض العصابية يتميز بأفكار متكررة ومزعجة وساوس و أفعال متكررة تأخذ شكل الطقوس ويكون الشخص مجبراً على الإتيان بها كما يكون مدركاً تماماً أن هذه الأفكار والأفعال غير منطقية غير صحيحة ولكن لا يستطيع التحكم فيها.

(محمد شرف سالم، 2008: 15)

وقد أشار الدليل العاشر للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية CIM10 إلى المكونات الخمسة الآتية للوسواس القهري وهي اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية واضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية طقوس وسواسية، وأفكار وأفعال وسواسية مختلطة، واضطرابات وسواسية قهرية أخرى، واضطراب وسواسي قهري غير معني.

(كاظم، آل سعيد: 2010)

وبهذا يتبين لدينا أن الوسواس القهري هو استجابة الفرد لأفكار وسواسية تترجم في سلوكيات قهرية أوتوماتيكية سلبية.

وبالتركيز في أعراض الوسواس القهري بدقة، نجد أن هناك جانباً معرفياً يؤدي دوراً ما في هذا الاضطراب إذ أن من يعانون من هذا الاضطراب ينظرون إلى المواقف المختلفة انطلاقاً من بنى معرفية مختلة وأفكار لاعقلانية، وهذا

ما أكده "بوبا وآرديلين Popa, Buica & Ardelean 2012" من أن الوسواس القهري يتضمن نمطا من التفكير يتسم بالصلابة وعدم المرونة والكمالية، وهو ما يرتبط بخلل معرفي لدى الفرد.

فمن خلال نتائج دراسة "بيسجين Pisgin وأوزين 2010 Ozen" التي اهتمت بفحص الاختلالات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري وما إذا كانت تختلف باختلاف الفئات العمرية، وقد أسفرت النتائج على وجود ستة اختلالات معرفية وهي تضخيم التهديد والمبالغة بأهمية الفكرة وأهمية السيطرة على الأفكار، والمبالغة في تحمل المسؤولية، وعدم تحمل الغموض والكمالية، كما توصلت إلى أن هناك فرقا في المخططات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري يختلف باختلاف الفئات العمرية، حيث دلت الدراسة على أن المبالغة في أهمية الفكرة وعدم تحمل الغموض والكمالية لا تقتصر على البالغين فقط، حيث أمكن ملاحظتها لدى مرضى الوسواس القهري للأطفال والمراهقين، بينما اقتصر تضخيم التهديد والسيطرة على الأفكار وتضخيم المسؤولية على البالغين فقط من مرضى الوسواس القهري.

(عبارة، 2018: 413)

هذه الدراسة بينت أن التشوهات المعرفية تؤدي دور المتغير الوسيط بين كل من الكمالية والضغط النفسية حيث تختلف الاختلالات المعرفية باختلاف الفئات العمرية.

وهو ما أكدت دراسة "باست وآخرون 2016" التي هدفت إلى مقارنة المرونة المعرفية والقدرة على التخطيط لدى مجموعة من مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، ومجموعة من مرضى اضطراب الوسواس القهري (OCD)، تكونت عينة الدراسة من (20) فردا من مرضى اضطراب الوسواس القهري، و25 فردا من مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، تم تشخيصهم في العيادات الخارجية في طهران، كما تم تحديد (25) فردا من المجتمع المحلي كمجموعة ضابطة، وأشارت النتائج إلى أن أداء الأفراد ضمن مجموعة الشخصية الوسواسية القهرية، ومجموعة الوسواس القهري على متغيري المرونة المعرفية والقدرة على التخطيط كان أقل بشكل دال إحصائيا من أداء ضمن المجموعة الضابطة.

إذا الإصابة باضطراب الوسواس القهري تؤدي إلى عجز في القدرة على التخطيط لعدم وجود المرونة المعرفية.

وفي نفس السياق هدفت دراسة "عبارة وآخرون 2018" إلى الكشف عن مستوى التشوهات المعرفية ومستوى أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لدى المراهقين، والعلاقة بينهما و التعرف على إذا ما كانت هناك

فروق في التشوهات المعرفية وأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية تبعاً لمتغيري الجنس والتخصص، وتكونت العينة الدراسة من الدراسة 389 طالب وطالبة (189 ذكور، و 200 إناث) في مدارس الثانوية العامة بجمص، وتم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية و مقياس أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية، أظهرت النتائج أنه توجد علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية بأبعادها الفرعية وأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية بأبعادها الفرعية.

وإلى جانب دراسة "مقدادي والشواشرة" سنة 2020 التي هدفت إلى اكتشاف العلاقة بين التشوهات المعرفية وأعراض اضطراب الوسواس القهري، وللتحقق من ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (323) طالب وطالبة في كلية التربية جامعة اليرموك، طبق عليهم مقياس التشوهات المعرفية ومقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري. حيث أظهرت النتائج أن نسبة الطلاب الذين لديهم أعراض اضطراب الوسواس القهري هو 18,3%، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية و أعراض الوسواس القهري (التعميم الزائد، الشخصية، الكل أو لا شيء، المقارنات المصحفة، التفكير الكارثي، تقليل الإيجابيات، الاستنتاج الاعباطي، التجريد الانتقائي).

إن نتائج الدراسات السابقة تدل على أن الأفكار الوسواسية المقتحمة هي أفكار مشوهة تؤدي إلى عدم تكيف الفرد مع نفسه ومع عالمه الخارجي، تجعله عاجزاً أمام الضغوط النفسية.

أما عن نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري حسب "أبو الهندي" ظل حتى سنة 1980 اضطراباً نادراً حيث قدرت الدراسات التي أجريت في الخمسينات والستينات من القرن الماضي نسبة ما يعانون من الوسواس القهري حوالي 0.05% .

(أبو هندي، 2003: 233)

وحسب إحدى الدراسات أن بعضه يوجد عموماً لدى سائر فئات المجتمع، فيتراوح ما بين 2.1% و 7.9% لدى أفراد المجتمع، بينما ترتفع النسبة لتصل إلى قرابة 26% في العينات الإكلينيكية، مع عدم وجود فروق بين الجنسين فيما يتعلق بانتشاره، إلا أن هناك إشارات أكثر قوة إلى أنه أكثر انتشاراً بين الذكور منه عند الإناث.

(APA, 2013)

فمن هنا تبرز الحاجة إلى المزيد من البحث، الأمر الذي قد يسهم وبشكل كبير في مساعدة الباحثين في هذا المجال في فهم الكيفية التي يتطور من خلالها، وفي هذا الإطار واستنادا على ما سبق فإن إشكالية البحث تتمثل في دراسة التشوهات المعرفية وتأثيرها بشكل جلي على انحراف الاضطرابات النفسية في الاتجاه المرضي خاصة اضطراب الوسواس القهري من خلال الإجابة عن السؤال الآتي:

✓ هل تساهم التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري ؟

2- الفرضية العامة:

- تساهم التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري.

3- أهداف الدراسة:

إن أي دراسة تبنى أساسا للتوصل إلى جملة من الأهداف الواضحة والدقيقة وعلى ضوء موضوع هذه الدراسة المتمثلة في تأثير التشوهات المعرفية على ظهور اضطراب الوسواس القهري، جاءت الأهداف التالية لمعرفة:

✓ الكشف عن التشوهات المعرفية كسبب لظهور اضطراب الوسواس القهري.

✓ التعرف على مستوى اضطراب الوسواس القهري عند الحالات بعد تطبيق مقياس "ويل براون".

4- أهمية الدراسة:

تتوقف أهمية أي موضوع على دراسة الظاهرة وعلى قيمتها العلمية والعملية ومدى إسهامها في إثراء المعارف النظرية من جهة والميدانية من جهة أخرى وتكمن أهمية هذه الدراسة انطلاقا من النقاط التالية:

✓ أهمية المتغيرات التي يدرسها البحث: وهي علاقة التشوهات المعرفية في ظهور اضطراب الوسواس القهري.

✓ اعتبار هذه الدراسة إضافة جديدة للمكتبة العلمية.

✓ الاستفادة من نتائج الدراسة في البحث العلمي.

5- أسباب اختيار الموضوع:

✓ الميل الشخصي للموضوع والبحث أكثر حوله.

- ✓ إشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.
- ✓ قابلية الموضوع للدراسة باعتباره واقع معاش ومنتشر بكثرة.
- ✓ قابلية الموضوع للبحث من الناحية النظرية، ومن الناحية التطبيقية لتوفر عينة البحث.
- ✓ محاولة التعرف على الحالة النفسية لمن يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

6- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

تحدد مصطلحات الدراسة في:

- **التشوهات المعرفية:** هي أفكار تلقائية خاطئة يتبناها الفرد حول نفسه وحول الآخرين، تتكون منذ الطفولة تأخذ أشكال مختلفة منها: التفكير الثنائي، الاستنتاج العشوائي، التضخيم والتقليل، الاستدلال العاطفي ولوم الذات والآخرين، التفكير المثالي والمقارنات المجحفة، التعميم الزائد، وتقاس في الدرجة التي يتحصل عليها الفرد من خلال تطبيق مقياس التشوهات المعرفية .
- **الوسواس القهري:** هي مؤشرات على مجموعة من الأفكار والأفعال التي تتصف بالوسواسية والقهرية والمحددة بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد بتطبيق مقياس أعراض الوسواس القهري "ليل براون".

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المبحث الأول: التشوهات المعرفية

تمهيد:

ميز الله الانسان بأن جعل له عقلا يفكر ويدبر به شؤون حياته، وما توصل إليه في حياته وجوانبها المختلفة ما هو إلا نتاج لعمليات عقلية، وتفكير الانسان وإدراكه للمواقف المختلفة هو الذي يحدد طريقة الاستجابة بناء على خبراته ومعرفته السابقة عنها، فإما أن يكون إدراكه للمواقف منطقيا فيكون لديه استجابات منطقية، وإما يكون لديه تشويه معرفي يؤدي إلى استجابات غير منطقية، والتشويه المعرفي يعد عائقا في حياة الانسان على مستوى الإدراك أولا ثم الحكم الصحيح، والقرار الملائم فالإنسان في هذه الحالة يحمل أحكاما سلبية مسبقة عن الموقف ودوافع سلبية ذاتية دفينه ومعلومات لا يحكمها المنطق.

وسيتيم في هذا الفصل التطرق إلى تعريف التشوهات المعرفية، أنواعها، وأهم النظريات المفسرة لها.

1- تعريف التشوهات المعرفية:

- يعرفها بدوي 2019: بأنها أنماط خاطئة من التفكير غير المنطقي تتسم بعدم الموضوعية، وتأخذ العديد من الأشكال وتؤثر في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، وفي قدرته على تحقيق التوافق، وتساهم في ظهور مشكلات نفسية لديه.

(بدوي، 2019: 43)

- تعريف لمياء صلاح الدين 2015: هي منظومة من الأفكار الخاطئة التي تتضمن التفكير الشائبي، التعميم الزائد، التفكير الكارثي، التهوين والتجريد الانتقائي، والتفسيرات الشخصية، والتي بدورها تؤدي إلى استنتاجات خاطئة في إدراك المواقف الواضحة، تأثر سلبا في قدرة الفرد على المواجهة والتوافق النفسي والاجتماعي مع البيئة المحيطة.

(صلاح الدين، 2015: 662)

توضح هذه التعاريف أن التشوهات المعرفية أحد مظاهر اضطراب التفكير، والتي تبدو لدى الفرد في إدراك الفرد الواقع بشكل خاطئ، تظهر في شكل تركيبات أو صيغ معرفية.

- تعريف سماح رسلان 2011: هي أساليب تفكير غير منطقية، ومعارف محرفة تؤثر في إدراك الفرد وتفسيراته للأشياء.

(رسلان، 2011: 80)

- تعريف حسين 2007: هي المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف، تكون خاطئة ولا تمثل بالضرورة مكونات الواقع الفعلي، ويتضمن التشويه المعرفي أخطاء في المحتوى المعرفي، ويمكن المبالغة فيها كما وكيفاً.

(حسين، 2007: 142)

توضح هذه التعاريف أن التشوهات المعرفية عبارة عن معتقدات سلبية، وأساليب غير منطقية تؤثر سلباً في إدراك الفرد لواقعه.

- كوروين وآخرون 2008: هي أخطاء في التفكير تؤدي إلى المزاج السلبي تكون عامة وشائعة لدى كل الجنس البشري، تظهر مع الكرب الانفعالي.

(كوروين وآخرون، 2008: 23)

- تعريف بيك 1987: هي مجموعة من وجهات النظر المشوهة، والأفكار اللاتكيفية والإدراكات السلبية التي يتبناها الفرد حول نفسه والعالم والمستقبل.

(عبد الكريم قاسم العلوي، 2013: 17)

حسب هذه التعاريف إن التشوهات المعرفية هي مجموعة من معاني ومفاهيم غير واضحة ومغلوبة نتيجة نقص وقصور، وتكون متناقضة وغين متسقة تحتوي على مجموعة من التفاصيل المتضاربة.

2- أنواع الأفكار المشوهة:

- التفكير الثنائي إما كل شيء أو لا شيء: هذا النوع يجري تقييم الذات بعبارات شديدة ومبالغ فيها، وقد تكون سيئة أو جيدة، أو بيضاء أو سوداء، لا شيء بينهما، ويستخدم هنا مصطلحات (دائماً، كل، أبداً)، عندما تكون مضللة أو خاطئة، حيث يدرك الفرد نفسه والآخرين وفقاً لفئات محددة متطرفة، ويميل هذا النوع من التفكير إلى أن يكون مطلقاً ولا يوجد فيه مجال للأمل، كما يشير هذا المفهوم والميل الفرد لتقييم الأشياء بشكل متطرف من خلال التفكير أن شيئاً ما يجب أن يكون بالضبط، وهنا يريد الفرد الحصول على كل شيء أو خسارة كل شيء، فمثلاً الطالب الذي يحصل على علامة عالية لكنها

ليست كاملة، فيقول أنا فاشل تماماً، هذا التفكير هو تشويه معرفي لأنه يقوم على الأساس القطبية في التفكير، أي على أساس متطرف كل شيء أو لا شيء، ولا يوجد وسط.

(أحمد عبد الرحمان صباح، 2021: 16)

- الاستدلال الاعباطي (الاستنتاج العشوائي): بمعنى الوصول إلى استنتاج معين من حالة أو حدث أو خبرة أو القفز إلى الاستنتاجات بدون معلومات واقعية، مثلاً نتنبأ أن شيئاً سيئاً سوف يحدث مع عدم وجود دليل على ذلك.

- التجريد الانتقائي (التنقية العقلية): يركز هنا الفرد على الجانب السلبي ويتجاهل المظاهر الإيجابية منها بحيث ينشغل في الجانب السلبي بصورة مفرطة، مثلاً يركز لاعب كرة كبير لديه الكثير من الإنجازات على خطأ واحد حصل معه، أو أن ينتقي الفرد الجنب السلبي من حديث شخص ما بدون أن ينظر إلى مجمل الكلام.

- التعميم الزائد (التعميم السلبي الشديد): هنا يستنتج الفرد قاعدة معينة بناء على أساس خبرة مر بها ثم يقوم بتعميمها على جميع المواقف غير المشابهة، كأن يقول أن جميع تصرفاته حمقاء بناء على نقد من شخص ما له.

(أبو هلال، 2018: 23)

- التكبير والتصغير (التضخيم والتقليل): هنا يعطي الفر وزناً أكبر للضعف أو الفشل، أو تهديد محسوس أكثر منه للقوة أو النجاح، وتختلف الأوزان من فرد إلى آخر فغالبا ما تكون الإيجابية للأفراد مبالغ فيها فالفرد الذي يتبنى هذا النمط من التفكير في حالة أدرك نفسه أو الآخرين، أو المواقف فإنه سيميل إلى المبالغة أو التضخيم للمكونات السلبية، وقد يقلل من الإيجابيات أو يسقطها من حساباتها.

(أحمد عبد الرحمان صباح، 2021: 14)

- التسمية أو فقدان التسمية: فنظرة الفرد عن نفسه تنتج من تسمية الذات نتيجة بعض الأخطاء، فالفرد الذي لديه بعض الحوادث من عدم اللباقة مع بعض الأقارب قد يقول أنا لست محبوباً.

- الشخصية: جعل ظرف ما خارجي لا يرتبط بالفرد ذات معنى بالنسبة له ويرتبط به وهذا يسبب تشوها معرفياً، ومثال على ذلك تمطر دائماً عندما أريد الذهاب إلى الجامعة.

- لوم الذات: وهو إساءة تفسير الواقع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية، وفيها يحمل الشخص نفسه مسؤوليات الفشل عن كل ما يدور حوله حيث يعتبر نفسه مسؤول عن فشل الآخرين بشكل مبالغ بها، مثلا أنا السبب في حصول زميلي على معدل تراكمي سيء بالجامعة.

(الشناوي، 1995:94)

- استخدام "إطلاقا أو حتما" (عبارات الوجود): هو استخدام عبارات تدل على الحتميات (يجب، لابد، أبدا، دائما... الخ) كأسلوب من أساليب التفكير وهذا يؤدي إلى تضخيم سلوك الفرد اجتماعيا.

(فايد، 1998:49)

- التفكير القائم على الاستدلال الانفعالي: يقوم الفرد هنا بتفسير حدث ما بناءا على حدسه دون النظر إلى المعلومات والأحداث الواقعية، أو أنه يقوم بتفسير سلوك الآخرين تفسير انفعالي، وهذا ما يجعله يجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال.
- التفكير الانتحاري: إن المحاولات ماهي إلا تعبير نهائي عن الرغبة في الهروب فهو يرى أن مستقبله مثقل بالعناد والألم ولا يجد سبيلا إلا الانتحار، ويبدو له خطوة منطقية أن الانتحار يرفع عن أسرته عبئا ثقيلا.
- المقارنات المجحفة: يقارن الفرد نفسه مع الآخرين في ضوء معايير غير واقعية.

(أبو أسعد، عربيات، 2015:101)

3- سمات التشوهات المعرفية:

تتمثل سمات التشوهات المعرفية في هاته النقاط التالية:

- يحدث التشويه المعرفي في مرحلة معالجة المعلومات، وليس في مرحلو استقبالتها.
- يمكن أن تحدث لدى الأفراد العاديين والمتقنين، وحتى العلماء.
- ليس شرطا أن يحدث خلل في الحواس نتيجة التشوهات المعرفية.
- المخططات العقلية والافتراضات، والأفكار المسبقة هي المسؤولة عن حدوث التشوهات المعرفية.
- التشويه المعرفي من الآليات الدفاعية التي تسهم في حفظ التوازن الحيوي.
- التشوه المعرفي هو تشوه في التفكير وليس نقصا وعجزا فيه.
- تساعد التنشئة الاجتماعية الصارمة للفرد في إيجاد بيئة ملائمة لحدوث التشوهات المعرفية.

- الفرق بين التشوهات المعرفية والأفكار اللاعقلانية هي أن الأولى لها جانبان سلبي (وهو الذي يشكل خطراً على شخصية الفرد)، وإيجابي (وهو الذي يستخدمه المعالجون في برامج العلاج المعرفي في تغيير معتقدات لدى المدمنين وغيرهم)، أما الأفكار اللاعقلانية فهي تأخذ المنحى السلبي على الدوام، وهي نتاج التشويه المعرفي.
- يختلف التشوه المعرفي عن العجز المعرفي، في أن الأول انتاج تزامم المخططات في التفكير النشط، أما الثاني فهو نقص في التفكير ناتج عن فقدان مرحلة أو أكثر من مراحل التفكير.

(مختار، السعداوي، 2014: 21)

4- خصائص الأفراد المشوهين معرفياً:

تتمثل هذه الخصائص فيما يلي:

- توجد لديهم انطباعاتك مبالغ فيها عن الذات بالإيجاب أو السلب.
- يتمتعون بأسلوب تفكير منغلق تقليدي، وغير قادر على التوافق مع مجريات الحياة الجديدة.
- عادة ما يقعون في مواقف الإرباك والإحراج.
- يتصفون بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين، لا يتعاطفون معهم وأحياناً يجرحونهم.
- يتوقعون الأسوأ دائماً، ويركزون على النقص والفشل لديهم.
- يتصفون بالجمود الفكري، والميل للمغالاة والحدة في التعامل وعدم قبل الرأي الآخر.

(راوي، 2021: 19)

5- العوامل التي تؤدي إلى ظهور التشوهات المعرفية:

- الطفولة المبكرة: حسب المعالجين المعرفيين، معتقدات الأفراد تبدأ في التشكل منذ الطفولة المبكرة وتتطور مع تقدم العمر، حيث تقود إلى تشكل المعتقدات الأساسية حول ذاتهم والعالم، لذا فالخبرات الفردية والحب الذي يمنحه الآباء لأبنائهم يقود إلى معتقدات حول ذاتهم وعالمهم، هذه الخبرات تعمل على تشكيل عدد كبير من المخططات التي يتعلق البعض منها بالفرد وبعضها بالبيئة والتعامل مع مثيراتها، إذ تصبح الأداة التي يدرك ويفسر بها ما يمر بها من خبرات، ويقرر أي السلوكيات التي ستنطوي ردود أفعاله

اتجاه واقعه. وتكون المخططات إما جيدة أو سيئة التكيف مع الواقع.

(علوي، زعبوش، 2009: 65)

- الأسرة: من أولى الجماعات التي ينتمي إليها الطفل وأشدّها ثلّة به، حيث تتم فيها عمليات التنشئة الاجتماعية ويتلقى طريقة ادراك الحياة، وكيفية التوجه والتفاعل والتوافق مع الآخرين، فالأطفال يعدون أطفالهم نموذجاً لهم إذ يتعلمون طريقة التعلم والتصرف منهم، فعندما يكون لدى الآباء نظرة سلبية عن ذاتهم وعن العالم المحيط بهم وعن المستقبل، فإن ذلك يزيد من احتمال أن يتشكل لدى الطفل نفس وجهة النظر والتي ترافقه للمراحل الأخرى في حياته، كذلك سوء معاملة الأهل أو القسوة الزائدة معه وعدم تقديم ما يكفي من العطف والحنان له يمكن أن يجعل الطفل يعتقد أنه غير مرغوب فيه أو غير محبوب، فمنهم من يعزل لاعتقاده برفض الآخرين له، ومنهم من يصبح غير مكترث لاعتقاده لعدم أهميته عند أي أحد، ومنهم من يتصرف بعدوانية كونه تعلم بالنمذجة، وهكذا فإن الخبرات التي يمر بها الطفل من اهمال وقسوة وحرمان قد تهيء له مخططات معرفية خاطئة حول الذات والعالم والمستقبل.

(عبد الرحمان صباح، 2021: 19)

- وسائل الاعلام: لها دور جوهري في إثارة الجمهور بالقضايا والمشكلات المطروحة، فهي مصدر في استسقاء المعلومات عن كافة القضايا السياسية والاجتماعية والثقافية، بسبب فاعليتها وانتشارها الواسع، تملك التأثير غير المباشر بوتيرة متسارعة غير ملحوظة، كما تساهم في تشكيل الوعي الاجتماعي للأفراد إلى جانب الأسرة والمؤسسات التعليمية، فعلى الرغم من الانجازات التي حققتها في شتى المجالات، حيث يوجد بها ما يعزز التفكير المبدع والمبتكر، وفيها ما يهدف إلى تخريب الجيل من خلال بث أفكار خاطئة عن طريق برامج محببة للفتنة المستهدفة، وهو ما يوضح دور الاعلام في زرع التفكير الخاطئ (التشوهات المعرفية) لدى الفرد وتعزيزه.

(حلس، مهدي، 2010: 20)

- التجارب السابقة: تجعل الشخص يجد صعوبة في تأويل المعلومات التي يستقبلها من العالم الخارجي، مما قد يجعله يقع ضحية اعتقادات سلبية، وهذه التجارب تؤثر سلباً على معتقدات الفرد خصوصاً إذا اقترنت مع مواقف صادمة وحرجة.

(عبد الرحمان صباح، 2021: 19)

- **اشراطات وتعلمت مشوهة:** إن القراءات و التأويلات المشوهة وسوء فهم الرموز والعلامات الخارجية، والسلوكيات الصادرة عن الآخرين قد تؤدي إلى اشراطات مشوهة يقوم الفرد بإسقاطها على مواقف وصياغات جديدة على الآخرين تكون مشابهة للسياق او قد تكون مختلفة عنه.

- **الذكريات:** إن تنظيم المعارف في جزء كبير منه على معلومات غير متوفرة في المحيط اللحظي والتي تعتبر ذكريات لأحداث معاشة سابقا، يمكن أن تكون حديثة تكونت لتوها، أو سبق تخزينها بوقت سابق، وبذلك نكتشف أن تعلم طريقة التفكير في بناء أو تغيير التمثل الذي يمتلكه الفرد حول محيطه.

- **تفاعل العوامل الوراثية والبيئية:** قد تؤثر العوامل الوراثية في معالجة المعلومات التي سببتها الاحداث الخارجية، وربما تؤدي ظروف الأحداث والعوامل البيئية كذلك دورا أساسيا لحسم وتحديد طبيعة الفروض والمعارف والادراكات المشوهة

(ليهى، 2006: 72)

6- النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية:

تعددت النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية ومنها ما يلي:

6-1- النظرية التحليلية: يرى فرويد أن التشوهات المعرفية عبارة عن ميكانيزمات دفاعية تنتج عند الفشل في إشباع الحاجات الغريزية، وتؤكد كارين هورني على دور الاحاديث الذاتية verbalintion Self وما يردده الفرد لنفسه من كلمتي (ينبغي ويجب) في نشأة واستمرار الاضطراب الانفعالي، وتؤكد أن العصاب ينشأ من التعارض بين امكانات الفرد وما يريد تحقيقه، حيث تعيش الشخصيات العصابية في حالة شديدة من إجبار أو قسر الذات والطغيان الناجم عن كلمة (يجب) التي تجبر الفرد على قبوله نفسه داخل صورته التي يضيف عليها صفة المثالية، وهو مساق إلى أن يكون كاملا، فهو يأمر نفسه بأن تنكر وتشعر وتفعل ما يجب فعله، ولكن مهما كانت صلابة الكفاح وطول دوامه، فإن الشخص لا يمكن أن يبلغ أو يحقق الكمال الذي يسعى في سبيله ولسبب أو اخر فإنه يطلب أشياء متناقضة من نفسه والحصيلة التي لا مجال لإجتناها هو الاحساس المستعصي والمستديم بالتوتر.

(سيدني، 1973: 17-18)

بينما يرى أدلر أن التشوّهات المعرفية تكون نتيجة النقص، والعجز الذي يشعر به الفرد نتيجة فشله في الوصول إلى الكمال، أما سوليفان فيقول أن التشوّهات المعرفية عبارة عن صور ذهنية حول النفس و الآخرين، وهذه الصور تعتبر كأى إدراك أو ملاحظة تتأثر بطبيعة نظام الذات للفرد ليس بالضرورة أن تتماثل بصورة صادقة.

(أبو أسعد، عربيات، 2009: 66)

حسب التحليلين التشوّهات المعرفية هي انعكاس مشاعر الفشل في اشباع الرغبات التي تؤدي به إلى انكارها فتجعله ينطوي ويقسو على ذاته، ويتخذ شكل الصلابة في التعامل مع نفسه والآخرين، حيث أنه هناك علاقة وثيقة بين المعرفة (أفكار وأراء)، وبين الصحة النفسية والمرض النفسي، فالصحة النفسية تتحقق بقدر دقة وصحة أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين فعندما تكون أفكار الفرد دقيقة تكون الصحة النفسية وعندما تكون غير دقيقة يكون المرض النفسي.

6-2- النظرية السلوكية: أشار وولب Wolpe إلى العلاقة بين التفكير والسلوك، حيث أكد على أن تعديل السلوك يؤدي إلى تعديل التفكير، فالمريض بعد العلاج عن طريق (تعديل السلوك) يبدأ في إدراك مبالغاته الانفعالية في تقدير الأشياء ويدرك أن مخاوفه كانت تشويها للواقع، وبالتالي يبدأ في اعتناق تصورات تتفق في واقعيتها مع واقع الموقف، كما ويرى أن بعض التغيرات تحدث في سلوك مرضاه بعد نجاحهم في تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية.

(الزغبي، 2002: 183)

إذا هذه النظرية ترى أن الأفكار الخاطئة تؤثر على إدراك وتقدير الفرد للأشياء، وبالتالي تترجم السلوكات غير توافقية ومرضية، وعلاج المريض يقوم على تعديل الفكرة الخاطئة وبالتالي يتعد السلوك تلقائياً.

6-3- النظرية الاجتماعية: أكد باندورا على أهمية التفاعل المتواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية (أفكار، اعتقادات، قيم، صور عقلية) والسلوك، وهو ما أطلق عليه اسم الحتمية التبادلية Determinism Reciprocal بمعنى أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والسلوك والبيئة فتغير الأفكار ينتج عنه تغير في السلوك، وفي نفس الوقت فإن تغير السلوك ينتج عنه تغير في الأفكار، ولهذا

فإن الاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تصدر عن الفرد تجاه الأحداث والوقائع هي نتيجة طريقة إدراكه وأفكاره وتفسيراته التي يعطيها الفرد لهذه الأحداث، وقد تلعب المتغيرات المعرفية (كتشويه الخبرات والتوقعات اللامعقولة) دوراً في نشأة الاضطراب الانفعالي.

(عبد الكريم قاسم العلوي، 2013: 34)

تحدث هذه النظرية عن التبادلية الحتمية بين المؤشرات البيئية والعمليات المعرفية المشوهة، والسلوك حيث لها دور في نشأة الاضطرابات النفسية.

6-4- النظرية المعرفية: إن الأسلوب الرئيسي في العمل بالمنظور المعرفي هو تعديل النماذج الخاطئة في تفكير الفرد فالتركيز ينصب على أسلوب تفكير الفرد ومشاعره وسلوكياته لكي يتم فهم العلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك.

إذ أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك فعندما يفكر الفرد فإنه ينفعل ويسلك وعندما ينفعل الفرد فهو يفكر ويسلك.

(كحلة، 1998: 38)

أي بمعنى أن الأفكار والانفعالات والسلوك عبارة عن نظام إذا حدث أي تغيير في أي جزء من أجزاءه نتج عنه تأثير وتغيير لباقي الأجزاء الأخرى، ويمكن القول أن وجهة النظر الرئيسية بالنموذج المعرفي هي :

- أن الأفكار تؤدي إلى الانفعالات والسلوكيات.

- وأن الاضطرابات الانفعالية تنشأ من تفكير سلبي منحرف الذي يؤدي إلى سلوكيات غير ناعمة وغير مفيدة.

- وأن الاضطرابات الانفعالية يمكن أن تساعد بتغيير مثل تلك الأفكار (التي يفترض أنها قابلة للتعلم).

(الأقرع، 2008: 75)

فإذا كان التفكير المصاحب للسلوك أو الانفعال يتميز بالعقلانية، فإن سلوك الفرد وانفعالاته ستكون إيجابية ، وعلى العكس من ذلك فإذا كانت طريقة التفكير لامنتطقية فإن سلوك الفرد وانفعالاته سيكونان على درجة عالية من السلبية.

(ابراهيم، 1980: 197)

✓ إليس Ellis (1955):

أهم افتراضاته أن عواطف الفرد تنبع أساساً من معتقداته وتقييماته وتفسيراته، وردود أفعاله اتجاه المواقف الحياتية كما تفترض أن الناس يولدون وهم يمتلكون أفكار عقلانية وغير عقلانية التي تكون أكثر تأثيراً على السلوك، حيث تتشكل الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد في مرحلة الطفولة فتصبح جزءاً من تركيبته، وحين يتعلم الفرد مجموعة من المهارات التي تساعد في التخلص من الأفكار اللاعقلانية وبناء أفكار إيجابية اتجاه المواقف، والخبرات فإن ردود أفعاله العاطفية ستتغير، وهذا يمكن الفرد من حل جميع مشكلاته المستقبلية وليست فقط المشكلات الحاضرة. إذا هذه النظرية ترى أن التفكير العاطفي يلعب دوراً في التشوهات المعرفية، لأن الطريقة التي يشعر بيها الفرد ما هي إلا انعكاس للواقع، والتشوهات المعرفية تقود للاعتقاد بأن الأحداث المستقبلية تعتمد على ما نشعر به. وقام إليس بوضع نظام (ABC)، حيث تتميز الأفكار اللاعقلانية في معتقدات الفرد المتمثلة بالرمز (B) و يعبر عن الأحداث اليومية بالرمز (A)، بينما يشير (C) إلى ردود الأفعال السلوكية و الانفعالية.

(أبو هلال، 2018: 25)

✓ الأفكار اللاعقلانية:

فيما يلي توضيح للأفكار اللاعقلانية كما وردت عند إليس، كما ذكرها حمدي في كتابه:

- الفكرة الخاطئة الأولى: من الضروري أن يكون الانسان محبوباً من قبل الجميع.

حيث أنه من الصعب أن يكون الانسان محبوباً من قبل الجميع مهما حاول أن يكون معهم جيد، إذ مقارنة سعادة الفرد وراحته النفسية بحب الآخرين له وتقبلهم يجعله دائماً في قلق، وخوف من رفض الآخرين، و في حال تم رفضه من قبل أحد فإنه يدخل في العديد من المشكلات والأمراض النفسية.

- الفكرة الخاطئة الثانية: من الضروري أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة و الإنجاز حتى يكون ذا قيمة و أهمية.

ومن هذه الفكرة يتضح أنه لا يستطيع الانسان أن يكون كاملا مهما حاول، إذ وجود هذه الفكرة سيؤدي إلى وجود مشاعر من النقص ويقلل من استمتاع الانسان بالحياة، ويجعله في حالة صراع دائم من أجل التفوق على الآخرين، وقد يولد لديه أحيانا مشاعر كراهية اتجاه من يشعر أنهم أفضل منه، وقد يتعرض للصدفة بسير في حال تعرض لفشل كبير إن لم يأخذه بعين الاعتبار.

- الفكرة الثالثة الخاطئة: بعض الناس سيئون وأنا لا أطيقهم لأنهم يضغطون على أعصابي.

توضح هذه الفكرة أنه من غير المنطقي أن يجعل الفرد نفسه عرضة للاضطرابات والمشكلات النفسية لأنه لا يجب تصرفات بعض الناس، ولا يجب رؤيتهم.

- الفكرة الخاطئة الرابعة: من المصيبة أن تصل الأمور إلى غير النحو الذي أريده.

حيث من الصعب أن تسير الأمور حسب ما يريد كل فرد، كما أن انزعاجه من الأمر لن يغير النتائج بل ربما قد يزيد الأمر سوءا.

(حمدي، 2010: 86)

- الفكرة الخاطئة الخامسة: التعاسة هي نتيجة ظروف خارجية لا يستطيع الانسان ضبطها أو التحكم بها.

هذه الأخيرة توضح أنه تأتي كل من السعادة، أو التعاسة من الطريقة التي يدرك بها الفرد للموقف أو الظروف الخارجية، حيث تحدد العمليات المعرفية الطريقة التي يفهم الفرد من خلالها الأحداث و يفسرها.

- الفكرة الخاطئة السادسة: وهي أن الأشياء المخيفة أو الخطرة تعد سببا للانشغال البالغ، وعلى الفرد أن يتوقع في كل وقت حدوث هذه الأشياء في حياته.

إذ التفكير الدائم في الحوادث الخطيرة تأخذ من الفرد الكثير من الوقت والجهد بالتفكير بها، وأخذ التدابير اللازمة اتجاهها، ومع ذلك هذا لا يمنع حدوثها بل يقف أما الانسان في الاستمتاع بحياته أو الشعور بالراحة، وأحيانا قد لا يكون القلق من الحوادث أكثر خطورة من الحوادث نفسها.

- الفكرة الخاطئة السابعة: على الانسان تجنب بعض الصعوبات، والمشكلات بدل أن يعمل على حلها أو مواجهتها.

حيث أنه في بعض المشكلات يكون الهروب منها بتجنبها، وعدم مواجهتها يكون سببا في زيادة حجمها من مشكلة صغيرة إلى مشكلة كبيرة.

(حمدي، 2010: 87)

- الفكرة الخاطئة الثامنة: يجب أن يعتمد الفرد على شخص آخر أقوى منه يستند إليه.

تبين هذه الفكرة أنه صحيح الانسان يحتاج الدعم المادي والمعنوي من الآخرين، إلا أن الاعتماد على مصدر واحد يعتبر أمر غير منطقي، كما أن الاعتقاد الزائد على شخص معين قد يجعله تحت سيطرته، وبالتالي يفقد استقلاليتة ويجعل الآخر يهرب منه ويتجنبه، فيشعر الفرد أنه منبوذ وغير متقبل من طرف الآخرين.

- الفكرة الخاطئة التاسعة: إن تأثير الماضي على الانسان لا يمكن استبعاده، وأن أي سلوك في الحاضر هو نتيجة مواقف و خبرات ماضية.

إذ من الممكن أن تؤثر أحداث الماضي على الانسان ولكن هذا التأثير جزئي ويستطيع الانسان التحكم بالآثار السلبية لتك الأحداث عن طريق التفكير المنطقي العقلاني.

- الفكرة الخاطئة العاشرة: لا يحق للفرد أن يشعر بالسرور وغيره يتألم، بل يجب أن يحزن وتألم لما يصيب الآخرين.

من هذه الفكرة نستنتج أنه من الطبيعي أن يحزن الفرد عندما يرى مشكلات غيره، لكن الغير المنطقي هو أن تقف حياته حيث يتوقف عن الاستماع وممارسة نشاطاته التي يجبها.

- الفكرة الخاطئة الحادية عشر: هناك دائما حل واحد صحيح وكامل لكل مشكلة، ويجب على الانسان أن لا يقبل إلا بذلك الحل.

حيث أنه يصعب جدا على الانسان اختيار حل واحد صحيح في كل مشكلة ويناسب جميع الأطراف، فالحل المنطقي بالنسبة لشخص ما قد يكون غير منطقي لشخص آخر لديه المشكلة نفسها، وافتقار الفرد للبدائل قد تجعله يقع بكثير من المشكلات، وقد تؤدي إلى تفاقم المشكلات البسيطة، فالحل الأمثل يكمن في حل وسط يناسب جميع الأطراف مع وجود بدائل لذلك الحل.

(حمدي، 2010: 88)

✓ جورج كيلي **George Kelly (1955):**

افترض كيلي أننا ننظر إلى العالم من خلال قوالب وأنماط شفافة *templates and patterns* *Transparent*، حيث يعمل الفرد على إيجاد هذه الأنماط والقوالب ثم نحاول أن نجانسها أو ننسبها إلى الوقائع التي يتألف منها هذا العالم، ويسمي *Kelly* هذه القوالب اسم التراكيب أو البناءات أو التكوينات *Constructs*، ويعرف البناء أو التكوين والتركييب بأنه (تمثيل أو تفسير) لحادثة ما أو واقع ما أو أنه طريقة للنظر إلى شيء ما، فالبناءات والتكوينات ليست مجردة عن الوقائع أو الأحداث بل إنها تنظم الأحداث الحقيقية، وينشأ البناء والتركييب من الشخص ذاته وليس من الحادثة والواقعة التي نفسرها.

(عبد الله، 2012: 109)

ويرى *Kelly* أن توقعات الفرد للأحداث هي التي تؤدي إلى تقرير سلوكه وما يبنى على هذه التوقعات سيؤدي بطبيعة الحال إلى تشكيل أنماط معينة من السلوك، ويرى أيضا أن كل انسان يحاول أن يعالج عالمه من خلال تناوله لأفكاره ومبادئه وفلسفته بالحياة، فعندما يواجه الفرد أي موقف ينظر إليه ويتعامل معه وفق ادراكه الفكري ومعتقداته ولهذا يتعلم من المواقف أشياء ايجابية إن كانت فكرته عن نفسه وعن الأشياء ايجابية، وبالعكس إذا كان ادراكه عن الموقف وعن الشيء سلبيا، فالاضطرابات الانفعالية من وجهة نظر *Kelly* تنشأ من التوقعات غير المنطقية والتنبؤات الخاطئة عن الأحداث وبصفة عامة عندما يكون هناك تحريف أو تشويه في مضمون إنشاءات الفرد الشخصية أو فلسفته.

(حسين، 2007: 88)

وقدم Kelly ما يعرف بالبدائية الإنشائية وهي الاعتقاد أن هناك بدائل متعددة أمام الفرد وعليه أن يختار أحد هذه البدائل، وأن اختيار الفرد لها يستند أساساً على إنشائه الشخصية الخاصة والتي هي فروض يقيّمها الفرد عن النتائج المقبلة المترتبة على أفعاله وأن ادراكه للعالم ينتظم بحسب هذه الفروض والإنشاءات، واعتقد Kelly أن النظر إلى ماضي الفرد كمحدد لسلوكه في الحاضر أمر مضلل، فالماضي ليس محدد للسلوك وإنما الذي يحدده هو كيفية نظرة الفرد وكيفية تطويره له، والشخص ليس ضحية لتاريخ حياته ولكنه يمكن أن يكون عبداً لتفسيره له.

(أبو أسعد، عربيات، 2009 : 242)

ويرى أننا نكون حاضراً ومستقبلاً بشكل عقلائي، فالفرد يبني عدداً من التصورات والمفاهيم عن نفسه وعن الآخرين والأشياء المحيطة به وهذه التصورات ماهي إلا فلسفات ومعتقدات وقيم وأفكار عن النفس والحياة.

(شلتز، 1983 : 331)

حسب النظرية "كيللي" الفرد يعتمد فيما يمارسه من سلوكيات على ما يحمله من توقعات معرفية وفكرية، كالتوقع والتنبؤ بحدوث أشياء معينة، وأن الفرد يتصرف وفقاً لهذه التوقعات، وهي بمثابة واقع يوجه سلوك الفرد ويحكمه إضافة إلى اتجاهاته ومعتقداته وما يعانیه من اضطرابات انفعالية، وما يحمله من تنبؤات مشوهة ناتجة عن أخطاء في محتوى التفكير والمعتقدات الشخصية لدى الفرد.

✓ آرون بيك Beck (1955):

افتراض بيك أن التفكير السلبي المشوه يؤثر على مشاعر الفرد، وبالتالي يؤثر على سلوكه وهذا بدوره يقود إلى الاضطرابات النفسية، وأنه من خلال تعديل التفكير السلبي سيؤدي ذلك إلى نمو مشاعر أكثر إيجابية، والتي تنعكس على سلوكه فيحدث المزيد من التحسن باتجاه الشفاء.

(بيك، 1995 : 88)

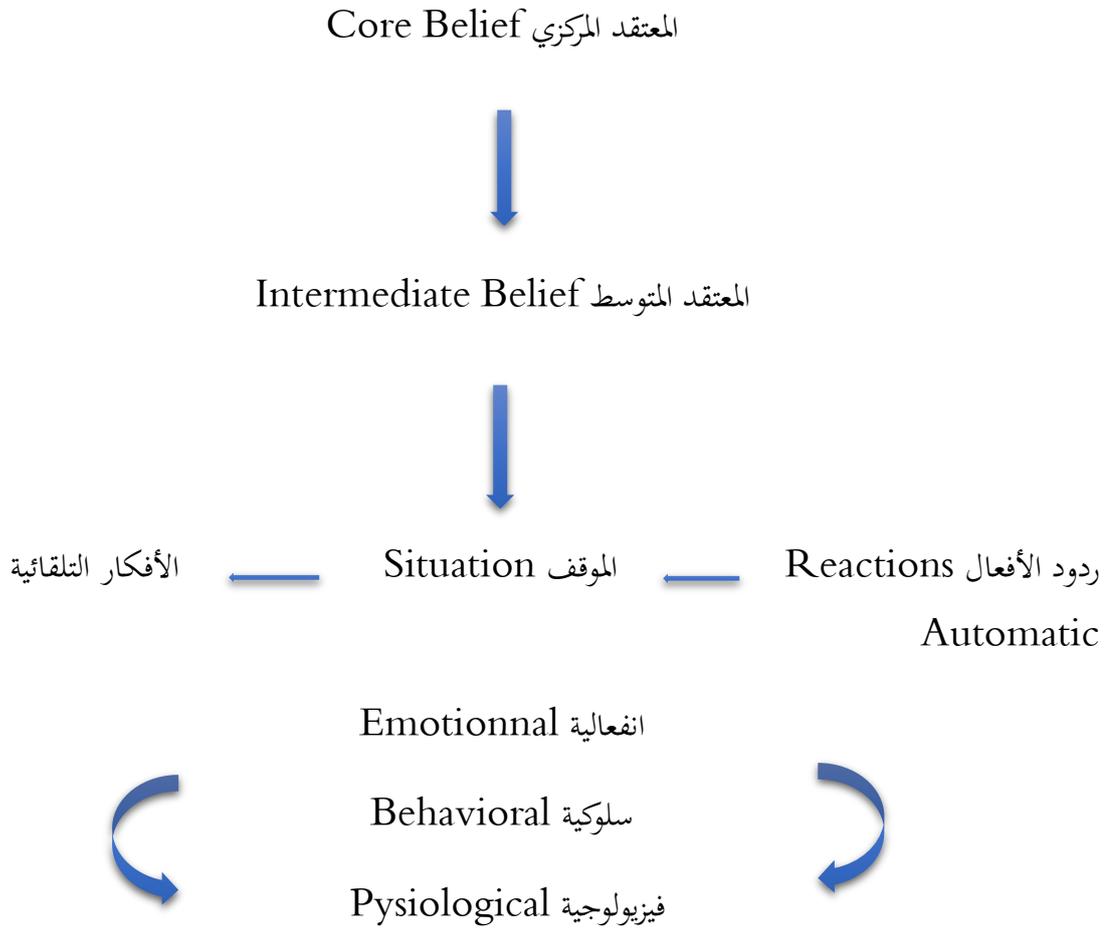
حيث أن معتقدات الفرد عن نفسه وعن العالم وعن الآخرين تتشكل بداية من الطفولة، تبدأ شيئاً فشيئاً تترسخ في عقل الطفل فتصبح مفاهيم أساسية عميقة، وهذه المعتقدات في الغالب لا يتم التعبير عنها بصورة لفظية حتى

لأنفسهم وأن هذه المفاهيم، والمعتقدات ينظر إليها من قبل أصحابها على أنها حقيقة مطلقة كما هي فيميلون إلى معلومات تؤكد صحة اعتقادهم، متجاهلين كل معلومة تثبت العكس وبهذه الطريقة يبقى الاعتقاد راسخا في عقولهم وعميقا حتى ولو كان غير صحيحا ومعتلا.

إن جميع الأفكار المشوهة والسلبية والمفاهيم والتصورات المحيطة، والمتشائمة والمدمرة للذات، والأفكار المخيفة غير الواقعية قد تستقر بعقل ونفس وروح الإنسان، فتدمره بالهموم و الاضطرابات النفسية.

(الفقهي، 2009: 23)

وقد قام بيك بوضع نموذج معرفي يمكن من خلاله تفسير التشوّهات المعرفية، حيث يتكون هذا النموذج من المعتقدات المركزية، المعتقدات الوسطى (القواعد، الاتجاهات، الافتراضات)، الأفكار التلقائية.



شكل (1) يوضح النموذج المعرفي

(بيك، 2000: 18)

المعتقدات المركزية: تشكل معتقدات الفرد حول نفسه والعالم والآخرين بداية من الطفولة، حيث تبدأ شيئاً فشيئاً وترسخ في عقل الطفل فتصبح مفاهيم أساسية عميقة وهذه المعتقدات في الغالب لا يتم التعبير عنها بصورة لفظية حتى لأنفسهم، تظهر في لحظات الضغوط النفسية فقط على العكس من الأفكار التلقائية، لأنها المستوى الجوهري للاعتقاد، جامدة تتميز بالعمومية، بينما الأفكار التلقائية تعتمد على الموقف ويمكن اعتبارها المستوى السطحي في المعرفة.

(كحلة، 1998: 18)

المعتقدات الوسطى: تؤثر المعتقدات المركزية على نمو المعتقدات الوسطى، والتي تتكون من الافتراضات والقواعد والاتجاهات الخاصة بكل فرد، حيث تؤثر افتراضات الفرد على رؤيته للمواقف فتؤثر على ادراكه وطريقة تفسيره للأحداث، وكيف يشعر ويتصرف.

(بيك، 1995: 55)

يستخدم الفرد قواعد غير واقعية بشكل اختياري بحيث يركز بها على الخطر مقابل السلامة، والألم مقابل السرور وفي بعض الأحيان تعمل المعتقدات والاتجاهات كقواعد تصاغ بطريقة مطلقة، أو متطرفة وتشمل على مثاليات مثل: ينبغي علي أن أكون كريماً.

(أبو سعد، عريبات، 2009: 28)

الأفكار التلقائية: تعتبر الأفكار التلقائية تيار من التفكير توجد مع تيار آخر أكثر ظهوراً ووضوحاً من الأفكار تكون شائعة لدى جميع الناس، وهي تنشأ تلقائياً وليس نتيجة التأمل أو أن الأفراد يكونون غالباً واعين للمشاعر المصاحبة لها فقط، ولكن بقليل من التدريب يمكنهم التعرف عليها، ترتبط الأفكار التي لها علاقة بمشكلة ما مع مشاعر معينة تعتمد على محتواها ومعناها، وهي في الغالب قصيرة وخاطفة، وتظهر بطريقة مختزلة يمكنها أن تحدث بصورة لفظية أو صورة خيالية أو كليهما، حيث يتقبل الناس هذه الأفكار وكأنها حقيقية دون تمعن أو تقييم ويمكن تقييمها بناء على مصداقيتها وفائدتها، والنوع الأكثر شيوعاً من الأفكار التلقائية يكون مشوهاً بطريقة ما على الرغم من وجود الدليل على عدم صحتها، وهناك نوع آخر من الأفكار التلقائية التي تكون صحيحة، لكن ما يستخلصه الفرد منها يكون مشوهاً، والنوع الثالث يكون أيضاً صحيحاً لكنه معطل لاتخاذ القرارات، إن تقييم

مصادقية و نفعية الأفكار التلقائية والاستجابة الصحيحة لها وف تؤثر على المشاعر بطريقة إيجابية.

(بيك، 1995: 56)

تتركز الاضطرابات النفسية حول ثلاث آليات أساسية وفق النموذج المعرفي تساعد في الإبقاء على الاضطراب و هذه الآليات هي الثالوث المعرفي، المخططات، والتشوهات المعرفية.

الثالوث المعرفي: عندما يتعرض الفرد لمشكلة ما بسبب تفكيره السلبي فإنه يؤدي به إلى مثلث الاكتئاب، وهي أفكار الفرد السلبية حول ذاته والعالم و المستقبل، تتمثل الأفكار السلبية حول الذات بكثرة النقد ولوم الذات وهي أفكار تساهم بإحداث الشعور بضعف احترام الذات والثقة بالنفس، فتؤدي إلى صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية، بينما تتمثل الأفكار السلبية حول المستقبل بوجود تخيلات وأفكار مبنية على التخمين أو التوقع بطريقة تتسم باليأس، ويمكن لليأس في الحالات الأكثر شدة أن يؤدي للأفكار الانتحارية.

(باديسكي، غرنير، 2001: 99)

المخططات: هي خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل وكنساءات لتذكر المعلومات، وتفسيرها وكإطار عمل منظم لحل المشكلات، يتبنى كل فرد مدى واسع من المخططات التي تمكنه من تكوين حس عام للعالم واكتساب معلومات وخبرات جديدة داخل السياق، وهي أشبه بالنظام الشامل الذي يستخدمه كل فرد في التعامل مع العالم يبدأ تشكل هذه الأنظمة منذ الطفولة المبكرة، ومن خلالها يتم معالجة المعلومات وتوجيهها، وتوجيه السلوك مع تشكل نمط تفكير الفرد وطبيعة مشاعره، سلوكياته وتصرفاته، وكيفية إدراكه لذاته والآخرين والعالم، وهي مرتبة تبعا لأهميتها بالنسبة للفرد.

(كوروين، رودل، بالمر، 2008: 28)

التشوهات المعرفية: تعتبر تيار من الأفكار الخاطئة غير المنطقية، تتميز بعدم موضوعيتها، والمبنية على توقعات وتعميمات ذاتية وعلى مزيج من الظن والتنبؤ، المبالغة والتهويل.

(الهويش، 2010: 85)

كما لاحظ بيك أن التشويه المعرفي قد يرجع إلى أن الأشخاص المكتسبين يعتقدون ثلوثا سلبيا من الاعتقادات يشمل ما يلي:

✓ أفكار سلبية عن الذات باعتبارها قاهرة وغير ذات قيمة.

✓ أفكار سلبية عن العالم بإعتباره متوحشا.

✓ أفكار سلبية عن المستقبل.

(فايد، 2001: 23)

من خلال هذه النظرية نرى أنها تؤكد على ثلاثية الأفكار والمشاعر و السلوكيات في نشوء الاضطرابات النفسية، وتشر أن الانسان يتعلم كيفية تفكيره من خلال الآخرين المهمين في حياته وخاصة في مرحلة الطفولة، فالخبرات التي يعيشها تشكل القاعدة لأنماط تفكيره وادراكه لذاته وللأحداث التي يمر بها في حياته.

✓ ريمي Victor Raimy

وقد سار Raimy على نهج Beck فهو يرى بأن الاضطرابات النفسية تعد نتيجة معتقدات أو قناعات خاطئة يتبناها الفرد بشكل قاسي وغير موضوعي حول ذاته، مما يدفع به الى سلوك غير متعقل يؤدي إلى انهزام الذات.

(محمد ، 1999: 61)

ويشير من خلال فرض التصور الخاطيء أنه إذا كان من الممكن تغيير تلك الآراء، أو التصورات التي تبدو من الأفراد والمتصلة بمشكلاتهم النفسية في اتجاه يحقق لها دقة أكبر، بحيث تصبح مرتبطة بواقعه فإنه من المتوقع أن تنزل جوانب سوء التوافق لديه، والواقع الذي يشير إليه الفرض ليس هو الواقع الموضوعي وإنما الواقع كما يدركه الأفراد لأن أولئك الذين يتجاهلون جوانب من الواقع الذي يعرفونه تكون لديهم تصورات خاطئة أو تشوهات لواقعهم الخاص.

(عبد العزيز ، 2001 : 80)

ويعتقد أن مفهوم الذات هو الذي ينظم ويقود السلوك وأن المفاهيم الخاطئة عن الذات تقيد سلوك الفرد بطريقة تعسفية غير واقعية، وتلك المفاهيم الخاطئة عن الذات قد تدفع الفرد بقسوة إلى الانغماس في سلوك غير حكيم أو غير مقبول يؤدي به إلى العجز، والاضطراب وأن بعض الأفراد ينمو لديهم مفهوم أنه شخص خاص والجوهر النفسي السيكولوجي لمجموعة التصورات الخاطئة لدى الشخص الخاص هو المبالغة الزائدة في الأهمية الذاتية، والتي تندرج تحت أسماء عديدة مثل عقدة العظمة والتكبر، والعجرفة والغطرسة

والغرور والعجب Conceit، ويكون الفرد منشغلا بشكل مستمر في محاولاته أن يجعل الآخرين يعترفون بتفوقه بحيث إذا حدث تهديد لهذا التفوق فإن الشخص سيقوم بالدفاع عنه بشكل فظ، وإذا لم ينجح الدفاع نتجت عن ذلك مشكلات نفسية خطيرة، ويشيع في حالات الشخص الخاص (المغرور) وجود المعتقدات الخاطئة الآتية:

- ✓ يجب علي أن أحكم الآخرين.
- ✓ أني متفوق على الآخرين.
- ✓ يجب علي ألا أتفاهم مع أحد.
- ✓ أني أعاني من احباطات أكثر من الآخرين.

(عبد العزيز ، 2001 : 81 - 83)

7- استراتيجيات مواجهة التشوهات المعرفية:

يعكف الباحثون في العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالي (غضب أو عدوان)، (انسحاب أو اندفاع) ... إلخ، بناء أو نمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات.

إن أي شكل من أشكال الاضطراب يسبقه تفكير خاطئ في المواقف، أو في فاعلية الذات، ومن أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة والاستبصار، والدخول في مواقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة، فضلا عن هذا، فإن العمل على أحداث تغيرات ايجابية في البيئية الاجتماعية يساعد على التغير الايجابي في أفكارنا عن أنفسنا، وهناك أيضا لعب الأدوار الذي يؤدي إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية وتمكيننا من أدائها... الخ ويطلق على هذا النوع بالعلاج السلوكي.

(ابراهيم ، 1994 : 331-332)

وقد أظهرت مجموعة من طرق العلاج في إطار العلاج المعرفي السلوكي على إعادة البنية المعرفية، وتقوم هذه الطرق على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفي: إن مهمة المعالج هي إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية.

(الشناوي وعبد الرحمن ، 1998 : 331-332)

وتستند عملية إعادة البناء المعرفي على فرضية مفادها أن كل فرد يدرك أحداث الحياة بطريقة منفردة عن الآخر وأن أنماط السلوك، والاستجابات الانفعالية غير التوافقية لديه تنتج عن وجود أفكار مشوهة ومختلة وظيفيا وعلى هذا فإن هذا الإجراء يساعد الفرد على تغيير الطريقة التي يفكر بها والتعرف على أنماط التفكير المحرفة أو المشوهة لديه وتغييرها لأن هذه الأفكار الخاطئة هي السبب في ظهور الانفعالات السلبية فالأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقا لما يدركونه ويعتقدونه، ولذلك فإن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة وغير المنطقية، وبالتالي لا بد من مساعدة الأفراد في التغلب عليها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية وإيجابية (تساعد على تفسير الأحداث بطريقة إيجابية)، من خلال تعديل الأفكار والاعتقادات الخاطئة لدى الفرد واستبدالها بأفكار إيجابية فمن خلال التعرف على أفكار العميل ومشاعره وانفعالاته، أو سلوكياته الاجتماعية وتفسيرها تتكون لديه أبنية معرفية جديدة الأمر الذي يجعل نظرتة تختلف عن الأفكار القديمة غير التوافقية وهنا تحدث عملية إحلال أفكار جديدة إيجابية محل أفكار قديمة سلبية، ولهذا تؤكد النظرية المعرفية على أن انفعال وسلوك الفرد يتغير حينما يحدث تغير في العمليات المعرفية مثل الأفكار والاعتقادات لدى الفرد وهكذا تستخدم فنيات إعادة البناء المعرفي في مساعدة الأفراد على تعديل انفعالاتهم السلبية وأنماط السلوك غير التوافقي لديهم من خلال تغيير أنماط التفكير الخاطئة والمحرفة.

(حسين ، 2008 : 29-30)

وإحساسا بأهمية تأثير العوامل المعرفية الإدراكية على إثارة الاضطرابات فقد نمت بعض الفنيات العلاجية للتأثير المباشر في طريقة التفكير بهدف العلاج النفسي من أهمها:

- استبدال الافكار المرضية بأفكار صحية: الاستجابات الانفعالية التي تحدث خلال التفاعل بالمواقف المختلفة، لا تحدث بسبب هذه المواقف ولكن نتيجة لإدراكنا وتفكيرنا في هذه المواقف، فشعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد أثر العجز عن تحقيق هدف معين أو خسارة شيء أو موضوع هام لا

ينشأ بسبب هذه أو العجز، ولكن بسبب ما ينسجه الفرد من تصورات سوداء حول هذه الحوادث، ومن ثم يستطيع الفرد أن يستبدل تفسيراته المرضية للمواقف التي يمر بها بأفكار أصح تساعد على التوافق وتجنب الانفعالات الحادة بما فيه من قلق واكتئاب، ويحتاج الفرد لتحقيق هذا التعرف أولاً على أفكاره المرضية التي يلجأ إليها عادة تفسيره للأمور.

- التوجيه المباشر والتربية: فنحن قد نفكر بطريقة انهزامية تدعو لليأس أو الاكتئاب لأننا لا نعرف البدائل الصحية من التفكير البناء ولهذا يتضمن العلاج المعرفي عملية إعادة تربية وضرورة التحاور مع المريض بكل الطرق الممكنة حتى يمكنه استبدال فكرة بفكرة، وحتى يتبين له الجانب الخاطئ من معتقداته.

- الرفض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة.

- تعلم طرق جديدة لحل المشكلات العاطفية والسلوكية تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات، واكتشاف أن هناك طرقاً بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية.

- التعبير من الأهداف نفسها يساعد الشخص على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي خاصة أن كانت الأهداف أو التوقعات غير معقولة.

(عبد القوي ، 2011 : 38)

المبحث الثاني: اضطراب الوسواس القهري

تمهيد:

كثيرا ما نسمع عن بعض الناس ما يعرف عندهم الحرص على النظام والتمسك الحرفي بالتعليمات وترتيب كل الامور بطريقة مبالغ فيها حيث يشعر بانزعاج شديد من اي تغيير في النظام الذي اعتاد عليه وهؤلاء في الواقع لا يمكن اعتبارهم مرضى فهم اقرب إلى المثالية لكن هذه السمات الشخصية تدل على وجود الوسواس كإحدى الخصائص الرئيسية للفرد، كما يتعرض كل انسان باستمرار لوسوسة النفس ووسوسة الشيطان ولكن هناك نوعا اخر يصيب بعض الاشخاص يعرف باضطراب الوسواس القهري فالوسواس القهري حالة مرضية تعني المبالغة في الشعور بالقهر لتكرار بعض الافعال أو الأفكار رغما عن رغبة المريض حيث لا يستطيع التحكم فيها بإرادته وهذا يتسبب في اضطراب نشاطاته و كل حياته نتيجة سيطرة هذه الحالة عليه كما يعد اضطراب الوسواس القهري من أحد أعقد الأمراض النفسية ويتميز باضطراب المصاب بأن يبدي آراء ورغبات أو أن يقوم بأعمال وحركات رغما عنه ويغير إرادته مع معرفته أنها لا تتفق والمنطق أو قواعد المجتمع العامة فإنه لا يقدر على عدم إبدائها أو التحرر من القيام بها ويظهر على شكل وسواس قهري أو أفعال قهرية وقد يوجد الوسواس فقط دون الأفعال بينما وجود الأفعال يحتم أن يوجد معها الوسواس.

وستتطرق من خلال هذا الفصل إلى تعريف الوسواس القهري وبعض المفاهيم المتداخلة معه ولحمة تاريخية حوله نسبة انتشاره بالإضافة إلى أسبابه وأعراضه، النظريات المفسرة له وفتيات علاجه.

1- تعريف الوسواس القهري:

✓ لغة:

الوسواس (بفتح الواو): في اللغة العربية هو الشيطان، وهو أيضا مرض يحدث من الغلبة السوداء يختلط معه الذهن، والفعل وسوس، يقال وسوس الشيطان إليه وله في صدره وسوسة أي حدثه بما لا نفع فيه ولا خير ويقال وسوست النفس.

(عبد الخالق، 2002: 12)

- ووسوس: تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه.

(المعجم الوسيط، 1985: 1032)

- القهر: في اللغة العربية من قهره قهرا، غلبه فهو قاهر وقهار، ويقال أخذهم قهرا من غير رضاهم.

(لسان العرب، 1981: 3764)

✓ اصطلاحا:

هو أفكار وأفعال غير منطقية وغير صحيحة وتافهة لا معنى لها لا يستطيع المريض السيطرة عليها والتحكم فيها.

(سالم، 2003: 01)

- الوسواس القهري في اصطلاح علماء النفس: يعرفه علماء النفس بأنه جملة من الاختلالات العصبية الشديدة و الحادة التي تسلب المصاب توازنه النفسي والسلوكي، وتعرضه إلى مشاكل جمّة تحول دون انسجامه مع محيطه وهذا الاختلال وفقدان التوازن له طبيعة علمية واضحة.

(القائمي، 1996: 08)

- تعريف سيلامي N. Sillamy 1990: هو مجموعة من الأفكار أو الانفعالات التي تحصر الشعور وترجمه إلى سلوك غير سوي.

- تعريف أنتوان بوروت Antoine Borot 1996: هو فكرة أو مجموعة من الأفكار التي تتسلط على النفس بطريقة شاذة ومؤلمة، وأن الحالة لا تستطيع التحكم فيها رغم إدراكها بذلك.

- تعريف ريتشارد وآخرون Richard et d'autre 2002: هو تداخل في الشعور، بحيث تكون الفكرة واضحة كتفكير أو تمثيل، يحس المريض بأنها غريبة عن إرادته وأنها مجردة، فتقوم بلومه وتأنيبه وتحدث له الصراعات والقلق بجميع محتوياته النفسية.

(عمراني، نقار، 2017: 26)

- تعريف حامد عبد السلام زهران: هي فكرة متسلطة وسلوك إجباري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلتزمه ويستحوذ عليه، يفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض لغرابته وسخفه، يشعر بالقلق والتوتر إذا ما قاوم الوسواس. (جبل، 2002: 173)

- تعريف وائل أبو الهندي 2003: هو فعل عضلي أو حركي بالمعنى المعروف كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه، أو أن يلمس المقبض، أو أن يكون فعلا عقليا كأن يعد الانسان عددا معيناً من الأرقام، أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعا من اغنية ما.

(أبو الهندي، 2003: 51)

- يعرفه طب النفسي: هو اضطراب عصابي يتمثل في فكرة غير مرغوبة ومستمرة وهو اضطراب في محتوى التفكير حيث يصبح الفرد متوتر وقلق كما تؤثر هذه الأفكار على حياة الفرد اليومية وتحوم هذه الأفكار حول موضوع معين بشكل اجتراري أو سلسلة طويلة من الأفكار غالبا ما يدرك المريض أنها تافهة، أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن حركات معقدة طقوسية يكرها المريض بشكل روتيني كغسل اليدين، فيرى المريض نفسه مندفعاً نحو القيام بهذا السلوك لأن الفكرة تأتي من العقل ويجب أن تنفذ وإذا لم تنفذ فإن القلق والضغط يظهران ولهذا فإن الفرد يحاول إطفائهما عن طريق القيام بالسلوك القهري.

(البشر، 2007: 24)

- يعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (APA): الوسواس هي أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يجبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة، وتسبب قلقا ملحوظا وشعورا بالكرب، وللتمييز بين الوسواس والقلق يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أن الوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية، إنما محاولة الشخص في أن يقمع أو يتجاهل الوسواس أو يحايدها بأفكار أو تصرفات وأفعال أخرى.

(APA-5, 2013: 235)

ومن خلال جميع التعريفات السابقة نرى أنها تتفق جميعها على أنه عبارة عن وسواس وأفعال قهرية والوسواس ما هي إلا أفكار مقتحمة ومستمرة وصامدة أو صور ذهنية مقتحمة وغير مرغوب فيها، تستحوذ

على الشخص لدرجة أنه لا يمكنه التخلص منها، وتحدث له بشكل قسري وبمعزل عن إرادته، على الرغم من أنه على يقين بأنها من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج، أما الأفعال القهرية ما هي إلا سلوكيات متكررة تحدث بسبب اعتقاد المريض أنها ستمنع أو تقلل الشعور بالضيق والكدر الناجم من الأفكار الوسواسية، كما أنها تتصف بعدم معقوليتها أو المبالغة فيها.

2- عوامل اضطراب الوسواس القهري:

تتداخل العوامل المؤدية لاضطراب الوسواس القهري مع بعضها، وهي مختلفة يمكن حصر عدد منها في مايلي:

- العوامل الوراثية : يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري فقد وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الإخوة والأخوات وهذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجد عكاشة (1980-1997) في دراسة له أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (26) مريضا لديهم حالات مرضية في العائلة من أصل (84) حالة أي حوالي (30%)، كما بينت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في اضطراب الوسواس القهري فهو أكثر عند التوائم المتماثلة (33%) و (63%) عنه في التوائم غير المتماثلة (7%) ويؤكد "سادلر sadler" على أن للعامل الوراثي دور أساسي للإصابة بمرض الوسواس القهري، فيذكر بأن سجلات عيادته لفترة امتدت لأكثر من خمسة وثلاثون عاما كشفت على أن الوراثة تظهر كسبب رئيسي في (90 %) من الحالات المصابة بالعصاب القهري.

(أبو هندي، 2003: 168)

- العوامل البيولوجية: يمكن تقسيمها إلى ثلاث عوامل وهي النواقل العصبية، المناعة واختلال نشاط الدماغ ونفصل فيها كما يلي:

✓ النواقل العصبية: من بين النواقل العصبية التي أبدت الدراسات أنها لها علاقة بأعراض الوسواس القهري السيروتونين والنور أدرينالين.

- السيروتونين: أبدت الأبحاث على الأدوية أن خلل تنظيم السيروتونين له دور في أعراض الوسواس القهري، وأن الأدوية المنظمة للسيروتونين لها فاعلية أكثر من الأدوية التي تؤثر على إفراز الناقلات العصبية الأخرى. ولقد

أجريت دراسات عديدة على نسبة نواتج السيريتونين بالسائل المخي الشوكي (CSF) ووجد أن أحد نواتج أيضا السيريتونين قل تركيزه بعد العلاج بالأدوية السيريتونية مما جذب الانتباه إلى تنظيم السيريتونين.

- النور أدرنالين: أشارت بعض التقارير إلى وجود تحسن جزئي في أعراض الوسواس القهري بعد إعطاء يعمل على تقليل النوراينفرين.

(الخالدي، 2006: 205)

✓ المناعة العصبية: هناك اهتمام للربط بين الإصابة ببعض البكتيريا وأعراض الوسواس القهري (10% إلى 30%) من المصابين ببكتيريا "hemolytic streptococci" A—B، أظهروا أعراض الوسواس القهري.

✓ دراسات تصوير الدماغ: لقد وضع الخالدي (2006) في بعض الدراسات التي تمت عن طريق التصوير الطبقي بالانبعاث البوزيتروني زيادة في تدفق الدم والتمثيل الغذائي في الفص الجبهي والعقد القاعدية وأجزاء أخرى في المخ وعند إعطاء العلاج الدوائي والمعرفي السلوكي تنعكس هذه الاضطرابات وتحسن حالة المريض.

أيضا يلخص محمود حمودة العوامل البيولوجية كأسباب للإصابة باضطراب الوسواس القهري:

- يوجد تاريخ إصابة أثناء الولادة لهؤلاء المرضى مما يشير إلى دور الإصابة في التسبب بالوسواس القهري وكذلك فإن بعض إصابات الفص الصدغي لديهم أعراض تشبه الوسواس القهري.

- دراسات النشاط الأيضي لمناطق الدماغ في مرضى الوسواس كشفت عن زيادة النشاط الأيضي في بعض المناطق عن غيرها.

- وجود العديد من الشذوذات غير النوعية في نمط تخطيط الدماغ الكهربائي لهؤلاء المرضى، ويعتقد أنها (الشذوذات) متمركزة في النصف الأيسر من المخ.

(الخالدي، 2006: 206)

- العوامل النفسية: يرى أنصار التحليل النفسي أن اضطراب الوسواس القهري بمثابة أعراض لصراعات نفسية دفينية، حيث يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرحية من التطور النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويفسر فرويد مرض الوسواس القهري في ضوء ثلاث حيل دفاعية: العزل، الإبطال، التكوين العكسي. (الخالدي، 2006: 207)

وهناك عوامل نفسية أخرى نذكر منها:

- ✓ الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت.
- ✓ الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، ووجود رغبات لاشعورية متصارعة تجذب التعبير عنها في صورة فكر الوسواس والفعل القهري.
- ✓ الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير، وسعي المريض لا شعورياً إلى عقاب ذاته ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي أو راحة ضمير.
- ✓ الإحباط المستمر في المجتمع والتهديد المتواصل بالحرمان وفقدان الشعور بالأمن.

(عمراني، نقار، 2017: 53)

- العوامل السلوكية: عندما يكتشف شخص ما أن أفعالا معينة تقلل من القلق المصاحب لفكرة وسواسية يطور المريض أفعالا تجنبية، أي يتجنب المثير المقلق وبالتالي يحدث التثبيت، مثل غسل الأيدي يؤدي إلى تخفيض القلق فإن هذه الاستجابة تقوى وتكون الراحة بطبيعة الحال مؤقتة فقط، ولذلك فلا بد من تكرار السلوك بصفة دائمة.

(فايد، 2001: 95)

- عوامل بيئية مهياة: كفرض النظام الشديد أثناء طفولة المريض أو القسوة في تربيته المنزلية أو المدرسة ... الخ وقد تكون الأسباب البيئية مرسبة فيبدأ المرض عقب وقوع حادث نفسي معين مثل خيبة الأمل والاصطدام بواقع الحياة ولاسيما وأن مثل المريض تكون عادة بعيدة عن الواقع.

(عمراني، نقار، 2017: 58)

ويرى بعض العلماء ومنهم "لافلن Laflen" أن ظهور العصاب القهري يرتبط بصفة عامة بظروف اجتماعية وثقافية تتعلق بالحياة الأسرية بالحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر التقبل والحماية خاصة في فترة الطفولة

المبكرة فإن التأثيرات الوالدية أو ما يطلق عليه بالإلتجاه الوالدي في تنشئة الأبناء ذات قيمة عالية ودور كبير في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل.

(الخالدي، 2006: 218)

يرى أنصار نظرية التعلم أن الوسواس يمثل مثيرا مشروطا للقلق، وبسبب الارتباط مع مثيرات القلق غير مشروطة فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إشارة القلق، أي أن نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه، والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملا معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق، تدريجياً وبسبب الفائدة من التخفيف الدينامية الثانوية للألم (القلق) فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك.

(عزت، 1999: 213)

يتضح أن الأسباب المفسرة للوسواس القهري تختلف باختلاف الباحثين و اتجاهاتهم النظرية فالبعض يرجع السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لعامل الوراثة بينما نجد التفسيرات البيولوجية والتي تقوم على النواقل العصبية بينما تختلف الأسباب النفسية بين أسباب سلوكية، معرفية، تحليلية وأخرى سلوكية معرفية.

3- أعراض الوسواس القهري :

تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود وساوس أو دفاعات قهرية، وتعرف الوسواس بأنها مقترحة وغير ملائمة، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب أما الدفاعات القهرية فتتعرف على أنها سلوكية متكررة أو أفعال عقلية يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها أو استجابة لوسواس، أو طبقاً لقواعد متصلبة وتميز الأعراض الوسواسية القهرية بالميزات التالية:

- يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدر المتعة.

- يجب أن تكون الأفكار والتصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج، أي عدد المرات التي تسيطر فيها الوسواس القهرية أو الأفعال القهرية في فترة زمنية معينة، مثال ذلك تكرار غسيل الأيدي (12 مرة) عند الوضوء ويقصد بالتكرار أيضاً معاودة السلوك، وفي هذا الاتجاه إذا تكرر حدوث الوسواس القهرية أو الأفعال القهرية في

أغلب الأيام أو لمدة أسبوعين على الأقل، تصنف الحالة بأنها مرضية مع العلم أن العمل المتكرر لا يعد مظهرا مرضيا إلا إذا أصبح يشكل عائق في توافق الفرد وممارسة نشاطه بشكل عادي.

- مدة حدوث السلوك: أي إذا كانت الأفعال القهرية تحدث لمدة أطول أو أقل مما هو عادي وهذا كله يحدده طبيعة السلوك.

- طوبوغرافية السلوك: أي الشكل الذي تأخذه الأفعال القهرية، ويتم السلوك عند رؤية فرد يقضي حاجته عدة ساعات في عد أعمدة الكهرباء في الشوارع مرة من بداية الشارع ومرة من نهايته وأيضا عندما نجد سيده تحمل الأحجار من الجانب الأيمن وتضعها في الجانب الأيسر وتكرر ذلك .

- السلوك المتتابع: عندما نجد الفرد يقوم بسلسلة من الأفعال بشكل متتابع مخالفته، ومن أمثلة ذلك: الشخص الذي يلزم نفسه بضرورة لبس الحذاء الأيمن قبل الأيسر في كل مرة.

- النظام (ORDELINNESS): عندما نجد الفرد يتبع نظاما مرنا فإن ذلك يعد أمر غير عادي ومقبول ولكن إذا اتبع نظاما صارما لا يجيد عنه، فإن ذلك يعد نظام قهري وهو (غير مقبول) ومن أمثلة ذلك: الطالب الذي يرتب كتبه بشكل معين وإذا وجد كتاب في غير موضعه يمكن أن يقضي ساعات في إعادة ترتيب كتبه.

- المعيار الذاتي: أي شعور الفرد أو عدم شعوره بالرضا عن سلوكه، وهل هذه الوسواس أو الأفعال تعتبر معطلة لنشاطه اليومي ومصدرا للإزعاج.

(سعفان، 1996: 29)

وقد أورد زهران أهم أعراض الوسواس والأفعال القهرية كالاتي:

- الأفكار المتسلطة، وتكون في مجملها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية مثل الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث أو الاعتقاد بالخيانة الزوجية، والانشغال بفكرة ثابتة تسلطية.

- المعاودة الفكرية والتفكير الاجتراري (مثل ترديد الأغاني و الموسيقى بطريقة شاذة).

- التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسكر والشعوذة والأحجية والأفكار السوداء والتشاؤم وتوقع الشر.

- الانطواء والاكنتاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.
- الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة والكمالية والدقة الزائدة.
- الاستبطان المفرط في النشاط الجسمي والانفعالي والاجتماعي.
- المخاوف المرضية وخاصة الميكروبات والجراثيم والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب المريض مصافحة الناس.
- النظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وإعطائها أهمية بالغة لدقائق الأمور والصغائر والتفصيلات (وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت).
- الروتينية والرتابة والتتابع القهري في السلوك والأناة والبطء الزائد.
- الشك المتطرف في الذات وتكرار السلوك كتكرار قفل الأبواب والغاز.
- السلوك القهري المضاد للمجتمع مثل هوس إشعال النار وهوس السرقة.

(زهران، 1978: 26-27)

4- الفئات التصنيفية للوساوس والأفعال القهرية:

تضمن هذا العنصر الفئات التصنيفية للوساوس والأفعال القهرية حسب الباحثة سعاد البشر (2007):

4-1- تصنيف الوساوس:

- وساوس الشك: حيث يكون لدى الفرد اعتقاد بأن أي مهمة يقوم بها لا تتم على وجه صحيح، ويكون غير راض عنها.
- وساوس التفكير: وهي عبارة عن سلسلة من الأفكار الاجترارية المتصلة، ويتصل أحدها على الأقل بأحداث مستقبلية.

- الوسواس القهري (الاندفاعات): وفيها يكون لدى الفرد مطالب قوية تحمله على القيام بسلوكيات قد تكون تافهة بشكل هجومي وغير متحكم بها وتكون لديه رغبة جامحة أو قوية واندفاع للقيام بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها.

- وسواس الخوف: وهو الخوف من فقدان التحكم، والتصرف بشكل مخرج في موقف اجتماعي (كالخوف من الضحك في جنازة).

- وسواس الصور: وهي استمرار وجود الصورة السلبية التي رآها الإنسان سابقا وتكون حاضرة دائما.

(البشر، 2007: 35-36)

4-2- تصنيف الأفعال القهرية:

تصنف الأفعال القهرية إلى خمس فئات وهي:

- فئة طقوس الاغتسال والنظافة: ينزعج هؤلاء المرضى مما يعتقدون بأنه ملوث، وهي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشارا، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الجراثيم أو النفايات، أو القذارة أو البول أو الغائط، وغيرها مما يؤدي لقيامهم بطقوس النظافة و الاغتسال بشكل مستمر و متكرر، كغسل اليد بشكل مفرط قد يصل إلى خمسين مرة يوميا أو الاستحمام أربع مرات يوميا أو أكثر .

- فئة طقوس المراجعة: عادة ما تكون لدى الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة مشاعر مضطربة حول عدم إتمامهم للعمل على أكمل وجه، حيث يقومون بمراجعة الأعمال التي أدوها، ويصابون بالقلق إذا لم يفعلوا ذلك فهم يقومون عدة مرات بالمراجعة لغلق الأبواب أو النوافذ أو الأجهزة الكهربائية أو قد يكررون التأكد من وضع الأشياء في أماكنها أو قد يفتحون الرسائل عدة مرات للتأكد من أنهم قد وضعوها في الظرف وعادة ما يقومون بهذه الطقوس لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو بالآخرين، وترتبط هذه الأفكار القهرية بشكل مباشر بوسواس الخوف لديهم فالأفراد الذين يتأكدون عدة مرات من غلق أنابيب الغاز يخافون من حدوث حريق وقد ترجع بداية طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية حيث تلعب دورا بارزا في تطور هذا الاضطراب، على عكس الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة فقد يبدأ المرض لديهم فجأة.

(البشر، 2007: 36)

- فئة وسواس الأفكار والأفعال القهرية المقنعة: هناك افتراض عام بأن السلوك القهري مكشوف وحركي، بينما الوسواس مقنعة وإدراكية غير أن بعض الدراسات ذكرت أن هذا الافتراض غير صحيح لأن الأفعال القهرية قد تأخذ أحيانا شكل السلوك المقنع. ولهذا السبب فإنه يبدو من المفيد الابتعاد عن التمييز القائم على نوع الوسائط بين الوسواس والأفعال القهرية والتوجه إلى منحى وظيفي غير محدد تكون فيه الأفعال نشاط ينتج عن الإلحاح القهري، ويخدم الوظيفة النفسية ذاتها سواء كان مقنعا أو مكشوفاً فعدم الراحة يكون نتيجة لوسواس سابقة، فنرى مثلا الشخص الذي يوسوس (بأن الله غير موجود و العباد بالله) يعقبها مثلا بأن يقوم بالصمت أو ترديد بعض الأدعية المحددة (سلوك قهري مقنع) ليتخلص من الشعور بعدم الراحة.

- فئة الأفعال القهرية المختلطة والمكشوفة: وتلاحظ لدى الأفراد الذين ينخرطون في وضع الأشياء في ترتيب معين أو الذين لا يستطيعون التخلص من الأشياء القديمة وغير الضرورية أي المحبين للاكتناز ويقوم هؤلاء بملاءمات الغرف والمنازل بالأشياء البالية لا اعتقادهم بحاجتهم لها يوما ما.

- فئة وسواس البطء الأولي: يرى راخان Rachman وهدجسون Hodgson (1980) أن عددا قليلا من المرضى الوسواسيين يتصفون بالبطء، غير أن هذا البطء ما هو إلا عرض ثانوي في سلوكهم القهري أو في وسواسهم المتكررة والتي تصبح مستهلكة للوقت ويتسم هؤلاء المرضى بالبطء الأولي، وهو بطء غير ناتج عن صعوبات أخرى لديهم فالمهام البسيطة اليومية تستهلك منهم قدرا أكبر من الوقت، وهم يؤدون الأعمال المختلفة بطريقه صحيحة ووسواسية والمجال الرئيس الذي يتأثر بهذا البطء هو مجال العناية بالذات.

(البشر، 2007: 38)

5- علاقة الوسواس القهري ببعض المتغيرات الداخلية والخارجية:

يتأثر مرض الوسواس القهري ببعض المتغيرات الداخلية كالعمر، والجنس والذكاء ويتأثر بعوامل خارجية كالدين وقد يتبين أيضا أن العمر الزمني يؤثر في شكل ومحتوى الأعراض، وكانت أكثر الأعراض تكرارا لدى المرضى بعد عمر ثلاثين عاما انشغال البال بقضايا الدين أو القذارة و هذه أهم المتغيرات التي أشارت إليها البحوث:

أولا: متغيرات داخلية:

- العمر الزمني: بالنسبة للعمر الزمني تكون بداية أعراض الوسواس القهري هي مرحلة الطفولة (خاصة المتأخرة) وتزداد أثناء المراهقة و الشباب وأن أعلى نسبة لها تنحصر ما بين عشرين إلى ثلاثين عاما.

وهذا ما تبين في دراسة أجزائها "هونجو Hongos" 1989 لمعرفة بداية انتشار أعراض الوسواس القهري، اختار عينة حجمها (61) مريضا منهم (38) ذكور و(23) إناث وكان أعمارهم تحت (18) سنة وقد اختيرت العينة من عينة كلية بلغ حجمها (1293) من الجنسين ممن كانوا يراجعون العيادة النفسية في قسم الطب النفسي في مستشفى جامعة (توجويا) بعد استبعاد المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري مصحوبة بأعراض ذهانية، وبعد دراسة ملفات المرضى أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعراض الوسواس والأفعال القهرية بدأت لدى الذكور في سن العاشرة و الإناث في سن الثالثة كما أن سمات الوالدين الوسواسية لها تأثير فعال في بداية الأعراض و انتشارها بين الأبناء.

- الجنس: اختلفت الآراء في تقدير الفروق بين الجنسين في الوسواس والأفعال القهرية ومن خلال العديد من الدراسات وجد أن نسبة الذكور إلى الإناث (49 مقابل 51) أي أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس والأفعال القهرية.

- الذكاء: في دراسة "كرايبلين kraepelin" 1921 أشار إلى أن مرض الوسواس لها علاقة بالذكاء المرتفع كما أشار "بولت 1960pollite" أن مرض الوسواس سينتشر كثيرا بين الموهوبين والأذكاء والنشطين أصحاب العزم.

ثانيا: المتغيرات الخارجية:

- الطبقة الاجتماعية: تظهر حالات الوسواس بدرجة عالية بين الطبقات الاجتماعية المعتدلة والمرتفعة لكن في بحث إجراء "لو 1967 lo" على المجتمع الصيني توصل إلى أن نسبة (23% إلى 88%) فقط من الطبقة الاجتماعية المرتفعة يوجد لديهم وسواس لكنه ليس عاملا مثل الذكاء ومستوى التعليم.

- حجم الأسرة: في دراسة للمؤلف محمد سعفان 1997 على طلبة الجامعة تبين بالنسبة لمتغير حجم الأسرة وكانت الفروق لصالح الطلاب الذين يعيشون في أسر ذات الحجم الصغير وهذه النتيجة تجعلنا نقبل الفكرة التي تذهب إلى تأثير حجم الأسرة على الوسواس والأفعال القهرية ليس أمرا مجردا يجعلنا نقبله أو نرفضه ولكن هذا التأثير محكوم بحجم الأسرة، معنى ذلك أن التأثير السبيء لحجم الأسرة على اكتساب الأفكار الوسواسية والأفعال

القهرية المتعلقة بسلوكيات المراجعة المتكررة يظهر بوضوح لدى الطالب من الجنسين الذين يعيشون، في أسر أفرادها يزيد عن ثلاثة.

- وجود الأبوين: في دراسة للمؤلف محمد سعفان، 1997 قد تم قياس تأثير وجود الأبوين في ثلاث حالات مختلفة وهي: الإثنان موجودان، أحدهما متوفي، الاثنان متوفيان، و قد أشارت النتائج هذا الفرض إلى متغير وجود الأبوين الذي يعد متغيرا هاما في ظهور الوسواس والأفعال القهرية.

(سعفان، 1996: 70-71)

6- النظريات المفسرة للوسواس القهري :

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري ومنها ما يلي:

6-1- النظرية التحليلية: يرى فرويد أن الخبرات الجنسية المبكرة تلعب دورا في نشأة الوسواس القهري، أو كما أطلق عليه العصاب القهري، ويربط بين الشخصية الوسواسية والغرائز الجنسية الشرطية التي تتميز بالنظام والبخل والعناد، كما يربط فرويد أيضا بين العصاب القهري والنرجسية، فيذهب إلى أن الصور التي يتخذها العصاب القهري أهمية كبيرة للأنا لأنها بإشباع نرجسي لا يمكن أن يقبله الأنا في غير هذه الصورة فتقوم الوسواس التي يحكيها المريض بإرضاء حبه لذاته لأنها تجعله يشعر بأنه أحسن من غيره بكونه نظيف جدا أو حساس جدا، وتنقسم أعراض العصاب القهري عند فرويد إلى مجموعتين كل منها تناقض الأخرى، فهي إما أن تكون حالات تحريمات واحتياطات وتكفيرات أي تكون صورة سلبية وإما أن تكون إشباعا بديلا يظهر غالبا تحت ستار رمزي، فالأعراض التي كانت تدل على بعض القيود المفروضة على الأنا أخذت تدل على الإشباع أيضا، فالأنا أصبح يطلب الإشباع عن طريق الأعراض، وقد تؤدي تبدلات موازين القوى لصالح الإشباع إلى إحداث شلل في إرادة الأنا، وتنشأ الأعراض بهدف صد الرغبات الجنسية الخاصة بعقدة أوديب عن طريق نكوص الليبدو أو نتيجة لما يقوم به الأنا الأعلى من كبت الميول الجنسية، وقد توجد علاقة وبين نكوص الليبدو والأنا الأعلى في نشأة الأعراض خاصة عندما يرتد الليبدو في صورة نكوص من أجل القضاء على عقدة أوديب.

(سعفان، 1996: 35-39)

وقد وصف فرويد الشخصية الوسواسية بأنها ذات مستوى خلقي رفيع وضمير حي وبأنها على درجة من الاستقامة وقد ناقش فرويد في كتاباته الأخيرة عام 1913 الدور الذي تلعبه الخبرات الجنسية المبكرة في نشأة

العصاب القهري، حيث ذكر أنها تحدث نتيجة تعرض الشخص لخبرة جنسية فيها عدوان جنسي على المريض في طفولته المبكرة، وعندما يصل إلى النضج الجنسي فإنه يكبت ذكريات تلك الخبرات الجنسية المبكرة، وتقوم الذات بحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من الأفكار أو الأفعال القهرية أو المخاوف مثل: الخوف من النجاسة، الخوف من الناس، الخوف من الجروح و الدم.

(البناني، 2011: 552)

ونستخلص مما سبق أن نظرية فرويد لمرض اضطراب الوسواس القهري لا تنفصل عن المبادئ الأساسية للتحليل النفسي، فتركيز فرويد على أن الوسواس هو نتيجة خلل في مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وهي المرحلة الشرجية وأثر الخبرات الجنسية التي قام بها المريض بالوسواس القهري بدور سلبي، وقد يرجع إلى أحكام الوالدين والتشدد في هذه المرحلة، أو المرحلة السادية العدوانية حيث تظهر فيه النزعة العدوانية في السنوات الأولى تجاه الأب أو الأم، ومن هذا المنطلق ارتكاز فرويد على ثلاثة محاور رئيسية هي دور الأنا كجهاز ضبط وتحكم دورها في التوفيق والضبط بين كل من الهو والأنا الأعلى، بين غرائز الهو وأوامر الأنا الأعلى المتزمتة الصارمة بفضل التنشئة الاجتماعية الصارمة، وقيود المجتمع وعلى هذا الأساس شرح فرويد الاتجاه العام لنشأة هذا المرض، ويتلخص في الاشباع البديل في مقابل التخلص من الإحباط، فالأعراض التي كانت تدل من قبل على بعض القيود المفروضة على الأنا أخذت تدل فيما بعد على الإشباع.

6-2- النظرية المعرفية: تقوم النظرية المعرفية لدى ممثلها "بيك Beck" و"إليس Ellis" على مجموعة افتراضات تتركز حول الإمكانيات التي يولد بها الفرد والتي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً، فنجد لديه من ناحية الميل التي تحقيق الذات والاهتمام بالآخرين أو قد يصبح من ناحية أخرى مدمراً لذاته، ويتهرب من المسؤولية ويكره الآخرين، وهذا يتوقف على الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفسه وفي العالم الخارجي.

ويذهب " بيك " إلى أن العصابي بشكل عام يتميز بتقيد الانتباه، وتقلص الوعي والتجريد الانتقائي، والتشويه والتحريف.

وتشخص النظرية المعرفية اضطراب الوسواس على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومضخمة وتحدث مصادفة، وتكون علي مثل: تكرار الاغتسال أو إعادة الفحص، وهذا التابع من الأفكار والأفعال يقود إلى الألام ويؤس واضطراب ويؤدي إلى السلوك المزعج بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية وإلى سلسلة من الخسائر المستمرة.

(سعفان، 1996: 53)

ويشير " بيك " إلى محتوى الوسواس بخطر ما، يظهر في هيئة شك أو حيطة، فمريض الوسواس القهري قد يبقى في شك مما إذا كان قد أدى عملا ما ضروريا لتأمين سلامته (على سبيل المثال إطفاء فرن الغاز) أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوسواس عن طريق الفعل مثال ذلك غسل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يزل كل القذارة والأوساخ من بعض أجزاء جسمه وهو ما يعرضه لخطر المرض الجسمي أو يجعل رائحته كريهة، لذلك فتفكير الفرد عملية لا شعورية تنتج من خلال انفعالاته ودوافعه وسلوكه، وعندما يدرك ويفكر فهو يفعل ذلك بطريقة تتفاعل فيها العمليات يتأثر بالتنشئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها الفرد، لذلك فهو أكثر حساسية للضغوط من حوله.

ومع ذلك يذهب " إليس " إلى أن الواقع والظروف الخارجية لا تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي بل أن الاتجاهات نحو الوقائع والأحداث وكيفية إدراكها هما اللذان يحددان هذا الاضطراب.

ونعطي مثال على ذلك بحالة مريض يعاني من قهر غسيل الأيدي، والسبب أنه منذ سنين قرأ عن موت طفل بعد أن شرب حليباً معبأ في زجاجة وقد تم وضعه في المنزل باستخدام قطعة قماش ومنذ ذلك الحين أخذت الشكوك تسيطر عليه وهي أنه سيصبح ملوث بواسطة هذه القطعة من القماش، أنه ستسبب بأذى الآخرين وهذه الشكوك تجبره على تكرار غسل يديه مرات عديدة طوال اليوم وفي كل يوم يغتسل فيها يستغرق ساعة واحدة، وعندما يفكر في التوقف عن هذا السلوك تملكه الفكرة، ماذا يحدث إذا أخطأت مرة ولمست طفلي الصغير وعندما تسيطر عليه هذه الفكرة يملكه خيال مفزع حول وجه ابنه بأنه أصبح فظيحا ومشوها، كما أن زوجته تلومه بشدة على عدم عنايته، وأنه السبب في موت طفله وهنا تسيطر عليه الفكرة: لا يستطيع أن يجازف بها وفي الحال يبدأ في الاغتسال مرة أخرى.

وقد أشار " أميلكامب " إلى نتائج الدراسات أن مرضى الوسواس القهري لديهم شعور بالخوف من أن يتعرضوا للعقاب على الأعمال غير الملائمة وكذلك الأحداث المؤذية، كما أنهم يفكرون كثيرا في الأحداث التي تقع في حياتهم التي تضرهم بأن هناك أضرار سوف تقع خلال تفاعلهم مع البيئة كما أنهم يظهرون حساسية زائدة للملابسات غير المرغوبة وأكثر كما أنهم ولديهم شعور بالوحدة النفسية ولديهم تصور في رؤيتهم لذواتهم .

(سعفان، 1996: 54)

وبالتالي فإن فكرة مقتحمة قد تؤدي إلى اضطراب مزاجي إذا تمت استثارة هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الأفكار الاقتحامية غير المقبولة ونسق معتقدات الفرد. مثال ذلك السيئون هم من لديهم أفكار جنسية، ويعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري.

6-3- النظرية السلوكية: ترجع جذور الاشتراط الإجرائي إلى عالم النفس الكبير "سكنر skinner" ويركز على ما يحدث بعد السلوك فالاشتراط يتم بين الاستجابة والنتائج المترتب عليها، وإذا نجح أي فعل في خفض الخوف أو القلق فإنه يعززه، ويتم تثبيت هذا السلوك وتكراره.

كما حاول "مورو Mowrer" تطبيق مبادئه على العلاج النفسي في المرحلة الأولى لنظريته 1936 وأكد مبادئ التعلم على العلاج النفسي، كدافع في مكتسب لتجنب الاستجابة، وقدم "مورو" دورا بارزا في توضيح نمو الوسواس والأفعال القهرية، فيتحدث عن مسؤولية التعلم بالنموذج سواء بالاشتراط الكلاسيكي أو الإجرائي وأيضا تعلم الخوف وسلوك تجنب الدافع الذي يؤدي إلى التقليل من الخوف وتثبيت سلوك التجنب.

وأغلب الدراسات أيدت وجهة نظر "مورو" لكن "دسيدال teasdale " 1974 أكدت على ضرورة المقارنة وفهم التجنب الإيجابي، والتجنب السلبي.

ويمكن تقديم نموذج تعلم لسلوك الوسواس والأفعال القهرية كالاتي:



الشكل (02) يوضح نموذج تعلم لسلوك الوسواس والأفعال القهرية

وعندما يفشل التجنب السلبي يكون نموذج التجنب الإيجابي كالتالي:



الشكل (03) يوضح نموذج التجنب الإيجابي

(سعفان، 1996: 43-45)

في المثال السابق تبين أنه في حالة فشل التجنب تظهر استجابة انفعالية شرطية في صورة - قلق - لكن لدينا آراء متعارضة في هذا الاتجاه، فالبعض يذهب إلى أن الوسواس والأفعال القهرية تزيد من القلق والبعض الآخر يذهب إلى أنها تخفف القلق خاصة نظرية الاشتراط الكلاسيكي.

(سعفان، 1996: 45)

وهكذا طبقا للسلوكيين فإن الأفراد يعانون من الاضطراب في النهاية، ففي المواقف المثيرة للقلق قد يقعون في عادة غسل اليد، ويعتقدون أن أفعالهم وتصرفاتهم تجلب لهم الحظ الجيد، وقد يكررون هذه الأفعال مرات ومرات وعندما يجدون أنفسهم في هذه المواقف الضاغطة والعسيرة (والارتباطات المتكررة من نفس النوع) كموقف ضاغط، وغسيل يد متكرر، وحظ جيد، كل هذا يزيد من احتمال هؤلاء الأفراد يربطون أفعالاً محددة بتخفيف القلق، ومن ثم تصبح هذه الأفعال هي الطريقة الأساسية لديهم لتجنب أو تخفيف القلق.

6-4- النظرية السلوكية الاجتماعية: في ضوء اتجاه التعلم الاجتماعي لدى "روتر Rotter" الذي نشأ من نظرية الشخصية، يفسر "روتر" السلوك من خلال الدافعية والمعرفة والموقف السيكولوجي الذي تحدث فيه هذه المتغيرات، وبالتالي يؤكد على أهمية التفاعل الاجتماعي خلال الموقف لأن السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب الفرد مغزى لهذه البيئة من خلال الخبرات السابقة والتي تؤثر على بعضها البعض.

وقد أكد "باندورا" على دور القدوة وملاحظة الآخرين في تفسير السلوك، وفي ضوء هذا الاتجاه يمكن تفسير السلوك الوسواسي القهري على أنه مكتسب ومتعلم ويرجع في الغالب إلى الخبرات الأولى من الطفولة، وتلعب سمات الوالدين مثل التصلب والتردد دورا هاما في نشأة الأعراض.

بالإضافة إلى ذلك فإن تأثيرات الوالدين لها الدور الرئيسي في تكوين هذه الأعراض من خلال ميل الآباء إلى استخدام أساليب تنشئة اجتماعية معينة مثل القسوة والنقد والحماية الزائدة بالإضافة إلى تحميل الأبناء مسؤولية زائدة، ويرى "راشمان Rachman" أن الأحداث البيئية تساهم في تطور اضطراب الوسواس القهري، حيث لوحظ أن الأفعال القهرية تظهر أكثر في الأسر التي يكون للوالدين نزوع إلى أن يمتلكا معايير مرتفعة، ويكونا أكثر تحكما وأكثر شعورا بالحرج وأكثر نقدا.

(سعفان، 1996 : 46-47)

إذن نرى أن أصحاب النظرية المعرفية ربطوا بين الشخصية الوسواسية ومحتوى الأفكار أو طريقة معالجة المعلومات. أما أصحاب النظرية الاجتماعية فيرى أن الوسواس القهري يحدث من قبيل التعلم الخاطيء من المحيطين والنماذج والتقليد، ولا يمكن القول بأن نظرية واحدة بعينها هي الكافية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري بل إن التكامل بين أكثر من توجه قد يضيف فهما أفضل وأعمق، وبالتالي تقديم إرشاد وعلاج أنجح لمرضى اضطراب الوسواس القهري، والوصول الى نتائج فعالة ، فيجب الأخذ في الاعتبار كل هذه التفسيرات بعين الاعتبار.

7- المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري حسب DSM 5:

وجود أفكار متكررة وملحة وغير منطقية ولا يستطيع الفرد إيقافها رغم علمه أنها خاطئة وغير منطقية، وقد تكون أفكارا أو أفعالا أو كليهما.

(شليبي وآخرون، 2014، 142)

أولاً: الوسواس **Obsessions** :

أ – يجب أن تتوفر النقاط الثلاث التالية لكي يشخص:

- ✓ اقتحام أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية متكررة و مستمرة وتسبب له القلق والشعور بالكرب و الضغوط، لا تتمحور هذه الأفكار حول مشكلات حياتية حقيقية.
- ✓ محاولة الشخص تجاهل أو إيقاف هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور.
- ✓ إدراك الشخص أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية هي نتاج عقله هو و ليست مقحمة عليه من الخارج.

ب- بشرط أن تعوق هذه الوسواس الفرد عن أنشطة هامة في مجالات حياته السوية كالعمل أو المذاكرة و تستغرق وقتاً طويلاً (أكثر من ساعة في اليوم).

ثانياً: أفعال قهرية **compulsion** :

أ – يجب أن تتوفر النقاط الثلاث التالية لكي يشخص:

- ✓ سلوكيات متكررة أو أفعال متكررة يدفع الفرد إلى تأديتها استجابة لوسواس أو إتباعاً لقواعد قام بإحداثها ويتوجب عليه أن يطبقها.
- ✓ تهدف هذه السلوكيات إلى منع وقوع كرب أو مصيبة له أو لأحد أفراد أسرته.
- ✓ يدرك الفرد أن الأفعال القهرية غير معقولة و غير واقعية.

ب- هذه السلوكيات تعوق حياة الشخص الطبيعة و أدائه في مختلف المجالات المعتادة.

(شليبي وآخرون، 2014: 143-144)

8- مآل الوسواس القهري:

نستطيع أن نقول بالإجمال أنه قبل عشر سنوات، كان حوالي نصف إلى ثلث الحالات تتحسن في غضون خمس سنوات، على الرغم من نوع العلاج، والتي يتركز تأثيرها على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس القهري تاركاً الوسواس لتشفى تلقائياً، وكان ينظر سابقاً لمصير الوسواس القهري على أنه أسوأ من باقي

الأمراض النفسية، ولكن الأبحاث أثبتت أن مآل المرض يوازي بقية الأمراض العصبية، والجدير بالذكر هنا تحول بعض حالات الوسواس القهري إلى مرض شبيه بالفصام، ويختلف العلماء في تفسير مدى هذا التحول، وتراوح النسبة ما بين (1%) إلى (12%)، أما في مصر فقد وجدت أن (8%) من الحالات قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهانية شبيهة بالفصام.

(عكاشة، 2003: 184)

وبينت الأبحاث الحديثة وعلاج المتابعة أن حوالي (70%) إلى (80%) من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين التي تزيد في المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكي ولكن تزيد نكسة المرض بعد التوقف من العلاج الكيميائي والسلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن 6 شهور، وقد تستمر إلى عدة سنوات.

ويعتقد "أنسل Hansel" 1990 أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساساً عن الفصام ويحتمل أن يكون نوعاً مستقلاً من الذهان له مسبباته البيئية ومصير مختلف عن الفصام.

(عكاشة، 2003: 184)

9- طرق وفتيات العلاج:

- العلاج الدوائي: إن الدراسات التي أجريت لتقدير آثار العقاقير في علاج اضطراب الوسواس القهري كشفت عن نتائج واعدة و يبدو أن أكثرها فاعلية هي التي تضع جهاز النقل العصبي للسيروتونين هدفاً لها، وبعض العقاقير التي تكف إعادة استهلاك، وهي ذات آثار علاجية لدى (60%) من مرضى الوسواس القهري، ومع ذلك فإن ما يكتسبه المرضى من العلاج متوسط في أحسن الحالات، ويحدث الانتكاس بشكل متكرر عند التوقف عن تعاطي العقار.

(عبد الخالق، 2002: 216)

تستخدم الأدوية في علاج الوسواس القهري، وأول الأدوية المستخدمة هي نوع من الأدوية المضادة للاكتئاب وهي مثبطات لإعادة امتصاص السيروتونين وتشمل هذه المجموعة:

✓ سيتالوبرام Citalopram .

✓ فلوكستين Fluoxetine.

✓ فلوفوكسامين Fluvoxamine.

✓ باروكستين Paroxetine.

✓ سرتلين Sertraline.

وإذا لم تؤثر هذه المجموعة، فإن الطبيب يصف دواء يسمى كلوميبرامين clomipramine وهو من الأدوية القديمة المضادة للاكتئاب وهو أيضا أقدم الأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب الوسواس القهري وهو ذو كفاءة في علاج هذه الحالات، ولكن له آثار جانبية أهمها صعوبة البدء في التبول، وهبوط ضغط الدم عند الوقوف وجفاف الفم، والنعاس، وأحيانا يستخدم مثبط إعادة امتصاص السريتونين الانتقائي مع الكلوميبرامين وقد تستخدم الأدوية المضادة للقلق مع الأدوية السابق ذكرها، ويفيد في تخفيف حدة التوتر المصاحب للوسواس القهري وإن لم ينجح في القضاء على الفكرة الغريبة ذاتها، وفي بداية ظهور الوسواس قد يستجيب للعلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع المهدئات العظيمة.

(الرخاوي، 1977: 113)

- العلاج الكهربائي: الصدمات الكهربائية ليست علاجا أساسيا أو أوليا في مريض الوسواس، ولكن إذا عانى المصاب من كآبة وميالنخوليا، وعلل جسمية ووسواس المراج وميول انتحارية فعندئذ يكون العلاج الكهربائي في محله.

- العلاج الجراحي : لعل أول مبرر لعمليات قص الفص الجبهوي هو مرض الوسواس القهري، فالتوتر الشديد والاندفاع والآلام النفسية التي يعانها المصاب مع وجود شخصية متماسكة ومتراصة كلها تساعد على نجاح العملية وخاصة عندما نجد أن العلاج النفسي والعقاقيري والاجتماعي لم ينتهي بالفائدة المرجوة، فإذا انتقينا المريض المناسب القوي الشخصية الذي يعرقله المرض من التكيف كانت العملية في محلها المناسب.

- العلاج النفسي التحليلي: يهدف إلى الكشف عن الجذور العميقة للاضطراب وعن الصراعات الأساسية الدفينة اللاشعورية ومصادر هذه الصراعات والخروج بها إلى المستوى الشعوري، وتفسر طبيعتها و معانيها الرمزية وما يترتب عليها من ميكانيزمات دفاعية، نذكر بعض الفنيات الخاصة بالتحليل النفسي:

✓ التفرغ الانفعالي (Enotional Catharsis): يتطلب تنفيذ هذه الفنية وجود علاقة إنسانية بين المريض والمعالج، وتوفير الأمن والاطمئنان للمريض، ليقوم بالتعبير عن مكبوتاته والتي قد تتضمن مشكلات أو اضطرابات، وعندما يعبر عن ذلك يفرغ شحنات انفعالية، وبقدر حرته في التعبير (التفرغ) يكون إعادة التوازن النفسي له.

✓ التداخي الحر (Free Association): لتنفيذ هذه الفنية، تتم المقابلات بين المعالج والمريض، ويحصل المعالج على المعلومات عن المريض (تاريخ الحالة) ويحاول وضع تشخيص، ثم يطلب المعالج من المريض أن يضطجع مسترخيا على أريكة، ويجلس المعالج من خلفه ويطلب منه أن يقول أي شيء وكل شيء يرد في ذهنه، وسرعة قدرته على التعبير مرتبطة بشدة مقاومته للعلاج، ويخرج المريض مستدعياته تدريجيا، وهي تشكل مجموعة من الأفكار والمشاعر المشحونة بالانفعالات، ومن الضروري أن المعالج يواجه المريض من وقت آخر نحو الأفكار والمشاعر ذات الدلالة الخاصة.

✓ تحليل الأحلام (Dream Analysis): يناقش " فرويد " رمزية الأحلام فيذهب إلى أن عنصر الحلم نفسه رمز للفكرة اللاشعورية، وتعرف العلاقة بين الحلم وترجمته بالعلاقة الرمزية، ويشير " فرويد " إلى طريقتين لتحليل الحلم هما:

- استدعاء الحالم لخواتمه وذكرياته (التداخي الحر) حتى نصل إلى الفكرة المستترة وراء بديلها الظاهر (الدور الرئيسي هنا يقع على المريض)

✓ الكشف عن معاني الرموز من المعلومات الخاصة بالموضوع (الدور الرئيسي هنا يقع على المحلل النفسي) مع أهمية الاعتماد على المريض لفهم الموضوع المرتبط بالرمز.

(سيفان، 1996: 86)

وينبه أصحاب هذا الاتجاه العلاجي إلى الصعوبات التي يواجهها المحللون النفسيون مع هؤلاء المرضى ويشيرون إلى تحديد هذه الصعوبات كالاتي:

- صعوبة عملية الطرح، وبالتالي عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل النفسي.
- التغير المستمر في أعراض المريض، مما يجعل الاستمرار في تحليل الأعراض صعبا.
- إن المريض بالعصاب القهري يصعب عليه الاسترخاء التام أو الخضوع لعملية التداخي الحر، نظرا لمتابعته الحذرة لكلامه وسلوكه ونقضه لذاته، وارتفاع درجة حساسيته لطبيعته شخصيته القهرية.

- يعتمد المحلل في علاجه على استعمال الجزء المتكامل في الشخصية للتقدم البطيء في التحليل، وفي حالات الوسواس القهري المزمن تكون الشخصية قد تداخلت مع المرض بطريقة يستحيل معها فصل أي جزء متكامل منها للنفاد إلى العلاج التحليلي.

- يتمركز المريض حول مثاليته بحيث يستحيل عليه الاقتناع بالتنازل عن تلك المثالية والواقع أن علاج اضطراب الوسواس القهري باستخدام التحليل النفسي بقي في نطاق ضيق، وأنه يستخدم من قبل البعض أmaal في تخفيف الأعراض والتقليل من آلام المريض.

(الخالدي، 2006: 260)

- العلاج المعرفي السلوكي: هو الأكثر استعمالاً هذه وهو يركز على تقنيات ووضعيات ومواقف، هذه الحصص قد تمتد من أربعين إلى خمسين حصة، فالشخص في هذا النمط يواجه ويقابل بشكل إرادي الوضعية التي تؤدي إلى إشارة القلق منذ بداية العلاج و تكون عن طريق التفكير في ذلك الشيء المقلق ثم الانتقال إلى الواقع وهذه بعض الفنيات السلوكية العلاجية:

✓ الاسترخاء العضلي: يستخدم الاسترخاء كأسلوب قائم بذاته لخفض التوتر والتخلص من حالة الأرق والقلق الشديد، وعند تنفيذ هذه الفنية يطلب من المريض إرخاء عضلات جسمه، أثناء تركيز انتباهه على أفكار معينة أو مشاعر معينة، والقاعدة السلوكية هنا أن أي مثير يمكن مواجهته وإضعافه عن طريق استجابة سارة (استجابة مضادة لاستجابة الوسواس و القلق).

✓ فنية التعرض ومنع الاستجابة: تعتبر من أكثر الفنيات السلوكية استخداماً في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهدفها التأثير على الأعراض السلبية للقلق، وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان المواجهة، وأسلوب المواجهة:

1- التعرض من حيث مكان المواجهة: يوجد نوعان من المواجهة:

- التعرض الميداني (in Vivo): أي التعرض للمثيرات الواقعية ولمسها، إما في البيئة الطبيعية (كالمنزل) أو في البيئة المقلدة (كالعيادة)، وكلما صمد المريض للموقف ولم يهرب، أمكن إطفاء القلق.

- التعرض التخيلي (Imaginal): يتم تصور الموقف التخيلي (بدلاً من مواجهته واقعياً) وضعف القلق، خاصة إن كان الموقف يترتب عليه مخاطر، مثل الإبقاء عليه حتى التعود عليه والحرائق والانتحار فيفضل هذا التعرض (التخيلي) عن التعرض الميداني.

2- التعرض من حيث أسلوب المواجهة: هما أسلوبان سواء كان التعرض ميداني أو تخيلي:

- مواجهة المثيرات دفعة واحدة و بدون تدرج: ومن شروطه اقتناع المريض به.

- التعرض المتدرج: بحيث يتم التعرض للمثيرات من الأقل إلى الأكثر شدة.

✓ منع الاستجابة: تقوم هذه الفنية على أساس منع المريض من القيام بطقوسه مما يؤدي إلى خفض القلق ويمكن استخدامها في بيئة طبيعية (كالمنزل) أو بيئة مقلدة (كالعيادة)، ومثلها مثل فنية التعرض إذ تعتبر من أهم الفنيات المستخدمة في علاج الوسواس والأفعال القهرية، كما يمكن استخدام الفئتين (التعرض ومنع الاستجابة) معاً أي في الوقت نفسه، أو استخدام فنية منع الاستجابة بعد الانتهاء من تنفيذ فنية التعرض.

✓ إيقاف التفكير: تعتمد هذه الفنية على الاقتران بين الفكرة الوسواسية والنطق بصوت عالٍ "ف" بعد ذلك يتم خفض الصوت تدريجياً حتى يصل إلى النغمة العادية التي تعود المريض عليها، إلا أن البعض يرى القيمة العلاجية لهذه الفنية قليلة مقارنةً بسابقتها (فنية التعرض، فنية منع الاستجابة).

(سعفان، 1996: 87)

✓ الاستبصار بالمرض: حيث يتم إعطاء معلومات محددة وفعالة عن مرض الوسواس والأفعال القهرية من حيث الأعراض والأسباب ومشاكل الحياة...، والاستبصار بالمرض عامل هام في نجاح أي برنامج علاجي.

✓ ربط المعرفة بالانفعال: يتم التركيز هنا على المواقف التي تؤدي إلى الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، والوقت التي تظهر فيه الأعراض، والفترة الزمنية التي تستغرقها.

✓ ربط الماضي بالحاضر: يتم التركيز هنا على أحداث الطفولة المسببة للمرض.

✓ صرف التفكير: حيث يتم تدريب المريض على كيفية صرف تفكيره من التفكير في الأعراض المرضية إلى التفكير في أشياء أخرى.

✓ إيقاف الأفكار: حيث يتم تعليم المريض على كيفية مواجهة المثيرات التي تبعث الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، ومنذ استبعاد أي فكرة سلبية.

✓ الواجبات المنزلية: حيث يتم تعليم وتدريب المريض على كيفية ممارسة مهارات معرفية بحيث درب على كيفية مواجهة المواقف والتفاعل معها بطرق سلوكية جديدة مغايرة للطرق السلوكية السابقة الدالة على الاضطراب.

(سعفان، 1996: 89)

- العلاج البيئي والاجتماعي: تلعب الظروف البيئية والاجتماعية دورها في تعزيز واستمرار أعراض الحصر ولذلك يكون تبديل العمل أو المحل أو التلاعب بشيء من ظروف المريض يعتبر خطوة مساعدة ومهمة في الشفاء، فالتفكير بالعدوى من مرض معين قد يخف بالابتعاد النسبي عن مصدر العدوى إن وجد، والعلاج الاجتماعي لوحده لا يكفي إلا باقترانه مع العلاجات النفسية والأدوية.

- العلاج الديني: ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواس من الآية المكرمة لقوله تعالى: " وإما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعد بالله"، وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله سواء الاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم، تلك المجالس التي تتطلب آداباً خاصة كالطهارة: طهارة البدن ولثوب والنفس، والخشوع و التوجه إلى الله و التفكير في معاني كلامه، أو تلاوة القرآن، وأداء الصلاة بما فيها تلاوة وخشوع وحركات .

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الخط، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية الجيدة التي توجه الوسواسي للتخلص من الكثير من السمات والعادات التي يشب عليها كالصلابة وعدم المرونة والملاغات مما يسارع في الشفاء.

(محمد، 1986: 200)

خلاصة:

تم التطرق في هذا الفصل إلى متغيري الدراسة، بداية من تعريف التشوهات المعرفية وأنواعها وسماتها، ثم العوامل المؤدية إلى ظهورها، والنظريات المفسرة لها وأخيرا استراتيجيات مواجهتها، إلى الوسواس القهري تعريفه كاضطراب نفسي يتصف بوجود أفكار متكررة لا يرغبها الشخص، ثم ذكر الأسباب والعوامل المؤدية لهذا الاضطراب، كذلك تم التطرق للمعايير التشخيصية وأهم ملامحه الإكلينيكية وبعض الطرق العلاجية لاضطراب الوسواس القهري والتي تستند على النظريات المفسرة له، وبعد التطرق للجانب النظري للدراسة الحالية نعرض فيما يلي الجانب الميداني.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

بعد التطرق لأهم متغيرات الموضوع من الجانب النظري، سنحاول تأكيد صحة الفرضيات وصدقها من خلال الفصل التطبيقي الذي نبين فيه أولاً منهج البحث المتبع وأدواته، ثم نقوم بعرض الحالات والتي تعتبر عينة دراستنا وتحليلها مع تحليل الاختبار وصولاً إلى عرض النتائج المتحصل عليها.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تسمى الدراسة العلمية الكشفية التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة قيد الدراسة وكشف جوانبها فهذا النوع من الدراسات يساعد الباحث على صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة، تمهيدا لبحثها بحثاً معمقاً كما تساعد الباحث في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق.

الهدف منها:

✓ ضبط عنوان الدراسة و متغيراتها.

✓ معرفة بعض الصعوبات التي تحدّد لنا قيمة هذا البحث العلمي ومكانته العلمية وذلك للتقليل منها أو تفاديها، والتدريب على خطوات البحث العلمي، والتعرف على بعض من حيثيات مجال دراستنا كالحُدود المكانية التي تشغلها حالات الدراسة.

- الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية حمداني عدة بولاية تيارت، ثم بعدها عيادة متعددة الخدمات طاهر ميموني بولاية تيارت بلدية السوق، بالتواصل مع الأخصائيين النفسيين بغرض جمع المعلومات حول الحالات التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري، والتي تتبع علاجاً في العيادة.

- الحدود الزمانية: تم إجراء هذه الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 2021/12/16 إلى 2022/01/10، والتي كانت بالذهاب أولاً إلى المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية.

2- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

لكي يستطيع الطالب أن يجمع معلومات وبيانات عن موضوع دراسته يلجأ إلى الاعتماد على أداة، أو مجموعة من الأدوات، وبما أن فرضية الدراسة تنص على:

✓ تساهم التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري.

فإن أدوات الدراسة تمثلت في الاعتماد على ما يلي:

أولاً: المقابلة: تعتبر التقنية العيادية المثلى، يقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص قصد استيفاء المعلومات منه أو مساعدته على التخلص من مشاكله، وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية.

(محمود، 2001: 65)

وفي تعريف آخر: تعتبر من الأدوات الرئيسية لجمع المعلومات والبيانات في دراسة الأفراد والجماعات الإنسانية كما أنها تعد من أكثر وسائل جمع المعلومات شيوعاً وفعالية في الحصول على البيانات الضرورية لأي بحث.

(عمار ومحمد، 2016: 75)

وهذه الأداة التي اخترناها كوسيلة لبحثنا تسمح لمريض الوسواس القهري التحدث بحرية مطلقة وتلقائية انطلاقاً من بعض الأسئلة القاعدية وهذا فقط ليكون الحديث موجهاً في إطار الهدف المسطر الذي يخدم الموضوع.

ثانياً: الملاحظة Observation: تعرف في قاموس علم النفس على أنها إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات، حوادث أو أفراد في وضعيات معينة يكون جمع البيانات في دراسة الحالة غالباً على إثر الملاحظة المباشرة وذلك من خلال تطبيق الاختبارات السيكلوجية في المقابلة. أو هي وسيلة هامة وأساسية في الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك المريض، وتهدف إلى تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض، وتسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه نتيجة للنمو، وتحديد العوامل التي تحركه سلوكياً وتفسير السلوك الملاحظ.

(بن زينب وضبيان، 2020: 60)

3- وصف حالات الدراسة الاستطلاعية:

تم اختيار حالتين من جنس الأنثى، تتراوح أعمارهما بين 27 و 53 سنة، من نفس الاضطراب الوسواسي القهري للنظافة، حيث تم التواصل معهما من خلال الأخصائيتين النفسائيتين في كل من المؤسسات، وتم تطبيق أدوات البحث على حالات الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية حمداي عدة بولاية تيارت، وعيادة متعددة الخدمات طاهر ميموني بولاية تيارت بلدية السوقر، وكان اختيار الحالات بطريقة قصدية عشوائية حيث استهدفنا حالات ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

4- الدراسة الأساسية:

- الحدود المكانية: تم تطبيق هذه الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية والنفسية حمداني عدة بولاية تيارت، ثم بعدها عيادة متعددة الخدمات طاهر ميموني بولاية تيارت كذلك، بالتواصل مع الأخصائيين النفسيين بغرض جمع المعلومات حول الحالات التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري، والتي تتبع علاجاً في العيادة.
- الحدود الزمانية: تم إجراء هذه الدراسة في الفترة الممتدة ما بين 2022/01/10 وتم استكمال ما تبقى منه إلى غاية شهر مارس.

الجدول (01) يوضح تاريخ بداية ونهاية الدراسة.

الفترة	النشاطات
2021/12/16 إلى 2021/12/29	الدراسة الاستطلاعية
2022/01/02 إلى شهر مارس	الدراسة الأساسية
2022/01/29 إلى 2022/03/13	تطبيق المقياس
في شهر مارس	الدراسة النهائية

5- وصف حالات الدراسة الأساسية:

أجريت دراستنا على حالتين وهم إناث، باعتبار هذه الحالات تعاني اضطراب الوسواس القهري DSM5 .

الجدول (02) يمثل خصائص حالات الدراسة

الجنس	السن	نوع الاضطراب	مدة الاضطراب
أنثى	27 سنة	اضطراب الوسواس القهري للنظافة	منذ حوالي 3 سنوات
أنثى	53 سنة	اضطراب الوسواس القهري للنظافة	منذ حوالي 5 سنوات

6- المنهج المستخدم في الدراسة:

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع، حيث يتبع كل باحث في دراسته منهج خاص لكي يصل إلى نتائج موضوعية وعلمية منظمة، ومن أجل تحليل ودراسة الإشكالية المطروحة في هذه الدراسة "تأثير التشوهات

المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري" تم الاعتماد على المنهج العيادي، كونه يتناسب مع موضوع الدراسة الحالية، ويهدف الكشف عن مدى تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري.

ويعرف المنهج العيادي بأنه النهج الذي يستخدم في العيادات النفسية وفي التشخيص والعلاج، لأن تفسير المظهر السلوكي لا يتم بعزلة عن باقي المظاهر بل الرجوع إلى الشخصية ككل بهدف تغيير سلوك الفرد عن طريق مساعدته في حل المشكلات التي يعاني منها و الإتيان بالسلوك المقبول اجتماعيا و المرغوب فيه.

(العيساوي، 1984: 197)

كما يعرف أيضا أنه الأنسب والمستعمل في الدراسات المعمقة والمركزة حول دراسة الشخصية، ويهدف إلى علاج و تشخيص من يعانون من مشكلات سلوكية و اضطرابات نفسية، و قد عرفه Perron على أنه منهج يهدف إلى معرفة التنظيم النفسي قصد بناء تركيبي معقول للأحداث النفسية حيث الفرد مصدرا لها.

وعرفه Wettmer على أنه منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص عدة مرضى ودراساتهم الواحدة تلو الأخرى من أجل استخلاص مبادئ توحى بها الملاحظة كفاءاتهم و قصورهم.

(عبد المعطي، 2003: 31)

7- أدوات الدراسة الأساسية:

أولاً: المقابلة العيادية: هي علاقة ديناميكية يميزها الحوار لهدف معين، أو هي محادثة جادة بين شخصين المفحوص والأخصائي، أو هي الأداة الرئيسة في عمليتي التقييم والتشخيص، و قد اعتمدنا على نوع المقابلة العيادية النصف موجهة، وهي عبارة عن حوار يتحدث خلاله المفحوص بنوع من الحرية مع تدخل الأخصائي الذي يكون نوعا ما توجيهي عندما يلاحظ خروج المفحوص عن الموضوع فيحاول الأخصائي حصره في إطار الموضوع لكن يترك له حرية الكلام.

(الشواي، 2004: 90)

كان الهدف من هذه المقابلة هو التعرف على حالات البحث وبناء علاقة معهم تتسم بالثقة، والحصول على المعلومات الأولية الخاصة بالحالات عن ما يعانون من مشكلة أعراض الوسواس القهري، والاستماع إليهم، بالإضافة إلى توضيح الهدف من إجراء هذه الدراسة وتوضيح كيفية سير المقابلات، وأوقات المقابلات والهدف من كل مقابلة، ومن خلال المقابلة النصف الموجهة.

ثانيا: الملاحظة العيادية Observation: من بين التقنيات المستعملة في الدراسة الميدانية كأداة أساسية تكمل كم من المقابلة و الاختبارات النفسية حيث تمكن الباحث من ملاحظة كل الأشياء المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة وجمع البيانات في الأحوال التي يبدي فيها المفحوص نوعا ما من المقاومة أو رفض الإجابة عن الأسئلة المطروحة.

(مندر الضامن، 2007: 143)

وقد استخدمنا الملاحظة لهذا الغرض والتي من خلالها يمكن ركزنا على (الجوانب الجسمية الفيزيولوجية، استجابات الحركية و الانفعالية، لحظات الصمت..) التي ستساعدنا فيما بعد في تحليل.

ثالثا: مقياس التشوهات المعرفية: يهدف هذا المقياس للكشف عن أفكار ومعتقدات المفحوصين المشوهة وفق مواقف محددة، من إعداد ديتوماسو ويوريكا 2001، وقد تم تكييفه ليتلائم مع البيئة العربية من طرف الباحثة أبو هلال ياسمين، يتكون المقياس بصورته النهائية من (52) فقرة و(09) أبعاد، موزعين حسب التصنيف التالي:

- بعد تجاهل الإيجابيات.
 - بعد الاعتقاد بالحظ.
 - التفكير الثنائي.
 - مقارنة الذات بالآخرين .
 - التضخيم.
 - الاستنتاج العشوائي.
 - التفكير الكارثي.
 - اتخاذ مصدر خارجي.
 - الاستدلال الانفعالي.
- يتم الإجابة على المقياس وفق مقياس ليكرت ذو التدرج الخماسي بحيث يمثل الرقم (1) أبدا، و الرقم (5) دائما.

الجدول (03) يوضح توزيع الفقرات على أبعاد المقياس

عدد الفقرات	رقم الفقرات	الأبعاد
15	/42/41/40/39/23/22/17/16/14/9/4/3/1 49/48	بعد تجاهل الإيجابيات.
03	30/8/2	بعد الاعتقاد بالحظ.
05	50/38/33/18/5	التفكير الثنائي
04	29/25/15/6	مقارنة الذات بالآخرين.
06	52/26/24/20/19/7	التضخيم
07	51/37/35/24/28/11/10	الاستنتاج العشوائي
07	47/45/43/31/27/21/12	التفكير الكارثي
03	36/32/13	اتخاذ مصدر خارجي.
02	46/44	الاستدلال الانفعالي.
52	52	المجموع

- التعليمات: يتضمن المقياس على تعليمات تشمل تعريف بهدف المقياس وكذلك البيانات الشخصية الخاصة بكل حالة.

انظر الملحق (01) يوضح مقياس التشوهات المعرفية ل (أبو هلال ياسمين 2018)

- طريقة التصحيح: يحتوي استبيان التشوهات المعرفية على (05) بدائل وهي: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا حيث تقوم الحالات باختيار أحد هذه البدائل لكل بند وفقا لهذا الاختيار، حيث تجمع درجات كل البنود لنحصل في الأخير على الدرجة الكلية للحالة في هذا الاستبيان، حيث تنحصر ما بين (52) كأدنى درجة و (260) درجة كأقصاه يعني تنحصر ما بين المجال (260/52) درجة.

- الأوزان: قدرت الأوزان المعطاة بالنسبة لأداة الدراسة الحالية للفقرات:

- البديل "دائما" يأخذ درجة (05).

- البديل "غالبا" يأخذ درجة (04).

- البديل "أحيانا" يأخذ درجة (03).

- البديل "نادرا" يأخذ درجة (02).

- البديل "أبدا" يأخذ درجة (01).

- تحديد مجالات المقياس:

(عدد الفقرات X أكبر بديل) - (عدد لفقرات X أصغر بديل)

عدد المجالات

- من الدرجة 52 إلى الدرجة 121.33: مستوى ضعيف.

- من الدرجة 121.34 إلى الدرجة 190.66: مستوى متوسط.

- من الدرجة 190.67 إلى الدرجة 260: مستوى مرتفع.

أما بالنسبة للخصائص السيكمترية استخدمت لصدق المقياس ما يلي:

الصدق: تم احتساب الصدق باستخدام صدق المحكمين بعد عرضه على ذوي الخبرة وأصحاب التخصص من قسم علم النفس والإرشاد النفسي بجامعة النجاح الوطنية فلسطين، مع الصدق البناء بطريقة معامل الارتباط بيرسون.

(ياسمين، 2018، 56)

الثبات: حساب الاتساق الداخلي لمقياس التشوهات المعرفية باستخدام طريقة كرونباخ ألفا من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (40) راشد ومسمن منهم (20) ذكر و (20) أنثى، حيث بلغت قيمة معامل كرونباخ ألف درجة كلية للمقياس (0,95)، ولبعد تجاهل الإجابيات (0,90)، وبعد الاعتقاد بالخط (0,70)، وبعد التفكير المطلق (0,74)، وبعد مقارنة الذات بالآخرين (0,76)، وبعد التضخيم (0,85)، و بعد الاستنتاج العشوائي (0,82)، وبعد التفكير الكارثي (0,78)، وبعد اتخاذ مصدر خارجي (0,71)، وبعد الاستدلال الانفعالي (0,60).

يشير سلم القياس في مقياس التشوهات المعرفية في معدل أعلى (كلما كان أقرب إلى 5) إلى ظهور مستوى عال من التشوهات المعرفية، والعكس كلما كان أقل (أقرب إلى 1) فإنه يشير إلى مستوى منخفض من التشوهات المعرفية.

(ياسمين، 2018، 63)

رابعاً: مقياس ييل براون للوسواس القهري: يشمل المقياس على 50 بنداً ضمن (10) أبعاد رئيسية للوسواس القهري، وقد أجرى كل من كيم وديسكين وكسويسي وهوفر وكاسلين عام 1993 دراسة للتحقق من ثبات وصدق هذا المقياس من خلال تطبيقه على عينة من الوسواس القهري، ترجم هذا المقياس ليتلائم مع البيئة العربية من طرف مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس في القاهرة، وفي ما يلي نوضح أبعاد المقياس:

- بعد الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية.
- التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع النشاطات الاجتماعية والعملية.
- التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.
- الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية.
- السيطرة على الأفكار الوسواسية.
- الوقت الممضى في الأفعال القهرية.
- تعارض الأفعال القهرية مع النشاطات الاجتماعية والعملية.
- التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن الأفعال القهرية.
- الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية.
- السيطرة على الأفعال القهرية.
- التعليمات: يتضمن المقياس على تعليمات تشمل تعريف بهدف المقياس وكذلك البيانات الشخصية الخاصة بكل حالة.

انظر الملحق (02) يوضح مقياس الوسواس القهري ل (ييل براون 1989)

- طريقة التصحيح: يحتوي المقياس على عبارات يجب عنها المفحوص في الخانة المناسبة، حيث تجمع درجات كل البنود لنحصل في الأخير على الدرجة الكلية للحالة في هذا المقياس، حيث تنحصر ما بين (0) كأدنى درجة و (40) درجة كأقصاه يعني تنحصر ما بين المجال (40/0) درجة، نبينها لكم كالتالي:

- تحديد مجالات المقياس:

- من الدرجة 0 إلى الدرجة 7: خفيف جدا.

- من الدرجة 8 إلى الدرجة 15: خفيف.

- من الدرجة 16 إلى الدرجة 23: متوسط.

- من الدرجة 24 إلى الدرجة 31: ملحوظ.

- من الدرجة 32 إلى الدرجة 40: شديد.

أما بالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس ما يلي:

صدق وثبات المقياس: حسب الإتساق الداخلي بين الفقرات بطريقة الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للمقياس وأسفرت النتائج أن جمعي الارتباطات تتراوح بين (0,27-0,57) وجميعها دالة معنويا عند مستوى (0,05).

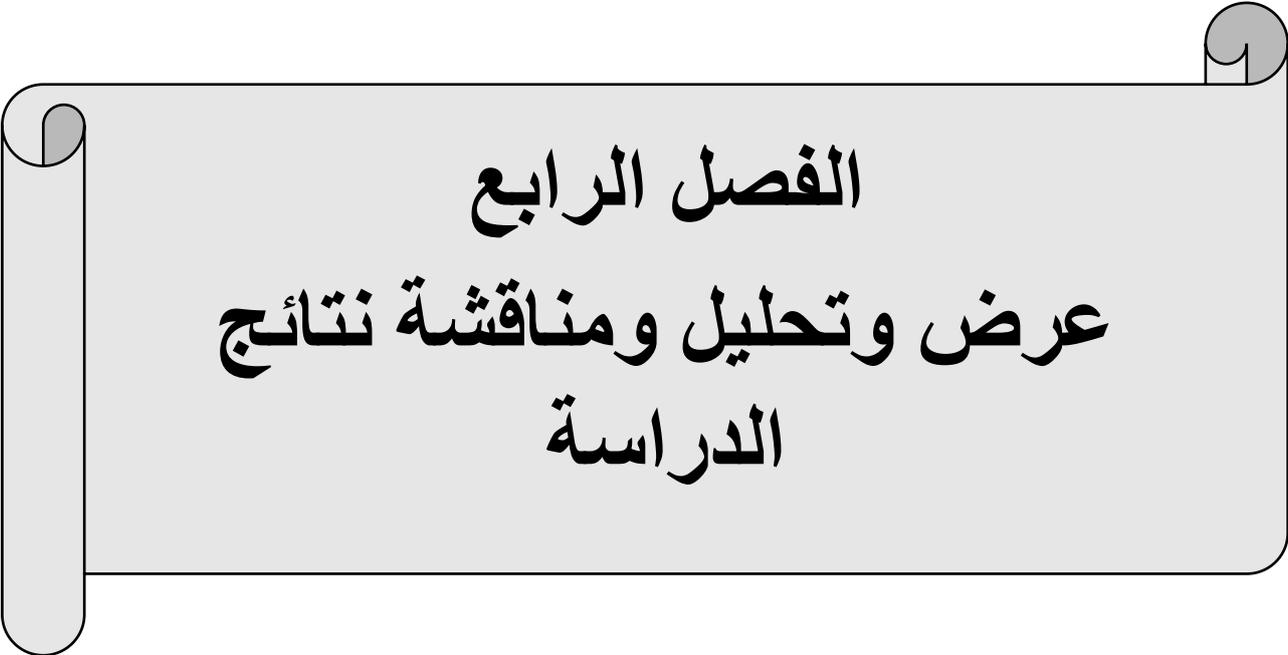
وبلغ معامل ثبات المقياس (scale the of Reliabit) بطريقة ألفا كرونباخ (0,86) وهو مرتفع ويشير إلى أن فقرات المقياس متسقة مع بعضها في قياس الوسواس القهرية.

إن هذا النوع من الثبات يطلق عليه المهتمون في القياس النفسي ومنهم (1981) بالاتساق الداخلي والذي يعد أحد مؤشرات الصدق.

(عمراني، نقار، 2016: 57-59)

خلاصة :

لقد تم في هذا الفصل التطرق إلى أهم الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال إعطاء صورة واضحة لكل مرحلة من مراحل هذه الدراسة، والتعرف على المنهج المتبع المتمثل في المنهج العيادي الذي يهدف إلى دراسة الحالة، وعرض أدوات الدراسة، وذلك بالحصول على مجموعة من المعطيات التي سيتم طرحها طبقاً لفرضية الدراسة وذلك بالتحليل والمناقشة وهو ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي وعرض النتائج المتوصل إليها.



الفصل الرابع
عرض وتحليل ومناقشة نتائج
الدراسة

تمهيد:

بعد التطرق لفصل الإجراءات المنهجية للدراسة ننتقل في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وذلك بعد ما تم جمع المعلومات والبيانات من خلال تطبيق أدوات الدراسة على الحالات، سيتم في هذا الفصل عرض نتائج فرضية الدراسة ومناقشتها وتحليلها انطلاقاً من دراسة الحالة والمقابلات التي تم إجراؤها وكذلك تحليل المقاييس التي تم تطبيقها، في ضوء الأبعاد النظرية للدراسة والدراسات السابقة ثم الخروج باستنتاج عام للدراسة.

1- عرض حالات الدراسة:

✓ الحالة الأولى:

1-1: البيانات العامة للحالة:

الإسم: ن. ج.

السن: 52 سنة .

الجنس: أنثى.

المستوى الدراسي: الرابعة متوسط.

المهنة: مأكثة في البيت.

المستوى المعيشي: حسن.

الحالة المدنية: متزوجة.

عدد الأولاد: طفل واحد.

السوابق العائلية: الوالدين على قيد الحياة.

الأخوة: سبعة إخوة.

الرتبة بين الإخوة: البنت الأولى.

نوع المرض: وسواس النظافة القهري.

مكان المقابلة: مكتب الأخصائية النفسية بعيادة حمداني عدة - تيارت-

1-2: السيميائية العامة للحالة الثانية:

الهيئة العامة:

البنية المورفولوجية: وزن 67 كلغ، طولها 1.65، بيضاء البشرة.

اللباس: هندامها نظيف.

الملامح والإيماءات: يبدو على الحالة نوع من القلق و التوتر.

المزاج و العاطفة: متقلب.

النشاط العقلي:

- اللغة: تستخدم الحالة لغة عامية بسيطة مفهومة.

- الذاكرة: جيدة.

- الذكاء: عادي.

- النشاط الحركي: تتحرك الحالة كثيرا مع استعمال مناديل من حين لآخر.

العلاقة الاجتماعية:

- مع الأسرة: مع عائلتها علاقة جيدة، لكن مع عائلة زوجها تسود العلاقة بعض المشاكل.

- مع المحيط العام: علاقاتها قليلة وتعامل الناس باحترام.

1-3: عرض محتوى المقابلات:

✓ المقابلة الأولى

بتاريخ 02 جانفي 2022 دامت نصف ساعة، قمنا بتقديم أنفسنا للحالة، وشرح لها طبيعة بحثنا ثم التعرف

على الحالة و أخذنا منها المعلومات الأساسية، و إعلامها بعدد المقابلات التي ستجرى لاحقا مع تطبيق مقياسي

التشوهات المعرفية والوسواس القهري، كان الاتصال سهل ومباشر، أبدت الحالة تفهما، ولم تمنع ذلك حيث لم نجد صعوبة في إقناعها.

✓ المقابلة الثانية:

بتاريخ 09 جانفي 2022، استمرت حوالي 45 دقيقة، تم أخذ المعلومات حول نوع اضطراب الوسواس القهري بطرح أسئلة عن أسباب نشوبه و تسجيل استجابات الحالة، تقول الحالة أنها تعاني من اضطراب وسواس النظافة المفرط لمدة 5 سنوات قبل زواجها، بدأ الأمر منذ إصابة أمها بمرض جلدي ومكوئها معها في المستشفى ومن هنا بدأت السلوكات المرضية بالظهور، كانت الحالة تشك كثيرا وتُخاف من انتقال المرض لديها بعد خروجها من المستشفى، حيث أصبحت تستحم ثلاث مرات و تستغرق مدة طويلة في الحمام، هذا الأسلوب يأتي مباشرة عند ملامستها لأشخاص أو عدا ذلك في اليوم تقول: "ندوش 3 خطرات فنهار وكنت نطول فدوش بزاف"، في هذه المقابلة لاحظنا أن الحالة عندما كانت تتحدث عن معاناتها بدت عليها علامات القلق، ترقب الهاتف، لقم الأظافر.

✓ المقابلة الثالثة:

بتاريخ 12 جانفي 2022 لمدة 45 دقيقة، تكمل الحالة قصة معاناتها مع الاضطراب بعد الزواج، زادت سلوكاتها المرضية حتى سبب لها مشاكل مع زوجها وعائلته لأنهم يراقبونها ويحاسبونها بتبذير الماء، حيث أصبحت تترقب حلول المساء عندما ينام الجميع من أجل الاستحمام تقول الحالة: " شحال من مرة دايزت مع راجلي، على هذاك وليت نروح للحمام 2 خطرات في سمانا وندوش خطرا فليل كي يولو راقدين"، "نبات نعس فالساعة باش نوض ندوش"، الحالة لم تكن مستقرة في تفاعلاتها، حركات اليدين كانت مرتجفة مع احمرار العينين كأنها تريد أن تبكي، تبدو عليها ملامح الحزن والشروود والتفكير بكثرة، متخوفة جدا من مرضها في تأثيرها على حياتها الزوجية تقول الحالة: " راني نضل نخم في هاذي لحالة لي وصلت ليها، منيش عايشة آلاز".

✓ المقابلة الرابعة:

بتاريخ 20 جانفي 2022، دامت 45د، بعد إنجاب الحالة لابنها الاول تعرضت لأزمة صحية بعد خروجها من العيادة حيث أنها استحمت مباشرة في اليوم التالي وبدون معاينة الطبيب ما أدى لحدوث نزيف تقول وحسب تصريحها أن الأمر زاد سوءا بعد ولادتها أصبحت تستحم 5 مرات في اليوم، ولا تنام إلا بعد ملامستها الماء، تعدى الأمر ذلك إلى تطبيق هذا السلوك على ابنها وهو في بداية مرحلته العمرية حتى أصيب بالتهاب رئوي حاد

تقول: " و المشكلة ماوليتش غي انا ندوش، ولت ندوش لوليدي كل يوم و لبرد عليه حتي مرض وراه عنده (برونشيد)، كي أذيت وليدي صراو مشاكل بيني وبين زوجي و هو لي خمم باه نشوف بسيكولوق ومدابيا نريح"، الحالة لديها خوف وقلق شديدين، ونوع من التشاؤمية في الأفكار وعدم تقدير الذات، كذلك الشعور بتأنيب الضمير تقول: " أنا منيش أم قاع وليدي متهلتيش فيه".

✓ المقابلة الخامسة:

بتاريخ 27 جانفي 2022، تم فيها تطبيق مقياس التشوهات المعرفية ومقياس الوسواس القهري بعد شرحه للحالة وجدنا صعوبة في هذه المقابلة، وذلك نظرا لأن الحالة لم تفهم المقياسين جيدا حتى شرحناهما لها بعدا بعدا، وكانت تطرح أسئلة كثيرة حول الاضطراب الذي تعاني منه، هل هناك من تخلصوا منه. (أنظر الملحق رقم 04)

الجدول (04) يبين نتائج تطبيق مقياس التشوهات المعرفية:

الرقم	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أحتاج إلى مدح الآخرين لي كي أشعر أنني ذو قيمة	X				
02	أشعر كأنني أعلم الغيب، وأتوقع الأشياء السيئة التي سوف تحدث لي		X			
03	أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سيئة		X			
04	أميل إلى استبعاد الأشياء الجيدة في شخصيتي			X		
05	أنا شخص إما أن يحب الناس أو يكرهه و ليس هناك شيء في المنتصف بين الحب والكراهية بالنسبة لي	X				
06	أقارن نفسي بالآخرين في جميع الأوقات		X			
07	أميل إلى تضخيم الأمور في الحياة أكثر من أهميتها الحقيقية			X		

		x			08	أميل إلى توقع الأحداث السلبية في حياتي
		x			09	ما يعتقد الآخرون عني أكثر أهمية مما اعتقده عن نفسي
			x		10	أخذ قراراتي بناء على مشاعري دون تفكير بتبعات هذه القرارات
				x	11	أتوصل إلى الاستنتاجات دون أن أنظر بعناية إلى التفاصيل اللازمة
		x			12	إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشاكل باستمرار
		x			13	أنا في حاجة الآخرين للاعتراف بي، لأشعر أنني في حالة جيدة
		x			14	أعتقد أن الناس يرونني بطريقة سلبية، حتى بدون أن أسألهم أو أستوضح آرائهم بخصوصي
			x		15	أقوم بفعل الأشياء كما يفعلها الآخرون بالضبط
		x			16	أحمل نفسي مسؤولية الأشياء الخارجة عن سيطرتي
			x		17	أميل إلى إنكار الصفات الإيجابية التي أمتلكها
		x			18	أرى أن الأمور جميعها في العال تسير إما بشكل صحيح أو أنها جميعها تسير بشكل خاطئ
	x				19	أميل إلى انتقاء التفاصيل السلبية في المواقف وأركز عليها
		x			20	أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث السلبية

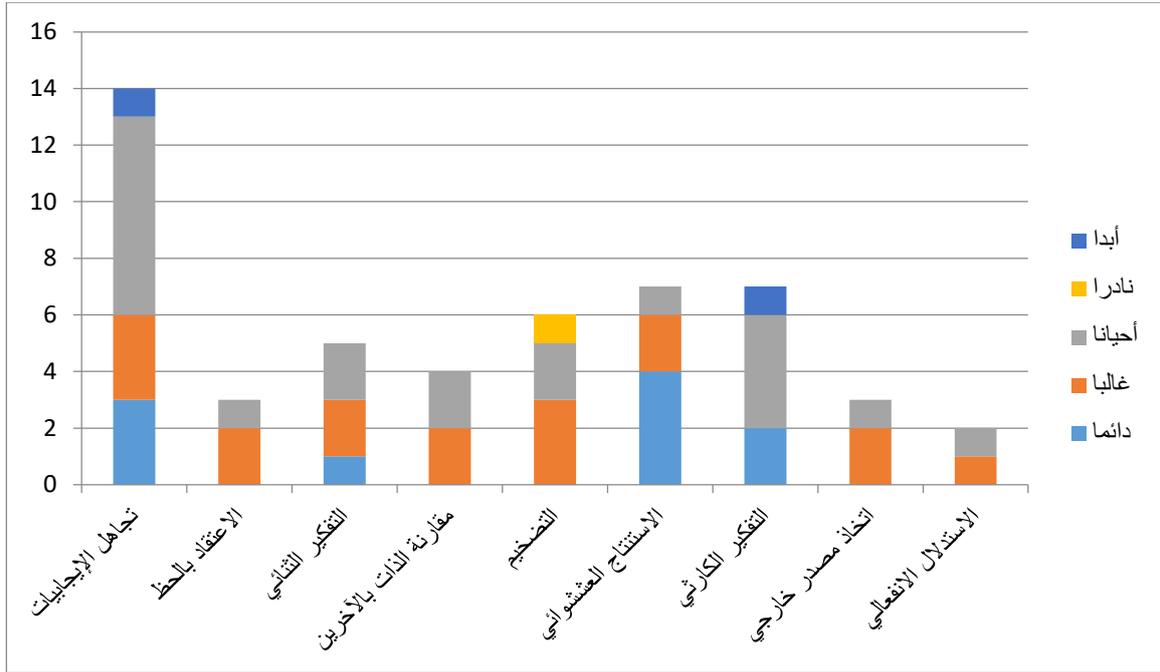
		x			21	أتوقع أن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه
		x			22	أقلل من أهمية إنجازاتي الشخصية
		x			23	أدعو نفسي بألقاب سلبية
			x		24	أميل إلى تضخيم قيمة الأشياء رغم أنها لا تستحق
		x			25	معظم الناس أفضل مني في كثير من الأشياء
			x		26	أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث حتى الصغيرة منها
x					27	عندما يتم تغيير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أعمل فيه أو أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء أقترفها
		x			28	عندما أواجه العديد من النتائج المحتملة، فإنني أميل إلى التفكير أن الأسوأ سيحدث
		x			29	بالمقارنة مع أشخاص آخرين مثلي، أجد نفسي أقل قيمة منه
			x		30	أعتقد أن توقعاتي السلبية حول مستقبلي ستتحقق.
		x			31	أتحيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي.
			x		32	أحتاج إلى كثير من الثناء من الآخرين حتى أشعر بالرضا عن نفسي.
		x			33	في رأيي، إن الأمور إما سوداء أو بيضاء، ولا توجد مناطق رمادية.

				x	أقوم عادة بإصدار أحكام دون التحقق من جميع المعطيات والأدلة.	34
				x	يقول الناس عني أشياء جميلة لأنهم يريدون شيئاً مني أو لأنهم يحاولون مجاملتي.	35
			x		أجد أنني في كثير من الأحيان بحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين لأحصل على الشعور بالراحة عن نفسي.	36
				x	أقفز إلى الاستنتاجات دون الأخذ في الاعتبار وجهات نظر أخرى.	37
			x		أرى أن حياتي ستكون إما رائعة أو فظيعة ولا شيء غير ذلك.	38
				x	ألقب نفسي بألقاب سلبية.	39
		x			أجد نفسي أتحمل اللوم على كثير من الأشياء.	40
		x			أميل إلى التركيز على الجانب المظلم للأشياء.	41
x					تخلو حياتي من الأحداث من الأحداث السلبية.	42
		x			توقعاتي السلبية عادة ما تحقق.	43
		x			أعتمد على مشاعري في تقدير الأمور وتوقع النتائج.	44
				x	عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع و لا أستطيع احتمالاه.	45
			x		لدي القدرة على استشعار الأخطار وغالباً ما يحدث ذلك.	46

				x	أرى أن حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة بالضرورة.	47
				x	عندما أقارن نفسي بالآخرين، أرى بأنني أقل منهم شأنًا.	48
				x	أضع نفسي في مرتبة متدنية مقارنة بالآخرين.	49
			x		أرى أن الأشياء إما تسير بطريقة خاطئة أو بطريقة صحيحة و لا يوجد احتمال آخر.	50
			x		أخذ قراراتي بناء على مشاعري الداخلية.	51
			x		أضخم الأمور بشكل غير مناسب.	52

من خلال الجدول نلاحظ أن الدرجة الكلية للمقياس تقدر ب 192 درجة، هذا يعني أن للحالة مستوى عال من التشوهات المعرفية، فأغلب إجابات البعد الأول كانت متقاربة حيث لاحظنا أنها تهم كثيرا لنظرة الآخرين لها، لديها توقع الأسوء دائما أو أنها تعتقد بالحظ السيء وذلك من خلال الاجابة على البعد الثاني، أما بعد التفكير الثنائي لاحظنا التصلب وعدم المرونة من خلال الاجابات المتقاربة للبدائل "دائما، غالبا، أحيانا"، نلاحظ كذلك عدم تقدير الذات في بعد مقارنة الذات بالآخرين حيث كانت الاجابات "غالبا" ما تقلد الآخرين وتقارن إنجازاتها معهم، أما بعد التضخيم فكانت النتائج أنها غالبا ما تضخم الأمور وتعطيها أكبر من حجمها حتى الصغيرة منها، وبالنسبة لبعد الاستدلال العاطفي فكانت معظم الاجابات على البنود للبديل "دائما" التي تدل على أن الحالة لديها تسرع في الحكم على المواقف استنادا إلى المشاعر والعواطف دون التفكير بتعقل، كذلك بعد التفكير الكارثي الذي تعكس لنا إجاباته أن الحالة متشائمة لديها ميل إلى السلبية في التفكير وتوقع مجريات الحياة، وأخيرا البعدين اتخاذ مصدر الخارجي الذي كانت نتائجه دالة أن الحالة تحتاج أن يعترف بها الآخرون، وبعد الاستدلال الانفعالي الذي يؤكد لنا لجوء الحالة إلى مشاعرها في تقدير الأمور وتوقع النتائج مستقبلا، والشكل التالي يوضح ماسبق ذكره.

الشكل (05) يوضح أعمدة بيانية لنتائج قياس التشوهات المعرفية بالنسبة للحالة الأولى



الجدول (05) يبين نتائج تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري:

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المجموع
الإجابة	3	3	3	3	2	4	3	2	4	3	30

من خلال الجدول نلاحظ أن الدرجة الكلية للمقياس تقدر ب 30 درجة، هذا يعني أن للحالة أعراض ملحوظة أفسدت للحالة (ن.ج) حياتها وأصبحت لديها مشاكل في حياتها الزوجية، نلاحظ إيجابتها على البنود رقم (01) و(02) و(03) و(04) التي تقيس نسبة الوقت الذي تستغرقه في الأفكار الوسواسية و أثرها لهذا الاضطراب نجد أنها تشابهت كما اختلفت إيجابتها في البنود الباقية (05) و(06) و(07) و(08) و(09) و(10)، حيث أن هذه الأبعاد تعبر عن السلوك القهري الذي نشأ عند الحالة قبل زواجها و ذلك خوفا من إصابتها بمرض جلدي أي أن مصدر سلوكها القهري ناتج عن خوف وهمي ولد لها أفكار خاطئة وهذا ينطبق على ما جاءت به النظرية المعرفية في تفسيرها للوسواس القهري أنه سلوك خاطئ ناتج عن تشوهات معرفية.

4-1: تحليل الحالة:

بتحليل المقابلات التي أجريت مع الحالة (ن.ج)، وأخذ المعلومات المطلوبة عنها، وملاحظة السلوكيات والإيماءات، تبين أنها تخاف من فكرة المرض بشكل عام، فتلجأ إلى التنظيف والاستحمام 3 مرات يوميا لمدة أطول للتخلص من الجراثيم حسب منظورها حيث تراودها أفكار عن احتمالية انتقال المرض إليها، تتجلى الأعراض كذلك في ملاحظة شرود الذهن وعدم التركيز وكثرة استخدام المناديل بعد أي حركة تقوم بها، كذلك فقدان الشهية والأرق بسبب انتظار وقت الاستحمام فقط، حدة الأعراض زادت مع زواجها ما تسبب بمشاكل عائلية كثيرة بسبب تبذير الماء وارتفاع الفاتورة، وقد تجاوز الأمر إلى ممارسة طقوس التنظيف على ابنها الرضيع حيث تسببت في مرضه ما ولد لديها الإحساس بالذنب، هذه الأفكار الغير متكيفة تؤدي إلى ممارسة طقوس خاصة للتخفيف من شدة الضغوط النفسية وبالتالي يتم تعزيزها ما يجعل تغييرها صعب وعرقلة الحياة اليومية، إلا أن الحالة لديها وعي بمرضها ما جعلها تلجأ إلى مختص عيادي على أمل أن تشفى منه.

5-1: استنتاج عام حول الحالة:

من خلال مجموع المقابلات والملاحظة الدقيقة مع الحالة وقيامنا بتطبيق مقياس التشوهات المعرفية لـ "Yurica & Ditomasso, 2001" ومقياس الوسواس القهري لـ "Yale- Brown"، تبين لنا أن الحالة تعاني من مستوى تشوهات معرفية مرتفع حيث كانت النتيجة 192 درجة، فالفكرة السلبية حول المرض عممتها في كل الحالات، مع تسلط أفكار وسواسية جعلتها تتبنى أسلوب مفرط وصارم في النظافة، تعاني من القلق والخوف ومشاعر الذنب و عدم الارتياح، وهذا ما وضحته النتيجة المرتفعة في مقياس الوسواس القهري التي قدرت بـ 30 درجة وهي أعراض شديدة سببت عجزا بالغا.

✓ الحالة الثانية:

1-2: البيانات العامة للحالة

الاسم: ب. ش.

السن: 27 سنة.

الجنس: أنثى.

المستوى الدراسي: السنة السادسة أساسي.

المهنة: مآكثة في البيت.

المستوى المعيشي: متوسط.

الحالة المدنية: متزوجة.

عدد الأولاد: لديها بنت واحدة فقط.

السوابق العائلية: الوالدين على قيد الحياة.

الأخوة: ثلاث إخوة.

الرتبة بين الإخوة: المرتبة الأولى.

نوع المرض: وسواس النظافة القهري مع ترتيب الأغراض.

مكان المقابلة: مكتب الأخصائية النفسية بعيادة طاهر ميموني - تيارت-

2-2: السيميائية العامة للحالة الثانية:

الهيئة العامة:

البنية المورفولوجية: تبلغ الحالة ب.ش 27 سنة، وزن 45 كلغ، طولها 1.63، بيضاء البشرة.

اللباس: هندامها نظيف.

الملامح والإيماءات: يبدو على الحالة ملامح القلق و التوتر.

المزاج و العاطفة: متوترة باستمرار.

النشاط العقلي:

- اللغة: تستخدم الحالة لغة عامية مفهومة.

- الذاكرة: ذاكرة الحالة سليمة.

- الذكاء: عادي.

النشاط الحركي: حركات كثيرة، ترقب الساعة و الهاتف من حين لآخر.

العلاقة الاجتماعية:

- مع الأسرة: يسودها نوع من المشاكل خاصة مع الأم.

- مع المحيط العام: غير اجتماعية منطوية على نفسها.

3-2: عرض محتوى المقابلات:

✓ المقابلة الأولى:

كان اللقاء الأول مع الحالة يوم 15 فيفري 2022، دام نصف ساعة تم فيه التعرف على الحالة وأخذ البيانات الأولية منها اسمها عمرها، مستواها الدراسي، المعلومات العامة عن العائلة والسوابق المرضية، من جهة أخرى قمنا بتعريفها علينا، ومن الجانب الدراسي شرحنا لها مقياس التشوهات المعرفية ومقياس بيل براون للوسواس القهري بطريقة مبسطة وسلسة، كان الاتصال سهلا، الحالة واعية بمرضها، الحالة تتميز بطول القامة وبنية مورفولوجية هزيلة نوعا ما، ليس لديها اضطراب التوجه في الزمان والمكان، ترتدي ملابس مرتبة ونظيفة تمتاز بسلامة اللغة والوظائف المعرفية.

✓ المقابلة الثانية:

بتاريخ 19 فيفري 2022 دامت حوالي 30 دقيقة وكانت بمكتب الأخصائي النفسي، تعرفنا على ماضي الحالة قبل الإصابة بالمرض، عاشت الحالة طفولة قاسية بين عدم استقرار الجو العائلي واللامبالاة من طرف الوالدين تقول، حيث كانت تعيش في أسرة ممتدة، وسط جو عائلي مضطرب بسبب المشاكل، عندما كانت الحالة في السن القانوني للدراسة (05 سنوات)، كان الأب قليلا ما يوصل ابنته للمدرسة بحكم وظيفته المتعبة التي جعلته في بعض الأحيان لا يجلس حتى مع أولاده، فكان العم الصغير الأعزب يوصلها للمدرسة يوميا، تقول الحالة أنه كان لطيفا جدا معها ومع اخوتها يلاعبهم يمازحهم، يشتري لهم ما أرادوا "كان عمي مليح معنا في هذالك الوقت الحمد

لله وكان يلعب معايا انا وخوتاتي وخويا"، في وسط كلام الحالة لاحظنا ارتباك وتشوش في الكلام وتجنب التواصل البصري، صمت وشروود، حتى نضطر إلى ارجاعها للكلام مرة أخرى.

✓ المقابلة الثالثة:

تم بتاريخ 24 فيفري 2022 كانت على الساعة العاشرة صباحا دامت حوالي 45 دقيقة، كانت في مكتب الأخصائي النفسي، شجعنا الحالة على إكمال قصة مرضها حيث تقول أنه مثل ما جرت العادة في غياب الأب كان عمها يوصلها إلى المدرسة حتى غاية بلوغها سن العاشرة، كانت الحالة ذاهبة للمدرسة بمفردها في وسط الطريق سمعت صوت عمها يناديها لإيصالها للمدرسة تقول: "كي خرجت وجيت رايحة وانا فالطريق نسمع في عمي يعيطلي مورايا قالي قارعي نوصلك"، أثناء الكلام لاحظنا على الحالة ذبول العينين من خلال نظراتها المسروقة والبكاء عند سرد الأحداث الماضية مع قيامها بتشابك الأصابع، تكمل الحالة أنه أخذها من طريق غير مألوفاً، وعندما سألته عن ذلك أجابها أنه يعرف ذلك، أخذها لمكان مهجور اغتصبها و اعتدى عليها بالضرب تقول الحالة: "داني لوحد البراكة وتعدي عليا وضربني ودار فيا واش دار ولا كي الوحش معايا وحد المنظر ياختي الله يحفظ ويستر منه هو كرهت الرجال رفضت زواج وليت نخاف وليت وين مانخرج ونشوف الرجال نحسهم راح يتعداو عليا كيما دار هو نحس اي واحد راه طامع فيا"، عائلة الحالة لم يصدقوا كلامها خاصة أمها تقول: "ماما ما وقفتش معايا"، وكحل أخير قرروا تزويجها حتى وهي مرغمة، تزوجت الحالة وهي قاصر (17 سنة)، ثم حملت بنت أرادت عدة مرات اجهاضها وفي الأخير أعطتها لعائلتها ليربوها تقول: "ماقبلتش نتزوج وتزوجت وتفكرت قاع واش صرالي وكرهت حياتي ظلامت الدنيا في عيني وكى حملت كرهت روحي وبغيت نطيح البيبي وشربت الدوية و والو وكى زيدت بنتي ماخليتهاش عندي داوها دارنا رباوها"، علاقة الحالة بالأُم متوترة، أما مع الأب فهي باردة تقول: "الوالد علاقتي معاه نديرها كواجب برك منيش جابدة ليه بزاف"، أما العلاقة مع إخوتها فهي عادية، كانت الحالة تتنهد كثيراً، سردها لتفاصيل القصة أتعبها حيث لاحظنا انخفاض الصوت كأنها لم تعد قادرة على الكلام.

✓ المقابلة الرابعة:

كانت بتاريخ 3 مارس 2022 الساعة العاشرة صباحا، دامت حوالي 45 دقيقة، كانت الحالة في مزاج صعب الهالات السوداء واضحة جدا، علامات النحافة واضحة لقلة الشهية، تم طرح عليها أسئلة حول مدة المرض وماهي الأعراض تقول أنها لم تتذكر بالتحديد منذ متى وهي في هذه الحالة، كانت ترتب الأشياء بشكل دائم لأنها

ترتبت على ذلك منذ صغرها، وتغسلها وتعيد غسلها مع أنها نظيفة، تستحم مرتين في اليوم: "نبغي نسقم صواحل لي مشي مسقمين كل حاجة نرتبها في بلاصتها هكا تربيت من صغري وندوش بزاف"، لاحظنا من محتوى كلامها وجود أفكار مشوهة عن الرجال حيث أنها تسقط عليهم كل مشاعر الغضب والكره والتساوي في الدناءة، وعدم احسسها بقيمة نفسها، حتى أنها اعترفت بخيانة زوجها ولا تستطيع منع نفسها عن ذلك مع شعورها بالذنب، تقول: "حسيت لي يشوفني يطمع فيا"، "ندير علاقات في التلفون ونخرج ونبات برا"، "أنا ما عندي حتى فايذة خلاص نمذ روحي قاع الناس طامعة فيا"، "أنا ومتروجة راجلي كي يروح يخدم نخرج أنا برى ونروح ونحكي في التلفون ونركب فلوطو عادي حتى حاجة ماولاتش تهمني"، "راني عارفة روحي غالطة كي نرجع بيني بين روحي نحسها خيانة بصح ماشي بيدي وراني حاسة ربي راه يعاقب فيا علايبيها حكمني هذا الوسواس".

✓ المقابلة الخامسة:

بتاريخ 13 مارس 2022 على العاشرة صباحا لمدة 30 دقيقة، بهدف تطبيق اختبار مقياس التشوهات المعرفية ومقياس بيل براون للوسواس القهري لدى المصابة، تمحورت أسئلة المقابلة حول كشف ومعرفة الأفكار المشوهة ومعرفة حالات التوتر والعصبية التي تنتاب الحالة وكيفية تعبيرها عنها بسبب الضيق والألم، كما تمحورت أيضا للكشف عن النزعات الانطوائية من خلال رصد مشاعر الحزن عند التي قد تتولد لديها، وتتسبب في عجز الحالة عن تكوين علاقات برفض كل أشكال التواصل الاجتماعي. (انظر الملحق رقم 05)

الجدول (06) يمثل نتائج تطبيق مقياس التشوهات المعرفية:

الرقم	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أحتاج إلى مدح الآخرين لي كي أشعر أنني ذو قيمة	X				
02	أشعر كأنني أعلم الغيب، وأتوقع الأشياء السيئة التي سوف تحدث لي		X			
03	أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سيئة		X			
04	أميل إلى استبعاد الأشياء الجيدة في شخصيتي		X			

		x			05	أنا شخص إما أن يحب الناس أو يكرهه و ليس هناك شيء في المنتصف بين الحب والكرهية بالنسبة لي
				x	06	أقارن نفسي بالآخرين في جميع الأوقات
				x	07	أميل إلى تضخيم الأمور في الحياة أكثر من أهميتها الحقيقية
		x			08	أميل إلى توقع الأحداث السلبية في حياتي
			x		09	ما يعتقد الآخرون عني أكثر أهمية مما اعتقده عن نفسي
				x	10	أخذ قراراتي بناء على مشاعري دون تفكير بتبعات هذه القرارات
	x				11	أتوصل إلى الاستنتاجات دون أن أنظر بعناية إلى التفاصيل اللازمة
		x			12	إذا تطورت مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشاكل باستمرار
			x		13	أنا في حاجة الآخرين للاعتراف بي، لأشعر أنني في حالة جيدة
			x		14	أعتقد أن الناس يروني بطريقة سلبية، حتى بدون أن أسألهم أو أستوضح آرائهم بخصوصي
		x			15	أقوم بفعل الأشياء كما يفعلها الآخرون بالضبط
x					16	أحمل نفسي مسؤولية الأشياء الخارجة عن سيطرتي

	x				أميل إلى إنكار الصفات الإيجابية التي أمتلكها	17
				x	أرى أن الأمور جميعها في العال تسير إما بشكل صحيح أو أنها جميعها تسير بشكل خاطئ	18
		x			أميل إلى انتقاء التفاصيل السلبية في المواقف وأركز عليها	19
			x		أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث السلبية	20
		x			أتوقع أن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه	21
				x	أقلل من أهمية إنجازاتي الشخصية	22
			x		أدعو نفسي بألقاب سلبية	23
		x			أميل إلى تضخيم قيمة الأشياء رغم أنها لا تستحق	24
		x			معظم الناس أفضل مني في كثير من الأشياء	25
	x				أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث حتى الصغيرة منها	26
	x				عندما يتم تغيير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أعمل فيه أو أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء أقترفها	27
		x			عندما أواجه العديد من النتائج المحتملة، فإنني أميل إلى التفكير أن الأسوأ سيحدث	28
				x	بالمقارنة مع أشخاص آخرين مثلي، أجد نفسي أقل قيمة منه	29
		x			أعتقد أن توقعاتي السلبية حول مستقبلي ستتحقق.	30

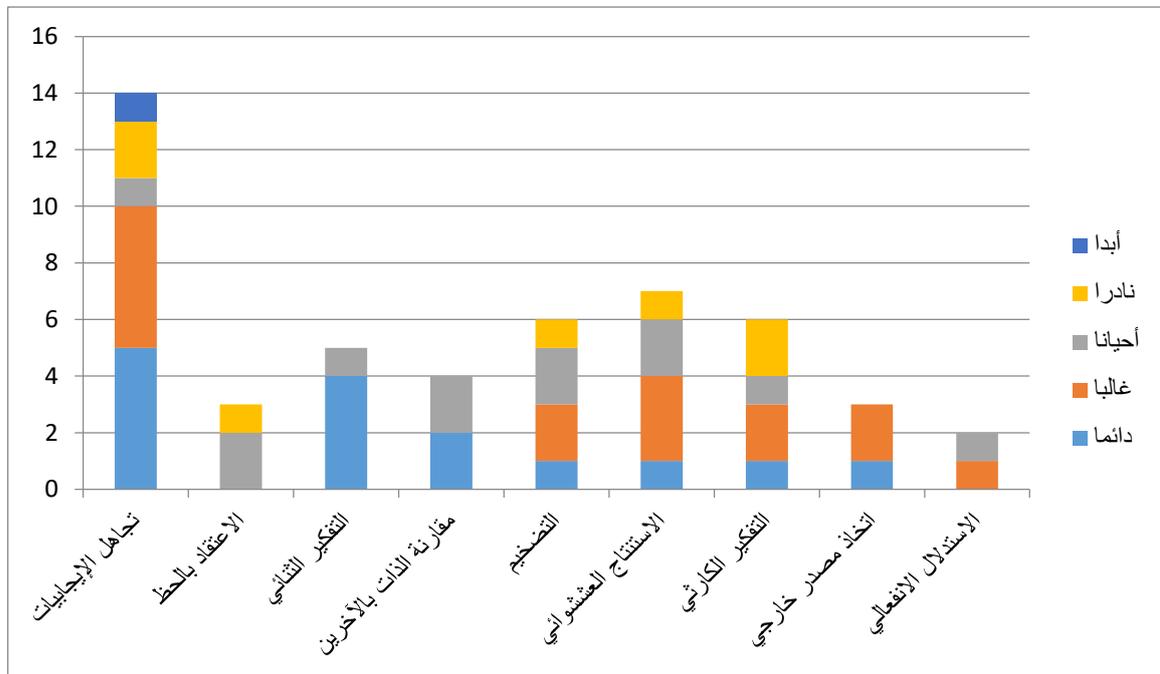
			X		أتحيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي.	31
				X	أحتاج إلى كثير من الثناء من الآخرين حتى أشعر بالرضا عن نفسي.	32
				X	في رأيي، إن الأمور إما سوداء أو بيضاء، ولا توجد مناطق رمادية.	33
			X		أقوم عادة بإصدار أحكام دون التحقق من جيع العطيات والأدلة.	34
		X			يقول الناس عني أشياء جميلة لأنهم يريدون شيئاً مني أو لأنهم يحاولون مجاملتي.	35
			X		أجد أنني في كثير من الأحيان بحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين لأحصل على الشعور بالراحة عن نفسي.	36
	X				أقفز إلى الاستنتاجات دون الأخذ في الاعتبار وجهات نظر أخرى.	37
				X	أرى أن حياتي ستكون إما رائعة أو فظيعة ولا شيء غير ذلك.	38
		X			ألقب نفسي بألقاب سلبية.	39
				X	أجد نفسي أتحمل اللوم على كثير من الأشياء.	40
	X				أميل إلى التركيز على الجانب المظلم للأشياء.	41
				X	تخلو حياتي من الأحداث من الأحداث السلبية.	42
			X		توقعاتي السلبية عادة ما تحقق.	43

					44	أعتمد على مشاعري في تقدير الأمور وتوقع النتائج.
				X	45	عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع و لا أستطيع احتماله.
				X	46	لدي القدرة على استشعار الأخطار وغالبا ما يحدث ذلك.
				X	47	أرى أن حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة بالضرورة.
				X	48	عندما أقارن نفسي بالآخرين، أرى بأنني أقل منهم شأنًا.
				X	49	أضع نفسي في مرتبة متدنية مقارنة بالآخرين.
				X	50	أرى أن الأشياء إما تسير بطريقة خاطئة أو بطريقة صحيحة و لا يوجد احتمال آخر.
				X	51	أخذ قراراتي بناء على مشاعري الداخلية.
				X	52	أضخم الأمور بشكل غير مناسب.

من خلال الجدول نلاحظ أن الدرجة الكلية للمقياس تقدر ب 197 درجة، هذا يعني أن للحالة مستوى عال من التشوهات المعرفية، فأغلب إجابات البعد الأول كانت جلها لصاح البديل "دائما" فالحالة هنا تتجاهل كل الايجابيات وتركز على النقائص في حياتها، أما البعد الثاني فالحالة في أحيان كثيرة تتوقع الأسوء وتعتقد بسوء الحظ لديها هذا ما عكسته النتائج المبينة لذلك، أما بعد التفكير الثنائي لاحظنا التصلب وعدم المرونة من خلال الاجابات المتقاربة للبدائل "دائما، غالبا، أحيانا"، نلاحظ كذلك عدم تقدير الذات في بعد مقارنة الذات بالآخرين حيث كانت الاجابات "دائما" ما تقلد الآخرين وتقرن إنجازاتها معهم، أما بعد التضخيم فكانت النتائج

أثما غالبا وفي أحيان كثيرة ما تضخم الأمور حتى الصغيرة منها، وبالنسبة لبعدها الاستنتاج العشوائي فكانت معظم الاجابات على البنود للبديل "غالبا" التي تدل تؤكد أن الحالة متسارعة في الاستنتاجات دون التفكير مليا في الأمور، كذلك بعد التفكير الكارثي الذي تعكس لنا إجاباته أن الحالة في غالب متشائمة ولديها ميل إلى سلبية التفكير نحو الحياة، وأخيرا البعدين اتخاذ مصدر الخارجي الذي كانت نتائجه دالة أن الحالة تحتاج أن يعترف بها الآخرون، وبعدها الاستدلال الانفعالي الذي يؤكد لنا لجوء الحالة إلى مشاعرها في تقدير الأمور وتوقع النتائج مستقبلا، والشكل التالي يوضح ماسبق ذكره.

الشكل (04) يوضح أعمدة بيانية لنتائج قياس التشوهات المعرفية بالنسبة للحالة الثانية



الجدول (07) يبين نتائج تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري:

الأبعاد	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	المجموع
الإجابة	4	3	3	3	4	4	3	3	3	2	32

من خلال الجدول نلاحظ أن الدرجة الكلية للمقياس تقدر بـ 32 درجة، ما يدل على أن الحالة تعاني من وسواس قهري شديد حسب سلم تصحيح المقياس المطبق، فمن خلال اختيارها للأبعاد نلاحظ تساوي في البعد

رقم (01) أي مقدار الوقت الذي تستغرقه في الأفكار الوسواسية، والبعد رقم (06) في مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بأفعال قهرية، هذا يعني أن سيطرة الأفكار الوسواسية عليها لساعات طويلة أدت بها إلى الفعل القهري للتخفيف من شدة القلق والتوتر الناتج عن التفكير السلبي، كما جاء في تفسير النظرية السلوكية للفعل القهري أنه سلوك يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي، وتخفيف القلق بهذه الطريقة يعزز السلوك القهري ويثبته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما.

كما نجد في إجابتها تساوي في البعد (02) في مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتها الاجتماعية والعملية، والبعد رقم (03) في مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية، والبعد رقم (07) و(08) و(09) في مقدار التعارض للأفعال القهرية على النشاطات الاجتماعية والعملية أيضا، والقلق التوتر المصاحبان للفعل القهري، ومقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية، فإجابتها على الأبعاد كانت إجابات مترجمة لسلوكياتها وأفكارها لأن الصدمة التي تلقتها بعد حادثة الاغتصاب ولدت لها تشوه في الأفكار وأصبحت تسقط الحادثة على كل الرجال وجعلها ذلك تكره زوجها وابنتها كميكانيزم دفاعي، فأثرت على حالتها النفسية و على مسارها العائلي.

4-2: تحليل الحالة:

من خلال تحليل المقابلة نجد أن الحالة (ب.ش)، تعرضت لصدمة اغتصاب من طرف عمها مع اعتداء بالضرب والتعنيف في سن الخامسة، تأثرت الحالة كثيرا وأصبح الجهاز النفسي مستعدا للإصابة بالمعاناة والاضطرابات عاشت طفولة غير مستقرة، فاقدة للعطف والاهتمام، علاقتها مع الأم متوترة، لأنها لم تصدقها ولم تقدم لها المساندة والدعم النفسي ولا السند العاطفي، تزوجت الحالة في سن 17 مكرهة، تسقط كل مشاعر الكراهية والمقت على الرجال، حتى أنها لم تتقبل ابنتها وأرادت إجهاضها ثم أخيرا أعطتها لأهلها ليربوها، لديها أفكار تسلطية تترجم على أشكال النظافة تقول: " لوكان نشوف طاشة فالحيط نغسله قاع مشي غير ديك الطاشة برك"، أفكار مشوهة، عدم الثقة بالنفس تقول " أنا ما عندي حتى فايده، والناس قاع تطمع فيا، نمد روجي وخلص نركب فلوطو ونحكي فالتلفون عادي"، تعاني من انعدام الأمن النفسي وتولد لديها إحساس بالذنب حول ما تقوم به تقول " صح راني عارفة روجي غالطة كي نرجع بيني بين روجي نحسها خيانة بصح ماشي بيدي وراني حاسة ربي راه يعاقب فيا علايها حكمني هذا الوسواس"، ما جعل من الحالة في وضعية صعبة وعدم تحملها لمتاعب الحياة دخولها في حالة من الاكتئاب.

5- 2: استنتاج عام حول الحالة:

من خلال مجموع المقابلات والملاحظة الدقيقة مع الحالة وقيامنا بتطبيق مقياس التشوهات المعرفية لـ Yrica & Ditomasso, 2001 المكيف من طرف الباحثة ياسمين أبوهلال، ومقياس الوسواس القهري لـ Yale-Brown" تبين لنا أن الحالة تعاني من مستوى تشوهات معرفية مرتفع قدر بـ 197 درجة نتيجة الخبرات السابقة في الطفولة مع تسلط أفكار اللامنطقية السلبية عن نفسها وعن الآخرين، ودخولها في حالة من الاكتئاب والميل إلى الشعور بالذنب ومشاعر اليأس والتشاؤم الذي انعكس في ظهور أفعال قهرية المتمثلة في الاهتمام بأدق التفاصيل والإفراط الشديد في العمل والتنظيف، حيث أظهر مقياس الوسواس القهري أن شدة الأعراض لدى الحالة جد مرتفعة فكانت النتيجة الظاهرة 32 درجة.

2- مناقشة وتفسير النتائج الكلية للدراسة:

مناقشة فرضية الدراسة: والتي تنص على: تساهم التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري.

بعد عرض نتائج فرضية الدراسة تبين لنا ما يلي:

للتشوهات المعرفية دور في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، وهذا ما جسده فرضية الدراسة، ولقد تم التحقق من ذلك من خلال تطبيق مقياسي التشوهات المعرفية Yurica & Ditomasso, 2001 المكيف من طرف الباحثة "ياسمين أبوهلال" ومقياس الوسواس القهري Yale-Brown 1989، وعرض محتوى المقابلات والملاحظة العيادية مع الحالتين، وكذلك النتائج المتحصل عليها من المقياسين السابق ذكرهما يمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء الأطر النظرية، ونتائج الدراسات السابقة فتشير النماذج المعرفية أن كل فرد خلال مراحل حياته الأولى وحسب التجارب المعاشة يكون استراتيجيات يقوم من خلالها بالتعامل مع المعلومات القادمة من المحيط الخارجي عبر الحواس وردود الفعل الموجهة منه تجاه العالم الخارجي وهي بذلك عبارة عن عملية تكيف إلا أنه تختلف التفاعلات مع الأحداث المعاشة وفقا لمعانيها لديهم، فالأشخاص الذين مروا بخبرات سابقة مؤلمة في الطفولة والمراهقة أو تعرضوا لضغوطات نفسية متكررة، تتكون لديهم خلفية مضطربة تتسم بأفكار غير صحيحة ومتكيفة تجعلهم يدركون الأمور وقيمونها بشكل خاطئ تكون سببا لاتخاذ مواقف سلبية في الواقع وهي ما تعرف بالتشوهات المعرفية، فالمشاعر السلبية الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية تخلق سلوكيات غير توافقية وبالتالي تولد استعداد للإصابة باضطرابات نفسية عديدة منها الوسواس القهري، وتشير النماذج المعرفية إلى أن نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري تعود إلى الأفكار التي ترد إلى أذهاننا على نحو متصل وبشكل مقتحم دون اختيار أو توجيه منا، وتتسم بأنها أفكار غير مرغوبة تمر سريعا إذا لم يلتفت إليها الفرد، لكنه إذا أضفى عليها معاني مقلقة وفسرها تفسيرا سلبيا، تحولت من مجرد أفكار عابرة إلى أفكار سلبية مقلقة ومقتحمة ومتكررة ومسببة للكرب و الضيق، بالإضافة إلى السلبية التي تتميز بها التشوهات المعرفية كالتفكير الكارثي والتفسيرات الشخصية في ما حدث ، وهذا ما نلاحظه في خصائص أعراض الوسواس القهري أيضا، ومثال على ذلك أن الوسواسي يهول ويبالغ في خوفه بسبب اعتقاده أنه في خطر أو أنه مهدد بالمرض والوباء كما هو في حالة وسواس النظافة هذا من ناحية الخصائص السلبية للتشوهات المعرفية وتشابها مع خصائص اضطراب الوسواس القهري، أما إذا فسرنا هذه العلاقة بمحتوى الفكرة اللاعقلانية في حد ذاتها مستعينين ببعض الأنواع التي حددها إيليس Ellis مع مقارنتها بأمثلة عن بعض الأفكار الوسواسية التي يعيشها الوسواسي، نلاحظ توافق وتشابه بينهما

كأنه أسلوب تفكير متداخل بين الأفكار اللاعقلانية والأفكار الوسواسية، ففي دراسة قام بها مور وسامر 2014 على عينة من المراهقين في إنكلترا بلغت (219) مراهقًا ومراهقة، هدفت إلى معرفة العلاقة بين التشوهات المعرفية واضطراب الوسواس القهري، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي حيث قام الباحثان بإعداد مقياس التشوهات المعرفية ومقياس اضطراب الوسواس القهري، وأشارت النتائج أنه توجد علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية واضطراب الوسواس القهري، كما تؤكد تأثير هذه التشوهات المعرفية في ظهور عدة اضطرابات نفسية أخرى، هذا ما لاحظناه على حالات الدراسة من النتائج المرتفعة المتحصل عليها في مقياس التشوهات المعرفية ومن خلال الرجوع إلى خلفية الطفولة المعاشة، فالتربية الصارمة من طرف الأم عند الحالة الأولى وصدمة الاغتصاب والتعنيف والقسوة الوالدية للحالة الثانية كان لها دور في إحداث تشوه معرفي لذيها يرافقه اضطراب الوسواس القهري، ضف إلى ذلك الأعراض النفسية والجسدية التي تظهر في عدم تقبل الذات والانطوائية الاكتئاب، الخوف، القلق والتوتر الدائمين ومشاعر الذنب، الإحباط والتشاؤمية بخصوص المستقبل، وهو ما أكدته دراسة الغني وآخرون 2011 التي أجريت على عينة من المراهقين في ماليزيا بلغت (119) مراهقًا ومراهقة الموجودين في مراكز التأهيل، هدفت لمعرفة العلاقة بين التشويه المعرفي والاكتئاب والوسواس القهري، وتم استخدام ثلاث أدوات هي: مقياس التشويه المعرفي الذاتي CSD وقائمة بيك للاكتئاب BDI، ومقياس الوسواس القهري YLB، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي بين التشويه المعرفي والاكتئاب والوسواس القهري. كما يمكن أن تؤدي هذه التشوهات المعرفية إلى زيادة شعور هؤلاء المراهقين بالقلق وعدم الراحة.

وكذلك عدم القدرة على التفكير واتخاذ القرارات السليمة فحسب ما جاءت به الدراستين دراسة باست وكوز وآخرون 2016، التي هدفت إلى المقارنة بين المرونة المعرفية والقدرة على التخطيط لدى مجموعة من مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية ومجموعة من مرضى اضطراب وسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من (20) فردا من مرضى اضطراب الوسواس القهري، و(25) فردا من مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، تم تشخيصهم في العيادات الخارجية طهران، كما تم تحديد (25) فردا من المجتمع المحلي كمجموعة ضابطة، أسفرت النتائج إلى أن أداء الأفراد ضمن مجموعة الشخصية الوسواسية القهرية ومجموعة الوسواس القهري على متغيري المرونة المعرفية والقدرة على التخطيط كان أقل بشكل إحصائي من أداء الأفراد ضمن المجموعة الضابطة، كما تبين أيضا دراسة فاينبرج وزملائه 2015 التي هدفت إلى استكشاف الجوانب المعرفية المرتبطة باضطراب وسواس القهري، تم اختيار (21) فردا ممن انطبقت عليهم المحكات التشخيصية تم مقارنتهم بمجموعة

أخرى مكونة من (15) فرداً لم تنطبق عليهم المحكات، أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في عدم المرونة المعرفية، والقدرة على اتخاذ القرار لدى الأفراد الذين لديهم أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وهذا بالإضافة إلى اضطرابات الحاجة (النوم والغذاء)، فالحالتين تشكيتان من الأرق وانقطاع الشهية بسبب التفكير الدائم، كذلك التحركات الكثيرة والطقوس المعتادة مثل استعمال المناديل بكثرة ومراقبة الوقت، التنظيف والاستحمام بشكل متكرر، وقد فسرت النظرية المعرفية ذلك أن الأفكار المقتحمة، والتي بدورها تؤدي إلى تصعيد تكرارها وشدتها، هو وجود تشوهات معرفية والسبب في تفاقم هذه الأفكار وتصعيد شدتها هو آلية كبحها، وما يترتب على هذه الآلية من نتائج معاكسة لما تهدف إليه، فبدلاً من العمل على تخفيض شدتها وتكرارها، فإنها تعمل عكس ذلك مع رفع معدلات الضيق والقلق وأن اعتقاد الفرد السلبي حول أفكاره المقتحمة ومدى أهميتها ومحاولة السيطرة عليها، والمبالغة في تقدير احتمالات حدوث عواقب وخيمة عنها، ودرجة المسؤولية التي يجب تحملها لتجنب حدوث تلك العواقب له وللآخرين، وعدم تحمل الكرب النفسي الناجم عنها، كلها تشوهات معرفية يتبناها مرضى الوسواس القهري، وهو ما أكدته دراسة تولين وآخرون التي هدفت التعرف على العلاقة بين المعتقدات الوسواسية واستخدام خطط السيطرة على الأفكار على عينة بلغت (77) مريضاً بالوسواس القهري (35) فرداً كعينة ضابطة، وقد طبق عليهم اختبار المعتقدات الوسواسية، واختبار السيطرة على الأفكار أسفرت النتائج إلى أن المعتقدات حول أهمية الفكرة والسيطرة على الأفكار عبرت عن العلاقة بين مرض الوسواس القهري واستخدام العقاب كخطة للسيطرة على الأفكار، بالإضافة إلى توفير الاعتقاد بأفكارهم المقتحمة بأن لها أهمية خاصة والشعور بالحاجة إلى السيطرة عليها، والإفراط في استخدام السيطرة على الأفكار، وتبدو هذه النتيجة منطقية إذ أن الشعور بالذنب عند حالات الدراسة يرتبط بلوم الذات وعدم تقديرها ومعاقبتها باجترار الأفكار المولدة للقلق والتوتر النفسي.

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول أن فرضية الدراسة قد تحققت حيث تبين أن للتشوهات المعرفية أثر في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، وذلك يتفق مع أن الوسواس القهري أكثر ارتباطاً من الناحية العقلية الفكرية للتشوهات المعرفية، التي تكون مكون أساسياً في ظهور أفعال قهرية للتخفيف من مشاعر القلق .

3- استنتاج عام للدراسة:

من خلال هذه الدراسة التي تم القيام بها من جانبها النظري والتطبيقي يتضح أن الأفراد على اختلاف حالتهم لديهم معالجات قد تكون سليمة أو خاطئة، أي أنه يمتلك مجموعة من الأفكار التي تكون إيجابية أو سلبية عن الأحداث التي يمر بها ومن ثم كيفية بناء معتقدات وأفكار اتجاهها، إذ تبدأ القيم والمعتقدات والاتجاهات للمخططات المعرفية لديه بالتكون منذ الطفولة من خلال تأثير الوالدين بشكل خاص والمحيطين به، والتفاعل مع البيئة المحيطة فإذا كانت البيئة إيجابية ومنطقية في التفكير كانت المخططات المعرفية لديه خالية من التشوهات المعرفية والعكس صحيح.

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية التي تمحورت حول تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، وقد كانت الدراسة على حالتين (إناث)، تم اختيارهم بطريقة قصدية عشوائية حيث استهدفنا حالات يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وكان الهدف من هذه الدراسة الكشف عن تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري لدى حالات الدراسة، وذلك بتطبيق المنهج العيادي وتطبيق مقياس التشوهات المعرفية المكيف للباحثة ياسمين أبوهلال، ومقياس الوسواس القهري لـ بيل براون، وبعد عرض وتحليل نتائج الدراسة توصلنا إلى ما يلي:

- تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري.

ومن خلال هذه النتائج يمكن القول أن للتشوهات المعرفية أثر في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري كما وتبين أن هاته الفئة من الحالات هي فئة مهمة وحساسة في المجتمع، ويجب الاهتمام بها من خلال الحرص على التخفيف من الضغوطات التي يتعرضون إليها، وإعداد برامج علاجية خاصة بهم، وتدريبهم على تقنيات معرفية من أجل تحسين أدائهم.

خاتمة

من المعلوم أن أفكار الأفراد هي ما يشكل نواتج ادراكية عن المواقف، أي أنهم يشكلون صورة عن الأشياء وليس أفكار عن حقيقة المواقف نفسها، فتنقسم الأفكار إلى أفكار سوية وأخرى غير سوية وهذه التي تنشئ تشوهات معرفية وتظهر على شكل أفكار اللامنطقية لدى الأفراد ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري، يجعلهم يفسرون الواقع بصورة غير دقيقة ويشعرون بصورة سلبية وبطريقة لا تنسجم مع الاحداث الواقعية، إذ تعد الأفكار التي يكونها الفرد عن ذاته وعن العالم والمستقبل الأساس في سلوكه وتصرفاته، فإذا كانت الأفكار التي يحملها مبالغ فيها أو متطرفة فإن سلوكه وتصرفاته تكون غير متوازنة إذ تعمل الأفكار المشوهة كقوة داخلية تضخم السلبيات وتتغاضى عن الإيجابيات، وهي عادة ما تشوه جميع خبرات الفرد في اتجاه سلبي وتصل به إلى استنتاجات خاطئة مبنية على مقدمات محرفة.

ومن بين الأسباب التي دفعتنا لإنجاز هذه الدراسة أن الاضطرابات التي يعانها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه، وإن الأعراض السلوكية والانفعالية هي سبب ما يعتقد الفرد من أفكار واعتقادات مشوهة، كما أن الاضطراب لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد، منها ما يؤدي به إلى اضطرابات نفسية كالوسواس القهري، فهذا الأخير يكمن في الأفكار المقتحمة الغير مرغوبة وغير المقبولة، تشبه بالشكل والمضمون الوسواس المرضية، حيث تكمن أهمية هذه الدراسة في التوعية وكذا التحسيس بانعكاسات الضغوط النفسية على الفرد، وأن موضوع التشوهات المعرفية يحتاج للدراسة وأنه جدير بالاهتمام لتأثيره على الفرد وعلى المجتمع.

وتعتبر الدراسة الحالية من بين الدراسات المهمة، لأنها من المواضيع العلمية ودراسة واقعية في المجتمع، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تبيان تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، بحيث كشفت النتائج أنه كلما كانت التشوهات المعرفية للفرد بمستوى عال، زادت قابلية ظهور أعراض الوسواس القهري.

التوصيات و الاقتراحات:

استنادا لما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية لوحظ أن هناك بعض النقائص التي يجب أن تلازم هذه الفئة المهمة في المجتمع، وهذا من خلال تلخيص مجموعة من التوصيات والاقتراحات المرتبطة بالتشوهات المعرفية لدى الأفراد وتأثيرها في ظهور الوسواس القهري، والمتمثلة في اجراء:

- ✓ محاولة الاهتمام بالجانب النفسي لمن يعانون من اضطراب الوسواس القهري و تقديم الدعم النفسي لهم.
- ✓ ينبغي العناية اللازمة والتوصية من وزارة الصحة لهذه الفئة، وكذلك دور الأخصائي النفسي من خلال مساعدتهم على التخفيف من حدة أعراض الاضطراب.
- ✓ القيام ببرامج علاجية للتخفيف من أعراض الوسواس القهري، وكذا تعديل التشوهات المعرفية.
- ✓ ينبغي إجراء برامج ارشادية تهدف إلى تحسين الرفاهية النفسية، وخاصة مجالات الاستقلال الذاتي ونمو الشخصية لدى الأفراد، خاصة من ذوي المؤهل العلمي المنخفض.
- ✓ إجراء دراسات تستهدف إعداد برامج علاجية نفسية من شأنها أن تساهم في الحد من التشوهات المعرفية والوسواس القري نظرا لما يتركه هذين المتغيرين من تأثيرات سلبية على الأفراد، والتدريب على مختلف المهارات وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وبالتالي التقليل من مستوى التشوهات المعرفية والأعراض النفسية المصاحبة.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- 1- إبراهيم الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث وميادين تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع، د.ب.
- 2- إبراهيم عبد الستار (1980): العلاج النفسي الحديث قوة الانسان، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 3- أبو أسعد أحمد، عربيات أحمد (2009): نظريات الارشاد النفسي والتربوي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 4- أبو أسعد، عربيات أحمد (2009): نظريات الارشاد النفسي والتربوي، ط1، دار المسيرة، الأردن.
- 5- أبو هندي وائل (2003): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، عالم المعرفة، الكويت.
- 6- أبو هندي وائل (2003): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- 7- أبو هلال ياسمين (2018): التشوهات المعرفية وتقدير الذات وعلاقتها بالتسامح والسعادة لدى الراشدين والمسنين في محافظة نابلس، أطروحة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي، كلية الدراسات العليا جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
- 8- الأقرع مصطفى راغب (2008): سيكولوجية الاحتراق النفسي في العمل دراسة في علاقة الاحتراق النفسي بضغط العمل والتشوهات المعرفية والذكاء الوجداني، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، قسم علم النفس، مصر.
- 9- باديسكي كريستن، رنير دينسيس (2001): العقل فوق العاطفة، المكتب الإسلامي، لبنان.
- 10- بدوي ممدوح (2019): تعديل التشوهات المعرفية وأثره على قلق الاجتماعي لدى طلاب كلية الاعلام بجامعة الأزهر، مجلة كلية التربية، د ب.
- 11- البشر سعاد (2007): كيف تتخلص من الوسواس القهري، غراس للنشر، ط1، الكويت.

- 12- بن زينب خالدية، ضبيان فاطمة (2020): دور تقنية الاسترخاء العضلي في التخفيف من قلق الامتحان لدى التلاميذ المقبلين على امتحان شهادة التعليم المتوسط، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي، جامعة ابن خلدون، تيارت.
- 13- بيك آرون (1989)، العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة حسن عبد المعطي، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 14- بيك آرون، ترجمة عادل مصطفى (2000): العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- 15- بيك آرون، جوديث (1995): العلاج المعرفي الأس والأبعاد، ترجمة طلعت مطر، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة.
- 16- جبل فوزي (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الاسكندرية.
- 17- جواد سالم مها (2019): الاستقواء وعلاقته بالتشوهات المعرفية لدى المراهقين في مدارس الثانوية مجلة كلية التربية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 43، جامعة بابل.
- 18- حجار محمد (1992): العلاج النفسي الحديث لاضطراب الوسواس القهري، ط1، دار طلاس للدراسات والترجمة، د ب.
- 19- حسين طه عبد العظيم (2007): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية.
- 20- حسين طه عبد العظيم (2008): استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
- 21- حلس موسى، مهدي ناصر (2010) ك دور وسائل الاعلام في تشكيل الوعي لدى الشباب الفلسطيني دراسة ميدانية على عينة من طلاب كلية الآداب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر مصر.
- 22- حمدي نزيه عبد القادر (2010): الارشاد والتوجيه في مراحل العمر، جامعة القدس المفتوحة، عمان.

- 23- الخالدي أديب محمد (2006): الصحة النفسية نظرية جديدة، دار وائل، ط1، عمان.
- 24- دليل إيمان (2015): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة ميدانية، مذكرة تخرج ماستر، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 25- الراغبي أحمد محمد (2002): الارشاد النفسي نظرياته واتجاهاته ومجالاته، دار زهران للنشر والتوزيع عمان.
- 26- رسلان سماح (2011): التشوهات المعرفية وعلاقتها بالتفكير الإنحراقي لدى طلاب كلية التربية، مجلة القراءة والمعرفة، العدد 41، مصر.
- 27- زروق كنزة (2017): المخططات المعرفية غير المكيفة لاضطراب الوسواس القهري، مذكرة ماستر علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
- 28- زهران حامد عبد السالم (1978): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- 29- زينب عبد الكريم قاسم العلوي (2013): التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاكئاب والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة المرحلة الاعدادية، أطروحة ماجستير، آداب علم النفس التربوي، كلية التربية للعلوم الانسانية جامعة كربلاء.
- 30- سالم الشريف محمد (2003): الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، فلوكانو للطباعة الاسكندرية.
- 40- سالم محمد شرف (2003): الوسواس القهري، مكتبة دار العقيد أزهر، القاهرة.
- 41- سديني جوارد (1958): الشخصية بين الصحة والمرض التكيف الشخصي، ترجمة الفقي حسن وخير الله سيد 1973، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة.
- 42- سعفان محمد أحمد (1996): فاعلية برنامج علاجي يتكون من مادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوسواس والأفعال القهرية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 21، مصر.
- 43- السقا صباح (2009): العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، محاضرة علمية، مستشفى البشر للأمراض النفسية العصبية.

- 44- سليمان مطيع رثيف (2001): الأمراض النفسية المعاصرة، ط1، دار النفائس، بيروت.
- 45- الشتاوي محمد (1995): نظريات الارشاد العلاجي والنفسي، دار الغريب، القاهرة.
- 46- شلي محمد أحمد، الدسوقي محمد إبراهيم، زيزى السيد ابراهيم (2014): تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM4 و DSM5، مكتبة أنجلو المصرية، ط1، القاهرة.
- 47- شلتز محمد احمد (1983): نظريات الشخصية، ترجمة حمد دالي الكربولي وعبد الرحمان القيسي، مطالع التعليم العالي، بغداد.
- 48- الشناوي محمد محروس، عبد الرحمان محمد (1998): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار القباء، القاهرة.
- 49- صباح عبد الرحمان أحمد زنين (2021): التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاتجاهات نحو الزواج والرفاهية النفسية وفقا للحالات الزوجية في محافظات شمال الضفة الغربية، أطروحة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- 50- صلاح الدين لمياء (2015): مقياس التشوهات المعرفية للشباب الجامعي، مجلة الارشاد النفسي العدد 41، مصر.
- 51- طموني محمود أحمد عبد الرحمان (2019): فاعلية برنامج إرشادي معرفي في خفض التشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، أطروحة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي، جامعة القدس المفتوحة فلسطين.
- 52- عادل عبد الله (1999): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.
- 53- العادلي رهبة، عباش القريشي (2016): التشوهات المعرفية لدى طلبة المرحلة المتوسطة، مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد 22، العدد 92، د ب.
- 54- عبارة هاني، رحال ماريو، موسى أحمد (2018): التشوهات المعرفية وعلاقتها بظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقين، مجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 14، العدد 4، الأردن.

- 55- عبد الخالق أحمد محمد (2002): الوسواس القهري التشخيص والعلاج، مكتبة الكويت الوطنية، ط1 الكويت.
- 56- عبد العزيز مفتاح محمد (2001): علم النفس العلاجي واتجاهات حديثة، دار القباء، القاهرة.
- 57- عبد القوي مروة (2011): التوجه العدمي لدى طلاب الجامعة وعلاقته بكل من التشوه المعرفي والقلق الوجودي، أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.
- 58- عبد الله محمد قاسم (2012): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون عمان.
- 59- عزت جودت عبد الهادي (1999): مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، مكتبة القافة للنشر والتوزيع، الأردن.
- 60- عكاشة أحمد (2003): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة.
- 61- علوي إسماعيل، زعبوش بنعيسى (2009): العلاج النفسي المعرفي، ط1، دار عالم الكتب الحديث الأردن.
- 62- علي مهدي كاظم، تغريد بنت تركي آل سعيد (2013): الوسواس القهري لدى الأطفال و المراهقين العمانيين، مجلة الطفولة العربية، العدد36، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة سلطان قابوس، عمان.
- 63- عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات (2016): مناهج البحث العلمي، ط6، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 64- عمراني إيمان أحلام، نقار أم كلثوم (2017): فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للتخفيف من حدة الوسواس القهري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس الاكلينيكي، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون، تيارت.
- 65- فايد حسين (2001): الاضطرابات السلوكية تشخيصها، أسبابها وعلاجها، ط1، د ب.
- 66- الفقي إبراهيم (2009): حياة بلا توتر دليلك إلى السعادة، ابداع للإعلام والنشر، القاهرة.
- 67- القائي علي (1996): الوسواس و الهواجس النفسية، ط1، دار النبلاء، لبنان.

- 68- كحلي ألفت (1998): العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب، دار أيتارك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 69- كوروين بيرني، رودل بيتر، بالمر ستيفن (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة: محمود مصطفى، دار أيتارك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 70- كوروين بيرني، رودل بيتر، بالمر ستيفن (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة محمود عيد مصطفى، سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر، ط1، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- 71- لهي روبرت (2006): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، ط1، دار الارشاد، القاهرة.
- 72- محمد شريف سالم (1986): الوسواس القهري، توزيع مكتبة دار العقيدة الأزهر، القاهرة.
- 73- مختار نحلة، السعداوي أحمد سلطان (2014): التشوه الإدراكي وعلاقته بأساليب التعلم وعوامل الشخصية الخمسة الكبرى لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة الأستاذ، مجلد2، عدد211، د ب.
- 74- معجم اللغة العربية المعجم الوسيط (1406هـ): إدارة احياء التراث الاسلامي، قطر.
- 75- مقدادي مؤيد، الشواشرة عمر (2020): العلاقة بين أعراض الشخصية الوسواسية القهرية و التشوهات المعرفية لدى طلبة اليرموك، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، م28، العدد5، عمان.
- 76- نجلاء عبد الحميد يوسف (2014): الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات، المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي المجلد2، العدد3، الكويت.
- 77- هادي بن ظافر، صبغة بنت أحمد محمد مذكور (2021): التشوهات المعرفية وعلاقتها بإدمان الأنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة الارشاد النفسي، العدد15، د ب.
- 78- هاييل نادية (1998): كيف نعرف التفكير، ط1، دار الفكر، الأردن.
- 79- الهويش ربما (2016): الأحكام التلقائية عن الذات والعدوان والعدائية لدى عينة من النساء المعنفات وغير المعنفات بمحافظة جدة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.

80- وفاء رشاد الراوي (2021): التشوهات المعرفية وعلاقتها بالصمود الأكاديمي والهناء النفسي لدى طالبات كلية التربية للطفولة المبكرة، المجلة العلمية لكلية رياض الاطفال، جامعة بورسعيد، العدد 18، د ب.

81- يوسف الخياط، نديم مرعشلي، ابن منظور (1981): لسان العرب، ج4، دار المعارف، القاهرة.

82- APA (2013): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition**, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

الملاحق

الملحق رقم (01) يوضح مقياس التشوهات المعرفية المكيف لـ (ياسمسن أبو هلال)

تحية طيبة إلى السيد (ة) الكريم (ة)

نحن في إطار إنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي بعنوان:

"تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري" ، ذلك ما يستدعي تطبيق هذا المقياس الذي يتضمن مجموعة من العبارات حول ما تفكر أو تشعر به في مواقف معينة، علما بأن مشاعر كل شخص تختلف عن مشاعر الآخر، لذا فإنه ليس هناك إجابات صحيحة وإجابات خاطئة لأن كل إجابة تعبر عن مشاعرك وأحاسيسك الخاصة بك.

ومن المؤكد أن المعلومات التي تجمع من استجابتك لهذا المقياس ما هي إلا لأغراض البحث العلمي فقط لا يطلع عليها أحد غير الباحثين.

التعليمية:

المطلوب منك (ي) قراءة كل عبارة ثم التأشير عليها بوضع علامة (x) أمام كل الاختيار المناسب لك بصدق وصراحة والرجاء ألا تترك أي عبارة دون إجابة.

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارات	الرقم
					أحتاج إلى مدح الآخرين لي كي أشعر أنني ذو قيمة	01
					أشعر كأنني أعلم الغيب، وأتوقع الأشياء السيئة التي سوف تحدث لي	02
					أعتقد أن الآخرين يفكرون بي بطريقة سيئة	03
					أميل إلى استبعاد الأشياء الجيدة في شخصيتي	04
					أنا شخص إما أن يحب الناس أو يكرهه و ليس هناك شيء في المنتصف بين الحب والكرهية بالنسبة لي	05
					أقارن نفسي بالآخرين في جميع الأوقات	06
					أميل إلى تضخيم الأمور في الحياة أكثر من أهميتها الحقيقية	07
					أميل إلى توقع الأحداث السلبية في حياتي	08
					ما يعتقد الآخرون عني أكثر أهمية مما أعتقده عن نفسي	09
					أخذ قراراتي بناء على مشاعري دون تفكير بتبعات هذه القرارات	10
					أتوصل إلى الاستنتاجات دون أن أنظر بعناية إلى التفاصيل اللازمة	11
					إذا تطورات مشكلة في حياتي، فهذا يشير إلى أن حياتي عرضة للمشاكل باستمرار	12
					أنا في حاجة الآخرين للاعتراف بي، لأشعر أنني في حالة	13

					جيدة	
					أعتقد أن الناس يرونني بطريقة سلبية، حتى بدون أن أسألهم أو أستوضح آرائهم بخصوصي	14
					أقوم بفعل الأشياء كما يفعلها الآخرون بالضبط	15
					أحمل نفسي مسؤولية الأشياء الخارجة عن سيطرتي	16
					أميل إلى إنكار الصفات الإيجابية التي أمتلكها	17
					أرى أن الأمور جميعها في العال تسير إما بشكل صحيح أو أنها جميعها تسير بشكل خاطئ	18
					أميل إلى انتقاء التفاصيل السلبية في المواقف وأركز عليها	19
					أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث السلبية	20
					أتوقع أن الأمور سوف تسوء في أي موقف أواجه	21
					أقلل من أهمية إنجازاتي الشخصية	22
					أدعو نفسي بألقاب سلبية	23
					أميل إلى تضخيم قيمة الأشياء رغم أنها لا تستحق	24
					معظم الناس أفضل مني في كثير من الأشياء	25
					أميل إلى المبالغة في أهمية الأحداث حتى الصغيرة منها	26
					عندما يتم تغيير الأنظمة أو القوانين في المكان الذي أعمل فيه أو أتواجد فيه فهذا التغيير يعود إلى أشياء أقتربها	27

					عندما اواجه العديد من النتائج المحتملة، فإنني اميل إلى التفكير أن الأسوأ سيحدث	28
					بالمقارنة مع أشخاص آخرين مثلي، أجد نفسي أقل قيمة منه	29
					أعتقد أن توقعاتي السلبية حول مستقبلي ستتحقق.	30
					أتخيل عادة عواقب وخيمة ستحدث بسبب أخطائي.	31
					أحتاج إلى كثير من الثناء من الآخرين حتى أشعر بالرضا عن نفسي.	32
					في رأيي، إن الأمور إما سوداء أو بيضاء، ولا توجد مناطق رمادية.	33
					أقوم عادة بإصدار أحكام دون التحقق من جيع العطيات والأدلة.	34
					يقول الناس عني أشياء جميلة لأنهم يريدون شيئاً مني أو لأنهم يحاولون مجاملتي.	35
					أجد أنني في كثير من الأحيان بحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين لأحصل على الشعور بالراحة عن نفسي.	36
					أقفز إلى الاستنتاجات دون الأخذ في الاعتبار وجهات نظر أخرى.	37
					أرى أن حياتي ستكون إما رائعة أو فظيعة ولا شيء غير ذلك.	38

					ألقب نفسي بألقاب سلبية.	39
					أجد نفسي أتحمل اللوم على كثير من الأشياء.	40
					أميل إلى التركيز على الجانب المظلم للأشياء.	41
					تخلو حياتي من الأحداث من الأحداث السلبية.	42
					توقعاتي السلبية عادة ما تحقق.	43
					أعتمد على مشاعري في تقدير الأمور وتوقع النتائج.	44
					عندما يحدث شيء سلبي في حياتي، فهذا أمر فظيع و لا أستطيع احتمالاه.	45
					لدي القدرة على استشعار الأخطار وغالبا ما يحدث ذلك.	46
					أرى أن حتى الأحداث الصغيرة يمكن أن تؤدي إلى عواقب وخيمة بالضرورة.	47
					عندما أقارن نفسي بالآخرين، أرى بأنني أقل منهم شأنًا.	48
					أضع نفسي في مرتبة متدنية مقارنة بالآخرين.	49
					أرى أن الأشياء إما تسير بطريقة خاطئة أو بطريقة صحيحة و لا يوجد احتمال آخر.	50
					أخذ قراراتي بناء على مشاعري الداخلية.	51
					أضخم الأمور بشكل غير مناسب.	52

الملحق رقم (02) يوضح مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بييل براون)

تحية طيبة إلى السيد (ة) الكريم (ة)

نحن في إطار إنجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي بعنوان:

"تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري" ، ذلك ما يستدعي تطبيق هذا المقياس الذي يتضمن مجموعة من العبارات حول ما تفكر أو تشعر به في مواقف معينة، علما بأن مشاعر كل شخص تختلف عن مشاعر الآخر، لذا فإنه ليس هناك إجابات صحيحة وإجابات خاطئة لأن كل إجابة تعبر عن مشاعرك وأحاسيسك الخاصة بك.

ومن المؤكد أن المعلومات التي تجمع من استجابتك لهذا المقياس ما هي إلا لأغراض البحث العلمي فقط لا يطلع عليها أحد غير الباحثين.

التعليمة:

المطلوب منك (ي) قراءة كل عبارة ثم التأشير عليها بوضع علامة (x) أمام كل الاختيار المناسب لك بصدق وصراحة والرجاء ألا تترك أي عبارة دون إجابة.

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

0	لا شيء	
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحيانا (بمعدل 8 مرات فأقل يوميا)	
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية)	
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)	

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد	
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر	
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.	
3	تسبب خلايا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية.	
4	تسبب خلايا بليغا.	

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية

0	لا يوجد	
1	خفيف (أحيانا)، ليس مزعجا.	
2	متوسط (غالبا)، ومزعجا ولكن يمكن السيطرة عليه.	
3	شديد (أغلب الوقت)، ومزعج جدا.	
4	توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريبا.	

4- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)

0	لا أبذل الجهد جيدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفكار القليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.
2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	أستسلم كلياً وبارادتي للأفكار الوسواسية.

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	سيطرة تامة.
1	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.
2	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.
3	سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة.
4	لا سيطرة، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.

6- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

0	لا شيء.
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن ثمان مرات في اليوم).
2	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من ثمان مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية).
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من ثمان مرات في اليوم خلال معظم ساعات اليوم).
4	أكثر من ثمان ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال).

7- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد.
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يؤثر.
2	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن يمكن السيطرة عليه.

3	تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.
4	تسبب عجزا كبيرا.

8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

0	لا يوجد.
1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال.
2	يظهر القلق لكن يمكن تحمله.
3	قلق واضح ومزعج للغاية.
4	قلق شديد يسبب عجزا بليغا.

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى في المقاومة)

0	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة).
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.
2	أعمل بعض المحاولات للمقاومة.
3	أستسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	أستسلم كلياً و بإرادتي لكل الأفعال القهرية.

10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

0	سيطرة تامة.
1	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة.
2	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.
3	أستطيع بصعوبة أن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.
4	نادرا ما أستطيع ن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.

الملحق رقم (04) يوضح إجابة الحالة الأولى على مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بيل براون)

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

لا شيء	0	
أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحيانا (بمعدل 8 مرات فأقل يوميا)	1	
من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية)	2	
من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	3	x
أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)	4	

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية

لا يوجد	0	
تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر	1	
تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	
تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية.	3	x
تسبب خللا بليغا.	4	

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية

لا يوجد	0	
خفيف (أحيانا)، ليس مزعجا.	1	
متوسط (غالبا)، ومزعجا ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	
شديد (أغلب الوقت)، ومزعج جدا.	3	x
توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريبا.	4	

4- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)

لا أبذل الجهد جيدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفكار القليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).	0	
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	1	
أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	2	

أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	3	x
أستسلم كليا وإرادي للأفكار الوسواسية.	4	

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

سيطرة تامة.	0	
سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.	1	
سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.	2	x
سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة.	3	
لا سيطرة، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.	4	

6- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

لا شيء.	0	
أقل من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن ثمان مرات في اليوم).	1	
من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من ثمان مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية).	2	
أكثر من ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من ثمان مرات في اليوم خلال معظم ساعات اليوم).	3	
أكثر من ثمان ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال).	4	x

7 - مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

لا يوجد.	0	
تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يؤثر.	1	
تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	
تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.	3	x
تسبب عجزا كبيرا.	4	

8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

لا يوجد.	0	
قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال.	1	
يظهر القلق لكن يمكن تحمله.	2	x
قلق واضح ومزعج للغاية.	3	
قلق شديد يسبب عجزا بليغا.	4	

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى في المقاومة)

أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة).	0	
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	1	
أعمل بعض المحاولات للمقاومة.	2	
أستسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	3	
أستسلم كليا و بإرادتي لكل الأفعال القهرية.	4	x

10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

سيطرة تامة.	0	
عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة.	1	
أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.	2	
أستطيع بصعوبة أن أؤخر -فقط- الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.	3	x
نادرا ما أستطيع ن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.	4	

الملحق رقم (03) يوضح إجابة الحالة الثانية على مقياس اضطراب الوسواس القهري لـ (بييل براون)

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

لا شيء	0	
أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحيانا (بمعدل 8 مرات فأقل يوميا)	1	
من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية)	2	
من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)	3	
أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما تمر ساعة بدون وساوس كثيرة)	4	x

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية

لا يوجد	0	
تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر	1	
تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	
تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية.	3	x
تسبب خللا بليغا.	4	

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية

لا يوجد	0	
خفيف (أحيانا)، ليس مزعجا.	1	
متوسط (غالبا)، ومزعجا ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	x
شديد (أغلب الوقت)، ومزعج جدا.	3	
توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقاة تقريبا.	4	

4- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)

0	لا أبذل الجهد جيدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفكار القليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).	
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	
2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	x
4	أستسلم كلياً وبارادتي للأفكار الوسواسية.	

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	سيطرة تامة.	
1	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.	
2	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.	
3	سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة.	
4	لا سيطرة، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.	x

6- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

0	لا شيء.	
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لا تزيد عن ثمان مرات في اليوم).	
2	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من ثمان مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية).	
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من ثمان مرات في اليوم خلال معظم ساعات اليوم).	
4	أكثر من ثمان ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال).	x

7- مقدار التعارض الذي تحدته الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

لا يوجد.	0	
تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن النشاط العام لا يؤثر.	1	
تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية، ولكن يمكن السيطرة عليه.	2	
تسبب خللا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.	3	x
تسبب عجزا كبيرا.	4	

8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

لا يوجد.	0	
قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال.	1	
يظهر القلق لكن يمكن تحمله.	2	
قلق واضح ومزعج للغاية.	3	x
قلق شديد يسبب عجزا بليغا.	4	

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى في المقاومة)

أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة).	0	
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	1	
أعمل بعض المحاولات للمقاومة.	2	
أستسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	3	x
أستسلم كلياً و بإرادتي لكل الأفعال القهرية.	4	

10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

سيطرة تامة.	0	
عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة.	1	
أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.	2	x
أستطيع بصعوبة أن أؤخر -فقط- الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.	3	
نادرا ما أستطيع ن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.	4	

الملحق رقم (05) يوضح دليل المقابلة

1: البيانات العامة للحالة

الاسم:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المهنة:

المستوى المعيشي:

الحالة المدنية:

عدد الأولاد:

السوابق العائلية:

الأخوة:

الرتبة بين الإخوة:

نوع المرض:

مكان المقابلة:

2: السيميائية العامة للحالة الثانية:

الهيئة العامة:

البنية المورفولوجية:

.....: اللباس

.....: الملامح والإيماءات:

.....: المزاج و العاطفة:

.....: النشاط العقلي:

.....: - اللغة:

.....: - الذاكرة:

.....: - الذكاء:

.....: النشاط الحركي:

.....: العلاقة الاجتماعية:

.....: - مع الأسرة:

.....: - مع المحيط العام:

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على تأثير التشوّهات المعرفية في ظهور أعراض الوسواس القهري، وهي دراسة عيادية تمحورت حول حالتين من نفس الجنس (أنثى)، متواجدين بالمستشفيات (مستشفى الأمراض العقلية حمداني عدة بولاية تيارت) و(المؤسسة الاستشفائية ميموني الطاهر بدائرة السوقر)، وعليه فقد تم الجمع بين ما هو نظري وعملي معتمدين على مفاهيم أساسية كالتشوّهات المعرفية التي تكون سببا في إحداث الاضطرابات النفسية منها (الوسواس القهري).

وتم اتباع المنهج العيادي الخاص بدراسة الحالة، وتطبيق مقياس التشوّهات المعرفية المكيف للباحثة ياسمين أبو هلال ومقياس بييل براون للوسواس القهري (Yale- Brown 1989) بالإضافة إلى الملاحظة العيادية في كل من مقابلات الخمس النصف موجهة التي أجريت مع الحالتين، وأسفرت على ما يلي:

✓ تؤثر التشوّهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري

الكلمات المفتاحية: تأثير التشوّهات المعرفية، اضطراب الوسواس القهري

Résumé de l'étude

La présente étude visait à identifier l'effet des distorsions cognitives sur l'apparition des symptômes obsessionnels compulsifs, qui est une étude Clinique centrée sur deux cas du même sexe (femme), présents dans les deux hôpitaux (hôpital psychiatrique Hamdani Adada à Tiaret) Et le

(Institution Hospitalière Maimouni Eltaher dans le quartier sougeure)

En conséquence, ce qui est théorique et procédural a été combiné, en s'appuyant sur des concepts de base tels que les distorsions cognitives qui causent Troubles psychologiques, y compris (trouble obsessionnel-compulsif)

L'approche clinique de l'étude de cas a été suivie et une échelle a été appliquée Et l'application de l'échelle adaptative de distorsion cognitive pour la chercheuse Yasmine Abu Hilal et l'échelle Yale-Brown OCD (Yale-Brown1989) En plus d'une observation clinique minutieuse dans chacun des cinq entretiens menés avec les deux cas, les résultats ont été discutés et interprétés, ce qui a abouti à ce qui suit :

- ✓ Les distorsions cognitives affectent les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif

Mots-clés: effet des distorsions cognitive, trouble obsessionnel-compulsif

Study summary:

The present study aimed to identify the effect of cognitive distortions on the appearance of obsessive-compulsive symptoms, which is a study Clinic focused on two cases of the same sex (female), present in the two hospitals (mental hospital Hamdani Uda in Tiaret) And the (Hospital Institution Maimouni Eltaher in sougeur district) Accordingly, what is theoretical and procedural have been combined, relying on basic concepts such as cognitive distortions that cause Psychological disorders, including (obsessive-compulsive disorder) The clinical approach of the case study was followed, and the adaptive cognitive distortion scale was applied by the researcher, Yasmine Abu Hilal, and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Yale-Brown1989) In addition to careful clinical observation in each of the

five interviews conducted with the two cases, the results were discussed and interpreted, which resulted in the following:

***Cognitive distortions affect the symptoms of obsessive-compulsive disorder

Keywords: the effect of cognitive distortions, obsessive-compulsive disorder