

مدى انتشار اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة عند الذكور
بمحافظة العلا في المملكة العربية السعودية

إعداد

أ/ نوير بنت سليمان بن مبارك البلوي
دكتوره الإرشاد النفسى والتربوي
كلية الدراسات العليا – الجامعة الأردنية

المقدمة:

شهد ميدان علم النفس تطوراً ملحوظاً فى العقود الماضية على المستويين العالمى والعربى، وذلك من خلال الوقوف على حاجات الأفراد وتحديد مشكلاتهم ومحاولة معالجتها، لذا بدأ الاهتمام بالكشف عن الاضطرابات النفسية ودراسة الأسباب والبحث فى خصائص كل اضطراب ووضع البرامج العلاجية الخاصة به.

ولعل الحاجة لاستراتيجيات علم النفس والاستراتيجيات العلاجية الإرشادية تزداد يوماً بعد يوم مع تسارع الحياة المعاصرة وزيادة تعقيداتها وظهور الضغوط الحياتية اليومية التي تثقل كاهل الإنسان المعاصر، وتؤدي بدورها إلى الضغوط النفسية، وظهور أعراضها.

ويأتي اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive) ضمن تلك الاضطرابات التي تحتاج لتدخل علاجي فاعل، كونه اضطراب يؤدي إلى انغلاق الإنسان على نفسه، وزيادة حجم معاناته من خلال الزيادة المضطربة فى التوتر والقلق بتكرار أفعال - يدركها فى كثير من الأحيان - كمحاولة للتخفيف من ذلك التوتر الذي يستحوذ على تفكيره ويؤثر على مظاهر حياته الانفعالية والاجتماعية (Takafumi, et al., 2005).

وقد حظي اضطراب الوسواس القهري باهتمام كبير فى ميدان علم النفس، فالمتنبع لحركة البحث العلمى فى هذا المجال يلحظ اهتماماً لافتاً للانتباه من قبل الباحثين العرب والأجانب بدراسة هذا الاضطراب لدى الراشدين والبالغين وحتى الأطفال فى بعض الأحيان (كاظم وآل سعيد، ٢٠٠٩؛ فرج، ١٩٩٩؛ Hamlin, et.al, 2002؛ Okasha, 2001؛ Tolin, et.al, 2002). تاريخياً فإن أول من استخدم مصطلح الوسواس القهري كمفهوم فى علم النفس هو الألماني كارل فيستال عام ١٨٧٨ (سيفان، ٢٠٠٣).

والوسواس القهري هو تكرار الأفكار التي تدخل على السلوك السوي فتعطله وتسبب إلى صاحبه وتؤذيه، ومثال ذلك أن يعتقد الإنسان بأنه سيرتكب جريمة ما، أما مفهوم القهر فهو يشير إلى الأفعال الطقوسية التي يقوم بها الإنسان بدرجة مرتفعة من الدقة والكمال، بهدف إزالة التوتر، ومثال ذلك تكرار غسل اليدين خوفاً من الجراثيم والأمراض (إبراهيم، ٢٠٠٤).

ويستخدم مفهوم الوسواس والقهر بشكل تبادلي على نحو غير دقيق، والحقيقة أنهما يشيران إلى ظاهرتين مختلفتين. فالوسواس أفكار تطفلية تقترح الفكر من داخله، كما أنها معاودة ومتكررة، وتنسب فى ارتفاع مستوى التوتر والقلق. أما الأفعال القهرية، فهي أفعال نمطية جسمية، أو عقلية، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن تلك الوسواس، ولكنهما يوجدان معاً (Green, 2005). فالغالبية العظمى من الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري لديهم وسواس وقهر فى آن واحد، فى حين أن القليل منهم يعاني من الوسواس وحده، ومن النادر أن نجد السلوك القهري، دون أن تسبقه الأفكار الوسواسية يليها القيام بتلك الطقوس، خاصة فى حالة الشك الوسواسي (Edna and Raid, 2001). وفى هذا الإطار يلاحظ أن معظم الدراسات والبحوث العلمية تركز على الوسواس، أكثر من التركيز على السلوك القهري (Franzblau, et al., 1995).

والوسواس القهري يؤثر بشكل كبير فى علاقات الإنسان مع الآخرين المحيطين به ويفرض على حياته الاجتماعية دوراً سلبياً فى أغلب الأحيان (Osborn, Greisberg, 2005؛ 1998). وهو سبب رئيس للتوتر والقلق والاكتئاب، كما ويعمل على تعطيل حياة المصاب به، لانهماكه فى تكرار الأفعال القهرية أو التفكير الوسواسي، تاركاً متطلبات الحياة التي يجب عليه القيام بها ليخفف من أعراض القلق الذي يسيطر عليه بشكل مستمر (Takafumi, et al., 2005؛ 2001؛ Yeong-Yuh, and Chia, 2004؛ Myhr, et al., 1999؛ Steketee, et al., 2001). ويؤدي الوسواس القهري إلى شعور بالضيق الشديد والاستغراق فى الأفكار الوسواسية وبالتالي ضياع الوقت، كما يؤثر على الروتين اليومي للفرد، وتظهر نتائج السلبية على الوظيفة المهنية،

وعلى النشاطات الاجتماعية العامة (Al- Sabaie, et al., 1992). ومن الخصائص التي تميز مرضى الوسواس القهري ضعف الثقة بالنفس وظهور صورة ذات سلبية وبالتالي فهو يسبب حالة من الإحباط في معظم الأحيان (Kevin et al., 2005)

وفي أغلب الأحيان يدرك المصابون بالوسواس القهري أن وساوسهم وليدة أفكارهم، وأن الأعمال القهرية التي يقومون بها مبالغ فيها وهي غير منطقية وغير عقلانية، وتظهر حالات قليلة لا يدرك الفرد أن أعماله وأفكاره والصور التي يحملها غير عقلانية، ويسمى هذا الاضطراب عندئذ بالوسواس القهري المصحوب بضعف البصيرة (Green, 2005).

ويأتي الوسواس القهري ضمن أحد اضطرابين هما: اضطراب الوسواس القهري، وهو أحد التصنيفات الفرعية التي تندرج تحت فئة اضطرابات القلق كما هو موضح في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للطب النفسي (DSM-5, 2013) واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية كأحد اضطرابات الشخصية (العنزي، ١٩٩٧).

ويشمل اضطراب الوسواس القهري كأحد الاضطرابات النفسية، ظهور أفكار، أو صور، أو دوافع في ذهن الفرد تستمر بإصرار وبشكل متكرر بصورة عنيدة رغماً عنه (Greisberg, 2005) مما يؤدي بشكل عام إلى ارتفاع في مستوى التوتر والقلق لدى الإنسان المصاب به، وهو يحاول نبذ تلك الأفكار وإبعاد تلك الصور إلا أنها تستحوذ على تفكيره، وتسيطر عليه وتتخذ صورة التكرار والمعودة (Recurrent) بصورة قهرية رغماً عنه (Nasayuki, et al., 2003). وقد يرجع الوسواس القهري إلى الأفكار الاقتحامية أو الطفلية التي تقتحم عقل المريض رغماً عنه، ويعرف الاقتحام بأنه تداع أو تفكير لا يرتبط بالسياق، مثل التفكير الوسواسي الذي يدفع نفسه أو يقحمها في الشعور أو الوعي بطريقة متكررة ومداومة (عبد الخالق ورضوان، ٢٠٠٢).

وفيما يتعلق بمكونات الوسواس القهري فيشير الدليل العاشر للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD/10) إلى خمسة مكونات هي الاضطرابات القهرية التي تغلب عليها الأفكار والاجترارات الوسواسية، والاضطرابات القهرية التي يغلب عليها الأفعال القسرية (الطقوس الوسواسية)، والأفكار والأفعال الوسواسية المختلطة، والاضطرابات الوسواسية القهرية الأخرى، والاضطرابات الوسواسية القهرية غير المعينة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩) أما حول نسبة انتشار الوسواس القهري فهو من الاضطرابات واسعة الانتشار بين أفراد المجتمع العصابي، إلا أنه لا توجد إحصاءات دقيقة حول معدل انتشاره، وبحسب الدراسات ذات العلاقة بالموضوع تتراوح نسبة انتشاره في المجتمع العصابي ما بين (٣-٤ %) وما نسبته حوالي (٠,٠٥%) من أفراد المجتمع بشكل عام (Pollak, 1987؛ Rasmussen & Esen, 1998؛ عكاشة، ٢٠٠٣). وتختلف نسبة انتشاره باختلاف الفئات العمرية وكذلك باختلاف الجنس حيث يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وتظهر أعراضه مبكراً لدى الذكور عنها لدى الإناث، وكذلك الأمر فاضطراب الوسواس القهري يظهر لدى الأطفال في بعض الأحيان (فرج وصفوت، ٢٠٠٢). وتؤدي الوراثة دوراً رئيساً في الاستعداد للإصابة بالوسواس القهري، حيث تشير الدراسات إلى أن ما نسبته (٢٥-٣٥%) من أقرباء المريض بالوسواس القهري هم عرضة لإصابتهم بهذا الاضطراب (الدباغ، ١٩٨٣).

وما تجدر الإشارة إليه أن الوسواس القهري يتواجد لدى الأفراد الأسوياء كوجوده لدى الأفراد المصابين به كحالة مرضية، إلا أنه - وبصفة عامة - يختلف عند العاديين لتمييزه بعدم امتداده لفترات طويله، فهو لا يؤثر على طريقة التفكير وسلامته بشكل كبير، وفي العادة يزول مع الزمن، أما الوسواس القهري المرضي، فهو يتحكم بشكل كامل بالوظائف الشعورية، ويلج على الإنسان بصفة مستمرة، مجبراً المريض على الاعتقاد والتفكير والفعل لعمل معين بطريقة متكررة تستحوذ عليه مع عدم القدرة على مقاومتها وعدم القدرة على التخلص منها (الزعيبي، ١٩٩٤).

ومن المهم التركيز على أن الوسواس القهري كاضطراب يرجع في معظم الأحيان إلى توقعات غير عادية للنتائج ، حيث أن لدى المصابين بالوسواس القهري توقعات عالية وغير عادية للنتائج السلبية لمعظم التصرفات والأفعال، وبالتالي فإن محتوى الوسواس القهري يتضمن مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدى الناس العاديين في قضايا كالصحة والموت والجنس والنظافة والرفاهية، ولعل أكثر الوسواس شيوعاً الأفكار المتكررة عن التلوث مثل: أن يصبح الفرد ملوثاً من خلال مصافحة الآخرين (بشرى وعبد الظاهر، ٢٠٠٩).

إن أكثر مظاهر الوسواس القهري انتشاراً بين المصابين هي الهواجس المتعلقة بالتلوث، مما يدفعهم إلى تكرار عملية التنظيف مرات عديدة. ونتيجةً لتنوع الأمراض والاضطرابات النفسية تنوعت أساليب وطرق العلاج، وأصبح الأمر يتطلب من المعالج النفسي أن يعتمد على المنهجية العلمية، والمعرفة الموثوقة من أجل بناء وتطوير أي برنامج علاجي يتصدى من خلاله لأي حالة مرضية (Calley, 2009).

ومن بين هذه الطرق والأساليب العلاجية أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي. وهو أسلوب يقوم على العمل ضمن مستويين الأول: ينصب على الأفكار الوسواسية التي تسيطر على تفكير المصاب، والثاني: يركز على تعديل السلوكيات اللاتكيفية المرتبطة بالأفكار الوسواسية. وعليه فإن هذا الأسلوب الإرشادي، يهدف إلى تنظيم البنية المعرفية الإدراكية لدى المصاب، وإعادة تكوين الروابط بين المؤثرات والأفعال المرتبطة بها (الخطيب، ١٩٩٤). وقد أظهرت نتائج الدراسات فاعلية هذا النمط من البرامج العلاجية في علاج اضطراب الوسواس القهري دون الحاجة إلى استخدام مثبتات امتصاص السيروتونين (Doron & Moulding, 2008). ولعل بعض ما يميز برامج الإرشاد المعرفي السلوكي كونها تتضمن العديد من النشاطات المعرفية المتنوعة، ومدى واسعاً من الممارسات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها في مواجهة الحالات المصابة باضطراب الوسواس القهري، وهو ما يساعد المعالج على الأخذ منها بما يتناسب مع حالة المصاب وظروفه وإمكاناته (Keller, 2000).

وفي منتصف التسعينات طوّر جونز ميروان ومنزيس (Jones&Menziez, 1997) برنامج (DIRT) (Danger Ideation Reduction Therapy) والذي يهدف إلى التقليل من تصور الخطر للذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وهواجس التلوث والتنظيف القهري، ويستند على نظرية العلاج المعرفي السلوكي.

وقد أكد العديد من النماذج النظرية المهتمة باضطراب الوسواس القهري على أهمية الأساسيات المعرفية. حيث أن الخطر الجسمي أو معتقدات التهديد هي من المتغيرات المعرفية التي تؤثر في اضطراب الوسواس القهري، والمعالجات المعرفية السلوكية صُممت بشكل خاص لاستهداف وتقليل الخطر ذي العلاقة بالإدراكات، لكي تصبح عملية الإدراك منطقية وفعالة قدر الإمكان. ويمتاز علاج التقليل من تصور الخطر عن العلاجات السلوكية والعلاج بالأدوية، بأنه لا يتطلب مواجهة القلق الذي يُثير المحفزات. كما أنه لا يؤدي إلى أي آثار جانبية. وهو علاج منظم بطريقة عالية ويضم تكنيكات متنوعة وغير مكلفة. كما أنه علاج مختصر يتطلب جلسات قليلة نسبياً. وأخيراً: فهو مفيد للمرضى الذين لم يتحسنوا من معالجات الوسواس القهري الأخرى والذين يفتقرون للاستبصار (Herson, Sledge, 2002).

أخيراً إن العلاج الناجح للأفراد المرضى بالوسواس القهري بشكل عام لا يسير عشوائياً بدون تخطيط ومتابعة، فالهدف المباشر وراء عملية العلاج هو ضمان نجاح هذه البرامج العلاجية في البيئة الطبيعية، مع تحقيق النتيجة النهائية أو البعيدة من التخلص من هذا الاضطراب وعدم انتكاس المريض مرة أخرى. مع التأكيد على أن العلاج الناجح للمريض يتأثر بمستويات الالتزام والقناعة بجدوى العلاج من قبل المريض، ومستويات التفاعل والمشاركة مع هذه البرامج.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يشكل الوسواس القهري بوجه عام مصدراً رئيساً لكل من القلق والاكتئاب والمخاوف، ويؤثر في حسن توافق الإنسان، كما ويقيد المجال الحيوي للفرد ويحصره في نطاق ضيق، وقد يؤدي في بعض الحالات الشديدة إلى شلل تام في الإرادة، فلا يستطيع المصاب به أن يعيش حياته بشكل طبيعي، وبالتالي فالوسواس القهري اضطراب معوق يتطلب تدخلاً علاجياً للحد منه ومن أخطاره على المستوى الفردي وعلى المستوى المجتمعي.

وتظهر المشكلة لتصبح أكثر خطورة عندما نتحدث عن عينة النساء المصابات بهذا الاضطراب، حيث تشير الدراسات أن معدّل العنوسة مرتفع لدى المريضات بهذا الاضطراب، بالإضافة إلى الزواج في سن متأخرة، ومعدّل منخفض من الخصوبة. وتُعد معدلات الطلاق والخلل الزواجي الوظيفي شائعة وعامة في اضطراب الوسواس القهري (بشري وعبد الظاهر، ٢٠٠٩).

ويجد المتمعن في واقع الخدمات النفسية والإرشادية المقدمة للمرضى بالوسواس القهري في المملكة العربية السعودية بشكل خاص أنها تركز على العلاج بالعقاقير (مثبطات امتصاص السيروتونين) ولا تستخدم – في كثير من الأحيان- طرق العلاج الأخرى، كالطريقة المعرفية السلوكية التي تنتهجها هذه الدراسة، كما وتفقر عملية العلاج تلك للخدمات الإرشادية باستراتيجياتها المتنوعة.

وتبرز مشكلة الدراسة الحالية من خلال ندرة الدراسات التي اهتمت باضطراب الوسواس القهري على مستوى المجتمع السعودي بوجه عام، وخاصة في مجال استخدام العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء.

وبناءً على ما سبق جاءت هذه الدراسة لتهدف إلى تقصي فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر (Danger Ideation Reduction Therapy DIRT) القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية سواءً أكان ذلك في الأفكار الوسواسية أم في الأفعال القهرية، وبشكل أكثر تحديداً تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

١. ما الإطار المفاهيمي للاضطراب الوسواس القهري؟
٢. ما طرق علاج اضطراب الوسواس القهري؟
٣. ما مدى انتشار الأفكار الوسواسية لدى عينة الدراسة؟
٤. ما مدى انتشار الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى عينة الدراسة؟

أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الإطار المفاهيمي لاضطراب الوسواس القهري وكيفية علاجه والكشف عن مدى انتشاره لدى عينة الدراسة

أهمية الدراسة:

تتلخّص أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

١. من شأن الدراسة الحالية أن تقدم للأخصائيين والمرشدين التربويين دليلاً عملياً لعلاج اضطراب الوسواس القهري وما يواجهه المصابون به كظهور حالات القلق والاكتئاب والتوتر وغيرها.
٢. توفر هذه الدراسة إطاراً نظرياً في الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع حالات اضطراب الوسواس القهري، ومن الممكن أن تثري نتائجها الأدب النظري المتعلق بالموضوع خاصة فيما يتعلق بالبيئة العربية.
٣. يمكن للباحثين الاستفادة من الدراسة الحالية ومن أدواتها في دراسات مستقبلية.

٤. تطوير مقياس مقنن على البيئة العربية لاضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة حيث يمكن الإفادة منه في تقييم حالات الوسواس القهري.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

- اضطراب الوسواس القهري:

هو فكرة متسلطة وسلوك إجباري، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه، ويفرض نفسه عليه، ولايستطيع مقاومته رغم وعي المريض لغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به (الأغا، ٢٠٠٩).

ويتكون الوسواس القهري من شقين:

الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة

التي تفتحم عقلا المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها. ويعاني المريض منها لغرابتها وعدم فائدتها وتسببها في كثير من القلق والإزعاج، وتلج على خاطره عبارات معينة أو اسم معين يتكرر باستمرار. (أبو هندي، ٢٠٠٣) وتعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على بعد الأفكار الوسواسية من مقياس الوسواس القهري المتعلق بالنظافة المستخدم في هذه الدراسة.

الأفعال القهرية: هي أعمال وسلوكات متكررة جبرية استجابة لأفكار وسواسية يقوم بها الفرد لتخفف أو تمنع القلق والإزعاج الناتج عن ذلك، ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة، وهو غير راض عنها ولا يحبها خاصة وهو لا يشعر بفائدة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها. وتأتي الأفعال القهرية لمنع أو تجنب بعض الأحداث المفزعة المتصورة في عقل المريض، مثل سوء الحظ المتوقع أو الموت أو المرض (سالم، ٢٠٠٨).

وتعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على بعد الأفعال القهرية من مقياس الوسواس القهري المتعلق بالنظافة المستخدم بهذه الدراسة.

حدود الدراسة ومحدداتها:

- الحدود الجغرافية: منطقة المدينة المنورة، إدارة تعليم محافظة العلا، ثانوية الصديق.
- الحدود البشرية: طلاب المرحلة الثانوية.
- الحدود الزمانية: تم تطبيق الجانب الميداني من الدراسة في الفترة من ١٤٣٩/١/١٢ هـ إلى ١٤٣٩/١/٢٩ هـ.

دراسات سابقة:

أجرى بينيت وزملاؤه (Bennett, et al. (2015) دراسة حول نتائج العلاج السلوكي المعرفي للأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة إلى اضطراب التشنج مقارنة مع الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط في المملكة المتحدة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تضم الأولى (٢٩) طفلاً ومراهقاً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري واضطراب التشنج، وتضم المجموعة الثانية (٢٩) آخرين مطابقين بالجنس والعمر ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري فقط، واستمرت المتابعة فترة (٣_٦) أشهر، حيث تلقى المشاركون برنامجاً في العلاج السلوكي المعرفي وتم تقييم النتائج باستخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاستجابة للعلاج، حيث ظهر انخفاض في أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة الثانية من المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط، وكانت معدلات الاستجابة مرتفعة بالمقارنة مع المجموعة الأولى ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة لاضطرابات التشنج،

حيث كانت معدلات الاستجابة لديهم ضعيفة جدا وكانت استجاباتهم أقل بكثير من أفراد المجموعة الثانية.

أما الدراسة التي قام بها إيفارسون وزملاؤه (Ivarsson, et al. (2015 فقد هدفت إلى تحديد فاعلية العلاج باستخدام العقاقير مقابل العلاج المعرفي السلوكي في علاج الوسواس القهري، واستخدم الباحثون آلية تحليل المحتوى لـ (١٤) دراسة علمية تم اختيارها بطريقة عشوائية، واستخدم الباحثون طريقة كوكرين لإجراء المقارنات بين العلاج بالعقاقير الوهمية مقابل العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين من جهة والعلاج السلوكي المعرفي من جهة ثالثة، وتحديد حجم الأثر لكل طريقة، وأشارت النتائج إلى أن العلاج باستخدام العقاقير المثبطة لامتصاص السيروتونين أكثر فاعلية من العلاج باستخدام العقاقير الوهمية، ولكن حجم الأثر كان قليلاً، كما أشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يتمتع بكفاءة عالية مقابل العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين. كما وأشارت النتائج أيضاً إلى أن استخدام العقاقير مع العلاج السلوكي المعرفي أكثر فاعلية من استخدام كل علاج بشكل منفرد، وأظهرت النتائج أخيراً أن الأفراد الذين فشل معهم العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين أظهروا تحسناً ملحوظاً بإضافة العلاج المعرفي السلوكي إلى علاجهم.

وجاءت الدراسة التجريبية التي قام بها ويلسون وزملاؤه (Wilson, et al. (2014 لتهدف إلى تحديد فاعلية نموذج التقليل من تصور الخطر (DIRT) لعلاج اضطراب الوسواس القهري، حيث تم تطبيق برنامج تقليل الخطر بصورة مكثفة على عينة مكونة من (٣٣) فرداً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري في شمال كارولينا، وتم تقييم الحالات باستخدام عدة مقاييس للوسواس القهري وللقلق وللاكتئاب في ثلاث مراحل، الأولى قبل العلاج والثانية بعد العلاج أما التقييم في المرحلة الثالثة فقد تم تطبيقه بعد شهر واحد بهدف متابعة الحالات، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خلال الانخفاض الكبير في تسعة مجالات من أصل عشرة تضمنها البرنامج، كما أشارت إلى استمرار أثر البرنامج في مرحلة المتابعة.

أما دراسة مورتييز وروسو (Moritz and Russu (2013 فقد هدفت إلى التأكد من فاعلية التدخل المعرفي السلوكي لعلاج الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري في المناطق الريفية التي يتحدث سكانها اللغة الروسية في ألمانيا والتي لا يتوفر فيها العلاج، تكونت عينة الدراسة من (٧٢) مشاركاً أبلغوا عن أنفسهم بأنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري تم اختيارهم بطريقة عشوائية عن طريق الانترنت، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة لم يقدم لها علاج وتجريبية قدم لهم برنامج قائم على التقنيات السلوكية المعرفية، وللتأكد من فاعلية البرنامج تم تقييم المشاركين في المجموعة التجريبية قبل التعرض للبرنامج وبعد أربعة أسابيع من تطبيق البرنامج، أشارت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي كان ذو أثر بشكل كبير في الحد من أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، وخاصة مع وجود المراقبة الدائمة بهدف التخلص من الاكتئاب والهواجس لديهم، وأكدت النتائج جدوى وفعالية هذا العلاج مع الحالات التي لم يتلقى أصحابها العلاج من قبل.

وأجرى أولاتونجي وزملاؤه (Olatunji, et al. (2013 دراسة هدفت للتحقق من فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب الوسواس القهري باستخدام استراتيجية تحليل المحتوى لست عشرة دراسة تجريبية عشوائية، بلغ حجم عيناتها الإجمالي (٧٥٦) مشاركاً كما وهدفت الدراسة إلى تحديد العوامل المحتملة التي قد تؤثر على فاعلية البرامج العلاجية السلوكية المعرفية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي ذو أثر كبير بحسب مقاييس النتائج الأولية للوسواس القهري (في مرحلة ما بعد العلاج). وكشفت التحليلات اللاحقة عن العوامل المؤثرة في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي ويمكن اختصارها بعمر البدء في العلاج، ومدة

ظهور الأعراض، ونسبة الإناث في البرنامج، وصيغة العلاج، ونزاهة تقييم العلاج، وعدد الجلسات لتلك البرامج. كما وكشفت النتائج عدم وجود أثر للعمر في فعالية البرامج العلاجية السلوكية المعرفية. فلم يلاحظ وجود علاقة بين العمر وحجم التأثير عند فحص عينات الأطفال وعينات كبار السن كل على حدة.

أما دراسة ستورتنش وزملائه (Storch, et al. (2013) فقد هدفت إلى مقارنة أثر العلاج بعقار السيرترالين مقابل العلاج السلوكي المعرفي من جهة، والعلاج السلوكي المعرفي مع عقاقير وهمية من جهة ثالثة، لدى عينة من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) طفلاً ومراهقاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تراوحت أعمارهم ما بين (٧-١٧) سنة في ولاية فلوريدا، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، الأولى: استخدمت عقار السيرترالين بالجرعات القياسية مع العلاج المعرفي السلوكي، أما المجموعة الثانية فقد استخدمت عقار السيرترالين بجرعات قليلة مع العلاج السلوكي المعرفي، والمجموعة الثالثة: استخدمت علاج وهمي (حبوب وهمية) بالإضافة إلى العلاج السلوكي المعرفي، واستمر العلاج للمجموعات الثلاث على مدى (١٨) أسبوعاً. وقد تم استخدام مجموعة مقاييس منها مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس القلق متعدد الأبعاد للأطفال، ومقياس الاكتئاب، وتم إجراء عدة تقييمات قبل العلاج لفرز المجموعات وفي الأسابيع التاسع والثالث عشر والسابع عشر، وأجري تقييم بعد الانتهاء من العلاج، أظهرت النتائج وجود فرق ذو دلالة إحصائية في المتوسطات داخل المجموعات الثلاث، ولم يكن هناك فروق تعزى للتفاعل بين المجموعات، فالتغيرات متقاربة لكل المجموعات، وأشارت النتائج إلى عدم وجود دلائل على اختلاف بين متوسطات المجموعة الأولى (العلاج بعقار السيرترالين بالجرعات القياسية مع العلاج المعرفي السلوكي) وبين المجموعة الثالثة (العلاج الوهمي مع العلاج السلوكي المعرفي).

وفي نفس الإطار قام فودديرهولزر وزملاؤه (Voderholzer, et al. (2013) بدراسة هدفت إلى تحديد أثر العلاج المعرفي السلوكي على نتائج الاختبارات النفسية والعصبية لمصابين بالوسواس القهري، ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم علاج (٦٠) فرداً يراجعون مستشفى مدينة فريبورغ في ألمانيا، ممن يعانون من وسواس قهري شديد باستخدام التقنيات السلوكية المعرفية بدون عقاقير، بما في ذلك أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، تم فحص جميع الحالات قبل وبعد التعرض للبرنامج العلاجي باستخدام بطارية اختبارات معرفية تغطي مجموعة واسعة من المتغيرات النفسية والعصبية السريرية، كما تم استخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري لتقييم شدة الأعراض. كما تم تطبيق نفس البطارية على عينة ضابطة من الأصحاء غير المصابين بالوسواس القهري مطابقة للعينة التجريبية من حيث العمر والجنس والذكاء والمستوى التعليمي، أظهرت التحليلات أن الأداء الإدراكي للعينة التجريبية قبل العلاج كان أسوأ بكثير من الأداء الإدراكي للعينة الضابطة من الأصحاء في معظم المتغيرات النفسية والعصبية. كما وأظهرت العينة التجريبية بعد تعرضها للبرنامج العلاجي القائم على العلاج السلوكي المعرفي تحسناً ملحوظاً في نتائج اختبارات سرعة معالجة المعلومات، والطلاقة اللفظية، والوظائف العصبية والحيوية، في حين لم تشر النتائج إلى أي تحسن في المتغيرات النفسية والعصبية والسريرية بحسب الاختبار البعدي للعينة الضابطة من الأصحاء.

وهدف دراسة سيليز وزملائه (Selles, et al. (2013) إلى تحديد أثر برنامج معرفي سلوكي على علاج اضطراب الوسواس القهري لمجموعة من الشباب المقاومين للعلاج وممن يواجهون قلقاً بشأن بداية واستمرار علاج الوسواس القهري. تكونت عينة الدراسة من (٢٧) شاباً يعانون من اضطراب الوسواس القهري في ولاية فلوريدا، طبق عليهم برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي، وأشارت النتائج إلى أثر البرنامج في التقليل من آثار المخاوف من العلاج على الرغم من تفاوتها بدرجة كبيرة لدى عينة الدراسة، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية

بين الاهتمام بالعلاج ودرجة القلق التي تم التعبير عنها من قبل الأفراد أنفسهم، كما أشارت إلى وجود علاقة بين الاهتمام بالعلاج والنتائج الإيجابية للعلاج.

وأجرى أليزاده (٢٠١٢) Alizadeh دراسة بعنوان العلاج المعرفي السلوكي معالجة مختارة لاضطراب الوسواس القهري حيث قام باستخدام أسلوبين من المعالجة هما العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي، على نساء إيرانيات مصابات باضطراب الوسواس القهري. وتقتصر الدراسة أن المصاب باضطراب الوسواس القهري تنتشر أعراضه خلصة إلى حياة المصاب به الاجتماعية والعملية والعائلية، مما يحدث تكثيفاً للطقوس وتقادياً لنمط الحياة بحيث يتدخل بشكل كبير في الحياة اليومية العائلية، وهذا يتوافق مع ما اقترحته دراسات سابقة، مما يؤثر على حياتهم العملية ومن المحتمل ألا يتزوجوا أبداً. حاولت الدراسة فحص فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع النساء المصابات باضطراب الوسواس القهري بالمقارنة مع التدخل الدوائي النفسي، وهل هو طريقة معالجة أكثر ارضاء للمرضى، وهل يقلل العلاج المعرفي السلوكي الاعتقادات اللاعقلانية والبحث عن الكمال، وفي أية طريقة علاج تزيد مهارات التكيف. تم توزيع عينة الدراسة المكونة من ١٠٠ مريضة عشوائياً في مجموعتين احتوت كل مجموعة على ٥٠ امرأة، خضعت مجموعة منها للعلاج الدوائي النفسي، والمجموعة الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي. أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فاعلية من العلاج الدوائي النفسي، وأن العلاج المعرفي السلوكي يقلل القلق والاكتئاب ويمنح المريض شعوراً بقيمة الذات، كما ويستطيع المصابون تطوير بعض المهارات بعد العلاج لمواجهة دوافعهم القهرية، وهذا غير ممكن من خلال المعالجة الدوائية النفسية. وهدفت دراسة مختاري وزملائه (Mokhtari, et al. (2012 إلى تحديد أثر العلاج من خلال المخططات (schema) على الرضا الزوجي للمتزوجين المصابين باضطراب الوسواس القهري في مدينة أصفهان، وهو أحد اضطرابات الشخصية التي تم تشخيصها بالكمال والمزاجية والترتيب المتطرف حيث إن لدى المصابين بهذا الاضطراب عيوب ومواطن ضعف في أنماط العلاقة مع أزواجهم والتعبير العاطفي والمحدودية العاطفية لأنهم عادة رسميون وغير عاطفيين وأخلاقيون. وحيث أن العلاقة الحميمة والتعبير الذاتي والعواطف الإيجابية والمديح والإطراء كل للآخر هي عوامل ضرورية للرضا الزوجي. واستخدمت الدراسة الأسلوب التجريبي بمجموعة ضابطة وأخرى تجريبية واختبار قبلي وبعدي. تكونت عينة الدراسة من ٢٠ زوجاً تم تشخيصهم من خلال مراكز الإرشاد النفسي بأنهم يعانون من اضطرابات الشخصية الوسواسية القهرية. جرى اختيار العينة عشوائياً قسموا إلى مجموعتين الأولى للعلاج بالمخططات (schema) تضم عشرة أزواج والمجموعة الضابطة تضم عشرة أزواج. أظهرت النتائج أن العلاج بالمخططات خفض من أعراض اضطرابات الشخصية الوسواسية القهرية وزاد التأقلم والرضا الزوجي.

أما الدراسة التي قام بها ووتون وزملائه (Wootton, et al. (2011 فقد هدفت لدراسة أثر برنامج معرفي سلوكي عن بعد تم تقديمه عن طريق الإنترنت لعلاج الوسواس القهري في أستراليا، وتكون البرنامج من ثمان جلسات تم تقديمها (Online) عبر الإنترنت في ثمانية أسابيع تضمنت التقنيات المعرفية السلوكية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٢) فرداً تلقوا الدروس المعتمدة على العلاج المعرفي السلوكي عبر الإنترنت، بالإضافة إلى تزويدهم بالواجبات المنزلية، ومتابعتهم عبر الاتصال بهم مرتين أسبوعياً من قبل الطبيب النفسي، وإرسال رسائل لهم عبر البريد الإلكتروني. ولجمع البيانات تم استخدام مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس الحصر المعدل (Inventory- Revised) للوسواس القهري، وقد تم جمع البيانات مرتين الأولى بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة، والثانية بعد ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج لمتابعة أثر البرنامج، أشارت النتائج إلى تحسن كبير على حالة المشاركين في البرنامج على مقياس النتائج الأولية للوسواس القهري، حيث بلغ حجم الأثر داخل المجموعات (بحسب معامل كوهين) (١,٢٦) وفي

المتابعة بلغ حجم الأثر داخل المجموعات (٠,٦)، ووفرت هذه النتائج الدعم الأولي لفعالية العلاج المعرفي السلوكي عن بعد باستخدام شبكة الإنترنت في علاج اضطراب الوسواس القهري. وقام يوجاز وزملاؤه (Uguz & et al. (2010) بدراسة بعنوان اضطراب الوسواس القهري لدى النساء في سن اليأس: انتشاره، وخصائصه، والسمات المشتركة لمظاهره لديهن، تكونت عينة الدراسة من (٢٦٩) امرأة من النساء اللواتي يراجعن العيادات النفسية التابعة لمستشفى جامعة قونيا في تركيا، وقد استُخدم في الدراسة مقياس بييل براون لأعراض اضطراب الوسواس القهري (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale). أظهرت نتائج الدراسة أن معدل انتشار مظاهر الوسواس القهري لدى العينة بلغت ٧,١% من مجموع العينة، وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما، وكانت أكثر مظاهر الوسواس القهري انتشاراً بين المصابات هي الهواجس المتعلقة بالتلوث، مما يدفع المصابات إلى تكرار عملية التنظيف مرّات عديدة، وفي نفس المرتبة كانت المظاهر المتعلقة بالتنبؤ والتحقق، وهذا ما يدفع النساء إلى تكرار أعمال منزلية مثل التحقق من إغلاق صنابير الغاز، والأبواب، وتكرار عدّ النقود ومراجعة الحسابات مرّات عديدة، أما أكثر الاضطرابات شيوعاً وبلغت نسبته ٦٣,٢% لدى النساء عينة الدراسة فهو اضطراب القلق العام. وأجرى الأغا (٢٠٠٩) دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية وفحص فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في علاج الوسواس القهري لدى عينة مكونة من ٢٠ مريضاً من مرضى الوسواس القهري ١٠ مصابين باضطراب وسواس الأفكار القهرية، و ١٠ مصابين باضطراب وسواس الأفعال القهري، وقد أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري لصالح القياس البعدي.

وقام مقدادي (٢٠٠٨) بدراسة هدفت إلى تحديد فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي للحد من أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. ولتحقيق أهداف الدراسة فقد تم اختيار عينة تكونت من (٢٠) طالباً بناءً على نتائج الطلبة الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الوسواس القهري، تم توزيعهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية طبق عليها برنامجي إرشادي سلوكي معرفي، والثانية ضابطة لم تتلق أية معالجة. وتكون البرنامج الإرشادي من (١٢) جلسة، أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي الذي تم استخدامه في الدراسة كان فعالاً في خفض أعراض الوسواس القهري لدى الطلبة عينة الدراسة.

الإطار النظري:

تعريف الوسواس القهري:

يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5, 2013) الوسواس بأنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى. ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج. ويعرف الوسواس القهري بأنه "أحد اضطرابات القلق، كون الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محاولة من جانب الفرد للتحكم في القلق، ويتصف الأفراد ذوو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة إلى الكمال والخلو من النقص والعيب وفعل الشيء كما ينبغي" (العطية، ٢٠٠٢: ٣٦).

كما ويعرف الوسواس القهري بأنه: "اضطراب يشمل وسواس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودها معاً أي الوسواس والأفعال القهرية. ويكون المريض على يقين بتفاهة الوسواس ولا

معقوليتها وأنها لا تستحق منه كل هذا الاهتمام وهو الأمر الذي يميزها عن الضلالات، كما يقوم ببذل المحاولات المستمرة في سبيل مقاومتها وعدم الاستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف من مقاومته تلك، وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوسواس وقوتها القهرية عليه مما يسبب له الشلل الاجتماعي وآلام نفسية وعقلية شديدة" (عكاشة، ٢٠٠٣: ١٣٦).

ويعرف عبد الله (٢٠٠١) الوسواس المتسلط بأنها فكرة أو صورة أو اندفاعات تتسلط على الفرد وتلج عليه بالرغم من شعوره بسخاقتها وعرقلتها لسير تفكيره، وعند رغبته في التخلص منها تواجهه المقاومة، وإذا أراد الانشغال عنها عاودت الظهور والإلحاح وإذا اشتد سعيه للتخلص منها فإنه يعاني قلقاً حاداً، ويعرف الفعل القهري بأنه: فعل أو سلوك حركي يتسلط على الفرد ويلج عليه ولا يستطيع التخلص منه رغم محاولاته في ذلك، وإذا حاول التغلب عليها ومقاومتها فإنه يعاني الضيق والقلق الحاد.

وتعرف الوسواس بأنها "أفكار واندفاعات قهرية تقتحم المجال الشعوري للفرد، وتكون غير مرغوب فيها فتعكر المزاج وتثير القلق ويمكن أن تظهر دون وجود أفعال قهرية، ولكن عندما تشتد وتأخذ صفتها الدورية يصاحبها أفعال قهرية، وفي هذه الحالة تعتبر إنهاكاً لطاقة الفرد النفسية، مما يؤدي إلى الشعور بالوهن والعجز، ويعرف القهر بأنه فعل يدفعه دافع لا يقاوم، وهو فعل مرضي يأتيه المريض ضد إرادته، ويتصف بالتكرار والنمطية، مما يؤدي الفرد ويشعره بالتعب النفسي والفرع". (الخالدي، ٢٠٠٦: ٢٤٨)

أسباب الوسواس القهري:

أولاً: العوامل الوراثية:

يرى أصحاب هذا النموذج وجود تأثير واضح للوراثة في ظهور الوسواس القهري، فقد أظهرت الدراسات أن اضطراب الوسواس القهري يتكرر ضمن الأسرة الواحدة وبالتالي يمكن اعتباره اضطراباً عائلياً (A familial disorder) وقد يمتد مع الأجيال وقد يظهر مع أقارب الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري بشكل ملحوظ (Nestadt, et al., 2000).

ونقلًا عن جيل (٢٠٠٢) فإن دراسة أجريت على الأفراد المصابين بالوسواس القهري وجدت أن ثلث آباء، وخمس أخوة المرضى الذين يعانون من الوسواس القهرية لديهم نفس الأعراض، لكن ذلك ليس بدليل قاطع على أن الأعراض القهرية يتم توارثها، فقد يرجع الأمر إلى تعليم الأبناء من آباءهم هذه المسالك خلال الطفولة المبكرة، ناتج عن تواجد الأبناء مع الآباء.

كما وتؤكد دراسات التوائم البالغين أن أعراض الوسواس القهري وراثية، فهي تسهم في ظهور اختلافات قليلة بنسبة تتراوح بين (٢٧-٤٧٪) في الدرجات على مقاييس الوسواس القهري لهؤلاء التوائم، أما دراسات الوسواس القهري التي أقيمت على الأطفال غير التوائم، فإن الاختلاف والتباين في الأعراض يتراوح بين (٤٥-٦٥٪) لديهم (Van Grootheest et al., 2005).

ثانياً: العوامل الجينية:

هنالك أدلة على أن اضطراب الوسواس القهري قد يرتبط بعوامل جينية معينة، فقد أشارت نتائج إحدى الدراسات التي مولتها المعاهد الوطنية للصحة في أمريكا، إلى أن الوسواس القهري وبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة قد تترافق مع طفرة مزدوجة شائعة في الجين (hSERT.17) وقد اكتشف الباحثون الطفرة الأولى ضمن سلسلة جينات (hSERT)، التي وصفت بالتحور رقم (I425V) ووجد الباحثون أن التحور (I425V) في جينات (hSERT) يعمل على زيادة نشاط الناقلات العصبية، وتستولي على المزيد من السيروتونين وعلى الأرجح فإنها تحد من الآثار على مستقبلات الخلايا العصبية المتبقية. أما الطفرة الثانية فقد تم تحديدها بالآليات الطويلة متعددة الأشكال في جين (HTTLPR-٥). وهذا يرتبط بزيادة النشاط في وظيفة نقل السيروتونين، وزيادة في البروتينات التي تؤدي إلى نقل أقل من السيروتونين للاتصال بالخلايا العصبية. علماً بأن كلا الطفرتين إذا وجدتاً معاً فهما تؤديان إلى انخفاض كبير في السيروتونين

ضمن التشابكات العصبية مقابل ظهور واحدة من الطفرات لوحدها، الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من الآثار الكيميائية الحيوية وأعراض أكثر شدة (National Institute of Mental Health, 2003).

ثالثاً: العوامل العصبية:

يرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً عصبياً للوسواس القهري، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من الدماغ وهو الجزء المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر، ومشكلات في العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار الوسواسية. وكذلك تشير بعض الدراسات إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم علامات دماغية ناعمة بما يزيد عن أربعة أضعاف عن الأفراد العاديين. ويؤكد أصحاب هذا التيار بأن عدد العلامات الناعمة عند المرضى يرتبط بشدة الوسواس القهري، ورغم عدم قطعية النتائج إلا إنها تشير إلى أسباب الإصابة الدماغية في الوسواس القهري (يوسف، ٢٠٠١).

كما وأظهرت دراسات أخرى أجريت من خلالها مقارنات بين صور طبقية لأدمغة أفراد مصابين باضطراب الوسواس القهري وبين أدمغة لأفراد عاديين فرقا في نمط عمل الدماغ في كلا الحالتين (Greisberg, 2005).

رابعاً: العوامل الأسرية:

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بالظروف الأسرية من مثل الحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر الحماية والنقل بالأخص في مراحل الطفولة المبكرة، فالاتجاهات الوالدية في تنشئة الأولاد تؤدي دوراً محورياً في تكوين الأعراض القهرية لديهم. إذ غالباً ما يشجع الآباء أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه الخصائص وتميئتها لديهم، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حين يشعرون بالارتياح عند ظهور السمات الخاصة بهم في شخصية أبنائهم (البناني، ٢٠١٠).

خامساً: العوامل البيولوجية – الفسيولوجية:

حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري هو نتيجة لتغير كيميائي في جسم الفرد المصاب، أو في أداء دماغه. وتشير بعض الدراسات إلى عوامل ترتبط بوجود درجة غير كافية وأقل من اللازم من السيروتونين (Serotonin) في الدماغ، مما يسهم في نشوء اضطراب الوسواس القهري. وقد أوضحت الدراسات أن أعراض الوسواس القهري تنتقلص وتخف حدتها لدى الأشخاص الذين يتعاطون عقاقير تزيد من فاعلية السيروتونين (BBC Science and Nature, 2002).

ويذكر وجود بعض الشواهد المؤيدة لاحتمال نشأة اضطراب الوسواس القهري لأسباب فسيولوجية، من أهمها ظهوره لدى المرضى بطريقة عادية بسبب عدم اكتمال نضج الجهاز العصبي لهم، وظهوره بعد بعض الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي مثل الحمى الدماغية، والصرع النفسي والحركي (عكاشة، ٢٠٠٣).

كما وتشير بعض الدراسات إلى وجود عوامل تتعلق بالجراثيم العقدية في الحنجرة التي تسمى (Streptococcus) فهناك أبحاث تدعي بأن الوسواس القهري تطور لدى أطفال معينين عقب إصابتهم بالتهاب الحلق، الناجم عن الجراثيم العقدية في الحنجرة (Streptococcus)، ولكن الآراء تنقسم حول مصداقية هذه الدراسات، مما يتطلب إجراء مزيد من الدراسات لتدعيم هذه الآراء (Boileau, 2011).

سادساً: العوامل الاجتماعية:

يرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً اجتماعياً وثقافياً وراء الإصابة بالوسواس القهري، حيث يعتبر المجتمع مسؤولاً عن ظهور الوسواس القهري حين يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل النظافة والتنظيم والدقة والترتيب في الهندام واللباس، وهي سمات مرغوبة، ولكنها تتحول إلى اضطراب عند المبالغة في سمة أو أكثر منها (البناني، ٢٠١٠).

أشكال الوسواس القهري:

ميزت منظمة الصحة العالمية في التصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية (المراجعة العاشرة) (International Classification of Diseases ICD-10) بين خمسة أشكال للوسواس القهري وهي كالتالي:

الشكل الأول: الاضطرابات القهرية التي يغلب عليها الأفكار الوسواسية التي تستحوذ على الساحة الذهنية للفرد، وهي تختلف في مضمونها من إنسان لآخر. فأحياناً تكون بلا معنى وبصاحبها في العادة عدم القدرة على اتخاذ القرار المناسب في الحياة اليومية. وتتكون الأعراض الوسواسية خاصة من هجاس رهابي ورهاب اندفاعي.

الشكل الثاني: ويتضمن الأفعال القسرية التي تظهر في شكل طقوس تدور حول النظافة كغسل اليدين أو غسل الجسد. أو التأكد من إغلاق النور أو الباب لمرات عدة. مع كون المريض متأكداً من إغلاقها لكن شكوكه تفرض عليه أن يتحقق منها باستمرار. وتستغرق هذه الطقوس في العادة ساعات طويلة على مدار اليوم. وتنتشر طقوس الغسل والجمع والعد عند النساء بشكل أكبر مما هي لديه عند الذكور.

الشكل الثالث: حيث تنتشر فيه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية على حد سواء، وتظهر الأفكار الوسواسية والأفعال الطقوسية القهرية بشكل متكامل. مثل سيطرة فكرة الإصابة بالأمراض المعدية على ذهن المريض، يتبعها القيام بطقوس الغسل والنظافة بشكل مستمر دون انقطاع. وفي العادة يهدف القيام بالطقوس القهرية إلى محاولة السيطرة على القلق الذي يسيطر على المريض نتيجة الضغوط التي تولدها الأفكار الوسواسية.

الشكل الرابع: ويشمل الأفعال القهرية الأخرى التي تظهر في شكل متلازمات حركية مثل نتف الشعر أو قضم الأظافر أو حك الجلد.

الشكل الخامس: ويضم الهواجس والأفعال القهرية غير المحددة، مثل الحاجة القهرية لإضرار الحرائق أو السرقة أو ممارسة الجنس أو تعاطي الكحول (ICD_10.1992).

أما الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 2000) وهو المرجع الأول على مستوى العالم في تصنيف الأمراض النفسية، وكذلك هو من أكثر الأدوات التي تستخدم في تشخيص الاضطرابات النفسية بأنواعها، فقد ورد فيه اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder) بالرقم التشخيصي (٣٠٠٣) تحت شكلين رئيسيين هما: الوسواس أو الأفعال قهرية:

أولاً: الوسواس (Obsessions) وهي تتميز بالتالي:

١. الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الذهنية المستمرة والمتكررة التي يقوم الشخص بتحديدها كأشياء مقحمة وغير ملائمة وتسبب له قلقاً ظاهراً أو توتراً وكرباً ملحوظاً.
٢. الأفكار والاندفاعات أو الصور الذهنية التي لا تنطوي تحت باب الهموم حول المشكلات الحياتية الحقيقية.
٣. يحاول الفرد تجاهل أو إخماد تلك الأفكار أو تلك الاندفاعات أو الصور أو يقوم بمعادلتها بأفكار أو أفعال أخرى.

٤. يدرك الفرد أن تلك الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية هي نتاج عقله وأنها ليست مقحمة عليه من الخارج كما في حالات دس الأفكار (Thought Insertion).

ثانياً: **الأفعال القهرية (Compulsions)** وهي تتميز بالتالي:

١. سلوكيات ظاهرة متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب)، أو أفعال ذهنية: (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات في صمت) ويشعر الفرد أنه مدفوع للقيام بها استجابة لوسواس أو إتباعاً لقواعد يتوجب عليه أن يطبقها بحذافيرها.

٢. تهدف تلك السلوكيات أو الأفعال إلى منع وقوع الضائقة والتوتر أو تخفيفه، أو منع وقوع موقف أو حدث مخيف، إلا أن تلك السلوكيات أو الأفعال إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية لما هي مُصمَّمة لتعطيله، وإما أنها زائدة عن الحد بشكل واضح (APA, DSM-IV-, TR, 2000).

وما تجدر الإشارة إليه أن الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5, 2013) أضيف إليها فصل جديد بعنوان: الوسواس القهري والاضطرابات ذات العلاقة (Obsessive Compulsive and Related Disorders)، وقد شمل هذا الفصل:

- اضطراب نتف الشعر القهري: (Trichotillomania)
- اضطراب تشوه صورة الجسد: (Body Dysmorphic)
- اضطراب قشط الجلد القهري: (Disorder(Skin_Picking)Excoriation)
- اضطراب التخزين: (Hoarding Disorder).

ومن وجهة نظر المدرسة التحليلية يصف فرويد ثلاثة أشكال رئيسة لاضطراب الوسواس القهري أو كما أطلق عليه عصاب الوسواس والأفعال وهي على النحو التالي:

الشكل الأول: الأفكار الوسواسية (Obsessional)

الشكل الثاني: الآثار الوسواسية الوجدانية Obsessional affects:

ويشمل الخجل ولوم الذات وقلق توهم المرض والقلق الاجتماعي والأوهام المتعلقة بكون المريض يتم ملاحظته ومراقبته.

الشكل الثالث: الأفعال الوسواسية: Obsessional action

وتشمل الطقوس المتعبة ومتابعة وملاحظة الأعداد، وأخذ الحبيطة والحذر وتشمل بدورها الفوبيا والخرافة واليقظة المفرطة للضمير. والخوف من إفشاء الأسرار وجمع القصاصات والانعزالية، وإدمان الخمر (سعفان، ٢٠٠٣)

أما كوران (Koran, 2007) فيصنف الوسواس القهري ضمن ثلاثة أشكال على النحو التالي: الشكل الأول: الأفكار الوسواسية: حيث يأخذ الاضطراب شكل الأفكار الاقتحامية المزعجة التي تراود المريض بشكل متكرر ومستمر، وقد تكون مصحوبة بأفعال قهرية بسيطة. إلا أن الغالب فيها أن تكون لوحدها.

الشكل الثاني: الأفعال القهرية: حيث يأخذ الاضطراب شكل الأفعال القهرية المزعجة التي تستغرق وقتاً طويلاً وقد تعمل على تعطيل حياة المريض، علماً بأن أساس هذا الاضطراب هو الفكرة الوسواسية ولكن الظاهر والغالب إكلينيكيًا هو الأفعال القهرية.

الشكل الثالث: الأفكار الوسواسية مع الأفعال القهرية: حيث يحتوي هذا الاضطراب على أفكار وسواسية وأفعال قهرية ظاهرة تبرز بشكل متساوٍ ولا تكون الغلبة لأي منهما.

ويذهب محمد (٢٠٠٤) إلى أن الوسواس القهري يأتي في ثلاثة أشكال هي:

الشكل الأول: أفكار وسواسية متكررة بالحاح، وتكون عادة أفكار مزعجة وغير سارة.

الشكل الثاني: أفعال قهرية أو قسرية أو استحواذية، حيث يجد الفرد نفسه مجبراً على

تكرار الأفعال الطقوسية أو الأفعال النمطية مع قناعته بأنها غير مفيدة.

الشكل الثالث: الخليط بين أفكار وسواسية مع أفعال قهرية، كأن يعتقد الفرد بأنه يحمل الجراثيم على يديه، مما يدفعه لغسلهما بشكل قهري ومكرر.

ويصنف ليندزاي (٢٠٠٠) اضطراب الوسواس القهري بالاعتماد على المشكلات المسيطرة على المريض على النحو التالي:

أولاً: فئة الأفراد الذين لديهم مشكلات تتعلق بأفعال قسرية مثل الاغتسال والنظافة.
ثانياً: فئة الأفراد الذين لديهم مشكلات تتعلق بأفعال قهرية تأخذ صورة التأكد والمراجعة، مثل التأكد من إغلاق الحنفية أو باب المنزل لأكثر من مرة.

ثالثاً: فئة الأفراد الذين لديهم مشكلات تتعلق بأفعال قهرية مكشوفة للآخرين.
رابعاً: فئة الأفراد الذين لا تتضمن وساوسهم أفعالاً قهرية مكشوفة للآخرين.
خامساً: فئة الأفراد الذين لديهم وساوس بطء في تأدية المهام المطلوبة منهم.
ويشير العيسوي (٢٠٠٤) بحسب الدراسات التي وقفت على نسب انتشار الوسواس القهري إلى الأشكال التي يتخذها الوسواس القهري وهي على النحو التالي:

أولاً: الشكوك الوسواسية (المعاودة): وهي أفكار عن العمل الذي انتهى منه الفرد ولكنه يشعر بأنه غير متأكد من تمامه أو يشعر بأنه غير دقيق، كأن يغلق باب المنزل ثم يعود ليتساءل هل هو أغلقه أم لا؟ وتقدر نسبة انتشاره بحسب بعض الدراسات بـ ٧٥% من مجموع المرضى بالوسواس القهري.

ثانياً: التكرار الوسواسي: ويعبر عنه بسلسلة غير متناهية من الأفكار، وهي في الغالب تتركز حول أحداث مستقبلية، وتقدر نسبة انتشاره بحسب بعض الدراسات بـ ٣٤% من مجموع المرضى بالوسواس القهري.

ثالثاً: الدوافع الوسواسية: وهي دوافع قوية ومستمرة للقيام بعمل ما، وتتراوح هذه الأعمال بين أعمال بسيطة إلى أعمال خطيرة وإجرامية. وتقدر نسبة انتشاره بحسب بعض الدراسات بـ ١٧% من مجموع المرضى بالوسواس القهري.

رابعاً: المخاوف القهرية: حيث يخاف المريض من فقدان السيطرة والقيام بعمل يسبب له الحرج الاجتماعي مع أنه لم يقم به، وتقدر نسبة انتشاره بحسب بعض الدراسات بـ ٢٦% من مجموع المرضى بالوسواس القهري.

خامساً: الصور القهرية: وهي صور ذهنية لأحداث وقعت فعلاً أو أحداث متخيلة، وتقدر نسبة انتشاره بحسب بعض الدراسات بـ ٥% من مجموع المرضى بالوسواس القهري (العيسوي، ٢٠٠٤).

وما يجدر الإشارة إليه أن مقياس ييل براون (Yale-Brown) للوسواس القهري المستخدم بهذه الدراسة يقسم الوسواس القهري إلى وساوس وأفعال قهرية: وتشتمل الوسواس على الوسواس العدوانية، والجنسية، والدينية، ووسواس التلوث، وهوس تخزين الأغراض، ووسواس التماثل، وهوس الإصابة بالمرض. أما الأفعال القهرية فهي تشمل أفعال النظافة وتكرار الطقوس، والعد، والترتيب والنظام، والتجميع والتخزين (Leckman, et al. 1997).

أخيراً فإن السلوك المنتمي إلى الطقوس الثقافية الشائعة في المجتمعات لا تعتبر في حد ذاتها مؤشراً على الوسواس القهري، ما لم يتجاوز هذا السلوك المعايير الثقافية، أو أن يحدث في أوقات أو أماكن يعد غير ملائم من خلالها. أو أن تكون غير مناسبة من وجهة نظر الآخرين الذين ينتمون إلى نفس الثقافة، وما لم يتعارض هذا السلوك مع الأداء الوظيفي للدوار الاجتماعية (DSM-5, 2013).

أعراض وملامح الوسواس القهري:

لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية أعراض وملامح وخصائص عيادية تميزه عن الاضطرابات الأخرى، وقد حاول كثير من المتخصصين والباحثين العرب والأجانب توضيح

الأعراض الخاصة باضطراب الوسواس القهري. والأدب التربوي يزخر بمثل هذه الدراسات والأبحاث، ويلخص زهران (١٩٩٧) أعراض الوسواس القهري بما يلي:

أولاً: الأفكار التسلطية: وتتميز بالانشغال بفكرة ثابتة تحرض على القيام بالسلوك القهري أو ثبات صورة ذهنية معينة لمنظر يشغل الفرد ويجعله قلقاً ومتوتراً على الدوام، وهذه الأفكار في معظمها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو جنسية أو عدوانية .

ثانياً: التفكير الاجتراري والمعاودة الفطرية.

ثالثاً: التفكير البدائي الخرافي والإيمان بالشعوذة والسحر والتشاؤم والأفكار السوداء، وتوقع الكوارث والشر وتوقع أسوأ الاحتمالات.

رابعاً: الاكتئاب والانطواء والشعور بالهم وحرمان النفس من أمور ومتع كثيرة، وظهور سوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمام ذلك نتيجة التركيز على الأفكار الوسواسية والسلوك القهري.

خامساً: الضمير الحي المبالغ فيه، والشعور الزائد عن الحد الطبيعي بالذنب والجمود والعناد والجدية المفرطة وعدم التسامح والكمالية والدقة الزائدة.

سادساً: سيطرة القلق إذا وقع الفرد في المحذور للأفكار والأفعال الوسواسية التي فرضت عليه.

سابعاً: الطقوس الحركية مثل المشي بطريقة معينة وعد الأشياء أو لمسها .

ثامناً: التدقيق والنظام والنظافة.

تاسعاً: الرتابة والروتين.

علاج الوسواس القهري :

بدأت نظرة المجتمعات بخصوص علاج الوسواس القهري تتغير في نهاية السبعينيات وأوائل الثمانينات من القرن العشرين، وذلك بسبب التطور الكبير في طرق العلاج حيث وجد الكثير من البرامج والأساليب المتخصصة بعلاج اضطراب الوسواس القهري ومن أهم هذه الطرق ما يلي:

أولاً: العلاج السلوكي (Behavioral Therapy):

يستخدم العلاج السلوكي في الحالات التي تزيد فيها الأفكار الوسواسية التي تسيطر على الفرد وذلك من خلال استخدام أسلوب الممارسة السلبيه مما يؤدي إلى تخفيف العادة الوسواسية لدى المريض ومن أهم الأساليب المستخدمة في هذا الأسلوب العلاجي:

١- أسلوب التعرض ومنع الاستجابة: ويعتبر أسلوب التعرض للمثير المزجج من الأساليب المهمة في علاج اضطراب الوسواس القهري فهو يتضمن جعل المريض يقترّب من المواقف المثيرة للإزعاج لديه حتى يتم التخلص من الأسباب التي تجعله يشعر بالقلق والخوف وعدم الراحة (Grant, 2014). فعلى سبيل المثال: قد يطلب من الأشخاص الذين يعانون من مشاكل بشأن صعودهم للمناطق المرتفعة الصعود إلى الأدوار العليا في الأبنية بشكل تدريجي حتى يصل إلى مرحلة عدم الخوف من الصعود إلى المناطق المرتفعة. ويؤكد الباحثون أن أسلوب التعرض ومنع الاستجابة يساعدان بشكل كبير في العلاج إذا تم تطبيقهما في آن واحد (Antony, et al., 2007). ويؤكد المتخصصون أن مدة العلاج في كل جلسة تتوقف على استيعاب المريض للتعليمات المعطاة، وحسب حالته المزاجية، ويستخدم المختصون عند تنفيذ الجلسة جهاز لقياس ضربات القلب واستجابات الجلد الكهربائية، وقياس تقديري لقياس درجة القلق قبل المواجهة وأثناء المواجهة وبعد المواجهة(المطيري، ٢٠٠٥).

٢- أسلوب الاسترخاء العضلي: حيث يطلب المعالج من المريض العمل على إرخاء عضلات جسمه أثناء سيطرة الأفكار الوسواسية عليه، ويساعد هذا الأسلوب على التخلص من القلق الشديد

والحزن اللذين يرافقان سيطرة الأفكار الوسواسية على المريض، ويفضل أن يكون الاسترخاء على مدى جلستين أو ثلاث جلسات (بكار، ١٩٩٤).

٣_ أسلوب تقليل الحساسية التدريجي.

ترى النماذج السلوكية أن اضطراب الوسواس القهري إنما هو نتاج للأفكار والاندفاعات العادية التي ترتبط بالقلق من خلال إجراء عمليات الإشراف الكلاسيكي، وبناء عليه فإن أعراض هذا المرض تتمثل بالهروب من الموقف والقيام بالسلوكيات القهرية التي تمنع حدوث انطفاء القلق. مما أدى إلى ظهور علاج للوسواس القهري الذي أساسه التعرض للمثيرات التي تؤدي إلى القلق ومنع المريض من القيام بالطقوس القهرية (الخطيب، ٢٠١٤).

وبسبب القصور في كثير من النماذج السلوكية التي تؤكد على أن العديد من مرضى الوسواس القهري لا يقومون باستحضار خبرات معينة تفسر هذه الأعراض لديهم، والبعض الآخر قد لا يستجيبون لأسلوب التعرض ومنع الاستجابة، لذا ظهرت المدرسة المعرفية الجديدة لتقدم طرق لعلاج اضطراب الوسواس القهري تتمثل في العلاج المعرفي (Salkovskis, 1985).

ثانياً: العلاج المعرفي (Cognitive Therapy):

تتمثل آلية العلاج المعرفي بإضافة نوع من المرونة على المنظومة الذهنية لدى الأفراد المصابين بالوسواس القهري، والعمل على استبعاد الأفكار الوسواسية، حيث يطلب من المريض القيام ببعض الواجبات المنزلية وذلك من أجل مراقبة الذات ورفع درجات الوعي لديه، ويتمثل هذا الأسلوب العلاجي بما يلي:

١_ العمل على ربط الماضي بالحاضر .

٢_ العمل على زيادة مستوى المعرفة بالمرض.

٣_ العمل على ربط المعرفة بالانفعالات.

٤_ العمل على إيقاف التفكير بالمرض. (Bennett, et al., 2015)

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي

برزت من بين هذه الطرق والأساليب العلاجية أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي. وهو أسلوب يقوم على العمل ضمن مستويين الأول: ينصب على الأفكار الوسواسية التي تسيطر على تفكير المصاب، والثاني: يركّز على تعديل السلوكيات اللاتكيفية المرتبطة بالأفكار الوسواسية، وعليه فإن هذا الأسلوب الإرشادي، يهدف إلى تنظيم البنية المعرفية الإدراكية لدى المصاب، وإعادة تكوين الروابط بين المؤثرات والأفعال المرتبطة بها (الخطيب، ٢٠١٤). وقد أظهرت نتائج الدراسات فاعلية هذا النمط من البرامج العلاجية في علاج اضطراب الوسواس القهري دون الحاجة إلى استخدام مثبّطات امتصاص السيروتونين (Doron & Moulding, 2008). وما يميّز برامج الإرشاد المعرفي السلوكي كونها تتضمن العديد من النشاطات المعرفية المتنوّعة، ومدى واسعاً من الممارسات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها في مواجهة الحالات المصابة باضطراب الوسواس القهري، وهو ما يساعد المعالج على الأخذ منها بما يتناسب مع حالة المصاب وظروفه وإمكاناته (Keller, 2000).

وقد أكدت العديد من النماذج النظرية المهتمّة باضطراب الوسواس القهري على أهمية الأساسيات المعرفية. حيث أن الخطر الجسمي أو معتقدات التهديد هي من المتغيّرات المعرفية التي تؤثر في اضطراب الوسواس القهري، والمعالجات المعرفية السلوكية قد صُمّمت بشكل خاص لاستهداف وتقليل الخطر ذي العلاقة بالإدراكات، لكي تصبح عملية الإدراك منطقية وفعّالة قدر الإمكان. ويمتاز علاج التقليل من تصوّر الخطر عن العلاجات السلوكية والعلاج بالأدوية، بأنه لا يتطلب مواجهة القلق الذي يثير المحفّزات. كما أنه لا يؤدي إلى أي آثار جانبية. وهو علاج منظم بطريقة عالية ويضم تكتيكات متنوّعة وغير مكلفة. وهو علاج مختصر يتطلب جلسات قليلة نسبياً.

كما أنه مفيد للمرضى الذين لم يتحسنوا من معالجات الوسواس القهرية الأخرى والذين يفتقرون للاستبصار (Herson and Sledge, 2002).

رابعاً: العلاج النفسي التحليلي السيكودينامي:

يساعد العلاج التحليلي على تنمية القدرة على مواجهة المخاوف والمشاكل والصراعات النفسية لدى المريض بأسلوب أكثر ايجابية، كما يعمل على توضيح وتفسير طبيعة المرض للمصاب والعمل على التخفيف من حدة التوتر والمخاوف التي تصيبه، وطمأنته وبث الشعور بالأمن لديه، وإظهار الأمور المكبوتة التي يعاني منها المريض. ويساعد العلاج التحليلي على الكشف عن أساسيات الاضطراب ويبين الصراعات الدفينة لدى الشخص المريض، وتحديد مصدر هذه المشاكل والصراعات والخروج بها إلى المستوى الشعوري، والعمل على تفسيرها، مما يؤدي إلى إيجاد التوافق الاجتماعي لدى المريض (القريطي، ٢٠٠٣).

وبالرغم من ذلك إلا أن الصعوبات تظهر لدى استخدام استراتيجيات التحليل النفسي بسبب شخصية المصاب بالوسواس القهري كونه من النوع المترتم والمثالي وكون علاقته مع المعالج ضعيفة لعدم وجود القدرة لديه على التنازل والاعتراف والاسترخاء، وأيضاً فقد يواجه المعالج العديد من الصعوبات المتمثلة بالتغير المستمر في الأعراض التي تصيب المريض وأيضاً تداخل المرض مع شخصية المريض بحيث يصعب إقناع المريض على تقديم تنازل (الخالدي، ٢٠٠٦). لذا وجد الباحثون أن العلاجات النفسية البسيطة قد تكون أكثر فائدة للمريض لأنها تتضمن الحث والإيحاء واستنفار الأنا والأنا الأعلى للاتجاه إلى الواقع والاعتراف به، ومن الأساليب التحليلية المهمة التي يمكن استخدامها ما يلي:

١. التفرغ الانفعالي: يعمل على إظهار الكبت الداخلي للمريض والتعبير عنه بصورة فعالة.
٢. التداوي الحر: يعمل على إيجاد الحرية الكاملة للشخص المريض والتخفيف من ثقل المشاكل الموجودة لديه.
٣. تفسير الأحلام: تعمل على تفسير الأحلام لدى المريض باعتبار الأحلام الطريق الأمثل للشعور.

وتؤكد الرابطة الأمريكية للطب النفسي على أن التحليل النفسي أو العلاج النفسي الديناميكي فعال جداً في التعامل مع الأعراض الأساسية للوسواس القهري (Koran, et al., 2007).

خامساً: العلاج بالعقاقير:

تستعمل العقاقير من أجل التقليل من الاكتئاب والقلق والتوتر المرضي والخوف الشديد لدى الأشخاص المصابين بالوسواس، حيث يمكن لهذه العقاقير مساعدة الأفراد لممارسة حياتهم الاجتماعية بشكل طبيعي وبالتالي جعلهم قادرين على التكيف الاجتماعي مع المحيط الخارجي ومقاومة المرض. ومن أهم العقاقير المستخدمة في علاج الوسواس القهري:

١. مادة الأنفانيل وتتراوح الجرعات من ٢٥ _ ٧٥ ملجم
٢. مادة بروزاك بجرعة ٢٠ ملجم في اليوم .
٣. مادة فلوفاكسامين وتتراوح الجرعة ما بين ٢٥ _ ٥٠ ملجم في اليوم. (ثابت، ١٩٩٨).
٤. عقار LSD وهو يعمل على إظهار الأفكار الوسواسية المكبوتة ويستعمل أيضاً للإسراع في وتيرة التنفيس (Catharsis).
٥. مضادات الذهان غير التقليدية مثل الكيوتيابين وهي مفيدة عند استخدامها في الحالات المقاومة للعلاج (Declodt and Stein, 2010).

وثمة أدوية معينة تستخدم لمعالجة الأمراض النفسية يمكن أن تساعد في السيطرة على الوسواس والسلوكيات القهرية التي تميز اضطراب الوسواس القهري، وغالباً ما يبدأ علاج الوسواس القهري بمضادات الاكتئاب. فالأدوية المضادة للاكتئاب قد تفيد في علاج الوسواس

القهري، لأنها تعمل على رفع نسبة السيروتونين، التي قد تكون منخفضة لدى أشخاص يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

وتشمل مضادات الاكتئاب التي صادقت عليها إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA - Food and Drug Administration) في علاج الوسواس القهري ما يلي:

-كلومبيرامين (Clomipramine)

-فلوفوكسامين (Fluvoxamine)

-فلوؤكسيتين (Fluoxetine)

- بروزاك (Prozac)

-باروكسيتين (Paroxetine)

- باكسيل (Paxil)

-سيرترالين (Sertraline)

- زولفوت (Zoloft)

ورغم انتشار هذه العقاقير وقدرتها في علاج بعض الأعراض الوسواسية إلا أنه وجدت بعض الحالات التي يعاود فيها المرض حالما يترك المريض العلاج، بالإضافة إلى ظهور بعض من التأثيرات الجانبية لهذه العقاقير (حجار، ١٩٩٢).

سادساً: العلاج بالصدمات الكهربائية:

يستخدم هذا العلاج مع الأشخاص المصابين ببعض الحالات الخطيرة من اضطراب الوسواس القهري، وأيضاً في الحالات التي يصاب فيها المريض بالاكتئاب الشديد مما يؤدي به في بعض الحالات إلى التفكير بالانتحار، لذا تستعمل الصدمات الكهربائية كوسيلة علاجية، حيث أنها تعتبر من الأساليب الناجحة في علاج ما نسبته (٢٥ - ٣٠ %) من الحالات المستعصية والخطيرة (Debray, Granger, Azais, 2005).

وإذا تراكمت حالة الاكتئاب مع اضطراب الوسواس القهري تصبح مقلقة بشكل خاص وذلك لارتفاع خطر الانتحار، فقد أشارت إحدى الدراسات أن ما نسبته ٥٠% من هؤلاء المرضى كان لديهم ميولاً انتحارية، وأن ما نسبته ١٥% منهم حاولوا الانتحار فعلاً (Fenske and Schwenk, 2009).

سابعاً: العلاج عن طريق الإرشاد الأسري والاجتماعي:

تأخذ طريقة العلاج بالإرشاد الأسري أهميتها من الأدوار الكبيرة المناطة بالأسرة وأهميتها في مساعدة المريض على تحدي اضطراب الوسواس القهري وتجاوزه، لذا على الأسرة أن تتعلم طرق العناية بالمريض وذلك من خلال استخدام الاستراتيجيات الإيجابية سواء باستخدامهم أساليب التواصل اللفظي أم بأساليب التواصل غير اللفظي. وفي حال عدم معرفتهم بتلك الاستراتيجيات يجب استشارة المختصين من أجل معرفة طبيعة المرض وأعراضه والأساليب الفعالة للتعامل الصحيح مع المريض لأن في ذلك فائدة كبيرة في نجاح أساليب العلاج المختلفة (أبو هندي، ٢٠٠٣).

وفيما يلي بعض التوصيات التي تعطى للأسر التي تسعى للتخفيف من أعراض الوسواس القهري لدى الفرد المضطرب:

١. عدم إلقاء اللوم على المريض من خلال التعليقات المباشرة وغير المباشرة.
٢. إشعار المريض بأهميته في الأسرة وإظهار الحب والتقدير له.
٣. استشارة المريض بالأمور المختلفة ومشاركته في الحياة الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو في المحيط الخارجي.

- ٤ . عدم استخدام الحماية الزائدة بحيث يستسلم أفراد الأسرة لطلبات المريض ويلتزمون بالقواعد التي يضعها لهم وهم باتباعهم لذلك يضررونه ويزيدون من اضطراب الوسواس القهري لديه.
- ٥ . عدم تكليف المريض بأعمال شاقة تفوق قدرته.
- ٦ . الابتعاد عن إشعار المريض بفشله في أداء المهام الموكلة له.
- ٧ . العمل على كسر الروتين اليومي لدى المريض وتكثيف الرحلات الخارجية التي من شأنها التخفيف من الاضطراب لديه.
- ٨ . العمل على تعزيز الثقة لدى المريض وقتل الشكوك التي تراوده بالمحبة والاحترام.
- ٩ . معاملة المريض بشكل مرن ومريح وعدم تركه لوحده لأن ذلك يزيد من الأفكار والهواجس الوسواسية لديه.
- ١٠ . الابتعاد عن نقد المريض وإهانته واتهامه بالجنون وتجنب عمل المشاكل معه.

ثامناً: العلاج الجراحي:

يستخدم هذا النوع عندما تفشل العلاجات النفسية والكيميائية والكهربائية، وأيضا عندما تشتد حالات القلق والاكتئاب لدى المريض، فيضطر الطبيب لإجراء عملية قص الفص الجبهي وذلك من أجل التخفيف من التوتر الشديد والآلام النفسية التي يعانها المريض (القريطي، ٢٠٠٣).

تاسعاً: العلاج الديني:

يعتبر العلاج الديني من العلاجات المهمة في التخلص من اضطراب الوسواس القهري، وينطلق هذا العلاج من الآية الكريمة: " {وَأِمَّا يَنْزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْعٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ} (آية ٣٦، سورة فصلت، القرآن الكريم). ويأتي العلاج بأن يوجه الأفراد لطاعة الله وذكره والعمل على قراءة القرآن الكريم والتفكير في معانيه، والاستماع له والذهاب إلى مجالس العلم والذكر والتقيّد بالأداب والتطهر بما في ذلك نظافة البدن والملابس والمجلس ويجب توجيههم إلى الصيام والزكاة والصلاة والقيام بها بخشوع والدعاء بالصلاة لما للصلاة من أثر ايجابي للفرد حيث يدعو الله بها ويطلب العون والنصرة وغير ذلك من العبادات الإسلامية التي تمكن المريض من التخلص من الوسواس والشفاء (محمد، ١٩٨٦).

أخيراً إن التدخلات النفسية مثل العلاج السلوكي (Behavioral Therapy) والعلاج المعرفي السلوكي (Cognitive-Behavioral Therapy) وكذلك العلاج الدوائي جميعها يمكن أن تؤدي إلى انخفاض كبير في أعراض الوسواس القهري. ومع ذلك، فإن أعراض الوسواس القهري قد تستمر عند مستويات معتدلة حتى بعد دورة العلاج الكافي، لذا لا بد للمعالجين من تغيير الأسلوب المستخدم في حال ثبت عدم نجاحه، ومتابعة عملية التقييم أثناء العلاج (Eddy, et al., 2004).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي لملاءمته لتحقيق أهدافها.
عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٦٠) طالباً بالمرحلة الثانوية في المدينة المنورة بثانوية الصديق التابعة لإدارة تعليم محافظة الملا، تراوحت أعمارهم بين (١٥-١٨) سنة.
أدوات الدراسة:

مقياس بيل براون للوسواس القهري:

من أجل قياس الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تم استخدام مقياس بيل براون (Goodman, et al., 1989) للوسواس القهري، وتكون المقياس بصورته الأولية من (١٠) فقرات بواقع بعدين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وخمسة مجالات لكل بعد وخمسة فقرات لكل مجال.

صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس تم عرضه على (١١) من المحكمين في تخصصات الإرشاد النفسي والقياس النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية والجامعات السعودية (ملحق رقم ١) للتأكد من صلاحية الفقرات ومناسبتها، وقد اتفق على فقرات المقياس ٩ من المحكمين من حيث مدى ملاءمة الفقرات وارتباطها بالمجالات التي تنتمي إليها، وأوصى بعض المحكمين بإجراء بعض التعديلات تتعلق بإعادة صياغة ثلاث فقرات حتى يتضح المعنى المراد منها، وتوضيح أربع فقرات أشار المحكمون إلى أنها تحتاج إلى توضيح. وقد تكون المقياس بصورته النهائية من بعدين رئيسيين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بواقع خمسة مجالات لكل بعد وخمسة فقرات لكل مجال بمجموع إجمالي (٥٠) فقرة مناسبة لتقييم اضطراب الوسواس القهري.

ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس بيل براون للوسواس القهري في الدراسة الحالية باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test- Retest) بفاصل زمني قدره أسبوعان، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٥) فرداً ممن يعانون من الوسواس القهري من خارج عينة الدراسة الحالية، وبعد حساب معامل الارتباط بين التطبيقين بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية (٠,٨٩)، مما يدعم إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية. والجدول (١) يوضح معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس:

جدول (١) معاملات الثبات لمجالات مقياس بيل براون

الرقم	المجال	الثبات
١	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	٠,٩٢
٢	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	٠,٧٩
٣	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.	٠,٨٨
٤	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).	٠,٨٢
٥	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية.	٠,٨٣
٦	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	٠,٧٥
٧	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	٠,٨٣
٨	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	٠,٨٥
٩	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	٠,٩١
١٠	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.	٠,٧٨
	المقياس ككل	٠,٨٩

نتائج الدراسة:**أ- النتائج**

أولاً: نتائج الإجابة عن السؤالين الأول والثاني من الدراسة:

تمت الإجابة عن السؤال الأول والسؤال الثاني من خلال الإطار النظري للدراسة.

نتائج إجابة السؤال الثالث: ما مدى انتشار الأفكار الوسواسية لدى طلاب المرحلة الثانوية؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة على مقياس الأفكار الوسواسية والجدول (٢) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية

جدول (٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على مقياس الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى عينة

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأفكار الوسواسية	٦٠	18.60	2.16

تشير النتيجة في الجدول السابق إلى وجود نسبة مرتفعة من الأفكار الوسواسية منتشرة لدى عينة الدراسة حيث بلغ المتوسط الحسابي لها (18.60) بينما بلغ الانحراف المعياري (2.16)، ولعل هذه النتيجة ترجع لطبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطلاب بالمرحلة الثانوية باعتبارها مرحلة موازية لفترة المراهقة ويعاني فيها الفرد من اضطرابات سلوكية مختلفة كما أنه يكون بحاجة إلى مزيد من التوجيه والإرشاد والمتابعة، بجانب ما يشعر به في هذه المرحلة من رغبة في الاستقلال وتطلع إلى المستقبل الذي ربما يمثل تحدياً كبيراً له.

نتائج الإجابة عن السؤال الثاني: ما مدى انتشار الأفعال الوسواسية لدى طلاب المرحلة الثانوية؟ للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة على مقياس الأفعال القهرية والجدول (٣) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول (٣) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للعينة الواحدة ونسبة الخطأ والقرار الإحصائي لبعده الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى العينة

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	قيمة (ت) المحسوبة	نسبة الخطأ	القرار الإحصائي
الأفعال القهرية	60	7.700	1.453	10	41.042	0.000	معنوي

تشير النتيجة في الجدول السابق إلى وجود نسبة منخفضة من الأفعال القهرية منتشرة لدى عينة الدراسة مقارنة مع الوسط الفرضي، إذ بلغ المتوسط الحسابي لها (٧,٧٠٠) بينما بلغ الانحراف المعياري (١,٤٥٣) وقيمة (ت) المحسوبة (٤١,٠٤٢) وبنسبة خطأ (٠,٠٠٠)، مما دل على وجود فروق معنوية ولصالح الوسط الفرضي، ولعل هذه النتيجة مترتبة على النتيجة السابقة التي أشارت إلى وجود نسبة منخفضة من الأفكار الوسواسية لدى عينة الدراسة، ومن الطبيعي أن يكون لهذه الأفكار تأثير على أفعال عينة البحث.

ولغرض معرفة مقدار انتشار اضطراب الوسواس لدى عينة البحث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك اختبار (ت) للعينة الواحدة للدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) يبين ذلك.

جدول (٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (ت) للعينة الواحدة ونسبة الخطأ والقرار الإحصائي للمقياس لدى العينة

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	قيمة (ت) المحسوبة	نسبة الخطأ	القرار الإحصائي
الدرجة الكلية للمقياس	60	15.467	2.205	20	54.326	0.000	معنوي

أظهرت نتائج الجدول (٤) الوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) المحسوبة ونسبة الخطأ لمقياس اضطراب الوسواس لعينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي لها (١٥,٤٦٧)

بينما بلغ الانحراف المعياري (٢,٢٠٥) وقيمة (ت) المحسوبة (٥٤,٣٢٦) وبنسبة خطأ (٠,٠٠٠)، مما دل على وجود فروق معنوية ولصالح الوسط الفرضي، تشير النتيجة في الجدول السابق إلى وجود نسبة منخفضة في اضطراب الوسواس منتشر لدى عينة الدراسة مقارنةً مع درجات مقياس بيل- براون للوسواس القهري والجدول (٥) يبين ذلك:

الجدول (٥) يبين معدل درجات مقياس بيل- براون للوسواس القهري

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في المقياس
خفيف جداً	٧ - صفر
خفيف	١٥ - ٨
متوسط	٢٣ - ١٦
ملحوظ	٣١ - ٢٤
شديد	٤٠ - ٣٢

التوصيات:

١. ضرورة إعادة النظر في برامج إعداد الطواقم الطبية القائمة على الخدمات العلاجية في المراكز الصحية النفسية وذلك بإضافة عدد من المساقات الجامعية التي تعالج قضية البرامج العلاجية التربوية غير الدوائية، وبذلك تزداد خيارات الاستخدام في الميدان العملي.
٢. ضرورة زيادة برامج التدريب أثناء الخدمة للعاملين في الميدان الطبي النفسي من خلال عقد دورات تدريبية وورشات عمل تركز على استخدام التقنيات العلاجية وفق المبادئ المعرفية السلوكية.
٣. ضرورة تشكيل رابطة تضم المتخصصين والعاملين والمهتمين في مجالات الطب النفسي وعلم النفس والإرشاد، تأخذ على عاتقها رفع مستوى الوعي بمثل هذه البرامج العلاجية من خلال عقد الدورات والندوات وطباعة المنشورات، ورفد الميدان بموقع إلكتروني على شبكة الانترنت باللغة العربية يتم من خلاله توفير آخر ما توصل إليه أهل العلم من أدوات ودراسات في ميدان الوسواس القهري.
٤. ضرورة العمل على توعية معلمي ومعلمات التعليم العام في المدارس من خلال دورات قصيرة ونشرات خاصة حول الوسواس القهري وطرق اكتشافه وأثاره السلبية على العلاقات الاجتماعية بين الطلبة.
٥. ضرورة عقد مؤتمرات وندوات علمية يلتقي فيها كافة المتخصصين وصناع القرار والعاملين في مراكز الصحة النفسية، وعموم المهتمين من الناس، وذلك لتحديد الاحتياجات وتقييم العمل والتخطيط لحل المشاكل التي تتعلق بعلاج الاضطرابات النفسية المتنوعة.

المقترحات:

١. إجراء دراسة حول فاعلية البرامج المعرفية السلوكية في علاج اضطرابات أخرى غير الوسواس القهري.
٢. إجراء دراسات علمية للمقارنة بين أثر برنامج التقليل من تصور الخطر والبرامج العلاجية الأخرى.
٣. تطبيق برامج التقليل من تصور الخطر (DIRT) في مستشفى الصحة النفسية على عينة من الذكور.
٤. تطبيق برامج التقليل من تصور الخطر (DIRT) على الأشكال الأخرى من الوسواس القهري مثل الوسواس القهري المتعلق بالحرص، بالشك....

المراجع:

- إبراهيم، محمد عبد الله (٢٠٠٤). إعداد صيغة موضوعية للإجابة عن اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي، أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة بغداد، بغداد، العراق.
- أبو هندي، وائل (٢٠٠٣) الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، الطبعة الأولى، المجلس الوطني للثقافة والفنون الآداب، عالم المعرفة، العدد (٢٩٣)، الكويت.
- الأغا، بشار (٢٠٠٩) دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري فى البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجى. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- بشرى، صمويل، وعبد الظاهر، عبد الله محمد (٢٠٠٩) اضطراب الوسواس القهري - دراسة حالة، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مجلد (١٩) العدد (٣) ص. ٢٧٥-٣١٨.
- بكار، سليمان (١٩٩٤) اثر الاسترخاء العضلي كطريقة فى ضبط التوتر النفسى على مركز الضبط وتقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- البناني، أروى فيصل (٢٠١٠) التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري فى ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- ثابت، عبد العزيز (١٩٩٨) الوسواس القهري فى الأطفال والمراهقين، أمواج: نشرة دورية تصدر عن دائرة العلاقات العامة ببرنامج غزة للصحة النفسية، العدد الثالث، غزة، فلسطين.
- جبل، فوزي محمد (٢٠٠٢) محاضرات فى الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مصر: المكتبة الجامعية.
- حجار، محمد حمدي (١٩٩٢) العلاج النفسى الحديث للاضطراب الوسواسى الجبري، دمشق: دار طلاس.
- الخالدي، أديب محمد (٢٠٠٦) مرجع فى علم النفس الاكلينيكي (المرضى) الفحص والعلاج، عمان: دار وائل للنشر.
- الخطيب، جمال (١٩٩٤) تعديل السلوك الانساني: دليل العاملين فى المجالات التربوية والنفسية، الطبعة الثالثة، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال (٢٠١٤) تعديل السلوك الإنساني، الطبعة السابعة، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الدباغ، فخري (١٩٨٣) أصول الطب النفسى، الطبعة الثالثة، بيروت، لبنان، دار الطليعة.
- الزعبى، أحمد محمد (١٩٩٤) الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، اليمن، دار الحكمة اليمنية.
- زهران، حامد عبد السلام (١٩٩٧) الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثالثة، القاهرة: عالم الكتب.
- سالم، محمد شريف (٢٠٠٨) الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، الخامسة، القاهرة، مصر: دار العقيدة.
- سعفان، محمد أحمد (٢٠٠٣) اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- سعفان، محمد أحمد (٢٠٠٣) فعالية برنامج إرشادي انتقالي فى خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب"، مجلة كلية التربية وعلم النفس، جامعة عين شمس، ٤ (٢٧).
- عبد الخالق، أحمد؛ رضوان، سامر (٢٠٠٢) مدى صلاحية المقياس الربى للوسواس القهري على عينات سورية. مجلة الدراسات النفسية، ١ (١٢).
- عبد الله، محمد قاسم (٢٠٠١) مدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الأولى، عمان: دار الفكر.
- العطية، أسماء (٢٠٠٢) فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال قطر، مجلة مركز البحوث التربوية - جامعة قطر السنة الحادية عشر العدد ٢١، ٢٢١ - ٢٢٨.
- عكاشة، أحمد (٢٠٠٣) الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العززي، فريحيوب (١٩٩٧). الوسواس القهري لدى الأطفال الكويتيين. مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٧ (٢)، ١٨١-٢٠٢.
- العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٤) الصحة النفسية من منظور القانون، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان: منشورات الجلة الحقوقية.

- فرج، صفوت (١٩٩٩) العلاقة بين سمات الشخصية والوسواس القهري. وقائع مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت: جامعة الكويت .
- فرج، صفوت؛ البشر، سعاد (٢٠٠٢) المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة والعلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري. مجلة الدراسات النفسية، عدد(٢). ٢٠٧-٣٢٩.
- القريطى، عبد المطلب (٢٠٠٣) فى الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر: دار الفكر العربى. كاظم، علي مهدي، وآل سعيد، تغريد (٢٠٠٩) الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العمانيين، مجلة الطفولة العربية، العدد (٣٦) ص.ص ٨-٣١.
- ليندزاي، بول (٢٠٠٠) مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو.
- محمد، محمد جاسم (٢٠٠٤) مشكلات الصحة النفسية، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد، الريموي (١٩٨٦). الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام. الطبعة الثانية. الكويت: دار القلم. المطيري، معصومة سهيل (٢٠٠٥) الصحة النفسية، مفهومها، اضطراباتها، الطبعة الأولى، عمان، الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- مقدادي، يوسف (٢٠٠٨) فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي فى خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثاني.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية. القاهرة، مصر: المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.
- يوسف، جمعة سيد (٢٠٠١) النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية، القاهرة، مصر، دار غريب.
- AL- Sabaie, Abdullah, Abdu Rahim, Fathelaleem, AL-Hamad, Abdul-Razzak (1992) Obsessive Compulsive Disorder: Annals of . Saudi Medicine, Volume 12., Number 6.pp 558-561.
- Alizadeh, A. (2012). Cognitive behavior therapy (CBT) Selective treatment for obsessive compulsive disorder (OCD), Journal of Basic and Applied Scientific Research, 2(2)1368-1372.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antony, M., Cristine, P. & Summerfeldt, L.(2007). Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: Fundamentals and beyond. American Psychological Association, Washington, DC.
- BBC Science and Nature (2002) Human Body and Mind. Causes of OCD. Bbc.co.uk. 2002-10-01. Retrieved 2013-11-29.
- Bennett, Sophie; Stark, Daniel; Shafraan, Roz; Heyman, Isobel; Krebs, Georgina (2015) Evaluation of cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder in the context of tic disorders, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Available online 14 March 2015, In Press.
- Boileau, B (2011). "A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents". Dialogues Clin Neurosci 13 (4): 401–11.

- Calley, G. (2009). Comprehensive program development in mental health counseling: Design, implementation, and evaluation. *Journal of Mental Health Counseling*. 31(1).
- Declodt E.H., Stein, D.J. (2010). "Current trends in drug treatment of obsessive-compulsive disorder". *Neuropsychiatr Dis Treat* 6: 233–42.
- Doron, G. & Moulding, R. (2008), cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorder: A broader framework. *The Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 46 (4). 257-263.
- Doron, G. & Moulding, R. (2008), cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorder: A broader framework. *The Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 46 (4). 257-263.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011–1030.
- Fenske, JN, Schwenk, TL (2009). "Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management". *Am Fam Physician* 80 (3): 239–45.
- Franzblau. S. H, Kanadianian. H. Rettig, E (1995). Critique of Reductionists Models of Obsessive-Compulsive Disorder, Toward a new Explanatory Paradigm.
- Grant JE (2014). "Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder.". *The New England Journal of Medicine* 371 (7): 646–53.
- Green, A. (2005) Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*. 1978;9:821–829..
- Greisberg, S. (2005) Neuropsychological Functioning of Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *DAI-B* 66/03, p.1719, Sep.
- Greisberg, S. (2005) Neuropsychological Functioning of Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *DAI-B* 66/03, p.1719, Sep.
- Herson, M., & Sledge, W. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science.
- Herson, M., & Sledge, W. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science.
- Ivarsson, Tord; Skarphedinsson, Gudmundur; Kornor, Hege; Axelsdottir, Brynhildur; Biedilae, Solvi; Heyman, Isobel; Asbahr, Fernando; Thomsen, Per Hove; Fineberg, Naomi; March, John (2015) The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis, *Psychiatry Research*, Volume 227, Issue 1, pp 93–103.
- Jones, Mairwen K. & Menzies, Ross G. (1997a). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 843–850.
- Keller, M. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1422-1470.

- Kevin D.Wu, Lee Anna Clark, and David Watson (2005) Relations Between Obsessive-Compulsive Disorder and Personality: Beyond, Axis I-Axis II Comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 20, Issue 6, 2006, p.p 695–717
- Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB (2007). "Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder". *The American Journal of Psychiatry* 164 (7 Sup): 5–53.
- Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB (2007). "Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder". *The American Journal of Psychiatry* 164 (7 Sup): 5–53.
- Krochmalik, Annette; Jones, Mairwen K.; Menzies, & Ross G. (2001) Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 39, Issue 8, Pages 897–912.
- Leckman, J.f., Grice, D., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., & Bondi, C., (1997). Symptoms of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 911–917.
- Mokhtari, S. Bahrami, F. Padash, Z. Hosseinian, S. & Soltanizadeh, M. (2012). The Effect of Schema Therapy on marital satisfaction of couples with Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD), *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3, (12).207-225.
- Moritz, Steffen & Russu, Rada (2013) Further evidence for the efficacy of association splitting in obsessive-compulsive disorder. An internet study in a Russian-speaking sample, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Volume 2, Issue 2, Pages 91–98.
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment Security and Parental Bonding in Adults with Obsessive-Compulsive Disorder: a Comparison with Depressed Out-Patients and Health Controls. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109 (6), 447-456.
- Nasayuki, O., Masahiro, k, & Yoshio, M. (2003). Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Patients Primarily Diagnosed with Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57 (1), 67-74.
- National Institute of Mental Health, (2003) News release, Mutant gene linked to obsessive compulsive disorder, National Institute of Mental Health (NIMH), 23 October 2003. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2003/mutant-gene-linked-to-obsessive-compulsive-disorder.shtml>
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R, (2000) family study of obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 57(4):358-63, April 2000.
- Okasha, A. (2001). OCD: A transcultural approach from an Egyptian Islamic perspective. *Images in psychiatry an Arab perspective*. Cairo: WPA, Scientific Book House.

- Olatunji, Bunmi; Davis, Michelle; Powers, Mark; Smits, Jasper (2013) Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 47, Issue 1, Pages 33–41.
- Osborn, L. (1998). *Tormenting Thoughts of Secret Rituals*. New York: Bawtan Books.
- Pollak JM. (1987) Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: a review of the literature. *Journal of Psychology*. 1987;121:137–48.
- Rasmussen SA, Eisen JL.(1998) *Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder*. 3rd ed. Mosby; Boston.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 517-583.
- Selles, Robert; Rowa, Karen; McCabe, Randi; Purdonc, Christine; & Storched, Eric, (2013) Prevalence and clinical correlates of treatment concerns in a sample of treatment seeking youth with obsessive–compulsive disorder, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Volume 2, Issue 3, Pages 286–291.
- Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen. S (1999) Predictors of Course in Obsessive-Compulsive Disorder, *Psychiatry Research*, Issue 89, P.P 229-308.
- Storched, Eric, (2013) Prevalence and clinical correlates of treatment concerns in a sample of treatment seeking youth with obsessive–compulsive disorder, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Volume 2, Issue 3, Pages 286–291.
- Takafumi, Y., Chiakitaga, Y., Matsumoto, K. (2005). *Psychiatry and Clinical Meurosciences*, 59(5), 533.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy Research*, 26 (4), 505-517.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder, *Cognitive Therapy Research*, 26 (4), 505-517.
- Uguz, F. Sahingoz, M. Gezginc, K. & Karatayli, R. (2010). Obsessive–compulsive disorder in postmenopausal women: prevalence, clinical features, and comorbidity *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* . 44:183–187
- Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI,(2005), Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review, *Twin Research and Human Genetics*, 8(5):450-8.
- Voderholzer, Ulrich; Schwartz, Caroline; Freyer, Tobias; Zurowski, Bartosz; Thiel, Nicola; Herbst, Nirmal; Wahl, Karina; Kordon, Andreas; Hohagen, Fritz; Kuelz, Anne Katrin (2013) Cognitive functioning in medication-free obsessive-compulsive patients treated with cognitive-behavioural therapy,

- Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, Volume 2, Issue 3, Pages 241–248.
- Wilson, Reid; Neziroglu, Fugen; Feinstein, Brian A.; Ginsberg, Rachel (2014) A new model for the initiation of treatment for obsessive–compulsive disorder: An exploratory study, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Volume 3, Issue 4, Pages 332–337.
- Wootton, Bethany; Titov, Nickolai; Dear, Blake; Spence, Jay; Andrews, Gavin; Johnston, Luke; Solley, Karen (2011) An Internet administered treatment program for obsessive–compulsive disorder: A feasibility study, *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 25, Issue 8, Pages 1102–1110.
- World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO, Geneva.
- Yeong-Yuh, & Chia-Y. (2001). Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(5), 623-627.

