

فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة

أ.د. حمدان محمود فضة د. أمال ابراهيم عبدالعزيز الفقي د. سليمان رجب سيد أحمد¹
أستاذ مساعد - جامعة بنها مدرس الصحة النفسية - جامعة بنها مدرس الصحة النفسية - جامعة بنها

ندوة " التعليم العالي للفتاة: الأبعاد والتطلعات
فى الفترة من 4 الى 6 يناير 2010 م
ص 424 الى ص 461
جامعة طيبة
المملكة العربية السعودية

مقدمة الدراسة :

يعد اضطراب الوسواس القهري اضطراباً نفسياً، يتصف بوجود أفكار متكررة لا يرغبها المرء، وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولته إبعادها أو التخلص منها. ويقوم الشخص المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها؛ نظراً لأن هذه الأفعال تخفف من قلقه. هذا القلق يخف لفترة محدودة، ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري إلى تكرار أفعاله القهرية بصورة مبالغ فيها؛ قد تؤدي إلى إضاعة وقته، وخسارته المعنوية والمادية، إضافة إلى أن بعض الأعمال القهرية تؤدي إلى الضرر البدني بالشخص، مثل: كثرة الغسيل لأماكن معينة في الجسم، وربما بمواد مضرّة كالمطهرات الكيميائية. يؤثر الوسواس القهري على مجمل حياة الفرد وتوافقه النفسي والاجتماعي؛ وقد لوحظ أن بعض المصابين بالوسواس القهري، يعانون معاناة نفسية شديدة، ويحاولون التوافق كثيراً للتغلب على معاناتهم؛ بيد أن طول المعاناة من هذا الاضطراب - والذى قد يمتد الى سنوات - وشدة الألم والكدر والضيق الذى يحدث بسبب ذلك، ناهيك عن وطأة المرض نفسه؛ يدفعهم الى طلب العلاج النفسى بهدف تخفيف معاناتهم وكرههم، وخاصة أن ذلك الأثر يمتد ليشمل الفرد وأسرته وأولاده وأصدقائه.

ويوضح مخيمر(1977، ص19) بأن العصاب القهري من أشد الأعصابه بأساً، وأعسرهما على الشفاء. ويقول بيك وآخرون (2002، مترجم، ص962) أن مريض الوسواس القهري يرفض الاستمرار في الجلسات، وينسحب من العلاج بسبب معاناته من القلق الذي يصبح أمراً غير محتمل. وفي الدليل التشخيصى الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV® إشارة إلى أن الأعراض تكون شديدة بدرجة كافية؛ لتحدث أماً نفسياً واضحاً، كما أنها تستهلك الوقت، وتشوش على الفرد، وتعطل أداءه الوظيفي وأنشطته، وعلاقاته الإجتماعيه مع الآخرين. (APA, 1994, p.420) وطالبات الجامعة اللاتي يصبن بالرسوب أو الفشل الدراسى أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة والمتنوعة، والتي من بينها اضطراب الوسواس القهري؛ فالتطالبات اللاتي يعانين من سوء التوافق النفسى والاجتماعى، ويتبنين مفهوم ذات سلبى، ويعانين من انخفاض فى درجة الدافعية لديهن، ويشكين من تدنى مستواهن التحصيلى؛ يكن فى أمس الحاجة الى البرامج الارشادية والعلاجية لتدريبهن على التخطى والتغلب على هذه المعوقات التى قد تتسبب فى ظهور الاضطراب النفسى، ويعد العلاج النفسى الدينى أحد أبرز تلك التدخلات الفعالة؛ إذ يسهم فى تحسين قدرة الفرد على التفكير والادراك السليم للمواقف. ويساعد الفرد على الوعى بالذات، والتعبير عن النفس، وإكتساب المهارات الحياتية بل وممارستها، ومن خلال ذلك تصل الطالبة إلى التغلب على اضطراب الوسواس القهري والى فهم نفسها وفهم الآخرين.

ثانياً: مشكلة الدراسة :

تظهر مشكلة الدراسة في تأثير اضطراب الوسواس القهري كأحد الأعصاب والأمراض النفسية الشديدة على توافق الفرد، وتقييد مجاله الحيوي وحصره في نطاق ضيق، بل وشلل الإرادة أحياناً بشكل تام مما يعوق تكيف الفرد مع من حوله. وطالبة الجامعة فضلاً عن كونها طالبة جامعية هي زوجة المستقبل ومعلمة وأم؛ تؤثر إصابتها باضطراب الوسواس القهري على مجمل حياتها الشخصية، والاجتماعية، والدراسية، كما تؤثر على أسرتها بشكل عام. وقد وجد عكاشة (1998، ص137) أن نسبة المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس منهم تقريباً (2.6%) يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع الشعب تقريباً (2.5%).

وتقول هولاند (2006) إن اضطراب الوسواس القهري يعد المرض الرابع الأكثر تشخيصاً في العالم بشكل عام، وفي الولايات المتحدة بشكل خاص، إن راشداً من بين أربعين من الراشدين تنطبق عليه محكات اضطراب الوسواس القهري التشخيصية في مرحلة من مراحل حياته. (هولاند، مترجم ، 2006، ص213) مما سبق يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الآتي:
ما مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة؟ وكذلك مدى إستمراريته - إن وجدت له فاعلية - إلى ما بعد فترة المتابعة.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

الهدف الأساسي للدراسة الحالية هو أنها تبين مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة، وكذلك مدى إستمراريته - إن وجدت له فاعلية - إلى ما بعد فترة المتابعة.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تبدو أهمية الدراسة في أنها تسهم في التعامل مع مشكلة حيوية، وواقعية، هي اضطراب العصاب القهري، لدى عينة من طالبات الجامعة . وكذلك تصميم برنامج قائم على العلاج النفسي الديني لعلاج تلك المشكلة. هذا على المستوى النظري، أما على المستوى التطبيقي، فتبدو أهمية الدراسة في أنها تمثل محاولة للتحقق الإجمالي من مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات المرحلة الجامعية، مساهمة في الأخذ بأيديهن لاكتساب بعض مهارات التوافق النفسي والاجتماعي.

خامساً: مصطلحات الدراسة:

وتتبلور مصطلحات الدراسة الحالية على النحو التالي:

1- العلاج النفسي الديني: Religion Psychological Psychotherapy

الإرشاد والعلاج النفسي الديني هو مجموعة من الخدمات التخصصية التي يقدمها مختصون في علم النفس لأشخاص يعانون من سوء توافق نفسي أو شخصي أو اجتماعي بهدف مساعدتهم على تجنب الوقوع في مشكلات أو محن نفسية أو اجتماعية أو أسرية، وتقليل آثارها إذا وقعت ، وتزويدهم بالمعارف الدينية والعلمية والمهارات الفنية لتحسين توافقهم النفسي مع هذه الظروف استرشاداً بالعبادات والقيم الدينية ، مثل : التقوى، والتوكل ، والصبر ، والإيمان بالقضاء والقدر ، والدعاء ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى استغلال فنيات وأساليب نظريات الإرشاد النفسي بأنواعها كوسائل معينة من مساعدة المسترشد على تحقيق النمو الذاتي وتحمل المسؤولية الاجتماعية وتحقيق أهدافه المشروعة من الناحية الدينية في نطاق قدراته وإمكانياته.

وإجرائياً: يقتصر مفهوم العلاج النفسي الديني على الفنيات والأساليب المستخدمة⁽¹⁾ في البرنامج العلاجي الذي قام الباحثون بإعداده وتطبيقه على عينة من طالبات الجامعة، وهي: فنية وقف الأفكار - الاستغفار - فنية إعادة البناء المعرفي - فنية التعريض ومنع الاستجابة - فنية التحصين التدريجي - فنية صرف الانتباه - الطرق الاقتدائية - فنية لعب الدور - فنية قلب الدور. المناظرة والحوار - فنية التعزيز - فنية الاسترخاء والتدريب على التنفس - تقليل الحساسية التدريجي - الاعتراف بالذنب - فنية إعادة العزو - أسلوب المحاضرة والوعظ - أسلوب المناقشة الجماعية، الواجبات المنزلية.

الوسواس القهري : Obsessive Compulsive

"الوسواس obsessions هي: أفكار متسلطة، والقهر compulsion هو: سلوك جبري يظهر بقوة لدى المريض، ويلزمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته؛ رغم وعيه وتبصُّره بغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به." (زهران، 1999، ص 423) ويعتمد الباحثون على المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية[®] DSM IV .

إجرائياً: هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد على قائمة مودزلى للعصاب القهري Obsessional Moudsley Compulsive Inventory (MOCI)، ومقياس يل براون للوسواس القهري (YBOCS) ترجمة صفوت فرج وسعاد البشر، 2002.

سادساً: الإطار النظري

يتناول الإطار النظري للدراسة باديء ذي بدء "العلاج النفسي الديني" من خلال عدة زوايا، بداية بالتعريف وانتهاء بالتقييم، ومروراً بالمبادئ والمراحل وخطوات العلاج، يليه "اضطراب الوسواس القهري".

مفهوم الارشاد والعلاج النفسي الديني :

الإرشاد النفسي الديني عند صبحي (1980، ص 220) هو أحد المساعدات الإرشادية التي تستخدم كأداة للتغلب على العقبات التي تقف في سبيل التوافق النفسي، وتحقيق الحاجات النفسية والفسولوجية لدى الأفراد بصفة عامة، والشباب بصفة خاصة، وذلك عن طريق الإفادة من محتوى القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة كأحد المساهمات في تصحيح الأفكار والتصورات الخاطئة. فالإرشاد والعلاج النفسي الديني عند فهمي (1987، ص 36) هو أسلوب توجيه واستبصار يعتمد على معرفة الفرد لنفسه، ولربه، ولدينه، وللقيم والمبادئ الروحية والخلقية، وهذه المعرفة غير الدنيوية المتعددة الجوانب والأركان تعتبر مشعلاً يوجه الفرد في دنياه، ويزيده استبصاراً بنفسه، وبأعماله، وطرائق توافقه في حاضره ومستقبله. وقد أشار هذا التعريف إلى عمليتي التوافق والاستبصار كهدفين مهمين للإرشاد والعلاج النفسي الديني.

وعرّف زهران (1995، ص 377) الإرشاد والعلاج النفس الديني بأنه أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم، يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم الروحية والأخلاقية. عرّف عبد الحميد، وكفافي (1995، ص 3243) العلاج النفسي الديني بأنه علاج نفسي تدعيمي، يوفر نوعاً من الإرشاد الدعوي. لذا يرى الباحثون أنه من المدخل الصحيحة لتعريف العلاج النفسي الديني تناوله من مدخله الأوسع وهو: الإرشاد النفسي الديني، فالإرشاد أعم من العلاج، وينضوي العلاج النفسي الديني تحت عنوان أكبر وهو الإرشاد النفسي الديني. وهناك اتجاهان في تناول العلاج النفسي الديني، يسعى الاتجاه الأول إلى تحديد فنيات بعينها لتكون هي فنيات العلاج النفسي الديني والمميزة لهذا النوع من العلاج النفسي. بينما يرى الاتجاه الثاني

أن العلاج النفسي الديني له مبادئه وأسسها المميزة له ، والتي لا تمنع من الاستفادة بفنيات العلاج النفسي جميعها ، والتي تتفق وتلك المبادئ والأسس . وتتناول الدراسة فيما يلي مفهوم وأسس ومبادئ وأساليب وفنيات العلاج النفسي الديني .

وعرّف مرسى (1995، ص 68) الإرشاد والعلاج النفسي الديني الإسلامي بأنه عمليات تعلم وتعليم نفسي اجتماعي ، تتم في مواجهة Face to Face بين شخص متخصص في علم النفس الإرشادي (مرشد) ، وشخص آخر يقع عليه التوجيه والإرشاد (المسترشد)، ويستخدم فيه فنيات وتقنيات وأساليب فنية ومهنية ، ويهدف إلى مساعدة المسترشد على حل مشكلاته ومواجهتها بأساليب توافقية مباشرة ، ومعاونته على فهم نفسه ، ومعرفة قدراته وميوله وتشجيعه على الرضا بما قسم الله له ، وتدريبه على اتخاذ قراراته بمهدي من شرع الله حتى ينشأ عنده طلب الحلال بإرادته ، وترك الحرام بإرادته ، ويضع لنفسه أهدافاً واقعية مشروعة ، ويفيد من قدرته بأقصى وسعها في عمل ما ينفعه وينفع الآخرين ، ويجد تحقيق ذاته من فعل ما يرضي الله فينعم بالسعادة في الدنيا والآخرة.

وعرّف إبراهيم (1998، ص 26) الإرشاد والعلاج النفسي الديني بأنه عملية توجيه وإرشاد وعلاج وتربية وتعليم تتضمن تصحيح وتعديل تعلم سابق خطأ ، وهو إرشاد تدعيمي يقوم على استخدام القيم والمفاهيم الدينية والخلقية ، ويتناول فيه المرشد مع العميل موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ، وتعلم مهارات وقيم جديدة تعمل على وقاية وعلاج الفرد من الاضطرابات السلوكية والنفسية. ويرى الباحثون أن هذا التعريف يتضمن عدداً من النقاط المهمة، فقد أشار التعريف الى تصحيح وتغيير التعلّم السابق الخاطيء واستبداله بالتعلّم الصحيح وهو مبدأ مهم من مبادئ النظرية السلوكية والعلاج المعرفي السلوكي، كما أشار التعريف إلى العلاج التدعيمي كأحد الاتجاهات العلاجية الحديثة، فضلاً عن اشارة التعريف الى الاستبصار والوقاية كنقاط مهمة مميزة للإرشاد والعلاج النفسي الديني، فالإرشاد وقاية، والعلاج يهدف إلى الاستبصار. وبهذا المعنى يكون تعريف إبراهيم (1998) قد أضاف إلى تعريف صبحي (1980) وصفاً لعملية الإرشاد النفسي الديني من حيث : كيف تتم ؟ وأهميتها في وقاية الفرد من الاضطرابات السلوكية والنفسية.

وعرّف خضر (2000، ص 220) الإرشاد النفسي الديني بأنه محاولة مساعدة الفرد لاستخدام المعطيات الدينية للوصول إلى حالة من التوافق تسمح له بالقدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة ، و ترى ياركندى (2003 ، ص 156) أن الإرشاد النفسي الديني هو استخدام مبادئ وأحكام الدين في توجيه سلوك الأفراد بحيث يتفق مع هذه المبادئ والأحكام، بينما عرّف الأميري (2004 ، ص 363) الإرشاد النفسي الديني بأنه مجموعة من الأساليب والمعارف والخدمات يقدمها أخصائيو الإرشاد معتمدين على القرآن والسنة ؛ بهدف تحقيق الصحة النفسية.

ويعرّف الحبيب (2005، ص 12) الإرشاد النفسي الديني بأنه طريقة من الطرق الإرشادية التي تستخدم فنيات الدين وقيمته ومفاهيمه في إصلاح عيوب النفس وإرجاعها إلى فطرتها السليمة التي فطرها الله عليها ، في حين يرى المهدي (2005) أن الإرشاد النفسي الديني هو إرشاد روحي بمعناه الغيبي غير المحسوس بالإضافة إلى الاهتمام الملحوظ بالعلاج النفسي الذي أخضع للدراسة على صعيد العلم والتجربة أحياناً ، وبذلك يجمع بين الأخذ بالأسباب واللجوء إلى خالقها ، لقوله [تعالى]: " وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ " (سورة الشعراء ، آية رقم 80).

كما عرّف ليهي (2006 ، ص 93) العلاج النفسي الديني بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية وروحية وأخلاقية بهدف تصحيح وتغيير الأفكار المشوهة ، والتصورات المختلفة وظيفياً لدى الفرد في أمور الحياة كلها، ومساعدته على تحمل مشاق الحياة ، وبيعث الأمن والطمأنينة في النفس ، وراحة البال ويغمره الشعور بالسعادة .

كل هذه التعريفات عرضت للإرشاد والعلاج النفسي الديني كعملية لها أهدافها وفتياتها ومبادئها ومراحلها، ولكن لم تحدد أي الأديان ، ولذلك يقصد الباحثون بالإرشاد النفسي الديني الإرشاد النفسي الديني الإسلامي؛ لأن الإرشاد النفسي الديني يشتمل على كل الرسائل السماوية، حيث أعطى الدين الإسلامي تصوراً كاملاً عن النفس الإنسانية في صحتها ومرضاها ، كما أنه الرسالة الخاتمة ، التي جاءت لتتناسب كل زمان ومكان وللإنسانية عامة. ويتضح من العرض السابق لمفهوم الإرشاد النفسي الديني من المنظور الإسلامي أنه ركز على أنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الحديث يستمد أساسياته وفتياته من الإسلام ، وأنه ذو فعالية في تخفيف الاضطرابات النفسية ، الأمر الذي يسهم في تحقيق الاتزان الروحي والاستقرار النفسي في نهاية المطاف. ويرى الباحثون أن العلاج النفسي الديني هو أحد أنواع العلاج النفسي المحددة المبادئ، والمفاهيم، والأسس، والخطوات، والفتيات التي تهتم بتوجيه المريض إلى الاهتمام بعلاج الاضطراب الذي يعاني منه وفق المفاهيم الدينية الصحيحة، والأفكار السليمة التي تساعد على التوافق النفسي، والاجتماعي، والروحي.

الفرق بين الإرشاد النفسي الديني والوعظ الديني :

الوعظ الديني يكون التعليم والتوجيه من جانب واحد وهو الواعظ ويكون غالباً في دور العبادة أو في البرامج الدينية ويهدف إلى توصيل المعلومات الدينية المنظمة، أما الإرشاد النفسي الديني فهو عملية يشترك فيها المرشد والعميل والمرشد يتناول مع العميل موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويشتركان معا في عملية تعلم واكتساب اتجاهات وقيم، والعميل يلجأ إلى الله بالدعاء مبتغياً رحمته ، مستغفراً إياه ذاكراً صابراً علي كل حال ،متوكلاً علي الله مفوضاً أمره إليه (حامد زهران ، 2002 ، ص 359).

أهمية الإرشاد والعلاج النفسي الديني :

يرى موسى (1993 ، ص 556) أهمية الإرشاد النفسي الديني في أثر سيكولوجية الدين في علاج الاضطرابات النفسية باختلاف أنواعها، الأمر الذي يدعم الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي الديني وفعاليتها في علاج الاضطرابات، ويعد بمثابة إضافة جديدة للتراث السيكولوجي .

وإن من أبرز الوظائف التي يؤديها الدين للفرد والجماعة تحقيق الاستقرار النفسي ، فحينما يصاب الأفراد بالتمزق النفسي، والصراعات الداخلية، يحقق لهم الدين توازناً نفسياً عن طريق ما يسوقه من علاج نفسي. ويؤدي الدين دوراً إيجابياً في الوقاية من أعراض الاضطرابات النفسية لدى المراهقين ؛ نظراً لارتباط ارتفاع مستوى التدين بالكثير من الجوانب الإيجابية لدى الأفراد ، فيؤدي إلى صحة نفسية أفضل وقدرة أكبر على مجابهة الأمراض، والتغلب على آثارها السلبية، وسرعة الشفاء من الأعراض النفسية، والقدرة على تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة القاسية. ويؤدي الشعور الديني إلى الإحساس بالسعادة والرضا والقناعة والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره ، الذي يعين الفرد على مواجهة الضغوط ، ويمنح الثقة والقوة لمواجهة التحديات والأزمات التي تعترضه في مجرى حياته ، فيكون الملاذ وقت الشدة ، الذي يشعره بالأمان وعدم الخوف والتشاؤم ، وهذا يتحقق للفرد من خلال : الدعاء ، والصلاة، والشكر مما يوفر له أسمى صور الدعم والطمأنينة، (فايد ، 2005 ، ص 112) ، قال تعالي (الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب) سورة الرعد ، آية: 28. فالإرشاد والعلاج النفسي الفعال هو الذي يرتبط بثقافة المجتمعات ويتفق مع معتقداتها وقيمها، ويساند نظرة الإنسان فيها إلى الحياة ، وعلى المرشد أو المعالج النفسي أن يكون واعياً بخصوصيات ثقافة المسترشد حتى يرشده ويعالجه في إطارها (باترسون ، 1990 ، ص 120)

أسس ومبادئ العلاج النفسي الديني:

يقوم الإرشاد والعلاج النفسي الديني على أسس عامة تتمثل في عدد من المسلمات والمبادئ التي تتعلق بالسلوك البشري والعميل وعملية الإرشاد ، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسي ، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية ومطالب النمو ، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بمحاجات الفرد والمجتمع ، وعلى أسس فسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس ، ويقوم الإرشاد النفسي الديني على أسس ومبادئ ومفاهيم دينية روحية وأخلاقية (زهرا ، 1990 ، ص302) ويسعى علم النفس الديني إلى التأصيل الديني للإرشاد والعلاج النفسي من خلال تأسيس الإرشاد النفسي على أسس ومنطلقات وممارسات دينية تجعل الإرشاد النفسي أكثر كفاءة عند الأفراد في وقايتهم من الاضطرابات النفسية ومساعدتهم على استعادة الصحة النفسية (مرسي ، 1995، ص110).

يقوم علي معرفة الفرد بأن الله هو الخالق ولا خالق غيره كما في قوله تعالي (ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير) سورة الملك ، آية: 14 .

ويمكن تلخيص مبادئ الإرشاد النفسي الديني فيما يلي :

1- المناقشة الدينية القائمة على النظرة الموضوعية للأفكار واحترام حرية الفرد في التفكير، و يعد الإرشاد النفسي الديني إرشاداً بنائياً وموجهاً نحو المشكلات النفسية .

2- يقوم على نموذج تربوي ؛ حيث إنه في طريقته لإرشاد الأفراد ذوي المشكلات النفسية يولي اهتماماً أكثر لعملية التعلم بجانب عملية التفاعل ، فالجلسة تبدأ بمادة تعليمية دينية ونفسية يلقيها المرشد مع الحرص على إعطاء مفاهيم وتصورات صحيحة للمبادئ والقيم الإسلامية ، كما يتم التعليم أيضاً من خلال القدوة . يقوم على التركيز على " الهنا والآن " على اعتبار أن القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة موجودان في " الهنا والآن " .

3- تعتمد فنيات الإرشاد والعلاج النفسي الديني على الفهم الصحيح للعبادات الدينية و ممارسة الرياضة الروحية (المهدي ، 2005، 379) . بينما تشير ياركندي (2003، 60 - 61) إلى أن الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي في ضوء الإسلام ، تتمثل في : قابلية السلوك للتعديل ، والجوانب العقلية تعد جزءاً مهماً في تعديل السلوك، وتصرفات الإنسان تقوم على أساس من الوعي والشعور بها ، والمسئولية فردية وجماعية ، والإرشاد والعلاج يكون بدافع من الشخص نفسه ، وإقرار مبدأ الفروق الفردية ، الإرشاد والعلاج علم ثم عمل ، واختيارية القرار وحرية التصرف ، واختلاف طرائق الإرشاد والعلاج باختلاف الموقف وحالة الفرد . وتضيف علام و شاكر (2002 ، ص 321) أن العلاج النفسي الديني ينطلق من عدة منطلقات منها أن الإنسان مولود علي الفطرة ، والبيئة التي نشأ بها هي التي تشكله ، والفطرة الإسلامية خيرة ، وان الإنسان أفضل المخلوقات وأكرمها لأنه يفكر ، وأن الإنسان مهياً لبلوغ أعلي درجات الكمال، وأنه يحمل معه عنصر الضعف ، و قد يتعرض للخطيئة والمرض النفسي أثناء حياته.

فنيات الإرشاد والعلاج النفسي الديني:

يشير إبراهيم (1998 ، ص32) إلى أنه لا توجد فنيات محددة للإرشاد والعلاج النفسي الديني ، ولكن المرشد

النفسي يستخدم الفنيات التي يتميز بها الإرشاد النفسي الديني أو الموجودة في الإرشاد الديني Secular Counseling

فهو يستخدم العلاج التحليلي ، والسلوكي ، والمعرفي ، والديني. فالعلاج النفسي الديني Religious Psychological

Psychotherapy علاج شامل لاتجاهات واستراتيجيات علاجية أخرى كثيرة ، حيث يظهر له جانب تحليلي يبرز كيفية

تناوله وتحليله لأسباب وأعراض الاضطراب النفسي لدى الشخص ، مثل ما يقوم به المعالج النفسي الديني أثناء المقابلة العلاجية في الكشف عن مكبوتات اللاشعور ، وتعرفها وإخراجها إلى حيز شعور العميل لعلاجها ، كما يحدد المعالج النمو الديني والقيم المؤثرة على العميل ، وكيفية الاستفادة منها في عملية العلاج ، بالإضافة إلى امتلاكه جانباً إنسانياً يبرز في تعامله مع الإنسان كوحدة كلية شاملة ، وفي نظريته لصاحب الإرادة القوية والعقيدة الصحيحة على أنه مسئول عن اختياراته وأفعاله وأقواله ، مما يجعله متمتعاً بالتوافق والصحة النفسية ، بالإضافة إلى الجانب المعرفي المتمثل في تناول العمليات المعرفية العقلية وآليات التفكير الشامل ، أما الجانب السلوكي في العلاج النفسي الديني فيتمثل في استخدامه مبادئ وقوانين التعلم، وتعديل السلوك لمساعدته على التغلب على اضطراباته النفسية ، بالإضافة إلى أساليب الترغيب والترهيب من وسائل الثواب والعقاب (الزهراني، 2000، ص 69).

ويرى سالم (2006، ص 130 - 131) أنه توجد العديد من الفنيات الخاصة بالعلاج النفسي الديني التي لها أثر فعال في علاج النفس الإنسانية من اضطراباتها المختلفة ، وهذه الفنيات تستمد منهجها وإجراءاتها من الكتاب والسنة ، وهي عديدة ومتنوعة ، وتتناول العلاج بالتوحيد ، والأدعية ، والأذكار ، والاستغفار ، والصبر ، والصلاة ، والتخيل ، والاسترخاء ، والأضداد ، وتلك الفنيات يمكن اعتبارها فنيات معرفية سلوكية لأنها تركز على أفكار المريض ، واتجاهاته المرضية المختلفة وظيفياً ، وتمده بالمهارات التي تساعد على ممارسة السلوكيات التوافقية. ويشير ورثنتون (1989,p. 596 Worthington (597) إلى أن اختيار المعالج أو المرشد النفسي للفنيات في عملية الإرشاد النفسي الديني يتوقف على شروط مهمة ، وهي:

- 1 - أن يعرف المرشد أن استخدام أي فنية علاجية إنما تساعد في تحقيق التعزيز الإيجابي للناحية الدينية للعميل.
- 2- أن يستخدم المرشد الفنيات الموجودة في الدين الذي يؤمن به ، بالإضافة إلى الفنيات الأخرى ، مثل: فنيات التحليل النفسي ، أو السلوكية ، أو المعرفية ، أو الوجودية وغيرها.
- 3- الاندماج الديني **Religious Involvement** أي المشاركة الدينية بين المعالج والعميل التي تؤدي إلى العلاقة القوية وإزالة الفوارق بينهما.

وأساليب العلاج الديني هي الأساليب الإيمانية مثل محاسبة النفس ، والتوبة ، والإنابة ، والرجوع إلى الله ، والدعاء ، والذكر ، والعبادات ، وقد أورد ابن القيم الكثير من هذه الجوانب في كتبه ، مثل : مدارج السالكين ، والوابل الصيب من الكلم الطيب ، وإغاثة اللفهان ، وطريق المهجرتين وباب السعادتين ، والجواب الكافي، والطب النبوي ، وغيرها (الشناوي ، 1999 ، ص 76) وتهدف التربية والصحة النفسية بصفة عامة في ضوء مجتمعنا العربي الإسلامي إلى تنمية الإنسان العربي المسلم الصالح وأن يعيش في رضا مع نفسه والعالم المحيط به ، ويشعر بالسعادة والتوافق النفسي ويتعد عن الوسواس المدمرة والأفكار المستهجنة ، ولن يبحث ذلك إلا بقرب العبد من ربه . ويرى فهمي (1987، ص 37) أن محاولات صياغة الكثير من القواعد والمبادئ الدينية في قوالب نفسية هي الطريق لإنقاذ البشرية .

وحتى يستطيع المرشد أن يقوم بتنفيذ البرنامج الإرشادي الديني لابد أن تتوفر فيه عدة شروط من بينها الإيمان بالله وان يكون ذا بصيرة نافذة وقدرة علي الإقناع والإيحاء والمشاركة الانفعالية ، وإتباع تعاليم دينه ، واحترام الأديان الأخرى (إجلال سري ، 1990، ص 134)

الإرشاد النفسي الديني الوقائي :

يولي المرشد النفسي الديني إلى الاهتمام الكبير بالتحصين الوقائي الديني حتى يحقق التوافق النفسي والبعد عن الوقوع في الاضطرابات النفسية . وقد أشار عبد الواحد (1970 ،ص35) إلى عدة خطوات للوقاية من الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية منها :

أولاً : التربية الدينية وتتضمن عدة أعمال منها الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر خيره وشره ، وحب الله وحب الرسول . صلي الله عليه وسلم . وتقوي الله في السر والعلانية ، والشكر لله وحمده علي نعمه .

ثانياً : السلوك الديني ويتضمن عبادة الله حق عبادته ، والإخلاص لله ، والشعور بالمسؤولية وخاصة مسؤولية الاختيار لان الإنسان ميره المولي عز وجل بنعمة العقل عن باقي المخلوقات ، والبعد عن الحرام . وأشار سعيد (1998، ص139.101) إلى أنه يمكن استخدام أساليب تربوية مجابية في تنمية الشخصية السوية والابتعاد عن الوسواس القهري منها استخدام الثواب والعقاب واستخدام الحكايات الدينية المؤثرة ، وأضاف الأحمـد (1999، ص84 . 102) في دراسته انه يمكن تحقيق الصحة النفسية من المنظور الديني من خلال العبودية لله وحده لا شريك له ، والوسطية والبركة والذكر والصدق والطمأنينة والرضا والتعاون والتكامل والتفائل والرغبة في الآخرة، وأضاف الزبادي والخطيب (2001، ص139 . 140) السلوك الأخلاقي ويشمل الاستقامة ، وإصلاح النفس ، وتزكية النفس ، وضبط النفس ، الصدق، والتواضع والأمانة ومعاشرة الأخيار والكلام الحسن واحترام الغير والإصلاح بين الناس وحسن الظن والاعتدال والإيثار والسلام والتحية والضمير الحي ، وتضيف الكحيمي وآخرون (2003 ، ص 361 . 352) أنه يمكن تدعيم السلوكيات السوية للإنسان من خلال الاستناد علي عدة دعائم إسلامية هي عقيدة التوحيد والإيمان بالقدر خيره وشره واستخدام الثواب والعقاب بشكله السوي ، واستغلال شعور الفرد بالإثم والخطيئة في التقرب للخالق عز وجل ، وتكوين الإرادة الحيرة .

ويري الباحثون أن كل هذه الخطوات يمكن أن تنمي الصحة النفسية وتبعد الإنسان عن التوتر والكدر والضيق والمرض النفسي والعضوي أيضا .

طرق العلاج النفسي الديني

1 . الطرق الاقتدائية في القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة المثل الرائع علي ما يجب علينا الاقتداء به ، والاقتداء بالمربي له أثره البالغ فيما يعلمه للأبناء ، وتشير علام و شاكر(2002 ،ص324) أن الاقتداء بطريقة علاجية تعليمية حيث يكتسب الفرد منها المهارات الاجتماعية وان كثير من الاستجابات والاضطرابات الانفعالية يمكن أن تعدل وان التفكير المنظم يمكن تعلمه من خلال التعامل مع الآخرين .

2 . الطرق الوعظية وهي تعتمد علي أسلوب النصح والإرشاد والترغيب والترهيب .

3 . الطرق العقلانية الانفعالية وتتمثل في إدخال المنطق والعقل للتعرف على الأفكار غير العقلانية بطريقة موجهة مباشرة وغير مباشرة .

4 . المناظرة والحوار و الإقناع المنطقي وتتم من خلال الحوار و المناقشة حول موضوع معين ينتهي بإقناع الطرف الآخر بالابتعاد عن التفكير غير المنطقي .

5 . تقليل الحساسية التدريجي وذلك باستخدام مدرجات السلوك بدءا من المواقف الأقل إثارة إلى المواقف الأشد إثارة .

خطوات الإرشاد النفسي الديني :

1. الاعتراف بالذنب : حيث أن نقطة البداية في العلاج النفسي الديني هو الإثم والشعور بالخطيئة ، وهو محور العصاب ، وتسمي بنظرية الخطيئة في العصاب ، والعلاج هنا ينصب علي تخفيف حدة مشاعر الذنب والخطيئة التي تنجم عن ارتكاب خطأ انتهك الشخص فيه مبادئ الخلق والدين ، عن طريق مساعدة العميل علي الاعتراف بذنوبه وآثامه ، والاعتراف يتضمن شكوى النفس من النفس طلبا للخلاص وللعفوان وهنا يحدث التنفيس الانفعالي وتخف حدة التوتر ويعيد إليها طمأنينتها، لأنها نوع من التفرغ للطاقت الانفعالية الضاغطة عليها، ولذا نجد فيها نوعا من التسكين لمشاعر الإثم التي تهدد الإنسان المخطف، ويدعم ذلك فهمي (1987 ، ص 39) الذي أشار إلي أن هناك صنف من البشر عندما يعترفون بذنوبهم تعود النفس إلي اتزانها وطمأنينتها .

2. التوبة والتكفير: فنظرا لأن الاعتراف وحده غير كاف للشفاء لذلك يجب أن يتبعه أو يصاحبه التكفير عن الإثم أو الرجوع إلي الفضيلة لأن التوبة هي الطريق إلي الغفران، وإذا كان التعزيز في عمليات التعلم يؤدي إلي تثبيت وتقوية الاستجابة المتعلمة فان التوبة والتكفير في العلاج الديني يدعم تطهير النفس ، قال تعالي (قل يا عبادي الذين أسرفوا علي أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا انه هو الغفور الرحيم) سورة الزمر ، آية : 53 . ومهما أذنب العبد وكثرت ذنوبه فإن باب التوبة مفتوح له ، والتوبة هي الخطوة الحاسمة في محاولة الاستقامة والسير علي هدي الله تعالي والبعد عن الجحوش والانحراف وهي الباب الواسع الذي فتحه الله لعباده علي مصراعيه لرجوع المذنبين وتوبة العصاة والجانحين دون إبطاء أو تردد (شقيبيل ، 2000 ، ص 74)، ولذا فالتوبة تفتح أبواب الأمل والنظر إلي الحياة بنظرة متفائلة بدلا من الشك والهواجس ، ومن خلالها يتقبل الفرد ذاته بدلا من إعلان الحرب عليها باستمرار بالتفكير المستمر في أشياء وهواجس ليس لها واقع ، وتجعله يتحرر من الشعور بالذنب ، ودور المعالج هنا يقوم بالاستماع إلي العميل ويعرفه سبب ونتيجة هذه الأفكار ويعطي له دلائل من القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة (الاستبصار النفسي) قال تعالي (إنما التوبة علي الله للذين يعملون السوء بجهالة ثم يتوبون من قريب فأولئك يتوب الله عليهم وكان الله عليهما حكيما) سورة النساء ، آية : 17 .

3. تكوين ذات اجتماعية جديدة :إن الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري نتيجة لسيطرة أفكار وأفعال غير مقبولة عليه فإنه يشعر بأنه غير مقبول اجتماعيا من العالم المحيط به ، ولكنه لا يستطيع إرضاءهم لأنه مقهور، وهذه الخطوة تقوم علي بث مشاعر الطمأنينة والثقة بالنفس واحترامه لذاته واحترام الآخرين له كل ذلك من شأنه أن يولد لديه أفكارا سليمة، ويجتهد في التخلص عن الوسواس التي تجلب عليه الشقاء .

4. تكوين مجموعة من الاتجاهات والقيم لدي العميل :وتتم هذه الخطوة عندما يستطيع المعالج تعديل فكرة الشخص عن نفسه ، وجعلها مركزا لخبرات إدراكية وانفعالية جديدة. ويذكر فهمي (1987 ، ص 41) عدة اتجاهات وقيم تساعد علي العلاج من وسواسه القهري مثل :القدرة علي الصمود ، القدرة علي العمل والإنتاج ، والقدرة علي تقبل الذات وذوات الآخرين واتخاذ أهداف واقعية، والقدرة علي ضبط الذات وتحمل المسؤولية، والقدرة علي تكوين علاقات مبنية علي الثقة المتبادلة، والقدرة عل بالتضحية وخدمة الآخرين والشعور بالسعادة .

5. أهمية الفحص الطبي :لأن الصحة الجسمية تؤثر وتتأثر بالوسواس القهري فعندما يعاني الشخص من مرض عضوي أو يعاني من أي إعاقة ما فإن ذلك يولد لديه مشاعر بالنقص ويجعله يفكر في مرضه أو إعاقته ويكون لديه القابلية أو الاستعداد أو الاستهداف بتوليد أفكار قد تكون في بدايتها واقعية وأحيانا تأخذها إلي عالم الخيال والمبالغة ، وسرعان ما تتحول إلي فكرة

قهرية لا يستطيع البعد عنها، وقد تتحول الفكرة إلى سلوك، ولذا لا بد من إجراء فحص طبي على المريض أثناء عملية العلاج حتى يتم تقديم العلاج الطبي المناسب له.

تقييم الإرشاد والعلاج النفسي الديني :

لم يلق الإرشاد والعلاج النفسي الديني الإسلامي اهتماماً مقارنة بالدراسات الأجنبية في هذا المجال، غير أنه قد أثبتت الدراسات في السنوات العشر الأخيرة أن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي الديني قد نجح في تعديل وتغيير الكثير من السلوكيات، وإسداء برامج نفسية تسهم في التوافق النفسي والاجتماعي، ومن بين النقاط التي لا تزال موضع تطوير وتحسين الفنيات العلاجية التي تميز الإرشاد والعلاج النفسي الديني وفي هذا الإطار توجهين: الأول يحرص على أن تكون هناك فنيات خاصة بالإرشاد والعلاج النفسي الديني، والتوجه الثاني هو الاستفادة من كل فنيات العلاج النفسي ما لم تتعارض مع مبادئ ومسلمات وخطوات العلاج النفسي الديني، وصبغها بالصبغة النفسية الدينية وهو ما اختاره الباحثون في هذه الدراسة. وستناول فيما يلي مفهوم وأشكال وتشخيص ومسار اضطراب الوسواس القهري.

مفهوم الوسواس القهري

ورد في لسان العرب (1990): "وسوس" الشيطان إليه، وله، وفي صدره؛ وسوسة، ووسواساً أى: حدّته بما لا نفع فيه ولا خير. ويقال: وسّست له نفسه. ووسوس أى: تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه، ووسوس: بمعنى اعترته الوسواس، ووسوس: أى همس. الوسواس وهو الشيطان، والوسوسة هي: حديث النفس. (ابن منظور، 1990، مجلد 11، ص 670) والقهر في اللغة العربية من قهره قهراً: أى غلبه. ويقال: أخذهم قهراً: من غير رضاهم، وفعله قهراً: بغير رضا. وأقهر الرجال: صار أمره إلى القهر والقهرة بضم القاف، يقال: أخذت فلاناً قهراً: اضطراراً. (مجمع اللغة العربية، المعجم الوجيز، 1998، ص 218) ويعرف المعجم الوسيط الوسوسة بأنها "حديث النفس بما لا نفع فيه ولا خير"، والقهر هو "الإتيان بالفعل بغير رضي"، فيقال "أخذهم قهراً يعني من غير رضاهم" (المعجم الوسيط، 1990، ج 2، ص 1033، ص 764) ومن ذلك يتضح أن الوسواس والفعل القهري في اللغة العربية يعني حديث النفس أو حديث الشيطان بما لانفع فيه ولا خير أى يتسبب للإنسان في الضيق والحق والزجر، حتى يصير أمره قهراً أى مغلوباً عليه غير راض عنه، ويعتبر هذا أحد أهم محكات تشخيص اضطراب العصاب القهري في التصنيفات الحديثة المعمول بها لمنظمة الصحة العالمية وجمعية الطب النفسي الأمريكية.

وعلى الرغم من كون القهر والغلبة تأتي من طرف خارجي إلا أن هذا لا يمنع أن يكون القهر داخلياً نابعاً من الذات على النحو الذي يحدث في الوسواس المقتحمة. وفي اللغة الإنجليزية نجد لفظ الوسواس بالإنجليزية: Obsession، وقد اشتقت من الكلمة اللاتينية Obsidere، وتعني يحاصر أو يحيط بـ Besiege. (عبد الخالق، 2002، ص 36) ومن ذلك يتضح اتفاق اللغة العربية واللغة الإنجليزية على إيراد معنى الوسواس والفعل القهري بمعنى الشيء الذي يضايق الإنسان ويحاصره حتى يتسبب له في أداء أمور لا يرضى عنها، وهو ما دعا فضة (1989، ص 124) إلى تسميته بالعصاب القهري؛ ذلك أن الخاصية الأساسية في هذا العصاب هي القهر سواء أكان قهر المريض لأفكار معينة أم لأفعال حركية خاصة. ويتم تناول مرض الوسواس والأفعال القهرية تحت مصطلح عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis كما تناوله كتب علم النفس الإكلينيكية، وتحت مصطلح اضطراب الوسواس والأفعال القهرية Obsessive Compulsive Disorder كما تناوله كتب الطب النفسي، وهو في الحالتين يتناول الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية في زملة واحدة.

ويذكر فضة (1989، ص 124) أن كتب الطب النفسي وعلم النفس الكلينيكي استقرت على تناول هذه الزملة تحت عنوان العصاب الوسواسي القهري، بعدما كانت التسمية الأولى العصاب الحصارى أى الأفكار والعصاب القهري أى الأفعال،

بينما وجد في النهاية أن مصطلح العصاب القهري يضم الأفكار والأفعال القهرية وهو ما تبنته الدراسة الحالية. وفي معجم علم النفس والطب النفسي يعرف عبد الحميد وكفاني (1989، ص692) الوسواس على أنه: اضطراب عقلي يتميز بنزعة لا يمكن السيطرة عليها لأداء أفعال نمطية غير عقلانية، فالوسواس هي فكرة أو صورة أو نزعة تتداخل علي نحو متسلط ومثابر في وعي الفرد ضد إرادته وتسيطر علي الوعي أو الشعور بحيث تعطل وتعوق الحياة الاجتماعية.

ويشير الباحثون الى أن هذا التعريف قد جانبه الصواب الى حد بعيد فالوسواس القهري اضطرابا نفسيا وليس عقليا فهو عصاب نفسي ولا يقع في دائرة الذهان. ويقدم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV® تمييزاً واضحاً بين اضطراب الوسواس القهري، واضطراب السلوك القهري؛ واللذان يجملان المسمى العام لاضطراب الوسواس القهري. (APA, 1994, p.421).

فالوسواس هي: أفكار ودفعات متواترة ومعاندة، أو صور عقلية يجربها الشخص في بعض الأوقات أثناء الاضطراب بوصفها مقتحمة وغير ملائمة، وتؤدي إلى كدر وقلق ملحوظ وهي لا تعد مجرد انشغال متزايد بمشكلات الحياة الحقيقية، ويحاول الشخص تجاهل هذه الأفكار والدفعات والصور أو تحييدها أو كبتها من خلال أفكار أو أفعال أخرى، ويعرف الشخص أن هذه الأفكار الوسواسية والصور نتاج عقله.

أما الأفعال أو السلوكيات القهرية فهي عبارة عن: أنماط سلوكية تكرارية (مثل: غسل اليدين، الترتيب، والمراجعة) أو أفعال عقلية (مثل: الصلاة، والعد، وتكرار كلمات في صمت) يشعر الشخص أنه مجبر على القيام بها استجابة للوسواس، أو وفقا لقواعد يتعين عليه تطبيقها بشكل صارم. ويهدف السلوك وكذلك الأفعال العقلية لمنع كارثة أو الإقلال من تأثيرها، أو لمنع وقوع حدث أو موقف مرعب، بالرغم من عدم وجود أية علاقة واقعية بين هذه الأشكال السلوكية وهذا الأداء العقلي وبين هذا الحدث أو الموقف (APA, 1994, P:422 - 423) وتسبب الوسواس والأفعال القهرية كدراً ملحوظاً لصاحبها، كما أنها مضيعة للوقت، وهي تعوق الحياة السوية للشخص في عمله أو دراسته أو أنشطته الاجتماعية أو علاقاته.

وفي المعجم الموسوعي في علم النفس: الوسواس: هي فكرة أو عاطفة تفرض نفسها تلقائياً علي الشعور، لا يفلح المرء في أن يتخلص منها. والوسواس هي أفكار مقتحمة، وغير مرغوب فيها، وكذلك هي صور ذهنية ودفعات أو مزيج منها، وهي عموماً مقاومة وتتصف أيضاً بكونها داخلية المنشأ. بينما الأفعال القهرية تتسم بالتكرار وتبدو في صورة سلوك عرضي وهي تمارس أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عموماً، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلي الرغم من مقاومتها، فإن هذه السلوكيات تمارس بشكل نشط من جانب الشخص. (ليندزاي، وبول، 2000، ص60-61).

ويصيب اضطراب الوسواس القهري حوالي 3% من الناس ويحدث في صورة أعمال وسواسية مثل النظافة والاغتسال والعد وغير ذلك من الطقوس وأفكار وسواسية في قضايا وأمور لا قيمة لها، أو مخاوف وسواسية، ويتميز اضطراب الشخصية الوسواسية بالحرص على الدقة والنظام بصورة مبالغ فيها وهو أحد أنواع اضطراب الشخصية. وتعرف العطية (2002، ص36) اضطراب الوسواس القهري بأنه أحد اضطرابات القلق، لأن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محاولة من جانب الفرد للتحكم في القلق، ويتصف ذوو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة الى الكمال والخلو من النقص والعيب وفعل الشيء كما ينبغي.

ويتضح من خلال التعريفات السابقة أنه لا يوجد اختلاف بين الباحثين فيما يتعلق بتحديد مفهوم الوسواس القهري، أو على الأقل فإن قصد كل باحث أن يبرز ناحية أو أكثر من تعريفه للوسواس القهري كما يلي:

- وجود وسواس في شكل صور، أو أفكار، أو تخيلات، أو اندفاعات أو أفعال قهرية استحواذية في هيئة أفعال حركية جامدة، ومستمرة تستغرق الكثير من الوقت والجهد وتسبب المزيد من الأسى والقلق النفسي.

- يحاول المريض جاهداً تخفيف حدة القلق والتوتر عن طريق القيام بالأفعال القهرية، ومن ثم يدور في دائرة مفرغة من القلق والتوتر، لا يستطيع التخلص أو الفكك منها.
- معرفة المريض التامة بعدم منطوية هذه الأفكار.
- يمتد أثر الوسواس القهرية على حياة الفرد ككل فيعزله عن المجتمع ويحصره في نطاق ضيق.

نشأة وتفسير العصاب القهري:

تباين وجهات النظر بشأن تكوين العصاب القهري ونشأته، فيذهب فريق من علماء النفس إلى أن العصاب القهري يرجع إلى أسباب وراثية أو جبلية، ويذهب فريق آخر إلى أنه يرجع إلى عوامل بيئية تعمل على تعلم الفرد لهذه المسالك القهرية، وينتمي إلى هذا الفريق كل من السلوكيين التقليديين، والسلوكيين الجدد "تعديل السلوك"، ويذهب فريق ثالث إلى أن نشأة العصاب القهري ترجع إلى عوامل وراثية أو جبلية من ناحية، وهي تمثل الاستعداد للمرض، وإلى عوامل بيئية واجتماعية من ناحية أخرى وهي التي تسبب تفجر الأعراض.

معدل انتشار الوسواس القهرية :

تعددت نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت معدل انتشار اضطراب الوسواس القهرية إذ قدرت نسبة الانتشار للوسواس القهري 0.05% بين عامة الناس، ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعاً من هذه النسبة، وأن طبيعة التكتم لدى هؤلاء المرضى هي سبب نقص معدل الانتشار وهم يمثلون 1% من مرضى العيادات النفسية، ويرجع نقص معدل الانتشار أيضاً إلى خوفهم من الإقلاع عن القيام ببعض الطقوس التي من شأنها أن تخفف من حدة الكدر والتوتر اللذين يعانون منهما نتيجة لأفكارهم الوسواسية، أو الطقوس التي تمنع حدوث كارثة أو كرب معين يتوقعون حدوثه إن لم يقوموا بها ولهذا يفضلون الابتعاد عن العيادات النفسية والبقاء على ما هم عليه (البشر، وفرج، 2002، ص 208) والآن أصبح اضطراب الوسواس القهري أكثر انتشاراً مما كان يقدر عليه سابقاً، ومن الممكن أن يكون مرضاً مضمناً لكل من الأطفال والبالغين، ويقدر أن واحداً من كل 200 طفل، وأثنى من كل 100 راشد يظهر عليهم أعراض للوسواس القهري. (Bram & Theostur, 2004, P.305) يضيف كابن وسادوك أن معدل الانتشار بين المراهقين 3.75% وأن الذكور أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب عن الإناث "متوسط عمري 19 عام" والإناث "متوسط عمري 22 عام" وحوالي 3/2 مرضى الوسواس القهرية بدأت أعراضهم قبل سن 25 عاماً، وأقل من 15% لا تبدأ أعراضهم بعد سن 35 عاماً، وفي بعض الحالات يكون أكثر بداية في عمر عامين (Kaplan & Sadock, 1994, P.599)

تشخيص اضطراب الوسواس القهري:

من المحكات التشخيصية في التصنيف الدولي "المراجعة العاشرة" للأمراض النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية I.C.D- 10 : لتشخيص الأعراض الوسواسية أو الأفعال القهرية أو كليهما أنه يجب أن تكون الأعراض موجودة في معظم الأيام على الأقل أسبوعين متتاليين، وتكون مصدراً للضيق أو تتعارض مع الأنشطة، وينبغي أن يكون للأعراض الوسواسية السمات التالية: يجب أن يعرف مرضي الوسواس والأفعال القهرية أن لديهم أفكاراً أو اندفاعات، ويجب أن يكون هناك علي الأقل فكرة واحدة أو فعل واحد تتم مقاومته بطريقة غير ناجحة، علي الرغم من أنه قد تكون هناك أفكاراً أخرى لم يعد الفرد يقاومها. قد لا يكون التفكير في تنفيذ الفعل باعثاً علي السرور في حد ذاته (حيث لا تعتبر الراحة البسيطة من التوتر أو القلق بمثابة سعادة في هذا الصدد). عدم تكرار الأفكار أو التخيلات أو الاندفاعات بشكل غير سار. (ICD- 10 1992, p. 142) ومن أهم محكات التشخيص في ضوء الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية "DSM-IV" ما يلي:

(أ) الوسواس القهرية وتتضمن:

- 1- أفكار متكررة ومستمرة، واندفاعات، أو تخیلات یجرها الفرد فی أغلب الأوقات أثناء الاضطراب وتبدو مقحمة و غیر مناسبة وتسبب القلق والضيق والألم النفسي الواضح.
- 2- الأفكار، والاندفاعات أو التخیلات لا تسبب أي إزعاج أو انشغال زائد عن الحد بمشكلات الحياة اليومية.
- 3- محاولة الشخص المستمرة لتجاهل وقمع هذه الأفكار والاندفاعات والتخیلات أو إبطالها (تحييدها) ببعض الأفكار أو الأفعال والتصرفات الأخرى.
- 4- يعرف الشخص أن هذه الأفكار، الاندفاعات والتخیلات من نتاج عقله هو وليست مفروضة علیه من الخارج كما فی اقتحام الأفكار.

(ب) الأفعال القهرية وتتضمن:

- 1- سلوكيات متكررة ظاهرة مثل: (غسيل الأيدي- الترتيب- الفحص) أو تصرفات عقلية مثل: (العد- ترديد كلمات فی صمت) ويشعر الشخص بأنه مدفوع ومنقاد لأدائها بشكل متكرر وفقاً لقواعد صارمة.
- 2- تهدف هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إلى الوقاية أو منع حدوث أو خفض الألم والأسى النفسي أو منع حادث أو موقف مفرغ وأن هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحييده أو أنها زائدة علي الحد و غیر معقولة.

(ج) أثناء استمرار الاضطراب فإن الشخص يدرك أن الوسوس والأفعال القهرية زائدة علي الحد أو أنها غير عقلانية و غیر منطقية.

(د) الوسوس والأفعال القهرية التي تسبب ضيقاً وكرباً واضحين تعد مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة فی اليوم) أو تتدخل أو تؤثر فی النظام اليومي العادي والوظائف المهنية (الأكاديمية) أو النشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين.

(هـ) إذا وجد اختلال آخر من اختلالات المحور الأول فإن محتوى الوسوس أو الأفعال القهرية تكون غير محصورة فيه (مثال ذلك: الانشغال بالطعام فی وجود اضطراب الأكل Eating Disorders هوس تنف الشعر فی وجود اضطراب التنف القهري للشعر الانشغال بالمظهر الخارجي فی وجود اضطراب تخیل تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder، الانشغال بالعقاقير والأدوية فی وجود اضطرابات استخدام المواد المخدرة، والانشغال بالإصابة بالأمراض الخطيرة فی وجود توهم المرض Hypochondriac والانشغال بالرغبات الجنسية أو التخیلات الجنسية فی وجود اضطراب شذوذ عن الجنس Paraphilias، أو اجترار الشعور بالذنب فی وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder).

(و) لا يرجع اضطراب الوسوس القهري إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة مثل (إساءة استخدام العقار أو العلاج الدوائي) أو نتيجة لحالة طبية عامة. (D.S.M IV, 1994, P.422)

مسار ومآل مرضي اضطراب العصاب القهري :

يبدأ ظهور هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وأحياناً يظهر عند الأطفال، وقد تظهر أعراضه عند الذكور عن الإناث، وقد تكون تدريجية أو حادة ومفاجئة، وفي بعض الأحيان قد يصاحبها شحوب وضعف مزمن مع تفاقم الأعراض والتي قد تعود للضغوط (فرج والبشر، 2002، ص209)، وقد كان ينظر فيما مضى لمرض عصاب الوسواس القهري علي أنه أسوأ من باقي الأمراض النفسية العصابية، أما الآن فهو يكاد يوازي باقي الأمراض العصابية إلا أنه يعتبر من أ صعبها علاجاً خاصة في الحالات الشديدة حيث أنه يتميز بفترات متساوية من الهوادة والاشتداد والمآل الحسن للمريض مرتبط بحسن التوافق الاجتماعي والوظيفي (الريس، 2002، ص230) .

ويري أبو هندي (2003، ص193) أنه توجد بعض العلامات التي تشير إلي مآل الوسواس القهري الأسوأ: وهي الاستسلام للأفعال القهرية بدلاً من مقاومتها، ووجود بعض الاقتناع أو الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلاً من رفضها، وأن تكون الأفعال القهرية غريبة أو شاذة، وأن يكون بداية أعراض الاضطراب في سن الطفولة، وأن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأداءه الوظيفي كبيراً إلي الحد الذي يستدعي دخول المستشفى وجود تاريخ الوسواس القهري في عائلة المريض، وأن يتأخر المريض في اللجوء إلي الطبيب النفسي.

ويري عبد الخالق (2002، ص151) أن العلامات التي تشير إلي مآل أفضل هي:

أن تكون الأعراض الواسواسية خفيفة وغير نمطية، والدوام القصير للأعراض قبل العلاج، والتطور الصحي قبل المرض، ويتضح مما سبق أن المسار والمآل المرضي لاضطراب الوسواس القهري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتشاف، فكلما كان الاكتشاف مبكراً وفي سن صغيرة كلما كانت فرصة التحسن والشفاء كبيرة، فالأعراض مازالت في بدايتها ولم تتفاقم، وعلي العكس تماماً فإن تأخر اكتشاف الاضطراب أو إذا طالت مدة معاناة المريض به وتأخر في عرض نفسه علي الطبيب، فإن ذلك يؤثر سلبياً علي مسار ومآل الاضطراب.

الدراسات السابقة :

يتناول الباحثون بعض الدراسات والبحوث السابقة التي اهتمت بالعلاج النفسي لاضطراب الوسواس القهري. وتعد الدراسة الحالية - في حدود علم الباحثين - هي الدراسة الأولى باللغة العربية التي تسعى لاستكشاف فاعلية برنامج علاجي نفسي ديني لاضطراب الوسواس القهري، إذ تعددت الدراسات التي تناولت الارشاد النفسي الديني لعلاج القلق وعلاج قلق المستقبل ولتخفيف ضغوط الحياة ولتغيير بعض الأفكار الخاطئة غير أنها لم تتناول تقديم برنامج علاجي لاضطراب الوسواس القهري كما تحاول الدراسة الحالية، ومن الدراسات التي تناولت برامج العلاج النفسي لاضطراب الوسواس القهري ما يلي:

- **دراسة مختار (1985):** والتي هدفت إلى مقارنة فاعلية استخدام فنية منع الاستجابة بمفردها واستخدام هذه الفنية (منع الاستجابة) مدعمة بعامل إضافي، ألا وهو عامل البيانات التفسيرية عن العلاج، والذي يمكن اعتباره علاجاً معرفياً. وقد اختارت الدراسة غسيل اليد القهري فقط. وتكونت عينة الدراسة من "30" مفحوصاً من العصائيين القهريين (غسيل قهري)، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ بحيث تتكون كل مجموعة من "10" ذكور، وهم: مجموعة منع الاستجابة، ومجموعة منع الاستجابة مع البيانات التفسيرية عن العلاج، والمجموعة الضابطة. وتمثل العمر الزمني للعينة من "20-25" سنة. وتمثل شدة المرض في متوسط عدد غسيل اليد أكثر من 25 غسلة، ومتوسط الزمن لكل غسلة أكثر من "80" ثانية، ومتوسط عدد الإلحاحات الحصارية أكثر من "10" إلحاحات. وتضمنت أدوات الدراسة: مقياس الخط القاعدي لتكرار المسالك والإلحاحات القهرية، واستمارة المقابلة الشخصية، والمقابلات الكلينيكية التطبيقية، وساعة كرويو متر لقياس الزمن، والبرنامج العلاجي قائم على

فنية منع الاستجابة، والبيانات التفسيرية (إعطاء المفحوص البيانات المنطقية طوال الجلسات حول الفنية المستخدمة، وحول العرض الذي يعانى منه، والسماح للمفحوص بالاستفسار طوال الجلسات ومناقشته وحصوله على الجواب المنطقي). وأظهرت الدراسة فاعلية فنية منع الاستجابة مع إعطاء البيانات التفسيرية، في تخفيف الإلحاحات الحصارية وقهر غسل اليد، مقارنة بفنية منع الاستجابة بمفردها، وكذلك بالمجموعة الضابطة؛ وفسرت الدراسة ذلك بأن فنية منع الاستجابة كما هي عند ميير تتصف بالاسلوب الجاف الذي لا ينفذ مع عناد العصاى القهري وقدراته المعرفية، إلا إذا كان قد تربى في أسرة متسلطة؛ ولذلك فإن التدعيم بإعطاء البيانات التفسيرية يسهم في إيجاد علاقة إيجابية مع المعالج، من خلال إشباع رغبته المعرفية عن معرفته لكل شيء يفعله، وإشباع الجانب الانفعالي من خلال إقامة علاقة ودية معه.

- **دراسة سمير (2001):** هدف الدراسة: - هدفت الدراسة إلى استكشاف فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، والكشف عن الأفكار اللاعقلانية المسببة للوسواس القهري لدى عينة الدراسة. وتكونت عينة الدراسة من "20" طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وأظهرت الدراسة فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم.

- **دراسة ماكلين Peter McLean (2001):** والتي هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي باستخدام فنية التعريض ومنع الاستجابة، في علاج الاضطراب الوسواسي القهري. تكونت العينة من "64" مشاركاً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تم تقسيمهم إلى "32" مشاركاً يعالجون بالعلاج المعرفي السلوكي، و"32" مشاركاً يعالجون بفنية التعريض ومنع الاستجابة. ومجموعة ضابطة تمثلت في "33" ممن هم على قائمة الانتظار لمدة ثلاثة أشهر، وتراوحت أعمار العينة من "18" إلى "56" سنة بمتوسط عمري "35" سنة. القائم بالدراسة). أظهرت الدراسة فاعلية كلٍ من برنامج العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي بفنية التعريض ومنع الاستجابة، في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، وإن تفوق برنامج العلاج السلوكي بفنية التعريض ومنع الاستجابة نسبياً، ولكن لوحظ بعد فترة المتابعة أن امتداد أثر العلاج المعرفي السلوكي أفضل من فنية التعريض ومنع الاستجابة فقط. وأوصت الدراسة بالدمج بين الأسلوبين.

- **دراسة فرج والبشر (2002):** هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى كفاءة أسلوب العلاج السلوكي (بفنية التعريض ومنع الاستجابة) مقارنة بالعلاج الدوائي؛ من حيث مدى فعاليته كل منهما في التغلب على أعراض الوسواس القهري، كما هدفت أيضاً إلى تقييم كلا الأسلوبين معاً في مقابل استخدام كل أسلوب بمفرده. وتكونت عينة الدراسة من "20" (4 ذكور، 16 إناث) مريضاً باضطراب الوسواس القهري من فئة وسواس الاغتسال والنظافة، من بين المترددين على العيادات النفسية الطبية، ومكتب الإنماء الاجتماعي بدولة الكويت. وقد تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات وفقاً لنوع العلاج المقدم لكل مجموعة. أظهرت الدراسة فاعلية العلاج السلوكي بأسلوب التعريض ومنع الاستجابة مقترناً بفنيات العلاج المعرفي، في تخفيف أعراض الوسواس القهري بشكل أفضل من مجموعة العلاج الدوائي وحده، ومن مجموعة العلاج السلوكي وحده؛ بما يوفره العلاج السلوكي المعرفي من استبصار جيد بطبيعة الاضطراب وقدرة أكبر على منع الانتكاسة.

- **دراسة مبارك (2004):** العلاج السلوكي الشمولي الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة المتأخرة "دراسة حالة". هدفت الدراسة إلى استكشاف فاعلية برنامج علاجي سلوكي شمولي أسرى مكثف مع حالة اضطراب وسواس قهري مصحوب باضطرابات انفعالية (الخوف والاكتئاب والقلق) تمثلت عينة الدراسة في حالة طفل عمره "12" عاماً في بداية الصف الثاني الإعدادي، يعانى من وسواس وشكوك متسلطة، وأفعال قهرية، تدور أبرزها حول طقوس الاغتسال والنظافة والتلوث والمراجعة والعد والتكرار والبطء القهري ووسواس الصلاة

والظاهرة. أظهرت الدراسة فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى الشمولى الأسرى المكثف فى تخفيف أعراض الوسواس القهرى لدى الطفل بالتعاون مع أسرته.

- دراسة ويلسون وتشامبلس **Wilson & Chambless (2005)**: هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع الاضطراب الوسواسى القهرى. وتكونت عينة الدراسة من "10" أفراد ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهرى. وتراوح عدد جلسات العلاج المعرفى السلوكى من "10 : 18" (اذ أنه تم الاكتفاء بعشر جلسات لبعض الأفراد، بينما بلغت عدد الجلسات للبعض الآخر ثمانى عشرة جلسة) بواقع جلسة واحدة أسبوعياً لا تتجاوز ساعة واحدة، واعتمد البرنامج على فنيات: إعادة البناء المعرفى، والحوار السقراطى، والاسترخاء، ووقف الأفكار، بالإضافة إلى التدريب على التعريض ومنع الاستجابة، والواجبات المنزلية. أوضحت الدراسة فاعلية برنامج العلاج المعرفى السلوكى المستخدم فى التقليل من أعراض الوسواس القهرى، والتي تمثلت فى: طقوس قهرية، ومخاوف، ووسواس عن النظافة وغلق الأبواب والإصابة بالأمراض، وأوصت الدراسة بضرورة فهم العلاج المعرفى السلوكى للقلق والاكتئاب إضافة إلى الوسواس القهرى.

- دراسة ويلنر وجوودى **Willner & Goody (2006)**: هدفت الدراسة إلى تبين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع سلوكيات قهرية وأفكار وسواسية لدى حالة ذات صعوبات تعلم. كما هدفت الدراسة إلى مناقشة وتعديل وتصحيح التشوهات المعرفية المسببة للوسواس القهرى والنتائج عنه. تكونت عينة الدراسة من امرأة واحدة فقط من فئة الراشدين ذوى صعوبات التعلم المتوسطة **Woman with a mild learning disability** تعاني من اضطراب الوسواس القهرى، و تبلغ من العمر "29" عاماً، متزوجة ولديها أطفال، وتعيش مع والديها، ولديها تاريخ مرضى بالوسواس القهرى منذ كانت بالمدرسة، إضافة إلى علاقات اجتماعية محدودة، واندفاعية، وأفكار لاعقلانية، وتشوه معرفى، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى، من خلال "30" جلسة، تضمنت الاسترخاء والتعريض ومنع الاستجابة والحوار مع الذات فى علاج الوسواس القهرى لدى الحالة.

- دراسة هاميل **Himle (2006)**: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى التقليدى القائم على المواجهة وجهاً لوجه بين المعالج والعميل، والعلاج المعرفى السلوكى القائم على التواصل عبر شبكة الفيديوكونفرانس. تمثلت عينة الدراسة فى عدد "6" أفراد ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهرى، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: "3" أفراد يتم علاجهم وجهاً لوجه، و"3" أفراد يتم علاجهم عبر الفيديو كونفرانس. وتراوحت أعمارهم بين "19" إلى "29" سنة، وتم علاجهم وفق برنامج جامعة ميتشجان (برنامج علاج القلق)، واستغرقت كل جلسة "60" دقيقة. وتمثلت أدوات الدراسة فى: مقياس يل - براون لاضطراب الوسواس القهرى، و برنامج العلاج المعرفى السلوكى المقترن ببنية التعريض ومنع الاستجابة، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى وجهاً لوجه، وتفوقه على العلاج عبر شبكة الفيديوكونفرانس؛ وإن كان لكليهما أثر فعال فى التقليل من الأعراض الوسواسية القهرية.

عن تناول تحليلى نقدى وعرض نظرى يوضح فاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع الاضطراب الوسواسى القهرى، وهذا يوضح مدى الاهتمام بالتأكد بالبراهين والدراسات على أهمية الاستناد إلى علاج محدد لاضطراب معين كالوسواس القهرى.

- دراسة **تولين وهانن ومالتي وديفنباخ وورهانسكاى وبرادى Tolin, Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky, & Brady (2007)**: هدفت الدراسة إلى المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى الذاتى والعلاج المعرفى السلوكى بواسطة معالج، فى علاج اضطراب الوسواس القهرى . تكونت عينة الدراسة من "41" راشداً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهرى (15 أنثى و"26" ذكراً)، فى عمر "13" سنة فأكثر حتى "38" سنة. وتمثلت أدوات الدراسة

في:المقابلة الشخصية،ومقياس يل- براون للوسواس القهري،وقائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory-II،وبروتوكول العلاج الذاتي القائم على منع الاستجابة،وبرنامج العلاج القائم على توجيه المعالج،وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى الموجه بواسطة المعالج عن العلاج المعرفى السلوكى الذاتى، وضرورة اللجوء إلى المعالج فى حالة الاضطرابات الشديدة؛ بينما يمكن الاعتماد على التدخل المبكر والعلاج الذاتى فى الحالات البسيطة، ومع ذلك فقد ثبتت فاعلية كلا العلاجين فى التقليل من الأعراض القهرية والأفكار الوسواسية.

تعليق علي الدراسات والبحوث السابقة :-

أبرزت الدراسات والبحوث السابقة أهمية وفاعلية العلاج النفسى المعرفى والسلوكى، الفردى والجماعى، والذاتى، والموجه عن بعد، والقائم على توجيهات المعالج، والمدمج بالعلاج النفسى الدينى فى علاج اضطراب الوسواس القهري. وقد استفاد الباحثون من الدراسات السابقة فى تحديد أدوات الدراسة الأكثر استخداماً وهى: مقياس يل - براون للوسواس القهري لفائدته فى قياس درجة وشدة الاضطراب، وقائمة مودزلى للوسواس القهري كأهم الأدوات التشخيصية. بالإضافة إلى أن عدد الجلسات لاينبغى أن يقل عن عشرة جلسات، بل وربما تزيد إلى عشرين أو ثلاثين جلسة، وتتراوح مدة كل جلسة ما بين 40 إلى 120 دقيقة، ويمكن الجمع بين أسلوبى الجلسات الفردية والجماعية، مع أهمية الارشاد الأسرى لأسر مرضى الوسواس القهري. وكذلك استفاد الباحثون فى تحديد الفنيات الأكثر استخداماً فى علاج الوسواس القهري والتي يمكن استخدامها فى برنامج العلاج النفسى الدينى، وأهمها: فنية إعادة البناء المعرفى، وفنية وقف الأفكار، وفنية الحوار السقراطى، وفنية التعريض ومنع الاستجابة، وفنية الاسترخاء، وأسلوب الواجبات المنزلية. وإجمالاً، أشارت هذه الدراسات فى مجملها إلى أهمية وفاعلية استخدام العلاج النفسى فى تخفيف أعراض العصاب القهري لدى الطلاب.

فروض الدراسة: -

من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة، ومن خلال أهداف الدراسة وتساؤلاتها، يصوغ الباحثون فروض الدراسة علي النحوالتالى: -

1. يوجد فرقٌ دالٌ إحصائياً، بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، فى قائمة مودزلى للوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسى الدينى، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية.
2. يوجد فرقٌ دالٌ إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية، فى قائمة مودزلى للوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسى الدينى، وذلك فى اتجاه القياس البعدي.
3. لا يوجد فرقٌ دالٌ إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية، فى قائمة مودزلى للوسواس القهري.

البرنامج العلاجي النفسى الدينى:

قام الباحثون بإعداد برنامج العلاج النفسى الدينى، مما يمكن إيضاحه فيما يلى:

قام الباحثون بالإطلاع على برامج العلاج النفسى للوسواس القهري والتي من أمثلتها:

- برنامج العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، سمير (2001).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى للأفكار الوسواسية ، إعداد : فريستون ولوجر ولادوسور Freeston, Loger, and Ladouceur(2001).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى الجماعى لاضطراب الوسواس القهرى، إعداد : ماكلايان Peter McLean (2001).

● برنامج العلاج السلوكى بفنية التعريض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهرى، إعداد : ماكلايان McLean (2001).

● برنامج العلاج السلوكى لمرضى الوسواس القهرى ، إعداد : فرج والبشر (2002).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى المكثف لاضطراب الوسواس القهرى المصحوب بإضطرابات انفعالية أخرى ، إعداد : مبارك (2004).

● برنامج العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس القهرى، إعداد : ويلسون وشامبليس Wilson, And Chambless (2005).

● برنامج العلاج المعرفى لاضطراب الوسواس القهرى، إعداد : ويلهيلم واستيكت Wilhelm, S, and Steketee (2005).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى المدمج بفنية التعريض ومنع الاستجابة، إعداد : هاميل وآخرون Himle et al (2006).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى "الفردى والجماعى لاضطراب الوسواس القهرى، إعداد: أندرسون وريز Anderson, And Rees (2007).

● برنامج العلاج المعرفى السلوكى المتخصص في مقاومة اضطراب الوسواس القهرى، إعداد: سوكمان واستيكت Sookman, And Steketee, G (2007).

● برنامج قائم علي استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهرى إعداد عبد الظاهر (2008).

الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم البرنامج الحالى على الأسس التالية :

- 1- مراعاة خصائص طالبات الجامعة ممن يعانين من الوسواس القهرى، وبخاصة قدراتهن العقلية المتوسطة أو فوق المتوسطة، وتحصيلهن الدراسى غير المتوافق مع قدراتهن العقلية، إضافة الى قصور قدراتهن النمائية من حيث الانتباه والإدراك والذاكرة بسبب اضطراب الوسواس القهرى.
- 2- الحرص على التكرار واعادة العرض بأكثر من طريقة، واستخدام الجمل القصيرة، وعدم الانتقال من نقطة الى أخرى إلا بعد التأكد من انتهاء النقطة الأولى، والتغلب على أعراض الوسواس القهرى الواحد تلو الأخر؛ مراعاة لخصائص عينة الدراسة.
- 3- تهيئة جو من الثقة، وتقدير قدرات وجوانب النجاح لدى الأفراد؛ لبلوغ علاقة علاجية قوية.
- 4- التهيئة لبلوغ درجة ملائمة من الاستعداد للمشاركة النشطة فى الجلسات العلاجية وأداء الواجبات المنزلية.
- 5- مراعاة أسس ومبادئ وخطوات العلاج النفسى الدينى التى عرضها الباحثون فى الإطار النظرى للدراسة والبرنامج الحالى.

- 6- الاستفادة من العلاج بطريقة فردية في التدريب المكثف على الفنيات العلاجية، والاستفادة من جماعية بعض الجلسات، من خلال مساعدة أفرادها على التحسن في إطار جماعي، والشعور بمشاركة الآخرين نفس الكرب والضيق وإبراز بعض النجاحات لبعض الحالات.
- 7- مناقشة الطالبة فيما تم التدريب عليه أثناء الجلسة. وطلب ملخص له عقب الانتهاء من ممارسة التدريب على كل فنية من فنيات العلاج النفسي الديني خلال الجلسات، وذلك لبلوغ الاستبصار الذاتي لأفراد المجموعة التجريبية.
- 8- استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي والتشجيع من جانب الباحثين ، عندما يأتي أحد أفراد العينة بالاستجابة المناسبة، وأداء التدريب بكفاءة.
- 9- مراعاة اشتمال البرنامج على أنشطة ترويجية أو فترات انتقالية للتخفيف من وطأة الضغط النفسي والتخفيف عن الطالبات بما يتلاءم مع طبيعة الجلسات وطبيعة شخصية الطالبات ودرجة تجاوبهن مع الباحثين؛ وفي ذلك كسر لحاجز الريبة ودعم لعلاقات الثقة والود على مدار الجلسات.
- 10- استخدام أسلوب الواجبات المنزلية، تارة للتأكد من نجاح التدريب داخل الجلسة وقيام الفرد بالمشاركة النشطة، وتارة لتحديد بدايات الجلسة التالية ودرجة وشدة الاضطراب، وتارة أخرى لجدولة الأعراض الوسواسية والقهرية للتخفيف منها.

أهداف البرنامج:-

ويهدف البرنامج النفسي الديني إلى تحرير الفرد من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد الأمن النفسي له وتجعله يفكر في أشياء غير منطقية مما يولد لديه وساوس قهرية تجعله يسلك سلوكيات خارجة عن إرادته ولا يرضي عنها مما يؤثر على المستوى العام للأداء العام في حياته ويسعي البرنامج إلى معرفة هذه الأفكار والتنفيس عن الانفعالات المكبوتة المصاحبة لها والاستبصار بها (وإذا عرف الإنسان السبب الكامن وراء سلوك معين أو لازمة محددة يمكن بمساعدة المرشد أن يتخلى عنها بالتدريج). لأن الإرشاد النفسي الديني هو وسيلة للتوجيه والإرشاد والنصح والتدريب والتربية والتعليم من خلال معرفة الفرد لنفسه ودينه والقيم والمبادئ الأخلاقية فيه (عبد المنان بار ، 1993) وهو وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام النفسي وهو رحمة من رب العالمين لخير وصالح الإنسان ويساعد علي أن يحيا حياة سليمة وهو الطريق إلي الخلاص من الأفكار القهرية وتكوين الإرادة القوية الخيرة . وهو الطريق إلي العقل والقلب معا لأنه يحدث نوعا من غسيل المخ للفرد، وهو الطريق إلي بقاء ودوام القيم الإنسانية التي تعتبر إطارا مرجعيا لسلوك الإنسان ومنهجها لحياته ، فقد ساعد الأفراد عبر مر العصور والأزمنة في التخلص من التوترات والصراعات التي تحدث داخل الفرد أو بين الأفراد. يتمثل الهدف الإجرائي الرئيس في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة من طالبات الجامعة؛ وذلك من خلال بعض فنيات العلاج النفسي الديني. ويتمثل التحقيق الإجرائي لهذا الهدف في انخفاض متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة، في قائمة مودزلي للعصاب القهري، بعد تطبيق البرنامج؛ وكذلك في انخفاض درجات القياس البعدي عن درجات القياس القبلي، لنفس المجموعة التجريبية، في قائمة مودزلي للعصاب القهري(2)، ومقياس يل - براون للوسواس القهري(3).

ومن هذا الهدف الإجرائي الرئيسي، تنبع عدة أهداف إجرائية فرعية، هي :

- 1- تخفيف أعراض الوسواس القهري المتمثلة في وساوس الشك، والجنس، والتدين، مثل:- لدى ضمير شديد الاستقامة، أتعرض مراراً لأفكار قذرة، لدى شكوك حادة حول الأشياء اليومية البسيطة.

2- تخفيف أعراض الوسواس القهري المتمثلة في وساوس المراجعة، والتكرار، والعد، مثل:- لا أستطيع إنهاء شيء في وقته، لدى أرقام منحوسة، مشكلتي الكبيرة هي مراجعة الأشياء والتأكد، أقوم بعمل كل شيء بعناية شديدة ولكني أشعر بأنه غير صحيح.

3- تخفيف أعراض الوسواس القهري المتمثلة في وساوس البطء، والطقوس العقلية، والتخزين، والادخار مثل:- أعيد عمل الأشياء مرات ومرات، أقوم عادة بالعد عند أداء أعمالى، يمر على وقت طويل في مراجعة الأشياء .

4- تخفيف أعراض الوسواس القهري المتمثلة في وساوس التلوث، واللمس والإغتسال ، مثل:- أستخدم كمية كبيرة من الصابون في كل مرة، أفرط في الانشغال كلما لمست شخصاً أو شيئاً، أنشغل كثيراً بالجرائيم والأمراض، يمر على وقت طويل وأنا أغتسل صباحاً .

الأساليب والفنيات المستخدمة فى البرنامج:

يستخدم البرنامج الحالى عدداً من فنيات العلاج النفسي الديني والديني الأكثر ملائمة لعلاج اضطراب الوسواس القهري وللبرنامج العلاج النفسي الديني، وقد اختار الباحثون الفنيات والأساليب الآتية:

فنية وقف الأفكار - الاستغفار - فنية إعادة البناء المعرفي - فنية التعريض ومنع الاستجابة - فنية التحصين التدريجي - فنية صرف الانتباه - الطرق الاقتدائية - فنية لعب الدور - فنية قلب الدور. المناظرة والحوار - فنية التعزيز - فنية الاسترخاء والتدريب على التنفس - تقليل الحساسية التدريجي - الاعتراف بالذنب - فنية إعادة العزو - أسلوب المحاضرة والوعظ - أسلوب المناقشة الجماعية، الواجبات المنزلية.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

أ- الحدود الزمنية: يتم تنفيذ البرنامج على مدى ستة أسابيع، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، بمجموع سبع عشرة جلسة؛ منها خمس جلسات جماعية وباقي الجلسات تتم بصورة فردية مع عينة الدراسة التجريبية وعددها "10" طالبات، ويتم توزيع الجلسات الفردية حسب أعراض الوسواس القهري لدى كل طالبة بحيث يلتقى الباحثون مع كل طالبة فى الأسبوع الواحد مرة واحدة على الأقل، وتستغرق كل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً متضمنة الارشادات الأسرية التى يحضرها مرافقوا الحالات.

ب- الحدود المكانية: يتم تنفيذ البرنامج بغرفة المعالج النفسي بمركز الطب النفسي بمدينة بنها، والكائن بجوار محكمة بنها الابتدائية.

ج- الحدود البشرية: تم تنفيذ البرنامج على عينة من الطالبات ذوات اضطراب الوسواس القهري، قوامها "10" طالبات ممن تتراوح أعمارهن بين "18 ، 25" سنة. وفى ضوء هذه البرامج وفى ضوء الاطار النظرى والدراسات السابقة ومبادئ وخطوات العلاج النفسي الديني قام الباحثون بإعداد البرنامج وتحكيمه ثم مراجعته وتنفيذه.

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية ونتائجها بالعينة والأدوات وأساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة للتحقق من صحة الفروض، وبيانها كالاتي:

(أ) عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من "20" طالبة جامعية ؛ ممن يعانين من اضطراب الوسواس القهري، حيث تم تقسيمهن إلى مجموعتين متجانستين هما:

1- المجموعة التجريبية: وقوامها "10" طالبات.

2- المجموعة الضابطة: وقوامها "10" طالبات.

(ب) أدوات الدراسة وتشمل:

1 - قائمة مودزلى Moudsley للعصاب القهري Obsessional Compulsive Inventory (MOCI) (ترجمة فرج والبشر، 2002)

2- مقياس يل براون للوسواس القهري (YBOCS) (ترجمة فرج والبشر، 2002)

3 - مقياس المستوى الاجتماعي الإقتصادي والثقافي. (إعداد: فضه، 1997)

4 - برنامج العلاج النفسي الديني. (إعداد: الباحثون)

(ج) الأساليب الإحصائية المستخدمة تشمل:

1- تحليل التباين البسيط في اتجاه واحد لتحقيق التجانس بين أفراد العينة.

2- اختبار "ت" للدلالة الإحصائية.

(د) متغيرات الدراسة:

*المتغير المستقل: هو البرنامج العلاجي النفسي الديني.

*المتغير التابع: هو الوسواس القهري.

*المتغيرات الدخيلة: هي المستوى القبلي الوسواس القهري ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي، والسن. وقد تم عزل

أثر هذه المتغيرات، وذلك أثناء تجانس عينة الدراسة.

الخطوات الإجرائية للدراسة:

في إجرائهم للجانب التطبيقي من الدراسة الحالية، اتبع الباحثون الخطوات الآتية:

1. قام الباحثون بالتحقق من صدق وثبات قائمة مودزلى للوسواس القهري، باعتبارها من أدوات الدراسة الرئيسية لتشخيص العينة.

2. قام الباحثون بإعداد برنامج العلاج النفسي الديني.

3. قام الباحثون بتحديد عينة الدراسة، ومجانسة مجموعتيها التجريبية والضابطة.

4. قام الباحثون بتطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية.

5. قام الباحثون بإعادة تطبيق أدوات الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة.

6. انتظر الباحثون لفترة متابعة مدتها شهران، ثم قاموا بإعادة تطبيق أدوات الدراسة.

7. قام الباحثون باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج الدراسة.

8. قام الباحثون بتفسير نتائج الدراسة، في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

نتائج الدراسة :

للوصول إلى نتائج الدراسة، استخدم الباحثون الإحصاء البارامترى، متمثلاً في استخدام "اختبار ت" T test ، ويلخص الباحثون ما توصلوا إليه من نتائج فيما يلي:

1- دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدى):

* الفرض الأول: يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في قائمة مودزلى للعصاب القهري، بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وللكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في العصاب القهري ، بعد تطبيق البرنامج، قام الباحثون باستخدام اختبار "ت" للمجموعتين غير المرتبطين؛ ويلخص الباحثون ما توصلوا إليه من نتائج في الجدول "1".

ويتضح من الجدول "2" أنه يوجد فرق دال إحصائياً، عند مستوى "0.01"، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في أعراض الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحقق "الفرض الأول" من فروض الدراسة.

جدول "1"

نتائج حساب قيمة "ت" لمتوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج.

| المجموعة | | البيان |
|----------|-----------|--|
| الضابطة | التجريبية | |
| 10 | 10 | عدد المفحوصين "ن" |
| 29.11 | 4.7 | متوسط الدرجات "م" |
| 0.78 | 0.94 | الانحراف المعياري للدرجات "ع" |
| 0.61 | 0.9 | تباين الدرجات "ع2" |
| 18 | | درجات الحرية "د.ح" للمجموعتين (2-ن2) |
| 1.734 | 0.05 | قيمة "ت" الجدولية لدلالة الطرف الواحد والدالة عند مستوى: |
| 2.552 | 0.01 | |
| 32.67 | | قيمة "ت" التجريبية (المحسوبة) |
| 0.01 | | الدالة الإحصائية لقيمة "ت" التجريبية دالة إحصائياً عند مستوى |

2- دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية، في أعراض الوسواس القهري:

*الفرض الثاني: يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية، في قائمة مودزلي للوسواس القهري، وذلك لصالح القياس البعدي.

وللكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، في العصاب القهري، قام الباحثون باستخدام اختبار "ت" للبيانات المرتبطة، ويلخص الباحثون ما توصلوا إليه من نتائج، في الجدول الآتي:

جدول " 2 "

نتائج حساب قيمة "ت" لمتوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الوسواس القهري

| البيان | | القياس | |
|---|------|---------------------|--------|
| | | القبلي | البعدي |
| عدد الأفراد "ن" | | 10 | 10 |
| متوسط الفرق بين درجات القياسين (م ف) | | 28.8 | |
| مجموع مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفروق (مج ح 2 ف) | | 55.6 | |
| قيمة "ت" التجريبية (المحسوبة) | | 36.64 | |
| درجات الحرية للقياسين (ن-1) | | 9 | |
| قيمة "ت" الجدولية لدلالة الطرف الواحد، الدلالة عند مستوى: | 0.05 | 1.83 | |
| | 0.01 | 2.82 | |
| دلالة "ت" التجريبية (المحسوبة) | | دالة عند مستوى 0.01 | |

ويتضح من الجدول "3" أنه يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية، في العصاب القهري، مما يشير إلى تحقق "الفرض الثاني" من فروض الدراسة.

3- دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية:

الفرض الثالث: لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، في قائمة مودزلي للوسواس القهري.

وللكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، في العصاب القهري، قام الباحثون باستخدام اختبارات "ت" للبيانات المرتبطة؛ ويلخص الباحثون ما توصلوا إليه من نتائج في الجدول الآتي:

جدول " 3 "

نتائج حساب قيمة "ت" لمتوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة للمجموعة التجريبية في أعراض العصاب القهري

| التطبيق | | البيان |
|----------------------|--------|---|
| ما بعد فترة المتابعة | البعدي | |
| 10 | 10 | عدد الأفراد "ن" |
| 0.1 | | متوسط الفرق بين درجات القياسين (م ف) |
| 12.9 | | مجموع مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفروق (مج ح 2 ف) |
| 0.264 | | قيمة "ت" التجريبية (المحسوبة) |
| 9 | | درجات الحرية للقياسين (ن - 1) |
| 2.26 | 0.05 | قيمة "ت" الجدولية لدلالة الطرفين، الدالة عند مستوى: |
| 3.25 | 0.01 | |
| غير دالة إحصائياً | | دلالة "ت" التجريبية (المحسوبة) |

ويتضح من الجدول " 4 " أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، في العصاب القهري، مما يشير إلى تحقق "الفرض الثالث" من فروض الدراسة.
مجممل نتائج الدراسة:

إجابةً على فروض الدراسة، توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج الآتية:

1- يوجد فرق دال إحصائياً، عند مستوى "0.01"، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في قائمة مودزلى للعصاب القهري ، بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحقق "الفرض الأول" من فروض الدراسة.

2- يوجد فرق دال إحصائياً، عند مستوى "0.01"، بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، للمجموعة التجريبية، في قائمة مودزلى للعصاب القهري ، وذلك لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى تحقق "الفرض الثاني" من فروض الدراسة.

3- لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، في قائمة مودزلى للعصاب القهري ، مما يشير إلى تحقق "الفرض الثالث" من فروض الدراسة.

مناقشة نتائج الدراسة:

أيدت النتائج التي توصل إليها الباحثون من خلال التحليل الإحصائي، فاعلية برنامج العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة من طالبات الجامعة. فقد اتضح فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح المجموعة التجريبية (تحقق الفرض الأول). كما اتضح فاعلية البرنامج العلاجي أيضاً من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الوسواس القهري لصالح التطبيق البعدي (تحقق الفرض الثاني). بل وأكدت النتائج استمرارية فاعلية البرنامج في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى الطالبات، إلى ما بعد فترة

المتابعة.. حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، للمجموعة التجريبية، في الوسواس القهري (تحقق الفرض الثالث)؛ مما يؤكد على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي إلى ما بعد فترة المتابعة. وبناءً على ما سبق، فقد أكدت نتائج الدراسة الحالية على فاعلية برنامج العلاج النفسي الديني، في تخفيف أعراض الوسواس القهري. وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كلٍ من: مختار، 1985؛ وسمير، 2001؛ و فريستون ولوجر ولا دسور، 2001؛ وماكلايان، 2001؛ وفرج والبشر، 2002؛ ومبارك، 2004؛ وويلسون وشامبليس، 2005؛ ويلتر وجودى، 2006؛ تيورنر، 2006؛ ووتولين وآخرون، 2007، وهي الدراسات التي ركزت على استخدام برامج العلاج النفسي في علاج الوسواس القهري.

فقد استخدمت هذه الدراسات فنيات العلاج النفسي التالية: إعادة البناء المعرفي، والتعريض ومنع الاستجابة، والحوار، وفنية الاسترخاء، كما استخدمت فنية وقف الأفكار، وهي من الفنيات التي استخدمها الباحثون أثناء تطبيق الجلسات الخاصة بالبرنامج، مما أعطى ثراءً وفاعلية للبرنامج العلاجي، مما اتضح من خلال تخفيف أعراض الوسواس القهري. كان هذا عما طرأ من تغير بفعل البرنامج العلاجي، كما تم التعبير عنه بشكل إحصائي. أما عن التغيرات الكيفية التي لاحظها الباحثون على الطالبات بعد تطبيق البرنامج العلاجي، ففي إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد المجموعة التجريبية، علاجاً نفسياً مكثفاً مدججاً بالاسترخاء وبمحاولات متكررة ومتعددة للتدريب على فنيات العلاج النفسي الديني من أعراض، من أجل التخفيف من وطأة وألم وكرب وضيق الفرد بسبب الوسواس القهري؛ بل ومن أجل التغلب على الوسواس القهري في حد ذاته، وذلك من خلال عدة جلسات فردية. حيث كانت الطالبة تشارك في كل أنشطة الجلسة من أولها وحتى نهايتها، تفعيلاً للاتفاق المبرم بين الباحثين والحالة عن أهمية المشاركة الفاعلة والنشطة في كل المهام المختلفة أثناء البرنامج، مع التأكيد عليها أيضاً في المنزل، وذلك باستخدام عدة فنيات تمثلت في:

فنية التحصين التدريجي وتقليل الحساسية التدريجي، والاستغفار، والافتداء بالسلف، والمناظرة، والحوار، والإقناع المنطقي، والطرق الوعظية، وفنية وقف الأفكار، وفنية الاسترخاء، وفنية إعادة البناء المعرفي، وفنية لعب الدور. هذا بالإضافة إلى التعزيز، (حتى يتم تدعيم وتشجيع أعضاء الجماعة على ممارسة هذه الأدوار)، والواجب المنزلي، (حتى يتم تدريبهن على ممارسة هذه الأدوار في الحياة عن طريق الأسرة في المنزل، وعن طريق زميلاتهن وأقربائهن في المجتمع). وبخاصة أن الأفكار الواسوسية والأفعال القهرية ذات صفة الإلحاح الفجاءة فهي تقتحم على الشخص خلوته، كما تقتحم عليه وهو وسط العمل، وبين الناس، وفي الطريق، بل وفي فراشه وقضائه للحاجة فكانت الفنيات نعم المعين للفرد للتغلب على وساوسه أينما كانت ووقتما أنت، وتم غرس القوة الذاتية في الشخص وتعليمه أنه أقوى منها لأن الإنسان أفضل مخلوقات جميعاً ولديه طاقة نفسية قوية يستمد منها قوته وتعلقه ولجوئه للخالق عز وجل، وأنه لن يدع لها الفرصة لكي تتمكن منه، وأنه قادر على وقفها وردّها؛ إذ تدرّب على ذلك بسبل شتى، فتارة يستخدم وقف الأفكار، وتارة يستخدم الحوار والمناظرة، وتارة يستخدم الاستغفار لما به من آثار معينة ومدعمة لمواجهة الاضطرابات النفسية. وفي كل جلسة يتم تحديد فكرة أو فعل وسواسي قهري لكي يتم التدريب على كيفية التغلب عليها وبكل الفنيات التي يمكن استخدامها داخل الجلسة، وتقوم الطالبة بتكرار ذلك في منزلها وجامعتها وفي كل مكان، وكانت الجلسات تتم فيها كافة الإجراءات في جو من الألفة، ومع المناقشات المستمرة بهدوء. وكانت الطالبات تسجلن ذلك في تقاريرهن اللاتي يسجلن فيها ما حدث لهن بعد انتهاء الجلسة، وحتى الجلسة التي تليها، حيث كان الباحثون يراعون مراجعة تلك التقارير في أول كل جلسة، ويستفيدون منها في موضوع الجلسة الجديد. حيث يحرصون على مراجعتها تحقيقاً لأهداف ومبادئ وأسس وخطوات العلاج والإرشاد النفسي الديني، وحتى يتأكد الباحثون من استمرارية ومدى قدرة الطالبات على استيعاب ما دار في الجلسة، وكيفية تنفيذها لذلك خارج الجلسة.

هذا، ويرجع الباحثون بنجاح برنامج العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة إلى عدد من الأسباب منها ما يلي:

- 1- مراعاة البرنامج لخصائص العينة، وبخاصة في المرحلة العمرية من "18" إلى "25" سنة، مرحلة الخروج من المراهقة والتوجه نحو الرشد، والتي يقول عنها زهران(1999، ص 79) بأن من مطالب النمو لمرحلة المراهقة هي استكمال التعليم، ونمو الثقة بالنفس، والشعور بكيان الفرد، تكوين المفاهيم والمهارات، وأن من مطالب النمو لمرحلة الرشد هو توسيع الخبرات المعرفية العقلية بأكبر قدر مستطاع، والتدريب على تحمل المسؤوليات، وتحقيق الاتزان الانفعالي. وهذا، ما كان يسعى البرنامج إلى تحقيقه وحرص على ذلك من خلال التدريب على إعادة البناء المعرفي، والتدريب على الاسترخاء، والتدريب على التخلص من الوسواس والأفعال القهرية، والتدريب على الحوار، والتدريب على الاقتداء والنمذجة، واستخدام فنيات وقف الأفكار الو سواسية، الدعاء، والاستعانة بالله عز وجل وقراءة القرآن الكريم، وتشجيعهن على مواصلة النجاح الدراسي والشخصي والمهني.
- 2- مراعاة البرنامج لأسس ومبادئ العلاج النفسي الديني وبخاصة مرحلة بناء العلاقة العلاجية والحث على المشاركة النشطة وإفهام الطالبات منذ بداية الجلسة بالأجندة وتوضيح نقاط محددة سوف يتم إنجازها والتدريب عليها وتكرار التدريب ومواصلته طوال الجلسة وأخذ وقت للاسترخاء وتوظيفه في خدمة الجلسة. مع التركيز على الأفكار الو سواسية والأفعال القهرية وتدرجها. وهذا؛ بالفعل ما يفسر نجاح البرنامج، من حيث اعتماده على المشاركة النشطة والفعالة والمباشرة من أفراد العينة؛ والتدريب المكثف على الفنيات العلاجية الملائمة والمناسبة لعلاج الأفكار الو سواسية والأفعال القهرية التي يعاني منها أفراد العينة.
- 3- استفادة البرنامج من فردية العلاج النفسي الديني، من خلال مساعدة الطلاب على التحسن في إطار خاص بكل حالة على حدة، ووفق الحالة الفردية لكل طالبه على حدة. بحيث يشارك كل فرد من أفراد العينة في القيام بالتدريب المنوط به، ووفق الفنية التي تناسبه وحده. وهذا ما يضاف إلى مميزات العلاج النفسي وهي تعدد الفنيات لمعالجة نفس الشيء، ففنية وقف الأفكار، وفنية الحوار، وفنية إعادة البناء المعرفي، الاستغفار، كل تلك الفنيات يمكن استخدامها جميعاً لعلاج فكرة وسواسية واحدة، أو فعل قهري بعينه، ولكل فنية مزيته الخاصة بها.
- 4- اعتماد البرنامج على الجدولة والأنشطة والواجبات المنزلية التي يقوم بها المتدرب بالجلسة وخارجها وبشكل دوري تنفيذاً لما دار بالجلسة، والتي يتم التأكيد على أهميتها في أي برنامج علاجي نفسي ديني.
- 5- اعتماد البرنامج على نقاط محددة لتنميتها، وهي الأهداف الإجرائية التي ركز عليها الباحثون، من قبيل: التغلب على الأفكار الو سواسية والأفعال القهرية المرتبطة بالاغتسال والتلوث والبطاء والشك، وتحديد أهداف إجرائية محددة لكل جلسة كما في برنامج الدراسة، ولهذا فائدة مزدوجة فمن ناحية المساهمة في تحقيقها واختيار الفنيات الملائمة والتدريب عليها.
- 6- اعتماد البرنامج على شرح كل فنية قبل البدء بها، وتحديد مخطط كل جلسة ومناقشة الطالبة، وتقديم ملخص لكل جلسة مرة مكتوباً ومرة بشكل شفهي ومرات بشكل عملي، ولا يتم الانتقال دونما استيعاب وتنفيذ كل نقطة وهدف إجرائي، والبدء بإقناع الطالبات بأهمية ومبادئ وجدوى العلاج.

7- اعتماد البرنامج على أسلوب التعزيز الإيجابي والتشجيع، فقد جمع البرنامج بين أسلوب التعزيز الذاتي، والمتمثل في إدراك الطالبة لما طرأ على سلوكها من تحسن، والتعزيز الخارجي، والمتمثل في تشجيع الباحثين للطالبة عند قيامها بالأداء الصحيح للفنية التي تكون الطالبة بصدد تنفيذها.

أما عن استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم، فقد تأكدت من خلال التحقق من استمرار التحسن في مهارات عينة الدراسة في التغلب على الوسواس والأفعال القهرية وأداء الفنيات العلاجية بشكل دوري إلى ما بعد فترة المتابعة، لأن الإرشاد النفسي الديني جاء ملتصقا بجوهر حياة الإنسان وله دور مهم في بناء الصحة النفسية للفرد، ومن خلاله يمكن التغلب على ضغوط الحياة الحديثة لأننا لا ملجأ ولا منجى من الله سبحانه وتعالى إلا الفرار إليه، وكلنا يبحث عما يساعده في التخفيف من المرفهات الدنيوية التي أصبحت ثقلا علي كاهلنا لا نستطيع حملها، ومن ثم فقد تمسكت الطالبات بما تدرين عليه في الجلسات، وحرصن علي أن يكون جزءا من تكوينهن العقلي والروحي، وبالتالي فإن البرنامج المستخدم يكون قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل الأفكار الواسوسية بشكل عام، فالهدف من إجراء برامج تعديل السلوك ليس إحداث تغيرات طارئة مؤقتة في جوانب الشخصية المختلفة، ثم لا تلبث أن تنطفئ وكأن شيئا لم يكن، بل إن المطلوب في هذه البرامج هو أن يظل أثرها حتى بعد توقف التدريبات التي كان يتلقاها الأفراد أثناء جلسات تلك البرامج، وحتى بعد انقطاع صلتهم بالقائم على التدريب. فمن الأمور الأساسية في إجراء تلك البرامج، التأكد من استمرارها وفعاليتها مع أفراد المجموعة التجريبية، بعد توقف جلسات تطبيق البرنامج، الأمر الذي يدفع نحو الثقة في أن أفراد العينة قد استخدموا الاستراتيجيات المختلفة التي تعلموها في مواقف حياتهم، دون اللجوء إلى المعالج النفسي، وأيضا الأمر الذي يعطي مبرراً لمحاولة تطبيق تلك البرامج على قطاعات كبيرة من الطالبات، وبصفة خاصة اللائي تعانين من اضطرابات القلق بشكل عام واضطراب الوسواس القهري بشكل خاص، لما تسببه من ضيق وكره ومشقة، وبما تسببه من سوء توافق اجتماعي ومشكلات نفسية وأكاديمية.

توصيات وبحوث مقترحة:

- 1- **توصيات تربوية:** من خلال ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، والتي تضمنت فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة، يمكن للباحثين أن يقدموا بعض التطبيقات والتوصيات التربوية التالية:
 - 1- أهمية إنشاء نوادي جامعية لمساندة الطالبات ذوات اضطراب العصاب القهري، وفتح العيادات والمراكز الإرشادية لتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية المجانية لمن، فهن في أمس الحاجة إلى تلك الرعاية، ولا يجب تركهن فريسة لهذا الاضطراب لما فيه من هدر وفقد للطاقة الإيجابية التي يمثلنها.
 - 2- عقد الدورات التدريبية والندوات التثقيفية المستمرة لأسر ذوات اضطراب الوسواس القهري ومعلميهم، ومرافقيهم للتغلب على هذا الاضطراب من خلال التوعية والتثقيف.
 - 3- أهمية الاهتمام بالتدخل المبكر من خلال الحد من اضطراب الوسواس القهري عبر التوعية بدور التنشئة والبيئة التي ينمو فيها هذا الاضطراب وكيفية الوقاية منه.
 - 4- تدريب الأخصائيين والأطباء النفسيين على ممارسة العلاج النفسي الديني لما فيه من فوائد علاجية يعود نفعها على الموارد البشرية في المجتمع.
 - 5- عقد الدورات التدريبية والندوات التثقيفية لأساتذة الجامعات للتوعية بكيفية التعامل مع ذوات اضطراب العصاب القهري.
 - 6- أهمية التدريب على الإرشاد والعلاج النفسي الديني وفنياته المتعددة في مناهج كليات التربية وبخاصة مع المتعاملين في الميدان الكلينيكي، وتضمن ذلك مناهج علم النفس العلاجي.

7- مساعدة الطالبات على التغلب على اضطراباتهم ومشكلاتهن وفهم الدوافع وراء تصرفاتهن، والعمل على تحقيق توافقهن الاجتماعي.

8- الاهتمام بالرعاية المتكاملة للطالبات، في جميع النواحي الصحية والنفسية، والاجتماعية.

9- الاهتمام بالأنشطة الجامعية والاجتماعية المحببة للطالبات، وتوظيفها في تحسين قدراتهن.

ت- **بحوث مقترحة:** بناء على ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، يمكن للباحثين اقتراح بعض البحوث التي يمكن إجراؤها في مجال العلاج النفسي الديني لاضطراب الوسواس القهري، وهي:

1- فاعلية طريقة جيفرى شوارتز المعرفية في علاج اضطراب العصاب القهري.

2- فاعلية العلاج النفسي الديني لاضطراب قضم الأظافر القهري .

3- فاعلية العلاج النفسي الديني في علاج اضطرابات القلق لدى طالبات الجامعة.

4- فاعلية العلاج النفسي الديني لاضطراب الاكتئاب لدى طالبات الجامعة.

الحواشي:

(1) اعتمد الباحثون في إعداد برنامج الدراسة على الإطار العام للعلاج النفسي الديني ومبادئه وتفسيره لاضطراب الوسواس القهري، وفي هذا المضمار استعان الباحثون بعدد من فنيات العلاج النفسي السلوكي والعلاج النفسي المعرفي والعلاج السيكودراما والتي يوافقها العلاج النفسي الديني ويقرها لمصلحة البرنامج العلاجي ولطبيعة الاضطراب.

(2) تتكون القائمة من أربعة مكونات أساسية وهي: الاغتسال **Washing**، الشك **Doubt**، والمراجعة **Checking**، والبطء **Slowness**.

(3) وتتضمن من المقياس سبع فئات للوسواس، هي: وسواس العدوانية، والتلوث والجنس والادخار **saving** والتدين، والتجانس. وتسع فئات للأفعال القهرية، وهي: النظافة، والمراجعة، والتكرار، والعد، والترتيب، والاختزان **hoarding**، وأخرى مثل اللمس والطقوس العقلية.

أولاً: المراجع العربية:

- 1- القرآن الكريم
- 2- إبراهيم، عبد الستار "العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان"، (عالم المعرفة؛ 27)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب (1980).
- 3- أبو هندي وائل "الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي"، (عالم المعرفة؛ 293) الكويت: المجلس الوطني للثقافة و الفنون والآداب (2003).
- 4- الأحمّد ، عبد العزيز عبد الله "الطريق إلى الصحة النفسية (عند ابن قيم الجوزية وعلم النفس) " ، رسالة ماجستير قسم علم النفس كلية التربية بمكة المكرمة (1999) .
- 5- الحبيب، طارق بن علي "الوسواس القهري مرض نفسي أم أحاديث شيطانية القاهرة"، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع (2005).
- 6- الرئيس، سيد "الوسواس له علاج"، كتاب اليوم الطبي مارس، ع (240) القاهرة: دار أخبار اليوم (2002).
- 7- الزبادي، احمد و الخطيب، هشام "مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي" ، ط 1 ، الأردن ، دار الثقافة (2001).
- 8- الزهراني ، مسفر سعيد "التوجيه والإرشاد النفسي من القرآن الكريم والسنة النبوية" ، ط 1 ، السعودية ، مكتبة فهد الوطنية (1421 هـ / 2000 م) .
- 9- الشربيني، لطفى (د، ت) " معجم مصطلحات الطب النفسي" ، مراجعة عادل صادق، الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- 10- الشناوى، محمد محروس "الإرشاد والعلاج النفسي"، الكويت: دار القلم (1999).
- 11- العطية، أسماء "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينه من أطفال دولة قطر"، مجلة مركز البحوث التربوية جامعة قطر السنة الحادية عشر العدد 21 يناير 2002 ص 221- 228. (2006).
- 12- الكحيمي، وجدان ، حمام ، فاديه ، مصطفى، علي "الصحة النفسية (للطفل والمراهق) " ، ط 1 ، الرشيد، الرياض (2003) .
- 13- المهدي، محمد عبد الفتاح "العلاج النفسي في ضوء الإسلام"، المنصورة: دار الوفاء للنشر (2005).
- 14- باترسون "نظريات الإرشاد العلاج النفسي" ، ترجمة: حامد الفقي ، ط 2 الكويت: دار القلم (1990).
- 15- بارلو وآخرون "مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي"، ترجمة صفوت فرج وآخرون، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (مترجم، 2002) .
- 16- بيك، آرون؛ ووليامز، مارك؛ وسكوت، جان "العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية (موسوعة علم النفس العيادي؛ 5)"، ترجمة حسن عبد المعطى القاهرة : دار زهراء الشرق (مترجم، 2002).
- 17- خضر، عادل "الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع (T.A.T) دراسة حالة"، مجلة علم النفس ، ع 55 ، السنة 14، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب (2000).
- 18- زهران، حامد "الصحة النفسية والعلاج النفسي" ، ط 4 القاهرة ،عالم الكتب (1999).
- 19- زهران ، حامد "التوجيه والإرشاد النفسي" ، ط 3 ، القاهرة ، عالم الكتب (2002) .

- 20- سالم، محمد شريف "الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء"، القاهرة: مكتبة دار العقيدة (2006).
- 21- سري، إجلال محمد "علم النفس العلاجي"، ط1، القاهرة، عالم الكتب (1990).
- 22- سمير، ايريني "فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة"، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة النوازيق (2001).
- 23- شحاتة، حسن؛ وعمار، حامد؛ والنجار، زينب "معجم المصطلحات التربوية والنفسية"، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة (2003).
- 24- شقيبيل، عبد الله "الضيق"، ط1، الرياض، دار القاسم (1421 هـ 2000 م).
- 25- صبحي، سيد "الإرشاد النفسي"، القاهرة: دار زهراء الشرق (1988).
- 26- عبدالحكيم، مصطفى "العلاج النفسي"، الأردن: دار الأقصى (1996).
- 27- عبد الحميد، جابر؛ وكفافي، علاء الدين "معجم علم النفس في الطب النفسي"، ج "6"، القاهرة: دار النهضة العربية (1993).
- 28- عبدا لخالق، أحمد "الوسواس القهري، التشخيص والعلاج"، جامعة الكويت: مجلس النشر العلمي (2002).
- 29- عبد الواحد، مصطفى "شخصية المسلم كما يصورها القرآن"، ط3، مكتبة عمار، القاهرة (1970).
- 30- عكاشة، أحمد "الطب النفسي المعاصر"، القاهرة: الأنجلو المصرية (2003).
- 31- عبد الظاهر، عبد الله "فاعلية برنامج قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب كلية التربية بأسبوط في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس"، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسبوط (2008).
- 32- عبد الرحمن، محمد السيد "عالم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج"، القاهرة: دار قباء للطبع والنشر (2000).
- 33- فايد، حسين "العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته"، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع (2005).
- 34- فضة، حمدان "دراسة مقارنة لمستويات الأنا العليا لدى العصائيين القهريين والأسوياء"، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها (1989).
- 35- فضة، حمدان "كفاية التواصل المدرك لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بمستوى نمو الأنا لديهم"، مجلة كلية التربية بنها، المجلد "10"، العدد "39"، ص 261 - 328. (1999).
- 36- فضة، حمدان "الأحكام السبقية لدى طلاب الجامعة على متصل السلوك الاجتماعي"، بحث مقبول للنشر، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس (2002).
- 37- فرج، صفوت؛ وسعاد البشر "المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري"، مجلة دراسات نفسية، م "12"، ع "2" أبريل ص 207 - 227. (2002).
- 38- فهمي مصطفى "الإرشاد النفسي"، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية (1987).
- 39- لبيدزاي، وبول "مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين"، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (مترجم، 2000).
- 40- ليهي، روبرت "دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية"، ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة. القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع (مترجم، 2006).

- 41- مبارك، خلف "العلاج السلوكي الشمولي الأسرى المكثف لاضطراب الوسواس القهري المصحوب باضطرابات انفعالية أخرى في الطفولة المتأخرة" دراسة حالة"، *مجلة كلية التربية جامعة المنيا*، م "17"، ع "2" أكتوبر ص104:ص153. (2004).
- 42- مجمع اللغة العربية "معجم التربية وعلم النفس"، تحرير: لجنة علم النفس والتربية بالمجمع، إشراف: شوقي ضيف، *الجزء الأول، الطبعة الثانية، القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية (2003)*.
- 43- مجمع اللغة العربية "المعجم الوسيط"، *الجزء الثاني، القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية (1990)*.
- 44- محمد الطيب "الوسواس القهري تشخيصه وعلاجه"، ط3، *الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية (1991)*.
- 45- محمد، محمد عودة و مرسى، كمال إبراهيم "الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام"، ط4، *الكويت، دار القلم (1997)*.
- 46- مخيمر، صلاح "تناول جديد في تصنيف الأعصاب والعلاجات النفسية"، *القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (1977)*.
- 47- مختار، أمينة "فاعلية الفنية السلوكية منع الاستجابة في علاج العصاب القهري"، *القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر (1985)*.
- 48- مرسى، كمال "الإرشاد والعلاج النفسي من منظور إسلامي"، *الكويت: دار القلم (1995)*.
- 49- موسى، رشاد؛ ويوسف محمد "العلاج الديني للأمراض النفسية"، *القاهرة: الفاروق الحديثة (2003)*.
- 50- منظمة الصحة العالمية "المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية"، *القاهرة: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (1999)*.
- 51- هولاند "اضطراب الوسواس القهري"، في: ليهي، روبرت (مترجم، 2006): دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة. *القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع (مترجم، 2006)*.
- 52- ياركندي، هانم بنت حامد "الصحة النفسية في المفهوم الإسلامي"، *السعودية: عالم الكتب (2003)*.
- 53- Abramowitz, s, Taylor & Mackay "obsessive compulsive disorders, subtypes and spectrum conditions". *New York: Elsevier (2009)*.
- 54- American Psychiatric Association "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)". *4th Ed. Washington: American Psychiatric Association, dc. (1994)*.
- 55- Anderson, R., and Rees, C. "Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder" *A controlled trial. Behaviour Research and therapy*, 45, p.p 123-137. (2007).
- 56- Abramowitz, J. "Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach". *Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. (2006)*.
- 57- Beck, J. "Cognitive therapy: Basics and beyond". *New York, NY: Guilford Press.(1995)*.
- 58- Freeston, H., Loger, E., and Ladouceur, R "Cognitive Therapy of Obsessive Thoughts". *Cognitive and Behavioral Practice 8*, p.p 61-78. (2001).
- 59- Himle, A. "Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 44, p.p 1821-1829 (2006).
- 60- Lanco, Sasson, Nakash, Chopra and Zohar "Obsessive-compulsive Disorder: Biology

- and Treatment”, *a Generation of Progress, In: Griez*, (2001).
- 61- Faravelli, Nutt and Zohar “Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research”, *UK: John Wiley & Sons Ltd* (2001).
- 62- McLean. P “Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive Compulsive disorder”. *Journal of consult psychology*. 14, April, P.P 69 - 205. (2001).
- 63- Sookman, D., And Steketee, G “Directions in Specialized Cognitive Behavior Therapy for Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: Theory and Practice of Two Approaches”. *Cognitive and Behavioral Practice* 14, p.p 1–17. (2007).
- 64- Tolin, D., Frost, R., and Steketee, G “An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding”. *Behaviour Research and Therapy*, 18, p.p 50-65. (2007).
- 65- Tolin, D. F., Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky, and Brady “A Randomized Controlled Trial of Self-Directed Versus Therapist-Directed Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder Patients”. *Behavior Therapy*, 25, p.p 26 – 78. (2007).
- 66- Turner, C “Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions”. *Clinical Psychology Review*, 26, p.p 912–938 (2006).
- 67- Van Balkon “Cognitive – behavioral therapy of obsessive – compulsive disorder: A review of the treatment literature”. *Research on social work practice*, 11(3), p.p 317 – 72. (2001).
- 68- Wagner, A. “Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive disorder” *Brief Treatment and Crisis Intervention*; Sep 1, 3; p.p291-309. (2003).
- 69- Wilhelm, S, and Steketee, G., “Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial”. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol 19, No 2, p.p 173-179. (2005).
- 70- Wilson, K., and Chambless, D, “Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder”. *Behaviour Research and Therapy*, 43, p.p 1645–1654 (2005).
- 71- World Health Organization (WHO) “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines”. *WHO, Geneva*. (1992).