

فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي في تخفيف بعض اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة "دراسة حالة"

إعداد

د. أحمد سمير صديق أبو بكر

مدرس الصحة النفسية كلية التربية - جامعة المنيا

مستخلص البحث:

هدفت الدراسة إلى تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري باستخدام أدوات تشخيص سيكومترية وكلينيكية ، مع توضيح مدى الانفاق والاختلاف بين هذه النتائج ، وإعداد برنامج علاجي سلوكي جدلي ، والتحقق من فعاليته في تخفيف بعض اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أحدى طالبات الفرقة الثالثة بكلية التربية جامعة المنيا ، وتم استخدام استمارة المقابلة الشخصية، واختبار التحليل الكلينيكي (ترجمة: البحيري، ٢٠١٦) واختبار تفهم الموضوع للكبار(T.A.T) ، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) (ترجمة: الباحث) ، والبرنامج العلاجي السلوكي الجدلي (إعداد: الباحث) ، واعتمدت الدراسة على المنهج الكlinيكي والشبة تجريبي لدراسة الحالة ، وأظهرت نتائج الدراسة اتفاق الأدوات السيكومترية والكلينيكية في تشخيص اعراض اضطراب الوسواس القهري ، كما أظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف اعراض الوسواس القهري لدى الحالة ، كما استمرت فعالية البرنامج العلاجي بعد فترة المتابعة ، وفي ضوء هذه النتائج تمت صياغة بعض التوصيات .

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي الجدلي، اضطراب الوسواس القهري، دراسة الحالة .

The Effectiveness of the Dialectical Behavior Therapy Program in Relieving some Symptoms of the Obsessive-Compulsive Disorder among University Students: A case study

By

Dr. Ahmed Samir Sedik Abo-Bakr

A Lecturer at Department of Mental Health,
Faculty of Education – Minia University

Abstract:

The aim of the current study was to diagnose the symptoms of obsessive-compulsive disorder using psychometric and clinical diagnostic tools, and explaining the extent of agreement and difference between findings. It aimed also to prepare a dialectical behavior therapy (DBT) program, and identify its effectiveness in relieving some symptoms of the obsessive-compulsive disorder of a third-year female student at the Faculty of Education, Minia University. The researcher utilized the personal interview form, clinical analysis test (translated by El-Beheiry, 2016), Thematic Apperception Test (TAT), list of diagnostic criteria for obsessive-compulsive disorder in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5) (translated by the researcher), and dialectical behavior therapy (DBT) program (Prepared by the researcher). The study adopted the clinical and quasi-experimental research designs to study the case. Findings of the study revealed the agreement of psychometric and clinical tools in diagnosing the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Findings also showed the effectiveness of the dialectical behavioral therapy in relieving the symptoms of obsessive-compulsive disorder in the case, results revealed that the effectiveness of the therapy program continued in the follow-up period. In light of these findings, some recommendations were drawn.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy (DBT), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Case Study.

المقدمة :

يُعد اضطراب الوسواس القهري واحد من اضطرابات القلق وأكثرها آلاماً على شخصية الفرد ، فالأفكار الوسواسية من أهم أعراض الوسواس القهري ، التي تشغل ذهن الفرد وتسيطر عليه ويجد صعوبة في التخلص منها ، الأمر الذي يؤثر على حياته ، ويلي هذه الوساوس الأفعال القهريّة التي تتسبّب في ضياع الوقت والجهد لديه ، وقد تستمر الوساوس منفردة بدون أفعال قهريّة .

فاضطراب الوسواس القهري (OCD) هو أحد اضطرابات القلق التي تتسم بوجود وساوس وأفعال قهريّة ، فالوساوس عبارة عن أفكار أو بواعث متكررة يدركها الفرد على إنها افتراضية وغير ملائمة ، والوساوس ليست ببساطة عبارة عن جانب قلق زائد عن مشكلات الحياة الحقيقية ، ويجب على الفرد أن يدرك أن الوساوس عبارة عن نتاج لعقله هو ، وبالإضافة لذلك يجب أن يحاول الفرد تجاهل أو قمع الوساوس ومعادلتها مع فكرة أخرى أو فعل آخر ؛ أما الأفعال القهريّة فهي أفعال عقلية أو سلوكيات متكررة يقوم الفرد بتأديتها استجابة لوساوس أو وفقاً لقواعد خاصة والتي يجب أن تتطابق بشكل صارم (Antony & Swinson, 2001, P.53). ويمكن الاستدلال على اضطراب الوسواس القهري من خلال ملاحظة سلوك المريض ، أو من خلال ما يذكره التقرير الذاتي ، أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الآخرين من خلال الأدوات المناسبة في التشخيص ، ويظهر هذا الاضطراب على شكل وساوس قهريّة وأفعال قهريّة ، وقد توجد الوساوس فقط دون الأفعال ، ولكن وجود الأفعال يُحتم أن يوجد معها الوساوس ، والسبب في ذلك أنه عندما تتسلط فكرة على الفرد ويصاحبها الشعور بالقلق ، ثم يلجأ الفرد إلى أسلوب ما من أجل خفض القلق وينجح هذا الأسلوب في تحقيق ذلك الهدف ، يتبع ذلك تثبيت لهذا السلوك وتكراره كلما سيطرت الفكرة الوسواسية مرة أخرى (سعفان ، ٢٠٠٣، أص. ٧٠) .

(*) تم الالتزام بنظام قواعد التوثيق العلمي للإصدار السابع (7th) APA Style.

والوساوس هي أفكار مقتبسة وغير مرغوبة ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها ، وهي عموماً مقاومة ، وتتصف بكونها داخلية المنشأ ، وعادة ما يرتبط مضمون الوساوس بالتلوث والعنف والدعوان والأذى والمرض والنظام والجنس والعقيدة وبالشك الشامل ، وعلى الرغم من ذلك فالوساوس تكون مرتبطة بأشياء غير معتادة وتبدو تافهة ؛ والأفعال القهيرية تتسم بالتكرار وتبدو في صورة سلوك غرضي وهي تمارس ، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهقر ، ويقاومها الشخص عموماً ، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها ، فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص (ليندزاي وبول ، ٢٠٠٠، ص. ٦٠-٦١) .

ويستخدم مصطلحاً الوساوس والقهر بشكل تبادلي غير دقيق ، وهذا غير صحيح ، إذ إنهم يشيران إلى ظاهرتين متلازمتين : فالوساوس أفكار تطفلية تفتح الفكرة من داخله ، كما أنها مداومة معاودة وتنسب في حدوث القلق ، في حين أن الطقوس القهيرية أفعال نمطية جسمية أو عقلية ، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوساوس ، ولكنها يوجدان معاً عادة ، فقد أتضح أن حوالي ٨٠٪ من المرضى لديهم وساوس وقهر ، وتعاني قلة منهم من الوساوس وحدها ، ومن النادر أن نجد الطقوس القهيرية الخالصة ، دون أن يصاحبها أفكار وسواسية ، والوساوس تسبق الطقوس القهيرية عادة ، ولكن يحدث أحياناً أن يلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس وبخاصة مع الشك الوسواسي (عيد والنيل وعبدالخالق ، ٢٠٠٩ ، ص. ١١٧-١١٨) .

ونتيجة لما سبق ظهرت عديد من المداخل الإرشادية والعلاجية التي اهتمت بعلاج اضطراب الوساوس القهري وأغلبها قائم على العلاج المعرفي السلوكي من خلال أسلوب التعرض ومنع الاستجابة مثل دراسات (سعفان، ١٩٩٦؛ Marks, 1997؛ البشر وفرج ٢٠٠٢؛ Anderson & Rees, 2003؛ Wagner, 2007؛ رزق، ٢٠٠٣؛ ٢٠٠٤؛ Tolin., Frost & Steketee, 2007؛ أحمد وغانم ٢٠٠٨؛ عبد الهادي، ٢٠١٤؛ Turner, 2014؛ حنور، ٢٠١٦) والبعض منها قائم على الإرشاد الانتقائي (سعفان، ٢٠٠٣؛ مبارك، ٢٠٠٣؛ الرشيد، ٢٠١٥؛ فضة والفقى وسید، ٢٠١٠)

وأجريت مؤخرًا بحوثاً قدمت أدلة على فعالية العلاج السلوكي الجدلي مع الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري كدراسات (Miller & Kraus,2007) ; Ahovan., Balali., Shargh &Doostian,2016 ; Fairfax,2008 (Pierce,2021) ودراسة (Lynch & Cheavens,2008) التي هدفت إلى استخدام العلاج السلوكي الجدلي لحالة مرضية تعاني من البارونيا واضطراب الوسواس القهري. فالعلاج السلوكي الجدلي قد تم تطويره من جانب مارثا لينهان وزملائهما ، وهو ينتمي للموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي ، فذكر بارلو (٢٠٠٢، ص.٩٥٥-٩٥٦) أن لينهان طورته لعلاج الشخصية الحدية ، وهو منحى يمزج بين المناخي النسبي الديناميكي ونظم التفاعل بين الأفراد والعلاج المعرفي السلوكي ، وقد انطلق العلاج المعرفي السلوكي من محاولة علاج حالات الانتحار المزمنة وللأفراد المتطرفين في سوء توافقهم .

فالعلاج السلوكي الجدلي هو نهج يجمع بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي أي عناصر السلوكية والفلسفه الدياليكتيكية، وتم تطويره من قبل مارثا لينهان لعلاج النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية ، وهو نهج أثبت فعاليته في علاج الشخصية الحدية ، والتعامل مع عدم الاستقرار العاطفي والمعرفي واضطرابات سلوك إِيذاء النفس ، والمشاعر المزمنة ، والمشكلات الشخصية ، وضعف السيطرة على الانفعالات ، وإدارة الغضب (Linehan et al,2002,P.14) . وتُعد عملية الإقناع الجدلي التعليمي أحد المكونات الرئيسية في هذا العلاج ، حيث يسعى المعالج لمساعدة العميل على التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية الخاطئة ، وإعادة البناء المعرفي من خلال الإقناع اللفظي (محمد ،٢٠٠٠، ص. ٤٦-٤٧).

وعلى الرغم من أن العلاج السلوكي الجدلي قد صُمم خصيصاً لعلاج اضطراب الشخصية الحدية إلا أنه أصبح علاجاً لمدى واسع من الشخصيات والمشكلات والأعراض ، فقد أثبت فعاليته في مساعدة الأفراد على تعديل انفعالاتهم الشديدة المتطرفة وخفض السلوكيات الاندفاعية والتخربيّة ، وهذا ما جعله علاجاً جذاباً خاصة لمن يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط أو الانفعالات الشديدة (Matta,2012,P.3-4) .

وذلك ما دفع الباحث إلى محاولة استخدام العلاج السلوكي الجدي الذي طورته "مارثا لينهان" للتخفيف من اضطراب الوسواس القهري ، حيث يعتبر العلاج السلوكي الجدي من المداخل العلاجية التي أثبتت فعاليتها في علاج عديد من الاضطرابات النفسية ، مثل : اضطراب الاندفاعية ، اضطراب القلق ، اضطراب العناد الشارد ، الغضب والعدوان ، سلوكيات إيذاء الذات ، اضطرابات الأكل ، اضطراب ما بعد الصدمة ، الميل للانتحار، اضطراب الشخصية الحدية (Shelton., Sampl.,Kesten., Marco., : Chapman., Gratz & Tull,2011؛ Zhang.,& Trestman, 2003 Harned., Korslund & Tomlinson,2015 ؛ Garcia., & Botella ,2013 Harned., Schmidt., : Safer., Telch & chen,2017؛ Linehan,2014 Kells., Joyce., Flynn., Spillane & Hayes, : Korslund & Gallop,2020 .(Flynn., Kells &Joyce, 2021؛ 2020) .

ما يجعل العلاج السلوكي الجدي علاجاً فعالاً بنتائج واعدة للاستخدام مع الاضطرابات والمشكلات النفسية المختلفة التي تعيق توازن الفرد وتؤثر على مختلف جوانب حياته ، ولما لاضطراب الوسواس القهري من تأثيرات سلبية على شخصية الأفراد ؛ الأمر الذي يتطلب العمل على التخفيف من حدته من خلال التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدي للتعديل من طريقة الفرد المتناقضة والخاطئة في التفكير ومساعدته على تغيير السلوكيات المشكلة ، وتدريبه على كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة، وأيضاً التعامل مع الأحداث التي تسبب له الشعور بالتعاسة والتوتر، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الحالية وقبول ما يحدث ، والمساعدة على تنظيم الانفعالات ، وتعلم إستراتيجيات أفضل لإدارة الضغوط الحياتية ؛ ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية لتشكل خطوة في الاتجاه العلمي لتتناول اضطراب الوسواس القهري بأسلوب حديث نسبياً من خلال تصميم برنامج علاجي سلوكي جدي .

مشكلة الدراسة :

بدأ إحساس الباحث بمشكلة الدراسة من خلال عمله التدريسي والفاعلي مع طلاب المرحلة الجامعية ، فقد لاحظ على أحدى الطالبات ظهور علامات التششك والتrepid المستمر سواء في نفقة كشف الحضور للمحاضرات أكثر من مرة أو التردد في الإجابة على التساؤلات المختلفة وجلوسها دوماً في مؤخرة القاعة الدراسية ؛ وبعد فترة ليست بالطويلة من المحاضرات جاءت الحالة " ب - ح " وهي طالبة بالفرقة الثالثة بكلية التربية وعمرها الزمني (٢٤) عاماً إلى المكتب تلتزم العلاج ، وسبق لها دخول المستشفى وطلبها للعلاج أكثر من مرة سابقاً من خلال مجموعة من المشايخ ، وتشكو الحالة من أعراض الوسواس والأفعال القهيرية ، التي بدأت معها في بعض الأمور بسيطة ثم تدرجت إلى أن أصبحت تغطي كافة الأمور في حياتها ، فكانت بداية المرض في الصف الثالث الثانوي .

وتشير أعراض الوسواس والأفعال القهيرية لديها في طقوس الشك المختلفة ؛ مثل الشك في كتابة الأسم في كشف الحضور وإعادة النظر فيها مرات عديدة للتأكد ، وعدم التأكد منها مما نظرت (على حد قولها)، وطقوس الاغتسال والطهارة مثل غسل اليدين المتكرر بالصابون ، وإعادة الوضوء أكثر من مرة والشك في الطهارة مما يدفعها للإسراف في المياه ، وتقل الصلوات عليها بسبب تكرار وإعادة الصلاة أكثر من مرة ، وعدم القدرة على إنجاز الأعمال اليومية ، واستحواذ بعض الأفكار عليها وعدم القدرة على مقاومتها ؛ فمثلاً حمل المحفظة والموبيل في يديها باستمرار لإراحة نفسها وعدم التفكير في فقدهما أغلب الوقت ، ويغلب عليها كثرة العناية بالتفاصيل ، كما صاحب الحالة بعض التدهور ووجود بعض الأفكار الانتحارية لديها وإذاء الذات في أكثر من مرة ، مثل تفكيرها بأن ترمي نفسها من الدور الرابع ولكنها لا تقوى على تنفيذ ذلك؛ وتذكر الحالة بأنها في مرة من المرات قامت بقص شعرها بالكامل وأنها كانت في حالة انهيار تام وطلبت من أسرتها بأن يدخلوها مستشفى الأمراض النفسية ، وليس ذلك فحسب بل تراودها أفكار إِيذاء الآخرين .

وصاحب الوسواس والأفعال الظاهرة بعض الاضطرابات والمشكلات الانفعالية الأخرى التي ظهرت على الحالة تمثلت في القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية والخوف من المستقبل، كما أدى إلى سوء علاقتها الأسرية والاجتماعية مع كل المحيطين بها ، وتدنى مفهوم الذات لديها ، فضلاً عن تدهور المستوى الأكاديمي بشكل ملحوظ .

ومن خلال العرض السابق للحالة التي لديها اضطراب الوسواس الظاهري ، يتضح لنا مدى خطورة تطور أعراض ذلك الاضطراب على اختلافها وتتنوعها من أعراض جسمية ونفسية وسلوكية ، مما يؤثر عليها بالسلب ، فضلاً عن تدهور العلاقات الاجتماعية والميل نحو العزلة والانسحاب من المجتمع ومن مزاولة الأنشطة الحياتية المعتادة ، نتيجة افتقارها إلى مهارات التنظيم الانفعالي ، ونقص مهارات تهدئة الذات ، وعدم القدرة على التعامل مع الواقع ، مما يدعم الحاجة إلى الالتفات لوضع برامج علاجية مناسبة لخفض أعراض هذا الاضطراب من آثاره التي تؤثر على مجلمل شخصية الحالة .

كما اتست نتائج ملاحظة الباحث وأسئلته مع الحالة مع أدبيات البحث حول طبيعة اضطراب الوسواس الظاهري لدى طلبة المرحلة الجامعية، حيث إن طلاب الجامعة أكثر معاناة عن الطلاب في المراحل التعليمية الأخرى من هذا الاضطراب (عكاشة ، ٢٠١٨ ، ص.١٧٠) ، كما أن نسبة من ١٥-١٠% من طلاب الجامعة الأسيوياء يقومون بسلوك التكرار وأن هذا السلوك يكفي لإدراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس الظاهري (غانم ، ٢٠٠٦ ، ص.٧١). كما يُسبب اضطراب الوسواس الظاهري كثيراً من المتاعب لكل المرضى بصفة عامة وطلاب الجامعة بصفة خاصة ، حيث يؤدي إلى القلق العالي والدكر والتوتر بالإضافة لضياع الوقت والجهد نتيجة ل القيام بالطقوس الحركية والأفعال الظاهرة ، كما يؤدي إلى الفشل الدراسي حيث يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي لطلاب الجامعة (Adam., Bischof & Gary,2003,P.147)

وعليه ظهرت الحاجة إلى التدخل التجاريبي بتصميم برامج علاجية لتخفييف بعض أعراض الوسواس الظاهري لدى طلبة الجامعة ، ولمساعدة هؤلاء الطلبة الذين يمررون بمرحلة عمرية مهمة في التغلب على ما يواجههم من مشكلات سلوكية .

وكما هو معلوم بأن النظريات السلوكية تعني بتعديل السلوك المضطرب ، والتعامل مع عديد من الاضطرابات النفسية وعلاجها بنجاح وفي مراحلها المتعددة (Corey & Corey, 2014,P.55) ، وفي فترة الثمانينيات من القرن الماضي التي تميزت بالبحث عن آفاق جديدة بعيداً عن نظريات التعلم التقليدية ، لاهتمامها بدور الانفعالات والعواطف في العلاج لإحداث التغيير ، هنا ظهر العلاج المعرفي السلوكي كقوة رئيسية ، وتم تطبيق التقنيات المعرفية السلوكية في علاج الاضطرابات النفسية (باترسون، ١٩٩٠، ص ٥٣٩) . إلا ان استمرار تطور النظرية المعرفية السلوكية أدى إلى ظهور الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي ومنها العلاج السلوكي الجدلي ، والذي يُعد توجهاً حديثاً في علاج اضطراب الوسواس القهري .

فيعد العلاج السلوكي الجدلي من المداخل الحديثة والمهمة في مجال الصحة النفسية والذي أكد كثير من الباحثين فعاليته في علاج بعض الاضطرابات النفسية المتعددة مقارنة بالمداخل العلاجية المعرفية السلوكية الأخرى، والمداخل العلاجية النفسية والطبية (Valentine., Bankoff., Reidler & Pantalone, 2015 ,P.3)

وما للعلاج السلوكي الجدلي من أهمية ودور فعال في التخلص من الأفكار السلبية وتحقيق التغيير والوصول إلى معاني جديدة ؛ وذلك من خلال الإقناع الجدلي واستثمار التعارض في العلاقة العلاجية (بارلو، ٢٠٠٢، ص. ٩٦٦) . كما يركز هذا العلاج على تعليم الأفراد تعديل العواطف المتطرفة أو الزائدة عن الحد وخفض السلوكيات الناتجة عن هذه الانفعالات المتطرفة ، ويهدف أيضاً إلى تعليمهم الثقة في انفعالاتهم الخاصة ، وفي أفكارهم وفي سلوكياتهم ، معتمداً في ذلك على العلاج الفردي ، والتدريب على المهارات (البيضة العقلية ، الفاعلية البنشخصية ، تحمل الضغوط ، تنظيم الانفعالات) ، والتدريب عن طريق الهاتف (Swales & Heard,2007,P.190).

كما أن التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي تساعد على التحكم في اضطراب الوسواس القهري ، فمن خلال ملاحظة الأفكار كأفكار فقط ، وأنها ليست هناك حاجة للعمل بها والبيضة العقلية لكل ما يقوم به الفرد والتواصل مع اللحظة الحالية كل ذلك يساعد في خفض الأفكار الوسواسية ؛ كما أن التدريب على تحديد الرغبة في العمل ، وإدراك الوساوس على إنها إذارات كاذبة ، واستخدام الفعل المعاكس ، واستخدام

الإلهاء ، واستخدام تدريبات اليقظة العقلية في أداء الأشطة كل ذلك يساعد في التحكم في السلوكيات القهريّة (Chapman., Gratz & Tull, 2011,P.187).

وقد جاء الاهتمام باضطراب الوسواس القهري في مجال الدراسات السيكومترية الكlinيكيّة العلاجية ضمن دراسة حالة تشخيصية علاجية يجرى لها برنامج علاجي سلوكي جدي ، فضلاً عن الاهتمام بدراسة أعراض اضطراب الوسواس القهري ، حيث أتضح مما سبق أن الأعراض الرئيسية التي ظهرت على الحالة تمثلت في الطقوس الخاصة بالنظافة وغسل اليدين ، الشك والخيرة والخوف من إيذاء النفس وإيذاء الآخرين ، وجود بعض الأفكار المتسلطة ؛ ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة في محاولة للكشف عن مدى إمكانية تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري باستخدام أدوات سيكومترية وإكلينيكية ، والكشف عن فعالية العلاج السلوكي الجدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

أ- ما هي ديناميّات الشخصية والبناء النفسي للحالة التي تعاني من بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري من منظور المنهج الكlinيكي ؟

ب-ما فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة ؟

ج- هل تستمر فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة بعد فترة المتابعة ؟

أهداف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تعرف ما يلي :

أ- ديناميّات الشخصية والبناء النفسي للحالة التي تعاني من بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري من منظور المنهج الكlinيكي.

ب-فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة .

ج- استمرار فعالية برنامج العلاج السلوكي الجدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة بعد فترة المتابعة .

أهمية الدراسة : تتضح أهمية الدراسة من خلال ما يلى :

- أ- اعتمدت هذه الدراسة على دراسة حالة واحدة ، وعلى الرغم من الاعتراضات التي توجه إلى مثل هذا النوع من الدراسات ؛ فإن مثل هذا النوع له مميزات عده قد لا توجد في الدراسات التي تستخدم عينات كبيرة ، ومن هذه المميزات : توظيف طاقات الباحث في التشخيص والعلاج بطريقة أكثر فعالية مقارنة بالدراسات التي تستخدم عينات كبيرة ، وقد يحل مثل هذا النوع من الدراسات كثير من المشكلات الخاصة بتحقيق التجانس بين أفراد العينة الكبيرة .
- ب- معرفة بعض أعراض الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة ، وذلك من خلال نتائج الدراسة السيكومترية والклиニكية .
- ج- ندرة التدخلات العلاجية القائمة على العلاج السلوكي الجدلي في البيئة العربية وخاصة مع اضطراب الوسواس القهري، لذا قدمت هذه الدراسة برنامجاً علاجياً يمكن من خلاله تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة .
- د- ما تسفر عنه الدراسة من نتائج تكشف عن دور العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري ، وإلقاء الضوء على مزيد من فنيات ومهارات العلاج السلوكي الجدلي التي يمكن توظيفها في برامج علاجية مشابهة قد تسهم في خفض كثير من المشكلات والاضطرابات النفسية .

مصطلحات الدراسة :**أ- العلاج السلوكي الجدلي (DBT)**

يعرف بأنه منهج علاجي يعتمد على فكرة الجدلية عن طريق إحداث نوع من التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير ، وسلطًا الضوء على التناقضات في حياة الفرد ومحاولة التوفيق بينها من أجل تغيير إيجابي في حياته الشخصية ، كم أنه طريقة في العلاج تجمع بين عناصر فنون العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء والمهارات المساعدة ، وتعزيز مهارات الوعي الذاتي ، وفنون المعالجة الأساسية كحل المشكلات ، والتدريب على مهارات التعرض ، وإدارة الطوارئ ، وتعديل المعرف (Linehan,1993,P.19).

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه نوع من العلاج النفسي يقوم على وجهة نظر لينهان في العلاج السلوكي الجدي ويتكون من (٢٧) جلسة علاجية على أساس فنيات العلاج السلوكي الجدي ، مثل : التدريب على مهارات اليقظة العقلية ، والفصل بين المتناقضات، واستخدام المجاز، وأسلوب دفاع الشيطان ، والتدريب على التأمل والاسترخاء، والاستشارة عبر الهاتف ، بالإضافة إلى مجموعة من الأنشطة والمهارات التي تم تطبيقها بهدف تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة موضوع الدراسة .

ب- اضطراب الوسواس القهري (OCD)

يُعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) اضطراب الوسواس القهري على أنه اعتقاد الفرد بفكرة معينة تلازمه دائماً وتحتل جزءاً من وعيه وشعوره ،ورغم افتتان المريض بسخافة هذا التفكير ، إلا أن هذه الفكرة تكون قهريّة ، أي أنه لا يستطيع إزالتها أو الانفكاك منها ، وذلك مثل تكرار وترديد جمل نابية في ذهن المريض ، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية تظل تلاحقه وتقطع عليه تفكيره بما قد يُتعب المصاب ، وأحياناً قد يؤدي المصاب بها نفسه بصورة جسدية كالإصابة بمرض "هوس نتف الشعر" ، وقد تحدث درجة خفيفة من هذه الأفكار عند كل إنسان خلال فترة من فترات حياته ، إلا أن الوسواس يتدخل و يؤثر في حياة الفرد وأعماله الاعتيادية ، والذي قد يعيقه تماماً عن العمل (American Psychiatric Association,2013,P.235) الدرجة التي حصلت عليها الحالة على قائمة أعراض اضطراب الوسواس القهري المستخدم في الدراسة الحالية .

محدّدات الدراسة :

تحددت هذه الدراسة موضوعياً بدراسة فعالية برنامج علاجي سلوكي جدي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة "دراسة حالة" ، ومكانيّاً: مكتب الباحث ومركز الإرشاد النفسي بكلية التربية جامعة المنيا، وزمانياً بالفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠١٩/٢٠١٨م، وبأدواتها: استماراة المقابلة

الشخصية ، واختبار التحليل الكلينيكي ، واختبار تفهم الموضوع للكبار (T.A.T) ، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، والبرنامج العلاجي السلوكي الجدلي .

الإطار النظري :

أ- العلاج السلوكي الجدلي :

١- تعريف العلاج السلوكي الجدلي:

تعتبر المدرسة السلوكية الجدلية من أحدث المدراس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث يرتبط البناء النظري لهذا العلاج على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، فهو طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي ارتبط باسم مارثا لينهان "Marsha Linehan" التي صاغت أسس ومبادئ وإستراتيجيات تلك النظرية في أكثر من مؤلف لها بناءً على خبراتها الكلينيكية مع النساء المرضيات باضطراب الشخصية الحدية (Linehan, 2015) .

فالعلاج السلوكي الجدلي يُعد تعديل للعلاج المعرفي السلوكي ؛ فعند تطوير العلاج السلوكي الجدلي ، بدأت مارثا لينهان Marsha linehan 1993 بتجربة تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على الأشخاص المتورطين في سلوك إيهام الذات ، والذين قاموا بمحاولات للانتحار وكانوا يعانون من مشكلات انفعالية خارج نطاق السيطرة ، وعندما لم تفلح فنيات العلاج المعرفي السلوكي كما كان مرجوا منه ، أضافت لينهان وفريقها أنواع أخرى من الفنون حتى طوروا علاجاً أكثر فعالية (سليمان، ٢٠١٠، ص. ٨٠) .

فالعلاج السلوكي الجدلي هو أحد علاجات الموجة الثالثة للعلاج السلوكي ؛ حيث تركز تلك الموجة على القبول وتغيير السلوك والتأكيد على أهمية الوعي بالعمليات المعرفية ، والتأكيد على اليقظة العقلية والجدل بصورة أكبر من الموجة الأولى والثانية ، والتأكيد على وظيفة الخبرة النفسية بدلاً من التركيز بشكل فريد على الملامح السطحية للسلوك (Blenkiron, 2010, P.281) .

ويشير مفهوم الجدلية إلى إمكانية وجود فكرتين صحيحتين وفي نفس الوقت تبدو على أنهما متضادتان ، إذ أن البشر لديهم شئ فريد من نوعه ، وقد يكون مختلفاً فيه عن شئ آخر لدى الفرد أو لدى الآخرين ، وبالتالي فعلهم عيش الحياة بحلوها ومرها (السعادة والحزن ، الغضب والسلام ، الأمل والإحباط ، الأمان والخوف ..) ، فالفرد الذي يرى أن الاستغناء عن " كل شئ أو لا شئ " أو " الطريق أبيض أو أسود " ، يصعب عليه رؤية ما بينهما ورؤيه وضعه الحالى والواقع ، وعليه إيجاد وسيلة للتحقق من وجاهة نظره أو التتحقق من وجاهة نظر الشخص الآخر ، فالجدلية ليست الوصول إلى حل وسط ، فالتلوفيق الناتجة عن دمج الأبيض والأسود في الجدلية ليست رمادياً ، ولكن قد تكون مربعات متبادلة كرقة الشطرنج ، وتجنب الافتراضات وإلقاء اللوم ، ومثال ذلك أنت على حق والشخص الآخر على حق ، أنت تفعل أفضل ما تستطيع ولكنك قد تكون بحاجة إلى بذل جهد أكبر ، ويمكنك القيام بأمور كثيرة لكنك أيضاً بحاجة إلى المساعدة والدعم من الآخرين . (Dimeff & Linehan,2001,p.11)

ويعرف فايد (٢٠٠٦،ص. ٣٤٥) العلاج السلوكي الجدلية بأنه برنامج علاجي موجز يتضمن علاجاً نفسياً فردياً كل أسبوع والتدريب على المهارات السلوكية النفسية التربوية ، بالإضافة إلى ذلك يتلقى المرضى استشارة تليفونية من معالجهم ، ويكون العلاج من مجموعة متنوعة من تقنيات حل المشاكل التي تشمل تعليم العميل مهارات للمساعدة على تنظيم الانفعالات ، وتحمل الأسى ، وطرق لتأييد مدركات المريض ، وصور سلوكية ونفسية خاصة بمهارات المداواة .

ويعرف راجا (٢٠١٩،ص. ٢٥-٢٦) العلاج السلوكي الجدلية بأنه يمثل مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية التي تتطبق من مبادئ النظرية المعرفية في الجدل والتفكير الجدلية لحل المشكلات والقضايا المتناقضة ، ومبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظرية الترابط والتكامل داخل السياق (الخارجي الاجتماعي والداخلي المعرفي الانفعالي) لحياة المرضى والمنحرفين الذين يعانون من اضطراب الشخصية البنية ، واضطرابات تعاطي المخدرات ومخالف أنماط السلوكيات الإدمانية ومشكلات الانتحار وإذاء الآخرين (المشكلات المهددة لحياتهم وحياة الآخرين) ، والمشكلات المهددة لنوعية الحياة بكافة أشكالها .

٤- فلسفة ومبادئ العلاج السلوكي الجدلي :

فلسفة ومبادئ العلاج السلوكي الجدلي تستند إلى ثلاثة أمور أساسية ، وهي : تعديل السلوك ، ودعم السلوكيات الحيوية الاجتماعية ، والتركيز على الممارسات التأملية ومهارات اليقظة العقلية وقبول الواقع ؛ ويركز العلاج في المقام الأول على دمج الذهن ومهارات اليقظة العقلية بوصفها عناصر أساسية ، وما يميز العلاج السلوكي الجدلي عن التدخلات السلوكية هو تركيزه على التناقضات مع محافظته على المرونة ، ويتمثل العلاج السلوكي الجدلي أحد المكونات ذات الفعالية ، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي ، الذي يستطيع من خلاله مساعدة المسترشد في التعرف على الدور التي تلعبه الأفكار العقلانية والأفكار الآلية التلقائية النفسية في حدوث الصيغ والكرب في تطوير الاعتقدات اللاعقلانية ، وتغييرها واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تساهم في خفض الاضطراب (Linehan,1993,P.37) .

ويركز العلاج السلوكي الجدلي على النظرية البيولوجية الاجتماعية والتي تؤكد على نسق التنظيم المعرفي ، فبالنسبة للجانب البيولوجي يتم تفسير تعرض الأفراد لصعوبات ومشكلات التنظيم الانفعالي إلى وجود اختلافات بينهم وبين الأسواء من حيث الجهاز العصبي المركزي ، بسبب الوراثة أو أحداث أثناء التطور الجنيني أو صدمة في وقت مبكر من العمر ، أما الجانب الاجتماعي يكون نتيجة تفاعل هؤلاء الأفراد مع بيئه منعدمة المصداقية ، وأن سمات استجابة الفرد للأحداث غير صحيحة وغير ملائمة ، وهذا ما يسبب الصراع في التنظيم الانفعالي ؛ حيث إن هذه البيئة تفشل في تعليم الفرد كيفية تحمل المحن أو تشكيل أهداف وتوقعات واقعية ، فمن خلال المعاقبة على الخبرات السالبة ، والاستجابة للانفعالات السالبة ، وكذلك عندما يتم تصعيد الانفعال فإن البيئة تعلم وتكتسب الفرد التأرجح فيما بين التثبيط والكف الانفعالي أو الاستجابة الانفعالية الشديدة المتطرفة ، فيتدخل خلل التنظيم المعرفي مع حل المشكلة مؤدياً إلى مشكلة أخرى (Koerner & Dimeff , 2007 ,P.3)

٣- أهداف العلاج السلوكي الجدي:

تم تصميم العلاج السلوكي الجدي لعلاج العملاء في جميع مستويات الشدة ، والاضطرابات المعقّدة، ومن أهدافه : التركيز على استقرار العميل وتحقيق السيطرة السلوكية ، خفض السلوكيات التي تهدّد الحياة ، زيادة المهارات السلوكية الفعالة (مهارات تنظيم المشاعر والفعالية الذاتية) ، خفض الأنماط السلوكية الخطرة (Dimeff & Linehan,2001,P.11)

والهدف الأساسي للعلاج السلوكي الجدي هو التدريب على مهارات تساعد على زيادة القدرة على المرونة وبناء حياة خاصة ذات قيمة ومعنى ، من خلال تعلم الجمع بين إمكانية التغيير وتقبل الأشياء ، فالهدف الأساسي من المهارات هو تعلم كيفية تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير المرغوبة ، وأيضاً التعامل مع الأحداث التي تسبّب لنا الشعور بالتعاسة والتوتر ، ومحاولة العيش ضمن اللحظة الراهنة وقبول ما يحدث . (Linehan,2015,P.2)

وذكر ديف ولينهان (Dimeff & Linehan,2001,P.10) أن هناك عدة أهداف رئيسية للعلاج السلوكي الجدي تتمثل في : تحسين القدرات السلوكية للعميل في مختلف المواقف الحياتية ، مع تمهيد دافعيته للتغيير وذلك بتعديل بعض عاداته السلوكية وتعزيزه ، وكذلك مساعدته على تعليم ما تعلمه من مهارات سلوكية جديدة خلال العملية العلاجية في المواقفحيات المختلفة ، بالإضافة إلى الاهتمام برفع مستوى إمكانات وقدرات المعالج وتنمية دافعيته ل القيام بالعملية العلاجية ومساعدة العميل بفعالية ، وأيضاً التركيز على بناء مناخ علاجي يدعم أطراف العلاج ويشجعهم على الاندماج والتفاعل خلال الجلسات ، وذلك بالاعتماد على العلاج الفردي والجماعي ، والتدريب على المهارات والاستشارات التليفونية .

٤- دور المعالج في العلاج السلوكي الجدي:

ينبغي على المعالج الكفاءة خلال العملية العلاجية أن يوازن بين استخدام استراتيجيات التقبل والتغيير أثناء الجلسات، وذلك من خلال إيجاد توازن جيد بين قبول العميل لنفسه كما هو، ثم إجراء تغييرات إيجابية في حياته، وقد يشعر في النهاية أن هذه الأهداف ليست متضاربة كما تبدو في البداية، وهذا التأرجح بين التغيير والتقبل مطلوب

للحفاظ على التحرك للأمام في مواجهة العميل الذي يتذبذب من حين لآخر بين الأزمات والاستجابات الانسحابية أو الانفصالية والرفض الجامد للتعاون، والهجوم والإثارة الانفعالية السريعة والجهد الدال على التعاون التام (راجا، ٢٠١٩، ص. ٧٧).

كما يهدف المعالج في العلاج السلوكي الجدلي إلى تشجيع الأفراد على دراسة سلوكياتهم من خلال التدريب وزيادة تنمية المهارات وتحسين أنماط التفكير ووضع طريقة لحل المشكلات بهدف زيادة التفكير والسلوك التكيفي ، وخفض السلوكيات المختلفة ، وخلال العلاج يستخدم المعالج مهارات محددة في أربع مجالات رئيسية ، وهي :

١. ضبط النفس والوعي الذاتي .
٢. التركيز على تأكيد الذات ومهارات التعامل مع الآخرين في التعامل مع الصراع بطريقة يحترم بها الذات والآخرين .
٣. تنظيم العاطفة والتي ترتكز على تحديد ووصف المشاعر وكيفية الحد من التعرض للمشاعر السلبية وزيادة التأثيرات الإيجابية .
٤. التسامح والتركيز على تقنية تهدئة النفس وإستراتيجية مساعدة الفرد على تقبل الأحداث المؤلمة (McMain., Links., Gnam., Guimond., Cardish .. Korma & Steiner ,2009,P.1366)

٥- مراحل العلاج السلوكي الجدلي:

يتلقى المرضى في العلاج السلوكي الجدلي ثلاثة أنماط رئيسية من العلاج وهي: النمط الأول العلاج الفردي، النمط الثاني مجموعة المهارات ، النمط الثالث التدريب عبر الهاتف (التدريب الهاتفي) ، ففي العلاج الفردي يتلقى المرضى جلسات فردية مرة واحدة أسبوعياً يتراوح الزمن النموذجي لكل جلسة من ساعة إلى ساعتين ونصف ، وبالنسبة لمجموعة المهارات يتم التدريب على مهارات اليقطة العقلية والفاعلية البينشخصية وتنظيم الانفعال وتحمل التوتر ، ثم يطلب من المرضى الاتصال هاتفياً بمعالجهم للتدريب على المهارات قبل إيذاء أنفسهم ويطرح عليهم المعالج البديل لسلوك إيذاء الذات أو بديل السلوك الانتحاري (سليمان، ٢٠١٠، ص. ٩-١٠).

ويتردج العلاج السلوكي الجدي في مجموعة من المراحل العلاجية ، وكل مرحلة من هذه المراحل عدة أهداف محددة ، وهذه المراحل هي :

١- المرحلة الأولى : مرحلة ما قبل العلاج : ويطلق عليها المرحلة التمهيدية أو الجلسات الافتتاحية ، وتهدف إلى : كسب وتنمية التحالف العلاجي ، وإمداد العميل بالإطار الذي يستند عليه العلاج ، وتوجيه العميل نحو العلاج والاحتفاظ بالالتزام ، وبث الحماس في نفس العميل ؛ فضلاً عن الموافقة على الخطة والأهداف العلاجية الموضوعة، وتحديد مواعيد الجلسات ، وسؤال العميل عن الخبرات العلاجية السابقة له (Safer., Telch & Chen,2017,P. 31)

٢- المرحلة الثانية : وتهدف هذه المرحلة إلى التركيز على مشكلات العميل وخبراته الصدمية ، وكذلك خفض الاضطرابات والمشكلات الحياتية ، وفيها يتعلم العميل كيفية مواجهة الصعوبات التي يعاني منها عن طريق تطبيق المهارات السلوكية التي يهتم العلاج بتعليمها للعميل (Robins & Chapman,2004,P.76) .

٣- المرحلة الثالثة : وتهدف إلى زيادة احترام الذات والامتثال للعلاج ، وتحقيق الكفاءة الذاتية ، فضلاً عن رفع الروح المعنوية وتقبل نوعية الحياة (Dimeff & Linehan,2001,P.11)

٤- المرحلة الرابعة : تهدف إلى التأكيد على تلاشي الشعور بالنقص والذى قد يشعر به العميل حتى بعد حل المشكلات ، وكذلك بلوغ الشعور بالبهجة ، والمرح ، وزيادة الشعور بالحرية والرفاهة (Koerner & Dimeff,2007,P.6) .

تعقيب :

ما سبق يتضح أن برنامج العلاج السلوكي الجدي يعتمد على مجموعة من الأساليب العلاجية التي تتلخص من مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، ومتصلة من النظرية البيولوجية الاجتماعية التي تؤكد على نسق التنظيم المعرفي ، ويتميز بكفاءته في مساعدة الأفراد في كيفية التغلب والتعامل مع الانفعالات والمشاعر المؤلمة والأفكار السلبية، وذلك من خلال بعض من المهارات الأساسية التي يقوم المعالج بتدريب الأفراد عليها خلال الجلسات العلاجية، وهي: مهارات اليقظة العقلية، ومهارات الفاعلية البينشخصية، ومهارات تنظيم الانفعالات، ومهارات تحمل الضغوط، وقد اعتمد الباحث على أسس هذه المهارات في بناء البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة لخفيف اضطراب الوسواس القهري لدى الحاله.

بـ- اضطراب الوسواس القهري :**١- تعريف اضطراب الوسواس القهري :**

يتميز اضطراب الوسواس القهري بوسواس وأفعال قهريه ، وبطبيعة الحال فكثير مما ينتابه أفكار غير مطلوبة من وقت لآخر ، مثل جملة أحدى الإعلانات التي تتلخص بذهننا ، كما أن كثيراً مما تنتابه إلحاحات بين الحين والآخر لتصريفها بطريقة مربكه أو خطيرة ، فاللوسواس هي أفكار أو صور أو نبضات متكررة تطفلية ملحة غير مرغوبه ، والأفعال القهريه هي سلوكيات أو أفعال متكررة متکاثرة بوضوح حتى أن الفرد يشعر بأنه مدفوع لأدائها للحد من القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية أو لمنع حدوث مصيبة ما (الحويله، عياد، شويخ ، الرشيد ، والحمدان ، ٢٠١٥ ،ص.٤٠٠) .

اللوسواس هي فكر متسلط ، والقهـر هو سلوك جبـري يظهر بقوـة لدى المريـض ويـلزمه ويـستحـوذ عليه ويفـرض نفسـه عليه ، ولا يـستطيع مقـاومـته رغم وـعيـه واستـبـصارـه بـغـرـابة هـذـا السـلـوك ، وـسـخـفـه وـعـدـم فـائـدـتـه ، ويـشعـر المـريـض بالـقـلـق إـذـا قـاـولـم ما توـسـوسـ به نـفـسـه ويـشعـر بـإـلـاحـاح دـاخـلـي لـلـقـيـامـ به ، والـلوـسوـاسـ والـقـهـرـ عـادـة مـتـلـازـمـانـ كـأـنـهـما وجـهـانـ لـعـمـلـةـ وـاحـدةـ (زـهـرـانـ ، ٢٠٠٥ـ ،صـ.٥٠٩ـ) .

وإـذـا كانـتـ الأـفـكـارـ الـوـسوـاسـيـةـ تـزـيدـ إـحسـاسـ الفـردـ بـالـقـلـقـ فإـنـ الأـفـعـالـ القـهـرـيـةـ تـخـفـفـ الإـحسـاسـ بـالـتوـتـرـ وـالـقـلـقـ ، وـبـالـرـغـمـ مـنـ ذـلـكـ فإـنـ إـصـرـارـ الفـردـ عـلـىـ الـقـيـامـ بـالـأـفـعـالـ القـهـرـيـةـ يـزـيدـ مـنـ إـحـسـاسـهـ بـالـقـلـقـ ، وـالـفـردـ الـذـيـ يـعـانـيـ مـنـ اـضـطـرـابـ الـلوـسوـاسـ القـهـرـيـ يـدرـكـ بـصـفـةـ عـامـةـ لـاـ مـعـقـولـيـةـ هـذـهـ الـلوـسوـاسـ وـالـأـفـعـالـ وـيـمارـسـهـاـ كـإـحـدىـ أـفـعـالـ الـأـنـاـ ، وـيـمـكـنـ أـنـ يـكـونـ هـذـاـ اـضـطـرـابـ مـعـطـلـاـ أـوـ مـعـجـزاـ لـأـنـهـ يـسـتـهـلـكـ الـوقـتـ وـيـتـدـخـلـ بـصـفـةـ مـلـحوـظـةـ فـيـ روـتـينـ الـشـخـصـ الـعـادـيـ وـيـؤـثـرـ عـلـىـ الـأـدـاءـ الـمـهـنيـ وـعـلـىـ الـأـنـشـطـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ وـالـعـلـاقـةـ مـعـ أـفـرـادـ الـأـسـرـةـ وـالـأـصـدـقـاءـ (Kaplan & Sadock ,2017 ,P.206) .

٢- نسبة انتشار الوسواس القهري:

يـتمـ تقـسـيمـ اـضـطـرـابـ الـلوـسوـاسـ القـهـرـيـ إـلـىـ ثـلـاثـةـ أـنـوـاعـ هـمـ ؟ـاـلـوـلـ :ـ أـعـراضـ وـسـوـاسـيـةـ قـطـ فقطـ بـدـونـ أـفـعـالـ قـهـرـيـةـ وـنـادـرـاـ مـاـ يـفـطـنـ إـلـيـهـ الـآخـرـونـ لـعـدـمـ تـواـجـدـ الطـقوـسـ الـحـرـكـيـةـ وـالـأـفـعـالـ القـهـرـيـةـ ،ـ أـمـاـ النـوـعـ الثـانـيـ :ـ فـتـكـونـ فـيـهـ الـأـفـعـالـ القـهـرـيـةـ هـيـ السـائـدةـ

والظاهرة لآخرين ويسهل التعرف عليها واكتشافها وهم أكثر تأثراً بهذا الأفعال القهريّة ، أما النوع الثالث : فتظهر فيه الوساوس مع الطقوس والأفعال القهريّة معاً ، وهذا النوع هو أكثر الأنواع الثلاثة انتشاراً وطلبًا للعلاج لتأثيره بالوسواس والأفعال معاً (حنور ، ٢٠١٦ ، ص. ٢٢٢) .

ونسبة انتشار اضطراب الوساوس القهري تشكّل مصدرًا للخلاف والجدل ، حتى الثمانينات كان يعتقد أنه اضطراب نادر جدًا ، يصيب عدد قليل من الأفراد ويبلغ ١ في كل ٢٠٠٠ فرد (Antony & Swinson,2001,P.55)؛ أما الدليل الإحصائي والتصنفي الخامس للاضطرابات النفسيّة الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية DSM-5 أوضح أن نسبة هذا الاضطراب تتراوح ما بين ٣ - ١% من البشر ، وتتأثر الإناث بمعدل أعلى من الذكور في مرحلة البلوغ ، وذلك على الرغم من أنه أكثر شيوعاً لدى الذكور في مرحلة الطفولة ، كما أن متوسط العمر بالنسبة للأفراد عند بداية الوساوس القهري هو ١٩.٥ عاماً ، كما أن ٢٥% من الحالات تبدأ بعد عمر ١٤ عاماً ، ويبداً نسبياً مع الذكور في سن مبكر عنها لدى الإناث ، وما يقرب من ٢٥% من الذكور يبدأ لديهم قبل سن عشر سنوات ، وعادة تبدأ الأعراض بصورة تدريجية (American Psychiatric Association ,2013,P.239) ، وهذا ما أكدته عاكاشة (٢٠١٨،ص. ١٦٥) أن هذا الاضطراب من أقل الاضطرابات النفسيّة شيوعاً ، حيث وجد أن هذا الاضطراب بين المتردد़ين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بلغ حوالي ٢٠.٦% وهو يمثل حوالي ٤% من الاضطرابات العصبية.

٣- محكّات تشخيص اضطراب الوساوس القهري طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسيّة — DSM-5:

أ- وجود الوساوس أو الأفعال أو كليهما، وتتحدد الوساوس بواسطة المحكّين (١) و(٢):
 (١) أفكار واندفاعات أو صور مستديمة ومتكررة يخبرها الفرد في فترة ما أثناء الاضطراب ، على إنها اقتحامية وغير مناسبة وتسبب فلقاً أو كدراً أو تأزماً ملحوظاً .

(٢) يحاول الفرد أن يتجاهل تلك الأفكار أو الاندفاعات أو الصور ، أو أن يقمعها أو أن يحايدها مع بعض الأفكار أو الأفعال القهريّة الأخرى .

وتتعدد الأفعال القهريّة وفقاً للمحkin (١) و(٢) :

(١) السلوكيات المتكررة (مثال : تكرار غسل اليدين ، والمحافظة على الترتيب والنظام ، والتحقق والمراجعة) أو أفعال عقلية (مثال : العد ، أو تكرار كلمات بشكل صامت) يشعر إزاءها الفرد بأنه مسوق إلى أن يزول الفعل القهري استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بجمود .

(٢) يكون الهدف من هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية أبعاد الضيق أو الكدر أو خفضه ، أو الحيلولة دون وقوع حدث أو موقف مفزع ، ومع ذلك ، فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أن تكون غير مترابطة بطريقه واقعية مع السلوكيات أو الأفعال الأخرى التي يريد الفرد أن يحايد بها السلوكيات أو الأفعال العقلية أو أن تكون مفرطة بشكل زائد .

ب- بسبب الوساوس أو الأفعال القهريّة ضيقاً أو كرداً أو تازماً ملحوظاً أو تستند وقتاً كبيراً (تأخذ أكثر من ساعة في اليوم) أو تعطل أو تعوق بشكل جوهري النظام اليومي لدى الفرد ، أو أداءه لوظائفه المهنية أو الأكاديمية ، أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية العادمة .

ج- لا يُعزى الإضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة من مواد العاقفيّر أو المخدّرات (مثال : العاقفيّر أو المخدّرات التي يُسّاء استخدامها ، أو العاقفيّر الطبيّة العلاجيّة) أو لحالة طبيعة عامة .

د- لا يُفضل تفسير هذا الإضطراب من خلال أعراض اضطراب نفسي آخر (مثال : الهموم والمخاوف المفرطة كما في اضطراب القلق العام ، أو الانشغالات والهموم بالظاهر في حالة " اضطراب تشوّه شكل الجسم " ، أو الانشغالات والهموم بصعوبة التخلص من الممتلكات في حالة " اضطراب الاكتناز " ، أو الانشغالات والهموم بشد الشعر في حالة " هوس قطع الشعر " . (عبدالفهم ، ٢٠١٦ ، ص ٢٠٠-٢٢١)

٤- النظريات المفسّرة لاضطراب الوسواس القهري :

تعدّدت وتتنوع النظريات وتفسيراتها حول الأسباب التي تؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري ومنها نظرية التحليل النفسي التي ترى أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من النموذج النفسي الجنسي ، من جراء الصراع بين الطفل

والوالدين حول التدريب على عادات الحمام ، كما ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة لأننا الأعلى في هذا الاضطراب ، ولكن الواقع على ذلك غير مقنعة ، كما أن التحليل النفسي أخفق في علاج هذا الاضطراب ، بينما ترى النظرية المعرفية أن بعض مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التعذية الراجعة معطلة أو ممزقة ، وهي بدورها تؤدي إلى مداومة المرضى على سياق وأفعال معينة (Stein & Hollander, 1992, P.11-12).

وبالنسبة للنظرية السلوكية فترى أنه في البداية يوجد حادثاً محايضاً مرتبطاً بالخوف اقترن بمنبه بطبيعته مثيراً للقلق وعن طريق الاشتراط التقليدي تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق ، وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تطورت استجابات التجنب لقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة ، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيف القلق ، ونتيجة للتعوييم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدى الوسواسيين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر ، وبعد السلوك التجنبي السلبي غير فعال في السيطرة على القلق فتتطور عندهم أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صور طقوس معينة (بارلو، ٢٠٠٢، ٤٨١).

تعقيب :

مما سبق يتضح أن اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية آلاماً وتأثيراً على حياة الأفراد ، وقد تتوعد نسب الانتشار الخاصة بهذا الاضطراب ولكن هذه النسب كانت أكثر لدى المرحلة الجامعية مقارنة بغيرها من المراحل التعليمية الأخرى وخاصة لدى الإناث ، كما يأتي هذا الاضطراب في صور وأشكال متعددة ، وما ينطبق على الحالة موضع الدراسة هو وجود أفكار وسواسية افتتاحية وغير مناسبة لديها تسبب لها قلقاً وتؤثرها يتباعها سلوكيات قهريات متكررة وأفعال عقلية لخفض القلق والتوتر الناجم عن هذه الأفكار ، الأمر الذي ترك آثراً على جوانب حياتها المختلفة مستخدماً وقتاً كبيراً ليعوق بشكل جوهري النظام اليومي لديها ، ... ومن هنا كانت هناك حاجة ماسة لتشخيص هذا الاضطراب بشكل وافي وذلك من خلال المحكات التي تم وضعها للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية — DSM-5.

دراسات سابقة : سوف نستعرض بعض الدراسات السابقة ذات الصلة ، كما يلي :

- أ- دراسات تناولت تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال دراسة الحالات :

• دراسة سعفان (١٩٩٦)

هدف إلى معرفة مدى إمكانية تشخيص الوسواس والأفعال القهريه باستخدام أدوات سيكومترية وإكلينيكية ، وتقدير فعالية العلاج بالواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوسواس والأفعال القهريه ، والحاله هي مريض عمره الزمني (٢٦) عاماً، وتم استخدام استماره المقابلة الشخصية ، وقياس السيكاثانيا ، واختبار التات ، واختبار ساكس لتكلمه الجمل ، وأشارت النتائج إلى مجالات اضطراب الحاله وإلى خصائص شخصيته الوسواسية التي تشعر بالذنب والتي تتميز بالشك والتردد والحيرة والمراجعة والشعور بالنقص ، كما أسفرت النتائج أن البرنامج العلاجي كان له فعالية في تعديل بعض الأفكار الوسواسية والأفعال القهريه ، وأن هذه الفعالية كانت أكثر وضوحاً في جانب الأفعال .

• دراسة خضر (٢٠٠٠)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الدلالات الكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع (T.A.T) ، والحاله هو رجل يبلغ من العمر (٣٣) عاماً و يتميز بالحساسية الشديدة ، كما أنه انطوائي منذ طفولته ، وكشفت النتائج بعض الدلالات الكلينيكية المميزة للمرض مثل : السرد الطويل لأحداث قصص محكمة ، الاهتمام بذكر الوصف الدقيق والأشياء ، الاهتمام المبالغ فيه بذكر الأعوام وأعمار أبطال القصة ، إظهار الدين ، الإشارة إلى المتضادات ، وعن البناء السيكودينامي فالصراع الأوديبي هو لب الصراع لديه ، حيث الاتجاهات المتناقضة وجدياً تجاه الأب ، ورغبة في امتلاك الأم .

• دراسة مبارك (٢٠٠٣)

هدف إلى معرفة مدى فعالية العلاج السلوكي الشمولي الأسري المكثف لأعراض الوسواس القهري في مرحلة الطفولة المتأخرة "دراسة حالة " ، حيث تمثلت في دراسة طفلة عمرها (١٢) عام تعاني من أعراض الوسواس القهري ، فكشفت الدلالات الكلينيكية

عن وجود أفكار متسلطة وأفعال قهرية تدور حول الصلاة والوضوء والطهارة والنظافة وطقوس الاغتسال كما أسفرت النتائج فعالية البرنامج الشمولي المكثف في تخفيف الأعراض المصاحبة للوسواس القهري .

• دراسة بشرى وعبدالظاهر (٢٠٠٩)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الدلالات הקלينيكية المميزة لاستجابات مريض باضطراب الوسواس القهري باستخدام اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) ، وتم استخدام مقاييس اضطراب الوسواس القهري إعداد الباحثان ، ومقاييس المعتقدات الوسواسية (OBS-44) إعداد Steketette et al ترجمة الباحثان ، واختبار التات ، والحالة تبلغ من العمر (٢٧) عاماً وتعمل معلمة بمدرسة ابتدائية وكانت تتردد على مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالكلية ، وأظهرت النتائج بأنها تعاني من فقدان الحب والحنان بينها وبين أفراد أسرتها وخاصة الأم ، وأنها تخاف من سيطرة الأفكار العدوانية وأيضاً تخشى الأفكار الوسواسية المسيطرة فهي تعاني وساوس جنسية قهريّة مما أدى إلى فقدانها الثقة بالنفس والشعور بالدونية والتقدير المنخفض للذات ، وتعاني من الشعور الحاد بالذنب ويبدو ذلك في حالة الانقسام والصراع النفسي الذي تعاني منه .

ب- دراسات تناولت العلاج السلوكي الجدي في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس

القهري :

• دراسة ميلر وكروس (Miller & Kraus 2007)

هدفت هذه الدراسة إلى استخدام العلاج السلوكي الجدي وحل المشكلات لحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري ، وهذه الحالة عمرها الزمني (٥٤) عاماً ويعمل مديرأً لمدرسة ويسعى للعلاج ، ويعاني من مشاكل في العمل ، ويعرف على أنه أكثر الأشخاص التزاماً داخل تلك المؤسسة ، فعلى الرغم من أنه يعمل (١٨) ساعة فدائماً يلازمه الشعور بأنه لا يعلم بما فيه الكفاية ، وأسفرت النتائج عن انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة ، وتنمية مفهوم الذات وتعديل الجمود الفكري واستخدام أساليب مواجهة إيجابية للضغوط ؛ ويجب أن تتضمن البحوث المستقبلية في هذا المجال تقييم المناخ الاجتماعي وبيئات العمل .

• دراسة لانش وشيفنس (Lynch & Cheavens 2008)

قدمت هذه الدراسة تصميماً علاجياً لحالة تعاني من البارانويا واضطراب الوسواس القهري ، وهذه الحالة عمرها الزمني (٥٨) عاماً ولم يتزوج ، ولديه تاريخ مزمن من الاكتئاب واضطرابات الشخصية المختلفة ، نشأ في أسرة مضطربة مع أب عدائى ومدمن للخواص وأم مكتتبة وسلبية ، واستمر البرنامج العلاجي (٩) أشهر من العلاج السلوكي الجدلي الفردى و (٦) أشهر من العلاج السلوكي الجدلي الجماعي للتدريب على المهارات الاجتماعية ، بمعدل (٣ - ٢) جلسات شهرياً ، وأسفرت النتائج عن خفض السلوكيات التجنبية مثل الخوف أو الابتعاد عن زيارة الأماكن الجديدة ، وخفض الشك والاستياء وعدم الثقة ، وخفض التثبيط الانفعالي والجمود الفكري .

• دراسة أو凡ان وآخرون (Ahovan et al 2016)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فعالية العلاج السلوكي الجدلي للعلامات السريرية وتنظيم الانفعال لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين أحدهما ضابطة والأخرى تجريبية وأفراد المجموعة الواحدة (١٥) من المريضات بالوسواس القهري لدى بعض المراكز الطبية وتتراوح أعمارهن الزمنية بين (٤٥-٢٠) عاماً، والبرنامج العلاجي تكون من (٨) جلسات و زمن كل جلسة (٩٠) دقيقة بواقع جلسة أسبوعياً ، وأسفرت النتائج أن العلاج السلوكي الجدلي ساعد في التخفيف من أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال تعديل الاستجابات الانفعالية للمرضيات ، وتحسين مهارات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية .

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يمكن ملاحظة قلة الدراسات التي تناولت تشخيص اضطراب الوسواس القهري ، كما تنوّعت أدوات التشخيص ما بين أدوات تشخيص سيكومترية وإكلينيكية ، وأنه لا يوجد - في حدود علم الباحث - دراسات عربية تناولت فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض الوسواس القهري ، كما تم تصميم برنامج العلاج السلوكي الجدلي كعلاج قائم على دراسة الحالة لحالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري كما في دراستي (Miller & Kraus,2007)(Lynch & Cheavens,2008)؛ أما دراسة Ahovanet al,2016) فكشفت عن فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف أعراض

الوسواس القهري لمجموعة من المريضات ، كما تم الاستفادة من تلك الدراسات في إثراء الإطار النظري وتصميم البرنامج العلاجي الحالي من حيث تحديد الأهداف والأسس والفنين العلاجية الملائمة وعدد الجلسات .

فرضيات الدراسة : في ضوء ما سبق عرضه من الإطار النظري، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضيات كالتالي :

أ- تكشف استجابات الحالة على الأدوات клиничية عن وجود بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة .

ب- تختلف استجابات الحالة على كلّاً من قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري واختبار التحليل клиيني للشخصية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ج- لا يوجد اختلاف في استجابات الحالة على قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة .

إجراءات الدراسة :

أ- **منهج الدراسة :** اعتمدت الدراسة على المنهج клиيني بأدواته استماره المقابلة الشخصية ، واختبار التحليل клиيني ، واختبار تفهم الموضوع للكبار (T.A.T) ، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، للكشف عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة ، كما اعتمدت على المنهج شبه التجريبي للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة موضوع الدراسة .

ب- **عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٧) طالباً وطالبة بالمرحلة الجامعية ؛ بينما تكونت عينة الدراسة الأساسية من حالة واحدة ، وهي فتاة تبلغ من العمر (٢٤) عاماً طالبة بالفرقة الثالثة بكلية التربية – جامعة المنيا، وتم اختيارها بالطريقة العمدية حيث إنها هي من طلبت العلاج بناء على رغبتها في ذلك.

ج- **أدوات الدراسة :** استخدم الباحث عدداً من الأدوات بقصد جمع البيانات المتعلقة بالحالة في جميع الجوانب ، والتي تساعده في التشخيص والعلاج ، وهي كما يلي :

١- استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحالة) : إعداد مخimer (١٩٧٨)

يتم فيها جمع معطيات تاريخ الحالة كأسلوب للمقابلة الشخصية المقمنة عن الحالة في جوانب متعددة : بيانات عن الأسرة من الأب والأم والأخوة والأخوات ، خبرات الطفولة ، سنوات التعليم ، مكان الإقامة ، الحقل الجنسي ، العادات والمشارب ، الاتجاه من الأسرة ، الأحلام ، الاضطرابات النفسية .

٢- اختبار تفهم الموضوع T.A.T ، إعداد موارى ومورجان**Murray & Morgan (1935)**

يعد اختبار تفهم الموضوع T.A.T أسلوب Thematic Apperception Test (T.A.T) لدراسة ديناميات الشخصية كما تبتدى فى العلاقات بين الأشخاص وفى إدراك التفسير الهدف للبيئة ، وهو يتكون فى صورته الحالية من (٣١ صورة أو بطاقة) وفيها يطلب من المفحوص حكاية قصص عن بعض الصور ، ومن المفترض بذلك أن يكشف هذا عن إدراكه الشخصى للمثيرات الغامضة عمداً ، وظهر اختبار تفهم الموضوع فى صورته النهائية عام ١٩٣٥ م على يد كل من مورجان وموارى Morgan& Murray (ليوبولد، ٢٠١٢ ، ص. ٧٧) .

ويهدف اختبار تفهم الموضوع (الثالث) إلى الكشف عن الدوافع والانفعالات وأنواع الصراع لدى المفحوص ، وبخاصة النزعات المكبوتة التي لا يرغب المفحوص فى الكشف عنها أو النزعات المكبوتة التي لا يكون واعياً شعورياً بها ، فالثالث يشكل أداة مفيدة فى الدراسة الشمولية للشخصية ، وفى تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات السيكوسومانية والعصاب والذهان (مليكة ، ٢٠١٦ ، ص. ٤٢٩) .

البطاقات المختارة من اختبار تفهم الموضوع (T.A.T)

قام الباحث باختيار البطاقات التى تتناسب مع الحالة ، وتناسب مع طبيعة الدراسة وهى كالتالى : ١ ، ٢ ، ٤ ، ٣G.F ، ٦G.F ، ٧G.F ، ٨G.F ، ١٠ ، ١٤ ، ١٦ . وتم تطبيق بطاقات (T.A.T) فى جلستين بنفس الترتيب ، فى الجلسة الأولى خمس بطاقات ، وفى الجلسة الثانية ست بطاقات .

٣- المقابلات الكلينيكية الطبقية :

تم إجراء مقابلات حرجة طبقية مع الحالة ، للاستفسار عن بعض الجوانب التي لم تكشف عنها استمارنة المقابلة الشخصية ، والتي أمكن من خلالها رسم اللوحة الكلينيكية النهائية المعبرة عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة ، قبل الدخول في برنامج العلاج السلوكي الجدي .

٤- قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري^(*) : (ترجمة : الباحث)
 تضمنت (٤٠) عبارة لتشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري ، وهي العبارات الواردة في الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) ، وقد قام الباحث بترجمتها ، وأمام كل عبارة توجد خمسة بدائل ، هي (تطبق دائماً - تتطبق كثيراً - تتطبق بدرجة متوسطة- تتطبق قليلاً- لا تتطبق) ويعايرها على الترتيب الدرجات (٥ - ٤ - ٣ - ٢ - ١) ، ويطلب حصول الفرد على (٤) من (٨) شروط كي يشخص باضطراب الوسواس القهري ، وتشمل : (١) الانشغال بالتفاصيل أو القوانين واللوائح أو الترتيب أو التنظيم. (٢) كمالية تتدخل مع إتمام الشخص لواجباته .(٣) التفاني الزائد في العمل والإنتاجية إلى حد التخلّي عن أوقات الفراغ والصلوات .(٤) ذو ضمير هي ومتشكك ومتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم .(٥) يعجز عن التخلّي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة .(٦) لا يرغب في تفويض أمر المهام .(٧) يتبنّى نمطاً بخيلاً في الإنفاق نحو نفسه ونحو الآخرين .(٨) يُبدي تصلباً وعناداً .

وتم التحقق من صدق القائمة من خلال الصدق التلازمي " الصدق المرتبط بالمحك " باستخدام مقياس اضطراب الوسواس القهري لباطنة (٢٠٠٥) بالتطبيق على العينة الاستطلاعية البالغ عددها (٣٧) من طلبة الجامعة ، وكان معامل الارتباط بين قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري ومقياس اضطراب الوسواس القهري (٠٠٦٩) وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى ٠٠١ مما يدل على صدق القائمة ، كما تم حساب ثبات القائمة بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمنية (١٢) يوم ، وبلغت معامل الثبات لقائمة (٠٠٨٢) وهي قيمة دالة عند مستوى (٠٠١) مما يدل على ثبات القائمة .

^(*) ملحق رقم (١)

٥- اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية : (ترجمة ، البحيري ، ٢٠١٦)

أعد هذا الاختبار في الأصل صموئيل كرج Samuel Kurg وترجمه وفنته على البيئة المصرية البحيري (٢٠١٦) ويكون الاختبار من جزئين بهما (٢٧٢) عبارة ، الجزء الأول (١٢٨) عبارة ويتعلق ببناء الشخصية السوية ويكون من (١٦) سمة للشخصية هي: الدفء ، الذكاء ، الثبات الانفعالي ، السيطرة ، الاندفاعية ، الانسجام مع المحيط الخارجي ، المغامرة والإقدام ، الحساسية ، الارتياب والشك ، التخيل ، الدهاء، عدم الشعور بالأمن ، التحرر ، الاستقلال الذاتي ، ضبط النفس ، التوتر ؛ والجزء الثاني (٤٤) عبارة تغطي السمات المرضية والاكتئاب ويكون من (١٠) عوامل كلينيكية ، هي : توهם المرض ، الاكتئاب الباعث على الانتحار ، الهياج ، الاكتئاب المصحوب بالقلق ، الاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة ، الاستياء والشعور بالذنب ، الانسحاب والملل ، البارانويا ، الانحراف السيكوباتي ، الفضام ، السيكاثينيا ، القصور النفسي . كما يتصف الاختبار بدرجة عالية من الثبات ، حيث كانت درجة الثبات بواسطة معامل الفا كرونباخ ما بين (٠٠٣٩ - ٠٠٨٨) ، وبطريقة إعادة الاختبار تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠٠٢٩ - ٠٠٩٤) ، وتمت دراسة صدق الاختبار بعدة طرق منها : صدق المحتوى وصدق المفهوم والصدق التلازمي والصدق العاملی .

٦- برنامج العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف بعض أعراض اضطراب الوسواس**القهري^(*) :** (إعداد : الباحث)**(أ) أهداف البرنامج :**

الهدف العام للبرنامج : يهدف هذا البرنامج إلى تخفيف بعض أعراض الوسواس القهري **الأهداف الإجرائية :**

- أخذ تاريخ شامل وكامل للحالة .
- تحديد المواقف التي تتمرّكز حول الوسواس والأفعال القهريّة .
- تعرّف مفهوم العلاج السلوكي الجدلي وبعض فنياته .

^(*) ملحق رقم (٢)

- زيادة الوعي بوجود علاقة وثيقة بين الفكر المتسطع وال فعل القهري الذي يقوم به المريض دون التفكير في ذلك ودون ربط بين (الفكر والفعل) .
- تدريب الحالة على معرفة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك .
- تدريب الحالة على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيّلات السلبية وإخراجها إلى حيز التفكير .
- تعلم طريقة جديدة للتفكير بعد الابتعاد عن الأفكار السلبية ، والمنطق الخاطئ الذي أوجنته.
- القيام بتدريبات اليقظة العقلية المتنوعة في مختلف الأمور الشخصية والحياتية للأفكار والسلوكيات والانفعالات.
- التركيز على اللحظة الراهنة ، ومواجهة الميل نحو الاجترار والأفكار الوسواسية .
- تدريب الحالة على تعلم بعض المهارات الحياتية الجديدة التي تسهم في خفض بعض الأفكار الوسواسية والأفعال القهريّة من خلال تحقيق الثبات الانفعالي والتفكير المنطقي والاندماج العاطفي.
- تدريب الحالة على خطوات ومراحل حل المشكلات المختلفة .
- تدريب الحالة على ممارسة تمارين الاسترخاء المختلفة لصرف التفكير ومواجهة الأفعال القهريّة .
- تدريب الحالة على التغلب على الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين.
- تدريب الحالة على مهارات العلاقات البينشخصية الفعالة من خلال تحديد الأولويات وملاحظة تغييرها عند التفاعل مع الآخرين، بالإضافة إلى مساعدتها في البحث عما ينبغي فعله أو الإجابة بـ "لا" للأشياء والمطالب التي لا يستطيع القيام بها.
- تدريب الحالة على الاتزان العاطفي من خلال التقييم الموضوعي للمواقف الحياتية المختلفة وخاصة التي تستثير الشعور بالشك في أغلب المواقف .

(ب) مصادر بناء البرنامج:

- الاطلاع على عديد من البحوث والمؤلفات والأطر النظرية الخاصة بالعلاج السلوكي الجدلي ، للوقوف على أهم الفنون التي تم استخدامها منها: Linehan et al(1993) ، Dimeff & Linehan (2001) ، Linehan (1993) ، Lynch & Robins & Chapman(2004) ، al(2002) ، فايد (٢٠٠٦) ، Koerner & Dimeff(2007) ، Cheavens (2008) ، Ahovan ، Linehan & Wilks (2015) ، Linehan(2015) ، Matta(2012) . Flynn et al (2021) ، Safer et al(2017) ، et al (2016) ، راجا (٢٠١٩)
- الاطلاع على عديد من البحوث والمؤلفات والأطر النظرية المتعلقة باضطراب الوسواس القهري ، ومنها: سعفان (١٩٩٦) ، خضر (٢٠٠٠) ، Antony & Wagner (2001) ، Swinson (2001) ، البشر وفرج (٢٠٠٢) ، بارلو (٢٠٠٢) ، سعفان (٢٠٠٣) ، باطة (٢٠٠٥) ، زهران (٢٠٠٥) ، Fairfax (2008) ، Miller & Kraus(2007) ، Anderson & Rees (2007) ، بشري وعبدالظاهر (٢٠٠٩) ، فضة وآخرون (٢٠١٠) ، APA(2013) ، أحمد وآخرون (٢٠١٤) ، Turner et al(2014) ، الحويلة وآخرون (٢٠١٥) ، الرشيد(٢٠١٥) ، حنور(٢٠١٦) ، Kaplan & Sadock (2017) (٢٠١٦) ،

(ج) أسس ومبادئ البرنامج العلاجي :

اعتمد بناء البرنامج وتنفيذته على ما يلي :

- الاعتماد على بعض الأسس والمبادئ العامة للإرشاد والعلاج النفسي ، والتي تتمثل في: الثبات النسبي للسلوك الإنساني، وإمكانية التنبؤ به، ومرونته، واستعداد الفرد وحقه في الإرشاد والعلاج النفسي، واستمرارية عملية العلاج.
- الاعتماد على الأسس الفلسفية والتي تتمثل في: مراعاة طبيعة الفرد، والاهتمام بكينونته، والاهتمام بأخلاقيات العلاج النفسي، بالإضافة إلى اعتماد البرنامج على الأسس النفسية، والمتمثلة في: مراعاة الحالة النفسية للحالة، ومطالب النمو للمرحلة العمرية التي توجد بها.

- بناء برنامج العلاج السلوكي الجدي لتخفيض بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري بناء على أساس ومبادئ العلاج السلوكي الجدي .
- تم تطبيق البرنامج من خلال العلاج الفردي .
- تم الاعتماد في تنفيذ البرنامج على فنيات العلاج السلوكي الجدي .
- تم تقديم كل مرحلة من مراحل العلاج السلوكي الجدي من خلال مجموعة من المهارات والأنشطة والواجبات المنزلية .

(د) الفنون المستخدمة في برنامج العلاجي السلوكي الجدي:

اعتمد الباحث بصفة أساسية عند بناء جلسات البرنامج على عدد من الفنون التي يقوم عليها العلاج السلوكي الجدي ، مثل : التدريب على اليقظة العقلية ، مهارة الإقناع الجدي ، أسلوب التسلسل وتحليل السلوك، التخيل أو التصور ، التنظيم والتحكم بالانفعالات ، الإدارة الذاتية ، التفكير الجدي والجمع بين النقيضين ، أسلوب دفاع الشيطان ، التحويل ، النمذجة التقليدية الحية ، التواصل مع اللحظة الحالية ، المناقشة الجدلية وأسلوب المجاز ، فنون حل المشكلات مثل تقدير الاحتمالات والتعديل المعرفي ، صرف الانتباه ، الاسترخاء العضلي ، فنون العلاقات الشخصية الفعالة ، الاستشارة عبر الهاتف ؛ إلى جانب بعض الفنون المساعدة ، وهي: المناقشة وال الحوار، التحسين التدريجي ، الواجب المنزلي .

(هـ) إجراءات تنفيذ البرنامج :

طبق البرنامج على الحالة التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري ، حيث تكون البرنامج من أربعة مراحل أساسية ، كل مرحلة تضم عدداً من الجلسات لتحقيق أهداف معينة خاصة بكل جلسة على حد ، وتتجمع تلك الأهداف معاً لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج ، وبالتالي تكون البرنامج من (٢٧) جلسة بواقع جلسة أسبوعياً، وزمن كل جلسة تراوح من (٩٠ - ٦٠) دقيقة ، ويوضح جدول (١) المخطط التفصيلي للبرنامج :

جدول (١)

محتوى جلسات البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي

الفنين والأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة / الزمن
المحاضرة ، المناقشة وال الحوار ، مهارة الإقناع ، المرح والدعابة	١- إقامة علاقة طيبة بين المعالج وال حالة قائمة على الألفة والتقبل والمشاركة الوجدانية ٢- تعرف أهداف البرنامج العلاجي وإعطاء فكرة شاملة عنه ٣- التعرف على الخطوط الرئيسية التي تتم في ضوئها الجلسات العلاجية من حيث نظام وإجراءات الجلسات ، وأهمية الحضور ، و عمل الواجب المنزلي .	تعرف و تمهيد للبرنامج	الأولى ٦٠ دقيقة
المناقشة و الحوار ، مهارة الإقناع ، فنيات التواصل النمطية، الواجب المنزلي	١. توضيح مفهوم اضطراب الوسواس القهري ٢. معرفة طبيعة الأعراض التي تعاني منها الحاله . ٣. فهم الأساليب التي أدت إلى الأفكار الوسواسية والأفعال التهيرية والمشكلات المترتبة عليها. ٤. معرفة أسباب تمسك المريض بالأفكار والأفعال القهيرية بالرغم من المحاولات الفاشلة في التخلص من هذه الأفكار والأفعال	الاستبصر بالمرض	الثانية ٧٥ دقيقة
المناقشة و الحوار ، مهارات الإقناع المنطقية ، فنيات التواصل النمطية، الواجب المنزلي.	١. تعرف مفهوم العلاج السلوكي الجدلي . ٢. تعرف أهداف العلاج السلوكي الجدلي . ٣. إكساب القدرة على التواصل والاتفاق على أهداف العلاج ٤. شرح أهم الأسس التي يقوم عليها هذا المدخل العلاجي	العلاج السلوكي الجدلي	الثالثة ٦٠ دقيقة

الفنين وأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة / الزمن
المناقشة وال الحوار ، التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي .	١. تعرف مفهوم الجدلية . ٢. تعرف الأساليب المختلفة المستخدمة في العلاج السلوكي الجدلية . ٣. تعرف المهارات الأساسية للعلاج السلوكي الجدلية .	المهارات الأساسية للعلاج السلوكي الجدلية	الرابعة ٧٥ دقيقة
		التدريب على مهارات الوعي الذاتي مهارات الوعي الذاتي وتحليل السلوك	الخامسة وال السادسة زمن كل جلسة ٦٠ دقيقة
أسلوب التسلسل وتحليل السلوك ، المناقشة وال الحوار ، التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي .	١. التعرف على مهارات الوعي الذاتي . ٢. التدريب على مهارة تحويل السلوك . ٣. التعرف على مهارة تحليل السلوك . ٤. التدريب على مهارة تحويل السلوك .	الاستقرار ، الاتصال ، الأمان	السابعة ٧٥ دقيقة
فنية التفكير الجدلية والجمع بين التقىضيين ، المناقشة وال الحوار ، أسلوب دفاع الشيطان ، التحويل ، المندجة التقليدية الحية ، الواجب المنزلي .	١. التمكّن من تعلم التفكير والتقييم الجدلية كأساس للعلاج السلوكي الجدلية . ٢. التعرف على العقل العاطفي والحكيم والمنطقي . ٣. تقبل التغيير والتطور الطبيعي للشخصية والانفعالات مع التحلّي بالمرؤنة الشخصية . ٤. تشطيط التفكير الذي يجمع بين العقل والحكمة . ٥. التدريب على التقييم الجدلية باستمرارية النساوّل لديها ، والذي يصل بها إلى مرحلة المراقبة الذاتية للأفكار والمشاعر السلبية المصاحبة .	التدريب على التفكير والتقييم الجدلية والجمع بين تقبل الأعراض الاستطرابية وقبول التغيير للذات	الثامنة والناسعة زمن كل جلسة ٦٠ دقيقة

الفنين والأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة/ الزمن
اليقظة العقلية ، التصور أو التخيل، المناقشة وال الحوار، التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي.	١- التعرف على مفهوم اليقظة العقلية . ٢- ممارسة التعقل للأمور الشخصية والحياتية . ٣- توجيه الانتباه في اللحظة الراهنة بدون إصدار الأحكام .	التدريب على مهارات اليقظة العقلية للأمور الشخصية والحياتية للأفكار والسلوكيات والانفعالات	العاشرة والحادية عشرة زمن كل جلسة ٦٠ دقيقة
التواصل مع اللحظة الحالية ، اليقظة العقلية للأكل ، اليقظة العقلية للنفس ، اليقظة العقلية للجسد ، المناقشة وال الحوار ، التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي.	١. التعرف على إيجابيات وسلبيات ممارسة مهارات اليقظة العقلية . ٢. ممارسة تدريبات اليقظة العقلية المختلفة	تابع التدريب على مهارات اليقظة العقلية	الثانية عشرة ٩٠ دقيقة
فنين إدارة الذات والمراقبة الذاتية، التخيل ، المناقشة وال حوار ، التغذية الراجعة ، الواجب المنزلي	١. التدريب على صرف الانتباه للنفليل من الأفكار الوسواسية . ٢. التدريب على المراقبة الذاتية للأفكار والانفعالات والسلوكيات . ٣. تحديد العائق والصعوبات التي تحول دون تغيير الانفعالات . ٤. التمكن من زيادة الأحداث الانفعالية الإيجابية .	التدريب على صرف الانتباه والتحكم بالذات	الثالثة عشرة والرابعة عشرة زمن كل جلسة ٧٠ دقيقة
المناقشة الجدلية وأسلوب المجاز ، فنون حل المشكلات مثل تغير الاحتمالات والتعديل المعرفي ، التخيل أو التصور ، صرف الانتباه ، الواجب المنزلي	١. التمكن من كيفية تحديد المشكلات أو المواقف الانفعالية أو الشخصية . ٢. التمكن من عرض بعض المشكلات والموافق الصعبة من خلال سرد بعض التقصص . ٣. التتمكن من جمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة التي تعاني منها وتحليلها . ٤. التدريب على كيفية مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالمشكلة من خلال التحقق وتعديل السلوك	التدريب على مهارات خطوات ومراحل حل المشكلات	الخامسة عشرة والسادسة عشرة زمن كل جلسة ٧٠ دقيقة

الفنين وأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة / الزمن
الحوار الجدلـي ، الاسترخـاء العضـلي ، المناقـشـة والـحـوار ، التـغـذـية الـراـجـعـة ، الـواـجـب الـمنـزـلـي .	١. التـعرـف عـلـى طـرق طـرق التـفكـير . ٢. التـعرـف عـلـى الأـفـعـال الـقـهـرـيـة الـمـخـتـلـفة وـكـيـفـيـة مـوـاجـهـتها . ٣. التـدرـيب عـلـى طـرق الـاسـترـخـاء الـمـخـتـلـفة	التـدـريـب عـلـى الـاسـترـخـاء لـصـرف التـفكـير وـمـوـاجـهـة الأـفـعـال الـقـهـرـيـة	الـسـابـعـة عـشـرـة ٦٠ دقـيقـة
	١. التـدرـيب عـلـى الـاسـترـخـاء عن طـريق التـصـور بـالـصـور الـمـوجـهـة . ٢. التـدرـيب عـلـى الـاسـترـخـاء بـالـاـنـتـبـاه أو التـيـقـظـة الـعـقـلـيـة الـتـركـيزـيـة الـعـالـيـة (بالـتأـمـل الـذـهـنـي) . ٣. التـدرـيب عـلـى مـراـحل وـخـطـوـات التـحـصـين الـتـدـريـجي .	تابع التـدـريـب عـلـى الـاسـترـخـاء لـصـرف التـفكـير وـمـوـاجـهـة الأـفـعـال الـقـهـرـيـة	الـثـامـنـة عـشـرـة ٩٠ دقـيقـة
الـيـقـظـة الـعـقـلـيـة ، صـرـف الـاـنـتـبـاه ، التـصـور ، المناقـشـة والـحـوار ، الـواـجـب الـمنـزـلـي	١. التـدرـيب عـلـى طـرق التـوقـف عـن التـفكـير الـوـسـوـاسـي . ٢. التـدرـيب عـلـى الإـلـهـاء (بـصـرـف الـاـنـتـبـاه وـالتـحـوـيل) . ٣. التـدرـيب عـلـى الـيـقـظـة الـعـقـلـيـة بـالـمـهمـة الـواـحـدة وـالـتـركـيز عـلـى مـا يـحـدـث فـي الـزـمـن الـراـهن وـالـقـبـول بـه دـوـن الـحـكـم عـلـيـه نـهـائـيـاً . ٤. التـدرـيب عـلـى التـصـور أو التـخـيل النـشـط بـالـعـبـارـات التـوكـيدـيـة أـثـنـاء الـاسـترـخـاء (الـرـبـطـةـ الشـعـورـ بالـلاـشـعـورـ) .	تابع التـدـريـب عـلـى الـاسـترـخـاء لـصـرف التـفكـير وـمـوـاجـهـة الأـفـعـال الـقـهـرـيـة	الـتـاسـعـة عـشـرـة ٩٠ دقـيقـة
	١. التـعرـف عـلـى كـيـفـيـة تـحـقـيق وـتـمـيمـة الـكـفاءـة الـشـخـصـيـة . ٢. التـنـكـيـن مـن مـهـارـات الـطـلـب وـالـرـفـض . ٣. التـدرـيب عـلـى مـهـارـات تـكـوـين وـبـنـاء عـلـاقـات جـديـدة إـيجـابـيـة ، وـكـذـلـك إـنهـاء عـلـاقـات السـلـيـلـة الـمـعـلـطـة لـلـكـفاءـة الـشـخـصـيـة .	التـدـريـب عـلـى تـنـمـيـة الـكـفاءـة الـتـفـاعـلـيـة وـمـهـارـات اـتـخـاذـ الـقـرـارات	الـعـشـرـون ٧٥ دقـيقـة
فنـيـة الـحـوارـ الجـدـلـي ، المناقـشـةـ وـالـحـوارـ ، المـجاـزـ وـالـمـدـخـلـ الـقـصـصـيـ ، الـواـجـبـ الـمنـزـلـيـ .	١. التـدرـيب عـلـى خـفـض حـدـة الشـعـور بـالـذـنـبـ . ٢. التـدرـيب عـلـى تـجـنبـ الشـكـ فيـ الطـقوـسـ الـمـخـتـلـفةـ .	التـدـريـب عـلـى خـفـض حـدـة الشـعـور بـالـذـنـبـ وـتـجـنبـ الشـكـ فيـ الطـقوـسـ الـمـخـتـلـفةـ	الـحـادـيـة وـالـعـشـرـون ٧٥ دقـيقـة

الفنين والأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة/ الزمن
الحوار الجدلي ، المناقشة والحوار ، المجاز والمدخل القصصي ، الواجب المنزلي	١. تعرف الآثار السلبية المترتبة على الشك غير المنطقي وعدم الثقة بالآخرين . ٢. التدريب على الوعي بعدم عقلانية الشك المتواصل بالآخرين . ٣. التدريب على التغلب على مشاعر الاضطهاد والشك .	التدريب على التغلب على الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين	الحادية والعشرون ٧٥ دقيقة
المناقشة والحوار ، المجاز والمدخل القصصي ، التدريب على المهارات ، الواجب المنزلي.	١. تعرف أهمية الكفاءة الاجتماعية والتواصل الناجح مع الآخرين . ٢. التدريب على مجموعة من المهارات الاجتماعية والتي يمكن من خلالها تحقيق مستوى مقبول من الاستقرار الانفعالي .	التدريب على مهارات العلاقات البين شخصية الفعالة	الثانية والعشرون ٧٥ دقيقة
أسلوب دفاع الشيطان ، التقليل ، المناقشة والحوار ، المجاز والمدخل القصصي ، الواجب المنزلي	١. المساعدة على التغلب على مشاعر إرتباك الهوية . ٢. المساعدة على التغلب على الأفكار الانتحارية . ٣. المساعدة على اكتشاف الأهداف الحياتية وتحديدها .	الحياة مليئة بالمعاني وتستحق أن تُعاش	الثالثة والعشرون ٦٠ دقيقة
التواصل عبر الهاتف ، المناقشة والحوار	١. تدريب بعض أفراد العائلة على وسائل تقديم الدعم المناسب للحالة . ٢. تدريب الحالة على التواصل عبر الهاتف	التشاور والتواصل عبر الهاتف	الرابعة والعشرون ٦٠ دقيقة
	١. تطبيق استماراة تقييم جلسات البرنامج العلاجي للوقوف على مدى الاستفادة من البرنامج . ٢. تطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري تطبيقاً بعدياً . ٣. تطبيق اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية تطبيقاً بعدياً . ٤. إنهاء جلسات البرنامج . ٥. الاتفاق على موعد لقاءي المتابعة .	إنهاء وتقدير	الخامسة والعشرون ٧٥ دقيقة

الفنيات والأساليب المستخدمة	أهداف الجلسة	العنوان	الجلسة/ الزمن
	١. التأكيد من مدى استمرارية تحسن الحالة في مواجهة المواقف التي تستثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهيرية بعد فترة من إنتهاء البرنامج العلاجي. ٢. تحديد مدى استفادة الحالة من الخبرات العلاجية في المواقف التي تم تحديدها قبل العلاج وأيضاً مواقف الحياة العامة.	المتابعة الأولى	السادسة والعشرون ٧٥ دقيقة
	١. التأكيد من مدى استمرارية تحسن الحالة في مواجهة المواقف التي تستثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهيرية بعد فترة من إنتهاء المتابعة الأولى. ٢. تحديد مدى استفادة الحالة من الخبرات العلاجية في المواقف التي تم تحديدها قبل العلاج وأيضاً مواقف الحياة العامة.	المتابعة الثانية	السابعة والعشرون ٦٠ دقيقة

(و) تطبيق البرنامج :

تم تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة ، في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠١٨ / ٢٠١٩ م ، بمقر مكتب الباحث ومركز الإرشاد النفسي بكلية التربية ، واستغرق تطبيق البرنامج العلاجي حوالي (١٣) شهراً تقريباً تم خلالهم تطبيق جلساته السابعة والعشرين ، وإعادة بعض الجلسات عند الضرورة ، وبجانب تلك الجلسات كانت هناك بعض اللقاءات التي كانت تتحدث فيها الحالة عن بعض المشكلات النفسية والحياتية التي تتعرض لها .

(ز) تقويم البرنامج :

تم عرض البرنامج العلاجي على مجموعة من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس (*) ، وتم تعديل ما اقترحه المتخصصون ، ومنها :

(*) أ.د. فضل إبراهيم عبدالصمد أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا ؛ أ.د. محمد أحمد سعفان أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق ؛ أ.د. سيد عبدالعظيم محمد أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا .

- مراعاة أن تكون كل جلسة أسبوعياً بدلاً من جلستين في الأسبوع ، حتى تتمكن الحالة من ممارسة الفنيات التي تتدرب عليها في الجلسات بشكل كامل .
- مراعاة أن تكون التدريبات والمهارات والواجبات المنزليّة المستخدمة في البرنامج أكثر واقعية وعملية ويسهل تطبيقها على أرض الواقع .
- ضرورة التحاور مع الحالة بكافة الطرق المنطقية والجدلية واستخدام أسلوب القصص المجازي في مساعدة الحالة للتخلص من الأفكار الوسواسية .
- ضرورة وجود فترات راحة في جلسات البرنامج لكسر حدة الملل، والتغلب على الإجهاد .
- أن تتم عملية المتابعة على مرحلتين كل مرحلة بعد ثلاثة أشهر من الإنتهاء من سابقتها.

وتم تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً قبلياً ، ثم تم تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي الجدلية على الحالة ، ثم تم تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً بعدياً للتحقق من فعالية البرنامج ، كما تم التتحقق من استمرارية فعالية البرنامج بعد مرور ثلات أشهر من توقف التطبيق

نتائج الدراسة ومناقشتها :

- نتيجة الفرض الأول ومناقشتها: ونصه " تكشف استجابات الحالة على الأدوات الكlinيكية عن وجود بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة " ، وللحتحقق من ذلك تم عرض استجابات الحالة على أدوات الدراسة (قبل إجراء وتنفيذ البرنامج العلاجي) ، كما يتضح في الخطوات الآتية :

١- ملخص دراسة الحالة من خلال استماراة المقابلة الشخصية :

عند إجراء الدراسة الحالية ، كان العمر الزمني للحالة (٢٤) عاماً ، وهي طالبة بالفرقة الثالثة بكلية التربية - جامعة المنيا ؛ ويأتي ترتيبها بين الأخوة والأخوات الثاني هي وأختها التوأم بعد الأخ الأكبر وعمره الزمني (٢٧) عاماً وعن علاقتها به تقول الحالة (أنا أكثر حد أ تعرض لأذى أخي الأكبر سواء ألفاظ خارجة أو معايرات بالفشل أو غيره أو ضرب لأنني مكنتش بستحمل تصرفاته وبرد عليه، بجد مفتقده وجود السند في حياتي وخصوصاً الأخ) .

وبالنسبة لعلاقتها بأختها التوأم تذكر الحالة بأن أختي المفروض درست وعارفه عن الوسواس القهري والمفروض إن هي أكثر واحدة تقدر حالي لكن مش بتقدر ؟ ومؤخرًا حصلت خلافات فيما بيننا كثيرةً وحاولت أصلاح ده لكن كانت بترفض مع إنها هي الغلطانة في موافق كتير ودي أكثر حد أنا أتصدمت فيه صدمة عمري ، لأننا مش بس أخوات وتوأم إحنا كنا أصدقاء من الطفولة لكن أنا دلوقت مش عايزه وجودها في حياتي ومش مسامحها على غلطاتها معايا ، وأنا كنت بحاول أصلاح ما بينا عشان صلة الرحم وأنا أخوات ومينفعش نخاصم بعض لفترات طويلة زي كدة لكن شخصياً هي عكسي وأنا مش بحب شخصيتها إطلاقاً وأكثر سمة بتميزها الأنانية وحب النفس وعدم الاعتراف بالخطأ أو تقديم الاعتذار عند الخطأ ، ولما بتخاصمني بتتخذني عدوه ليها ومش بتعمل اعتبار لأي حاجة حلوة كانت بنا ، ودي مش أول مرة نقاطع بعض لكن دي أطول فترة خاصمنا بعض فيها .

ثم تأتي بعدها أخت تبلغ من العمر (٢١) عاماً ، وتذكر الحالة بأن دي أكثر حد نكدي ولسانه طويل في البيت ، شخصية غير ملتزمة دينياً بالمرة وصعب التعامل معها ودي أكثر واحدة بتضايقني في البيت ولو كانت رايقة ساعة فهي عصبية ولسانها طويل باقي اليوم ويعتبرني وحدة فاشلة ، وبتعامل معايا بمنتهى فلة الآدب والوقاحة ويتجرحني جداً بكلامها .

ثم أخت تبلغ من العمر (١٩) عاماً ، فتذكر بأنها شخصية مش اجتماعية معانا وكلامها محدود لكن مع أصحابها عكس كده خالص ، لكن هي شخصية فيها شوية خبث ودهاء بحسها غامضة وهي كمان مخصوصاني من فترة ، وخصوصتي قبل كده وروحت وصالحتها ورجعنا تاني اتخانقنا ومحاولتش تاني أني أصالحها بسبب طريقة وقلة ذوقها معايا ، وكمان أنا الأكبر والأصول تتعامل بأدب أكثر من كده ، وفي الغالب فردوه أفعال أخوتي منفره ومش بيشعجوني إني اعتذر لهم لو غلطانه أو أكلمهم ومش كل مرة أنا اللي لازم أجي على نفسي وأعتذر وخصوصاً أن طريقتهم معايا بتتعبني نفسياً فوق التعب النفسي اللي أنا فيه ، وعموماً مش فارقة معايا يكلموني أو لا أتعودت منهم على كدا واتعودت منهم على الوحدة؛ ثم أخ يبلغ من العمر (١٣) عاماً وهو يسير على نهج أخي الأكبر . أنا تقريباً مش بشوف أخوات بيبقو مع بعض بالطريقة دي مش بيسامحوا خالص .

وعن العلاقة مع الأب والأم وأسلوب التربية المتبعة مع الحالة ؛ فتذكّر بأنّ الأب بحالة صحية جيدة ، لكنه مدمن للسجائر بشرامة ، يعمل بالفلاحة في الأراضي الزراعية ، ومعظم الوقت يعمل في المبني والعمائر ؛ وهو شخصية متسلطة فهو لا يحب السماع لآراء ونصائح الآخرين وعلى رأسهم أمي ، فما يراه يكون هو الصحيح من وجهة نظره ولا يتقبل الرأي الآخر ، ويجهو الشجارات والخناقات لأنّه الأسباب ، ومش بيحب أهل أمي وتقربياً هما كذلك لا يحبون طباعه بسبب خناقاته مع أمي المتكررة ، لكن محدث شبه أبويا خالص بحسه شخصية ليس لها مثيل ؛ عموماً شخصية غريبة الأطوار .

وعن طبيعة العلاقة التي تربطها بالأب ، تقول بأنّها بتحس أنه بيخترع لي موافق تافهه عشان ينكم عليا ، ومن بعد ثلاثة ثانوي الكلام ده بقى يحصل كتير ، وخصوصاً بسبب سلوكياتي وأفعالي القهريه بسبب الوسواس القهري اللي كله بيتصايق منها وردود أفعالهم وكلامهم يضايق ، أبويا كارهني ومش بيهم بيا أصلًا وبينصيد لي الأخطاء عشان ينكم عليا وكلامه اللي بيتعجب نفسيتي جداً ، وكمان بيعمل فرق في المعاملة بينا حتى وأحنا صغيرين كان يروح يدفع الرسوم لأختي التوأم وأنا لا وهي مكتش بترضى تخلي حد يذاكر في الكتب وبتعتبرها ليها هي و كنت بستلف كتب من البنات اللي معايا في الفصل ، دايماً كانوا معتبرين (أختي التوأم) المتفوقة وأنا دائمًا الأقل ، وحتى أصحابنا كانوا يلتفوا حوليها عشان هي الأسطر والمدرسين يفضلونها عنّي ، وده كان بيأثر فيا دائمًا حتى لما مدخلناش مواد في ثلاثة ثانوي ، و كنت أنا صاحبة فكرة أننا نأجل لأنّي فعلًا كده هسقط وأعيد السنة سواء دخلت امتحانات أو لا وكل اللوم جاي عليا من الكل ، كأنّي أنا كنت حابه لنفسي كده مع إني تعبت نفسياً جداً السنة دي بسبب الحسد .

أما أمي فتزوجت في سن مبكرة جداً (١٣) عام بشخص ضعف عمرها وهو أبي ، وأنا أرى أنها تعرضت لظلم من ناحية تزوجها برجل ضعف عمرها وحرمانها من حق التعليم ، وتعاني من ضعف نظر وترتدي نظارة طبية ، وأعتقد أنّي أنا وأختي التوأم ورثنا عنها هذا المرض وخصوصاً إنّ أغلب عائلتها ضعاف نظر ، وبدأت تعمل في التجارة لتساعد في مصاريف البيت والجامعة ... ، وكانت تشتري الفاكهة وتذهب بها إلى بلد أهلها لتبيّعها وتأتي آخر النهار وهكذا كل يوم أعنانها الله ، وهي من نمط النساء

الطيب المتساهل في حدود ، كانت تعاقبنا بالضرب الشديد وأحياناً العقاب اللفظي ، ولكن كان العقاب الجسدي أكثر وذلك حتى الصف الأول الثانوي، فأمي لم تعرف الراحة مثل النساء المدللات في بيوت آباءهن وكذلك في بيوت أزواجهن ، أمي لها الجنة ، فلم يقف أحد بجانبي في مرضي ومحنتي مثلاً فعملت هي فجودها في حياتي أكبر نعمة ، وأنا أسامحها عما كانت تفعله في السابق من عقاب وغيره ، فهي كانت ترفض أن تُطلق من أبي خوفاً علينا من الضياع . لكن أمي مهما تعمل أنا مش بزعـل منها كفاية اهتمامها بي وتصف الحالة طفولتها بأنها تعرضت للعقاب كثيراً وخاصة من ناحية الأم ؛ أما الأب فبيتعامل أكثر بالعقاب اللفظي وخصوصاً معها في السن ده بالأفاظ قاسية موجعة نفسياً وكلها لوم وتحميل مسؤولية حاجات مليش يد فيها ، وجعلني أنا السبب فيها بطريقـة تثير الغضـب ، ويكون رد فعلـي تجاه ذلك البكاء والانعزـال والجلوس بعيدـاً عنـهم في رـكن والشعور بالإـهـانـة ، وأحياناً أشعر بالظلم في العـقـاب لأنـي أـتعـاقـبـ بـسـبـبـ الآخـرـينـ وليسـ بـسـبـبـ تـصـرفـاتـيـ .

وعن ذكريات الطفولة تصفـهاـ الحـالـةـ (رغمـ أنهاـ كانتـ طـفـولـةـ غـيرـ مـحـبـةـ إـلـىـ نـفـسـيـ لكنـهاـ لاـ تـساـوـيـ ذـرـةـ مـنـ الـأـلـمـ وـالـمـعـانـةـ التـيـ أـعـانـيـهـاـ إـلـىـ الآنـ ، فـيـاـ لـيـتـيـ لـمـ أـكـبـرـ وـبـقـيـتـ طـفـلـةـ ، لـكـانـتـ مـعـظـمـ ذـكـرـيـاتـيـ الجـمـيلـةـ فـيـ بـيـتـ وـقـرـيـةـ جـدـيـ وـمـعـ صـدـيقـتـيـ التـيـ لـاـ أـنـسـاـهـاـ أـبـداـ مـعـ أـنـهـاـ تـغـيـرـتـ كـثـيرـاـ عـنـدـمـاـ تـزـوـجـتـ)

أما الأمراض التي أصـيبـتـ بـهـاـ فـتـذـكـرـ الحـالـةـ : ضـعـفـ النـظـرـ فـيـ الصـفـ الثـالـثـ الإـعـادـيـ ، ثـمـ تـسـاقـطـ الشـعـرـ لـأـسـبـابـ مـعـيـنـةـ فـيـ الصـفـ الثـانـيـ الثـانـوـيـ ، وـوـسـوـاسـ قـهـريـ فـيـ الصـفـ الثـالـثـ الثـانـوـيـ وـمـسـتـمـرـ حـتـىـ الـآنـ ، سـبـقـهـ حـسـدـ وـتـكـرـرـ بـعـدهـ وـمـعـهـ ، كـمـاـ تـذـكـرـ بـأـنـ الحـسـدـ يـصـنـفـ ضـمـنـ الـأـمـرـاـضـ الـرـوـحـيـةـ التـيـ لـاـ تـعـالـجـ إـلـاـ مـنـ خـلـالـ الشـيـوخـ الـمـتـخـصـصـيـنـ لـعـلـاجـ مـثـلـ هـذـهـ الـحـالـاتـ ، وـلـاـ يـجـدـىـ مـعـهـ الـعـلـاجـ الـطـبـيـ أوـ الـنـفـسـيـ بلـ عـنـ طـرـيقـ الـمـعـالـجـ الـرـوـحـانـيـ مـنـ خـلـالـ الـعـلـاجـ بـالـقـرـآنـ الـكـرـيمـ أوـ الـسـنـةـ الـنـبـوـيـةـ ، وـالـمـعـالـجـ بـالـقـرـآنـ يـعـرـفـ إـنـ كـانـ حـسـداـ أـمـ لـاـ ، وـإـذـاـ لـمـ يـكـنـ حـسـدـ يـنـصـحـ باـشـتـشـارـةـ الـطـبـيـبـ الـمـخـتصـ فـيـ ذـلـكـ .

بالنسبة للخبرات الجنسية ، تذكر بأنه لا توجد أي خبرات جنسية لديها ، وعندما سُئلت عن هل شاهدته مشهد اتصال جنسي؟ فكانت إجابتها بنعم وبدون قصد عندما كنت أشاهد إحدى الإفلام القديمة ولا يتعذر ذلك سوى التقبيل الذي يحدث في معظم الأفلام القديمة ، وحين تعرض مثل هذه الأشياء فجأة أقوم أنا أو أحد إخوتي من معه ريموت التلفزيون بتغيير القناة بسرعة أو لا أعود لمشاهدة بقية هذا الفيلم أصلًا أو أخرج خارج الغرفة بسبب الحرج ، لكن الحمد لله الآن لا أرى التلفزيون أصلًا وكنت أيضًا في فترة الدراسة لا أتابعة أصلًا حتى لا اعتاد على مشاهدة ذلك وأهمل في دراستي ، كما أن أمي كانت تكره ذلك أو أن نجلس لفترات طويلة أمامه "المفسديون" بمعنى أصح وكانت أمي تفضل أكثر مشاهدة الشيوخ والقنوات الدينية فلا تعطي لنا فرصة لمشاهدة شيء غير ما تشاهده هي .

وعن موقفها تجاه الزواج قالت بأنه سنة الحياة وأمر طبيعي لاستمرار البشرية ، وهو مسؤولية كبيرة ، والزواج بالنسبة لي الآن مرفوض لعدم استعدادي نفسياً لخوض مثل هذه التجربة وقبل ذلك لأنني طالبة ودراستي أضعها في الأولوية وأرفض حتى مجرد الخطوبة خلال الدراسة خوفاً من الفشل ، ولا أحب الارتباط والدخول في هذه الدائرة وربما لن أفكر في الزواج مستقبلاً إذا استمر ما بي . كما تذكر بأنها لا تحب الاختلاط بالجنس الآخر ولا تفضل ما يسمونه بتجربة الحب لما تراه يحدث فيها من تعلق ومخالفات شرعية .

العادات الرئيسية في السابق كانت البقاء في البيت ما بين القيام بأعمال البيت مع أخوتي وقضاء وقت كبير أمام التلفاز معهم ، وهذا ما أندم عليه الآن لأن كله ذنوب ومعاصي وسعيّات ، وكان يسبب لي هزيمة وإحباط نفسي وسيطرة على التفكير بمتابعة مسلسلات معينة وبرامج ، فكان الأولى من ذلك أن أملأ وقتي في الذكر وقراءة القرآن ، لكنني كنت ملتزمة بأداء الصلوات في أوقاتها وقراءة القرآن كانت قليلة ولكن لا تقطع في شهر رمضان ؛ لكن الصلوات ثقيلة علي بسبب التكرار في الوضوء والشك فيه ، وتكرار الصلاة أيضاً وأدائها بعد عناء بسبب الوسواس القهري وتكرار الأفعال .

وفلسفتها في الحياة على حد قولها تتمثل في الآية القرآنية " قل لِّن يَصِيبُنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا " ، وفي إيمانها بأن " ما أصابك لم يكن ليخطئك ، وما أخطأك لم يكن ليصيبك " ؛ فعلم الحزن إذا؟! وكل شيء مقدر ومكتوب ، وهي دنيا فانية وكلنا مصيرنا الموت ، ربي لا تتومني إلا وأنت راض عنِّي ، فحقاً هذه العبارات عندما أذكرها يزول حزني على كل عزيز على نفسي تمنيته ولم يتحقق ، وأقول لعله خير ، وإن كان الظاهر غير ذلك .

بالنسبة للأحلام والكوابيس توجد ولكن بصورة قليلة مثل مثلاً محاولة أختي التوأم قتلي عن طريق الخنق ، شعوري بأنني أسقط من مكان عالي وده أتكرر كتير معايا " وكأنه حقيقة وأحلام مزعجة أخرى لا أتذكرها الآن ؛ كمان بحلم بحاجات وأشخاص مستحيل أنهم يتجمعوا في مكان واحد وبحس أن الحلم مش منطقي خالص .

وبالنسبة للاضطرابات النفسية: فتذكر الحالة بأنها تعاني الوسواس القهري والأفعال المتكررة والشك الدائم في كل شيء وعدم الارتياح بسبب ذلك ، وكل ذلك من قلق وتوتر وخوف والخوف من المستقبل ، وكمان أن يسبب لي الوسواس القهري أشياء أخرى غير محمودة ؛ وقررت بالصدفة عن الوسواس القهري على جوجل واتصدمت لما لقيت نفس الأعراض بتحصلي من محاولات انتحار ووسواس انتحارية وأفكار وأعراض كتير ، ومن هنا قررت إني أتعالج رغم رفض أمي للموضوع ده ، وبعد إلحاد مني وبعد معرفتها للأعراض وافقت ، وأبويها ده ميعرض حاجة لأنه مش بيحب يدفع فلوس إلا للأكل ومصاريف البيت ويدفع اللي يقدر عليه في مصاريف الكلية وأمي تتتكل بالباقي كل المصاريف خلال فترة العلاج اللي ما جبتش نتيجة سواء مع الوسواس القهري أو علاج الشعر لحد يومنا ده .

وعن رأيها بشخصيتها ؛ فتذكر بالنسبة لشخصيتها أكثر شيء سيطر عليها الوسواس القهري ، وأكثر حاجة مش بحبها الأنانية والكذب وعدم الوفاء بالوعود جداً وعدم الالتزام بالمواعيد والنفاق ، لكن أنا لو معنديش وسواس قهري شخصيتها كانت هتبقي أحسن ونفسيتها هتبقي أفضل لأنه مأثر عليا جداً وعلى حالي النفسية ؛ أنا حالياً أكثر شيء مأثر على شخصيتها الوسواس القهري والسلوكيات الناتجة عنه .

وأكثر شيء كان بيضايقني من أسرتي أنهم كانوا بيعرفوا كل الناس اللي بيحصل معاليا لأنني كنت تقريباً غير مسؤولة عن أفعالي كنت بصرخ كثير وأقول كلام تخاريف وأقطع في شعري وأرفض بشدة أي علاج وخصوصاً الديني ، وكانوا عشان أجرب علاج الشيوخ يضطروا يضرربوني ، وأمي وأختي الصغيرة في أوضة يخلوني لبني غصب عنى وتحت تهديد الضرب عشان أغسل بالمية اللي الشيخ إدهالي وبيتهموني إني سلبية جداً لأن مرضي طول جداً حوالي شهرين ومفيش أي تقدم بل الحالة بتسوء وكل الناس في البلد تقريباً عرفت ب kedde .

كمان كانت أمي وأختي وجنتي بيتهموني في شرفي وعرضي وإنني ممكن أكون خلطة مع واحد أو ضحك علياً وإزاي بيتهموني به من غير أي دليل ، وأنا اللي معروفة في البلد بالعلفة والطهارة وعمري ما بدر مني أي حاجة وحشة من الناحية دي ؛ وكنت بحب أمشي لوحدي السنة دي لأن البنات اللي من بلدي كانوا مش حلوين وبيكرونوني وأنا مش بحبهم ، وحتى كان في بنات منهم بيحاولوا يشوهوها سمعتي بكلام ويدنسوا شرفي فابتعد عنهم نهائى والاحتراك بقى لضرورة وبحدود ، ليه أهلي بيتهموني ب kedde .

كمان بعد ما رحت للشيخ وعالجنى من الحسد ، صحيت تاني يوم بصرخ وأمي دخلت الأوضة وسألتني مالك قولتها" إني في حد كان بيقولي في وداني إني يوم فرحي هطلع مدام مش آنسة يعني مش عذراء وأنا أفله حرام عليك وأصرخ وكأن صوت بيكلمني " وكنت منهارة وبعيط ، فلما أمي جت وسمعت الكلام ده ، إنهارت أكثر ورجعت لنفس حالة الصراخ وكمان أفكار الانتحار رجعت تاني وكان معاليا السكين وحاشوه مني بالعافية ، وبعد ما هديت شوية حولت انتحر بس مقدرتش أعمل كده في نفسي فقصيت شعري كله وإنهرت وطلبت منهم يودوني مستشفى الأمراض العقلية عشان مبقاش معاهم . كما أن فقد شعري كله بس القص ده تعبني نفسياً أكثر وكمان كانوا بيجهرونني أدخل الامتحانات وأنا مش مذاكرة وكنت مش بحل أي حاجة وأطلع من الامتحان أبقى نفسي أرمي نفسي من الدور الأخير بس كالعادة مش هقدر أذى نفسي ، لكن الأفكار موجودة والطرق كثيرة .

أنا سبق وذكرت قبل كدا إني عندي أفكار إيذاء النفس فقط وأنكرت أفكار إيذاء الغير ومش كدب لكن إيذاء الغير دي كانت نادرة الحدوث عشان كدا نسيت خالص ذكرها في الورق ، لكن أنا تذكرت إني فعلاً كانت بتجيني أفكار ووساوس إيذاء الغير في الأول أفكار ملحة لإيذاء الأطفال مثلًا لما كان حد من أولاد عمي الصغيرين متواجد معانا في البيت بتيجي الأفكار دي وبتخلص منها بصعوبة وأحاول أتجاهلها ؛ والمرة الثانية ليلة الامتحان في ثانية كلية وكنت وقتها معنديش حسد لكن الوسواس القهري موجود وكانت في الفترة دي تعبانية وبعمل حجامة وجربت علاجات كتير لحد ما يأسن إني ممكن أتعالج من الصداع على الأقل دا غير أعراض الوسواس القهري والأفكار لقتل أو إيذاء الغير ، وهي إني كنت بمجرد ما أمسك الكتاب أراجع الأفكار تبدأ تسيطر على تفكيري بطريقة شديدة جداً وهي إني أقوم أولع في البيت كله أو أقوم أخنق أخواتي الأختين اللي كانوا نايمين معالياً في نفس الغرفة ، وأحاول أتخلص من الأفكار لأنها كارثة لو استجبت لها ، وأخيراً قررت هفل الكتاب ومش هراجع ونممت بسرعة وأنا باكية .

تحليل تاريخ الحالة :

يكشف تاريخ الحالة عن وجود بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري لديها ؛ وأنصح ذلك في أغلب أحداث حياتها وتعاملها مع المواقف المختلفة ، فبداية لم تجاوب على استماراة دراسة الحالة في الورق المطبوع ولكنها كتبت في ورق خارجي ما يقرب من (٣٥) صفحة فلوسكاب والدقة والتنظيم في الكتابة ، ومراجعتها لما تمت كتابته أكثر من مرة وأنصح ذلك في استخدام القلم الكريكتور للتصحيح لما هو مكتوب ، وأيضاً عندما ذكرت ترتيبها بين أخواتها ذكرت ذلك بفارق السنين والشهر و الأيام مما يشير للدقة الزائدة ، أفكار متسلطة بأنها ليست عذراء ، التشكيك في الوضوء والصلوة وإعادتها أكثر من مرة ، التفكير الخرافي والإيمان بالسحر وأن الجميع يكرهها حتى الناس في الخارج وأن الجميع يحب أختها التوأم ولا يحبها هي ، الانطواء والاكتئاب والحزن أغلب الوقت ودائماً تجلس منفردة وسوء التوافق الاجتماعي مع جميع الأهل ، النظام والتدين والنظافة الزائدة (تستغرق وقت طويل وتطوّس ثابتة في النظافة وغسيل اليدين) ، أفكار انتحارية لإيذاء النفس ، وسلط الأفكار ضد الآخرين مثل إشعال النار في البيت أو قتل أحد من أفراد العائلة أو قتل أطفال صغار .

٢- تفسير استجابات الحالة على اختبار فهم الموضوع :

تم تطبيق (١١) بطاقة من بطاقات (T.A.T) (*) في ضوء ما تكشف عنه من تفاعلات واسقطات وعلاقات مع البيئة الخارجية ؛ فقد كشفت استجابات الحالة كثرة التشكك والتrepid وطرح الاحتمالات المتعددة ، والنظرية السلبية للأمور ، وظهور مشاعر الشعور بالذنب ، والميل للتفكيك التجريدي والتأملي وتوقع الشر ، وتعانى من فقدان الحب والحنان والرعاية داخل أسرتها وخاصة من الأب ، بينما كانت أكثر العلاقات سيطرة عليها هي علاقتها بأمها وأنها تشبيهها في كثير من تصرفاتها وتوحدت معها في أكثر من بطاقة لأنها ترى أن ظروفها مماثلة لها وأنها بنفس الحال مغلوب على أمرها ، وقد انها الثقة بالنفس والشعور بالدونية والتقيير المنخفض للذات ، كما لجأت لاستخدام بعض ميكانيزمات الدفاع كالالقمع والتحويل العكسي ، كما تعانى من الصراعات النفسية والتناقض الوجاهي ، وتشتت الانتباه وعدم قدرتها على التركيز .

٣- تفسير استجابات الحالة على اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية :

بعد تطبيق اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية على الحالة ، تم تجميع الدرجات للحالة على جزئي الاختبار ، فكانت درجات الحالة كما يوضحها جدول (٢) التالي :

جدول (٢)

درجات الحالة على اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية قبل تطبيق البرنامج

الجزء الأول - مقاييس الشخصية السوية :			
الدرجة المفحوص	الدرجة النهائية	معنى الدرجة	العامل
٢٠	٢٤	توهم المرض	D1
١٦	٢٤	الاكتتاب البائع على الانتحار	D2
١١	٢٤	الهياج	D3
٢١	٢٤	الاكتتاب المصحوب بالقلق	D4

(*) ملحق رقم (٣) استجابات الحالة على البطاقات والتأويل النفسي للباحث على كل بطاقة .

الجزء الثاني- المقاييس الكلينيكية				الجزء الأول- مقاييس الشخصية السوية :			
درجة المفحوص	الدرجة النهائية	معنى الدرجة	العامل	درجة المفحوص	الدرجة النهائية	معنى الدرجة	العامل
٢١	٢٤	الاكتاب المصحوب بالطاقة المنخفضة	D5	٣	١٦	الاندفاعية	F
١٩	٢٤	الاستياء والشعور بالذنب	D6	٧	١٦	الانسجام مع المحيط الاجتماعي	G
٩	٢٤	الملل والانسحاب	D7	٥	١٦	المغامرة والإقدام	H
١٢	٢٤	البارانويا	Pa	٧	١٦	الحساسية	I
١١	٢٤	الاحرف السيكوباتي	Pp	١٤	١٦	الإرتياط والشك	L
١٦	٢٤	الفحش	Sc	٧	١٦	التخيل	M
١٤	٢٤	الوهن النفسي	Ac	١٢	١٦	الدهاء	N
١١	٢٤	القصور النفسي	Ps	١٣	١٦	عدم الشعور بالأمن	O
				٩	١٦	التحرر	Q1
				١٠	١٦	الاكتفاء الذاتي والاستقلال	Q2
				٧	١٦	ضبط النفس	Q3
				١٢	١٦	التوتر	Q4

يتضح من الجدول السابق أنه بالنسبة للجزء الأول (مقاييس الشخصية السوية) تبين أن الحالة حصلت على درجات مرتفعة في بعض العوامل، مثل : الإرتياط والشك ، وعدم الشعور بالأمن والتوتر ؛ كما حصلت على بعض الدرجات المنخفضة في بعض العوامل ، مثل : الاندفاعية ، والمغامرة والإقدام ، الثبات الانفعالي ، والانسجام مع المحيط الاجتماعي، الدفء، أما بالنسبة للجزء الثاني (المقاييس الكلينيكية) تبين أن

الحالة حصلت على درجات مرتفعة في بعض العوامل، مثل : الاكتئاب المصحوب بالقلق ، الاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة ، توهم المرض ، الاستياء والشعور بالذنب .

٤- تفسير استجابات الحالة على قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري :

بعد تطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري على الحالة ، تم تجميع درجاتها فحصلت على (٢٠٠ / ١٨٧) وهي درجة عالية تبين أن الحالة تعاني من بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري تتمثل في : أفكار وإلحاحات وسواسية متكررة لا يمكنها السيطرة عليها ، سلوكيات وأفعال عقلية متكررة تشعرها بأنها مجبرة على أدائها ، التشكك في كل ما تقوم به .

كما أن الحالة في استجابتها على كثيرةً من عبارات القائمة كانت لا تستجيب بوضع العلامة فقط أمام البديل المناسب ، إنما كانت تتعلق على العبارات ، فمثلاً : العبارة رقم (١) أميل إلى مراجعة أشيائي عدة مرات حتى أرتاح ، فكتب تتطبق دائمًا ولا أرتاح حتى بعد المراجعة ؛ والعبارة رقم (٤) تراودني أفكار خاصة بالتطهير والطهارة والنجاسة ، فكتب تتطبق دائمًا وذلك بسبب سلوكياتي من الشك في الطهارة الذي يدفعني إلى الإسراف في استخدام المياه لأنني أكرر وأعيد ؛ والعبارة رقم (٣٣) لا استمتع بحياتي مثل بقية زملائي ، فكتب تتطبق دائمًا فأناأشعر أنني تغيرت تماماً بعد هذا المرض وللكرار الأفعال رغم ذلك عدم الارتياح فأنا في عذاب دائم وألم نفسي ولا أعلم كيف سينتهي بي الحال إذا لم أشفى .

وفي نهاية استجابتها على قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري كتبت : خلاصة ما يحدث معي (أني مثلاً عندما أكتب أسمي في كشف الحضور أعيد النظر إليه مرات عديدة ولا أتأكد مهما نظرت ، وإذا استخدمت الصابون في غسل يدي مثلاً أعيد الغسيل مرات أخرى ولا أكون متأكد كثيرةً رغم وجود الصابون على يدي ، كذلك البوك الذي أضع فيه النقود لا أتركه من يدي وكذلك الموبايل وإذا وضعته في الشنطة أظل مشغوله به وشاكه بعدم وجوده وأتأكد من وجودهما مرات عديدة فالجأ إلى حملهم في يدي لإراحة نفسي وتفكيري وكذلك مع باقي الأشياء يحدث نفس الشئ وفي الصلوات والوضوء وكل شئ مما يتبعني نفسيًا وكثيراً أبكي) .

ملخص نتائج استجابة الحالة على أدوات الدراسة(قبل إجراء وتنفيذ البرنامج العلاجي):
 كشفت النتائج التحليلية للدراسة عن ديناميات الشخصية والبناء النفسي للحالة التي تعاني من بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري من منظور المنهج الكلينيكي من خلال المقابلات الشخصية وتاريخ الحالة ، وبعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع (التات) واختبار التحليل الكلينيكي للشخصية وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري ، فأشارت أغلب الاستجابات على الأدوات المختلفة أن الحالة تتسم ببعض السمات الوسواسية والأفعال القهيرية ، وتبين من خلال ما سبق أن وضع الصياغة النظرية والتشخيصية لهذا الاضطراب النفسي أمر في غاية الصعوبة ، مما يتطلب معه التدخل بالعلاج لتخفيف بعض أعراض الوسواس القهري من خلال العلاج السلوكي الجدي .

ب-نتيجة الفرض الثاني ومناقشتها : ونصه " تختلف استجابات الحالة على كلاً من قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري واختبار التحليل الكلينيكي للشخصية قبل وبعد تطبيق البرنامج " ، وللحقيق من صحة هذا الفرض ، تم إجراء القياس البعدى لأدوات الدراسة ، وأسفرت النتائج التحليلية للدراسة عن مجموعة من الأعراض الشخصية لدى الحالة موضع الدراسة ، وهذه الأعراض اتفقت عليها الدلالات التحليلية ، وأكدها المضمون النفسي والسيكولوجي على أدوات الدراسة المتمثلة في اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية ، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في القياس البعدى ؛ وفيما يلي عرض تفسير الدرجات التي حصلت عليها الحالة في التطبيق البعدى لمعرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي الجدي :

١- تفسير استجابات الحالة على اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية :
 تم تطبيق اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية على الحالة تطبيقاً بعدياً بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ، وكانت درجات الحالة كما يوضحها جدول (٣) التالي :

جدول (٣)

درجات الحالة على اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية بعد تطبيق البرنامج العلاجي

الجزء الأول - مقاييس الشخصية السوية :				الجزء الثاني - المقاييس الكلينيكية			
العامل	معنى الدرجة	العامل	معنى الدرجة	العامل	معنى الدرجة	العامل	معنى الدرجة
A	الدفء	D1	نوهם المرض	١١	١٦	٢٤	درجة المفحوص
B	الذكاء	D2	اكتتاب الباعث على الانتحار	٧	١٦	٢٤	الدرجة النهائية
C	الثبات الانفعالي	D3	الهياج	١١	١٦	٢٤	معنى الدرجة
E	السيطرة	D4	اكتتاب المصحوب بالقلق	١٢	١٦	٢٤	العامل
F	الاندفاعية	D5	اكتتاب المصحوب بالطاقة المنخفضة	٤	١٦	٢٤	العامل
G	الانسجام مع المحيط الاجتماعي	D6	الاستياء والشعور بالذنب	١١	١٦	٢٤	العامل
H	المغامرة والإقدام	D7	الملل والانسحاب	٨	١٦	٢٤	العامل
I	الحساسية	Pa	البارانويا	٩	١٦	٢٤	العامل
L	الإرتياض والشك	Pp	الانحراف السيكوباتي	٥	١٦	٢٤	العامل
M	التخيل	Sc	الفصام	٩	١٦	٢٤	العامل
N	الدهاء	Ac	الوهن النفسي	١١	١٦	٢٤	العامل
O	عدم الشعور بالأمن	Ps	القصور النفسي	٥	١٦	٢٤	العامل
Q1	التحرر			١١	١٦		العامل
Q2	الاكتفاء الذاتي والاستقلال			١٢	١٦		العامل
Q3	ضبط النفس			١٢	١٦		العامل
Q4	التوتر			٦	١٦		العامل

من الجدول السابق يتضح أنه بالنسبة لمقاييس الجزء الأول من الاختبار قد حصلت الحالة على درجات منخفضة في بعض العوامل من الجزء الأول من الاختبار، مثل : الإرتياح والشك ، عدم الشعور بالأمن ، التوتر ، كما حصلت على بعض الدرجات المرتفعة في بعض العوامل ، مثل : الدفء والثبات الانفعالي والسيطرة والانسجام مع المحيط الاجتماعي والاكتفاء الذاتي والاستقلال ، وضبط النفس ؛ أما بالنسبة لجزء الثاني من الاختبار فقد حصلت على درجات منخفضة في بعض العوامل ، مثل : توهם المرض ، الاكتئاب الباعث على الانتحار ، الاكتئاب المصحوب بالقلق ، الاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة ، الاستثناء والشعور بالذنب ، الوهن والقصور النفسي ، وهذا معناه أن الأعراض السلبية التي كانت تعاني منها الحالة تراجعت كثيراً بعد تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي الجندي ، وأمكن السيطرة عليها بدرجة كبيرة ، كما أن الجوانب الإيجابية تحسنت بشكل ملحوظ .

ويتسق هذا التحسن مع ما أكدته لينهان على أن العلاج السلوكي الجندي ي العمل على تنظيم الاستجابات الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية للأفراد، ويمتاز هذا الأسلوب العلاجي بأنه يمزج بين جوانب في التحليل النفسي والعلاج المتمرّك حول العميل والسلوكي والمعرفي لمواجهة الأزمات في إطار متكامل ومتلاحم منطقياً، وكذلك تعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنون المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، كما ينطوي العلاج السلوكي الجندي على مهارات أساسية متنوعة، مثل: مهارات التعقل، وفعالية العلاقات البنفسجية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والكرب النفسي (Linehan, 2015, P.25).

٢- تفسير استجابات الحالة على قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس

القهري:

بعد تطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري على الحالة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي السلوكي الجندي ، تم تجميع درجات الحالة على القائمة فحصلت على (٨٢ / ٢٠٠)، وهي درجة منخفضة جداً مقارنة بدرجتها في القياس القبلي ، ويدل ذلك على التحسن الملحوظ في القياس البعدى في تخفيف بعض أعراض الوسواس القهري لدى الحالة ؛ مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الجندي .

وترجع فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تخفيف بعض اعراض الوسواس القهري لدى الحالة إلى أن الحالة هي من سعت طبأ للعلاج وكان لديها اهتمام وتركيز بمتتابعة جميع الجلسات والحرص على المشاركة بفعالية ، كما أن العلاقة بين الباحث والحالة كانت قائمة على الود والاحترام والتشجيع المستمر ، وتحفيزها بأنها تملك إمكانيات وقدرات ذاتية وإنها بحاجة فقط للعون والمساعدة للتخلص مما تعاني منه، كما قد تفسر هذه النتيجة أنه أثناء الإعداد للبرنامج والقيام بتتفيده كان الباحث حريصاً للوصول لمرحلة الاقناع مع الحالة في تطبيق كل ما يتم أخذه في الجلسات وتطبيقه في الواجبات المنزلية، وهذا اتفاقاً مع لينهان ، حيث أوضحت أن فعالية التدريبات المهاريه قد ترجع إلى إتقان العميل لتلك المهارات (Linehan,2015, 16) ، وهذا ما تم الأخذ به حيث تم تدريب الحالة على مهارات العلاج السلوكي الجدلي بعدة طرق بدأً من التعرف على المهارات (مهارات الوعي الذاتي وتحليل السلوك - مهارات اليقظة العقلية - مهارات العلاقات بين شخصية - مهارات تنظيم المشاعر - مهارات تحمل الضغط) ثم التدريب على الممارسة العملية لتلك المهارات أثناء الجلسات من خلال مجموعة من الأدلة والنشرات وأوراق العمل المختلفة ، وأيضاً الممارسة خلال أنشطة الحياة اليومية من خلال الواجب المنزلي ، فالتدريب على المهارات تم بشكل كافي وبنبريات متعددة وفي موافق متكررة مما يجعل درجة الاقناع للمهارة عالية جداً من قبل الحالة ؛ ويتفق ذلك مع ما أكده أوبرين وأخرون (O'Brien et al,2008,19) على أن العلاج السلوكي الجدلي يعتمد على الموقف الجدلي لإحداث التوازن بين الرغبة في التغيير وقبول المعاناة الحتمية وذلك لخفض الألم قدر الإمكان ، وقد يكون الهدف النهائي هو خلق الوعي لحظة بلحظة لخبرات الفرد ، بالإضافة إلى ممارسته تمارين اليقظة العقلية للاستفادة منها في أي وقت كما أوضحت لينهان أن العلاج السلوكي الجدلي يساعد على تنظيم الاستجابات الانفعالية، وتحسين العلاقات الاجتماعية ، ويتميز هذا الأسلوب العلاجي بأنه يمزج بين جوانب في التحليل النفسي والعلاج المتمرکز حول العميل وبين شخصي والسلوكي والمعرفي لمواجهة الضغوطات والأزمات المختلفة في إطار متكامل ومتلاحم منطبقاً، وكذلك تعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنون المعالجة الأساسية كحل المشكلات،

والتدريب على مهارات التعرض، كما ينطوي على مهارات أساسية متنوعة، مثل: مهارات اليقظة العقلية، وفعالية العلاقات بين الشخصية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والكرب النفسي (Linehan, 2015, 25)، وهذا ما تم مراعاته عند وضع وتطبيق البرنامج العلاجي .

ملخص تفسير نتائج استجابة الحالة على أدوات الدراسة (بعد إجراء وتنفيذ البرنامج العلاجي) :

أوضح القياس البعدى لأدوات الدراسة أن البرنامج السلوكي الجلى كانت له فعالية في تخفيف بعض أعراض الوسواس القهري من خلال تعديل الأفكار الوسواسية والأفعال القهريه وضبطها بدرجة كبيرة ، وأن هذه الفعالية كانت أكثر وضوحاً في بعض الجوانب التي تشير إلى أعراض الوسواس القهري لدى الحالة ، وفيما يلي عرض لهذه الجوانب :

- **الشك والريبة والتردد :** حيث ظهر لدى الحالة الشك والتردد في كل ما تقوم به من أعمال وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة التدريب على الاسترخاء لصرف التفكير ومواجهة الأفعال القهريه ، وأيضاً من خلال التدريب على تتميم الكفاءة التفاعلية ومهارات اتخاذ القرارات .

- **تكرار الأشياء دون توقف :** والتتأكد من فحص الأشياء الخاصة بها مراراً وتكراراً سواء موبيل أو نقود أو محفظة أو كشوف الغياب ، وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة التدريب على صرف الانتباه والتحكم بالذات .

- **الانشغال الزائد بالتفاصيل والتنظيم والترتيب :** حيث ظهر هذا الجانب بوضوح في دراسة الحالة ، من خلال اهتمامها بذكر أدق وأصغر التفاصيل والتاريخ والأرقام ، وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال التدريب على مهارات الوعي الذاتي وتحليل السلوك والتدريب على مهارات اليقظة العقلية بالمهمة الواحدة والتركيز على ما يحدث في الزمن الراهن والقبول به دون الحكم عليه نهائياً

- **طقوس الاغتسال والطهارة :** والمداومة على تكرارها حتى ترتاح ولكنها أيضاً لا ترتاح مما فعلت ذلك مراراً وتكراراً ، وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة تدريبات كيفية تهدئة الحواس الذاتية للتقليل من الأفكار الوسواسية ، ومن خلال الإلهاء (بصرف الانتباه والتحويل) .

- **الشعور بالذنب :** وهذا الشعور لدى الحاله يتتأكد بعد ممارستها للأفعال القهريه ، وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة تدريبات كيفية إدارة الانفعالات ، وأيضاً مهارات اليقظة العقلية المختلفة والانتباه والوعي للمشاكل وتنظيمها .
- **الميل الاتحاري :** مثل تفكير الحاله بأن ترمي نفسها من الدور الرابع ؛ وإيذاء الذات في أكثر من مرة ، فقامت بقص شعرها بالكامل ، وأيضاً كانت تراودها أفكار إيذاء الآخرين ، وتسلط تلك الأفكار ضد الآخرين مثل إشعال النار في البيت أو قتل أحد من أفراد العائلة أو قتل أطفال صغار ، وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة أسلوب دفاع الشيطان لمقاومة التفكير المتطرف والمجاز والمدخل القصصي .
- **الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين :** وهذا ما تم التركيز عليه في جلسات البرنامج من خلال ممارسة فنيات الحوار الجدلية والمجاز والمدخل القصصي . وهكذا يتضح بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي الجدلية والقياس البعدى الفائدة العلاجية في تخفيف أعراض الوسواس القهري ، كما لم يحدث للحاله أي انتكasaة في أي من الجوانب التي تضمنها البرنامج أثناء تنفيذه .
- **نتيجة الفرض الثالث ومناقشتها :** ونصه " لا يوجد اختلاف في استجابات الحاله على قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة " ، وللحقيق من صحة هذا الفرض ، تم إجراء القياس التبعي بعد مرور ثلاثة أشهر من نهاية تطبيق البرنامج العلاجي ، وهدفت المتابعة إلى التأكد من استمرار تحسن الحاله في مواجهة المواقف التي تستثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهريه لديها ، وتحديد مدى استفادة الحاله من الخبرات العلاجية وممارسة التدريبات والمهارات المختلفة للعلاج السلوكي الجدلية في المواقف التي تم تحديدها قبل العلاج ، وأيضاً في مواقف الحياة العامة ، وطلب من الحاله أن تكتب تقريراً ذاتياً عن حالتها وكل ما يمر بها من خلال مجموعة من الأسئلة تم وضعها من أجل هذا الغرض :

- هل ما زال يراودكي بعض من الأفكار الوسواسية أو الأفعال القهريه ؟

- كيف تتصرفين الآن مع هذه الأفكار والأفعال أن وجدت ؟
- ما هي نظرتك إلى نفسك الآن ؟
- ما هي نظرتك إلى الآخرين الآن ؟
- كيف يراكي الآخرون الآن من وجهة نظرك ؟
- كيف تعاملني مع الآخرين الآن (الأم، الأب، الأخوة، الأصدقاء، الجنس الآخر) ؟
- ما وجهة نظرك في اضطراباتك قبل العلاج وبعد العلاج والآن ؟

ثم طُلب منها أن تكتب في تقريرها أي أحداث وقعت لها أو مشاكل لم تظهر أثناء العلاج ولم يرد لها إشارة في أسلمة التقرير ، أما عن طريق الاتصال فقد تم عن طريق " التواصل والاستشارة عن طريق الهاتف " بين الباحث والحالة مباشرة، وقد تم الاتفاق في الجلسة الأخيرة للعلاج على أن يتم الاتصال حوالي من مرتين إلى خمسة على مدار كل شهر بعد إنتهاء البرنامج العلاجي ، حيث تمت عملية القياس التبعي على مرحلتين المتابعة الأولى والمتابعة الثانية ووصفهما كالتالي :

المتابعة الأولى :

تم إجراء هذه المتابعة بعد (٣) شهور من نهاية البرنامج العلاجي ، وتم فيها تطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري على فحصت على (٤٠٠/٨٤)، وهي درجة مقاربة جداً بدرجتها في القياس البعدى للبرنامج وتدل على استمرار فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة ، كما جاء التقرير الذاتي الذي كتبته الحالة عن ما مرت به وعن تطور حالتها في هذه الفترة ، وأشارت إلى أن بعض الأفكار الوسواسية الخاصة بالصلة والطهارة مازالت تراودها رغم أنها تحاول السيطرة عليها والتخلص منها، كما أنها مازالت تشعر ببعض الصعوبات في طريقة تعاملها مع الآخرين وبخاصة الأخ الأكبر والأب، فعند التواصل معهم تشعر أنهم يحملون بداخلهم ردود فعل سلبية تجاهها، رغم أنها بدأت تدرك أن فيهم الخير وفيهم الشر، وأن وجود الشر بجانب الخير من سنن الحياة .

كما ورد في تقريرها أيضاً أنها لم تتحقق ذاتها بالطريقة التي تتمناها أو بالطريقة المثلالية، وقد أنهت تقريرها بقولها " على العموم حياتي الآن أفضل مما سبق وأشعر بأنني أسير الآن في الطريق الصحيح " .

المتابعة الثانية :

بعد إنتهاء المتابعة الأولى وتقييم الحالة تم الاتصال بها مرة أخرى عن طريق "الهاتف" وأخبرها الباحث بما تم من تقييم للمتابعة الأولى، وقد أظهرت الحالة له ردود فعل إيجابية لنجاحها في التحكم في الأفعال القهريه وكثير من الأفكار الوسواسية، ومع ذلك فقد ذكر لها الباحث بأنها يمكن أن تتعرض للانتكasaة ما لم تنجح في مهاجمة الأفكار الوسواسية بدرجة قوية؛ حتى يمكن السيطرة عليها بالمهارات السلوكية والجدلية التي تم التدريب عليها في الجلسات أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي، كما أن عليها أن تكرر تدريبات اليقظة العقلية المختلفة والتدريب على أشكال الاسترخاء المختلفة ، وأن تراجع مدى نجاحها في تنفيذ الواجبات المنزلية باستخدام الكراسة الخاصة بذلك والتي كانت تستخدم أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي و عمل التغذية الراجعة لها .

وتم إعلامها أيضاً أن محاولاتها للسيطرة على الأفكار الوسواسية وحدها لا تكفي، ولكن عليها أيضاً أن تحاول إعادة اتجاهها نحو المواقف التي تثير مشاعر الذنب لديها والتي تم تحديدها من قبل وتعمل على فهمها والاستفادة منها بدلاً من الوقوع تحت سيطرتها ومعاناة الاضطرابات النفسية بسببها، وعليها أيضاً أن تحل التناقضات الوجودانية تجاه الأخـت التـوأم النـاشـئـة من الـصـراـع بـيـن الـحـبـ والـكـرهـ وـالـتـعلـقـ بـهـاـ وـالـرـغـبـةـ فيـ الـاسـقـلـالـ النـفـسـيـ عـنـهـ، وـأـنـ تـجـنـبـ خـطـأـ التـعـمـيمـ، فـإـذـاـ كـنـتـيـ قدـ مرـرـتـ بـخـبـرـةـ سـلـبـيـةـ معـ بـعـضـ الـأـفـرـادـ، فـأـنـ هـذـاـ لـاـ يـدـفـعـنـاـ إـلـىـ الـحـكـمـ عـلـىـ أـنـفـسـنـاـ أوـ عـلـىـ الـآـخـرـينـ بـالـلـأـسـوـاءـ ، وـلـكـنـ يـمـكـنـ أـنـ نـتـعـلـمـ الـكـثـيرـ مـنـ خـبـرـاتـنـاـ مـنـ أـجـلـ تـغـيـرـ سـلـوكـنـاـ إـلـىـ الـأـفـضـلـ .

ثم طلب الباحث منها ضرورة المراجعة وكتابة تقرير ذاتي بعد ثلاثة أشهر أخرى، وبالفعل تسلم الباحث التقرير الذاتي الثاني من الحالة والذي أكدت فيه درجة التحسن في السيطرة على الأفكار الوسواسية والأفعال القهريه كما تحسنت علاقاته مع والدها وأخواتها وازداد لديها الشعور بالمسؤولية تجاههم . وبدأت تتفاعل مع الآخرين وأن كان هذا التفاعل ما زال يحيطه بعض الشك ، كما ذكرت في تقريرها أنها بدأت أن تدرك جيداً ما يمكن أن تفعله لكي تعامل بنجاح مع المواقف التي تستثير أفكارها الوسواسية وأفعالها القهريه، كما بدأت تعرف الكثير عن نفسها من جوانب ضعف أو قوة.

التقرير النهائي لهذه الدراسة :

بعد إجراء مرحلتي المتابعة الأولى والثانية ، تم إعداد التقرير النهائي عن البرنامج العلاجي كالتالي : بالنسبة لمشكلة الدراسة فكانت حالة عمرها الزمني (٤٢) عاماً وهي طالبة بالفرقة الثالثة بكلية التربية ، تشكو من أعراض الوسواس والأفعال القهريّة ، التي ظلت تعاني منه منذ مرحلة الثانوية العامة وطلبت كثيراً العلاج في السابق لكن دون جدوى، ثم عرضت مشكلتها على الباحث طلباً وسعيًا للعلاج ، ثم قام الباحث في استشارة عدد من الأساتذة المتخصصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي " وهم السادة محكموا البرنامج " وأيضاً مراجعة الدراسات السابقة للتتأكد من إمكانية تخفيف أعراض هذا الاضطراب ، وبالاتفاق مع الحاله تم استخدام العلاج السلوكي الجدي الذي يعتمد على مجموعة من المهارات والتدريبات المختلفة ؛ وفي ضوء ما سبق فإن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو التأكد من إمكانية تشخيص اضطراب الوسواس القهري من خلال بعض أدوات التشخيص المستخدمة في تلك الدراسة ، وإمكانية خفض بعض تلك الأعراض لدى الحاله موضع الدراسة ؛ ولتحقيق هذا الهدف تم السير وفق الخطوات التالية :

- ١- استخدام بعض الأدوات في تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري مثل : استمارة المقابلة الشخصية (تاريخ الحاله) ، وبعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع T.A.T ، والمقابلات клиничية الطلاقة ، وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري ، واختبار التحليل الكلينيكي للشخصية .
- ٢- بناءً على التشخيص تم تحديد السلوك المستهدف إجرائياً سواء على مستوى تحديد الأعراض متمثلة في الشك والتردد ، تكرار الأشياء دون توقف ، الانشغال الزائد بالتفاصيل والتنظيم والترتيب ، طقوس الاغتسال والطهارة ، الشعور بالذنب ، ظهور بعض الميول الانتحارية ، الأفكار الاضطهادية والشك بالآخرين، أو على مستوى تحديد الأسباب ، ويرجع السبب في ذلك من خلال اعتقاد الباحث أن علاج الأعراض فقط لا يكفي فالأعراض ربما يتبعها أعراض أخرى متشابهة أو مختلفة ، ولذلك كان لابد من علاج الأسباب مع الأعراض أيضاً وهذا لا يقل من أهمية وضرورة الاهتمام بعلاج الأعراض لأن هذا النوع من العلاج من شأنه أن يزيد من ثقة

المريض في نفسه ، كما يزيد من ثقة المعالج في نفسه من خلال علاج الأعراض ، ومن هذا المنطلق تم إعداد البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي .

٣- تضمن البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي ، مجموعة من التدريبات والمهارات التي ساعدت في معالج الانفعالات والأفكار والسلوكيات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري والتي تم تحديها أثناء التشخيص ، وهي كما يلي :

أ- **الإقناع الجدلي** : اعتمد على إقناع الحالة بفكرة منطقة جديدة كانت تبدو غامضة بالنسبة لها ، حيث يتم مساعدتها على التواصل العقلي إليها من خلال براهين عقلية مقبولة بالنسبة لها ، واستخدم لتحقيق هذا الهدف كثير من الفنون (كاستخدام المجاز ورواية القصص المعبرة ، اقتحام الناقضات الظاهرية أي إيجاد الروابط بين الأفكار التي تبدو متناقضة ، أسلوب الإمتداد ودفاع الشيطان)

ب- **التدريب على المهارات** : حيث تم تدريب الحالة على مهارات جديدة تساعدها على زيادة فاعليته في تنظيم وإدارة أمورها الحياتية كمهارة الكفاءة التفاعلية ومهارات ترشيد الإنفاق (مهارات الوعي الذاتي وتحليل السلوك ، مهارات اليقظة العقلية ، مهارات العلاقات بين شخصية الفعالة ، مهارات تنظيم المشاعر ، مهارات تحمل الضغط) .

ج- **التدريب على حل المشكلات** : استخدم هذا الأسلوب لمساعدة الحالة على مواجهة ما تتعرض له في حياتها من ضغوط وأزمات بطرق موضوعية .

د- **التدريب على الاسترخاء** : استخدم هذا الأسلوب لمساعدة الحالة على تدريب ذاتها على كيفية استعادة النشاط والعودة لحالة الهدوء والتوازن الداخلي من خلال تدريبات لبسط العضلات ومساعدتها على استعادة المرونة وتحفيز طاقتها الداخلية

٤- **تقييم فعالية البرنامج العلاجي** بعد الانتهاء من تتنفيذ من خلال القياس البعدى ، فتم إعادة تطبيق اختبار التحليل الكlinيكي الشخصية وقائمة المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري ، والاعتماد على التقرير الذاتي للحالة ، وقد أتضح من نتائج القياس البعدى أن البرنامج العلاجي كان له فعالية في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الحالة .

٥- مرحلتي المتابعة الأولى والثانية التي كانت بهدف الحكم على مدى التحسن بعد تنفيذ البرنامج العلاجي ، وتم الاعتماد على التقرير الذاتي الذي كتبته الحالة عن نفسها بواسطة مجموعة من الأسئلة المساعدة في ذلك ، وتبين من خلال المتابعة عدم حدوث انكasaة لها ، إلا في بعض الأعراض البسيطة والتي طلب منها المعالج القيام فيها ببعض المهارات والتدريبات التي تم التدريب عليها وتنفيذ بعض الواجبات المنزلية الخاصة بذلك .

٦- في نهاية هذا التقرير يجب التأكيد على أن هذه الدراسة اعتمدت على وضع برنامج علاجي لحالة فردية تعاني من اضطراب الوسواس القهري ، وهذه الحالة لها ديناميات شخصية وسيكولوجية تختلف عن حالات أخرى كثيرة تعاني من هذا الاضطراب ، وبالتالي فيجب توخي الحذر عند استخدام هذا البرنامج العلاجي ؛ كما يجب التنويه إلى أن مصطلح الشفاء التام من أعراض اضطراب الوسواس القهري لا يوجد على أرض الواقع ، إنما ما تم هو الخفض والتخفيف من تلك الأعراض سواء على مستوى الأفكار الوسواسية أو الأفعال القهريّة ، وخاصةً أن نسبة التحسن تكون عالية وبصورة مُرضية إذا ما كانت الحالة هي من تسعى إلى العلاج كما حدث في هذه الدراسة .

توصيات الدراسة : في ضوء الأهداف التي سعت إليها الدراسة وما أسفرت عنه من نتائج يمكن أن نوصي بما يلي :

أ- عمل ندوات ودورات توعوية لأهالي مرض الوسواس القهري من أجل معرفة كيفية التعامل معهم .

ب- تدريب العاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي على وسائل وأساليب اكتشاف وتشخيص اضطراب الوسواس القهري وبطرق علمية سليمة .

ج- التركيز في الفترة المقبلة على علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي .

د- إجراء مزيد من البحوث للتعرف على حجم انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة ، والفئات العمرية المختلفة .

هـ- إجراء المزيد من البحوث للتحقق من فعالية العلاج السلوكي الجلي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري .

قائمة المراجع :**المراجع العربية :**

- أحمد ، أحمد هارون وغانم ، محمد حامد ، عبدالهادي ، سوسن إسماعيل (٢٠١٤). فاعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل التشوهات المعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري . مجلة البحث العلمي في الآداب ، جامعة عين شمس ، (١٥) ، ١٩٥-٢٢٠.
- باترسون ، س. هـ(١٩٩٠) . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . ترجمة : حامد عبدالعزيز الفقي ، دار القلم للنشر والتوزيع .
- بارلو ، ديفيد هـ (٢٠٠٢) . مرجع إكلينيكي في الأضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي . ترجمة : صفوت فرج ومحمد نجيب الصبوة ومصطفى أحمد تركي وجمعة سيد يوسف وهبة إبراهيم القشيشي وحصة عبدالرحمن الناصر وهدى حسن جعفر ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- باظة ، آمال عبدالسميع (٢٠٠٥) . اضطراب الوسواس القهري : كراسة التعليمات . مكتبة الأنجلو المصرية .
- البحيري، عبدالرفيب أحمد (٢٠١٦) . اختبار التحليل الكلينيكي للشخصية . ط٣، مكتبة الأنجلو المصرية .
- البشر،سعاد بنت عبدالله و فرج ، صفوت (٢٠٠٢) . المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري . مجلة دراسات نفسية ، جمعية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، (١٢)، ٢٠٧-٢٢٧.
- بشرى ، صمويل تامر وعبدالظاهر ، عبدالله محمد (٢٠٠٩) . اضطراب الوسواس القهري : دراسة حالة . مجلة كلية التربية ، جامعة الإسكندرية ، (٣)١٩، ٢٧٤-٣٢٣ .
- حنور، قطب عبده (٢٠١٦) . فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة . المجلة التربوية ، كلية التربية ، جامعة سوهاج ، (٤٦)، ٢١٩-٢٩٩.

الحويلة، أمثال هادي وعياد، فاطمة سلامة وشويخ ، هناء والرشيد ، مالك جاسم والحمدان، نادية عبدالله (٢٠١٥). علم النفس المرضي : الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات النفسية - الإصدار الخامس . مكتبة الأنجلو المصرية .

حضر ، عادل كمال (٢٠٠٠). الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع (T.A.T) : دراسة حالة . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٤(٥٥)، ٧٨-١٣٩. راجا، شيلا (٢٠١٩). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة : العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدي السلوكي والتقبل والالتزام والعلاج بمعالجة المعلومات الصدمية والعلاج النفسي السلوكي . ترجمة : محمد نجيب الصبوة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

رزق ، السعيد الغازي (٢٠٠٣). فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري : العلاج السلوكي المعرفي . مجلة التربية ، جامعة الأزهر ، ١١٩، ٣ - ٨١ .

الرشيد ، لولوة بنت صالح (٢٠١٥). فعالية برنامج علاج نفسي ديني لتخفيف الأمراض المصاحبة لحالة تعاني من الوسواس القهري . مجلة العلوم التربوية والنفسية ، جامعة القصيم ، ١٤٣، ١٩(١). زهران ، حامد عبد السلام (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط٤، عالم الكتب .

سعفان ، محمد أحمد (١٩٩٦). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوسواس والأفعال القاهرة "دراسة حالة " . مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ٢٧، ١ - ٩٥، ١٣٦ .

سعفان ، محمد أحمد (٢٠٠٣). اضطراب الوسواس والأفعال القاهرة : الخلفية النظرية ، التشخيص ، العلاج . مكتبة زهراء الشرق .

سعفان ، محمد أحمد (٢٠٠٣ب). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس والأفعال القاهرة المرتبطة بالشعور بالذنب . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٤٧، ٣٩٣ - ٤٤٩ .

سليمان، عبدالرحمن سيد (٢٠١٠) . العلاج السلوكي الجدلي (الدياليكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات : إطار نظري . مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ٢٣ ، ٨٤ ، ٨٥ ، ٨٦ ، ٨٧ ، ٢٧-٦ .

عبدالفهيم، أحمد مجاور (٢٠١٦) . المحكّات التشخيصية : الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأضطرابات النفسية . دار الزهراء .

عكاشه ، أحمد محمود (٢٠١٨) . الطب النفسي المعاصر . مكتبة الأنجلو المصرية . عيد ، غادة خالد والنيل ، ميسة أحمد وعبدالخالق ، أحمد محمد (٢٠٠٩) . الخصائص السيكومترية والتحليل العاملی التوكیدي لمقياس اعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت . مجلة العلوم التربوية والنفسية ، جامعة البحرين ، ١٠ ، ٣ (١٠) ، ١١١-١٤٠ .
غانم ، محمد حسن (٢٠٠٦) . الأضطرابات النفسية والعقليّة والسلوكيّة (الوبائيات - التعريف- محكّات التشخيص- الأساليب والعلاج - المال والمسار) .
مكتبة الأنجلو المصرية .

فايد، حسين علي (٢٠٠٦) العلاج النفسي أصوله-تطبيقاته-أخلاقياته) . مؤسسة طيبة فضة ، حمدان محمود والفقى ، آمال إبراهيم وسيد، سليمان رجب (٢٠١٠) . فعالية العلاج النفسي الدينى في تخفيف اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلابات الجامعة . ندوة التعليم العالي للفتاة : الأبعاد والتطورات ، الفترة من ٤-٦ يناير ، ٤٢٤-٤٦١ .

ليندزاي س. ل ، بول . ج . س (٢٠٠٠) . مرجع في علم النفس клиيني للراشدين .
ترجمة : صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية .
ليوبولد، بيلاك (٢٠١٢) . اختبار تفهم الموضوع للراشدين . ترجمة : محمد أحمد خطاب ، مكتبة الأنجلو المصرية .

مبarak ، خلف أحمد (٢٠٠٣) . العلاج السلوكي الشمولي الأسري المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة المتأخرة " دراسة حالة " . مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، ١٧ (٢) ، ١٠٤-١٥٣ .

محمد ، عادل عبدالله (٢٠٠٠) . العلاج المعرفي السلوكي أساس وتطبيقات . دار الرشاد
 مقدادي ، يوسف موسى(٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في
 خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت . مجلة
 جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية ٢٠، ٢٦٢-٣٢٤ .
 مليكة ، لويس كامل (٢٠١٦). علم النفس الإكلينيكي . ط٢، دار الفكر .
 نينا، مايكل ودرابين، ويندي (٢٠١٨). العلاج المعرفي السلوكي : ١٠٠ نقطة أساسية
 وتقنيك . ترجمة : عبدالجود خليفة أبو زيد . مكتبة الأنجلو المصرية .

Foreign References:

- Adam, M., Bischof, J.,& Gary, H.(2003). Obsessive-compulsive complaints and academic performance in college students, *Journal of College Student*,37(1) ,145-155. <https://psycnet.apa.org/record/2003-02760-020>
- Ahovan,M ., Balali,S ., Shargh,N., & Doostian,Y .(2016). Efficacy of dialectical behavior therapy on clinical signs and emotion regulation in patients with obsessive – compulsive disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences*,7(4), 412-418. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdxd.o.org%2F10.5901%2Fmjss.2016.v7n4p412>
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disordar(5th Ed)* (DSM-5) .American Psychiatric Publishing . <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, R., & Rees, C.(2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behavior Research and therapy*, 45(1) , 123-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.016>

- Antony. M., & Swinson, P. (2001). Comparative and Combined treatments for obsessive – compulsive disorders. In: M, Sammons & N, Schmidt (Eds.), Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions, (Pp. 53-80), American Psychological Association.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10415-003>
- Blenkiron,P .(2010). Stories and analogies in cognitive behavior therapy .Wiley-Blackwell.
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdxd.oio.org%2F10.1017%2FS1352465804001766>
- Chapman,A., Gratz,K.,& Tull,M.(2011) .The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety : breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptoms . New Harbinger Publications, Inc.<https://psycnet.apa.org/record/2011-27845-000>
- Corey, M., & Corey ,G.(2014). Group process and practice. 9th Ed ,:Brooks/ Cole Cen gage Learning .
- Dimeff,L., & Linehan,M .(2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*,34,10-13 .
https://www.researchgate.net/publication/239279018_Dialectical_Behavior_Therapy_in_a_Nutshell
- Fairfax,H.(2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment .*Clinical Psychology and Psychotherapy* , 15(1), 53-59.<https://doi.org/10.1002/cpp.557>
- Flynn,D .. Mary Kells,M., & Joyce,M.(2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems, *Current Opinion in Psychology*,37,152-157.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>

- Harned,M., Korslund,K.& Linehan,M.(2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour research and therapy*,55,7-17.
<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.brat.2014.01.008>
- Harned,M., Schmidt,S., Korslund,K., &. Gallop,R .(2020). Does adding the dialectical behavior therapy Prolonged exposure (DBT PE) protocol for PTSD to DBT improve outcomes in public mental health settings? A Pilot nonrandomized effectiveness trial with benchmarking, *Behavior Therapy*,
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.003>
- Kaplan,H., & Sadock,B.(2017). Concise text book of clinical psychiatry.4th Ed , Wolters Kluwer .
<https://www.ovid.com/product-details.4617.html>
- Kells, M., Joyce, M., Flynn, D., Spillane, A., & Hayes, A. (2020). Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* ,7(3), 1-8.
<https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40479-020-0119-y>
- Koerner, K., & Dimeff, L. (2007). Overview of dialectical behavior therapy. In:L, Dimeff & K, Koerner .(Eds),Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and setting.(Pp.1-18), The Guilford Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2007-14074-001>

- Linehan, M.(1993). Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder.The Guilford Press.
<https://www.amazon.com/Cognitive-BehavioralTreatment-Borderline-PersonalityDisorder/dp/0898621836>
- Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Linehan, M., Dimeff,L ., Reynolds,S ., Comtios,K ., Welch,s., Heagerty,P., & Kivlahan,D .(2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-Sep for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder .*Drug and Alcohol Dependence*,67(1), 13-26.
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x)
- Linehan,M.(2015). DBT skills training handouts and worksheets.2nd Ed, The Guilford Press.
https://survivingcptsd.files.wordpress.com/2018/01/dbt_skills_training_handouts_and_worksheets_linehan_marsha_srg_.pdf
- Lynch,T., & Cheavens,J .(2008). Dialectical behavior therapy for comorbid personality disorder .*Journal of Clinical Psychology*,64(2),154-167.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20449>
- Marco, H., Garcia, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioral therapy for oppositional defiant disorder in adolescent: a case series. *Clinical Psychology*,25 (2) ,63-185.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2012.119>

- Marks,I .(1997). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder : A decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry*,42(10), 1021-1027.
<https://doi.org/10.1177/070674379704201002>
- Matta, C. (2012). The stress response: How dialectical behavior therapy can free you from needless anxiety, worry ,anger and other symptoms of stress .New Harbinger Publications, Inc.
<https://www.amazon.com/Stress-Response-Dialectical-Behavior-2012-04-01/dp/B01FGOJG2M>
- McMain,S ., Links,P ., Gnam,W .,Guimond,T .,Cardish,R ., Korman,L., & Steiner, D.(2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder .*The American Journal of Psychiatry*, 166(12),1365-1374.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Miller,T., & Kraus,R.(2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for obsessive-compulsive personality disorder .*Journal of Contemporary Psychotherapy* ,3 (2) ,79-85.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-006-9039-4#citeas>
- O'Brien, K., Larson, C., & Murrell, A. (2008). Third wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents (Pp. 15-35) ,New Harbinger Publications, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/2008-01154-002>

- Pierce, L.(2021). Dialectical behavior therapy for obsessive-compulsive disorder : Another alternative when exposure therapy does'nt work. <https://www.verywellmind.com/ocd-dbt-skills-2510652>
- Robins, C., & Chapman, A.(2004). Dialectical behavior therapy: Current status ,recent developments ,and future direction . *Journal of Personality Disorder*,18(1), 73-89. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>
- Safer, D., Telch,C ., & Chen,E. (2017). Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. The Guilford Press.
https://www.researchgate.net/publication/262487888_Dialectical_behavior_therapy_for_binge_eating_and_bulimia
- Shelton,D., Sampl,S.,Kesten,K ., Zhang,W.,& Trestman,R .(2003) .Treatment of impulsive aggression in correctional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*‘57 (2) 95-105. <https://doi.org/10.1002/bsl.889>
- Stein, J., & Hollander, E. (1992). Cognitive sciences and obsessive compulsion disorder. In D. Stein & J. Young (Eds.), Cognitive science and clinical disorder (Pp. 1-17.), Academic Press. <https://psycnet.apa.org/record/1992-98580-000>
- Swales, A., & Heard, L . (2007). The therapy relationship in dialectical behavior therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies (Pp. 185–204). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Tolin, D., Frost, R., & Steketee, G .(2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding . *Behaviour Research and Therapy*, 18, 50-65 . <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.brat.2007.01.001>

Tomlinson,M.(2015). The impact of dialectical behaviour therapy on aggression, anger, and hostility in a forensic psychiatric population. *Master Thesis*, The school of graduate and postdoctoral studies, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

https://ir.lib.uwo.ca/etd/3005?utm_source=ir.lib.uwo.ca%2Fetd%2F3005&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDF_CoverPages

Turner., C., Mataix-Cols,D ., Lovell ,K ., Krebs ,G., Lang ,K. , Byford,S., & Heyman ,I.(2014). Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,53(12), 1298-1307 .
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.012>

Valentine, S., Bankoff, S., Poulin, R., Reidler, E., & Pantalone, D. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>

Wagner, A. (2003).Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*.1(3), 291-309.
<https://beckinstitute.org/wpcontent/uploads/2015/10/CBT-for-CandA-with-OCD.pdf>