

فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي
والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج
الوساوس والأفعال القهرية (دراسة حالة)

د. محمد أحمد محمد إبراهيم سعفان

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

مشكلة الدراسة *

مريض عمره الزمني (٢٦) عاما حصل على الدراسة الجامعية ويشكو من أعراض الوسواس والأفعال القهرية والتي تظهر في طقوس الاغتسال و الانشغال والشك في إتمام الصلاة على الوجه الصحيح والشك في معاينة الأبواب والأقفال والشك في دقة وصحة معاملته مع الآخرين ، بالإضافة إلى طقوس الاستمنااء .
وقد بلغت الوسواس والأفعال القهرية لديه حدا جعلته يقضى معظم اوقاته في تلبيه وتنفيذ هذه الأفكار والأفعال وقد اعاق هذا الكثير من نشاطه وجعل علاقاته مع الآخرين محدودة ومضطربة، ورغم أن أعراض الوسواس والأفعال القهرية قد بدأت لديه خلال سنوات تعليمه إلا أنها لم تصل (على حد قوله) إلى الشدة والغف التي هي عليه الآن ولذلك استمر في تحصيله الدراسي وتفاعله المحدود مع الاسرة ومع بعض الاصدقاء .
و يعتقد أن الاضطراب الشديد الذي يعاني منه الآن قد تفجر لديه بدرجة حادة منذ وفاة ابيه وعندما سأل الباحث في المقابلة الاولى الحرة التي تمت بناء على رغبته لماذا لم تحاول طلب العلاج في الفترة السابقة مع انك تطالبه الآن؟ اجاب بقوله: كنت أخاف من موقف الآخرين فكننت اعتقد أنهم سيحكمون علي بالسخف و سوف أكون في نظرهم انسان مخطيء ضعيف و لذلك فضلت أن احتمل معاتاتي أفضل من تحمل سخف و سخرية الآخرين مني و لكن بعد أن إزدادت حالتى سوء و بدأت مشاكلى مع نفسى و مع اسرتى تزداد يوما بعد يوم فكرت في امكانية عرض مشكلتى عليك و طلب المساعدة على حلها إن أمكن .

* هذا البحث ملخص للبحث الأصلي الذي قام به الباحث والذي يقع في عدد (١٠٥)

صفحة ، وذلك في ضوء شروط النشر في المجلة .

أهمية الدراسة

تتضح أهمية الدراسة في الآتي :

- ١- ندرة البحوث و الدراسات التي تناولت تشخيص الوسواس و الأفعال القهرية (في حدود علم الباحث) من حيث التعرف على الأعراض و ربط الأسباب بالنتائج و تحديد أهم سمات الشخصية التي تعاني من الوسواس و الأفعال القهرية .
- ٢- التدخل ببرنامج علاجي لتعديل الأفكار الوسواسية و الأفعال القهرية باعتبار أن التشخيص و العلاج مترابطان .
- ٣- الدراسة الحالية من الدراسات النادرة التي تعتمد على دراسة حالة واحدة و رغم الاعتراضات التي توجه إلى مثل هذا النوع من الدراسات من حيث أن دراسة حالة واحدة لا تزودنا بكل المعلومات الكافية التي نرغب في الحصول عليها من أجل تفسير ظاهرة بشكل مطمئن ، إلا أن مثل هذا النوع من الدراسات له عدة مميزات (من وجهة نظر الباحث) قد لا توجد في الدراسات التي تستخدم عينات كبيرة . و من هذه المميزات :
 - أ- إن دراسة الحالة الواحدة توظف طاقات المعالج في التشخيص و العلاج بطريقة أفضل بالمقارنة بالدراسات التي تستخدم عينات كبيرة .
 - ب- إن الخبرة التي يكتسبها المعالج من دراسة حالة واحدة بتركيز يمكن أن توفر له خبرة علاجية تساعده في خفض الفترة العلاجية عند علاج حالة أخرى يكون لديها نفس الأعراض و نفس الخصائص .
 - ج- دراسة حالة واحدة قد تحل الكثير من المشاكل الخاصة بتحقيق التجانس بين أفراد العينة الكبيرة .

اهداف الدراسة :

تتضح اهداف الدراسة فى الآتى :-

- ١- معرفة مدى إمكانية تشخيص الوسواس والأفعال القهرية باستخدام أدوات سيكومترية واكلينيكية مع توضيح مدى الاتفاق والاختلاف بين نتائج هذه الأدوات .
- ٢- تقييم فعالية العلاج بالواجبات المنزلية فى علاج الوسواس والأفعال القهرية من خلال التركيز على ثلاث خطوات :
الخطوة الأولى : تبصير المريض بالبنية المعرفية المرتبطة بالأفكار الوسواسية والأفعال القهرية السائدة لديه مع التركيز على الأسباب التى أدت اليها والنتائج المترتبة على تمسك المريض بهذه الأفكار والأفعال .
الخطوة الثانية : إعادة تركيب البنية المعرفية للمريض وذلك عن طريقة مناقشة المريض فى صحة أفكاره ثم يتم إعادة بناء التفكير المعرفى الصحيح له .
الخطوة الثالثة : علاج الأعراض ، وفيها يتم التركيز على الأعراض المستهدفة للعلاج
- ٣- تقييم فعالية العلاج بالتغذية الرجعية مع الواجبات المنزلية فى علاج الوسواس والأفعال القهرية من خلال استخدام التغذية الرجعية بعد كل جلسة يتم فيها تنفيذ الواجب المنزلى حتى يمكن تقييم محاولات المريض الناجحة والفاشلة فى مواجهة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية ، وما إذا كان الأمر يتطلب الانتقال إلى تنفيذ واجب آخر أم يتطلب إعادة تنفيذ نفس الواجب وذلك بهدف ترقية أنماط سلوك ايجابى ينشط بها المريض محاولاته التالية فى مواجهة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية فى ضوء القاعدة = النجاح يؤدي إلى النجاح .
- ٤- التأكد من استمرار فعالية العلاج عن طريقة دراسة تتابعية يتم من خلالها تحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح العلاج ، ومدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية فى مواقف الحياة العامة ومدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات المريض كما يعيشها فى الواقع .

وللتحقق من فروض الدراسة الحالية سوف يعرض الباحث أولاً الإطار النظرى للدراسة الحالية والذي قد يعينه على فهم الجوانب المختلفة المرتبطة بعصاب الوسواس والأفعال القهرية من حيث معرفة الأعراض والأسباب وإمكانية العلاج ثم يعرض لمصطلحات الدراسة وأدوات الدراسة وتشخيص أعراض الوسواس والأفعال القهرية على أدوات الدراسة ثم يعرض لاجراءات العلاج ثم بعد ذلك يعرض لنتائج الدراسة كما يتضح فى الخطوات الآتية .

الأطار النظرى للدراسة الحالية:

حاول كل من هنتر Hunter وماك البابين Mac Alpine (١٩٦٣) التوصل إلى بداية ظهور اضطراب الوسواس والأفعال القهرية منذ (١٦) قرناً . فقد وصف فى إنجلترا بالشكوك والميلانخوليا الدينية والرهبنة . وفى فرنسا وصفه الطبيب الفرنسى موريل Morel (١٨٦٦) بأنه الأفكار التى تسطير على الفرد رغماً عنه ولايستطيع التخلص منها . وفى ألمانيا استخدم (فيستفال) Westphal, k (١٨٧٨) مصطلح Zwangsvorstellungen وترجم على أنه أفكار وسواسية . ووصفت هذه الأفكار بأنها أفكار ضد العقل بدون سبب منطقى واضح . واستخدم " فرويد " هذا المصطلح فيما بعد للدلالة على وجود قوة داخلية ترغم الفرد على أن يفكر ويفعل على هذا النحو بفعل هذه القوة (Thomas , r , Insel, m , 1984 , 2)

ويذكر أن " فرويد " عزل العصاب الحصارى عن بقية الأمراض فى عامين ١٨٩٤ ، ١٨٩٥ ، كمرض قائم بذاته ، وبالتالي فإن موقف " فرويد " من موضوع عصاب الوسواس والأفعال القهرية بدأ منذ هذا التاريخ (مارتى بيار ، وآخرون ، ١٩٩٠ ، ٤٢ - ٤٣) . لكن من وجهة نظر "لويس" Lewis (١٩٥٧) أن جانيه Janet (١٩٠٣) أول من قدم محاولة جيدة موثوق منها لتحديد مجموعة أعراض التعب أو الأرهاق العام والحيرة والمراجعة والتردد وعلى من مظاهر اضطراب الإرادة. (Lewis , A , 1957 , 323 - 350) وفى عام (١٩٠٩) وصف جانيه أعراض الوسواس والأفعال القهرية تحت مصطلح السيكاثنيا Psychasthenie وقد ضمت كل من الوسواس Obsession والقهر Compulsion والفوبيا Phobia . وذكر الاسباب

المؤدية إليه بأنها حالة قصور وضعف في القدرة العقلية على التركيب وضعف في الحيوية النفسية . (Mayer - Cross. et.al 1954,141) . ولكن حديثا تم استبعاد الفوبيا في المعاجم السيكولوجية عن الوسواس والأفعال القهرية خاصة في دليل الجمعية الأمريكية D.S.M. II وكذلك دليل الجمعية الأمريكية D.S. M. III ونشير أيضا أن كتاب D.S. M. III قد حذف مصطلح العصاب واستبدله بتعبير اضطراب .

والوسوسة في اللغة العربية هي حديث النفس بما لا نفع فيه ولا خير (المعجم الوسيط ص ١٠٣٣) . والقهر هو " الاتيان بالفعل بغير رضى فيقال " أخذهم قهرا يعنى من غير رضاهم (المعجم الوسيط ص ٧٦٤) .

أما بالنسبة لعلاج الوسواس والأفعال القهرية فقد بدأ العلاج العيادي لحالات عصاب الوسواس والأفعال القهرية obsession-coumpulsive, Neurasis منذ مئات السنين ، ولكن بسبب أنتشار هذا المرض بنسبة عالية في مرحلة الطفولة ، فقد بدأ السيكا تريين Psychiatrists يهتمون به في مجال الطفولة ، ولكن فيما بعد اثبتت الدراسات المصنفة أن من حوالى ثلث إلى نصف الحالات من المراهقين لديهم الاضطراب منذ عمر زمنى (١٥) عاما ، وعلى هذا فان عصاب الوسواس والأفعال القهرية يظهر بصورة عملية لدى الأطفال والمراهقين على السواء ، وقد وضع " فرويد" Freud ، ثم جاتيه Janet وصفا أوليا لهذا النوع من الاضطراب ، (Rapoport,J,1986,289-295) ثم تلى ذلك محاولات مضطردة قدمت الكثير من المعلومات حول هذا المرض وكان من الطبيعى أن يوجد اهتمام من جانب بعض علماء النفس في مجال علم النفس المرضى psychopathology والعلاج النفسى psycho therapy فى التفرقة بين السواء والمرض فى عصاب الوسواس والأفعال القهرية ، ومعرفة مدى التداخل بينهما ، فقد أشار ووكر Walker إلى أن الأفكار الوسواسية لا تكون دائما وكأنها حمقاء senseless للمريض حتى وأن أدت إلى سلسلة من الأفكار المزعجة (Walker,r,1973 , 675-680) ، أما راتشمان Rachman فقد قسم الأفكار الوسواسية

سى نوعين بارزين الأول أفكار غير وسواسية مثل الخوف والاعتقاد والثاني أفكار وسواسية طقوسية محايدة والتي تكون وهمية ولكنها موجودة
• (Rachman,S, 1977-437-443)

ووجدت جهوداً أيضاً من أجل معرفة الحدود بين الوسواس Obsession والأفعال القهرية Compulsive فمريض الوسواس يجد لاضطرابه تعبيراً في تكرار الأفكار التي تتدخل في السلوك السوى فتعطله وتسبب إلى المريض وتؤذيه مثل اعتقاد المريض الملح في أنه يرتكب جريمة . أما مريض الأفعال القهرية فإنه يجد لاضطرابه تعبيراً في تكرار الأفعال الطقوسية في دقة وكمال لازالة التوتر مثل تكرار غسل اليدين لخوفه من الجراثيم أو القذارة . ومن المنطقي أن الوسواس قد تنتاب المريض بدون القهر ، أما مريض القهر فإنه يعاني عادة من الشكوك الوسواسية .

أسباب الوسواس والأفعال القهرية :

وجدت تفسيرات مختلفة باختلاف التوجهات النظرية لعلماء النفس في تفسير هذه الاسباب فنجد مثلاً " فرويد " يربط بين عصاب الوسواس والأفعال القهرية وبين الخبرات الجنسية السيئة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويرجع هذا العصاب إلى المرحلة الشرجية حيث تشدد أحكام الوالدين على الطفل لتعلم ضبط الأخراج . وقد قام "فرويد" بشرح الاتجاه العام لنشوء العرض وهو يتلخص في السماح بالإشباع البديل في مقابل التخلص من الإحباط . فالأعراض التي كانت تدل من قبل على بعض القيود المغروضة على الأنا أخذت تدل فيما بعد على الإشباع أيضاً (فرويد ، ١٩٨٣، ٩٠)

وفي ضوء نظرية الجشطت كما عند بيرلز " perls " فإن العصاب اضطراب نمائى يعبر عن الصراع بين الحاجات البيولوجية الإنسانية والمتطلبات الخلقية الاجتماعية والاضطراب ناتج من عدم تحقيق التعادلية بينهما (باترسون ، ١٩٩٠، ٤٦٢-٤٨٠) .

والنظرية المعرفية في تفسير الوسواس والأفعال القهرية لدى ممثليها مثل Beck " بيك" واليس Ellis تقوم على مجموعة افتراضات تتركز حول الامكانيات التي يولد بها الفرد والتي من خلالها يصبح منطقياً أو لامنتطقياً "واضطراب الوسواس بشخص على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومكثمة وتحدث مصادفة وتكون محرضة

لتصبح طبيعية وحقيقية . أما السلوك القهري فهو سلوك علنى مثل تكرار الاغتسال
ويأخذ شكل السلوك المعرفى ، هذا التابع من الافكار والسلوك يقود إلى آلام وبيوس
واضطراب ويؤدي إلى السلوك المزعج . والفروض المعرفية فى هذا الجانب
تقوم على جانبين الاول أن الوسواس والأفعال القهرية تعمل على
خفض القلق والثاني يظهر عندما يكتشف المريض أن معارفه هذه لها قيمة بالفعل
(Jan .scott,J.et.al,1989,50-53) ويعتقد اصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس
يمثل مثبورا شرطيا للقلق ، وإذا ارتبط الفكر الوسواسى بمثير غير شرطى للقلق فإنه
يصبح مثيرا للقلق (حامد زهران ، ١٩٧٨ ، ٤٢٥) " كما تؤكد السلوكية أيضاً على
أهمية اكتساب الإنباء مبادئ التعلم من الأباء متضمنة عصاب الوسواس والأفعال
القهرية (ريتشارد ، ١٩٧٩ ، ٤٢٢) .

" وقد ذهب البعض فى تفسير مرض الوسواس القهري على أن سببه هو وجود بؤرة
كهربائية نشيطة فى لحاء المخ (أحمد عكاشة ، ١٩٨٠ ، ٢٦٤) .

إمكانية علاج الوسواس والأفعال القهرية :

استخدم " فرويد " فنيات التحليل النفسى فى علاج حالة أطلق عليها رجل الذناب وهى
لرجل أصيب فى طفولته المبكرة بغوبيا الحيوانات ثم تحولت إلى عصاب قهري ذى
مضمون دينى ، وفسر "فرويد" كيف حدث له تكوص إلى المرحلة الشرجية ، ومن
خلال تطور الحالة الجنسية فسر " فرويد " كيف تحول شعوره بالاشباع إلى حصر
دينى حول آلام المسيح . وكان التحسن وعلاج الحالة مرتبطا بمعرفة دلالات لبيدو
الجنسية المثلية فى الحياة وفى التعامل مع الناس (فرويد ، ١٩٧٢ ، ٦٥٧ -
٧٤٥) وعالج ساندور فرنشى (١٨٧٣ - ١٩٣٣) وهو من تلامذه فرويد . حالة
وسواسية لسيدة متزوجة كانت دائماً تشكو من الأمراض الجسدية وأعراض أخرى
غريبة ، وكان يظهر لديها الفزع من الموت . ومع ذلك فإن الكثير من الذين
يستخدمون فنيات التحليل النفسى يعترفون بصعوبة علاج هذا المرض وفى ذلك أشار
" أوتوفينخل " إلى هذه الصعوبات ومنها أن الأنا عند العصابين منشطرة والمحلل
يستطيع أن يعتمد على قسم واحد من الأنا فقط ، أما بقية الأنا فتتكبرها سحرى
لامنطقى ، كما أن عزل المحتوى (الأفكار) عن الانفعالات المناظرة يشكل صعوبة
(أوتوفينخل ، ١٩٦٩ ، ٥٢١ - ٥٢٦) .

وفى إطار استخدام العلاج السلوكى فقد أشار تقرير بولتون وتيرنر (Bolton , D . Turner , T, 1989) إلى النجاح فى علاج حالتين من (١٥) حالة الحالة الأولى وهى حالة بل Bill عمره الزمنى (١٤) عاماً ومعدل ذكاءه (١١٨) وكان يعانى من الغسيل المتكرر بسبب الخوف من التلوث ، والحالة الثانية وهى حالة كولن Colin عمره الزمنى (١٤) عاماً ومعدل ذكاءه (٨٨) وكان يعانى من تكرار غسل يديه بالماء والمطهرات وتجنب الأشياء التى يعتبرها ملوثة واستخدم فى العلاج طريقة المواجهة ، وطريقة منع الاستجابة ، واستخدام فى الحالة الثانية بعض العقارات مثل عقار cliomipramine .

واستخدم والتون (Walton 1960) العلاج السلوكى خاصة الاسلوب المعروف باسم سلب الحساسية المنظم خاصة النوع الذى يعتمد على الخيال فى علاج سيده فى عمر زمنى (٤٨) عاماً وكانت تعانى من فكرة تسيطر عليها ملخصها أن الاطباء سوف يخطئون فى تشخيصها ويعتبرونها ميتة ثم تدفن . وعالج كلارك وآخرون (Clark,D,ET . AL 1981) حالة وسواسية فى عمر زمنى (١٣) عاماً كانت تعانى من البطء الوسواسى *obsessional slowness* واستخدام فى علاجها طريقة التعلم بالتمودج . وعالج روبرتسون (Robertson, J, 1983) ثلاث حالات باستخدام أسلوب سلب الحساسية المنظم واستخدام فى برنامج العلاجى أيضاً تحليل الطقوس واعادة البناء المعرفى للأفكار الوسواسية وأشار إلى أن النتائج كانت ايجابية وقام كل من راتشمان Rachman وهو دجسون Hodjson وماركس Marks , I باجراء ثلاث دراسات فى مجال علاج الوسواس والافعال القهرية . فى الدراسة الاولى (١٩٧١) تم استخدام اساليب الغمر Flooding والنمذجة Modelling والاسترخاء Relaxation فى علاج عشرة مرضى . وفى الدراسة الثانية (١٩٧٣) تم استخدام نفس الاساليب السابقة فى علاج خمسة مرضى ، وفى الدراسة الثالثة (١٩٧٣) تم استخدام نفس الاساليب فى علاج عشرة مرضى وكانت نتائج الدراسات الثلاث تشير إلى أن استخدام اسلوبى النمذجة والغمر معاً أفضل من اسلوب الاسترخاء .

واستخدم روبير Roper , G وراتشمان (١٩٧٦) مواقف تجريبية متفق عليها فى علاج (١٢) حالة . وقد تبين أن الأفكار والأفعال قد نقصت بسبب هذا الضبط . كما استخدم بويرزما وآخرون (Boersma ,k,et .al,1976) اساليب النمذجة والتدرج

العلاجي والغمري فى علاج (١٣) مريضاً وقد تبين أن اسلوب النمذجة أفضل من الأساليب الأخرى واستخدم إميكامب (Emmelkamp,P.et.al, 1980) التدريب على التعلم الذاتى والمواجهة فى علاج (١٥) مريضاً ، وقد تبين أن اسلوب المواجهة أفضل من التدريب الذاتى . واستخدم كيرك (Kirk,j, 1982) طريقة الواجبات المنزلية مع الممارسات الاكلينيكية اليومية فى علاج (٣٦) مريضاً وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن خمس حالات عادوا للعلاج مرة أخرى . كما أن احدى المرضى عاد للمستشفى مرة أخرى وهذه النتيجة تشير إلى أن استخدام العلاج السلوكي لا يؤدي إلى نتائج ايجابية فى كل الاحوال .

الدراسات التتابعية للوساوس والأفعال القهرية :

من خلال الدراسات التتابعية للوساوس والأفعال القهرية يتبين أن العلاج لا يعطى نتائج إيجابية في كل الأحوال : فقد وجد بيرمان (1942) Berman حالتان فقط من ست حالات قد تحسنا . وقد حاول وارين (1960) Warren متابعة (١٥) مراحقاً . وبعد سبع سنوات من تلقى العلاج تبين أن حالتان يمكن اعتبارهما شفايا تماماً ، واربع حالات كان يظهر عليهم الأعراض تحت الضغوط النفسية . أما بقية العينة فكان يظهر لديهم الأعراض باستمرار . وفي دراسة أولنورث وآخرون (1980) Holingsworth et. al, وجد أن ثلاث حالات فقط من عشرة حالات لم يوجد لديهم الأعراض ، وقد وجد بولتون (1983) Bolton و كولنز Collins أن حالتين فقط تحسنا من (١٥) حالة . وفي دراسة فلاننت وآخرون (1990) Floment, M, et. al تبين بعد عامين من فترة المتابعة أن (١٧) حالة من (٢٢) حالة استمر لديهم أعراض الوساوس والأفعال القهرية .

يتضح مما سبق أن نتائج الدراسات السابقة التى اهتمت بالدراسة التتابعية قد أشارت إلى وجود حالات انتكاس لبعض مرضى الوساوس والأفعال القهرية . خاصة عندما تستمر الضغوط النفسية لديهم . أو عند وجود عوامل أخرى خاصة بالعلاج أو المناخ الأسرى أو شدة المرض . . . الخ .

مصطلحات الدراسة

في هذا الجزء سوف يعرض الباحث لمصطلحات الدراسة الحالية الرئيسية وهي الوسوس والأفعال القهرية والبنية المعرفية والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية كالاتي:-

١- تعريف الوسوس والأفعال القهرية :

يمكن تعريف الوسوس والأفعال القهرية كما ورد في كتاب دليل تشخيص الامراض النفسية D.S.M III مع ملاحظة أن الاختلافات بين هذا التعريف والتعريفات الواردة في المصادر الاخرى بسيطة

أ - الوسوس Obsessions

"هي صور وأفكار وتخيلات ملحة ومتعاقبة ، واندفاعات تغزو الأنا بطريقة قهرية وهي ليست خيرة ناتجة بشكل اختياري بل هي بالأحرى أفكار تغزو الوعي والشعور ويخبرها الفرد وكأنها لامعنى لها أو أنها غير مرغوب فيها وهو يحاول باستمرار تجاهلها أو اخادها دون جدوى ، والسمات الاساسية لهذه الاضطرابات أنها وسوس متكررة وقهرية تستنفذ الكثير من الوقت وتتدخل بصورة جوهرية في الحياة الروتينية العادية للشخص ، فتحتل كثيرا من الوظائف أوالتشاطات الاجتماعية العادية للشخص أو العلاقات مع الاخرين ومن أبرز الوسوس شيوعا الشكوك والأفكار المتعلقة بالتلوث والعنف .

ب- الأفعال القهرية Compulsions

هي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدي طبقا لقواعد رئيسية أو اشكال نمطية يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها ، والسلوك القهرى ليس هدفا في حد ذاته ولكنه وسيلة لمنع بعض الأحداث أو المواقف المستقبلية والاشطة التي يبذلها القهرى غير واقعية وليس لها معنى ولايجنى من ورائها أى متعة بالرغم من انها تخفف توتره مثل تكرار غسل اليدين القهرى (DSM, III, R, 1987, 393.)

٢- تعريف البنية المعرفية :

" المقصود بالبنية المعرفية محتوى الأفكار والاتجاهات والمعتقدات وهي مجموع وجهات النظر والأفكار التي يتبناها المريض نحو نفسه ونحو الآخرين ونحو خبراته والمواقف التي يتفاعل معها من ناحية ، ومن ناحية أخرى هي أساليب تفكير المريض الخاطئة مثل المبالغة والتضخيم والتعميم الخاطي والتطرف في التفكير وأخطاء الحكم والاستنتاج .

٣- تعريف الواجبات المنزلية Home Work

يمكن تعريف الواجبات المنزلية اجرائيا في ضوء أهداف الدراسة الحالية بأنها مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية في صورة تعينات يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء الأهداف الموضوعية للعلاج ويكلف المريض بتنفيذها في المنزل أو في العمل بعد التدريب عليها مع المعالج اثناء الجلسة العلاجية ، وتصمم هذه الواجبات في شكل متتابع بحيث يتم تنفيذها على مراحل ويحدد فترة زمنية لتنفيذ كل واجب على حدة وهي تبدأ من البسيط إلى المعقد ومن المعارف إلى الأفعال ولا ينتقل المتعالج من واجب إلى آخر إلا بعد تنفيذ الواجب الأول بنجاح ويراعى عند تصميم هذه الواجبات مراعاة قدرات المتعالج ورغبة في إختيار نوع الواجبات وتعتبر الواجبات المنزلية وسيلة لاكتشاف الذات وزيادة الوعي بالمسئولية وتنمية قوة الإرادة .

٤- تعريف التغذية الراجعة Feed back

"يمكن تعريف التغذية الراجعة في ضوء أهداف الدراسة الحالية بأنها طريقة تزود بها المريض الذي هو في حاجة لمعرفة رد فعل اقواله وافعاله على نفسه وعلى الآخرين بالمعلومات الكافية سواء المتصلة بشخصيته أو المتصلة بمرضه والتي قد لا يدركها ، ومن خلال هذه المعلومات يمكن تقييم السلوك السابق المطلوب تعديله وقدرة ومحاولات المريض في تحقيق هذا التعديل وتقييم السلوك الجديد المعدل بناء على التقييم السابق ؛ إذا فهي عملية مقارنة بين الداخل والخارج لتؤدي في النهاية إلى عملية تشكيل الوعي الذاتي وإلى تعديل السلوك الدال على الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية تعديلا اراديا " .

منهم دراسة الحالة

استخدم الباحث عدد من الادوات السيكومترية والكلينيكية بقصد جمع البيانات المتعلقة بالحالة في جميع الجوانب التي يرى الباحث أنها تفيد في التشخيص والعلاج كما يلي :-

١- استمارة المقابلة الشخصية :

أعد هذه الاستمارة (صلاح مخيمر) وهي تساعد في جمع بيانات عن الحالة في جوانب متعددة مثل الاسرة ، وصف الحالة لنفسها ، خبرات الطفولة ، سنوات التعليم ، الحوادث ، والأمراض ، الحقل الجنسي ، العلاقات الاجتماعية .

٢- المقابلة الحرة الطليقة

تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات عن الحالة في جميع المجالات الخاصة بالحالة ، ورسم صورة كلينيكية واضحة عنه ، والتأكد من صدق استجاباته على أدوات الدراسة . كما استخدمت أيضا أثناء جلسات العلاج ، ومتابعة تنفيذ الواجبات المنزلية واجراء التغذية الرجعية .

٣- مقياس السيكاثنيا (ب.ت)

يعرف هذا المقياس بالسيكاثنيا Psychasthenia وهو نوع من العصاب يتصف بالوساوس المتسلطة والخوف المرضى وغير ذلك من الأفكار الثابتة ومقياس السيكاثنيا مقياس من اختيار الشخصية المتعدد الوجة The Minnesota Multiphasic Personality inventory الذي قام بوضعه اثنان من جامعة مينسوتا خلال الفترة ما بين ١٩٢٠ - ١٩٤٠ هما الطبيبان ج شارنلي ماكنلي والسيكولوجي ستاركرو . هاثاوى ، وقام بتعريبه ، لويس كامل ، وعماد الدين اسماعيل ، وعطية هنا (لويس كامل ، وآخرون ، ١٩٧٨) وقد استخرج هذا المقياس من استجابات اشخاص وسواسيين قهريين ممن كانوا يعانون أيضا من الانقباض الشديد ، وكان تشخيصهم المميز عصاب سيكاثنيا ، فتمقياس شديد الارتباط بالمثلث العصابي واكثر صور الصفحة النفسية السيكاثنية دلالة على العجز ، وتميز بالاتجاه نحو الاستبطان القهري فيبدو الفرد عاجزا عن التخلص عن التفكير في نفسه . وتصنف الاعراض على هذا المقياس في صور مختلفة وهي :-

١- حالات التسلط الفكرى كأن يسيطر على المريض فكرة القتل .

٢- الأفعال القهرية مثل كثرة غسل اليدين .

٣ - الوسواس الانفعالية وتبدو في حالات المخاوف المتسلطة والشعور بالخجل من النفس والغيرة والشكوك . ويتكون المقياس من (٤٨) عبارة يجاب عليه بنعم أولاً ويتم تحويل الدرجة الخام إلى درجة تائية ويفضل اكلينكيا الاعتماد على مقياس الكذب المتضمن في المقياس الاصلى لمعرفة مدى تأثر اجابات الفرد على (ب.ت) بنزعه إلى الكذب ويلاحظ أن المدى من ٧٠-٨٠ يشير إلى الاضطراب الشديد .

٤ - اختبار ساكس لتكملة الجمل :

أعدّه جوزيف م . ساكس في عام (١٩٤٧) ويتكون من (٦٠) عبارة تغطي (١٥) مجالاً فرعياً . وهي الاسرة ، والجنس ، والعلاقات الشخصية المتبادلة، ومفهوم الذات (مصطفى ، ١٩٦٧ ، ٥٦٨،٥٥٩) .

٥ - اختبار تفهم الموضوع : (T.A.T)

وضع هذا الاختبار (كريستيانا مورجان وهنرى موراي) وقام بتعريبه (محمد عثمان نجاتي) وهو آداة تكشف للسلوكى عن العوامل الدينامية انفعالية المؤثرة فى السلوك . ويتكون من (٣١) بطاقة بعضها خاص بجميع الذكور وبعضها خاص بجميع الاناث وبعضها خاص بالجنسين مع ملاحظة أن بعض البطاقات خاصة بالاعمار تحت ١٤ سنة . والبعض الاخر خاص فيما فوق ١٤ سنة . والاساس الذى يقوم عليه هذا الاختبار هو اتجاه الأفراد لتفسير موقف إنسانى غامض يتفق مع خبراتهم الماضيه وحاجاتهم الحالية ويمكن الاعتماد على بعض هذه البطاقات فى ضوء ملاحظتها للدراسة الحالية .

بعد عرض الأدوات المستخدمة فى الدراسة الحالية سوف يعرض الباحث استجابات الحالة على هذه الأدوات ثم يعرض طريقة واجراءات العلاج بشكل مختصر كما يتضح فى الخطوات الاتية :

استجابات الحالة على أدوات الدراسة :

أولاً : ملخص الحالة من خلال استمارة المقابلة الشخصية :

عند إجراء الدراسة الحالية كان العمر الزمني للحالة (٢٦) عاماً ، وقد أنهى الدراسة الجامعية ، وهو لايعمل حتى الآن ، له ثلاثة اخوة من الذكور ، ويأتى ترتيبه الأول فى الاسرة ، توفى والده عن عمر زمنى (٥٦) عاماً . ومازالت الأم على قيد الحياة وهى ربة منزل ، ويذكر الحالة أن علاقته باخوته وأمه مضطربه ، وأن تربيته تمت بأسلوب التدليل مما شكل صعوبة فى تربيته على تحمل المسئولية والتخلص من الصلة الامومية المرضية . وقد أجريت له عمليتين جراحتين ومنذ هذا التاريخ وتسيطر عليه فكرة الموت . وبالنسبة لخبراته الجنسية فقد بدأت فى عمر زمنى (١٣) عاماً فكان يمارس الاستمناء ، ثم الاتصال بالحيوانات ، وأيضاً الجنسية الغيرية ويذكر أنه يقوم الآن بالاستمناء فقط ، وهذا سبب شعوره بالذنب . وقد ذكر بالنسبة للأحلام أنه لاينام جيداً ويعانى من الأحلام المزعجة كما أنه يعانى من الاضطرابات النفسية التى تظهر أعراض كثيرة منها القلق والميل للانطواء والشعور بالحزن والاشغال فى التفكير .

ثانياً : تفسير الدرجة على مقياس السيكاثنيا (ب . ت . د)

عند حساب الدرجة (ل) وهى عبارة عن مقياس الكذب حصل على درجة تائية (٣٧) وهذه الدرجة تشير إلى أن استجابات الحالة على مقياس السيكاثنيا لم تتأثر كثيراً بنزعة الفرد إلى الكذب ومعروف أن الدرجة التائية (٦٠) تشير إلى نزعة الفرد الى الكذب أما بالنسبة للدرجة التائية على مقياس السيكاثنيا فقد بلغت (٧٨) وهى تشير إلى أن الحالة تعانى من المخاوف المرضية والوساوس والافعال القهريية بدرجة ملحوظة .

ثالثاً : تفسير استجابات الحالة على اختبار ساكس لتكملة الجمل :

بعد حساب منوال الدرجات للعبارات المتضمنة فى كل اتجاه بواسطة ثلاثة محكمين فيمكن تقديم ملخص لهذه الاستجابات للابعاد كلها (مع ملاحظة أن الاستجابات على كل بعد والتعليق عليه يوجد فى الدراسة الاصلية) كان اتجاه الحالة نحو الام اتجاه مضطرب ، أما الاستجابات نحو الأب تشير إلى وجود القلق نحو للمسئولية خاصة بعد وفاة الاب كما أن استجاباته نحو الاسرة كانت مضطربة أيضاً

خاصة وأن الأسرة تحاول ارضاءه بأي شكل في الوقت الذي يشعر فيه برغبته في أن يكون انسان عادى له حقوق وعليه واجبات ، أما اتجاهاته نحو المرأة ونحو العلاقات الجنسية الغيرية فقد كانت مضطربه ، وتأتى اتجاهاته نحو الاصدقاء والمعارف ونحو رؤساء العمل ونحو المرؤسين ونحو زملاء العمل أو المدرسة أقل اضطراباً ، ونحن نوجد اضطرابات شديدة في الاتجاه نحو المخاوف (خاصة الخوف من لوم الناس والخوف من المستقبل ، وعدم القدرة على مواجهة الواقع) . وكذلك في الاتجاه نحو مشاعر الذنب (خاصة المشاعر المتصله بالام وبخبراته الجنسية) وكذلك الاتجاه نحو قدرات ذاتية (خاصة مشاعر النقص وعدم النضج العاطفى) والاتجاه نحو المستقبل حيث توجد سمات مختلفة تجمع بين الياس والتشاؤم والرغبة في التغيير والاستفادة من خبرات الماضى وكذلك وجد اضطراب في الاتجاه نحو الاهداف فكان يتمنى أن يؤدى واجباته الدينية بالشكل المطلوب وأن يتخلص من القلق .

وابعاً : تفسير استجابات الحالة على بعض بطاقات اختبار T. A. T :

تم اختيار (١٣) بطاقة في ضوء ماتكشف عنه من تفاعلات واسقاطات وعلاقات مع البيئة الخارجية . وسوف يعرض الباحث خلاصة استجابات الحالى على هذه البطاقات (مع ملاحظة أن تفاصيل هذه الاستجابات على كل بطاقة على حدة والتعليق عليها يوجد في الدراسة الاصلية) فقد كشفت استجابات الحالة كثرة التفكير التجريدي والتأملى وكثرة التشكك والتردد وطرح احتمالات متعددة ، كما وجدت لديه اهتمامات اثتوية ، وكانت علاقته بأمه مضطربه . ومن أهم الميكانيزمات الدفاعية التى استخدمها في استجاباته ميكانيزم العزل (حيث كان يتجنب الحديث كثيراً عن خبراته الجنسية) وكذلك ميكانيزم الكبت ، كما وجدت أفكار وسواسية فى شكل أعراض التفكير فى العقاب وتوقع الفشل وفقد الوعي ، والاهتمام بالنظرى واهمال العملى ، وتوقع الشر والكوارث ، والشك والتردد ، والانشغال فى الفكر ، وظهور الافكار الاتهامية .

خامساً : التقرير الذاتى للحالة :

من خلال التقرير الذاتى أشار إلى أنه يعانى من الأفكار الوسواسية والأفعال القهريه الخاصة بطقوس الاغتسال والصلاة وارتداء الملابس ومراجعة قفل الابواب وطقوس الاستمنا . بالاضافة إلى الشعور بالذنب .

طرق العلاج المستخدمة في الدراسة الحالية

عرض الباحث للجوانب النظرية الخاصة بالوساوس والأفعال القهرية ، من حيث تصنيف السواء واللاسواء للوساوس والأفعال القهرية ، والدراسات التي اهتمت بالعلاج ، ثم النتائج التي توصلت اليها الدراسات التتابعية للحالات التي تم علاجها ثم قدم الباحث لمصطلحات الدراسة ومنهج دراسة الحالة . وبعد هذا العرض يمكن تقديم تصور لأهم الجوانب المتعلقة بالطرق العلاجية المستخدمة في الدراسة الحالية وهي تعديل البنية المعرفية ، والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية ، كما يتضح في الخطوات التالية :-

1- تعديل البنية المعرفية :

ذهب الفلاسفة اليونانيون - خاصة المدرسة الابيقورية - إلى اننا نضطرب لا من الأشياء والمواقف والأحداث ولكن من آرائنا نحوهم . وبالتالي فإن طرق تحقيق السعادة للفرد يتطلب أولاً تعديل طرق تفكيره الخاطئة والتي تجعله مستهدفاً لكثير من الاضطرابات . وجهة النظر هذه ، قد تبنتها الاتجاهات الحديثة في العلاج حيث لم يعد من الممكن علاج الاضطرابات النفسية بدون تعديل في البنية المعرفية (المحتوى والاسلوب) وفي ضوء ذلك يعتبر مرض الوسواس والأفعال القهرية نتيجة مباشرة لمجموع تصورات المريض الخاطئة وأساليب تفكيره الخاطئة أيضاً ، بالإضافة إلى نقص معلوماته عن المرض من حيث الأسباب والأعراض والربط بينهما ، وامكانية العلاج ، وقدراته الذاتية الخ ، ويعتقد أن مريض الوسواس والأفعال القهرية يفكر بطريقة لاعقلانية بسبب أنه تعلم عادات سيئة من التفكير الخاطئ ولم يجد من يعلمه الطريقة الصحيحة في التفكير ؛ ومن هنا يظهر قيمة التدخل لإعادة البناء المعرفي عن طريق التحاور مع المريض بالأساليب المنطقية المقنعة حتى نبين له ما هو الخطأ في التفكير وبهذا نساعد على استنتاج الطرق الصحيحة وما يتبع ذلك من تغيير في الاتجاهات والمعتقدات . لكن تعديل البنية المعرفية بهذا الشكل لا يكفي بل لابد من تعليمه واقناعه وتشجيعه بضرورة تطبيق ما تعلمه من كيفية التفكير والحكم على الأشياء وربط الاسباب بالنتائج والتوقع الإيجابي لامكانية تعديل السلوك وذلك عن طريق تنفيذ الواجبات المنزلية والتي تساعد على اعطاء المريض بدائل سلوكية ايجابية تساعد على تحقيق درجة مرضيه من التوافق النفسي ويتم هذا عندما نطلب منه ممارسة أفكاره المنطقية التي تعلمها في مواقف حية والدخول فيها ومن خلالها وبعد تنفيذها باتجاهات عقلية ايجابية .

ويمكن أن نعرض لأهم الأساليب المستخدمة لتعديل البنية المعرفية في الدراسة الحالية في ضوء خصائص مرض الوسواس والأفعال القهرية وسمات شخصية المريض كما يلي :

أ- الاستبطان بالمرض

حيث يتم اعطاء معلومات محددة وفعالة عن مرض الوسواس والأفعال القهرية من حيث الأعراض والأسباب والميكانيزمات الدفاعية ومشاكل الحياة وسوء التوافق النفسى . وبالطبع فإن الاستبطان بالمرض عامل في نجاح أى برنامج علاجي يهدف إلى تعديل السلوك .

ب- ربط المعرفة بالأفعال

يتم التركيز هنا على المواقف التي تؤدي إلى الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والوقت التي تظهر والفترة الزمنية التي تستغرقها .

ج- ربط الماضي بالحاضر

يتم هنا التركيز على أحداث الطفولة المسببة للمرض واقناع المريض بهذه العلاقة

د- صرف التفكير

حيث يتم تعليم وتدريب المريض على كيفية صرف تفكيره حول أعراض المرض إلى التفكير في أشياء أخرى .

هـ- إيقاظ الأفكار

حيث يتم تعليم وتدريب المريض على كيفية المواجهة الفعلية للمثيرات التي تبعث الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية ، وذلك عن طريق محاولة استبعاد كل فكرة غير مجدية .

و- الواجبات المنزلية

رغم أن الاساليب السابقة من (١-٥) المستخدمة في تعديل البنية المعرفية قد تم التدريب عليها وتكرارها من قبل المريض من خلال الواجبات المنزلية إلا أن استخدام الواجبات المنزلية بصورة رئيسية كان بغرض علاج الاعراض المعرفية والمشكلات السلوكية المرتبطة بالأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الفعلية للمريض . ولذلك فإن استخدام الواجبات المنزلية بطريقة خاصة على هذا الشكل جعلنا نعرض لها كغاية علاجية مستقلة تقوم على اساس معرفي حيث نعلم وندريب المريض على كيفية ممارسة المهارات المعرفية . وعلى أساس سلوكي حيث نعلم وندريب المريض على كيفية مواجهة المواقف

والتفاعل معها بطرق سلوكية جديدة مغايرة للطرق السلوكية السابقة الدالة على الاضطراب وهذا ما يظهر في الخطوة الآتية :-

٢- الواجبات المنزلية Home Work

نجد الكثير من فنيات التدريب على الواجبات المنزلية لدى " ميشنيوم " عندما أشار إلى أهمية التعليم الذاتي التلقائي في تعديل السلوك وكان الغرض الذي يسعى إلى التحقق منه بصفة مستمرة هو معرفة ما إذا كان التغيير في الكلام والحوار الداخلي سيؤدي إلى تغييرات في التفكير والشعور والسلوك ، فالتعامل هنا مع المواقف المسببة للمرض عن طريق التدريب الذاتي ، لكن هذه الفنية ظهرت بوضوح لدى بيرلز (Perls) ١٨٩٣-١٩٧٠) مؤسس ومطور العلاج الجشطلتي فكان يذهب إلى أن الإنسانية حرة وأنها تملك امكانيات التغيير . يهتم " بيرلز" بالمواجهة كطريقة للعلاج كما تأثر بتأكيد الوجودية على المسئولية الفردية ، وتقوم فكرة تعيينات الواجبات المنزلية Home work Assignment على اساس تكليف المريض بالقيام ببعض الواجبات المنزلية والتي تحدد عقب كل جلسته لمواجهة الأعراض وينطوى الواجب المنزلي على مراجعة المريض للجلسة بتصور نفسه يعيدها - فيقوم بتسجيل المعارف السلوكية السلبية في عمود والاستجابات الإيجابية المعقولة في عمود مقابل من الصفحة الخاصة بتنفيذ الواجب ، ثم يعطى لنفسه مثلاً درجة من خمسة عند تنفيذ الواجب ، وبالتالي فإن النجاح في أداء الواجبات المنزلية وبشكل متدرج يتيح الفرصة تلو الفرصة لاكتشاف الذات وتطبيقها ، وهذا من شأنه أن يساعد في تغيير مفهوم الذات السلبية إلى مفهوم الذات الإيجابية .

مبوبات استعمال اسلوب الواجبات المنزلية :

مشكلة البحث عن العلاج النفسى يجب أن يسعى إلى الاجابة عن السؤال : ما التدخل العلاجي المعين الذى يؤدي إلى تغييرات معينة في حالات معينة ، تحت ظروف معينة ؟ كما أن علاج المشكلات النفسية في الغالب يمكن السعى إليها من زاويتين مختلفتين ، فمن الممكن أن نفرض علاج معين على المريض بدافع فعالية هذا النوع في حل المشكلة ، ومن الممكن أيضا أن يتم التشاور مع المريض حول أنواع من العلاجات ويتم الاتفاق على نوع معين يلائم خصائص المريض ، ولكن يظل السؤال أى نوع من الطريقتين أفضل ؟ هناك عدة اعتبارات مبدئية وراء تفضيل أسلوب عن آخر نذكر منها ، المستوى التعليمى ، والمستوى العقلى للمريض ، وكذلك صراحته في الحديث ، ورغبته الجادة في حل مشكلته. وفي الدراسة الحالية وجد الباحث استعداد المريض ومساعدته على الاجابة

على تطبيق الاختبارات بهدف التشخيص والمتابعة ، كما كان يتميز بالطواعية والتبصر بمشكلاته . والنظرة الموضوعية لهذا الأسلوب فى العلاج كشأن كل أنواع العلاجات تتطلب التسليم بقضية عدم مناسبة هذا الأسلوب من العلاج لكل المرضى . وإذا نظرنا إلى أهمية العلاج بالواجبات المنزلية نجدها تتضح فى اعتراف هذه الطريقة بالفروق الفردية وقوة الإرادة وتحمل المسؤولية ، كما أنها تستخدم فى الاغراض التشخيصية ، كما كان هناك أسس لتحديد هذه الواجبات منها فهم ديناميات المريض ، ومشاركته فى اختيار الواجبات ، ومراعاة قدرات المريض ، والاتفاق على الفترة الزمنية المطلوبة لإجاء الواجب . كما تم تحديد مجموعة إرشادات للمعالج الذى يستخدم هذه الطريقة نذكر منها ضرورة شرح العمل المطلوب تنفيذه ، والاستفادة من النشاطات اليومية للمريض بربطها بالواجب المطلوب تنفيذه ، ووضع الحد الأدنى للواجب عند التقويم .

٣ - التغذية الرجعية : Feed back

يذهب الكثير من المعالجين والمرشدين النفسيين أنه لا يمكن لاي مقابلة أو طريقة علاجية أن تبرز أى تقدما نحو تحقيق اهدافها مالم تدعم باستخدام فنية التغذية الرجعية ، وفى ذلك يؤكد روبنسون (Robinson,s,1993) أن الناس يبحثون عن التغذية الرجعية لتقييم قدراتهم وتصحيح الاخطاء المتعلقة باتجازهم وقد أشار انجرام وآخرون (Ingram,A,et,al,1987) أن التغذية الرجعية تجعل الأفراد لديهم القدرة على التحقق من أفكارهم ومفهومهم عن ذواتهم . كما أشار كيندرسكى (Keanzierski,D,1987) أن القاعدة التى تقوم عليها التغذية الرجعية هى : كيف يمكن أن ندرّب الأفراد على كيفية ربط انفعالاتهم باتجاهاتهم . وفى ضوء ذلك يمكن أن ندرّب المريض كيف يدرك العلاقة بين أفكاره الوساوسية وأفعاله القهرية وبين اضطراباته النفسية ، وذلك عندما يربط بين أفكاره وأفعاله وبين اضطراباته . وفى الدراسة الحالية استخدم الباحث النمط اللفظي Verbal type والنمط الكتابي Writtyn type بصفة اساسية عند القيام بالتغذية الرجعية .

طريقة العلاج :

بعد إجراء المقابلات الأولى الخاصة باستقبال المريض ، وتشخيص مشكلته من خلال الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية . تم الاتفاق مع المريض على الإجراءات الخاصة بتنفيذ البرنامج العلاجي فتم الاتفاق على الاتي :

مدة الجلسة العلاجية يتراوح ما بين (٦٠-٩٠) دقيقة وذلك في ضوء رد فعل المريض واستيعابه للواجب .

موعد الجلسات : في الفترة الصباحية بما يتلاءم مع ظروف المعالج والمريض.

المكان : العيادة النفسية التابعة لكلية التربية .

الفترة الزمنية : التي أجريت فيها المقابلات التمهيدية والتشخيصية والعلاجية كانت خلال الشهور الثلاثة (ابريل ، مايو ، يونيه) من عام ١٩٩٥ م . أما المتابعة العلاجية فقد تمت خلال العام ١٩٩٦/٩٥ م .

عدد الجلسات : (١٨) جلسة بواقع جلستين اسبوعياً .

وتم الاتفاق مع المريض على الاجراءات المتبعة عندما يرغب في الاتصال مع المعالج للاستفسار عن شيء أو طلب مساعدة لازالة عقبة من العقبات .

وتشير هنا إلى قضية هامة وهي أن المعالج وضح للمريض بأن الانتقال من تنفيذ واجب إلى تنفيذ واجب آخر ليس معناه تفرغ المريض تماماً لتنفيذ الواجب الجديد فقط ، ولكن يجب تنفيذ الواجبات التي تم التدريب عليها بشكل متكرر ومتواصل معاً ، ولكن ترتيب الجلسات العلاجية بالشكل الذي سنعرض له لاحقاً كان من أجل تعليم وتدريب المريض على كيفية مواجهة كل عرض معرفي أو سلوكي على حده ، ولكن بمجرد اكتساب المهارات اللازمة لذلك فيجب ممارسة هذه المهارات باستمرار . من أجل مهاجمة الأفعال الوسواسية أو الأفعال القهرية أو هما معاً .

أما خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي فتتضح في الجزء التالي .

خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي

تم تنفيذ البرنامج العلاجي من خلال عدة جلسات وواجبات منزلية تم تكليف المريض القيام بها بعد التدريب عليها خلال المقابلات العلاجية كما يتضح فى الخطوات الآتية :

الجلسة الاولى : (الافتتاحية) كان الهدف منها بناء علاقة علاجية مع المريض ، ومشاركة المريض فى اختيار نوع العلاج ، وتحديد السلوك المستهدف ، وتحديد الأهداف المراد الوصول اليها .

الجلسة الثانية : الاستبصار بالمرض

وكان الهدف منها تزويد المريض بمعلومات عن الوسوس والأفعال القهرية من حيث الاسباب والأعراض والديناميات لدى المريض وعلاقته بالشعور بالذنب وهكذا .

الجلسة الثالثة : كان الهدف منها تزويد المريض بمعلومات عن نوع العلاج .

الجلسة الرابعة : كان الهدف منها اعداد المريض للمعالجة من حيث التعرف على المرض ، والاتفاق على نقل المسؤولية العلاجية إلى المريض عند تطبيق الواجبات المنزلية والاتفاق أيضاً على كيفية اتمام التغذية الرجعية .

الجلسة الخامسة والسادسة : كانت تهدف إلى إعادة تركيب البنية المعرفية . وفى سبيل تحقيق ذلك طلب من المتعالج تنفيذ مجموعة من الواجبات مثل واجب ربط المعرفة بالانفعال ، واجب ربط الماضى بالحاضر .

الجلسة السابعة : كان الهدف منها التدريب على صرف التفكير فى اعراض المرض ذاتها إلى التركيز على أشياء معينة ، حتى يمكن شد انتباه المريض إلى موضوعات أخرى .

الجلسة الثامنة : كان الهدف منها التدريب على كيفية صرف الأفكار وذلك عن طريق التدريب على الاستبعاد الفورى لكل فكرة غير مجدية ، وغير مرغوب فيها .

الجلسات الخاصة بعلاج الأعراض المعرفية والسلوكية :

فى هذه الجلسات سيتم التركيز على الأعراض المستهدفة للعلاج وسيكون الاهتمام أولاً بالأعراض التى لها أهمية فى التدخل العلاجى حتى يكون التحسن فى احداها يضمن التحسن فى الأعراض الأخرى .

أولى الأعراض المعرفية :

فى هذه الجلسات والواجبات المنزلية سيتم التركيز على الأعراض المعرفية المستهدفة Focus on target symptoms والتى تم تحديدها من خلال أدوات الدراسة وهى كالتالى:

الجلسة التاسعة : واجب تعديل التشكك والتردد وطرح احتمالات متعددة :-

قد تبين من استجابات المريض على اختبار T.A.T إنه يميل إلى التشكك والتردد وطرح احتمالات متعددة . وربما يكون ذلك ناتج من اعتقاد المريض بوجود التفسير الصحيح واتخاذ القرار الصحيح مائة بالمائة لذلك فهو يمتنع عن التفسير أو اتخاذ القرار وإذا اضطر إلى التفسير واتخاذ القرار فإنه يميل إلى طرح الاحتمالات العديدة والمتنوعة . والمعالج سوف يشرح له ، أنه لا يوجد فى الواقع ثقة فى قرار بهذه النسبة ولكن هى مسألة اختيار بديل من بدائل أو دراسة مميزات وعيوب القرار فإذا تغلبت المميزات فإنه يتخذ القرار والعكس . أما بالنسبة للقرارات الهامة فيمكن استشارة ذوى الخبرة للمساعدة فى اتخاذ القرار . كما أن سلوكنا فى الحياه التبسيط والتوضيح فى تفسير الأشياء حتى يمكن التخفيف منها .

يتم بعد ذلك تنظيم واجب منزلى بين المعالج والمريض ، ويهدف إلى تدريب المريض على اتخاذ قرار واحد بشأن مواقف عديدة مثل السفر ، النوم ، وارتداء الملابس، والأكل ، وزيارة صديق ، وأداء مباراة كرة قدم ، وحضور حفل زفاف صديق .. وهكذا ثم ينتقل التدريب بعد ذلك إلى الحكم على المواقف وتفسيرها برأى واحد (أو احتمال واحد) على الاسئله مثل : سبب زيادة اسعار السلع ؟ لماذا يخطئ الانسان ؟

الجلسة العاشرة : واجب التخفيف من حدة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير .

قد تبين من استجابات المريض على أدوات الدراسة أنه يعانى من الشعور بالذنب وتآنيب الضمير نتيجة لخبراته السيئة أو علاقته غير المشروعة وكذلك اضطراب علاقته مع امه . يقوم المعالج باضفاء الموضوعية على أفكار المريض باستخدام المنطق فى اقتناع المريض بأنه يببالغ فى لوم نفسه وتآنيب ضميره وأن الشعور بالذنب متواجد لدى الجميع المهم أن يكون شعور بناء يدفع الانسان إلى تصحيح اخطائه وتعديل سلوكه وأن الانسان يخطئ لانه لا يعرف من الأمور إلى معرفة جزئية لذلك قد تأتى النتائج عكس ما كان يتوقع المهم أن يتعلم الإنسان ويصحح اخطائه ويعملها .

ثم يقوم المعالج بتصميم واجب منزلى للمريض يتضمن المهارات الاتية:-

- أ - جمع بعض الآيات القرآنية التى تتحدث عن الشعور بالذنب وتفسيرها .
- ب- جمع بعض الاحاديث النبوية التى تتحدث عن الشعور بالذنب وتفسيرها .
- ج- متابعة قصص الخلفاء الراشدين التى تشير إلى الشعور بالذنب ومعرفة اسبابه .
- د- متابعة أشهر قصص الابداء ورجال السياسة ومعرفة إلى أى مدى كانت لهم اخطاء ناتجة من المعرفة الجزئية وذلك جاءت النتائج على عكس ما كانوا يتوقعوا .

ويلاحظ انه ليس هناك كم معين من المعلومات فى المجالات السابقة يجب الحصول عليها ولكن المطلوب حفز المريض على تنفيذ الكثير من هذه المهارات . بعد ذلك يطلب من المريض أن يكتب الموقف الدال على الشعور بالذنب ويعطيه درجة من خمسة (من حيث تقييمه هو لخطورة الموقف) ثم يعطى لنفسه فى تقديره لمشكلته درجة من خمسة أيضا وتسجل بجانب الدرجة الاولى وبهذا يمكن استخدام هذا المقياس التقديرى لمعرفة مدى تقييم المريض لمشكلته بالمقارنة بالمشاكل التى توصل إليها ورصدها من المصادر السابقة ثم يناقش المعالج والمريض معا هذا التقييم فى جلسة باستخدام التغذية الراجعة التى تزود كل من المعالج والمريض معطيات تحدد وتصحح الأفكار اللاعقلانية للمريض وكيفية المبالغة وتضخيم الأمور .

والأساس الذى يبنى عليه هذا الواجب هو الوصول باستخدام اسلوب الاستقراء المنطقى إلى أن الشعور بالذنب خبرة انسانية عرفها الانسان منذ الخلق وسوف يستمر فى معرفتها إلى يوم القيامة وليس المريض هو الانسان الوحيد الذى يعانى خبرة الشعور بالذنب .

ثانياً علاج الأعراض السلوكية :

تركز هذه الجلسات والواجبات المنزلية على علاج المشكلات السلوكية الفعلية لدى المريض والتي تم تحديدها فى :-

- ١- الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال .
- ٢- الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بالصلاة .
- ٣- الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بارتداء الملابس .
- ٤- الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بقفل باب المنزل وباب السيارة (الابواب)
- ٥- طقوس الاستئناء .

سوف يستخدم المعالج فنية المواجهة فى علاج هذه السلوكيات ثم يذكر للمريض أن تكرار المواجهة للمواقف التى تسبب عدم الراحة ومحاولة مقاومة الطقوس بالتدرج تساعد المريض فى معرفة أن سبب سيطرة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هو الانغماس فى هذه المواقف . ويمكن فى هذه الحالة استخدام النمذجة ثم يعطى للمريض واجبات متشابهه حتى يمكن أن تزيد من قدرة المريض على التحمل .

الجلسة الحادية عشر : واجب تجنب طقوس الاغتسال :

تنفيذ هذا الواجب سيتم على مرحلتين :

المرحلة الأولى : يقوم المعالج فى هذه المرحلة بمواجهة طقوس الاغتسال فيأخذ المريض إلى صندوق نفايات وباستخدام النموذج يقوم المعالج أولاً بغسل يديه ، ثم يلمس صندوق النفايات أمام المريض وبعد ذلك يضع المعالج يده على وجهه وشعرة ثم يطلب من المريض تنفيذ هذا الواجب امامه وبكرر ذلك . وفى حالة فشل المريض فى تنفيذ هذا الواجب يكرر المعالج هذا الموقف عدة مرات أمام المريض ثم يطلب منه أداء نفس السلوك

المرحلة الثانية : فى هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض تنفيذ هذا الواجب فى المنزل بمفرده بشرط أن يمتنع المريض عن غسل يديه بعد لمس الأشياء التى يعتقد أنها ملوثة أو فترة إلا بعد ساعتين على الأقل ثم تزداد الفترة تباعاً وعندما يحاول المريض غسل يديه فعليه أن ينهى ذلك خلال مدة لا تزيد عن دقيقة فى البداية ثم تقل الفترة تباعاً

مع تكرار الواجب حتى يمكن مواجهة المواقف التي تثير مخاوفه وبالطبع سيكون من المتوقع ارتفاع قلق المريض عندما يتم تعريضه لمثل هذه المواقف ولكن مع تكرار المواقف فإن القلق يختفى من تلقاء نفسه ، وإذا فشل المريض في تنفيذ هذا الواجب فيمكن للمعالج عن طريق التغذية الرجعية معرفة أسباب هذا الفشل ويحاول أن يناقشها مع المريض ثم يجهز نماذج لمواقف أقل صعوبة بغرض تنفيذها في المنزل مثل الصور المتسخة أو الملابس المتسخة أو الكلاب .. وهكذا حتى يستطيع لمس صندوق النفايات مرة أخرى ثم يتم الانتقال إلى واجبات طقوس أخرى .

الجلسة الثانية عشر : واجب تجنب الشك في اتمام الصلاة كما يجب والشك في عدد الركعات :

يستخدم المعالج في تنفيذ هذا الواجب طريقة لعب الأدوار بهدف تعليم المريض الاستجابة المثلى فيقوم المعالج بأداء الصلاة مع المريض ويكون إمام والمريض مأموم ثم يتناول الأدوار وفي كل مرة يسأل المريض عن نسيان ركن أو بعض من أركان الصلاة بعد ذلك يطلب من المريض الحرص على أداء الصلاة في " مسجد" مع الجماعة لأن في هذه الحالة يكون جميع المصلين بما فيهم المريض حكام على صحة الصلاة ويلفت نظر المريض أن رأى الجماعة هو الصواب دائما ، ثم يطلب من المريض أداء الصلاة في المنزل مع اخوته ويكون هو الإمام ويمكن في هذه الحالة أن يحدد الآيات القرآنية التي سوف يقرأها في كل ركعة قبل الدخول في الصلاة وتصبح هذه الآيات محك مرجعي " على صحة الركعة وعدم النسيان . وبعد الانتهاء من الصلاة يسأل اخوته عما إذا كان نسي شئ أم لا ، وفي حالة توارد الشك وعدم الحسم في عدد الركعات فيمكن في هذه الحالة اتباع القاعدة بان يأخذ بالعدد الأقل فإذا لم يحسم مثلا ماذا كان أدى ثلاث أو أربع ركعات فيأخذ بالعدد الأقل ويكمل الصلاة باستخدام أسلوب مراقبة الذات في التنفيذ وفي كل مرة يعطى لنفسه درجة من خمسة ويسجلها في السجل الشخصي ويراجع ذلك مع المعالج في الجلسة التالية .

الجلسة الثالثة عشر : واجب تجنب طقوس الانشغال بالملابس واتباع نظام

روتيني في ارتدائهما :

يقوم المعالج مع المريض بتصميم الواجب المنزلي الذي يتضمن مهارات ارتداء الملابس في أقل وقت مع محاولة تجنب التفحص في الملابس ، ثم يطلب المريض أن يعطى لنفسه درجة من خمسة عند كل مرة ينجز فيها هذا الواجب ويسجلها في السجل الخاص بتنفيذ هذا الواجب ثم يناقش المعالج والمريض في الجلسة التالية مدى التقدم في تنفيذه هذا الواجب ، وما نوع الصعوبات التي واجهت المريض عند تنفيذ هذا الواجب .

الجلسة الرابعة عشر : واجب تجنب طقوس معاينة الأبواب والأقفال :

يعتمد هذا الواجب على فنية الاغراف الميداني Flooding ويشمل هذا الواجب على تعريض المريض مباشرة أو جها لوجة للعوامل التي تبعث القلق نتيجة سيطرة الأفكار الوسواسية والأفعال القهريّة التي تسيطر على المريض بأنه ترك الباب مفتوحا ثم يذهب المرة تلو المرة للتأكد منه ثم يضع يده على القفل : ويتم تنفيذ الواجب في المنزل بشكل متدرج حيث يعتمد على أحد أفراد الأسرة معه للتأكد من هذه الأفكار وفي المرة الثانية بعد أن يقفل الباب ويذهب إلى الحجرة يطلب من أحد أفراد الأسرة التأكد من قفل الباب وفي المرة الثالثة عندما يذهب إلى قفل الباب فيحاول التأكد من أداء الفعل مرة واحدة ولا يطاوع أفكاره مهما كان درجة تسلطها عليه وذلك بأن يترك الباب ولا يعود للتأكد منه حتى ولو سيطرت عليه فكرة أنه مازال مفتوحا ويتم في الحالة الثالثة وضع درجة من خمسة لكل محاولة يؤدنها بمفرده دون الاستعانة بأفراد الأسرة . والهدف من هذا الواجب أن يسمح للمريض بممارسة سلوكه العادي وكسر الشعور بالقلق الناتج من الأفكار الوسواسية والأفعال القهريّة وهو في موقف آمن حتى يكتسب التعود عليها .

الجلسة الخامسة عشر : واجب تجنب طقوس الاستمناء :

تنفيذ هذا الواجب يتم على مرحلتين :

في المرحلة الاولى : يقوم المعالج بتقديم المعلومات للمريض عن سلوك الاستمناء من حيث الاسباب والأعراض والآثار السلبية المترتبة عن تكرار هذا السلوك . ويكون

المطلوب التركيز عليه في هذه المرحلة بيان أن الاستمناء سلوك لا يظهر قائما بذاته ، ولكنه جزء من السلوك العام للمريض ، ويجب أن يفسر في ضوء الشخصية اللكية ، فالغريزة الجنسية بشكل عام تحوطها قيود وتقاليد شديدة تجعلها خاضعة للكبت والمقاومة ، وذلك فهي أكثر تعرضا للشذوذ في مظاهرها ، فقد تتحرف عن الموضوع الذي يستعمل للتعبير عنها كما في سلوك " اللواط " أو " السحاق " وقد تتجه نحو الذات كما في سلوك الاستمناء . وهذا السلوك (الاستمناء) . له أسباب بعضها يرجع إلى خبرات الطفولة خاصة عندما كان يفعل ذلك بقصد اللعب والتجريب ، أو أنه قد تعود على أن يشبع كل لذاته دون أي عائق في طفولته ، وقد ساعد على ذلك أنه الطفل البكر للأسرة ، ولكنه الآن لم يعد يشبع لذاته بنفس الطريقة كما كان في الطفولة . كما ينتظر منه الآن أن يتحمل المسؤولية . وأن يعطى وأن يتعلم كيف يربأ . أو بمعنى آخر أن يتعلم كيف ينتقل من قطب الاستجابات المباشرة إلى الاستجابات المرجأة ولكنه مع ذلك يبحث عن تحقيق هذا الإشباع ، ويتخذ لهذا الهدف أسهل الطرق لمواجهة الصراعات النفسية الناتجة عن هذا التناقض في الاتجاهات ازاء السلوك الجنسي ، فهو ينفر منه ويعتبره من المحرمات ، ثم يجد نفسه مضطرا للممارسة هذا السلوك وشغوفا به ومنشغل العقل به بحكم الممارسة والتعود . وهذا ما سبب له التشتت والشك والانهك النفسى وجعله متناقضا في اتجاهاته نحو نفسه واسرته واصدقائه . ونحو ما يجب أن يكون عليه وما هو عليه الآن . ونتيجة لذلك نما لديه الشعور بالذنب الحاد . وبدا يفقد احترامه لنفسه ، ويتشدد مع نفسه ، ويتعد عن الناس ، وهذا ما يبرر ظهور الأفكار الوسواسية والأفعال القهريّة لديه كما تظهر في سلوكيات النظافة والمراجعة . وسلوك الاستمناء الذي يعبر عن فشل المريض في التحكم في هذه الأفكار والأفعال فيضطر إلى تكرار سلوك الاستمناء مرة أخرى ليصبح هذا السلوك سبب وعرض في نفس الوقت .

في الموهلة الثانية : يكون التركيز فيها على تشجيع المريض على ضرورة الاقلال التدريجى من هذه العادة ، عن طريق تعليمه وارشاده إلى كيفية الاختيار عندما يكون في موقف اختيار ما بين الخضوع لهذا السلوك أو أن يكف عنه ويتم تنفيذ ذلك من خلال واجبات منزلية يتم تنظيمها خلال الجلسات العلاجية ولايخصص لها جلسة محددة ولكن يطلب منه تكرار تنفيذ هذا الواجب كلما الحت عليه فكرة ممارسة الاستمناء .

وهذه الواجبات تهدف إلى اكساب المريض عادات إرادة لعمل سلوك إرادى جديد يساعده على ذلك المعلومات التى توفرت لديه حول سلوك الاستمناء فعندما يشعر بميل إلى الاستمناء يلجأ إلى الكف عن التفكير فى هذا السلوك ويبحث عن أداء سلوك آخر مثل أداء الصلاة ، أو قراءة كتاب أو قصة ، أو الخروج من المكان إلى مكان آخر به أفراد الاسرة أو اصدقاء ويتحاور معهم فى أى موضوع خارجى . وفى كل محاولة يتم وضع درجة من خمسة وهى تعبر عن درجة نجاحه فى تنفيذ هذا الواجب .
ونشير هنا إلى أنه قد تم توظيف واجب التدريب على صرف التفكير وواجب إيقاف الأفكار مرة أخرى فى تنفيذ هذا الواجب .

الجلسة الختامية : (السادسة عشر) :

تم مناقشة ثلاثة موضوعات فى هذه الجلسة وهى :

- ١ - تقييم عام للبرنامج العلاجى ومناقشة أى ملاحظات حول طرق التشخيص ، والتشخيص ، والبرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة الحالية .
- ٢ - التخطيط لتخصيص جلسة من أجل إجراء القياس البعدى (نتائج الدراسة) .
- ٣ - التخطيط لإجراء متابعة علاجية على مرحلتين بالإتفاق مع المريض على أن تستغرق كل مرحلة ستة شهور وذلك بهدف تحديد ما الذى يمكن للمريض أن يفعله لى يحافظ على ما تم تحقيقه من خلال البرنامج العلاجى فى مهاجمة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والسيطرة عليها كلما أمكن .

وسوف يضح كيفية تحقيق الموضوعين ٢ ، ٣ : فى الخطوات الآتية :

نتائج الدراسة

يمكن عرض ملخص لنتائج الدراسة (مع الإشارة الى أن عرض هذه النتائج بالتفصيل يوجد في الدراسة الاصلية) ، فقد خصصت الجنستان السابعة عشر والثامنة عشر من أجل إجراء القياس البعدي ، وقد تم اختيار مقياس السيكاثينا ، واختبار " ساكس " لتكملة الجمل ، والتقرير الذاتي للحالة . للقياس البعدي ، لمعرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي .

١ - تفسير الدرجة على مقياس السيكاثينا :

حصل الحالة على درجة ثانية (٤٥) وهي بالطبع تقل كثيراً عن الدرجة ت (٧٠) والتي تعتبر غالباً حداً فاصلاً بين السويين واللاسويين . وهذا معناه أن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية قد تراجعت كثيراً ، وأمكن السيطرة عليها بدرجة معقولة .

٢ - تفسير الاستجابات على اختبار ساكس لتكملة الجمل :

تشير الاستجابات في هذا الجانب إلى تحسن العلاقات نسبياً مع الام ، وأنه بدأ يشعر بضرورة تحمل المسؤولية تجاه الاسرة ، وبدأ يتفاعل مع اخوته بشكل أكثر . لكن اتجاهه نحو المرأة ونحو المخاوف قد شهد وجود تحسن نسبى ، مما يشهد إلى وجود بعض العقبات في الاتجاهين ، لكن قد وجد تحسن ملحوظ في الاتجاهات نحو العلاقات الجنسية الغيرية ، الشعور بالذنب ، القدرات الذاتية ، المستقبل ، الأهداف . وهذا التحسن الملحوظ في القياس البعدي في هذه الاتجاهات يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي .

أما الاتجاهات نحو الاب ، والاصدقاء والمعارف ، والرؤساء والمرؤسين ، وزملاء الدراسة ، والماضى ، كانت من المجالات الأقل اضطراباً سواء في القياس القبلى أو القياس البعدي .

النتائج في ضوء التقويم الذاتي :

كثرت نتائج البرنامج العلاجي في ضوء ما عبر عنه المريض في تقريره الذاتي كالآتي:

بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال يشير في تقريره أنه بدأ يلمس الأشياء التي كان يعتقد أنها ملوثة أو قذرة من قبل ، ورغم أنه يشعر بالتلق أثناء لمس هذه الأشياء ، إلا أنه يحاول لمس هذه الأشياء أكثر من مرة . وبالنسبة للنوع فلم يعد يكرره كما كان من قبل حتى ولو سيطرت أفكار تتعلق بترك عضو ما دون اغتسال ، أو أن قذارة معينة علقته به ، أو خرج منه بعض الغازات ، فقد تعلم أن يواجه أفكاره الوسواسية ببعض العبارات المنطقية فيقول " عندما تسيطر على فكرة وسواسية حول صحة وضوئي الآن أحاول مواجهتها بفكرة أخرى مضمونها " طالما أنني لم اتعمد افساد وضوئي ، ولا يوجد دليل ملموس أو مرئي على ذلك ، إذن فإن وضوئي صحيح " يظهر هنا أن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال قد تراجعت تراجعاً كبيراً .

بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بالصلاة يذكر في تقريره الذاتي أنه بدأ يؤدي الصلاة بشكل جيد ، ولم يعد يكرر الصلاة الواحدة أكثر من مرة ، رغم أن هناك أفكار وسواسية تراودة من حين لآخر حول صحة الصلاة ، ولكنه يسيطر عليها ، وهو يتذكر دائماً بأنه لم يتعمد أداء الصلاة بشكل غير جيد ، ولكن هذه الأفكار الوسواسية هي التي تشوه له كل شيء وتفسده ، ومع ذلك يحاول جاهداً الاستمرار في أداء الصلاة والتركيز في معاني آيات القرآن الكريم التي يذكرها أثناء الصلاة ويتذكر دائماً أنه موجود أمام الله " كما يتذكر أيضاً الحديث الشريف " ليس للمسلم من صلاته إلا ما عقل منها " .

أما بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بمراجعة الأبواب والأقفال:

فيشير في تقريره الذاتي أنه بدأ يتحكم إلى حد كبير في سلوك مراجعة الأبواب والأقفال رغم أن الأفكار الوسواسية تراوده من وقت لآخر، ويصاحبها شعور بالقلق لعدم المراجعة كما يشير في تقريره أيضاً أنه يرتدى ملابسه الآن دون معاتاه أو استغراق وقت طويل وقد

ورد في تقريره الذاتى أيضاً أنه امتنع عن ممارسة الاستمناء تماماً ، ورغم توارد أفكار وسواسية متعلّقة بهذا السلوك إلا أنه تعلم ضبط هذا السلوك .

كما أشار إلى أن درجة شعوره بالذنب قد انخفضت ولم تعد كما كانت عليه قبل العلاج ، ويشير أيضاً أنه بدأ يكتسب القدرة على اتخاذ القرار دون تردد أو شك كما كان عليه من قبل ، ويذكر أنه بدأ بالفعل فى اتخاذ العديد من القرارات واضعاً فى اعتباره تحمله للمسئولية سواء كانت النتائج إيجابية أم سلبية وذلك بهدف التخلص من التردد والشك.

التعليق على نتائج الدراسة في ضوء القياس البعدى

تبين من نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجى كان له فعالية فى تعديل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وأن هذه الفعالية كانت أكثر وضوحاً فى جانب الأفعال مما يشير إلى أن الأفعال القهرية كانت أكثر تراجعاً من الأفكار الوسواسية خاصة فى جانب .

١ - الصلاة

٢ - مراجعة الابواب والاقفال .

٣ - الاستمناء

لكن تراجع الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية معاً فى جانب :

١ - الاغتسال .

٢ - ارتداء الملابس .

٣ - الشعور بالذنب .

ولمكذا يتبين بعد تنفيذ البرنامج العلاجى والقياس البعدى الفاعلة العلاجية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية بدرجة كبيرة وعلى مستوى ضبط الأفكار الوسواسية بدرجة مرضية ، ولم يحدث للمريض انتكاس فى أى جانب من الجوانب التى تضمنها البرنامج العلاجى .

FOLLOW-UP : المتابعة

تهدف المتابعة إلى التأكد من مدى استمرار تحسن الحالة في مواجهة المواقف التي تستثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لديه ، وتحديد أيضاً مدى استفادة المريض من الخبرات العلاجية في المواقف التي تم تحديدها قبل العلاج ، وأيضاً مواقف الحياة العامة .
وكان يطلب من الحالة أن يكتب تقريراً ذاتياً عن حالته مستعيناً ببعض الاسئلة التي وضعها المعالج من أجل هذا الغرض وهي :

- ١ - هل تعاني الآن من أفكار وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما ؟
 - ٢ - كيف تتصرف الآن مع هذه الأفكار والأفعال إن وجدت ؟
 - ٣ - كيف تنظر إلى نفسك الآن ؟
 - ٤ - كيف يراك الآخرون الآن من وجهه نظرك ؟
 - ٥ - هل تحسن الحكم على الآخرين الآن ؟
 - ٦ - كيف تتعامل مع الآخرين الآن (الام ، الاخوة ، الاصدقاء ، الجنس الاخر) ؟
 - ٧ - ماوجهة نظرك في اضطراباتك قبل العلاج وبعد العلاج والآن ؟
- وكان يطلب منه أن يذكر في تقريره أي أحداث وقعت له أو مشاكل لم تظهر أثناء العلاج ولم يرد لها إشارة في اسئلة التقرير .
- أما عن طريق الاتصال فقد تم عن طريق " البريد " بين المعالج والمريض مباشرة ، وقد تم الاتفاق في الجلسات الاخيرة للعلاج على أن يتم الاتصال مرتين على مدى العام .
- المتابعة الاولى :

تم اجراء هذه المتابعة بعد (٦) شهور من انتهاء البرنامج العلاجي وقد تتضمن التقرير الذاتي الذي كتبه عن تطور حالته في هذه الفترة أن بعض الأفكار الوسواسية

الخاصة بانصلاة والاستمنااء مازالت تراوده رغم أنه يحاول السيطرة عليها والتخلص منها، كما أنه مازال يشعر ببعض الصعوبات فى تعامله مع الآخرين فعندما يتحدث معهم يشعر أنهم يحملون بداخلهم ردود فعل سلبية نحوه ، رغم أنه بدأ يدرك أن فهم الخير وفيهم انشر ، وأن وجود الشر بجانب الخير من سنن الحياة .

كما ورد فى تقريره أيضاً أنه لم يحقق ذاته بالطريقة التى يتمناها ، ومازال يشعر أنه لم يتحمل المسؤولية كما يجب أن يكون . وحتى الآن لم يتم بعمل فعلى يمكنه من تحسين مستوى الأسرة ، إلا أنه يدرك تماماً بضرورة تنفيذ هذا ، وقد ورد فى تقريره أيضاً أنه مازال يشعر بالتوتر عند تعامله مع الأم رغم تحسن العلاقة بينهما ، كما أن علاقته بالجنس الاخر مضطربه الآن ومازال يعانى من الشك والتردد عند تعامله بالجنس الاخر رغم أنه مدرك ضرورة التفكير فى الزواج مستقبلاً ويتمنى أن يوفق فى هذا الاتجاه ، وقد أنهى تقريره بقوله " على العموم أنا أسير الآن فى الاتجاه الصحيح ، وأشعر بتحسن كبير " .

المتابعة الثانية :

بعد إنتهاء المتابعة الاولى وتقييم حالة المريض تم الاتصال به مرة أخرى عن طريق " البريد " وأخبره المعالج بما تم من تقييم للمتابعة الأولى ، وقد أظهر المعالج له ردود فعل ايجابية لنجاحه فى التحكم فى الأفعال القهرية والكثير من الأفكار الوسواسية ، ومع ذلك فقد ذكر له المعالج بأنه يمكن أن يتعرض للانعكاس ما لم ينجح فى مهاجمة الأفكار الوسواسية بدرجة قوية حتى يمكن السيطرة عليها بالمهارات السلوكية التى تم التدريب عليها اثناء تنفيذ البرنامج العلاجى كما أن عليه أن يكرر البرنامج العلاجى الخاص بالمعارف أو السلوكيات كاملاً وأن يراجع مدى نجاحه فى تنفيذ الواجبات المنزلية باستخدام الكراسة الخاصة بذلك والتى كانت تستخدم اثناء تنفيذ البرنامج العلاجى وعمل التغذية الرجعية لها .

وتم إعلامه أيضاً أن محاولته للسيطرة على الأفكار الوسواسية وحدها لا يكفي ولكن عليه أيضاً أن يحاول إعادة اتجاهه نحو المواقف التي تثير مشاعر الذنب لديه والتي تم تحديدها من قبل ويعمل على فهمها والاستفادة منها بدلاً من الخضوع لها ومعاتاه الاضطرابات النفسية بسببها ، وعليه أيضاً أن يحل التناقضات الوجدانية تجاه الام الناشئة من الصراع بين الحب والكراهة للألم والتعلق بها والرغبة في الاستقلال النفسى عنها ، وإذا كان من الأمور الطبيعية أن يختار زوجة ويكون أسرة في المستقبل فعليه أن يغير مفاهيمه نحو الجنس الآخر ، وأن يتجنب خطأ التعميم ، فإذا كان قد مر بخبره سلبية ، مع الجنس الآخر ، فإن هذا لا يدفعنا الى الحكم على انفسنا أو على الآخـر بين باللاسواء ، ولكن يمكن أن نتعلم الكثير من خبراتنا من أجل تغيير سلوكنا إلى الأفضل .

ثم طلب المعالج منه ضرورة المراجعة وكتابه تقرير ذاتي بعد ستة شهور أخرى ، وبالفعل تسلم المعالج التقرير الذاتي الثاني من المريض والذي أكد فيه درجة التحسن في السيطرة على الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية ، كما تحسنت علاقاته مع أمه وأخواته ، وازداد شعوره بالمسئولية تجاههم . وبدأ يتفاعل مع الآخرين وإن كان هذا التفاعل مازال يحيطه الحذر . وهو الآن في انتظار استلام الوظيفة المهنية في الحكومة ويفكر في البحث عن فرص عمل أخرى بجانب العمل الرسمي لزيادة الدخل ، كما ذكر في تقريره أنه بدأ يدرك جيداً ما يمكن أن يفعله لكي يتعامل بنجاح مع المواقف التي تستثير أفكاره الوسواسية وأفعاله القهرية ، كما بدأ يعرف الكثير عن نفسه من جوانب ضعف أو قوه .

التقويم النهائي عن الدراسة الحالية

بعد اجراء المتابعة العلاجية (الاولى والثانية) ، يمكن اعداد التقرير النهائي عن البرنامج العلاجي كالاتي :

بالنسبة لمشكلة الدراسة فهي تظهر في وصف مريض يعاني من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وبعد مرور فترة زمنية من المعاناة من هذا المرض عرض مشكلته من أجل طلب العلاج ، بعد ذلك قام الباحث بمراجعة الدراسات السابقة ومجهودات علماء النفس الذين حاولوا التأكد من امكانية علاج الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية . وبالإتفاق مع المريض تم استخدام برنامج سلوكي معرفي يعتمد على ثلاث جوانب لعلاج المريض وهذه الجوانب هي : اعادة البناء المعرفي ، وتنفيذ واجبات منزلية ، والتنذية الرجعية .

وفي ضوء ماسبق فإن الهدف الرئيسي للدراسة الحالية كان التأكد من امكانية تشخيص وعلاج الوسواس والأفعال القهرية لدى الحالة (موضوع الدراسة الحالية) .

ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم اجراءات بحث الحالة متبعا الخطوات الاتية :

١ - تشخيص الحالة باستخدام أدوات الدراسة وهي : استمارة المقابلة الشخصية ، المقابلة الحرة ، مقياس السيكاثنيا ، اختبار ساكس لتكلمة الجمل ، اختبار T . A . T ثم التقرير الذاتي للحالة .

٢ - وفي ضوء التشخيص تم تحديد السلوك المستهدف اجرائيا سواء على مستوى تحديد الأعراض كما ظهر في الاغتسال والصلاة ، والوضوء ، وارتداء الملابس ، ومراجعة الابواب والاقفال ؛ والاستمناء أو على مستوى تحديد الاسباب ، وكان السبب وراء ذلك اعتقاد الباحث أن علاج الأعراض فقط لا يكفي فالأعراض ربما يتبعها أعراض أخرى مختلفة أو متشابهة ، ولذلك كان لابد من علاج الاسباب مع الأعراض أيضاً وهذا لا يقلل من أهمية وضرورة الإهتمام بعلاج الأعراض لأن هذا النوع من العلاج من شأنه أن يزيد من ثقة المريض في نفسه ويزيد من ثقته

المعالج أيضاً ، عندما يتم علاج الأعراض . ومن هذا المنطلق كان البرنامج العلاجي يركز على إعادة البناء المعرفي للحالة ثم التكليف بتنفيذ الواجبات المنزلية وعمل التغذية الرجعية بعد الانتهاء من تنفيذ كل واجب .

٣ - تضمنت خطة العلاج الآتي :

- أ - إعادة البناء المعرفي للمريض حيال خبراته ومواقفه .
- ب - التخفيف من مشاعر الذنب لديه بعد معرفة الأسباب وراء ذلك .
- ج - معالجة المعارف والسلوكيات والتي تم تحديدها أثناء التشخيص ، وقد تم الاتفاق مع المريض على علاجها ، وهي تدور حول مراجعة الأبواب والأقفال والاعتسال والصلاة والاستمناة وارتداء الملابس وكانت الخطة العلاجية السابقة تعتمد على مخطط علاجي يتكون من تصميم جلسات يكون الهدف منها إعطاء تعليمات للمريض أو تصميم واجب منزلي وتدريبه على كيفية تنفيذه أو عمل تغذية رجعية لما تم تنفيذه ثم يقوم المريض بتنفيذ الواجب في المنزل يتبعه تغذية رجعية وهكذا
- ٤ - تقييم فعالية التدخل العلاجي بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي وذلك كقياس بعدى فتم إعادة تطبيق مقياس السيكاثنيا واختبار ساكس لتكملة الجمل ، والاعتماد أيضاً على التقرير الذاتي للحالة وقد تبين من نتائج القياس البعدى أن البرنامج العلاجي كان له فعالية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية وعلى مستوى البناء المعرفي المرتبط بالوساوس والأفعال القهرية .
- ٥ - عمل المتابعة العلاجية بهدف التعرف على مدى التحسن في العلاج بعد تنفيذ البرنامج العلاجي . وقد تمت المتابعة على مرحلتين بفاصل زمني ستة شهور بين كل مرحلة وأخرى وقد تم الاعتماد على طريقة التقرير الذاتي الذي يكتبه المريض عن نفسه لتقييم حالته . وقد تبين من خلال المتابعة أن المريض يتعامل بنجاح مع أعراضه المرضية عن طريق مهاجمتها ، كما أنه أصبح متفهماً للأسباب التي كانت وراء هذه الأعراض ، نشير هنا أيضاً أن التحسن في العلاج بدأ في الغالب على

مستوى الافعال القهرية أولاً ثم على مستوى الأفكار الوسواسية ثانياً وكان يتم على المستويين فى بعض الأعراض ، وليس هناك أى دلائل تشير إلى أن المريض قد حدث له ارتكاس ، وهذا يدل على فعالية البرنامج العلاجى فى تعديل الافكار الوسواسية والافعال القهرية .

ويجب التأكيد على حقيقة هامة فى نهاية هذا التقرير الختامى وهي : أن فائدة البرنامج العلاجى المستخدم فى هذه الدراسة والذى أعتمد على إعادة البناء المعرفى وتنفيذ الواجبات المنزلية والتغذية الرجعية يجب أن يستفاد من نتائجه بحذر ، لأن ماحققه هذا البرنامج من نجاح هو نتيجة استخدامه على حالة فردية لها سمات شخصية وبناء نفسى وقدرات عقلية معينة ، بالإضافة إلى وجود دافع ورغبة لدى الحالة فى طلب المساعدة على حل مشكلته ، والالتزام بتنفيذ ماكلف به بصدق وأمانه سواء عند تنفيذ الواجبات المنزلية أو عمل التغذية الرجعية أو كتابة التقارير الذاتية . هذه العوامل يجب أن توضع فى الاعتبار عند استخدام هذا البرنامج العلاجى مع حالات أخرى أو تعميم نتائج الدراسة الحالية .

المراجع العربية

- ١ - أحمد عكاشة ، علم النفس الفسيولوجي ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٠ .
- ٢ - إميل خليل بيدهس ، قضايا في التحليل النفسي ، بيروت : منشورات دار الأوقاف الجديدة ، ١٩٨٠ .
- ٣ - أوتوفينخل ، نظرية التحليل النفسي في العصاب . الكتاب الثاني . ترجمة صلاح مخيمر وعبد مبخائيل وزق ، القاهرة : الانجلو المصرية ، ١٩٦٩ .
- ٤ - حامد عبدالسلام زهران ، الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط ٢ القاهرة : عالم الكتب ، ١٩٧٨ .
- ٥ - ويتشارد . م . سوين . علم الأمراض النفسية والعضلية ، ترجمة أحمد عبدالعزيز سلامة ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٩ .
- ٦ - س . هـ . باتوسون ، نظريات الارشاد والعلاج النفسي . ترجمة حامد عبدالعزيز الفتى ، ج ٢ الكويت : دار القلم ، ١٩٩٠ .
- ٧ - فرويد (سيجمند) ، القلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٦٢ .
- ٨ - فرويد (سيجمند) خمس حالات من التحليل النفسي ، ترجمة صلاح مخيمير ، عبد مبخائيل وزق ، ج ٢ ، القاهرة : الانجلو المصرية ١٩٧٢ .
- ٩ - فرويد (سيجمند) الكف والعرض والقلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، ط ٢ ، القاهرة : دار الشروق ، ١٩٨٢ .
- ١٠ - لويس كامل ، عماد الدين إسما عيل ، عطية هنا ، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٧٨ .
- ١١ - لويس كامل ، عماد الدين إسما عيل ، عطية هنا ، الشخصية وقياسها ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٥٩ .
- ١٢ - مارتني بيار ، خان . م . م . دو ميزان . م . م . دافيد . م . م . النابلس . م . م . بسيكو سوماتيك الهستريا والوساوس المرضية ، ترجمة غزوي نابلس . بيروت . دار النهضة العربية ، ١٩٩٠ .
- ١٣ - مصطفي فهمي ، علم النفس الاكلينيكي ، القاهرة : مكتبة مصر ، ١٩٦٧ .

المراجع الأجنبية

14. Berman , L., The obsessive - compulsive neurosis in children. J. of Nervous and Mental Diseases 1942, 95, 26- 39.
15. Boersma , k. Hengst, S.D. Deker, J .and Emmelkamp , M.G. Exposure and Response prevention in the natural Environment : A comparison with obsessive-compulsive patients, Behavior and Research therapy., 1976. 14, 19- 24
16. Bolton, D. and Turner, T, obeseiv compulsive Neurosis with conduct disorder in Adolescence : Areport of tow cases . J. Child. Psychology., 1984 , 25, 1, 133-139.
17. Clark, D. A. Bolton, D. Sugrdi, I,. Case histories and shorter communications primary obsessional slowness a nursing treatament programme with a 13- - year old male adolescent. Behavior Research and therapy., 1981; 20, 289-292.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, D.S.M III-R; American psychiatric Association, Washington , DC, 1987
19. Emmelkam,P.M; Helm,M.V;Zanten,B. and Plochg, I. "Treatment of obsessive Compulsive patients: The contribution of self-instructional training to the effectiveness of exposure. Behavior Research and Therapy., 1980, 18, 61-66.

20. Flament, M., Rapoport, J., Berg, C., Sereey, W., Kilts, C., Mellstrom, B., and Linnoila, M. Clomipramine treatment of childhood obsessive compulsive disorder. *Archives of General psychiatry*, (1985c), 42 : 977-983 .
21. Flament ,M.F., Koby, E, Rapoport, J, berg, C.Zahan, T, Cox, C. "Childhood obsessive - compulsive Disorder : Aprospective Follow - up study. *J. child psychology and Psychiatry* 1990, 31 3, 363 -380 .
22. Jan Scott , J. Mark G. Williams , and Aron T. Beck (eds) . *Cognitive therapy in clinical practice* . Routledg , London , 1989 .
23. Hodgson, R. Rachman and Marks, I., The treatment of chronic obsessive compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Behavior Research and Therapy*, 1972 , 10 , 181-189.
24. Hollingsworth, C. Tanguay, P. Grossman, L. Pabst, P. Long-term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood . *J. of the American - Academy of child psychiatry* 1980 , 19, 134-144.
25. Ingram, M. Snyder, C. Wills, T Handelsman, M. Desire for personal feed back: who wants it and what does it mean for psychotherapy ? . *J. of personality* 1982, 50, 3, 316 - 330 .
26. Kendzierski, D. Effect of positive and negative behavioral feed back on subsequent attitude-related action . *J. of personality* 1987, 55, 1, 55-79.

27. Kirk, J.W. Behavioural treatment of obsessional compulsive patients in routine clinical practice. Behavior Research and therapy 1982,21, 1, 57-62.
28. Lewis, A.J., Obsesional illness, Acte Neuropsiquiat Argent., 1957, 3, 323-350.
29. Mayer - Gross, Slater, E. Roth, M. clinical psychiatry. Cassell and Company Ltd. London. 1954.
30. Meichenbaum, D., Cognitive -Behaviour modification : an integration approach. New York: Plenum. 1977.
31. Perls, F.S., Theory and technique of personality integration . American J.of psycho therapy, 1948, 2,565-586.
32. Rachman, S.,Hodgson and Marks,I.M. The treatment of obsessive compulsive neurosis. Behavior Research and Therapy 1971, 9, 237-274.
33. Rachmans, S. Marks, I. M. and Hodgson. The treatments of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo . Behavior Research and therapy . 1973, 11, 463 - 471.
34. Rachmans ,S. The modifications of obsessions : a new formulation. Behavior Research and Therphy. 1977, 14, 437-443.

35. Rachman, J. Cobb, S. Grey, B., McDonald, D. Mawson, G. Sartory and Stern. The behavioural treatment of obsessional compulsive disorders, with and without clomipramine. Behavior Research and Therapy, 1978, 17, 467-478.
36. Robertson, John, "Towards a comprehensive treatment for obsessional thoughts. Behavior Research and Therapy. 1983, 21, 4, 347-356.
37. Robinson, S. Feedback seeking in groups. A theoretical perspective. British Journal of Social psychology, 1993, 32, 71-86.
38. Roper, G. and Rachman, S. Obsessional-compulsive checking experimental replication and development Behavior Research and Therapy, 1976, 14, 25-32.
39. Thomas, R. Insel, M. Obsessive Compulsive Disorder. American psychiatric press, INC. Washington, D.C. 1984.
40. Walker, V.J. Explanation in obsessional neurosis. British J. psychiatry, 1973, 123, 675-680.
41. Walton, D. The relevance of learning theory to the treatment of an obsessive-compulsive state. In Eysenck, H.J. (ed) Behaviour therapy and neuroses 1960 Oxford Pergamon Press.
42. Warren, W. Some relationships between the psychiatry of children and of adults. J. of mental Science 1960, 106, 815-826.