



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة تخرج

للحصول على شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية .

**تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد
(مقاربة تحليلية لثلاث حالات ذكور وإناث باستعمال اختبار الروشاخ
بولاية غليزان)**

مقدمة و مناقشة علنا من طرف الطالبين:

بن عجمية إبراهيم و مزورة بلقاسم

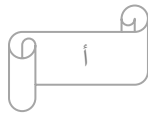
أمام لجنة المناقشة

<u>اللقب والاسم</u>	<u>الرتبة</u>	<u>المؤسسة الأصلية</u>	<u>الصفة</u>
أ. دويدي سامية	أ. مساعد.أ	جامعة مستغانم	رئيسا
أ. بوريشة جميلة	أ. مساعد.أ	جامعة مستغانم	مشرفا ومقررا
أ. حمزاوي زهية	أ. محاضر. ب	جامعة مستغانم	مناقشا

السنة الجامعية 2016 - 2017

كلمة شكر وتقدير

- . الشكر أولا وآخرا لله تعالى توفيقه لنا في إنجاز هذا العمل .
- . الحمد لله الذي سهل لنا طريقا إلى العلم وشمّلنا بواضل نعمه .
- . نتقدم بالشكر الجزيل إلى الاستاذة المشرفة "بوريشة جميلة" على قبولها الإشراف على مذكرتنا واعطائنا التوجيهات والنصائح وإمدادها لنا بالمعلومات القيمة ، وعدم بخلها بجهدا ووقتها ، فأنتي أهل الشكر والتقدير فوجب علينا تقديرك فلك منا كل الشناء والتقدير ، فاسأل الله ان يجعل هذا في ميزان حسناتك .
- . وايضا إلى الأستاذة "حمزاوي زهية" على تقديمها يد العون في إنجاز المذكرة ، فالشكر لها وألف شكر وتقدير وإمتنان .
- . كما نتقدم بجزيل الشكر إلى كل اساتذة قسم علم النفس وإلى أساتذتنا الكرام على منحهم لنا الرصيد المعرفي الكافي.
- . كما نتقدم بجزيل الشكر إلى كل الطاقم الطبي العامل بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي محمد بن علي ولاية غليزان.
- . وإلى كل من ساهم من قريب وبعيد في إنجاز هذا العمل .



الإهداء

"- بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين ."

"أهدي ثمرة هذا العمل إلى روح عمتي الطاهرة (زهرة) وإلى أفراد العائلة المحترمة الإخوة

والأجداد"

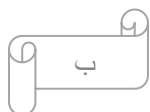
"إلى كل الأصدقاء خاصة نور الدين وبلقاسم "

"إلى كل من علمني حرفا وصرت له عبدا"

"إلى كل من ساهم من قريب وبعيد في إنجاز هذا العمل الرامي إلى تحصيل العلمي والمعرفة

وإنارة دروب الحياة "

. بن عجمية إبراهيم .



الإهداء

إلى من شقيا من أجلي صغيرا , وعلماني وأدباني صغيرا , وإلى من وجهاني كثيرا

"إلى والداي العزيزين أطال الله بقائهما"

إلى من رسموا الإبتسامة على شفاهي فحطوها بكل دقة إخوتي الأعزاء.

إلى الصديق العزيز الذي شاركني في هذا العمل " بن عجمية إبراهيم "

إلى صديقي وأخي في الله " ميلود دواجي نور الدين "

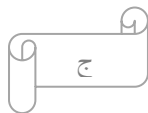
إلى كل طلبة قسم علم النفس وأخص بالذكر طلبة ماستر علم النفس العيادي والصحة

العقلية.

وكل من يعرفني من قريب وبعيد

إلى كل طالب علم تعثر في خطاه لكنه ماض نحو هدفه

. مزورة بلقاسم .



ملخص الدراسة

تمثلت دراستنا في معرفة تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد، والقاء الضوء على مفهوم الوسواس القهري وتقدير الذات ، وإنطلقنا من الإشكالية التالية :

. الإشكالية العامة :

1 . هل تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالوسواس القهري ؟

والتساؤلات الفرعية التالية :

أ . هل يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة المزاجية والوجدانية ؟

ب . هل يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب العلاقات الإجتماعية والاسرية ؟

حيث تم الإعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة ، والمقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية ، وإختبار بقع الحبر لروشاخ ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات وتم تحديد ثلاث حالات من الفئة الراشدة مصابين بإضطراب الوسواس القهري وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم ما بين 27 - 36 سنة ، وذلك ، وفي الأخير تم التوصل إلى النتائج التالية :

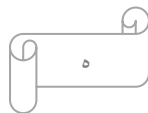
. تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد .

. يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة المزاجية والعاطفية .

. يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب طبيعة العلاقات الإجتماعية والاسرية .

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	شكر وتقدير
ب	إهداء
ج	إهداء
د	ملخص الدراسة
هـ	فهرس المحتويات
ط	فهرس الجداول
01	مقدمة
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
	1 . تقديم مشكلة الدراسة
06	2 . الإشكالية
10	3 . فرضيات الدراسة
10	4 . أهداف الدراسة
11	5 . أهمية الدراسة
11	6 . أسباب ودوافع اختيار الموضوع
12	7 . تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة
الفصل الثاني: الوسواس القهري	
15	تمهيد
15	1 . تعريف الوسواس القهري .
17	2 . الفئات التصنيفية للوسواس القهري



20	3 . الفرق بين الوسواس القهري والشخصية الوسواسية
21	4 . عوامل ظهور الوسواس القهري
24	5 . أعراض الوسواس القهري
26	6 . النظريات المفسرة للوسواس القهري
27	7 . المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب dsm5 و icd10
33	8 . علاج الوسواس القهري
35	9 . مآل والمسار المرضي للوسواس القهري
37	خلاصة
الفصل الثالث: تقدير الذات	
39	تمهيد
39	1 . تعريف الذات
40	2 . تطور الذات
41	3 . المفاهيم المتعلقة بتقدير الذات
42	4 . تعريف تقدير الذات
44	5 . الفرق بين تقدير الذات ومفهوم الذات
44	6 . مستويات الذات
46	7 . النظريات المفسرة لتقدير الذات
47	8 . العوامل المؤثرة على تقدير الذات
49	9 . تقدير الذات والصحة النفسية
51	خلاصة
الفصل الرابع : مرحلة الرشد	
54	تمهيد

54	1 . تعريف مرحلة الرشد
54	2 . مراحل مرحلة الرشد
55	3 . خصائص مرحلة الرشد
56	4 . مطالب مرحلة الرشد
56	5 . النظريات المفسرة لمرحلة الرشد
59	6 . مشكلات مرحلة الرشد
61	خلاصة
الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية	
63	تمهيد
63	1: الدراسة الإستطلاعية
63	1.1 . الإطار الزمني والمكاني للدراسة
63	1 . 2 . حالات الدراسة
64	1 . 3 . إستنتاج عام حول الدراسة
64	2 : الدراسة الأساسية
64	2 . 1 - منهج الدراسة
66	2 . 2 . مقارنة تحليلية
66	2 . 3 . حالات الدراسة
66	2 . 4 . مواصفات حالات الدراسة
66	2 . 5 . الإطار الزمني والمكاني للدراسة
67	3 . أدوات الدراسة
75	خلاصة
الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها	

78	أولاً: عرض النتائج (دراسة الحالات)
78	1- دراسة الحالة الأولى
100	2- دراسة الحالة الثانية
123	3- دراسة الحالة الثالثة
144	ثانياً: مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
144	1- مناقشة نتائج الفرضية العامة
145	2- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى
146	3 - مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية
148	خلاصة
150	خاتمة
152	توصيات واقتراحات
154	صعوبات البحث
156	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
66	يوضح خصائص حالات الدراسة	رقم 01
71	يوضح مستويات تقدير الذات	رقم 02
72	يوضح مقاييس الفرعية لتقدير الذات	رقم 03
74	يوضح تصنيف شدة الوسواس القهري	رقم 04
79	يوضح سير المقابلات للحالة الأولى	رقم 05
87	يوضح بروتوكول الروشاخ للحالة الأولى	رقم 06
88	يوضح المخطط النفسي للحالة الأولى	رقم 07
96	يوضح نتائج مقياس تقدير الذات للحالة الأولى	رقم 08
101	يوضح سير المقابلات للحالة الثانية	رقم 09
111	يوضح بروتوكول الروشاخ للحالة الثانية	رقم 10
112	يوضح المخطط النفسي للحالة الثانية	رقم 11
119	يوضح نتائج مقياس تقدير الذات للحالة الثانية	رقم 12
124	يوضح سير المقابلات للحالة الثالثة	رقم 13
132	يوضح بروتوكول الروشاخ للحالة الثالثة	رقم 14
133	يوضح المخطط النفسي للحالة الثالثة	رقم 15
140	يوضح نتائج مقياس تقدير الذات للحالة الثالثة	رقم 16
146	يوضح الحالة الميزاجية والوجدانية لحالات الدراسة	رقم 17

مقدمة الدراسة

إن الإنسان هو جزء مهم في هذا العالم بحيث يلعب دورا كبيرا في تطويره وتقدمه، وذلك عن طريق الابتكار والعمل والإنتاج ، واي خلل يصيب الإنسان قد يعيق هذا التطور والرقي ، ويمر الانسان في مختلف مراحل عمره في الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة بمجموعة من الأمور والأحداث والوقائع التي من الممكن أن تؤثر على سلوكياته وقيمه وعلى نمط تفكيره وحتى على ذاته وقد تكون سببا في ظهور الإضطرابات النفسية الذي تعيق تكيفه مع بيئته والعالم المحيط به ومن بينها إضطراب الوسواس القهري الذي هو مجموعة من الأفكار المتسلطة على الفرد والسلوكيات الجبرية التي تجبره على القيام بها وتسبب ألما وقلقا نفسيا اذا حاول مقاومتها والتخلص منها ، وتوثر هذه السلوكيات والأفكار على نموه داخل بيئته وسلوكياته وسط أفراد مجتمعه وكذلك توثر على نفسيته وعلى ذاته .

. ويعد تقدير الذات من المواضيع المهمة التي لاقت اهتمام الباحثين في الأونة الاخيرة لما لها اهمية ودور في السعي نحو تكامل واتساق شخصية الفرد ليكون أكثر تكيفا مع البيئة التي يعيش فيها ، فتقدير الذات يؤثر على سلوك الفرد وعلى أسلوب تفكيره وعلى كفاءته في إتخاذ القرارات ، كما يسهم في تحديد مدى قدرته على إستثمار طاقاته لإقتحام المواقف الصعبة ومواجهة الضغوط الحياة ، فيصبح أقل عرضة للشعور بالقلق وقل معاناة من الضغوط النفسية .

ومن هذا المنطلق حاولنا في دراستنا الحالية إلى معرفة تأثير الوسواس القهري على تقدير الذات ، وقد تم معالجة موضوع الدراسة من خلال ستة فصول ، وقد تم في الفصل الأول الذي يعد بمثابة مدخل إلى الدراسة عرض الإشكالية ، الفرضية ،الأهداف ، والأهمية واسباب إختيار الموضوع واخيرا تعريف المفاهيم الإجرائية للدراسة .

أما في الفصل الثاني فكان موضوعه الوسواس القهري الذي تم فيه تعريف الوسواس القهري ، ومن ثم تطرقنا إلى الفئات التصنيفية للوسواس والأفعال القهرية ومن ثم التطرق إلى توضيح الفرق بين الوسواس القهري والشخصية الوسواسية ، وكذا عومل ظهور الوسواس القهري ، واعراض الوسواس القهري ، ثم أهم النظريات المفسرة للوسواس القهري ،ليتيم بعدها التطرق إلى المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب dsm5 و icd 10 و بعد ذلك علاج الوسواس القهري ، واخيرا مآل والمسار المرضي للوسواس القهري.

المقدمة

في حين ركز الفصل الثالث على تقدير الذات ، فقد تم تناولنا أولاً تعريف الذات و تطورها والمفاهيم المتعلقة بالذات ثم تطرقنا إلى تعريف تقدير الذات و الفرق بين تقدير الذات و الذات مستويات الذات و النظريات المفسرة لتقدير الذات و العوامل المؤثرة على تقدير الذات والصحة النفسية.

أما الفصل الرابع فقد تم فيه التطرق الى مرحلة الرشد ، حيث تم تعريف مرحلة الرشد ومراحلها ثم بعد ذلك خصائص ومطالب مرحلة الرشد وكذلك سوف نتطرق إلى أهم النظريات الفسرة لمرحلة الرشد وفي الأخير مشكلات هذه المرحلة.

أما الفصل الخامس فقد تم عرض فيه منهجية إجراء الدراسة ، حيث تم توضيح المنهج المتبع في الدراسة ، والدراسة الإستطلاعية ، والإطار الزمني للدراسة ، وعينة الدراسة ، وكذلك أدوات الدراسة .

الفصل السادس :خصص لعرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج ويضم الإستنتاج العام الذي يخص النتائج المحصل عليها من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضية، وفي الأخير تم وضع خاتمة البحث، والمقترحات والتوصيات، قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

الفصل الأول

مدخل الى الدراسة

1. اشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. اهداف الدراسة

4. اهمية الدراسة

5. اسباب ودوافع اختيار الموضوع

6. تحديد المفاهيم الاجرائية

1. تقديم مشكلة الدراسة :

تلعب الصحة النفسية دورا مهما في تحسين حياة الفرد وتكيفه مع محيطه وتكوين الرضا عن النفس وتحقيق التوازن في الشخصية إلا أنها تتأثر بفعل عوامل وأسباب تؤدي إلى إختلال ذلك التوازن في الشخصية والتكيف مع العالم المحيط ومن بينها المرض النفسي الذي هو خلل في توازن شخصية الفرد .

وقد تطرقنا في دراستنا الحالية إلى شكل من أشكال المرض النفسي وهو الوسواس القهري الذي يعرفه . (حامد زهران 1999:423) على أنه وساوس وهي أفكار تسلطية، والقهر هو السلوك الجبري يظهر لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعيه بغرابته وسخفه وعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر إذا قام بما توسوس له نفسه ويشعر بالحاح داخلي للقيام به.

ف نجد المصاب بالوسواس القهري يعاني من سوء التوافق الذي يؤثر على تحقيق الاتزان في الذات وذلك لما تراوده من أفكار تكون متناقضة مع ذاته فستتطرق إلى تقدير الذات الذي يعد من الابعاد المهمة في الذات فهو الذي يحقق الثقة والاعتزاز بالنفس ويعرفه (حسين قطناني 2011: 207) هو مجموعة من القيم والتفكير والمشاعر التي يملكها حول نفسه فيعود مصطلح تقدير الذات إلى مقدار رؤية الشخص انفسه وكيف يشعر اتجاهها .

. ومن بين الدراسات التي تناولت موضوع الوسواس القهري نذكر منها :

دراسة (سليم عودة الزبون 2014) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى طلبة جامعات الاردنية ، تم إختيار عينة عشوائية من طلبة الجامعات الأردنية وقد تكونت عينه الدراسة من 720 طالبا وطالبة وتم استخدام مقياس العنف الاسري ومقياس الوسواس القهري، وكشفت نتائج الدراسة ان مستوى العنف الاسري ومستوى الوسواس القهري عند الطالبات كان بدرجة متوسطة ووجود علاقة دالة احصائيا بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى الطلبة .

. وكذلك دراسة (امال عبد القادر جوده 2004) حيث هدفت الدراسة إلى تحديد المكونات الاساسية لاضطراب الوسواس القهري وتكونت عينه الدراسة من 600 طالب وطالبة فإستخدمت الباحثة مقياس العربي للوسواس القهري

(احمد عبد الخالق 1992) وقد اسفرت نتائج الدراسة أن الاناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس القهري ، كما أظهرت نتائج الدراسة عن فروق دالة احصائيا في اضطراب الوسواس القهري وفقا لمتغير التخصص.

. دراسة (عمر واميرة الريماوي 2014) هدفت الدراسة إلى الكشف عن الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية و الإنبساطية لدى طلبة جامعة القدس في ضوء متغيرات مستقلة (الجنس،الكلية ، السكن) وقد تم تطبيق مقياس أبعاد الشخصية العصابية والإنبساطية ومقياس الوسواس القهري على عينة عشوائية بلغت 231 طالبا وطالبة من جامعة القدس وقد أظهرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد الانبساطية ووجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد العصابية وعدم وجود دلالة احصائية للوسواس القهري وابعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية .

. ومن جهة اخرى نجد الدراسات التي تناولت موضوع تقدير الذات وهي :

. دراسة (الهامي 1987) هدفت إلى دراسة تقدير الذات والقلق وطبقت إستبيان لورانس لتقدير الذات على عينة بلغت 300 طالب وطالبة يدرسون بالمدارس الاعدادية بالقاهرة وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في تقدير الذات .

. دراسة (سامية محمد صابر محمد عبد الربي) هدفت الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات والإكتئاب لدى عينة طلاب ذكور واناث وكذلك للتعرف على الفروق بين الجنسين في صورة الجسم وتقدير الذات والاكتئاب وقد تكونت عينة الدراسة من 287 طالبا وطالبة وقد تم تطبيق مقياس صورة الجسم وتقدير الذات والإكتئاب وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة إرتباطية سالبة بين صورة الجسم والإكتئاب ووجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات لصالح الإناث ووجود فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب لصالح الأناث

. دراسة (عبد العزيز حنان 2012) هدفت الى معرفة العلاقة بين أنماط التفكير وتقدير الذات لدى عينة من طلبة جامعة بشار وقد تم استخدام مقياس كوبر سميث ومقياس التفكير السلبي والإيجابي تم بنائه من طرف الباحثة على

عينة بلغت 200 طالبا من جامعة بشار وقد اسفرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة إرتباطية بين نمط التفكير الايجابي وتقدير الذات المرتفع وعلاقة ارتباطية بين التفكير السلبي وتقدير الذات المنخفض لدى طلبة جامعة بشار .

. التعقيب على الدراسات السابقة:

. بعد التطرق إلى مختلف الدراسات التي تناولت متغيري الدراسة (الوسواس القهري . تقديرالذات) فنجد الدراسات التي إهتمت بالوسواس القهري والتي تعددت أهدافها فمنها التي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين العنف الأسري والوسواس القهري في دراسة سليم عودة الزبون2014 وكذلك هدفت دراسة أمال عبد القادر جودة 2014 إلى تحديد المكونات الاساسية للوسواس القهري وأيضا دراسة عمر واميرة الريماوي 2014 الى التعرف والكشف عن الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية .

. وكذلك اختلفت الدراسات في العينة من حيث العدد والكنها كلها طبقت على الجنسين (ذكورواناث).

. وقد تم إستخدام أدوات الدراسة مقياس الوسواس القهري من اعداد الباحث ومقياس العنف الاسري في دراسة سليم عودة 2014 والمقياس العربي للوسواس القهري لعبد الخالق1992 في دراسة امال عبد القادر جودة 2014 ودراسة عمر واميرة الريماوي2014 وتم استخدام في هذه الاخيرة أيضا مقياس أبعاد الشخصية العصابية والإنساقية

. وإختلفت نتائج الدراسة وذلك لتعدد أهدافها ومتغيراتها ، ومن النتائج التي أوضحت أن مستوى الوسواس القهري والعنف الأسري كان بدرجة متوسطة ووجود علاقة دالة إحصائيا بين العنف الاسرس والوسواس القهري في دراسة سليم عودة الزبون 2014 ، أما دراسة أمال عبد القادر جودة 2004، فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا في إضطراب الوسواس القهري وفقا لمتغير التخصص وأن الإناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس القهري أما دراسة عمر واميرة الريماوي 2014 فقد كانت النتائج في وجود علاقة عكسية بين الوسواس القهري وبعد الإنساقية وعلاقة طردية بين الوسواس القهري وبعد العصابية وعدم وجود دلالة احصائيا بين الوسواس القهري وأبعاد الشخصية الانبساطية والعصابية .

. أما بالنسبة للدراسات التي تناولت متغير تقدير الذات فقد تعددت وإختلفت أهدافها فمنها من هدفت إلى دراسة تقدير الذات والقلق دراسة الهامي (1987) ، ودراسة سامية محمد صابر التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات والإكتئاب ، ودراسة عبد العزيز حنان(2012) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين أنماط التفكير وتقدير الذات .

. وإختلفت عينة الدراسات من حيث العدد ولكنها كلها درست الجنسين (ذكور واثان) .

. وقد تم إستخدام مقياس لورانس في دراسة الهامي (1987) ومقياس كوبر سميث في دراسة عبد العزيز حنان (2012) ومقياس حسين الدرني ومحمد سلامة 1983 في دراسة سامية محمد عبد الربي .

. وقد إختلفت نتائج الدراسات وذلك نظرا لإختلاف متغيرات بحثها وإختلاف أهدافها ، فنجد دراسة الهامي (1987) فقد توصلت نتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في تقدير الذات ودراسة سامية محمد عبد الربي التي توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات لصالح الإناث ، أما دراسة عبد العزيز حنان (2012) فتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين نمط التفكير الإيجابي وتقدير الذات المرتفع وعلاقة إرتباطية بين نمط التفكير السلبي وتقدير الذات المنخفض .

. وبعد ما تم التطرق لما سبق والدراسات التي تناولت موضوعي الوسواس القهري وتقدير الذات فقد تم التطرق في دراستنا إلى طرح مجموعة من التساؤلات وهي :

2. الإشكالية الرئيسية:

. هل تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالوسواس القهري ؟

وتفرعت عن الإشكالية مجموعة من التساؤلات الفرعية كما يلي :

أ. هل يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة الميزاجية والوجدانية ؟

ب . هل يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب العلاقات الإجتماعية والاسرية ؟

. وللإجابة المؤقتة عن هذه التساؤلات ، إقترحنا الفرضيات التالية :

3 . الفرضية الرئيسية :

. تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات لدى الشخص الراشد بالوسواس القهري.

3 . 1 . الفرضيات الفرعية :

أ . يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة الميزاجية والوجدانية .

ب . يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب طبيعة العلاقات الإجتماعية والاسرية .

4 . أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى :

. معرفة تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد.

. إلقاء الضوء على مفهوم الوسواس القهري و تقدير الذات.

. إلقاء الضوء والاهتمام بفئة المصابين بالوسواس القهري .

5 . أهمية الدراسة

تتجلى أهمية دراستنا الحالية :

. المعاش النفسي المؤلم لفئة المصابين بالوسواس القهري .

. تسليط الضوء على اضطراب الوسواس القهري كاضطراب نفسي منتشر بين الأفراد.

. الدراسة الحالية تقدم إضافة جديدة من خلال معرفة تأثير الوسواس القهري على تقدير الذات .

. توفير معلومات أساسية عن الوسواس القهري وتقدير الذات .

- . تقييم معلومات الجانب النظري من خلال تطبيقها في الجانب الميداني .
- . إن هذه الدراسة تضاف الى الدراسات السابقة وبالتالي تكون ذات فائدة للمهتمين بالاضطرابات النفسية .
- . تقديم اقتراحات واء من خلال نتائج الدراسة .

6 . أسباب ودوافع اختيار الموضوع

- . قلة البحوث والدراسات الميدانية المتعلقة بموضوع الوسواس القهري خاصة في البيئة الجزائرية .
- . التأثير الكبير للوسواس القهري على المريض خاصة على مستوى الذات .
- . الإنتشار الكبير لاضطراب الوسواس القهري وقد تم اختيار فئة من المصابين بهذا الاضطراب بهدف معرفة تأثيره على تقدير الذات .

7 . المفاهيم الاجرائية :

7 . 1 . الوسواس القهري:

هو اضطراب عصابي يكون على شكل وساوس كالخوف من المرض والموت او صور اقتحامية او افعال قهرية وتكون جبرية على الشخص ويشعر المريض بالقلق او التوتر اذا حاول مقاومتها ، هو مجموع الدرجات المتحصل عليها في مقياس بيل براون (YBOCS) لتشخيص الوسواس القهري.

7 . 2 . تقدير الذات :

هو التقييم الذي يعطيه الفرد لذاته ورؤيته لتقييم الآخرين له ، وهو مجموعة من الافكار والمعتقدات التي يحملها الفرد عن نفسه وقد يكون هذا التقييم منخفضا او متوسطا او مرتفعا، هو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المصاب باضطراب الوسواس القهري في مقياس كوبر سميث لتقدير الذات ، يحكم على أن تقدير الذات المنخفض من (20 40) درجة ، ويكون متوسطا من (40 . 60) درجة ومرتفعا من (60 . 80) درجة .

7.3. الراشد :

هي مرحلة من المراحل العمرية التي يمر بها الفرد ويكون فيها النضج واكتمال الشخصية ، بحيث يصبح الفرد في هذه المرحلة قادرا على تحمل المسؤوليات و تكوين اسرة والاشراف عليها ورعايتها والدخول في الجانب المهني وتكوين جماعات ، هو الشخص المصاب بإضطراب الوسواس القهري الذي يتراوح سنه ما بين 27 - 36 سنة ، الساكن بولاية غليزان .

الفصل الثاني: الوسواس القهري

الفصل الثاني: الوسواس القهري

تمهيد

1 . تعريف الوسواس القهري

2 . الفئات التصنيفية للوسواس القهري

3 . الفرق بين الوسواس القهري والشخصية الوسواسية

4 . عوامل ظهور الوسواس القهري

5 . اعراض الوسواس القهري

6 . النظريات المفسرة للوسواس القهري

7 . المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب DSM5 و ICD10

8 . علاج الوسواس القهري

9 . مآل والمسار المرضي للوسواس القهري

خلاصة

تمهيد:

يعد الوسواس القهري من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً وأكثرها انتشاراً وهو نوع من الإضطرابات النفسية التي يكون فيها مصاب مرغماً على تكرار سلوكيات وأفعال أو تسلط أفكار لاعقلانية في ذهن الفرد وقد يشعر بالقلق إذا حاول مقاومتها أو عدم فعلها وهذا ما يجعله في دوامة من المعاناة طوال وقته مما يدفعه إلى طلب المساعدة أو العلاج وسنحاول في فصلنا هذا إلى الإمام الوسع بهذا الموضوع وسوف نتطرق إلى تعريف الوسواس القهري وأسبابه والنظريات المفسرة له وأعراضه وكذلك العلاج والمال وبعض العناصر الأخرى .

1. تعريف الوسواس القهري :

1.1 . الوسواس لغة : هو الشيطان والفعل وسوس ، فيقال : وسوس الشيطان إليه ، وله ، وفي صدره وسوسة

، وسواسا ، وهو حديث النفس بما لانفع فيه ولا خير (مجمع اللغة العربية، 1985:1033)

. هو حديث النفس ، فيقال وسوست إليه نفسه وسوسة ووسواسا ، كما في لسان العرب ، قال تعالى (وَلَقَدْ خَلَقْنَا

الْإِنْسَانَ وَنَعَلَمَ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ ۗ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ) (ق:16)

والوسواس بالفتح هو إسم الشيطان ، كما في القاموس المحيط ، قال تعالى (مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ (4) الَّذِي

يُوسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ (5) مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ (6) (الناس: 4 . 6)

(محمد شريف سالم، 2000:153)

. القهر لغة: في اللغة العربية من قهره قهار، غلبه فهو قاهر وقهار ، و يقال أخذهم قهار من غير رضاهم ، و فعله قهار : بغير رضا ، وأقهر الرجل ، صار أمره إلى القهر القهرة بضم القاف يقال : أخذت فلانا قهرة : اضطرار و

القهار اسم من أسماء الله الحسنى ، و القهار الغالب لا تحد غلبته شيء (عبد الخالق،2002:12)

1. 2. التعريف الاصطلاحي:

. الافكار الوسواسية :

هي مجموعة من الأفكار والصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها ، ويعاني المريض كثيرا منها لغرابتها وعدم فائدتها وتسببها في كثير من القلق والازعاج ، وتلح على خاطره عبارات معينة أو إسم معين يتكرر باستمرار . (محمد شريف سالم،2002:16)

. الافعال القهرية :

هي أعمال قهرية واعية وسلوكيات جبرية إستجابة لأفكار وساسية لتخفف او تمنع القلقاو الازعاج الناتج عن تلك الأفكار ، ولا يستطيع المريض مقاومتها ،وهي تستوذ عليه لفترة طويلة وهو غير راض عنها ولا يجبها ،وخاصة وهو لايشعر بثمره وراء تكرارها ، لكنه مقهور على إستمرار عملها والقيام بها .

ودائما ما تاتي الوسواسا القهرية لمنع أو تجنب بعض الأحداث المفزعة المتصورة في عقل المريض ، مثل سوء الحظ

المتوقع او المحن والبلايا أو الموت أو المرض.(المرجع السابق:16)

. فالوسواس القهري هو جملة من الإختلالات العصبية الشديدة والحادة التي تسلب المصاب توازنه النفسي والسلوكي ، وتعرضه إلى مشاكل جمّة تحول دون إنسجامه مع محيطه ، وهذا الإختلال وفقدان التوازن له طبيعة علنية وواضحة ،

ويرى بعض علماء النفس أن الوسواس يعد نوعاً من النهك العصبي أو العجز في التخلص من الشكوك والذي يتسم بإضطرابات عاطفية ونفسية وذهنية خاصة، وتصدر عن المصاب به تصرفات غير مالوفة .

وهو نوع من أنواع العصاب النفسي الذي يلجا فيه المصاب إلى سلوك غير مقبول في المجتمع ، بغية الدفاع عن نفسه امام الاضطراب والقلق (علي القايمي، 1996:9)

. ويعرفه " حامد زهران " بأنه " فكرة متسلطة وسلوك اجباري ، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه ، ويفرض نفسه عليه ، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض وتبعده لغرابته وسخفه ، ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر اذا قاوم ما توسوس به نفسه ، ويشعر بالاحاح داخلي للقيام به (جبل ، 2002:173)

. و يطلق أنجلش **Angelch** على العصاب القهري اسم الاستجابة الحصارية القهرية **Obsessive**

Compulsive reaction و يصفه بأنه سلوك عصابي يرتبط فيه القلق بالانشغال بأفكار غير مرغوبة

و بدفعات عنيدة إلى تكرار أفعال معينة المرة تلو الأخرى و يصف أن الوسواس والقهر يشكلان زملة واحدة أو طرازا سلوكيا واحدا (الخالدي، 2006:77)

. الوسواس القهري هو إضطراب عصابي يكون على شكل أفكار أو أفعال او وجودهما معا ، وهو فكرة متسلطة أو سلوك إجباري يراود الشخص المصاب ولايستطيع التخلص منه ، رغم وعيه بغاية هذه الأفكار والسلوكيات ويشعر بالقلق والتوتر إذا حاول مقاومة هذه الأفكار والسلوكيات .

2 . الفئات التصنيفية للوسواس و الأفعال القهرية:

1. 2 . تصنيف الوسواس:

تصنف الوسواس من حيث أنواعها و مضمونها إلى:

2. 1. 1. وسواس الشك : حيث يكون لدى الفرد اعتقاد بأن أي مهمة يقوم بها لا تتم على وجه صحيح، ويكون غير راض عنها.

2. 1. 2. وسواس التفكير : و هي عبارة عن سلسلة من الأفكار الإجترارية المتصلة و تتصل أحدها على الأقل بأحداث مستقبلية.

2. 1. 3. الوسواس القهري(الاندفاعات) : و فيها يكون لدى الفرد مطالب قوية تحمله على القيام بسلوكيات قد تكون تافهة بشكل هجومي وغير متحكم بها و تكون لديه رغبة جامحة أو قوية و اندفاع للقيام بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها.

2. 1. 4. وسواس الخوف : و هو الخوف من فقدان التحكم ، و التصرف بشكل مخرج في موقف اجتماعي (كالخوف من الضحك في جنازة).

2. 1. 5. وسواس الصور : و هي استمرار وجود الصورة السلبية التي رآها الإنسان سابقا وتكون حاضرة دائما (البشر، 2007، : 35، 36)

2. 2. تصنيف الأفعال القهرية:

تصنف الأفعال القهرية إلى خمس فئات و هي:

2. 2. 1. فئة طقوس الاغتسال والنظافة:

ينزعج هؤلاء المرضى مما يعتقدون بأنه ملوث ، و هي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشارا ، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الجراثيم أو النفايات ، أو القذارة أو البول أو الغائط، أو جميعها و غيرها مما يؤدي لقيامهم بطقوس النظافة و الاغتسال بشكل مستمر و متكرر ، كغسل اليد بشكل مفرط قد يصل إلي (50) مرة يوميا أو الاستحمام (4) مرات يوميا أو أكثر.

2.2.2. فئة طقوس المراجعة:

عادة ما تكون لدى الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة مشاعر مضطربة حول عدم إتمامهم للعمل على أكمل وجه ، حيث يقومون بمراجعة الأعمال التي أدوها ، و يصابون بالقلق إذا لم يفعلوا ذلك ، فهم يقومون عدة مرات بالمراجعة لغلق الأبواب أو النوافذ أو الأجهزة الكهربائية أو قد يكررون التأكد من وضع الأشياء في أماكنها أو قد يفتحون الرسائل عدة مرات للتأكد من أنهم قد وضعوها في الظرف و عادة ما يقومون بهذه الطقوس لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو بالآخرين ، و ترتبط هذه الأفكار القهرية بشكل مباشر بوسواس الخوف لديهم فالأفراد الذين يتأكدون عدة مرات من غلق أنابيب الغاز يخافون من حدوث حريق و قد ترجع بداية طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية حيث تلعب دورا بارزا في تطور هذا الاضطراب ، على عكس الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة فقد يبدأ المرض لديهم فجأة (البشر 2007 :36).

2.2.3. فئة وساوس الأفكار و الأفعال القهرية المقنعة:

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

2.2.4. فئة الأفعال القهرية المختلطة و المكشوفة:

و تلاحظ لدى الافراد الذين ينخرطون في وضع الأشياء في ترتيب معين أو الذين لا يستطيعون التخلص من الأشياء القديمة و غير الضرورية أي المحبين للاكتناز و يقوم هؤلاء بملء الغرف و المنازل بالأشياء البالية لاعتقادهم بحاجتهم لها يوما ما.

2. 2. 5. فئة وساوس البطء الأولي:

يري راخمان **Rachman** وهودسون **Hodgson** (1980) من المرضى الوسواسيين يتصفون بالبطء ، غير أن هذا البطء ما هو إلا عرض ثانوي في سلوكهم القهري أو في وساوسهم المتكررة و التي تصبح مستهلكة للوقت و يتسم هؤلاء المرضى بالبطء الأولي ، و هو بطيء غير ناتج عن صعوبات أخرى لديهم فالمهام البسيطة اليومية تستهلك منهم قدرا أكبر من الوقت ، وهم يؤدون الأعمال المختلفة بطريقة صحيحة و وسواسية و المجال الرئيس الذي يتأثر بهذا البطء هو مجال العناية بالذات (البشر، 2007 : 38).

3. الفرق بين مرض الوسواس القهري والشخصية الوسواسية :

مع أننا كثيرا مانجد في مرضى الوسواس القهري سمات من الشخصية الوسواسية إلا أن نسبة قليلة فقط من مرضى الوسواس القهري هم أصحاب الشخصية الوسواسية .

فالفارق الأساسي يكمن في درجة الإضطراب في النواحي الاجتماعية والمهنية والأكاديمية وفي الحياة عموما

أما من يتصف بالشخصية الوسواسية فانما قلما مايشعر بالمعاناة ، ونادرا ما يطلب العون فيما يتعلق بمشاكله ، بل انه لا يدري ايضا أن هناك اصلا مشكلة إلا إذا نهبه عليها صديق أو زميل أو قريب ممن يتأثرون به او يلاحظون سلوكه الجامد والبرود والتحفظ.

. ومرض الوسواس القهري له بداية يتذكرها المريض جيدا عكس الشخصية الوسواسية التي تبدأ بالظهور في البلوغ المبكر ويطء وبالتدرج .

هنا لا بد لنا من سؤال ، هل كل من يتصف بالصفات السابقة يعتبر مريضا ؟

الاجابة هي ان الأمر نسبي ولا بد هنا من من العرض على الطبيب النفسي ليقرر الحالة.

ولكن إذا وصلت الوسواس الى حد الاضطراب في الحياة اليومية الإجتماعية (فتؤدي الى العزلة والتفرغ لممارسة الضغوط الوسواسية) أو النشاط الاكاديمي، (فيكون سببا للفشل الدراسي) أو النشاط المهني ، فيمهل المريض عمله بالكلية) هنا لا بد من التدخل العلاجي (محمد شريف سالم ، 2003 : 22).

4 . أسباب الوسواس القهري :

يوجد مجموعة من العوامل او الأسباب التي تلعب دورا رئيسيا في ظهور اضطراب الوسواس القهري وهي كالآتي :

4 . 1 . العوامل الوراثية :

أحد الجذور التي يمكن الإشارة إليها فينا يتعلق بالوسواس هي الوراثة ، رغم ما للتنشئة الاجتماعية من دور تؤثر في هذا المجال أيضا ، أي أن الشخص يكتسب بعض الصفات الوراثية ومنها الوسواس عن طريق الأبوين أو الأجداد .
ومع أن الوراثة تعد عاملا مهما من عوامل الوسواس إلا انه يجب عدم إهمال تأثيرات العوامل التربوية والبيئية نظرا لأهمية دورها في استفحاله .

لقد أثبتت التحقيقات التي أجراها بعض المتخصصين أن حوالي 40% من المصابين بالوسواس القهري قد ورثوه من أبويهم ، بالرغم من أن فريقا اخر من المحققين قد أحتملو وجود الطابع الوراثي فيه وقالو أن إنتقال العوامل العصبية قد يكون أحد جذور وأسباب الوسواس (علي القايمي ، 1996 : 71،72).

عامل الوراثة أساسي في الوسواس القهري ، ففي دراسة أجريت على العصائيين القهريين وجدت أن ثلث آباء ، خمس أخوة المرضى يعانون من الوسواس القهري ، لكن ذلك قلة بدليل قاطع على أن الأعراض القهرية يتم توارثها ، فقد يرجع الأمر إلى تعليم الأبناء من آبائهم هذه المسالك خلال الطفولة المبكرة ، ناتج عن توجدهم مع الآباء (جبل ، 2002 : 180)

4. 2 . العوامل الحيوية :

4. 2 . 1 . النواقل العصبية : قد دعمت المحاولات العلاجية التي استخدمت فيها الأدوية فرضية أن هناك اضطراب في الناقل العصبي السيروتونين في عملية تكوين الأعراض في الوسواس القهري كما أن الأبحاث قد بينت أن الأدوية السيروتينية أكثر فاعلية من الأدوية التي تؤثر على النواقل العصبية الأخرى مع ملاحظة أهمية بيان العلاقة بين الوسواس القهري و بعض النواقل العصبية الأخرى .

4. 2 . 2 . دراسات تصوير المخ :لقد بينت دراسات تمت عن طريق التصوير الطبقي بالإنبعاث البوزتروني زيادة في تدفق الدم والتمثيل الغذائي في الفص الجبهي والعقد القاعدية وأجزاء أخرى في المخ وعند إعطاء العلاج الدوائي والمعرفي السلوكي تنعكس هذه الإضطرابات وتحسن حالة المريض أيضا.

وقد بينت دراسات الاشعة المقطعية والاشعة بالونين المغناطيسي صغر في حجم النواة المذيلة على الجانبين في مرضى الوسواس القهري (محمد شريف سالم : 19،18،2003)

4. 3 . عوامل نفسية :

أ. كالصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد ، والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير ، ووجود رغبات لاشعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري ، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها .

ب - الخوف ، وعدم الثقة في النفس والكبت .

ج - ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس يمثل مثير شرطي للقلق ، ولتخفيف القلق يقوم الفرد بسلوك معين يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي .

د - ويرى فرويد أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية ، تكبت وتظهر فيما بعد ، معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري .

كما ويرى فرويد أن هذا المرض يرجع إلى اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد .

هـ - ويعتبر التكوين العكسي من أهم الحيل الدفاعية في عصاب الوسواس والقهر ، مثلا الأم التي تحاول التخلص من جنينها ثم تمت موته عند ولادته ، وبعد ولادتها أصبحت تغسل يديها مرارا قبل لمسها وتغلي ملابسها وأدوات رضاعته باستمرار ولا تسمح لأحد أن يلمسه ، خشية تعرضه للعدوى والمرض .

و - وتلعب حيلة الإلغاء أو الإبطال دور هام في عصاب الوسواس ، وفيه يلغي المريض ما قام به فعلا من سلوك ، لأنه غير مقبول شخصيا أو اجتماعيا ، كالأم الذي تلغي عقابها لطفلها بإغراقه بالحلب .

ي - الشعور بالإثم وعقدة الذنب ، وتأنيب الضمير ، وسعي المريض لاشعوريا إلى عقاب ذاته ، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي ، وإراحة للضمير (فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزا لغسيل النفس

وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بحبرة مكبوتة) (أنور حمودة البنا، 2006:146، 145)

4.4 . عوامل اجتماعية :

تكون للوسواس في بعض الحالات جذور إجتماعية نلاحظ بعض مظاهرها في محاكاة الآخرين وتقليدهم ، إلا أن هذه الحالة تختلف عما نتوارثه الأبناء عن الآباء والأمهات ، أي أن التأسى بأخلاق الآخرين والإقتداء بسلوكهم وتصرفاتهم الخاطئة ومعاشرة الأشخاص المصابين يؤدي إلى إنعكاسات تربوية مقيتة ويساهم في إنتقال العدوى من شخص إلى آخر.

تبين من بعض التحقيقات أن الذين يختلطون بشخص مصاب بالوسواس أو أي مرض نفسي آخر تتفاقم لديهم هذه الحالة كما ويساهم في تأصله وجود الأشقاء والشقيقات المصابين بنفس الحالة أو بمرض الكآبة (علي القايي، 1996: 91، 93).

و يرى بعض العلماء و منهم لافلن (Laflen) أن ظهور العصاب القهري يرتبط بصفة عامة بظروف اجتماعية و ثقافية تتعلق بالحياة الأسرية كالحرمان من الحب و الدفء العاطفي و مشاعر التقبل و الحماية خاصة في فترة الطفولة المبكرة فإن التأثى ارت الوالدية أو ما يطلق عليه بالاتجاه الوالدي في تنشئة الأبناء ذات قيمة عالية و دور كبير في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل (الخالدي، 2006: 218).

5. اعراض الوسواس القهري:

يمكن تصنيف اعراض الوسواس القهري إلى :

- 1 - الأفكار المتسلطة ، ويكون معظمها تشككية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية (الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث والاعتقاد في الخيانة الزوجية) والانشغال بفكرة ثابتة تسلطية ، والتحريض على القيام بسلوك قهري .
- 2 - المعاودة الفكرية ، والتفكير الاجتراري كتزديد كلمات الأغاني بطريقة شاذة .

- 3 - التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجية ، والأفكار السوداء ، والتشاؤم ، وتوقع الشر ، وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث .
- 4 - الانطواء والاكنتاب والهلم وحرمان النفس من أشياء ومنع كثيرة ، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري .
- 5 - الضمير الحي الزائد عن الحد ، والشعور المبالغ فيه بالذنب ، والجمود ، وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة ، والدقة الزائدة .
- 6 - الاستغراق في أحلام اليقظة .
- 7 - القلق إذا وقع في المحذور ، وخرج عن القيود والحدود ، والتحريمات التي فرضها على نفسه فكراً وسلوكاً .
- 8 - السلوك القهري والطقوس الحركية كالمشي على الخطوط البيضاء في الشارع ، والمشي بطريقة معينة ، ولمس حدود الأسوار ، وعد الأشياء التي لا يعدها الناس كطوابق المنازل والشبابيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء ، والتوقيع على أي ورقة عدداً معيناً من المرات إلخ .
- 9 - النظام والنظافة والتدقيق والأناقة وحب القيام بطقوس ثابتة وطويله في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس الملابس وخلعها ، وفي ترتيب الأثاث ، فلكل شيء مكان ووضع وكل شيء في مكان وموضعه ... وهكذا .
- 10 - التتابع القهري في السلوك ، والبطء في العمل ، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .
- 11 - الشك المتطرف في الذات ، والتأكد المتكرر من الأعمال ، والتردد والمراجعة الكثيرة ، وتكرار السلوك (كتكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز ... إلخ) .
- 12 - الخوف خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والعدوى ، ولذلك يتجنب مصافحة الناس ، أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم له في المناسبات ... إلخ .

13 – السلوك القهري المضاد للمجتمع ، كهوس إشعال النار وهوس السرقة ، وهوس شرب الخمر ، والهوس الجنسي .

(انور محمد البنا ، 2006 : 147،148،149)

6 . النظريات المفسرة للوسواس القهري :

6 . 1 . نظرية التحليل النفسي :

يذكر أن " فرويد freud" عزل الوسواس القهري عن بقية الأمراض في عامي (1894،1895) ، كمرض قائم

بذاته ويتضمن السلوك القهري لدى فرويد ، على نحو نموذجي ، الإلتقان المتكرر بشكل نمطي طقوس لطائفة في

السلوك اليومي ، كالذهاب للسرير ، وغسل اليدين ، وتغيير الملابس الخ.

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فإن هناك ميكانيزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري ، حيث وصف " فرويد

ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري والتي تمثلت في العزل ، والأبطال ، والتكوين

العكسي ، وهذه الميكانيزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية.

وهكذا يتضح أن الوسواس والسلوك القهري لدى النظرية التحليلية ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ ،

نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير أفكاره ومساغيه المكبوتة (جودة) ،

(2005 : 25)

6 . 2 . النظرية السلوكية :

يرى أصحاب هذه النظرية أن الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق، ويتكون السلوك القهري عندما يكتشف الفرد أن

سلوكا معينا يخفف القلق المرتبط بالفكر الوسواسي، وتخفيف القلق بهذه الطريقة يعزز السلوك القهري ويثبته ويصبح

نمطا سلوكا متعلما.

ويرى بافلوف أن هذا الإضطراب ناتج عن اشتراط مرضي، حيث تلازم المثيرات الخارجية يولد استجابات وعادات

مرضية (عطوف محمد ياسين: 1986،253)

6.3 . النظرية المعرفية :

يشير أصحاب النظرية المعرفية إلى أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية في اضطراب الوسواس القهري ، فاضطراب الوسواس القهري ما هو إلا مظهر لنمط معين ، كما قدم بارلد عام 1988 تصوراً نظرياً لأسباب اضطراب الوسواس القهري فيه يلعب إدراك الشخص للسيطرة دوراً مهماً وتبدأ نظريته بالاعتراف بأن معظم الأسوياء تراودهم أفكار متطفلة لا تصبح لحوحة أو مزعجة ، ولكنها قد تهيء المسرح لنمو اضطراب الوسواس القهري إذا تضافرت عدة عوامل في الوقت نفسه . وبالتالي يشخص اضطراب الوسواس القهري في ضوء النظرية المعرفية على أية أفكار مشوشة ، ومزعجة ، ومضخمة وتحدث مصادفة ، وتكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية أما السلوك القهري ، فهو سلوك علني ممثل تكرار الاغتسال ، أو إعادة الفحص ، ويأخذ شكلاً من السلوك المعرفي ، وهذا التابع من الأفكار والسلوك يقود إلى آلام ، وبؤس ، واضطراب ، ويؤدي إلى السلوك المزعج ، بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية ، وإلى سلسلة من الخسائر المستمرة. إضافة إلى ما سبق يرى قويدر هذه النظرية أن مريض الوسواس القهري يواجه صعوبة في اتخاذ القرار ، وهي من صفات عصاب الوسواس القهري (جودة، 2005:52)

7. المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري:

7.1 . حسب DSM5:

A . وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما :

(1) أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تُختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

(2) يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو

أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تُعرّف الأفعال القهرية ب (1) و: (2)

(1) سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد، تكرار الكلمات

بصمت) والتي يشعر المريض أنه مُساقٍ لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

(2) تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف

فظيع، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمّمة

لتحييده أو منعه أو أنها مُفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال

العقلية.

B. تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً مثلاً) ، أو تسبب إحباطاً

سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C . أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

D . لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، المخاوف المفرطة، كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر، كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس نتف الأشعار [اضطراب نتف الشعر]، نزع الجلد، كما هو الحال في [اضطراب نزع الجلد]، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولع الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهيمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد).

تحديد ما إذا كان:

مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكلٍ مؤكدٍ أو بشكلٍ محتملٍ أن معتقدات الوسواس القهري ليست

صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة: يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة.

حدد ما إذا كان:

متعلقة بالعرات: لدى الفرد تاريخ حالي أو سابق لاضطراب العرة . (انور الحمادي، 103، 102)

2.7 . حسب ICD10:

من أجل الوصول الى تشخيص مؤكد يجب ان تتوفر اعراض وسواسية او افعال قهرية او كلاهما في اغلب الايام لمدة اسبوعين مستمرين على الاقل ، وأن تكون مضدرا للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة ، وتتميز الاعراض الوسواسية بالمميزات التالية ،

(أ) يجب إدراك انها افكار المريض او نزواته الخاصة.

(ب) يجب أن يكون هناك فكرة او فعل واحد على الاقل لايزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح ، حتى اذا

كانت هناك افكار او افعال اخرى توقف المريض عن مقاومتها .

(ج) يجب أن لاتكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدرا للمتعة (لايعتبر مجرد تخفيف التوتر او القلق متعة

بهذا المعنى).

(د) يجب أن تكون الأفكار أو التصورات او النزوات متكررة بشكل مزعج .

يشمل: . عصاب قهري

. عصاب وسواسي

. عصاب وسواسي قهري

وقد يكون التشخيص التفريقي بين اضطراب الوسواس القهري وبين الإضطراب الاكتئابي صعبا، وذلك لأن نوعي الاعراض كثيرا ما يجتمعان معا وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطى الاولوية في التشخيص للاضطراب الذي ظهرت أعراضه أولا . أما اذا توفر الإثنان دون غلبة أي منهما ، فمن المفضل إعتبار الاكتئاب هو التشخيص الاول . وفي حالة الاضطرابات المزمنة تعطى الاولوية للاضطراب التي تستديم اعراضه في غياب الإضطراب الآخر . ولا تحول نوبات الملح العارضة أعراض الرهاب الخفيفة دون إستخدام هذا التشخيص .ولكن ظهور أعراض وسواسية في وجود الفصام ، أو متلازمة توؤيت او اضطراب نفسي عضوي يجب أن يعتبر جزءا من هذه الحالات . وبالرغم من أن الأفكار الوسواسية قد تتواجد في نفس الوقت مع الأفعال القهرية إلا أنه من المفيد أن يمكن تحديد أيهما أكثر وضوحا في بعض المرضى ، ذلك لأنهما قد يستجيبان لعلاجات مختلفة .(احمد عكاشة : 1999 ، 154 ، 153) ،

اضطرابات قهرية تتغلب عليها أفكار او إجترارات وسواسية :

قد تأخذ هذه الاضطرابات شكل افكار أو صور نفسية أو نزوات لإتيان نفع بعينه وهي تتباين كثيرا في مضمونها ولكنها دائما تقريبا مزعجة بالنسبة للشخص ، فقد تعذب امرأة على سبيل المثال بالخوف من أنها قد تفشل يوما ما في مقاومة الإندفاع لقتل طفلها الذي تحبه ،أو بواسطة المضمون غير لائق والغريب عنها لصورة ذهنية متكررة ، وأحيانا تكون الأفكار مجرد لأطائل من ورائها تتناول تفكيرا لانهاثيا وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير ، إن هذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصرا هاما في إجترارات وسواسية أخرى كثيرة ، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ القرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية.

إن العلاقة بين الإجتزارات الوسواسية والإكتئاب علاقة وثيقة بشكل خاص ،وتعطى الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجتزارات أو تستمر في غياب اضطراب اكتئابي .

إضطرابات قهرية تغلب عليها افعال قسرية (طقوس وسواسية)

تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسل اليدين) أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتل أن ينجم عنه خطر ، أو التحقق من النظام والترتيب ، ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون عادة من خطر يصدر ضد شخص أو منه ، وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر ، وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية ساعات طويلة كل يوم ويصاحبها أحيانا تردد وبطئ شديدان ، وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين ، وإن كانت طقوس غسل اليدين تشيع أكثر بين النساء في يشيع البطء بدون التكرار أكثر بين الرجال . وترتبط أفعال الطقوس بدرجة أقل مع الاكتئاب عنه مع الأفكار الوسواسية كما أنها تكون أكثر إستجابة للعلاجات السلوكية .

أفكار وافعال وسواسية مختلطة :

يعاني أغلب مرضى الوسواس القهري من عناصر كل من التفكير الوسواسي والسلوك القهري ، ويجب استخدام هذه الفئة إذا كانت الظاهرتان واضحتين بالتساوي ، كما هي الحال خالبا ، ومع ذلك فمن المفيد تسجيل إحدهما فقط إذا كانت بارزة بشكل واضح ، ذلك لأن الفكر والأفعال قد تستجيب لعلاجات مختلفة .

إضطرابات وسواسية قهرية اخرى

إضطراب وسواسي غير معين (احمد عكاشة،1999: 154،155)

8. علاج الوسواس القهري :

8.1. العلاج العضوي لعصاب الوسواس والقهر :

- العلاج بالصدمات الكهربائية والتنويم الكهربائي لا سيما في الحالات المصحوبة بالاكتئاب .
- العلاج بالعقاقير : ويفيد في تخفيف حدة التوتر المصاحب للوسواس والقهر ، باستخدام الأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (مثل ليبريوم) ، وإن لم ينجح في القضاء على الفكرة الغريبة ذاتها ، وفي بداية ظهور الوسواس قد يستجيب للعلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع المهدئات العظيمة . ويوصي بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات
- العلاج الجراحي : (شق الفص الجبهي) كآخر حل أحيانا في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض ، بقطع الفص الأمامي في المخ في الحالات المستعصية التي تصل فيها الوسواس والقهر درجة يستحيل معها أي نشاط آخر للإنسان (مثل حالة وصلت لأن تغسل الخبز بالماء والصابون ، ثم لا تأكله طبعاً ، حتى كادت تهلك هزالاً. (انور محمد البنا : 150، 2006)

8.2. العلاج بالتحليل النفسي :

- ترى نظرية التحليل النفسي أن أعراض الوسواسية القهرية عبارة عن رموز لاشعورية متصارعة بين الفرد و المجتمع و ذلك لعدم تقبل الجنس أو العدوان و هي ترى أن هذه الأعراض قد تستخدم لخفض القلق و ضبطه و ذلك لمنع هذه الاندفاعات المتصارعة من الظهور ، و لقد كتب فرويد عام 1909 حول حالة تعاني من الوسواس القهري ، حيث وضع نظريته العلاجية حول هذا الاضطراب على أساسها و أكمل المتدربون على العلاج بالتحليل النفسي و ساروا على نهجه حيث راوا أن هذا الاضطراب ما هو إلا فرع من الاضطرابات الجنسية التي عالجوها على نهج فرويد ، فههدف العلاج بالتحليل النفسي هو الوصول إلى المناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع المريض على الكلام حول

مشاكله في الجلسات العلاجية ، و يقوم المحلل النفسي باستخراج العوامل الخفية في المشكلة ، و يحاول فهم أسبابها(البشر،2007:51).

8. 3. العلاج السلوكي :

ويشمل التعرض ومنع الاستجابة ويعتمد على حقيقة ان القلق عادة بعد مواجهة الشيء المثير والمقلق والمخيف فترة كافية ، وهكذا فالمرضى الذين لديهم وساوس متعلقة بالجرائم لابد وان يبقوا في مواجهة او ملامسة الاشياء التي يظنون انها ملوثة حتى يختفي القلق المتعلق بها ، وبتكرار التعرض يتعود المريض على المثير او الشيء المخيف ويقل القلق حتى يل الى رجة لا يخاف فيها ابدجا من مواجهة المثير المسبب للوسواس ، ولكي يتم عمل تعرض ناجح لابد وان يساعد المريض لكي يتوقف عن الطقوس الوسواسية والسلوك التجني (اي تجنب القرب او رؤية او فعل او لمس اي شيء يثير القاقوالوسواس)، كمثل المريض الذي يخاف الجرائم لا ينبغي فقط ملامسة الاشياء التي يظن انها ملوثة ولكن لابد ان ينتهي عن الطقوس المصاحبة كغسيل اليد عدة مرات حتى ينتهي القلق (محمد شريف سالم ،2003:77،78)،

و يعتمد هذا النوع من العلاج على نظريات الاشراف في التعلم ، وله طرائق فنية متعددة أهمها التعرض للمثيرات الوسواسية ، والمنع الحازم للطقوس القهرية ، وقد اتضح أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي ، أما منع الاستجابة فيقلل ، من الطقوس ، و الجمع بينهما ضروري (عبد الخالق ،2002:324)

8. 4. العلاج المعرفي :

المنحى المعرفي مدخل مهم لفهم أسباب اضطراب الوسواس القهري و من المتوقع أن تنبع منه طريقة أو طرق علاجية معرفية محددة و يستخدم الآن العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي في وحدة تتعامل مع مختلف جوانب الإضطراب حيث يوضح " بول سالكوفسكس " وهو متخصص في المنحى المعرفي أن الإستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم

بالاشتراك مع التعرض ومنع الاستجابة, كما أن هناك مجالا ضيقا لاستخدام العلاج المعرفي منفصلا عن ، التعرض

(عبد الخالق، 2002: 342)

8. 9. العلاج الديني:

ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي المسلم من الآية الكريمة : ﴿ وَإِنَّمَا يَنزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ ۗ إِنَّهُ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ ﴾ . (سورة فصلت الاية 36)، وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله ، سواء بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آدابا خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس ، والخشوع والتوجه إلى الله والتفكير في معاني كلامه ، أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة . كما أن توجيهه إلى أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلى الله سبحانه وتعالى حيث يدعوه الإنسان المضطرب ويطلب منه العون . . . وتوجيهه إلى الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وساوسه.

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الحد ، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية إلى توجيه الوسواسي للتخلص من كثير من السمات والعيادات التي يشب عليها كالصلابة وعدم المرونة والمغالاة ، مما يساعد أيضا في سرعة الشفاء (محمد ، 1990: 200).

10. مآل الوسواس القهري :

أما المسار المرضي لاضطراب الوسواس القهري فمسار طويل من حيث المدة الزمنية ، خاصة إذا عرفنا أن كثيراً من المرضى يستمدون في معاناتهم سراً فترة طويلة ، ربما تصل إلى سنوات عديدة ، وهم ينجلون من الشكوى من معاناتهم أو يخافون من وصفهم بالجنون أ، الكفر ، وهناك أيضاً من يعانون ولا يعرفون أن ما يعانون منه هو مرض يمكن أن يعالج ، ولكن ما الذي يحدث بعد أن يتخلى الإنسان عن سره الأليم ، إن مسار المرضي يعتمد الآن في مجتمعاتنا

العربية إلى حد كبير ، إن الكلام عن المسار المرضي لمرضى نفس في بلادنا لا بد مختلف عما هو عليه في البلاد الأخرى التي يتكلم فيها الأطباء النفسيون بطريقة يفهما المجتمع الذي يعيشون فيه ، بالشكل الذي يجعل معظم الناس يعرفون ما هو الوسواس القهري ، ويدلون المريض بالتالي إلى الاتجاه الصحيح ، لكن الذي لا شك فيه أن المريض المحاط بأناس أصحاب من الناحية النفسية ، سواء في مجتمعاتنا أو غير ما يصل إلى الطبيب النفسي في نهاية الأمر .

أما الآن وبعد اكتشاف العلاج من مجموعة الماسا ، وبعد تطوير طرق العلاج النفسي السلوكي والمعرفي فإن الصورة اختلفت إلى حد ما ، وإن لم يكن كبيراً بالشكل الذي يعني انتصار الطب النفسي على اضطراب الوسواس القهري انتصاراً ساحقاً ، فأكثر التقديرات الآن تفاقواً تشير إلى أن ما بين 60 % حتى 80 % يشنون تماماً أو يتحسنون إلى حد يسمع لهم بالحياة شبه الطبيعية وما بين 20 % حتى 40 % يبقون كما هم ، أو تسوء أحوالهم (ابو هنيدي، 2003:1).

خلاصة :

تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم العناصر المتعلقة باضطراب الوسواس القهري من تعريف وأسباب وأعراض والنظريات المفسرة له والعلاج والمال ويتضح ان هذا الاضطراب من أعقد الامراض النفسية من حيث محاولة تفسير اسبابه ودوافع المصاب به وقد تعددت النظريات بمختلف اتجاهاتها في تفسيره و اعطاء اسباب تقف وراء ظهور اشكاله وانواعه .

الفصل الثالث : تقدير الذات

الفصل الثالث :

تقدير الذات

تمهيد

1 . تعريف الذات

2 . تطور الذات

3 . المفاهيم المتعلقة بالذات

4 . تعريف تقدير الذات

5 . الفرق بين تقدير الذات و الذات

6 . مستويات الذات

7 . النظريات المفسرة لتقدير الذات

8 . العوامل المؤثرة على تقدير الذات

9 . تقدير الذات والصحة النفسية

خلاصة

تمهيد:

يعد مفهوم الذات وتقديرها من المواضيع المهمة في علم النفس ومن أكثر الموضوعات دراسة من طرف الباحثين النفسانيين نظرا للأهمية التي يكتسيها هذا الموضوع في دراسة الشخصية ، بحيث أن الإنسان يتعرض في حياته اليومية الى مجموعة من الضغوط والأحداث التي قد تؤثر على توافقه النفسي وقد يصاب بالإضطراب النفسي مما قد يؤثر على جوانب شخصيته ولعل منها تقدير الذات .

و لهذا إرتئينا أن نقدم في هذا الفصل تفاصيل تقدير الذات كتعريف مفهوم الذات وتطورها وبعض المفاهيم المرتبطة بها ثم سوف نتعمق في كل مايتعلق بتقدير الذات كالمفهوم والمستويات والنظريات والعوامل المؤثرة على تقدير الذات ثم تقدير الذات والصحة النفسية .

1. تعريف الذات :

يعرفها كارل روجرز : أن الذات هي التي تتكون من كل الافكار والإدراكات والقيم التي تميز (أنا) أو الشخص كما تتضمن من أنا؟ من الذي أقدر عليه ؟ وتوثر هذه المدركة بدورها في كل من إدراك الشخص للعالم وسلوكه وأن الشخص الذي يمتلك مفهوم ذات قوي وإيجابي يرى العالم يشكّل مختلف عن شخص لديه مفهوم ذات ضعيف وليس من الضروري أن يعكس مفهوم الذات الواقع فإن الشخص قد يكون ناجحا جدا ويرى نفسه أنه فاشل (احمد محمد عبد الخالق، 2000:470)

. وهي كل مايشمل الإنسان بما في ذلك من مشاعره وأفكاره ومواهبه ورغباته وكما هو شائع تأتي كلمة الذات بمعنى النفس ، وهي بذلك تعبر عن خصوصية الفرد أو داخله .

. ويرى (ألبورت) أن الذات عبارة عن كل الجوانب الفرد التي يعتبرها خاصة به وبجوهره لمعنى وجوده بما يعطي شخصيته الوحدة والتميز والإمتداد.

. ويقول عالم النفس الشهير (يونغ) أن الذات بالنسبة للشخصية ليست هي مركز الدائرة فحسب وإنما هي أيضا محيطها ، فالذات مركز هذا الكل وهي الصبغة الاجمالية للشخصية ، كما يرى أن الذات تحوي الشعور والاشعور أي العقل الباطن (ثورث اسحاق 2000:19)

. الذات هي مجموعة من المكونات والإدراكات والقيم والمشاعر التي يستطيع من خلالها الفرد التمييز بينه وبين الآخرين وهي تمثل خصائص الفرد المتعلقة بنفسه وبها تكون شخصيته .

2. تطور الذات :

يقوم الأباء والأمهات وغيرهم بتقييم سلوك الطفل بصورة مستمرة ويتم ذلك بشكل ايجابي أحيانا وسليبي أحيانا أخرى ، ونتيجة لذلك فإن الطفل يتعلم بسرعة أن يميز بين الأفكار والافعال التي يراها جديرة بأن يقوم بها أو غير جديرة ومن ثم فإن الخبرات الغير جديرة تستبعد من مفهوم الذات على الرغم من أنها قد تكون خبرات صادقة تماما وطبيعية ومثال ذلك إنهاء التوتر الفيزيولوجي في المثانة يعد خبرة سارة بالنسبة للطفل ومع ذلك فإذا لم تبول الطفل بشكل خاص في المكان المناسب فان الأباء عادة يدينون هذه الانشطة ويرون أنها سيئة ، وحتى يحتفظ الطفل بمشاعر الوالدين الايجابية فإنه يجب ان يذكر خبرته الخاصة تلك وهي أن التبول يسبب في نوع من الرضا بالنسبة له .

. إن مشاعر المنافسة والعدوانية تجاه أخ صغير انتزع مركز الإهتمام هي مشاعر طبيعية ، ولكن الأباء والامهات لا يوافقون أن يضرب الاخ أخاه الصغير او اخته ، وعادة ما يعاقبونه إن حدث ذلك ويجب أن يقيم الاطفال نوعا ما من التكامل هذه الخبرة داخل صورة الذات لديهم ويقول الأطفال غالبا عبارة من هذه العبارات الثلاثة :

1 . انهم سيئون ويجب أن يشعروا بالخجل .

2 . قد يقررون أن آباءهم لا يحبونهم ويشعرون برفضهم لهم .

3 . قد ينكرون مشاعرهم ويقررون انهم لا يريدون أن يضربوا الرضيع .

. ويتضمن كل اتجاه من هذه الاتجاهات تشويها للحقيقة وتعد العبارة الثالثة أسهل الاحتمالات بالنسبة الى الطفل فيقبله لكن عندما ينفذه انما ينكر مشاعره الحقيقية التي تصبح عندئذ لاشعورية وكلما وجب على الناس ان ينكرو

مشاعرهم الخاصة ويتقبلو قيم الآخرين فانهم سيشعرون بالضيق بالنسبة الى انفسهم (احمد محمد عبد الخالق
471,470:2000)

3. المفاهيم المتعلقة بالذات

3.1. صورة الذات :

تعرف صورة الذات بأنها أشبه بالنظر إلى المرآة تستثير التفكير ويساعد في التعبير عن التوتر والقلق داخل الذات ويمكن ان تصاغ فكرة الذات بالتساؤلات التالية : من أنا من وجهة نظري ؟ من أنا من وجهة نظر الآخرين ؟ ماالذي سأكون عليه في المستقبل ؟ (محمد الشناوي،2001:121)

3.2. تقبل الذات :

تقبل الذات هو رضا الفرد عن نفسه ،عن صفاته ، قدراته وإدراكه لحدوده ، ويتكون هذا الرضا من حالة التوافق بين الذات الواقعية والذات المثالية أي بين إمكانيات الفرد وما يطمح إليه من أهداف (عبد المنعم الحنفي،1976:
276)

3.3. تحقيق الذات :

ويشير ماسلو الى أن تحقيق الذات هو أن يكون للفرد اتجاهها واقعيا وأن يتقبل نفسه والآخرين والعالم الخارجي كما هو، وأن يتمركز حول المشاكل بدلا من تمركزه حول نفسه وأن يتسم بالإستقلال الذاتي عن الآخرين ويرى ادلر (أن تحقيق الذات يعني السعي وراء تحقيق التفوق والافضلية والكمال التام) (ابراهيم احمد ابوزيد،1997:84)

3.4. تأكيد الذات :

هو قدرة الفرد على التعبير الملائم عن مشاعره وافكاره واراته ومواقفه اتجاه الاشخاص والاحداث بناء على رؤيته لنفسه وتقييمه لتقدير الآخرين له ، فتأكيد الذات وفقه هو ذلك الدافع الذي يجعل الانسان في حاجة الى التقدير

والاعتراف والاستقلال والإعتماد على النفس وهو أيضا تلك الرغبة في السيطرة على الاشياء والسعي الدائم نحو ايجاد المكانة والقيمة الاجتماعية (نفس المرجع : 59)

3. 5. تنمية الذات :

هي محاولة يقوم بها الفرد لكي يرتقي بذاته وذلك عن طريق التغلب على نقائصه ، ومقاومة ضعفاته والتخلص من عيوبه او التقليل من اثرها ولكن كل هذا لا يتم الا اذا تقبل ذاته ، لان من يرفض ذاته لا يسعى الى تطويرها (كراس الحرفي، د.س، 36)

4. تعريف تقدير الذات :

هو تقدير الفرد الفرد لقيمته وأهميته مما يشكل دافعا لتوليد مشاعر الفخر والانجاز وإحترام النفس وتجنب الخبرات التي تسبب شعورا بالنقص وينبغي ان يفرض هذا الشعور في الطفل من قبل البيت والمدرسة .

وعندما نتكلم عن التقدير الذاتي فإننا نقصد الاشخاص الذين لديهم شعور جيد حول انفسهم ، وهناك الكثير من التعريفات لتقدير الذات والتي تشترك في طريقة معاملتك لنفسك واحترامها ، فهو مجموعة من القيم والتفكيرات والمشاعر التي تملكها حول انفسنا فيعود مصطلح التقدير الذات إلى مقدار رؤيتك لنفسك وكيف يشعر اتجاهها (بطرس حافظ بطرس، 2008: 485).

. وقد اختلف العلماء في تقدير الذات فيعرفه :

. **كوبر سميث 1967**: بانه تقييم الفرد لنفسه ويعمل على المحافظة عليه حيث يتضمن تقدير الذات اتجاهات الفرد الايجابية والسلبية نحو ذاته ، كما يوضح اعتقاد الفرد بانه قادر وهام وناجح وكفى ، اي ان تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية ، كما يعبر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه او معتقداته وبذلك يكون تقديره بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد الى الاخرين باستخدام الاساليب التعبيرية المستخدمة (حسن الدريني، د.س: 43)

. **روزنبروغ 1978**: بانه اتجاهات الفرد الشاملة سالبة او موجبة نحو نفسه وهذا يعني تقدير الذات المرتفع هو ان الفرد يعتبر نفسه ذات قيمة واهمية ، بينما يعني تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن ذاته ورفض الذات او

احتقارالذات ان تقدير الفرد لذاته يعني الفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية وتقييم الاخرين له (فوليت فؤاد ابراهيم،1998:192)

. اتس اتش سوليفان: كل مشاعر المرء بالاهلية والكفاءة قيمة الشخصية التي تجعله متماسكا .

. ناثيال براندين: اتجاه المرء نحو الشعور بان ذاته مؤهلة وقادرة على التكيف مع التحديات الاساسية في الحياة والايامن بانها جديدة بالسعادة .

. دي سي بريجز : الطريقة التي يشعر بها المرء ازاء ذاته وحكمه العام عليها والى اي مدى يحب ذاته .

. جويل بروكنر: سمة تشير الى درجة محبة او كراهية المرء لذاته .

. جيمس باتل : الرؤية التي يحملها المرء عن قيمة ذاته .

. دينس واتلي : الشعور الداخلي العميق بقيمة الذات .

. ايه باندورا : الشعور بالقيمة والكفاءة الشخصية الذي يربطه المرء بمفاهيمه وتصوراته عن ذات (رانجيت سينغ ماهي، روبرت ديليو ريزنر،2005:2)

. يعرفه المجلس الوطني الامريكي : أنه شعور الفرد بالقدرة على التعامل مع تحديات الحياة والشعور بانه يستحق السعادة (عبد اللطيف بن يوسف المقرن،2008:5)

. تقدير الذات هو ذلك التقييم الذي يعطيه الفرد لذاته، ورؤية تقييم الآخرين له ، ويتمثل هذا التقييم في مجموعة من الافكار والمعتقدات الشخص عن نفسه ، وقد يكون هذا التقييم إما إيجابيا أو سلبيا .

5. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات :

مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات بينما تقدير الذات تقييم لهذه الصفات ، فمفهوم الذات يتضمن فهما موضوعيا أو معرفيا للذات ، بينما تقدير الذات فهم ايجابي يعكس الثقة بالنفس (عبد

الحافظ، 1982:6)

ويرى كوبر سميث : إن مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص ورائه عن نفسه ، بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يصنعه وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مه اعتباره لذاته ، ولهذا فإن تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض ويشير إلى معتقدات الفرد تجاه ذاته وبإختصار يكون تقدير الذات هو الحكم على مدى صلاحيته معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يحمله نحو ذاته ، فهو خبرة ذاتية ينقلها للاخرين عن طريق التقارير اللفظية ، ويعبر عنها بالسلوك الظاهر (نفس المرجع:8)

6. مستويات تقدير الذات :

6.1 . تقدير الذات المرتفع :

هم الأفراد الذين لديهم تقدير ذات عال يستطيعون الاستجابة للأحداث الضاغطة بطرق ذاتية وقائية أنهم يستخدمون أساليب تعزيز وقائية أكثر من الذين لديهم تقدير ذات منخفض وأنهم يحافظون وينمون علاقاتهم مع الأصدقاء ويستخدمون طرق وإستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة لأقصى مدى بدلا من استراتيجيات التجنب ، كما ان الطلاب ذوي تقدير ذات عالي يستخدمون أساليب المواجهة المركزة على التفكير الايجابي في حين ان ذوي تقدير الذات المنخفض لا يستخدمون هذه الاساليب ، وقد امكن التنبؤ بتقدير الذات من أساليب المواجهة (نجاة

موسى، مديحة عبد الفاضل، 1999:271)

. فصفات الاشخاص الأكثر تقديرا لذواتهم :

- . اشخاص محترمون لذواتهم وسريعين في الاندماج والانتماء في اي مكان كانوا .
- . لديهم الكفاءة في الشعور بقيمتهم الذاتية وقدرتهم على مواجهة التحدي .
- . ولقد اظهرت الدراسات ان هؤلاء الاشخاص الاكثر قدرة على السيطرة على أنفسهم أو التحكم في حياتهم من أكثر إنتاجية ،وأكثر سعادة ورضى بحياتهم ، وليس بالضرورة ان يعتقدوا انهم الأفضل ، فهم ليسو ملائكة وليسو كاملين ولا يملكون أداة سحرية لذلك متفائلون وواقعيون مع أنفسهم وأقوياء في مواجهة عثرات النفس .
- . من البديهي أنهم يتحكمون في كل شئ ومنهم يتحكمون في مشاعرهم واستجاباتهم تجاه القضايا والأحداث ولا يشترط لهذه الاستجابة ولكن لا بد أن تكون مستمرة (بطرس حافظ بطرس، 2008: 488،489)

6. 2. تقدير الذات المنخفض:

- الشخص الذي لديه تقدير ذات منخفض يمكن أن نصفه بأنه ذلك الشخص الذي يفتقر إلى الثقة في قدراته ، وهو الذي يكون يائسا لأنه لا يستطيع أن يجد حلا لمشاكله ، ويعتقد ان معظم محاولاته تسود بالفشل ولذلك شعر أصحاب التقدير المنخفض للذات بالاحباط ويشعرون أن تحصيلهم أقل ويعتقدون أن ذكاء الآخرين افضل من ذكائهم ، لذلك ينتابهم الإحساس بالعجز والقلق نحو التعامل مع الآخرين ، كما يبدون عدم رضاهم عن مظهرهم العام ووزنهم ، ويشعرون بالخجل وبأنهم فاشلين (عبد الله ابراهيم، 2008: 488،489)
- . وسمات هؤلاء الافراد هي :

- . إحتقار الذات او عدم معرفة الاجابة عند حصول الاطراء والثناء .
- . الشعور بالذنب دائما حتى ولم يكن هناك علاقة بالخطا.
- . الإعتذار المستمر عن كل شئ.
- . الاعتقاد بعدم الاستحقاق لهذه المكانة او العمل وان كان الآخرين يرون ذلك.
- . عدم الشعور بالكفاءة في دور الابوة او في دور الزوجية .

. يميلون الى سحب وتعديل رأيهم خوفا من سخرية ورفض الآخرين .

(بطرس حافظ بطرس، 2008:490)

7. النظريات المفسرة لتقدير الذات :

7.1 . نظرية روزنبورغ:

تدور أعمال روزنبورغ حول محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته ، وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الإجتماعي المحيط به وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم ووضح انه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني ان الفرد يحترم ذاته وقيمها بشكل مرتفع بينما تقدير الذات المنخفض او المتدني يعني رفض الذات او عدم الرضا عنها (سليمان عبد الرحمن سيد ، 1992:89).

7.2 . نظرية كوبر سميث :

تمثلت أعمال كوبر سميث في دراسة تقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية ويرى أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات التقييم الذات وردود الأفعال والإستجابات الدفاعية ، وعلى عكس روزنبورغ لم يحاول كوبر سميث ان يربط اعماله في تقدير الذات بنظرية أكبر وأكثر شمولاً ، ولكنه ذهب الى تقدير الذات مفهوم الذات متعدد الجوانب ولذا فان علينا ان لا نعتمد على منهج واحد أو مدخل معين لدراسته بل ان علينا ان نستفيد منها جميعا لتفسير اوجه المتعددة لهذا المفهوم ، ويؤكد كوبر سميث بشدة على اهمية تجنب فرض الفروض الغير الضرورية ، وتقييم تعبير الفرد عن تقديره لذاته الى قسمين :

. الأول هو التعبير الذاتي وهو ادراك الفرد لذاته ووصفها .

. الثاني هو التعبير السلوكي ويشير الى الاساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، والتي تكون متاحة

للملاحظة الخارجية (محمد الشناوي، 2001: 127)

7. 3 . نظرية كارل روجرز :

يرى روجرز ان تقدير الذات بمنزلة حاجة انسانية تشير إلى الشعور الفرد بالرضا حين يتحسنه وبعدم الرضا حين يستهجنها وهي حاجة مكتسبة تظهر نتيجة الاقتران بين خبرات الذات وارضاء واحباط الحاجة للتقدير ، ويشير روجرز الى ان التقدير الذات العالي ومفهوم الذات الايجابي ياتيان من خلال قبول الوالدين للابناء وتقديرهم تقديرا ايجابيا غير مشروط ويعني التقدير الايجابي الغير مشروط قبول الطفل واحترامه كما هو دون شرط، كما ان التقدير الايجابي يؤدي الى النمو وارتفاع تقدير الذات للابناء ليس معنى التقدير الايجابي غير مشروط هو غياب الطوابط المفروضة على الطفل ولكن هذا يعني ان الاب والام يهيئان الجو النفسي للطفل الذي يتم من خلاله قبول الطفل وتقديره كماهو دون شروط مما يتيح له تقديره لذاته وتحقيقه لها (هاني غريس، 1998:45).

8 . العوامل المهددة لتقدير الذات :

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في الذات، و التي تؤدي إلى تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الأفراد، وهي:

8 . 1 . عوامل متعلقة بالفرد نفسه :

فلقد ثبت أن درجه تقدير الذات لدى الفرد تتحدد بقدر خلوه من القلق أو عدم الاستقرارالنفسي بمعنى أنه إذا كان الفرد متمتعاً بصحة نفسية جيدة .ساعد ذلك على نموه نموا طبيعيا ويكون تقديره لذاته مرتفعا أما إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فإن فكرته عن ذاته تكون منخفضة وبالتالي ينخفض تقديره لذاته.

ان العوامل التي تؤثر في تقدير الفرد لذاته كثيرة منها مايتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة لكنه يتاثر بعوامل دائمة مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسمات شخصيته

والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها (فاروق عبد الفتاح، 1987: 21)

8. 2. عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية :

. البيئة الاسرية :

نمو تقدير الذات يبدأ منذ الميلاد نويتفق علماء النفس بوجه عام على ان التجارب المبكرة أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة يكون لها تأثير كبير في نمو تقدير الذات والأسرة هي العامل الأساسي في التنشئة الإجتماعية ن فهي تزود الطفل بمؤشرات المبدئية بخصوص ما إذا كان مقبولاً أو غير مقبول ، محبوباً أو غير محبوب ، جديراً بالثقة أو غير جدير بها ويقول جين إيلسلي كلارك : (تقدير الذات هو شان اسري ذلك لان الاسرة هي المكان الاول الذي نقرر فيه ذاتنا ونلاحظ وتندرب على الكيفية التي يمكن بها ان نكون على النحو الذي قررناه لانفسنا ، ويقدر مانقرر مدى اهليتنا لان نحظى بحب الاخرين ويقدر مانقرر مدى اقتدارنا ، نبنى تقديراً ايجابياً للذات)

الصورة المبدئية لذاتنا تحدد معالمها بتعليقات ابائنا عنا عندما كنا صغاراً ، كنا نرى انفسنا بنفس الطريقة التي يرانا بها ابائنا ، وكما يقول ستيفاني مارستون (ما يصدر عنا من تعليقات واءاء بخصوص ابائنا يصبح اساساً لصورتهم الذاتية ، والتي تؤثر بدورها على جميع الجوانب حياتهم) لقد توصل الباحثون الى ان الاحكام التي تصدر ابائنا يظل تأثيرها ساري المفعول حتى بعد ان نصح كبارا .

كذلك اشارت الابحاث الى ان الطريقة التي يتم تربية الطفل بها تؤثر بشكل كبير على تقدير الذات فالاباء الذين يتمتعون بقدر عال من تقدير الذات يقومون في الغالب بتنشئة اطفال ذوي تقدير منخفض للذات (رانجيت سينغ ميلهي، روبرت ديبلو ريزنر ، 2005:17)

. اراء الاخرين :

كذلك يتأثر مستوى تقدير الذات بالكيفية التي يعاملنا بها الاخرون فالافراد الذين تمت معاملتهم باحترام واهتمام من قبل أشخاص مهمين في حياتهم كمعلميهم زملائهم ، غالباً ما يكون لديهم قدر مرتفع م نتقدير الذات ، لقد

أشارت الأبحاث الى ان مستوى تقدير الذات يرتبط بآراء وتقييمات الحزين ،خصوصا من نعتبرهم مهمين وأكفاء وجذابين واقوياء، والتقييم الايجابي يرفع غالبا من مستوى تقدير الذات ،والتقييم السلبي يقلل غالبا منه ،نحن غالبا نرى أنفسنا بالطريقة التي يرانا بها الآخرون ،هذا يطلق عليه الثناء المنعكس او مرآة النفس (نفس المرجع :18)

8 . 3 . عوامل تتعلق بالمواقف :

من المعلوم ان تقديرنا لذاتنا يتغير في المواقف المختلفة كتغير مفهومنا لذاتنا في المواقف المختلفة أيضا ، فقد يقدر الفرد نفسه بدرجة كبيرة في علاقاته الشخصية بالآخرين ويقدر نفسه بدرجة منخفضة في المواقف التي تتطلب ذكاء وتفكيراً ، ويقدر نفسه بدرجة متوسطة في اداء عمله ،ومهما كان الأمر فان الناس يحاولون في كل المواقف بصرف النظر عن القيمة المبدئية التي قدروها لأنفسهم ام يسلكا بطرق تدعم تقدير الذات وقد يكون تحقيق ذلك صعبا في بعض الأحيان حيث ان حوافزنا ورائتنا عن الواقع تؤدي الى نوع من الصراع فيما بينها بما يهدد تقدير الذات ،ويبدو انه لاسبيل الى الخروج من هذا الصراع بدون عدم اشباع(رفض متطلبات الهو) او الوقوع في الخطا(رفض متطلبات الذات العليا) او الاصابة بالضرر(رفض متطلبات الذات) وتكون النتيجة هي القلق والشعور بالخوف ،ويمكن القول بلغة التحليل النفسي ،ان تهديد تقدير الذات هو تهديد للذات التي تحاول احداث توازن بين الحاجات المتصارعة ، ولا توجد طريقة سهلة للتخلص من الصراع لكن كل ماتفعله الذات هو محاولة وقاية نفسها من القلق الذي يحدثه الصراع

(فاروق عبد الفتاح ،1987:20)

9 . تقدير الذات والصحة النفسية:

تقدير الذات يرتبط بشكل كبير بالأداء الوظيفي الفعال للأفراد فالاشخاص الذين يلتمسون المساعدة السيكولوجية كثيرا مايعترفون بأنهم يعانون من مشاعر الدونية وعدم اللبابة ، وهذه الحقيقة أوجزها كارل روجرز كما يلي : لو طلب مني تحديد اساس الثقة التي يجدها الإنسان بواقع خبرتي معهم لقلت أنه موجود في الغالبية العظمى من الحالات التي

يحتقر أصحابها انفسهم ويعتبرونها غير ذات قيمة وأنها ليست اهلا لأن تحب تشير الابحاث إلى ضعف تقدير الذات يرتبط بش:ل ملحوظ بالإكتئاب أو القلق والتوتر والعصبية و النزوع إلى العدوانية والحجل وقلّة الشعور بالرضا في الحياة . كذلك هناك ارتباط بين ضعف تقدير الذات والسلوكيات المدمرة كتناول الكحوليات وتعاطي المخدرات ، والإضطرابات الغذائية و الإنتحار في الواقع بعد ضعف تقدير الذات سببا نسبيا لمعظم العلل والمشكلات الاجتماعية والشخصية التي تعاني منها حاليا كثيرا من الدول . (رانجيت سينغ ميلهي ، روبرت ديبلو ريزنر، 2005:10)

خلاصة :

إن شعور بتقدير الذات من الأمور المهمة التي تلعب دورا كبيرا في تكيف الفرد مع بيئته والأفراد المحيطين به ويستمد تقدير الذات من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين وان إحساس بتقدير الآخرين له بالايجاب يكون له وقع على رفع مستوى تقديره لذاته أما إذا طان تقدير الآخرين له بالسلب فسوف يؤدي الى خفض مستوى تقدير الذات . إذن فتقدير الفرد لذاته ينمو ويتحقق من خلال اتصال الفرد مع الآخرين سواء في الاسرة او المجتمع او في المدرسة او العمل كل هذا له اثر في رفع مستوى تقدير الذات او انخفاضه .

الفصل الرابع : مرحلة الرشد

الفصل الرابع :مرحلة الرشد

. تمهيد

1 . تعريف مرحلة الرشد

2 . مراحل مرحلة الرشد

3 . خصائص مرحلة الرشد

4 . مطالب مرحلة الرشد

5 . النظريات المفسرة مرحلة الرشد

6 . مشكلات مرحلة الرشد

خلاصة

تمهيد :

تعتبر مرحلة الرشد من أهم المراحل في حياة الفرد ، فهي مرحلة النضج والاستقلالية يمكن للفرد من خلالها تنظيم حياته بشكل فعال ومسؤول ، ويحدث في هذه المرحلة تغيرات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية للفرد فيصبح ارشدا مسؤولا عن ما يقوله وعن ما يفعله إلا أنه في هذه المرحلة ومع تقدم العمر تصحبه مجموعة من الضغوطات والأزمات تظهر في مرحلة الرشد وستتطرق في هذا الفصل إلى: تعريف مرحلة الرشد ومراحلها ثم بعد ذلك خصائص ومطالب مرحلة الرشد وكذلك سوف نتطرق إلى أهم النظريات الفسرة لمرحلة الرشد وفي الأخير مشكلات هذه المرحلة

1. تعريف مرحلة الرشد :

1.1 . لغة : راشد Adulte هذا الوصف يطلق على الشخصية في مرحلة النضج وحالة الأنا الراشد من حالات التحليل العاملي التي وصفها " أريك برن Irek bern " . (لطفى الشربيني، 2001: 20)

1.2 . إصطلاحا : هي مرحلة النضج واكتمال الشخصية، وفيها يتم استكمال التعلم الرسمي، والبدء في الانخراط المهني، واختيار شريك الحياة وتعلم المعيشة معه، وتكوين أسرة ورعايتها والإشراف على توجيهها، وبدء مسؤوليات الوظيفة مع تكوين جماعة أو جماعات اجتماعية. (عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2001: 140).

2. مراحل الرشد :

مرحلة الرشد تنقسم من الناحية البيولوجية النفسية إلى مرحلتين جزئيتين هما:

1.2 . مرحلة الرشد المبكر : وتمتد من سن الحادية والعشرين إلى الأربعين من العمر، وأهم ما يميز هذه المرحلة التي تلي مرحلة المراهقة هو اهتمام الفرد بتكوين أواصر المودة مع الآخرين في حالة نجاح علاقاته الاجتماعية، أما في حالة عدم نجاح هذه العلاقات فإنه يقع فريسة للعزلة.

إن الأفراد الذين عاشوا تجارب ايجابية خلال مرحلة تبلور الهوية يكونون أكثر استعدادا للتفتح ولإنشاء علاقات حسنة مع الآخرين، وبالعكس فإن الأفراد الذين لا يثقون في أنفسهم وفي هويتهم يميلون إلى العزلة، وإلى عدم الاهتمام بالآخرين أو العناية بهم، كما أنهم غالبا ما يتحاشون المواقف الجديدة لما تتطلبه من بذل جهد، ومن تحمل الانفعالات التي يتطلبها التقرب من الآخرين. (مصطفى عشوي، 2003 : 5)

2. 2 . مرحلة الرشد المتأخر)أواسط العمر : وتمتد من الأربعين إلى الستين من العمر، وفيها تستمر الصراعات ويكون على الراشد أن يختار بين الإنتاجية والانشغال بالذات، وقد وضع " أريكسون "مصطلح الإنتاجية ليشير إلى الاستسلام للمستقبل وللجيل الجديد، إنه يعتقد أن اهتمام الناس بالنشط ورفاهيتهم ومحاولة جعل العالم مكانا أفضل بين

الأمر التي تعظم أو تضخم الذات، أما الانشغال الكامل بالذات فيؤدي إلى الركود (عبد الحميد محمد شاذلي،
4:2001)

3. خصائص مرحلة الرشد :

وتتميز هذه المرحلة من حياة الإنسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الإنساني وتمثل في:

الإنجاب : تمثل مرحلة الرشد المبكر أكثر الأدوار أهمية في حياة المرء خاصة وأنها ترتبط بعملية الزواج و الوالدية والإنجاب.

الاستقرار : الفرد في هذه المرحلة من العمر يتزوج وينجب وينخرط في عمل يظل يؤدّيه معظم حياته فهو يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة.

الإستقلالية : يعتمد على نفسه لحل مشاكله ويحقق نوع من الاستقلالية حيث يكون عائلة خاصة به ويستقل عن والديه.

اتخاذ القرارات الهامة : يتخذ قرارات صعبة تحدد مسيرة حياته المستقبلية.

النمو الجسمي : في مرحلة الرشد وخاصة ما يتعلق منها بالفترة الزمنية التي تتراوح ما بين أوائل العشرينات و سن الثلاثينات يكون الفرد قد وصل إلى قمة نموه البيولوجي والفسولوجي.

التغير العضوي : في النمو الجسمي في هذه المرحلة نلاحظ فروقا بين الجنسين، ويصل الفرد إلى قمة قوته الجسمية عادة عند وصوله إلى الحد الأقصى للطول، كما يصل إلى قمة التأزر في القوة والنشاط والتحمل في مثل هذه السن، ووصول وظائف جسمه الحسية والعصبية إلى أعلى مستوى لها. (سامي محمد ملحم، 397:2004)

4 . مطالب مرحلة الرشد:

تعتبر مرحلة الرشد حاسمة في حياة الفرد ومتعددة المطالب ومن أهم هذه المطالب نذكر أهمها:

- تقبل التغيرات الجسمية والتوافق معها.
- توسيع الخبرات العقلية المعرفية.
- إختيار الزوج - الزوجة وتحقيق التوافق الزوجي.
- تكوين الأسرة وتحقيق التوافق الأسري.
- تربية الأطفال والمراهقين.
- الاهتمام بعملية التطبيع الإجتماعي و المسؤولية الإجتماعية.
- ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني.
- تكوين مستوى إقتصادي ومادي مناسب.
- تقبل الوالدين والشيوخ.
- تنمية الهوايات واشباع الحاجات.
- تكوين فلسفة الحياة.
- تحقيق الإلتزان الإنفعالي (عجاج ، 2008 : 5)

5 . النظريات المفسرة لمرحلة الرشد:

5.1 . نظرية التحليل النفسي: مرحلة الرشد تمثل المرحلة التناسلية وهي الأخيرة في النمو وتلي البلوغ ، وتمثل الهدف من النمو الطبيعي ، كما تمثل النضج الحقيقي ، وفي هذه المرحلة يتغير أسلوب النرجسيين إلى الإهتمام بالآخرين ، وكذلك تصل اللذة الجنسية إلى أقصاها ، وتكتمل الطاقة النفسية لمعرفة مواضع الإختلاف بين الجنسين، وتكوين علاقات جنسية مشبعة وقد لاحظ " فرويد " أن المودة بين الناس في أساس الرغبة الجنسية ، وهكذا يتحول الطفل من أنانية الطفولة ومن البحث عن اللذة إلى راشد واقعي إجتماعي يضحي ب ارحته في سبيل إسعاد الآخرين ، لديه ميول جنسية غيرية تدفعه للزواج ورعاية الأطفال. وتستمر هذه المرحلة حتى الفترة الأخيرة من نمو الجنسية ، حيث تتميز كما يراها "فرويد" بظهور واكتمال توحد نمو الغائر الجنسية وتتضح وتتجه صوب الجنس المخالف (.عبد الرحمان ، 2001 : 112).

5. 2 . نظرية النمو ليونغ : تتطور الشخصية عبر خطوات مختلفة خلال النصف الأول والثاني من دورة الحياة وفي النصف الأول حتى سن 35 - 40 سنة يكون الفرد في عملية التوسع والإمتداد إلى الخارج ، قوى النضج توجه نمو الأنا وتنطلق قدراتها للتعامل مع العالم الخارجي ، يتعلم الشباب التوجه نحو الآخرين ، ويجاولون كسب أكثر مما يمكنهم من تدعيم المجتمع ، يؤسسون أعمالا وأسرا ويفعلون ما في وسعهم ليتقدموا ويرتقوا إلى سهم النجاح ، خلال هذه المرحلة وطبقا " ليونغ " فإن درجة معينة من الجانب الواحد تعتبر ضرورية ، فالشباب يحتاج إلى أن يدرّب نفسه على السيطرة على العالم الخارجي ، وليس من المفيد على وجه الخصوص بالنسبة للشباب أن يكونوا منشغلين جدا بما في داخلهم من شكوك وخيالات أو أن يكونوا منشغلين بطبيعتهم الداخلية ، لأن المهم هو أن تعنى بمطالب البيئة الخارجية عن ثقة و تأكيد، ومن المتوقع أن الأفرد الإنبساطيين تكون لديهم فرصة قضاء وقتهم بوقت أيسر مما يستطيعون الإنطوائيون في هذه الفترة.(.سليم ، 2002 : 454)

-أزمة العمر الأوسط : حوالي سن الأربعين تتعرض النفس للتحويل حيث يشعر الفرد بأن الأهداف والطموحات التي بدت أبدية قد فقدت معناها ، وكثيرا ما يشعر الفرد أيضا بأنه محبط كشيء اركد غير مكتمل، أو كما لو كان هناك شيء حيوي ينقصه، ولاحظ " يونغ " أن ذلك يحدث حتى مع الأشخاص الذين حققوا قدرا كبيرا من النجاح الإجتماعي لأن الإنجازات التي كافئها عليه المجتمع قد تمت على حساب ضياع شخصيته. والنفس هي التي تقدم طريق الخلاص من هذه الكارثة . إنها تدفع الفرد إلى أن يرجع إلى الخلف كي يختبر ويفحص معنى حياته ، وهذا الرجوع إلى الداخل يستعجله اللاوعي ، المنطقة التي توجد فيها كل المكبوتات والجوانب غير المعاشة من الذات والتي تكون قد كبرت هذه الأنواع ، تدعو العقل الباطن للاعتراف بها لكي تحقق التوازن النفسي والإنسجام ، والعقل الباطن يتحدث إلينا بشكل مبدي خلال الأحلام.

إذ نكون مدفوعين لنبدا توجيه طاقاتنا بعيدا عن السيطرة على العالم الخارجي ونبدا التركيز على ذاتنا الداخلية ، إن الشخص في منتصف العمر لا تزال لديه الطاقة والمصادر التي تمكنه من أن يحدث تغيارت في مواقفه الخارجية، وفي منتصف العمر غالبا ما يتعهد الفرد مشروعات أملها طويلا بل وقد يقدم على تغيارتبدو غير مفهومة(.سليم، 2002 :454)

5. 3 . نظرية أريك إريكسون (: النظرية النفسية الإجتماعية) تأخذ هذه النظرية في الإعتبار النمو السيكلوجي للفرد في علاقته بالحيط الإجتماعي الذي يعيش فيه ، ويرى " إريكسون " أن هناك ثلاث خصائص للشخصية السليمة

هي : السيطرة الفعالة والإيجابية على البيئة لإظهار قدر من وحدة الشخصية ، والقدرة على إدراك الذات والعالم إدراكا صحيحا.

ويرى " إريكسون " أن تنمية الشخصية السليمة أو السوية تجعل الفرد قادرا على تحقيق ذاته وأن تحقيق تلك الشخصية السوية لا يتم إلا بعد الوصول إلى حلول مقبولة لعدد من الأزمات أو المشكلات النفسية الإجتماعية الأساسية المتابعة حيث ترتبط كل أزمة بغيرها من الأزمات ويوجد كل منها على نحو أو آخر قبل الوصول إلى اللحظة الحاسمة لحلها وحين يتوصل الفرد إلى حلول إيجابية لكل منها فإن ذلك يسهم في القوة القصوى والنشاط النهائي للشخصية النامية ، وقد وضع " إريكسون " ثماني أزمات لمراحل النمو المختلفة ، والأزمات المتعلقة بمرحلة الرشد هي:

-الألفة مقابل العزلة : يمر الإنسان بهذه الأزمة في مرحلة الرشد المبكر ، بعد أن يجتاز مرحلة المراهقة وتتضح ملامح الهوية الذاتية ، حتى لو لم تستقر أو تثبت بعد ، وينجح الفرد في تحطيم هذه الأزمة إذ ما كانت لديه القدرة على تكوين العلاقات الحميمة ، وهو بالطبع لن يستطيع ذلك دون التخلي عن بعض هويته ، التي يمكن أن تذوب في هوية جماعية ، يحل فيها " النحن " محل " الأنا " الأمر الذي يؤكد مقدرة الفرد على استيعاب وتقبل الآخرين حتى يمكن أن تذوب كل من الأنا والآخرين في النحن ومن ثم يتمكن الفرد من أن يفتح على الآخرين مكونا معهم علاقات حميمة تتمثل في العطاء والتكامل والتضامن تتجلى في علاقات أسرية مشبعة وصدقات ناجحة ، وعند الفشل في تكوين مثل هذه العلاقات في حال الانفلاق على الذات وعدم تقبل الآخرين ، فسوف يقود هذا الموقف إلى العزلة بمضامينه النفسية والإقتراب من حالات سوء التوافق.(بن صغير، 2011 : 11)

-الإنتاج مقابل الركود : تسمى مرحلة الرشد المتأخر وهي مرحلة مثالية للإنتاجية التي تتضمن الإنتاج والإبتكارية ، فإذا نجح الراشد في تطوير هوية إيجابية والإحساس بالألفة فإن إهتمامه ال ارشد تأخذ في التمدد والإتساع لأبعد من مجرد ذاته ويصبح مهتم بإنتاج الأجيال اللاحقة ، وبلغة " إريكسون " فهو يدخل مرحلة من الإنتاجية مقابل الركود والكساد ، ومفهوم الإنتاجية مفهوما عريضا وشاملا ، فهو لا يشير إلى الإنجاب ورعاية الأطفال فحسب ولكن إلى إنتاج الأدوات والأشياء والأفكار التي تخدم الأجيال اللاحقة ، وعلى أية حال فقد ركز " أريكسون " على ذلك بصورة أفضل ، ففي أ ربه لا يضمن حدوث إنتاجية مجرد أن يرزق ال ارشد بالأطفال ، ولكن على الوالدين أن يقوموا بأكثر من الإنجاب وعليهم أن يرعوا الأطفال ويرشدونهم بصورة نامية.

أما الشخص الذي يفشل في تحقيق الإنتاجية فيتصف بالكساد والركود والإفتقار إلى القدرة الشخصية والسليمة ، وفي مثل هذه الحالات عادة ما ينكص إلى نوع من الألفة الزائفة ، أو يبدأ في إطلاق العنان لنفسه والإستغراق في الإحساس كما لو كان الطرف الثاني في علاقة الألفة هو الإبن الوحيد إذا كان النمو في صالح الإنتاجية وتغلب الراشد على أزمة الكساد والركود يعني أن الأنا لديه إكتسبت إحساسا بالرعاية وهو إحساس مفاده بأن هناك شخصا أو شيئا يستحق الإهتمام ، ومن ثم تكون لديه فرصة أفضل إلى الإنتقال للمرحلة الأخيرة.(عبد الرحمان ، 2001 :194 ، 195)

4.5 . نظرية سوليفان : لم يكن لدى "سوليفان" الكثير عن مرحلة الرشد التي تمثل النضج واكتمال نمو الشخصية، والرشد يدل على وجود ذخيرة فاضحة من التفاعلات البين شخصية والقدرة على الحب الحقيقي ، وهي الحالة التي عندما يكون الناس الآخرين واضحين ولهم أهميتهم كذات الفرد تماما ، وتشير هذه الفترة الأخيرة للمرحلة التناسلية عند "فرويد" أو مرحلة التوجه المنتج أو الفعال عند " فروم " غير أن "سوليفان" كان غير متفائل بخصوص الفرصة المتاحة هؤلاء المرشدين لكي يبلغوا هذا التوجه الفعال في المجتمع ، ولذلك يقول : أنا أعتقد أنه بالنسبة لأغلب الناس ، تعد مرحلة ما قبل المراهقة هي أكثر المراحل التي تحتوي على إضطرابات في حياة البشر أو أكثر المراحل التي ينعم فيها الفرد بحياة إنسانية مستقرة ، ومن بعدها تبدأ توترات الحياة ومطالبها التي تحولهم إلى صورة كاريكاتورية في أدنى مرتبة لما سيكون عليه مستقبلا. (عبد الرحمان ، 2001 : 146 ، 147)

6. مشكلات مرحلة الرشد:

من أهم المشكلات التي تظهر في مرحلة الرشد نذكر من أهمها:

1.6 . مشكلات نفسية معرفية : وتتمثل في:

*إضطرابات الإدراك:

-الهلوسات : وهي إدراك خاطئ لمثير حسي موجود في الواقع الخارجي مثل الهلوسات السمعية والبصرية والشمية والذوقية واللمسية.

-الخداع : هو إدراك خاطئ مع وجود مثير حسي ، ويوجد الخداع عن طريق السمع والبصر والشم والتذوق واللمس.

***إضطرابات التفكير:**

مثل التشتت والأوهام وتأخر أو بطئ التفكير والوساوس والبلادة الفكرية والسفسطة (تشويه التفكير بأفكار غريبة غامضة شبه فلسفية).

***إضطرابات الكلام:**

مثل احتباس الكلام وتأخر الكلام واللجلجة وقلة الكلام وسرعة الكلام والإبدال والتزدد وتكرار الكلام.

***إضطرابات سيكوباتية:**

مثل الإدمان والسرقه والقتل والعمليات الإرهابية والسرعة الزائدة وعدم إحترام إشارات المرور ... إلخ.

***سوء التوافق:**

مثل سوء التوافق الإجتماعي وسوء التوافق الزوجي وسوء التوافق الأسري وسوء التوافق المهني وسوء التوافق الصحي.

6. 2. 6. مشكلات جنسية:

مثل الجنسية المثلية والانحرافات نحو موضوعات مادية ونحو المومسات ونحو الذات وجماع المحارم والبرود

الجنسي (عجاج، 2008: 786)

خلاصة:

مرحلة الرشد مثل باقي المراحل العمرية لديها متطلبات وتغيرات لكنها لا تتصف بالتطور الدائم كالذي يحدث في

الطفولة والمراهقة، فهي تتسم بالاستقرار النسبي، فالراشد خلال هذه المرحلة يكون قد وصل إلى النضج الجسمي

والنجاح في تكوين استقرار على مستوى خصائص الشخصية، لكن هذه المرحلة لا تخلو من الأزمات التي يتجاوزها

الراشد بفضل خبراته العاطفية والاجتماعية التي اكتسبها خلال المراحل السابقة للنمو، والتي تساعده على تحقيق

التوافق ومواجهة الصعوبات في المستقبل وخصوصا صعوبات سن الشيخوخة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1: الدراسة الإستطلاعية

1.1 . الإطار المكاني والزمني للدراسة

2.1 . عينة الدراسة

3.1 . إستنتاج عام حول الدراسة

2 : الدراسة الأساسية:

1.2 . المنهج المتبع في الدراسة

2.2 . مقارنة تحليلية

3.2 . حالات الدراسة

4.2 . مواصفات حالات الدراسة

5.2 . الإطار الزمني والمكاني للدراسة

3 . أدوات الدراسة

خلاصة

. تمهيد :

بعد التطرق إلى الجانب النظري الذي كان في أربعة فصول ،فتمثل الفصل الاول كمدخل إلى الدراسة أما الفصل الثاني فتناول متغير الوسواس القهري أما الفصل الثالث فتناول متغير تقدير الذات ،والفصل الرابع تناول متغير الراشد . وفي هذا الفصل تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية في الدراسة والتي تعتبر جد مهمة في أي بحث علمي وهي الوسيلة التي يستطيع بها الباحث الإجابة عن إشكاليات الدراسة وكذلك إثبات أو نفي الفرضيات المتعلقة بالدراسة ،ومن بين هذه الإجراءات نجد الدراسة الإستطلاعية والدراسة الاساسية التي تم فيها عرض عينة الدراسة وخصائصها والاطار الزمني والمكاني للدراسة و منهج الدراسة وكذلك أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية وإختبار بقع الحبر وكذلك مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات .

1 : الدراسة الإستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية كدراسة اولية وهي صورة مصغرة للدراسة يتم من خلالها التعرف على مجتمع وعلى مكان اجراء الدراسة وذلك من اجل تطبيق ادوات المستخدمة في الدراسة الاساسية .

اهدافها:

- وتحديد الظروف التي تجرى فيها الدراسة
- وجمع المعلومات الكافية عن مكان اجراء الدراسة وكذلك حالات الدراسة
- تحديد حالات الدراسة الاساسية .

1.1 . الإطار الزمني والمكاني : تمت الدراسة الإستطلاعية بمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي محمد بن علي عيادة متعددة الخدمات بأولاد مزيان ولاية غليزان ، من الفترة الممتدة ما بين 2017/01/09 إلى 2017/01/19.

1. 2. عينة وحالات الدراسة : لقد تم إختيار عينة الدراسة من خلال الحالات القادمة إلى العيادة النفسية وكان عددهم 6 حالات يتراوح سنهم ما بين 22 . 36 سنة بغية التكفل النفسي وقد تم تحديد حالات الدراسة عن طريق تحديد اضطرابها وهو الوسواس القهري.

1. 3. إستنتاج عام حول الدراسة الإستطلاعية :

من خلال إجراء الملاحظة والمقابلات العيادية مع الحالات فقد لاحظنا أن حالات الدراسة قد ابدت معاناة نفسية كبيرة بسبب اضطراب الوسواس القهري بحيث اصبحت تعيش معاشا نفسيا أليما ، وقد تأثر مختلف جوانب الحياة للحالات ، وقد ابدو تاثر ذواتهم خاصة تقديريهم لذاتهم . وقد تم تحديد حالات الدراسة ثلاثة حالات 2 ذكور و اثنى واحدة ، وتم إختيارها عن طريق الشروط التالية :

- أن تكون مصابة بإضطراب الوسواس القهري .

- ان تكون من الفئة العمرية الراشدة .

- أن تكون كلا الجنسين ذكور واناث .

- وقد تم تحديد منهج وسائل البحث التي سوف نتبعها في :

2 : الدراسة الأساسية

1. 2 . منهج الدراسة :

لقد تم في دراستنا الحالية استخدام المنهج العيادي الذي يعد من المناهج العلمية المستعملة في دراسة الحالات الفردية وذلك وفق مايخدم الظاهرة المراد دراستها وفهم اعمق واشمل للحالات المدروسة.

وأول من استعمل تعبير المنهج العيادي في علم النفس هو " ويتمر **Witmer** " كان للمنهج العيادي بالنسبة إليه غايات عملية هي استباق ثم معالجة للضعف والإختلالات الفعلية لدى الأفراد ثم إهتم بصورة خاصة بالأطفال الذين يجدون مصاعب مدرسية غير عادية. (مريم سليم، 2004:98)

. يعد المنهج العيادي في نظر موريس ريوشلين **maurice reuchlin** :على انه طريقة تنظر الى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول الكشف بكل ثقة وبعيدا عن الذاتية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته، وذلك في موقف ما، كما تبحث عن إيجاد معنى لمذلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وسيورتها، وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكات للتخلص منها (فيصل عباس، 1990: 23) ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الانسب لفهم اعمق للحالة ولجمع المعلومات الكافية واللازمة من الحالات .

ويعرف هادلي (**hadley 1958**) دراسة الحالة على انها تجميع لكل المعلومات المتراكمة حول الفرد بحيث انها تحتوي ،بالاضافة الى المعلومات التاريخية التي تسرد عنه ، على معلومات الاختبار التي اجريت له ، معلومات المقابلات التي تمت معه ، معلومات الفحوصات والملاحظات التي تتعلق به لذا تشتمل طريقة دراسة الحالة على المعلومات المتحصلة عن المسترشد فيما يتعلق بماضيه وحاضره وما يمكن التنبؤ به من مشروعات في المستقبل ، اشار شرتزر وليندن **1979** الى ان دراسة الحالة يمكن ان تعرف على انها تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول الفرد او حول اية وحدة اجتماعية ، حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة في تنمية ابعاد معينة في الشخصية او تطوير مشكلات خاصة متعلقة بها .(ماهر محمود عمر، 1978:210)

2.2 . مقارنة تحليلية :

. تصورات خاصة للاضطرابات النفسية وأسبابها وكيفية علاجها وتقوم المقاربة التحليلية أن الأعراض العصابية هي تعبير عن صراعات نفسية لا يستطيع الفرد أن يعيها ، فهي تمثل عودة للمكبوتات في شكل تسوية أو تكوين ارتدادى.

3.2 . حالات الدراسة :

تم اختيار حالات الدراسة بطريقة قصدية وغير عشوائية ، حيث تمثلت في إختيار كلا الجنسين ، وفي نفس المرحلة العمرية الرشد ، ويشتركون في إصابتهم بإضطراب الوسواس القهري .

4.2 . مواصفات حالات الدراسة :

. - سوف نذكر أهم الخصائص العينة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم(01) يوضح خصائص العينة

الحالة	الجنس	السن	المرض النفسي	مستوى التعليم	الحالة الاجتماعية
(ح.ج)	ذكر	36سنة	الوسواس القهري	ثانية ثانوي	مطلق
(ح.س)	أنثى	27سنة	الوسواس القهري	ثالثة ثانوي	متزوجة
(ب.ب)	ذكر	36سنة	الوسواس القهري	ثانية متوسط	أعزب

5.2 . الإطار الزماني والمكاني للدراسة :

تم إجراء الدراسة الأساسية على 3 حالات ،حالتين ذكور وحالة واحدة أنثى ، من الفئة الراشدة وذلك بمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي محمد بن علي عيادة متعددة الخدمات بأولاد مزيان ولاية غليزان ، من الفترة الممتدة

ما بين 2017/02/12 إلى 2017/04/30

3. أدوات الدراسة :

هي مجموعة من الوسائل والأدوات التي يتم إستخدامها من أجل جمع أكبر قدر من المعلومات المراد الحصول عليها وذلك وفق مايخدم طبيعة الموضوع وإشكالية وفرضية الدراسة ومن أجل الوصول إلى الهدف المرجو من الدراسة وهي :

3.1 . المقابلة العيادية :

يقصد بالمقابلة التحدث المباشر بين الأخصائي والمفحوص بقصد الحصول منه على معلومات محددة ومساعدته على حل مشكلته او لتوجيهه نحو مهنة معينة أو فرع دراسي معين وهي تتيح المجال لملاحظة حركات الفرد وانفعالاته ومعرفة اتجاهاته النفسية وأفكاره وخبراته الشخصية ويتمكن فيها الأخصائي من متابعة تعابير الوجه ونبرات الصوت والإشارات وغير ذلك مما يساعد على فهم حالة المفحوص (ربيع محمود القاسم، 2001:123)

وتنقسم المقابلة الى مقابلة موجهة ونصف موجهة ، وقد تم استخدام في دراستنا الحالية المقابلة النصف موجهة لأنها مناسبة لموضوع دراستنا .

3.2 . المقابلة النصف موجهة : تسمح المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة للوصول إلى دينامية العمليات النفسية

حيث يستطيع العميل تنظيم حديثه، كما يسمح هذا النوع من المقابلات بتبادل المعلومات حول موضوع يحننا مع العميل دون الخروج من إطاره العام والسير في اتجاه واضح مع المحافظة على حدية التعبير (أحمد عياد، 2001 : 69)

3.3 . الملاحظة العيادية :

تشكل الملاحظة عنصرا أساسيا من أدوات البحث العلمي بالنظر لتركيزها على الوصف الدقيق لسلوك الفرد كما هو قائم وهي تهتم بالعلاقات بين الفرد وغيره وبين الفرد وبيئته ، وهي تقتضي تسجيل مشاهدات بطريقة يمكن الاعتماد عليها ، ويمكن تحديد قطاعات معينة من السلوك لملاحظتها ، وهي تستخدم لمشاهدة السلوك تلقائيا في ظروفه الطبيعية مثل دراسة لغة الاطفال والعابهم والانفعالات التي يتعرضون لها ، وفي دراسة الصور المختلفة للتفاعل

الاجتماعي بين الافراد وفي دراسة الظروف والعوامل الاجتماعية المختلفة وغيرها (ربيع محمود القاسم ، 2001:

(139

4. 3. إختبارالروشاخ : (الملحق رقم 03

1. 4. 3. تعريف الإختبار:

يعد الورشاخ اختبارا اسقاطيا، يهدف لدراسة الشخصية، و تشخيصها على أساس عملية الإسقاط،صممه السيكاتري السويسري هرمان روشاخ (Herman Rorschach) سنة1920. يتكون هذا الاختبار من عشرة لوحات على آل منها " بقع حبر "مختلفة الأشكال، سوداء أو متعددة الألوان، ذات تناظر ثنائي الطرف .اللوحه الأولى سوداء، الثانية و الثالثة بالأسود و الأحمر، الرابعة و الخامسة والسادسة و السابعة باللون الأسود و الرمادي في حين أن اللوحات الثلاثة الأخيرة، هي لوحات ذات ألوان مختلفة .مع الإشارة إلى أن هذه اللوحات تشمل على فراغات بيضاء تتفاوت في العدد و المساحة من لوحة لأخرى. (رفيقة بلهوشات 2008:17).

3. 4. 2. كيفية التطبيق :

يطبق إختبار الرشوخ على الأطفال والمواهقين والراشدين ويتم ذلك خلال مرحلتين أو ثلاثة في بعض الأحيان. الأولى وهي مرحلة التطبيق وتمثل في تقديم لوحات الإختبار للمفحوص الواحدة تلوى الأخرى للمفحوص أو تلك التي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة بهدف تحديد العناصر ذات الأهمية في التنقيط وتحليل البروتوكول ، إذ يساعد التحقيق على حصر الدينامية النفسية للشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء تلك الإستجابات . أما المرحلة الثالثة للتطبيق فهي إختبار الحدود و التي ينتقا إليها الفاحص عندما ينعدم او ينقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول كقلة الإجابات الشائعة وإنعدام التصورات البشرية أوإنعدام نمط معين من الطرق تناول أو حتى غياب الإستجابات اللونية ي اللوحات الثلاث الأخيرة .

. يقوم الفاحص في هذه المرحلة بترجمة إستجابات المفحوص إلى رموز وضع مايقوله هذا الأخير في صورة مختصرة متفق عليها لو لم تدخل تعديلات كبيرة على الرموز التي وضعها هارمان روشاخ بنفسه ومعظم هذه الرموز تشكل الحرف الأول أو مجموعة من الأحرف الأولى من الكلمة التي تصنف نمط الإستجابة والتي تمثل مكون من مكونات الإختبار.

ب . التقييم الكيفي:

بعد الإنتهاء من تقييم الإستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم يعد مختلف النسب المئوية وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منها نمط الإدراك ، نمط الرجوع الداخلي ، النسب المئوية للإجابات الحيوانية ، كل هذه التقييمات العديدة والتي تضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة،الرفض،المثابرة،الملاحظات الوصفية)تكتب على جدول من خلاله يقوم الفاحص يتكوين المخطط

النفسي (C.Beizman.1982.p72)

3. 5 . مقياس كوبر سميث لتقدير الذات : (الملحق رقم 02)

هو مقياس أمريكي صمم سنة 1967 لقياس الإتجاه نحو الذات الاجتماعية العائلية، وهو الحكم الشخصي للفرد نحو نفسه وأن الصورة الصادقة التي يكونها الفرد نفسه تعتمد بالدرجة الأولى على تقديره لذاته ويحتوي المقياس على أربعة مقاييس فرعية هي:

الذات العامة .

الذات الاجتماعية .

العمل .

المنزل والوالدان .

يحتوي على بعدين هما تنطبق ولا تنطبق، عدد فقراته 25 فقرة. معدة لقياس تقدير الذات وهي الصورة الخاصة بالكبار الذين يتجاوزون سن السادسة عشر 16 (سنة).

منها العبارات السالبة ذات الأرقام:

. 25. 24. 23. 22. 21. 18. 17. 16. 15. 13. 12. 10. 7. 6. 3. 2

والعبارات الموجبة ذات الأرقام: 20.19.14.11.9.8.5.4.1

3. 5. 1. تعليمية تطبيق الاختبار:

يقدم الفاحص ورقة الاختبار للحالة ويعطي التعليمات التالية:

اليوم سوف نقوم ملء هذا المقياس، فيما يلي مجموعة من العبارات، إجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب

وما لا تحب اذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (X) داخل المربع في خانة " تنطبق"، اما اذا

كانت العبارات لا تصف ما تشعر به فضع علامة (X) داخل المربع في خانة " لا تنطبق"

لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وانما الاجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي.

3. 5. 2. طريقة التصحيح:

يمكن الحصول على درجات مقياس كوبر سميث باتباع الخطوات التالية:

- اذا كانت الاجابة " لا تنطبق" على العبارات السالبة فمنحه (1)، أما إذا كانت إجابته " تنطبق" فمنحه (0)

- إذا كانت الإجابة على العبارات الموجبة " تنطبق" فمنحه (1)، أما إذا كانت الاجابة " لا تنطبق" فمنحه (0)

يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب التقدير الكلي في 4

3. 5. 3. مستويات تقدير الذات:

يظهر مقياس تقدير الذات " لكوبر سميث" ثلاث فئات لمستويات تقدير الذات على النحو التالي:

جدول رقم (02) يوضح مستويات تقدير الذات

الرقم	المستوى	الفئة
01	درجة منخفضة	40 - 20
02	درجة متوسطة	60 - 40
03	درجة مرتفعة	80 - 60

كما يحتوي رانز تقدير الذات " لكوبر سميث " على أربعة مقاييس فرعية، المتمثلة في الجدول التالي:

جدول رقم (03) يوضح مقاييس الفرعية لتقدير الذات

الدرجات الخام	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
12	25.24.19.18.15.13.12.10.7.4.3.1	الذات العامة
04	21.14.8.5	الذات الاجتماعية
06	22.20.16.11.9.6	المنزل والوالدين
03	23.7.2	العمل

صدق وثبات المقياس:

تم تطبيق مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، حيث بلغ صدق المقياس الذي تم حساب بطريقة المقارنة الطرفية أي

مقارنة % 27 من ذوي الدرجات المرتفعة و % 27 من ذوي الدرجات المنخفضة عمى مقياس تقدير الذات وقد

بلغ متوسط درجات تقدير الذات المرتفع (21)

ومتوسط درجات تقدير الذات المنخفض (12,4) ، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) وتم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية حيث بلغت نسبة الثبات عمى مقياس تقدير (0.88) وبلغ معامل الثبات (0.93) (جعفر 2009 .155)

3. 6 . مقياس بيل براون لتشخيص الوسواس القهري : (الملحق رقم 01)

مقياس بيل براون للوسواس القهري وضعه جودمان وآخرون عام 1989 م كأداة ملاحظة تستخدم بشكل متكرر في الدراسات العلاجية للوسواس القهري، وهي تساعد كثيرا في استخراج مالم يذكره المريض، ومالم يعتقد أنه ذو علاقة بالأمر في حياته؛ ويهدف تطبيقه على المريض بالوسواس القهري إلى التحديد الكمي لشدة الأعراض وكذلك لتقييم الاستجابة لطرق العلاج المختلفة، وذلك من خلال تقييم الطبيب النفسي أو الاختصاصي النفسي لعدة متغيرات في حالة المريض وإعطائها درجة تقديرية تختلف من صفر حتى أربعة حسب شدة الأعراض .

وقد أجرى كل من كيم، وديسكن، وكسكويسكي، وهوفر، وكاسلين، عام 1993 دراسة بهدف التحقق من الثبات والصدق لهذا المقياس من خلال تطبيقه على عينة مكونة من 102 يعانون من الوسواس القهري، وأظهرت النتائج انه يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات والصدق في تقييم أعراض الوسواس القهري. وقد ترجم هذا المقياس بمعرفة مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس في القاهرة، كما استخدم في دراسة قام بها باحثون من قسم الطب النفسي بالجامعة نفسها عام 1994 م لدراسة أعراض الوسواس القهري على عينه من المصريين، ومقارنتها بنتائج مماثلة في أنحاء شتى من العالم، واستخدم أحمد عكاشة هذا المقياس في دراسة حديثة عام 2001 م على عينة من العرب المصريين شملت (90) مريضاً، ويتكون المقياس من (74) فقرة، ثم عرضت الفقرات على مجموعة من الأساتذة في علم النفس لإبداء آرائهم في صلاحيتها لقياس الوسواس القهري في البيئة اليمنية. وقد أسفرت هذه العملية عن اختصار الفقرات إلى (44) فقرة. (ليلي الحسيني ، أكاديمية علم النفس)

وقد اتضح لنا أن بنود هذا المقياس تتناسب مع البيئة الجزائرية ولهذا تم تطبيق هذا المقياس على حالات الدراسة .

3. 6 . 1 . تعليمية تطبيق الاختبار :

بين أيديكم استبيان يتضمن مجموعة من العبارات حول جوانب مختلفة في حياتكم, أرجو قراءة كل عبارة بدقة وموضوعية ثم الإجابة عنها بوضع علامة صح بجانبها وتحت البديل المناسب الذي ينطبق عليك, ولا داعي لكتابة اسمك, علما بأن إجابتك سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي الذي هو سبيلنا الأساسي لحل مشكلاتنا المختلفة وتكون الإجابة على الفقرات بوضع العلامة امام العبارة المناسبة. (ليلي الحسيني ، أكاديمية علم النفس)

3.6.2 . طريقة التصحيح:

يتم جمع عدد الإجابات التحصل عليها من طرف المفحوص المفحوص .

جدول رقم 04 يوضح تصنيف شدة الوسواس القهري

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في مقياس بيل براون للوسواس القهري
خفيف جدا	7 - 0
خفيف	15 - 8
متوسط	23 - 16
ملحوظ	31 - 24
شديد	40 - 32

التعليق على الجدول:.

7- 0 : أعراض الوسواس قهري خفيفة جدا في الغالب لا تحتاج إلى العلاج إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب

مواقف كثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وساوس فقط

8 - 15 : أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة إذا آن لديك وساوس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة

16 - 23 : أعراض متوسطة ، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

24 - 31 : أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة كبيرة.

32 - 40 : أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزا بالغا ، قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

خلاصة :

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المستعملة في الدراسة والتي تم من خلالها التطرق إلى الدراسة الإستطلاعية ثم ثانيا الدراسة الأساسية التي تم من خلالها التطرق إلى تعريف المنهج المستخدم في الدراسة وهو المنهج العيادي القائم على دراسة حالة كما تم بعدها ذكر حالات الدراسة وخصائصها وكذلك الإطار الزمني والمكاني للدراسة تم بعدها ذكر أدوات الدراسة والمتمثلة في المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية وإختبار بقع الحبر ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

الفصل السادس : عرض النتائج ومناقشتها

الفصل السادس :عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد

أولا . عرض النتائج (دراسة الحالات):

1 . دراسة الحالة الأولى .

2 . دراسة الحالة الثانية.

3 . دراسة الحالة الثالثة.

ثانيا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

1 . مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية.

2 . مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الاولى.

3 . مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية

4 . مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة.

خلاصة

. تمهيد :

من خلال هذا الفصل سوف نقوم بعرض الحالات الدراسة والتي تم بتحديد سير إجراء المقابلات العيادية، وعرض المقابلات من خلال عرض المعلومات الضرورية عن اضطراب الوسواس القهري وتقدير الذات وتحليلها وتحليل إختبار بقع الخبز لروشاخ للحالات ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات ، وكذلك قم تم في هذا الفصل مناقشة فرضيات الدراسة إستنادا على نتائج دراسة الحالات والمقاييس المستعملة من أجل إثبات صحة أو نفي الفرضيات

أولاً: عرض النتائج (دراسة الحالات)

1. الحالة الأولى:

المعلومات الاولية للحالة:

الاسم: ج

اللقب: ح

الجنس: ذكر

السن : 36 سنة

مكان الإقامة : منطقة حضرية

نوعية السكن : مسكن عائلي كبير

عدد الاخوة: 07 اخوة 05 ذكور 02 اناث

رتبة بين الاخوة : الاخير

المستوى الدراسي : ثانية ثانوي

الحالة المدنية : مطلق

المهنة : حلاق

المستوى المعيشي: متوسط

سبب قدوم الحالة للاخصائي النفسي :

رغبة من الحالة وبحثا عن العلاج والتخلص ووضع حد للمعاناة النفسية

تحليل الطلب : رغبة من الحالة بعد القيام بالرقبة وزيارة الاطباء (القلب ، المعدة ، طب عام والقيام بالتحاليل) تبين له ان المشكل نفسي

جدول رقم(05) يوضح سير المقابلات للحالة الأولى :

المقابلات	تاريخ الاجراء	مكان الاجراء	مدتها	الهدف منها
المقابلة الأولى	2017 ; 02.12	عيادة متعددة الخدمات اولاد مزيان	30 د	1. التعرف على الحالة والتعريف بدورنا وكسب ثقة الحالة 3. جمع البيانات الاولية
المقابلة الثانية	2017.02.27	ع.م.خ	45 د	1. التعرف على تاريخ الطفولي والتعليمي للحالة 2. التعرف على الوضع الاجتماعي للحالة
المقابلة الثالثة	2017.03.6	ع.م.خ	45 د	1. التطرق الى طبيعة العلاقة التي تربط الحالة مع العائلة (الاخوة والوالدين)
المقابلة الرابعة	2017.03.13	ع.م.خ	50 د	1. الحياة الجنسية والعاطفية 2. التعرف على الحالة الزوجية للحالة

1. التعرف على الحالة الصحية الراهنة المعاش النفسي 2. تطبيق مقياس بيل براون للسواس القهري	55 د	ع.م.خ	2017.03.20	المقابلة الخامسة
1. التعرف على تأثيرات المرض) السواس القهري (على ذات الحالة. 2. تطبيق مقياس تقدير الذات	55 د	ع.م.خ	2017.03.27	المقابلة السادسة
1. تطبيق اختبار الروشاخ	30 د	ع.م.خ	2017.03.30	المقابلة السابعة

السميائية العامة للحالة :

الحالة (ح.ج) يبلغ من العمر 36 سنة طويل القامة نحيف الجسم شعره أسود عيناه بنيتان ،هندامه ملائم لسنه ونظيف فهو سليم من الناحية الجسمية ملامح وجهه معبرة عن المواقف ،أما تواصله البصري فهو طبيعي ،أما من ناحية القدرات العقلية فله القدرة على التركيز والتدقيق في شرح الأحداث بالتفاصيل وكذلك لديه ذاكرة قوية في إسترجاع الأحداث ، أما التعبير الجسدي فالحالة يقوم كثيرا بتحريك يديه كثيرا أثناء الكلام ووجود حركات سريعة ، أما التعبير اللغوي فالحالة يتكلم بكلام مفهوم وواضح إذ يستطيع التعبير عن افكاره ومشاعره إلا أن الحالة يقوم بالتدقيق في الكلام والشرح المفصل للأحداث أما مزاج الحالة فهو يميل إلى الاكتئاب ويغلب عليه طابع الحزن والمعاناة من المرض ويظهر ذلك في وجه شاحب

عرض المقابلات:

لقد تم استقبال الحالة (ح.ج) بمكتب الاخصائي النفسي بالعيادة المتعددة الخدمات وتم التعرف عليه وعن سبب قدومه إلى المصلحة الذي كان بمحض ارادته بحثا منه عن العلاج لحالته الراهنة التي غلبت عليها المعاناة وحرمته من الإستمتاع بالحياة .

من خلال هذه المقابلة التي هي أول لقاء حاولنا كذلك كسب الثقة (ح.ج) وتشجيعه على المواصلة في إجراء الجلسات النفسية التي يتم من خلالها التعرف على حالته وتاريخه المرضي والوصول إلى تشخيص وعلاج لهذه الازمة النفسية التي يعيشها كما تم كذلك جمع المعلومات الأولية عن الحالة التي وافانا بها بكل أريحية والتي دلت على أمل الحالة في العلاج النفسي وثقته فيه.

تاريخ الحالة :

لقد تم التطرق الى طفولة الحالة إذ يقول أنه لايتذكر الشئ الكثير إلا بعض الأحداث فهو أخ لسبعة اخوة 5 ذكور وأختان ، فطفولته كانت عادية إذ يتذكر انه كان يرعى الغنم ويلعب في الحي حتى يوم دخوله في سن 8 سنوات وهذا راجع إلى عدم تسجيله في الحالة المدنية بحيث أحس بنوع من الخوف والإنفصال عن البيت إذ أصبح يحس بنوع من الحرج بسبب بنيته الجسدية ما صعب مهمة التكيف معهم في الأيام الأولى ، ثم إنتقل إلى مرحلة المتوسطة وقد واجه

مشاكل بسبب إبتعاده عن أهله مما أدى به إلى الهروب من إقامة المؤسسة وقد عوقب بالحرمان من المنحة ، ثم انتقل إلى مرحلة الثانوية وتم توجيهه إلى شعبة لم يكن راضيا عنها مما أدى به الى التوقف عن الدراسة بسب صعوبتها حسب قوله ولجأ للعمل مع والده في الفلاحة والتي واجه فيها صعوبة وقساوة ليذهب بعدها إلى العمل في ولاية وهران لمدة سنتين في المطاعم واعمال البناء ويعود بعد ذلك إلى الديار ليعمل حلاق .

أما فيما يخص طبيعة العلاقة بين الحالة وأفراد أسرته كانت علاقة مضطربة بدليل أن الحالة (ح.ج) الآن لا يفكر في زيارة الاهل والعائلة إذ لم يعد بينه وبين إخوته إلا التحية وهو يدخل إلى البيت من أجل المبيت فقط أما أكله فهو في المطاعم كما أن أمه مريضة وهي عند أخيه فهو يذهب إلى زيارتها مرة على مرة ولكن كما يقول بخطى ثقيلة.

وقد تحدث الحالة (ح.ج) عن حياته العاطفية إذ يقول أنه كانت تربطه علاقات كثيرة في المدرسة اين كان تلميذا ولكنها كانت سطحية وعفوية كما كان له علاقات مع بنات بعد الخروج من المدرسة ولكنها كذلك لم تنجح ولعل ابرزها كما يقول مع المرأة التي تزوجها التي كان معها في علاقة حوال سنة حيث كان سنه 29 سنة بحيث بدا يحس بضغط عامل السن في الزواج فلم يفكر كثيرا في اتخاذ قرار الزواج .

أما فيما يخص حياته الزوجية فهو يقول أنه قد عانى كثيرا في زواجه بسبب عدم توقعه لمجريات زواجه باعتبار ان الوالد والاخوة الكبار هم من كانوا يمنونون مصاريف الزفاف إضافة الى يوم الزفاف الذي أصيبت فيه الزوجة بنوبة غضب وحزن جراء إستهزاء بعض المدعويين منها ومن لباسها كل هذا أثر على الحالة إذ يقول (ملي عرفت هاذ المرأ وانا فالمشاكل) وبعد مرور فترة من الزواج بدأ يحس الحالة بأحاسيس غريبة ويسمع أصوات الحجارة في الغرفة التي أرجع أسبابها الى زوجة أخيه الذي يسكن بالجوار و التي تمارس أعمال السحر والشعوذة ، إستمرت المشاكل والخصامات مع الزوجة والخلافات إلى ذروتها بسبب عدم امتثالها لطاعة زوجها وطبعها الخشن على الرغم من انهما رزقا بطفلة إلا أن التواصل بينهما كان منعدما ومع استمرار الحالة على حالها، و توصل الزوجان إلى الطلاق ليستمر بعدها الصراع على حضانة إبنتهما مما سبب له ضغطا وقلقا كبيرا و خوفه من فقدان الحضانة .

التاريخ المرضي للحالة:

. إن الضغوط النفسية والمشاكل العائلية التي عاشها كان لها وقع في زيادة تفكير الحالة (ح.ج) بحيث أصبح يحلل كل مجريات الامور والأحداث والوقائع واصبح كثير الشك وتسلطت عليه أفكار ولم يستطيع الإقلاع عنها والتحرر منها إذ يقول أنه صداع وألم في الرأس وتسيطر عليه افكار يقوم بتحليلها والتدبر فيها بصفة قهرية لا يستطيع الإفلات منها أو التحرر منها وتراوده شكوك بالمرض والموت والاصابة بالامراض الخطيرة إذ يقول (راني روجت عند الطبا وعطاوي الدواء ودرت التحاليل بصرح غي يفوت نهار ولا زوج يعاود يرجعلي المرض ومن بعد نروح عند طبيب وخداخر) كما أنه لايجد رغبة ولا شهية في الطعام و يجد صعوبة في النوم والإستيقاظ لعدة مرات اثناء النوم كما أنه يحلم الافاعي السوداء والأحداث التي يعيشها والأشخاص المقربين إليه يقول الحالة كذلك انه يحس بتزايد ضربات القلب ويظن انه مصاب بمرض القلب حتى أنه زار الطبيب وعمل له فحوصات وتحاليل وأكد له انه لايعاني من هذا المرض على الإطلاق ومرة يقول أنه مصاب بمرض تضخم الغدة الدرقية ومرة القولون العصبي كل هذا جعل الحالة في دوامة من الشكوك حيث لجأ إلى الرقية الشرعية نتيجة هذه الضغوط التي أصبح يعاني منها جراء تسلط هذه الافكار.

تأثيرات المرض على تقدير الذات للحالة :

لقد تحدث الحالة (ح.ج) تأثير المرض على ذاته حيث أن مايعيشه الحالة من أفكار ووسواس أصبحت تسبب له المعاناة فهو لم يعد بمقدوره إتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية فالمرض قد قضى على حياته حسب قوله فلم يعد يتحكم في إرادته وغير متفائل وينظر للحياة نظرة تشايمية منشغلا بمحاولته إقناع ذاته والتحرر من تسلط الأفكار التي لم يقدر على تجنبها والسيطرة عليها فهو يشعر باليأس والإستياء والضيق والقلق من حين لآخر كما فقد ثقته بنفسه وأصبح ينجل إذ يقول (إذا كنت نهدر في جماعة وكى يسكتو قاع باش يسمعوني نهدر مانطيقش نكمل الهدرة ونسى شاكنت باغي نهدر) فالحالة (ح،ج) لم يعد بمقدوره السيطرة على نفسه وأفكاره وأفعاله بسبب الوسواس، إذ يقول (وليت نشك بلي راني مريض في جسمي ونحس طلعتلي الحمى والسطر فالراس وقلبي يضرب بالخفونحس روحي عيان) ويجد صعوبة في النطق والكلام ويعاني من الإمساك وعدم القدرة على التركيز إذ يقول (راهي تجيني افكار راني نقول على هذا المرض ري راه ينقيني غير باه نموت)

. تأثير المرض على الجانب الاجتماعي للحالة :

لقد كان للمرض تأثير على المكانة الاجتماعية للحالة بحيث أنه أصبح يعاني من الخجل عند مواجهة الآخرين من الأصدقاء والزبائن فأصبح يتجنب المواقف التي تسبب له الحرج بسبب عدم قدرته على المواجهة والتركيز أثناء المحادثات مع الاصدقاء والزبائن.

فهو أثناء عمله كحلاق أصبح لا يستطيع العمل بصفة مستمرة إذ كلما جاءت هذه الوسوس والأفكار إلا وغلق محله وإنصرف إذ يقول (وليت نقول للمشتاريا ماتجونيـش الصباح رواحو لعشية) فهو لم يعد بمقدوره المقاومة لهذه الأفكار التي جعلت منه شخصا كئيبا حيث يقول (لوكان غي نموت خير من هذي المعاناة اللي حرمني من لذة الحياة)

كما أنه لا يدخل البيت الا في ساعات متأخرة من المساء بسبب العلاقة الأسرية السيئة التي أصبحت تشعره بالقلق والخوف إذ يقول أنه بدلا من وقوف افراد العائلة الى جانبه وتشجيعه على تجاوز محنته زادت الخلافات معهم .

تحليل المقابلات :

من خلال المقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة (ح.ج) والتعرف على تاريخها الصحي والمرضي وتطبيق إختبار بقع الحبر لروشاخ وكانت نتائجه كالتالي:

. جدول رقم 06 يوضح بروتوكول الروشاخ

الترميز	التحقيق	الإستجابات	زمن الكمون	اللوحة
GF+A Banale Dd F Ad G F Art	. كامل شكل لوحة (كل اللوحة) . هاذو من فوق يدين تاع إنسان (جزء صغير) . الصورة كامل زخرفة (كل اللوحة)	شكل حيوان ،ايدي إنسان 1.40 ثا	40 ثا	01
DF+Ad Banale D Fc A	. هاذو لزوج ايشبهو للراس تاع حيوان (جزء كبير) . هاذي هنا فراشة حمراء (جزء كبير)	راس حيوان فراشة حمراء 45 ثا	10 ثا	02
D F A D F Ad D F Bat D F Anat D Kan A Bat	. الحيوان هنا من هاذ الجهة (جزء كبير) . هاذو أرجل حيوان (جزء كبير) . هاذو أغصان تاع شجرة (جزء كبير) . هنا رية تاع بنادم (جزء كبير) . هنا غزالة راكبة فوق الشجرة (جزء كبير)	حيوان أرجل حيوان اغصان تاع الشجرة رئتين تاع إنسان غزالة فوق الشجرة 1.50 د	10 ثا	03
G F A D F Obj	. ابيان كامل حيوان (كل اللوحة) . راني نشوف فيه كيما الصباط (جزء كبير)	شكل حيوان شكل جزمة 49 ثا	22 ثا	04
Gf+ A Banale D F Ad	. كامل خفاش هذا (كل اللوحة) . من فوق راس تاع تمساح (جزء)	خفاش راس تمساح	10 ثا	05

	(كبير)	28 ثا		
G F Obj D F A Dd F Ad	. الشكل نتاعها قيتارة (كل اللوحة) . هنا شكل فراشة (جزء كبير) . هذا راس حيوان (جزء صغير)	هاذي قيتارة هاذي تبان فراشة هنا راس حيوان 42 ثا	11 ثا	06
D F Hd D F Ad	. شت هذا راس تاع بنادم (جزء صغير) . هذا من التحت حيوان (جزء كبير)	راس تاع بنادم راس حيوان 40 ثا	15 ثا	07
D F C A Banale D Fc A Dd F Hd	. هاذاو في زوج بيانولي زوج حيوانات حميرين (جزء كبير) . هاذي فراشة حمرا وبنية (جزء كبير) . هاذاو يدين تاع إنسان (جزء صغير)	حيوان احمر فراشة حمراء يدين تاع إنسان 45 ثا	18 ثا	08
G Fc art	. قاع راني نشوف فيها زخرفة ملونة (كل اللوحة)	زخرفة هاذي 35 ثا	18 ثا	09
G F- A D F A D FA Banale D F Bat D F A	. هاذي كامل زخرفة حيوانية (كل اللوحة) . هاذي هنا سبع (جزء كبير) . وهذا كيما السرطان (جزء كبير) . هذا جذع تاع الشجرة (جزء كبير) . وهنا تبان شكل حيوان عزال (جزء كبير)	زخرفة هذا سبع هنا هاذي كيما السرطان هذا جذع شجرة هاذي غزالة 1.12 د	10 ثا	10

. اللوحات المفضلة : 9 ، 10

جدول رقم 07 يوضح المخطط النفسي

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
Hd= 10.71%	F+ = 17.85%	G= 25%	- R=28
A= 46.42%	F= 68.69%	D= 64.28%	-T.total=
Ad= 17.85%	F- = 3.57%	Dd= 10.71%	11.36min
Obj=7.14%	Kan= 3.57%		- متوسط زمن الكمون
Ant= 3.57%	Fc = 10.71%		15.6: ثا
Bat= 10.71%			- متوسط الزمن في كل
Art=7.14%			لوحة: 68.2 ثا
			-TRI= K/C
			=K<C = 1>3
			-R.C= 8.92%
			-F.C=K/E=
			K>E= 3>0
			-Hass= 14.28%
			-INT= 10.71%
			- FMA=1.5=1.5
			-A%= 64.28%
			-H%= 7.14%
			-F%= 100%
			-F+%= 17.85%
			-F% elarg=
			114.28
			-F+elarg= 114.28
			-
			Banale=117.85%

تحليل بروتوكول الروشاخ

. الإنطباع العام حول البروتوكول

قدم المفحوص بإنتاجية معتبرة من الناحية الكمية $R=28$ والتي تدل على مستوى عقلي مرتفع والقدرة على التعبير الشفهي والخيال الواسع والذي يبين محاولة الحالة جلب الإنتباه والحاجة إلى الإهتمام ، قدر زمن الإجابة في كل لوحة بـ 68 ثانية وهو زمن مرتفع عن المعيار النموذجي وهذا يعود لكثرة التعاليق التي تعتبر دفاعية ذات وجهة تحكمية وهي موزعة على زمن كلي قدر بـ 11 دقيقة مقارنة بالمعيار العادي الذي يتراوح ما بين 20 و 30 دقيقة ، ووقت كمون قدر بـ 15 ثانية وهو يقارب المعيار العادي إلا أنه في اللوحتين رقم 1 و 4 و 9 كان الزمن مرتفع وعدد الإستجابات قليل في حين ان اللوحات رقم 3، 7، 10 كان زمن الكمون عادي وعدد الإستجابات كبير وهذا يدل على التردد وصعوبة الإختيار على حسب اللوحات ، لم يسجل في هذا البروتوكول رفض للوحات ومن جهة سجلنا 5 إستجابات شائعة $Banale=17.85\%$ والتي تدل من الخوف عن الإنحراف من الحدود المألوفة للسلوك والحاجة الملحة للتفكير في حدود مألوفة .

السياقات المعرفية :

فيما يخص طرق التناول بالنسبة لهذا المفحوص فقد الإستجابات الكلية $G=25\%$ التي تتوافق مع المعيار النموذجي 20% - 30% وهي تدل على إستعمال التفكير المجرد ، وكانت الإستجابات الجزئية $D=64.28\%$ وهي تتوافق مع المعيار النموذجي 61% - 68% وتدل على الإفراط في إستعمال التفكير الملموس والمحسوس والإهتمام بالتفاصيل الصغيرة ، أما فيما يخص الإستجابات الجزئية الصغيرة $Dd=10.71$ وهي تتوافق مع المعيار النموذجي 6% - 10% وهي مؤشر على السلوك القهري الوسوسة وشدة التدقيق وقد غلب على المحددات الطابع الشكلي حيث $F=100\%$ في كل الاستجابات التي تدل على أن الحياة الإنفعالية لدى الشخص تحددتها العمليات الفكرية التي يسودها الجمود والتعصب وعدم المرونة والأفكار الثابتة ، إن إرتفاع نسبة F عن 80% هي مؤشر مرضي على التعقيد والإفقتار إلى التلقائية والإكتئاب والسلوك القهري ، كما أن $F=17.85\%$ وهي نسبة ضئيلة جدا تؤكد على إنزلاقات حادة في إدراك الشكل .

الدينامية الصراعية :

سيطرة الجانب الواقعي في هذا البروتوكول وقلة التصورات الإنسانية كانتا طريقتين للسيطرة ومواجهة العالم الداخلي والتحكم في العالم النزوي بقطبيه العدواني والليبيدي بحيث $Hd=7.14\%$ وهي نسبة منخفضة تدل على العدوانية والكراهية أما إرتفاع نسبة الإستجابات الحيوانية $A=64.28\%$ يدل على سرعة التفكير وفقر مضمونه ، و TRI الذي يمثل نمط الصراع الداخلي كانت $K < C$ وهي تشير إلى الطابع المنبسط للسير النفسي ، في حين $F.C$ كانت $K > E$ وهي تدل على وجود الرقابة على العالم الداخلي والوجدانات ، وكانت $RC=8.92\%$ وهي منخفضة عند المعيار النموذجي 30% وتدلل أن الشخص إنطوائي وهو مؤشر على ضعف الإستجابة للمنبهات الخارجية ، معادلة النضج الوجداني $FMA=(CF+C=FC)$ وهي تدل أن الشخص ليس لديه نضج وجداني ، معادلة الشك الداخلي $INT=10.71\%$ وهي تدل على ان لديه صراعات وشك داخلي ، كما أن الحالة أبدى قلقا كبيرا بحيث $HASS=14.28\%$ وهي نسبة أكبر من 12% للمعيار النموذجي .

المحتوى:

نجد تنوعا نسبيا في بروتوكول المفحوص يشير إلى تنوع إهتماماته ($A Hd Obj antom pot art$) في حين شكلت المحتويات الحيوانية أغلبية المواضيع المدركة $A\%=64.28\%$ وهي نسبة عالية تدل على أن الحالة لديه تفكير سريع وفقير في مضمونه ، إن ظهور أول إستجابة ذات محتوى إنساني في اللوحة رقم 7 (هذا راس تاع بنادم) وكانت في محتوى إنساني جزئي ، فالتصور الإنساني لدى الحالة ملخص في عضو التفكير ومصدر الأفكار وإنشغال المفحوص لتظهر استجابة اخرى في البطاقتين رقم 1 و 8 (هذا ذراع تاع إنسان) بسبب انشغال الحالة وتركيزه على حالته الصحية فقلة الإستجابات الإنسانية $H\%=10.71$ ترجع إلى الكبت والقلق والعدوان ، لقد جاءت $F\%elarg$ و $F+elarg$ بنفس القيمة 144.28 وهي تدل عن نوع بالإهتمام بالواقع ، بالنسبة لإختبار الإختيارات اللوحات المفضلة وهي 3،7 (هاذو عجبوني) والغير مفضلة وهي 4،9 (هاذو معجبونيش) .

. الفرضية التشخيصية للروشاخ :

- يظهر إختبار الروشاخ أن الحالة (ح.ج) لها مستوى عقلي مرتفع وتستعمل التفكير المجرد والإفراط في التفكير الملموس والمحسوس
- الإهتمام بالتفاصيل الصغيرة وشدة التدقيق الذي يدل على السلوك القهري .
- التردد وصعوبة الإختيار .
- النظام والإلتزام والخوف من الإنحراف عن الحدود.
- تحكم العمليات الفكرية في تحديد الحياة الإنفعالية التي تتميز بالتعصب وعدم المرونة والتي تظهر من خلال النسبة المرتفعة %f
- ظهور مؤشرات مرضية تدل على الإفتقار إلى التلقائية والسلوك القهري عندما تكون %F+ أكثر من 80% ، كما تدل كذلك على وجود بين الرغبة في التحكم والرضوخ للمحيط .
- سيطرة الجانب الواقعي على العالم الداخلي النزوي بقطبيه العدواني والليبيدي .
- محاولة جلب الإنتباه وجلب الإهتمام .
- وجود رقابة على العالم الداخلي من خلال F.C.
- عدم وجود نضج وجداني من خلال معادلة FMA .
- شخص إنطوائي من خلال RC أقل من 30%.
- وجود قلق مرتفع من خلال HASS=13.79
- وجود شك داخلي INT=28.57 نتيجة الحساسية الكبيرة لمثيرات العام الخارجي مع القدرة على معالجة الضغوط.
- وجود القلق والكبت والعدوان عند الحالة.

- القدرة على التكيف وإقامة علاقات إجتماعية من خلال F+elarg وإمكانية الإتصال البشري ، لكن من الواضح ان هذه العلاقات تمتاز بالسطحية من خلال نقص الإستجابات الحركية .

- يظهر تحليل إجابات المفحوص على اللوحات التي تعود إشكالياتها الضمنية إلى مفهوم الذات من خلال اللوحة رقم 03 التي ترمز على تمثيل الذات أمام المشايه له والتي ترمز إلى مشكلة سيورة التقمص وإلى الصعوبة التي يواجهها في التحكم في القلق والشك المرتفع أين تنعدم الإستجابات الإنسانية وعوضها الحالة بإستجابات الحيوانية ، فالخوف والقلق يكون إتجاه العلاقات والإتصال البشري ، ومن خلال البطاقة رقم 10 التي لها معاني ذاتية والتي تنعدم فيها الإستجابات اللونية وأعطت إستجابة شاملة وإستجابة شائعة ، وهذا دليل على تجنب الإثارة الإنفعالية .

. وإنطلاقا من الأعراض الإكلينيكية للمقابلات التي تتوافق مع بنود الدليل التشخيصي للوسواس القهري حسب DSM5 :

. وجود أفكار متعلقة بالمرض والخوف من الموت وهي متكررة وبصفة ثابتة وهي مفتحة وغير مرغوبة وتسبب قلقا وإحباطا .

. يحاول الحالة (ح.ج) تجاهل هذه الأفكار وتقييدها وقمعها .

. تأخذ هذه الافكار حيزا كبيرا من وقت الحالة في التفكير فيها وتسبب له ضعفا في الاداء الاجتماعي والمهني (حلاق).

. عدم وجود تأثيرات فيزيولوجية كتناول دواء او حالة طبية اخرى .

. وساوس : وساوس الأفكار تتمثل في الشك بالمرض والخوف من الموت.

. أفكار تسلطية متمثلة في الشك في المرض الجسمي.

. التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجية .والأفكار السوداء ، والتشاؤم ، وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث .

- . التفكير الدائم والمستمر .
 - . المحاولات المستمرة للتحكم والسيطرة على الافكار .
 - . تحليل الوقائع والاحداث وعدم القدرة على تجاوزها .
 - . اجترار الافكار (المرض والموت) .
 - . التحسس بالمرض (مرض القلب ، القولون ، الغدة الدرقية) .
 - . اضطراب النوم .
 - . فقدان الشهية .
 - . تانيب الضمير وعدم القدرة على التحرر من السيطرة الانا الاعلى .
 - . الإلتزام بالقوانين والنظم الاجتماعية .
 - . الندم على الأحداث الماضية .
 - . تصلب الأفكار والشعور بالتوتر والقلق عند مقاومتها .
 - . التدقيق والشرح الممل للأحداث والوقائع .
 - . الدقة والنظام في ترتيب الاشياء .
- وانطلاقا من الأعراض الإكلينيكية والتي تم إثباتها من خلال إختبار روشاخ استنادا للتوظيف العصبي للوسواس القهري :
- . R=28 تدل على مستوى عقلي مرتفع .
- . F% =85% مرتفع تدل أن الحياة الانفعالية لدى الفرد تحدها العمليات الفكرية التي يسودها الجمود والتعصب .

- وجود إنطوائية لدى الحالة $RC < 30$.

- قلق مرتفع $Hass = 13.79$

- $FC > CF$ يدل على التكوين العكسي .

- عدد الإستجابات الشكلية f في اللوحات الثلاث الأخيرة أكثر من عدد الإستجابات الحركية k .

- k منخفض والذي يدل على الإستجابة لعالم الخيال.

- تقييم الاداء الوظيفي للحالة حسب سلم GAF من $DSM4$:

51. 60 . أعراض متوسطة (وجود افكار وسواسية في الشك بالمرض والخوف من الموت واجترار هذه الافكار وصعوبة مقاومتها) صعوبة متوسطة في الاداء الوظيفي المهني والاجتماعي (صعوبة في ممارسة العمل كحلاق بسبب وجود الافكار الوسواسية ، صعوبة في التحدث مع مجموعة الاخرين).

تحليل وتفسير الاليات الدفاعية :

العزل :

تظهر آلية العزل من خلال عزل مشاعر الذنب وتائب الضمير عن محتواها الوجداني واتخاذها في شكل افكار وسواسية متمثلة في الشك في المرض والخوف من الموت .

النكوص:

يظهر من خلال قساوة الانا الاعلى بدرجة كبيرة بحيث تظهر ردود افعال في صورة استقامة والنظافة والنظام والعناد

الاستقامة : تظهر لدى الحالة من خلال إلتزامه في اداء الصلوات واحترام المواعيد .

النظافة : يحرص الحالة على نظافة الملابس والأشياء .

النظام: يعتمد الحالة على ترتيب الأشياء واعطاء الأولويات وتناول الوجبات الغذائية الصحية في أوقاتها المحددة .

المحو : يتم استخدام هذا الميكانيزم بهدف محو الأفكار بطقوس متمثلة بلمس الأشياء ثم إعادة لمسها من جهة أخرى بقصد مختلف كما انه يفضل الارقام الزوجية على الارقام الفردية ويظهر ذلك في طقوس التكرار والتعديل وطقوس اللمس والاعداد .

التكوين العكسي :

يظهر من خلال خوف وقلق الحالة من الاصابة بالامرض عن طريق وجود افكار وسواسية والخوف من الموت إلا أن الحالة لديه الرغبة في الموت بحكم الضغوط التي يتعرض لها والمشاكل التي واجهها مع زوجته وعلاقته مع أفراد أسرته والمعاناة التي حرمته من لذة الحياة حيث يقول(لوكان غي نموت خير من هاذي المعاناة اللي حرمتني من البنة تاع العيشة)

. تحليل المقاييس المستعملة :

. مقياس بيل براون للوسواس القهري :

وبعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري على الحالة (ح.ج) فقد تحصل المفحوص على 16 درجة للأفكار الوسواسية و 11 درجات للافعال القهرية بمجموع 27 درجة من مجموع الدرجات الكلي وقد كانت نتيجة الاختبار بأن الحالة يعاني من وسواس قهري بدرجة ملحوظة اي يمكن ان يفسد الحياة اليومية بصورة كبيرة .

. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات :

وبعد التعرف على المعاش النفسي للحالة بعد الاصابة بالمرض وقد تم تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات كانت النتائج كالآتي :

جدول رقم 08 يوضح نتائج المقياس

العبارة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	النتيجة
الدرجات	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	10

تحصل الحالة (ح. ج) على درجة 10 من مجموع 25 درجة وتم ضرب الدرجة المتحصل عليها في 4 لتكون النتيجة 40 وهذا ما يبين ان للحالة تقدير ذات متوسط .

. اما فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية فكانت النتائج كالآتي :

. بنود الذات العامة :

تحصل الحالة على الدرجة 4 من 12 درجة وهذا يبين أن الذات العامة للمفحوص منخفضة وذلك ما يظهر في البنود (1، 3، 4) بحصوله على نتائج سلبية بحيث ان المفحوص تضايقه الأشياء عادة ويريد تغيير أشياء من نفسه وعدم تقبله لها في ظل معاناته مع المرض وكذلك وجود صعوبات في اتخاذ القرارات .

وكذلك حصول المفحوص على نتائج سلبية في البنود (10،12،13،15،24) وهذا من خلال إستسلام بسهولة وعدم المقاومة وصعوبة تغيير الوضع الحالي وكذلك إختلاط الأمور عليه في حياته وتشويشها وأيضا عدم تقدير نفسه وعدم إعطائه قيمة لها وعدم الرضا عن نفسه .

. بنود الذات الاجتماعية :

تحصل الحالة على درجة كاملة بحيث تحصل على كل 4 درجات إيجابية وهذا مايبين أن الحالة لديه علاقات إجتماعية جيدة وقوية مع الآخرين ويحتل مكانة مرموقة في وسط مجتمعه ،وبذلك يكون تقدير الذات الإجتماعية جد مرتفع .

. بنود ذات المنزل والوالدين :

تحصل الحالة على درجة واحدة إيجابية من مجموع 6 درجات وهذا ما يؤكد أن ذات المنزل والوالدين للحالة جد منخفضة وهذا ما يظهر في البنود (6,9,11,16,20) بحصوله على نتائج سلبية ،بحيث ان المفحوص لارتبطه علاقات جيدة مع افراد عائلته وهذا ما يتضح في المقابلات والإجابة على بنود الإختبار وذلك ان المفحوص يتضايق وينزعج بالتواجد داخل المنزل و لا يرى ان عائلته تراعي مشاعره وتهتم به ولا يرى ان عائلته تتوقع منه الكثير ووجود أفكار للحالة في الرغبة في ترك المنزل ومغادرته وكذلك يرى أن عائلته لا تفهمه ولا تستوعب ما هو عليه .

. بنود ذات العمل :

تحصل الحالة على درجتين ايجابيتين من 3 درجات وهذا ما يبين ان ذات العمل للمفحوص متوسطة ويظهر هذا في البنود (7,23) بحصوله على نتائج ايجابية ، بحيث أن المفحوص لا يحتاج لوقت طويل في الإعتياد على الأشياء الجديدة وسرعته في التأقلم مع ظروف العمل وذلك بحكم عمله كحلاق للرجال وتلقيه التشجيع من طرف الاخرين فيما يقوم به (مهنة الحلاقة) ، وحصوله على درجة سلبية في البند (2) الذي يجد صعوبة في التحدث امام مجموعة مع الآخرين وذلك راجع إلى إنشغال تفكيره الدائم بأفكاره اللاعقلانية حول إصابته بالأمراض وهذا ما توضح من خلال المقابلات .

6. فرضية التشخيص :

بعد دراسة معمقة للحالة عن طريق المقابلات العيادية وجمع المعلومات اللازمة والكافية عن التاريخ الصحي للحالة والمعاش النفسي فقد اتضح لنا ان المعاناة اليومية من الوسواس والافعال القهرية والتعارض الذي أحدثته هذه الأخيرة مع النشاطات الإجتماعية والعملية ومقدار التوتر والقلق المصاحب لها دفع الحالة إلى بذل المجهودات المقومة والسيطرة والإستسلام في بعض الاحيان.

فكل هذا سيكون له وقعته واثره في التأثير على مستوى تقدير الذات لدى الحالة .

. التشخيص :

بعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري فقد شخص الحالة (ح.ج) على أنه يعاني من

اضطراب الوسواس القهري متوسط الشدة بدرجة 23 درجة.

. وبعد تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات فإن مستوى تقدير الذات للحالة (ح.ج) تقدير ذات متوسط بدرجة

. 40

الاستنتاج العام :

من خلال الأعراض الإكلينيكية للحالة قد تم تشخيصها وفق DSM5 وتحليل إختبار روشاخ ان الحالة (ح.ج) مصابة بالوسواس القهري وتحديدا بدرجة 27 وفق مقياس بيل براون للوسواس القهري وكان مستوى تقدير الذات متوسط بدرجة 40 ، فكانت درجة الذات العامة منخفضة 4 درجات وهذا يعود إلى تأثير درجة الوسواس وتسلط الأفكار وحالة الضيق والقلق وتأنيب الضمير والشك المستمر وعدم القدرة على السيطرة على الأفكار التسلطية كل هذا أثر على التفاعل الديناميكي للحالة ،والذي كان ظاهرا من خلال المقابلات العيادية وتم إثباته من خلال إختبار

روشاخ إذ كانت درجة القلق 13.79% ودلت نتيجة RC أن الشخص منطوي فالحالة لم تتحمل الإضطراب وما سببه لها من ألم نفسي ، فالعملية الإنفعالية سيطرة على الحركات الفكرية وعدد الإستجابات الشائعة Banale قليل مايدل على التكيف الغير السليم مع الواقع .

. الذات الإجتماعية يتقدير ذات جيد ومرتفع كون أن الحالة يتواصل جيدا مع أفراد مجتمعه بشكل جيد وهذا ماذكره أثناء المقابلات فهو يمارس الرياضة بشكل جيد ويزور والدته بشكل مستمر ، إلا أن هذا التواصل راجع إلى تفكير الحالة وقدراته العقلية الجيدة R=28 تدل على مستوى عقلي مرتفع والقدرة على التعبير الشفهي ، كما تشير إلى محاولة الحالة إلى جلب الإنتباه ، ثم إن وجود إستجابات متنوعة للمحتويات (Bot Anatm Obj Art Hd Ad A) والتي تدل على إهتمامات المفحوص ، فالذات الإجتماعية كانت مرتفعة كون أن له علاقات إجتماعية من قبل وعملية الإتصال والتواصل سطحية .

. ذات المنزل والوالدين منخفضة 1 من 6 وهذا يعود إلى مشاكل والصراعات التي عاشها الحالة مع إخوته من قبل وعد وجود تواصل فعال وجيد داخل المنزل الذي يقول الحالة أنه كان يدخله من أجل النوم فقط ، كما أن مشاكل الطلاق مع الزوجة وبقائه وحيدا دون إعادة الزواج ووجود الوالدة عند الإخوة والوالدة عند الخ الأكبر كل هذا كان له وزنه وأثره على ذاتية الحالة فمن خلال إختبار الروشاخ تبين لنا أن الحالة يعاني من صعوبة تقمص الصور الإنسانية نتيجة إنعدام H ووجود Hd منخفضة والتي تدل على العدوانية والكرهية التي أصبح الحالة إتجاه أفراد العائلة والزوجة وكذلك الحالة الإنطوائية التي يعيشها والتي أثبتتها RC أصغر من 30% والتي أثرت على التواصل الفعال والديناميكي مع أفراد الأسرة .

. ذات العمل كانت متوسطة 2 من 3 درجات الحالة يمارس نشاطه العملي بشكل مستمر غير أن تسلط الافكار الوسواسية وبدرجة ملحوظة 27 درجة جعلت الحالة يستغرق وقتا في مقاومة هذه الأفكار وحالة الخوف والقلق التي أصبحت تتناوبه زيادة على المزاج المكتئب جعلته يجد صعوبة في التركيز في عمله وإنخفاض الجانب المعنوي الذي أثر على نشاطه وديناميكيته وهذا ما دلت عليه F% التي كانت مرتفعة عن 80% والتي تدل على التعقيد والإكتئاب والسلوك القهري والإفتقار إلى التلقائية.

2. عرض الحالة الثانية :

المعلومات الاولية للحالة:

الاسم: ح

اللقب: س

الجنس: انثى

السن : 27 سنة

عدد الاخوة: 02 ذكور

رتبة بين الاخوة : الثالثة

الحالة المدنية : متزوجة

المستوى الدراسي : ثلاثة ثانوي

المستوى المعيشي : متوسط

المهنة : مائنة بالبيت

مهنة الزوج : عامل مهني

المستوى التعليمي للزوج : السابعة متوسط

الوالدين :على قيد الحياة

مهنة الاب: معلم

مهنة الام : مائنة بالبيت

سبب قدوم الحالة للاخصائي النفسي :

رغبة من الحالة ومحثا عن العلاج والتخلص ووضع حد للمعاناة النفسية

من قام بالطلب :

جاءت الحالة مع زوجها تبحث عن اخصائي نفسي لتلقي العلاجات النفسية وتجنب العلاج الدوائي الذي وصفه احد الاطباء .

جدول رقم 09 يوضح سير المقابلات :

المقابلات	تاريخ الاجراء	مكان الاجراء	مدتها	الهدف منها
المقابلة الاولى	2017 ; 03.06	عيادة متعددة الخدمات اولاد مزيان	30 د	1. التعرف على الحالة والتعريف بدورها وكسب ثقة الحالة 3. جمع البيانات الاولية
المقابلة الثانية	2017.03.13	ع.م.خ	45 د	1. التعرف على تاريخ الطفولي والتعليمي للحالة 2. التعرف على الوضع الاجتماعي للحالة
المقابلة الثالثة	2017.03.20	ع.م.خ	45 د	1. التطرق الى طبيعة العلاقة التي تربط الحالة مع العائلة (الاخوة والوالدين)
المقابلة الرابعة	2017.03.27	ع.م.خ	50 د	1. الحياة الجنسية والعاطفية 2. التعرف على الحالة الزوجية للحالة
المقابلة الخامسة	2017.04.03	ع.م.خ	55 د	1. التعرف على الحالة الصحية 2. تطبيق مقياس بيل براون

للسواس القهري				
1. التعرف على تأثيرات المرض) الوسواس القهري (على ذات الحالة. 2. تطبيق مقياس تقدير الذات	55 د	ع.م.خ	2017.04.10	المقابلة السادسة
1. تطبيق اختبار الروشاخ	30 د	ع.م.خ	2017.04.17	المقابلة السابعة

السميائية العامة للحالة:

الحالة (ح،س) تبلغ من العمر 27 سنة طويلة القامة قوية الجسم شعرها اسود عيناها سوداوتين ،هندامها ملائم لسنها ونظيف وتضع حجابا (خمارا) على راسها فهي سليمة من الناحية الجسمية ملامح وجهها معبرة عن المواقف اما توصلها البصري فهو طبيعي ،اما من ناحية القدرات العقلية فلها القدرة على التركيز والتدقيق في شرح الاحداث بالتفاصيل وكذلك لديها ذاكرة قوية في استرجاع الاحداث ، اما التعبير اللغوي فالحالة تتكلم بلغة واضحة تعبر بها عن مشاعرها افكارها إلا انها تتكلم بسرعة كبيرة مع تكرارها لبعض الكلمات اما من ناحية الادراك فادراك الاشخاص والزمان والمكان طبيعي ، اما مزاج الحالة فهو يميل الى الاكتئاب ويغلب عليه طابع الحزن والمعاناة من المرض ويظهر ذلك في وجهه شاحب .

عرض المقابلات :

في أول لقاء مع الحالة (ح.س) تم التعرف عليها وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات الاولية والبيانات الشخصية ومحاولة كسب ثقتها وتعريفنا بدورنا كاختصاصيين نفسانيين ، كما تم كذلك طمأنة الحالة والتخفيف من شدة قلقها جراء معاناتها الراهنة وتم جمع البيانات الاولية عن الحالة وقد وافقتنا بها بكل اريحية وقبول .

تاريخ الحالة :

فقد فتطرقتنا الى طفولة الحالة اذ تقول ان طفولتها كانت تعيسة لم تذوق او تحس فيها بحنان الوالدين والدفع العائلي على حد قولها (ملي حليت عيني المشاكل بين ماما وبابا) فمنذ نعومة أظافرها وجدت أمها تعاني من مرض عصبي تشتكي فيه من الام في الراس إذ لم تكن تعطيهما وقتا للاهتمام الازم إلا أنها تلقت رضاعة طبيعية حتى سن سنة ونصف أما أبوها الذي كان مؤذنا باحد المساجد وحافظ لكتاب الله والتي تقول عنه (مزير بزاف فالدراهم ومايهدرش معانا بزاف) فالاب كذلك حرمها من حنان الأبوة إذ كان ينفق على ضروريات البيت فقط فالحالة لا تتذكر مواقف لأبيها اتجهاها الا صراعاته المستمرة مع امها .

. تتذكر الحالة (ح،س) ذكريات اللعب مع قريناتها من الجيران وتقول انها كانت اياما جميلة وفي سن 06 سنوات دخلت المدرسة الابتدائية فهي لم تحس باي نوع من التغيير او المقارعة للبيت والوالدين إلا انها وجدت معلمة قاسية في

المعاملة صعبت عليها الاندماج في الصف الدراسي مما اثار لديها الخوف إذ تقول(الشيخة كانت تضربني للراس لاني ماكنتش نعرف نقرا) وهذه المعاملة جعلت الطفلة صاحبة 6 سنوات تهرب من المدرسة ولا تدخلها في بعض المرات إذ تقول (مرة صابني بابا قاعدة عند الصور تاع ليكول انخلع وقالي انتي شارامي تديري هنا) وفي السنة الرابعة ابتدائي اعادت السنة لتاثير تلك الظروف إذ تقول (كنت ندخل كارهة للكلاصة منت نحس باغيين يقتلونني) وبعد اعادة السنة تغيرت المعلمة أصبحت الامور عادية واستطاعت أن تنال شهادة التعليم الابتدائي أما عن علاقاتها مع صديقاتها في تلك المرحلة فتقول أنها كانت علاقة جيدة (كانو يجو عندي صحاباتي للدار) وعند إنتقالها للمتوسطة واجهت مشاكل مع أستاذ الرياضيات التاريخ والجغرافيا(كنت نحس بالاهانة مكانش علاباله بيا من ثمة كرهت الرياضيات من ذاك النهار) ففي المتوسطة أعادت الحالة السنة السابعة أي الاولى متوسط والسنة الرابعة متوسط بعدما خسرت شهادة التعليم المتوسط متحججة بان الرياضيات معامل 4 (انا مانيش خفيفة فالفهامة) كما تقول عن طبيعة العلاقة مع الاصدقاء والصديقات (كانو يكرهوني مين مدوليا ، مانيش عارفا قاع كي نباهم ، كانو هايبيني) وعن انتقالها للثانوية وجدت صعوبة في التأقلم بحيث كانت ذات بنية مونفولوجية كبيرة مقارنة مع زميلاتها اللواتي تكبرهن في السن والبنية الجسدية كما تقول أنها كانت تحس بنوع من النقص والحجل من زميلاتها بسبب الملابس التي تلبسها فهندامها لم يكن لائقا ولم تكن راضية به لأن اباهما لا يشتري لها على حد تعبيرها (كنت نلبس من عند الناس).

كانت دراستها في هذه المرحلة عادية بدون اي صعوبات (كنت نعرف الفرونيسي والانجليزي) بحيث كانت في تخصص لغات اجنبية وحققت الصعود في السنوات على التوالي ورسبت في امتحان البكالوريا في هذه المرحلة كانت للحالة علاقة طيبة مع زميلاتها وكانت لها صديقة مقربة تدرس معها(كانت تحي عندي تاكل وتشرب وتبات ومين خسرت bac وهي ربحت جات عندي ولات تبكي وفاتلي فرحتي ماكملتش كي نتي خسرتي ودروك كي تشوفي فالطريق تبدها ولا دور راسها) فالخسارة في البكالوريا أثر في الحالة (ح.س) وسبب لها ألما نفسيا إذ تقول (عندي بزاف طموحات كنت باغيا خدمة باه نعطي دراهم لامي لان بابا مايعطيهاش) وابتعاد الصديقات عنها كان له بالغ الاثر اذ تقول (انا عندي عزة نفس).

أما فيما يخص طبيعة العلاقة مع العائلة إذ أن كل ماعاشته الحالة (ح،س) منذ طفولتها ومراهقتها كان في وسط عائلي ينعقد فيه الحوار وتبادل المشاعر بين أفراد هذه العائلة فالأم مريضة بمرض عصبي تعاني من التعب والألم في الرأس والأب لا ياتي الا في اوقات قليلة ولا يتكلم كثيرا والأخ الأكبر يعمل والأصغر يدرس والحديث فيما بينهم قليل.

. اما فيما يخص العلاقة مع الأهل والاقارب فالزيارات قليلة إذ تقول الحالة (هايجو يزورونا احنا قليل وين انروحو) وتقول أنها في الصغر كانت تذهب عند خالها لكن الآن لا فالزيارات اقتصرت على المناسبات فهي لا تحس بذلك بذلك التكافل العائلي ، فهي تعاني من ضغط وسط الأسرة إذ يقوم الاخوة بضربها لأي سبب وخاصة اذا اتخذت موقفا يخلصها ولم تلبى الاوامر اذ تذكر الحالة أن اخوها الأكبر كان يضربها باستمرار اثناء مرحلة انفصالها عن زوجها اذ تقول (خويا كان يضربني بزاف مين كانو الخطابة يجو بخطبوني وانا مانبعيش).

. أما بالنسبة حياتها العاطفية اذ تقول انها لم تكن لها اية علاقة مع أي انسان في حياتها المدرسية في سن 18 سنة أين أقامت علاقة عاطفية مع احد الشباب الذي كان في سن 36 سنة والذي كانت تتواصل معه بالهاتف إلا أن العلاقة بينهما كانت في إطار الكلام فقط وتبادل العواطف والمشاعر ، تعلقت الحالة بالشباب واستمرت العلاقة حوالي سنتين ، بحيث انها الطرف الاخر عندما أراد السفر لفرنسا لمدة شهر قالي (تهلاي في روحك راني رايح بلاكي كاش ماديري من ورايا) وعندما عاد وعن طريق الهاتف قال لي (درتي رايك من ورايا) منهيها العلاقة ما تسبب للحالة من بكاء وحزن دام حوالي شهرين اذ تقول (كنت نقول انا ماعنديش زهر نهار عرسو نصريت بزاف) .لم تكن للحالة أي ممارسة جنسية اذ تتذكر كذلك ان اول عملية طمث تفاجات بها ولم تكن لها اية معلومات عنها .

. تحدثت الحالة عن زواجها إذ تقول انها لم تكن تعرف هذا الشاب الذي رآها في أحد الاعراس للعائلة وطلب من أحد المقربين من الأهل على طلب يدها للزواج وبعد إخبارها واعلام الوالدين تمت الخطبة إذ تقول (قعدنا مخطوبين لمدة 09 اشهر ومن بعد درنا العرس) وتقول أنها كانت مقتنعة بهذا الزواج على حد تعبيرها (كنت باغيا الزواج بواحد مقتنعة بيه ومقتنع بيا وليس زواج تقليدي) فذكريات الزواج بالنسبة لها كانت جميلة إذ تقول (كان عرس شباب حتى الجوارين حسدوني) كان شهر غسل من أجمل اللحظات والأوقات التي عاشتها الحالة إلا أنه وبعد حوالي شهر ونصف من الزواج تفاجات الزوجة بتغير في سلوكات زوجها الذي بدأ يشتكي من آلام في راسها ويكي ولا يستطيع تحمل رؤيتها أمامه إذ يقول(علاه راكي قاعدة هنا روحي مانسحقكش) فهي لم تراه وتخفت عنه لمدة 3 أيام

فهو ينام لوحده وهي تنام مع اخواته وعند علمه بوجودها في البيت وغضب وكان يقول لها (تزوجت وندمت) إضافة إلى معاناتها مع زوجها وجدت مشاكل مع ام الزوج وأختاه اللتان لم تكونا راضيتين بها كزوجة للابن اذ كانت تقول له امامها (انت لبغيتها) وصدا مازاد الضغط على الحالة كما تقول (كانو يخونولي صواحي من بيتي).

ذهبت الحالة الى بيت والدها لمدة 20 يوما لكن الامور بقيت على حالها وبعد مرور شهرين على زواج الحالة تم الطلاق الذي حول حياة الحالة (ح.س) إلى معاناة وألم نفسي لايطاق إذ تقول (كنت نبكي فالليل) كما أنها لم تجد سندا عائليا يقف إلى جانبها تقول (لي نروح ليه مايدسهاش فيا ، مكانش الي يحوس عليا ، ماصتش صدر حنين).

وفي بيت الأب لم تكن الامور سهلة مع الإخوة بحيث كان يعتدى عليها جسديا لمجرد أي شئ إذ تقول (كانو يضربوني حتى وليت نقول طاحت بيا) ونقول (كون غي قعدت سلبياتار وماتزوجتش ندمت بزاف على هذا الزواج) .

وبعد مرور شهر من طلاق الحالة تلقت عدة طلبات للزواج لكنها كانت ترفض وهذا مازاد من غضب اخيها الذي كان يضربها وهي التي لم تزل حزينة إذ تقول (بكيت وحزنت على طلاقي لمدة عام كون غير مايجيش الصباح كنت نهرب من هذا الواقع) ، كما أبدت الحالة نوعا من الخوف والقلق في تلك الفترة إذ كثر تفكيرها حول مستقبلها (كنت نقول مستحيل باه يديني واحد صغير ، انا حياي راحت او ضاعت ، كنت نخم بزاف) هذه الأمور والأحداث دفعت الحالة إلى كراهية الاهل والواقع الذي كانت تعيشه إذ تقول (انروح عند كاش امراة ولا راجل ونقولو خليني انعيش عندك) وبدء علم الزوج بالطلبات الكثيرة المتقدم بها الى الزوجة قام بمراسلتها (ولا يرسلني ويقولهم قولوها ماتتقلقش) بحيث كانت له النية في ارجاع زوجته .

وقد تم الرجوع الى الزوج بعد مرور سنة من الطلاق وعادت العلاقة كما كانت عليه من قبل ، وأصبحت الزوجة تعيش مع زوجها في بيت منفرد عن العائلة بعدما إعتذر الزوج لزوجته عما صدر منه مرجعا ذلك أو تلك الأحداث إلى السحر وأنه لم يكن يعلم أو يتحكم فيما جرى له .

- وبعد مرور شهرين من الرجوع في العلاقة الزوجية إذ حل الهدوء والطمأنينة في نفوس الزوجين أصبحت الحالة تحس بالفراغ نتيجة لعدم وجود من يؤنسها في البيت فالزوج يخرج من الصباح للعمل ولا يعود إلا في المساء، فالحالة كانت تقضي هذا الوقت الطويل لوحدها.

. التاريخ المرضي للحالة :

فقد تم التطرق الى التاريخ المرضي للحالة إذ تقول الحالة (ح.س) أنها لم تكن تعاني من قبل فالذي تعيشه هذه الايام لم يسبق لها وأن عاشته من قبل إذ تقول (كنت مليحة ماعندي والو مين دوشت اوكلت حسيت حاجة طلعتلي من رجلي حتى راسي راني حاسة لعروق في راي متشكين من شهؤين راسي راه كي الحجرة) وهي تراودها أفكار عن المرض والموت والخوف من الموت .

كما أنها فقدت الشهية للأكل فهي لا تاكل إلا الشيء القليل من الطعام وانها حزينة (كي شغل راني حزينة مانبغيش الغنا) (راهي تدور في راسي بزاف افكار) وهي أفكار تسلطية إذ أنها تقضي وقتا في مقاومتها ومحاولة إستبدالها إلا أنها تبقى رهينة لها كما أنها تعاني تانيب الضمير والشعور بالذنب (انا خممت فيه ، علاه راسي راه ضارني ، علاه دوشت) فهي كلما كانت لوحدها تسيطر عليها الوسواس (تقولي الفكرة عندي مرض القلب ، كرشك راهي يابسة ، حاجة راهي عندك ، ضروك قموتي ، لماه راكي عايشة) . (الماكلة راهي جيني سامطة نبغي نطيب بصح البنة مكانش) (من قبل كنت مانرقدش بصح دروك كون نصيب قاع مانوضش) وهذا لتجنب التفكير ونسيان تلك الوسواس التي تتسلط عليها (الفرحة راحتلي) بسبب تسلط افكار المرض والموت .

كما أصبحت تراودها أفكار شلت ارادتها فهي تقوم بسلوكات جبرية اذ تقول (خطرا يقولي نوضي وخرجي برا) كما تدور في مخيلتها اعتقادات (هذا الوسواس من الشيطان والشيطان مابغاش كي رجعت)

- فهي الآن اصبحت مجبرة على القيام بأفعال كلمس الأشياء وإعادة لمسها دون معرفة السبب وتطاردها هذه الأفكار عن الموت والمرض ولا تستطيع التخلص منها كما أنها لم تقدر على إتخاذ القرارات تنجز أعمالها ببطئ شديد ، كما تحدثت الحالة عن معاناتها من تأنيب الضمير والشعور المستمر بالذنب إذ تقول كلما صادفتها مشكلة تقول (كون قريت مليح كون راني فالجامعة) يؤنبها ضميرها على تأخير الصلاة إذا اسقطت شيئا مثل الصحون أو ماشابه ذلك

إذ تقول (انقول كون قاع مروحتش ثمة) كما أنها تشعر بالذنب نتيجة العلاقة العاطفية التي ربطتها بذلك الشاب وتندم كثيرا عند تذكرها وترى أنه غدرها .

تأثير المرض على ذات الحالة :

لقد كان للوساوس أثرها على الحالة في عدم قدرتها على تحمل الآلام والضيق المتسبب لها إذ تقول (مرض الوسواس صعب بزاف) حتى أنها ذهبت تقارنه بأمراض أخرى إذ تقول (كون غي توشاني كاش مرض ولا هذا الوسواس) فهي لم تعد تتحمله إذ اثر على معاشها اليومي وادائها لنشاطاتها المعتادة وذلك من خلال عدم قدرتها على المقاومة أو تجاهل هذه الافكار التسلطية لتجد نفسها تعيش نوبات اكتئابية إذ تقول (كي نوض صباح ونتفكر بلي راه عندي وسواس نكره ونديقوتي) (بكري المورال نتاعي كان مليح ضرورك الفرحة راحتلي) (من قبل كانت لي طموحات باه نبي حياتي ونتجاوز مشاكلني وننسى الماضي بصح معا هذا المرض راني متشائمة خايفة لانموت لافي عراس لاوالو)

. وزيادة على تسلط الأفكار لم تعد للحالة الشهية في الأكل كما كانت من قبل واصبح من الصعب إليها الخلود إلى النوم كما كثرت عليها الأحلام في هذه الأيام إذ تقول (انوم روحي نفوت فالبكالوريا والاسئلة جاتني صعبة اوماطقتش نكتب)(انوم روحي عندي طفلة نربي فيها) (انوم حبيبي الاول نتكلم معاه) فهذه الأحلام كانت عبارة عن أحداث ومواقف كانت لها فيها طموحات لم تحققها إضافة إلى أحلام أخرى تمثلت في قولها(نمت روحي طحت من السكنة ومين نضت قلت الحمد لله مشي حقيقة) (نمت الكلاب ياكلو فيا) وهذه الاحلام تعبر عن قلق وإضطرابات تعيشها الحالة .

وعند الإستيقاظ في الصباح أصبحت الحالة تحس بثقل جسمها والإرهاق إذ تقول(الصباح كي نوض نحس روحي ثقيلة) إذ بدأت تحسس لصورتها الجسمية وتدقق فيها وتتأمل ملامحها إذ تقول(راني نحس روحي نقصت بزاف اوراني صفرة) (انا بكري كنت سمينة اوضرোক نقصت بزاف) فهي جد متأثرة ومهتمة بتغيير شكلها بعد المرض إذ تقول(خطراش نشوف روحي فالمرابة ونقول علاه راه صاريلي هكا). كما فقدت ثقته في نفسها إذ لم تعد تقدر على أداء نشاطاتها اليومية في المنزل إذ تقول(مانيش نقدر نقضي راني نفورسي علا روحي) (راني ناجل القضيان)

. تأثير المرض على الجانب الاسري والاجتماعي:

إن تآثر الحالة المعنوية للحالة افقدها ثقتها في نفسها مما اثر على أدائها وعلاقتها ودورها الاجتماعي والاسري كزوجة إذ تتلقى الانتقادات واللوم من زوجها الذي لم يتقبل مرضها إذ تقول (راجلي راه يقولي علاه راكي تديري كيما هكا ماراه خاصك والو) فهو لا يرى في الوسوس مرضا ظاهرا يقنعه بمعاناتها وهذا ما زاد من قلقها فهي ترى نفسها أنها أصبحت تعيش ضغطا اتجاه والديه إذا علمو بمرضها إذ تقول (كون يعرفو يستشفوا فيا ويقولو راهي مريضة بحر عليها ، وانا مانيش باغيا يشوفوني كيما هكا).

. فالحالة تعيش ضغطا مزدوجا اتجاه الزوج وعائلته نتيجة عدم وجود التكفل بها فهي تخفي ألمها ومعاناتها أمام زوجها الذي لم يتقبل مرضها واصبح يتذمر عند رؤيتها منعزلة فاقدة للرغبة في التواصل تشتكي معاناتها تقول (ضروك قاع مانيش انقول للزوجي اندير روجي نضحك اوصايي) .

فالحالة (ح،س) لم تتلقى تفهم المحيطين بها لحالتها ووضعها الصحي إذ أصبحت حساسة وسريعة الغضب إذ تقول (كون غير يهدر معايا واحد راني نتقلق ونزعف) وعند رؤيتها للناس في الشارع تقول (كي نشوف كاش واحد فالطريق يضحك انقول كون غير راني كيما هذا زعما مانيش مسوسة نضحك ونلعب).

تحليل المقابلات:

من خلال المقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة (ح.س) والتعرف على تاريخها الصحي والمرضي وتطبيق إختبار بقع الحبر لروشاخ وكانت نتائجه كالتالي:

. جدول رقم 10 يوضح بروتوكول الروشاخ

اللوحة	زمن الكمون	الإستجابات	التحقيق	الترميز
01	27 ثا	راس تاع بقرة وفيه العينين كيما الماسك 1.31د	. شتها قاع الراس تاع البقرة (كل اللوحة) . فاني شتو ماسك (كل اللوحة) . هادو قرون (جزء كبير)	GF Ad GF obj GF Ad
02	20 ثا	هذا دم وهذا بيالي ماسك 47ثا	. هذا شتو دم (جزء كبير) . وهذا شتو راس تاع بنادم من داخل (جزء كبير)	D cf sg D f anat
03	48 ثا	عقرب هادي 1.16د	. عقرب هادو كرعيتها وهذا فمها(كل اللوحة)	G F+ A
04	07 ثا	جلد تاع خفاش 50ثا	. هذا جلد تاع خفاش ولا هو (كل اللوحة)	G E F+- A
05	03 ثا	شتها خفاش 20ثا	. هذا جلد تاع خفاش بروحوطاير فالسما(كل اللوحة)	G Kan A Banale
06	28 ثا	حيوان مافهمتوش 1.10د	. هذا كامل حيوان بصح مافهمتوش هذا فمو وهذا شعرو وهذا راسو (كل اللوحة)	G F+- E A
07	39 ثا	داير كيما السرطان 51ثا	. راني نشوف فيه كيما السرطان (كل اللوحة)	G F- A
08	16 ثا	بيان وعل	. كامل شتو وعل وفيه لي كولور	G F- C A

	بزاف (كل اللوحة)	51ثا		
G F- H D F anat D cf anat D F sex Dd C	. قاع شتو جسم إنسان (كل اللوحة) . هذا عمود فقري الشكل (كل اللوحة) . هاذي اللون تتاعها كيما الرية (جزء كبير) . هاذي دايرا كيما الرحم (جزء كبير) . هاذو زوج زما حصيته مشممين خضرين (جزء صغير)	هذا جسم تاع إنسان هنا عمود فقري هذا رتتين هذا كيما الرحم 1.2د	22ثا	09
G F- H D F anat D F- anat D F- Hd	. كامل جسم إنسان (كل اللوحة) . هاذو كليتين بيانو (جزء كبير) . وهذا كيما البطن (جزء كبير)	هذا جسم إنسان كلاوي هذا عمود فقري هذا كي شغل بطن 1.32د	10ثا	24

. اللوحات المفصلة :

9 ، 10

جدول رقم 11 يوضح المخطط النفسي

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
-----------	----------	---------------	---------

- R=20	G= 55%	F+ = 5%	H=10%
-T.total= 611 sec	D= 40%	F- = 30%	Hd= 5%
. متوسط زمن الكمون : 23.04 ثا	Dd= 5%	F+- = 10%	A= 30%
. متوسط الزمن في كل لوحة: 61.10 ثا		F= 40%	Ad= 10%
-TRI= K/C		Cf = 10%	Anato= 25%
=K<C = 1<5		Kan= 5%	Sex=5%
-R.C= 20%		E= 10%	Sg=5%
-F.C=K<E= 1<9		C= 5	Obj=5%
-Hass= 40%			
-INT= 5%			
-A%= 40%			
-H%= 15%			
-F%= 95%			
-F+%= 10.52%			
-F% elarg= 100			
-F+elarg= 110.52			
-Banale=05%			

تحليل بروتوكول الروشاخ :

الإنطباع العام حول البرتوكول :

أعطيت في هذا البروتوكول $R=20$ وهو ما يدل على مستوى عقلي عادي مقارنة بالمعيار النموذجي 20 - 35 وبمعدل 61 ثانية للإجابة في كل لوحة وهي مدة زمنية طويلة مقارنة بعدد الإستجابات R وهذا بسبب التحفظات والدفاعات ذات الوجهة التحكمية وقد قدرت الإجابة على إستجابات الإختبار بـ 10 دقائق وهو زمن قصير نوعا ما يوحي إلى سوء إستثمار المواضيع عند الحالة والرغبة الواضحة في الإسراع والتخلص من الوضعية الإختبارية في أسرع وقت ممكن ، لقد كان زمن الكمون مرتفع في اللوحات رقم 2,3,6,7 في حين كانت أغلب الإستجابات واحدة في كل لوحة ما يدل على التردد وصعوبة الإختيار كما كان زمن الكمون في اللوحتين رقم 9,10 مرتفع وعدد الإستجابات مرتفع ، يظهر عدد الإستجابات الشائعة $Banale=1$ وهي منخفضة عن المعدل حيث سجلت نسبتها 5% وهي تشير إلى نقص إجابات مألوفة ما يعكس المشكل المتعلق بطبيعة الإدراكات ، ونقص الإتصال بالواقع الموضوعي والإجتماعي .

السياقات المعرفية:

فيما يخص نسبة التناول الشامل للمفحوص في هذا البروتوكول كانت مرتفعة عن المعيار العادي 21 - 30 حيث قدرت $G=55\%$ وهي نسبة مرتفعة عن المعيار النموذجي وهي تفسر التفكير المجرد والبعيد عن الواقع ، أما فيما يخص الإستجابات الجزئية الكبيرة $D=40\%$ وهي نسبة منخفضة عن المعيار تدل ضعف القدرة العقلية للمفحوص ، أما $Dd=5\%$ فهي منخفضة وهي مؤشر على السلوك القهري ، لقد سيطرت الإستجابات الشكلية على محددات البروتوكول حيث أن $F\%=95\%$ وهي تدل على أن الحياة الإنفعالية لدى الشخص تحدها العمليات الفكرية التي يسودها الجمود والتعصب وعدم المرونة ، أما نسبة الإدراك الجيد $F+=5\%$ وهي منخفضة أقل من 80% عن المعدل النموذجي وتدل على أن الحالة لديها إضطراب في التكيف وصراع داخلي وهي نسبة تؤكدتها $F-=30\%$ ما يفسر إنزلاق في الإدراك ، وهي ترتبط بقلّة الإنضباط الإنفعالي ، كما أن نسبة $F+ -=10\%$ تدل على التردد .

دينامية الصراعات :

لقد شكلت الرقابة الشديدة حاجزا منيعا في وجه الحركات الفكرية والنزوية بحيث تنعدم الحركات الإنسانية وتظهر إستجابة حركية في اللوحة رقم 5، $Kan=1$ وهي منخفضة تدل على كبت الفرد لدوافعه ونزاعاته ، في حين أن $E=3$ وهي نسبة مرتفعة تدل على الحذر والإلتجاء نحو الإكتئاب ومحاولة السيطرة عليه أمام الآخرين ، قيمة $C=5$ وهي مرتفعة عن المعيار النموذجي وهي مؤشر على الإنفعالية المتفجرة الغير منضبطة والمحاولة الغير ناضجة لحل المواقف الإنفعالية ، أما فيما يخص معادلة النضج الوجداني $FMA=FC<CF+C$ فالحالة ليس لديها نضج وجداني وهي مؤشر على ضعف سيطرة الفرد على نزاعاته ، إن تحليل الصدى الداخلي $TRI=K<C$ وهي تدل على أن الحالة منبسطة مزدوج و $RC=20\%$ وهي أقل من المعيار تدل على أن الشخص منطوي له درجة مرتفعة من القلق تظهر من خلال معادلة القلق $HASS=40\%$ ، أما نسبة الشك الداخلي $INT=5\%$ وهي تدل على أن الحالة لديها شك وصراع داخلي .

المحتويات :

رغم التنوع النسبي في محتويات الإجابات المقدمة إلا أنها إرتبطت في جزء هام منها في الإستجابات الحيوانية 40% وهي تدل على تفكير عادي ، كما كانت نسبة $H\%=15\%$ فهي أصغر من $A\%$ فالإستجابات الإنسانية لم تظهر إلا في اللوحتين 9 و 10 ويزمن كمون طويل فلقد شكلت المحتويات الحيوانية أغلب الإستجابات المدركة وهي تدل على ضعف عقلي ، كما نجد تنوعا نسبيا في البروتوكول من حيث المحتويات (Sg obj anat sex) وهي تدل على إهتمامات المفحوص ، بحيث يدل Sg على ردود الأفعال القهرية التي لايمكن ضبطها و Anat على إهتمام الفرد بجسمه ومحاولة تغطية مشاعره ، كما جاءت نسبة $F\%elarg=100$ و $F+elarg=110.52$ وهي تدل على نوع من الأهتمام بالواقع ، إختبار الإختيار اللوحات المفضلة 9 و 10 والغير مفضلة 4 و 5.

. فرضية التشخيص للروشاخ :

- مستوى عقلي عادي .
- التردد وصعوبة الإختيار .
- إستعمال التفكير المجرد والبعيد عن الواقع .

- اضطراب القدرة الإدراكية للمفحوص.
- العمليات الفكرية المتميزة بالتعصب والجمود في تحديد الحياة الإنفعالية .
- ضعف التفكير .
- التحفظ أثناء الإجابة بسبب ضعف الدفاعات .
- اضطراب الإدراك ونقص الإتصال بالواقع الموضوعي والإجتماعي .
- اضطراب في التكيف وصراع داخلي بين الرغبة في التحكم والرضوخ للمحيط .
- قلة الإنضباط الإنفعالي.
- عدم الكفاية في التأقلم الإجتماعي ومقاومة التقاليد الإجتماعية (تكيف غير سليم مع الواقع).
- الرقابة الشديدة للأنا الأعلى على الحركات الفكرية والنزوية .
- كبت الفرد لدوافعه .
- إتهام نحو الإكتئاب ومحاولة السيطرة عليه أمام الآخرين.
- الإنفعالية المتفجرة الغير منضبطة والغير الناضجة لحل المواقف الإنفعالية .
- ليس لديه نصح وجداني من خلال ضعف السيطرة على وجداناتها.
- الشخص منطوي .
- القلق شديد .
- الشك والصراع الداخلي.
- الكبت والقلق والعدوان .

- ردود الأفعال القهرية التي لا يمكن ضبطها .

- إهتمام الفرد بجسمه ومحاولة تغطية مشاعره

إنطلاقاً من الاعراض الاكلينيكية التالية للمقابلات التي تتوافق مع بنود الدليل التشخيصي للوسواس القهري حسب DSM5 :

- وجود أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة(الخوف من المرض والموت) ، وهي مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

- تحاول الحالة (ح.س) تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى بلمس الأشياء وإعادة لمسها

- وجود سلوكيات متكررة متمثلة في لمس الأشياء واعادة لمسها والتي تشعر الحالة أنها مجبرة لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

- و تهدف هذه السلوكيات إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق.

- هذه الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت(تستغرق أكثر من ساعة يومياً مثلاً) ،و تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

- أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة(مثلاً إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

. لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض عدم وجود اضطراب عقلي آخر يفسر به اضطراب الوسواس القهري للحالة (ح.س)

. ووجود اعراض أخرى متمثلة في :

. فقدان الشهية.

. حزن شديد .

. اضطراب في النوم .

. الخوف والقلق والتفكير المستمر حول المستقبل .

. صعوبة اتخاذ القرارات .

. تانيب الضمير والشعور بالذنب .

. الشعور بالندم .

. صعوبة في إنجاز الاعمال .

. الشعور بالوحدة والفراغ النفسي .

. عدم الرضا عن النفس .

. نقص الثقة في النفس .

. وانطلاقاً من الأعراض الإكلينيكية والتي تم إثباتها من خلال إختبار روشاخ استناداً للتوظيف العصبي للوسواس القهري :

. مستوى عقلي عادي $R=20$

. $F\%=95\%$ تدل أن الحياة الانفعالية لدى الفرد تحدها العمليات الفكرية التي يسودها الجمود والتعصب

- $G=35\%$ الذي يدل على التفكير البعيد عن الواقع .

- وجود إنطوائية لدى الحالة من خلال $RC < 30$

- قلق مرتفع $Hass=40$

- D و Dd مرتفع حسب التوظيف العصبي للوسواس يدل على القلق والنقد المبالغ فيه .

- عدد الإستجابات الشكلية f في اللوحات الثلاث الأخيرة أكثر من عدد الإستجابات الحركية k

- K منخفض والذي يدل على الإستجابة لعالم الخيال.

- $TRI = K < C$ والتي تدل على سيطرة المثبرات الخارجية على العمليات الفكرية.

- تقييم الاداء الوظيفي للحالة حسب سلم GAF من $DSM4$:

51. 60 . أعراض متوسطة (وجود افكار واندفاعات والشك بالمرض والخوف من الموت واجترار هذه الافكار وصعوبة مقاومتها) صعوبة متوسطة في الاداء الوظيفي المهني والاجتماعي (صعوبة اداء دورها كزوجة وصعوبة في التحدث مع مجموعة الاخرين).

تحليل وتفسير الأليات الدفاعية :

العناد : وهو صورة متطورة للتمرد يظهر عند الحالة عندما تستخدمه كأسلوب للنضال والإبقاء على قيمة الذات .

النظام : يظهر عند الحالة من خلال الطاعة والحشمة والنظافة وشدة التدقيق .

الكبت : يظهر من خلال عدم إستعداد الحالة لتذكر كل الخبرات المعاشة إذ تستدعي أفكارها بطريقة إنتقائية وسطحية حيث ظلت الأفكار والمشاعر حبيسة اللاشعور .

الإنكار : إنكار الحالة وجود مشكلة تثير التوتر لديها فهي ترى أن سبب مرضها والحالة النفسية التي آلت إليها تعود لأسباب تجهلها خارجة عن إرادتها وذلك لتجنب إدراك الجوانب المؤلمة والمهددة للذات من الواقع المحيط .

. التبرير: بحيث لجأت الحالة إلى ذكر معاذير تبدو منطقية بهدف خفض توترها وتغطية شعورها بالذنب وذلك لتحسين صورة الذات بحيث تبدو أمام الناس كشخص خلوق .

. تحليل المقاييس المستعملة :

مقياس بيل براون للوسواس القهري :

وبعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري على الحالة (ح.س) فقد تحصلت المفحوصة على 15 درجة للأفكار الوسواسية و 15 درجات للأفعال القهرية بمجموع 30 درجة من مجموع الدرجات الكلي وقد كانت نتيجة الاختبار بان الحالة يعاني من وسواس قهري بدرجة ملحوظة اي يمكن ان يفسد الحياة اليومية بصورة كبيرة .

تحليل مقياس كوبر سميث لتقدير الذات للحالة (ح.ج):

تم تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة (ح.س) وقد تم تقبل من طرف الحالة للمقياس وتم الاجابة على بنوده بكل تقبل واريحية وكانت نتائج المقياس كالتالي :

جدول رقم 12 يوضح نتائج المقياس

العبارات	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	النتيجة
الدرجات	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10

تحصلت الحالة (ح . س) على درجة 10 من مجموع 25 درجة وتم ضرب الدرجة المتحصل عليها في 4 لتكون النتيجة 40 وهذا مايبين أن للحالة تقدير ذات متوسط .

. أما فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية فكانت النتائج كالآتي :

. بنود الذات العامة :

تحصلت الحالة على الدرجة 5 من 12 درجة وهذا يبين ان الذات العامة للمفحوصة منخفضة وذلك ما يظهر في البنود (7،4،3) بحصوله على نتائج سلبية بحيث ان المفحوصة تود تغيير اشياء في نفسها و تجد صعوبة في اتخاذ القرارات وتحتاج الى وقت طويل الى الاعتياد على الاشياء الجديدة .

وكذلك حصول المفحوصة على نتائج سلبية في البنود (25،24،18،12) وهذا يظهر من خلال صعوبة الحالة في الاستقرار والثبات وكذلك عدم الرضا تن المظهر امام الناس والرغبة في ان تصبح شخصا اخر غير نفسها وعدم الثقة في نفسها في الاعتماد عليها.

. بنود الذات الاجتماعية :

تحصلت الحالة على درجتين من مجموع 4 درجات وهذا ما يوضح ان الذات الاجتماعية للحالة متوسطة وحصولها على نتائج سلبية في البنود (8،21) بحيث لا ترى المفحوصة نفسها محبوبة من طرف الاشخاص من نفس سنها وكذلك ترى ان معظم الناس محبوبين اكثر منها .

. بنود ذات المنزل والوالدين :

تحصلت الحالة على 3 درجات من مجموع 6 درجات وهذا ما يوضح ان ذات المنزل والوالدين للحالة متوسطة وحصولها على نتائج سلبية في البنود (16،20،22) وهذا ما يوضح ان الحالة لديها الرغبة في ترك المنزل وترى ان عائلتها لا تتفهمها وتجد انها مرغمة من طرف عائلتها على عمل اشياء.

. بنود ذات العمل :

. لم تتحصل الحالة على اية درجة ايجابية بحيث كانت الدرجات 3 سلبية وهذا ما يبين ان ذات العمل للحالة جد منخفضة بحيث ان الحالة لديها صعوبة في التحدث امام الاخرين وكذلك تحتاج وقتا طويلا في الاعتياد على الاشياء الجديدة ولا تتلقى التشجيع فيما تقوم به من اعمال .

فرضية التشخيص:

بعد دراسة معمقة للحالة عن طريق المقابلات العيادية وجمع المعلومات اللازمة والكافية عن التاريخ الصحي للحالة والمعاش النفسي فقد اتضح أن المعاناة اليومية للحالة (ح.س) مع مرض الوسواس القهري المتمثل في وجود وساوس حول المرض والخوف من الموت وافعال قهرية بلمس الأشياء وإعادة لمسها وتعارض هذا المرض مع حياتها اليومية وسلوكياتها وأفعالها والقلق والتوتر المصاحب لهذا المرض ، كل هذا سيكون له تأثير على مستوى تقدير الذات لدى الحالة (ح.س).

التشخيص:

بعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري فقد شخصت الحالة (ح.س) على أنها تعاني من اضطراب الوسواس القهري بأعراض ملحوظة بدرجة 30 درجة.

. وبعد تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات فان مستوى تقدير الذات للحالة (ح.س) تقدير ذات متوسط بدرجة 40 .

استنتاج عام عن الحالة :

من خلال الأعراض الإكلينيكية للحالة قد تم تشخيصها وفق DSM5 وتحليل إختبار روشاخ ان الحالة (ح.س) مصابة بالوسواس القهري وتحديدًا بدرجة 30 وفق مقياس بيل براون للوسواس القهري وكان مستوى تقدير الذات بدرجة 40 فكانت الذات العامة منخفضة وهذا جراء تأثير الوسواس والأفكار التسلطية على نفسية الحالة إذ لم تعد تهتم بأي شئ سوى الإنشغال بمعالجة أفكارها والتركيز على مرضها وجسمها ، حتى أنها لم تتحمل هذا المعاش النفسي والألم الذي أصبحت تعيشه إذ تقول (مرض الوسواس صعب كون غير توشاني كاش مرض ولا هذا الوسواس) وهذا ما أفقدها في ذاتها وكانت نتائج الروشاخ مؤكدة على ذلك من خلال الحالة الإنطوائية التي أصبحت تعيشها حيث $RC=20$ ومعادلة FMA التي دلت أن الحالة ليس لديها نضج وحداني و $f=30\%$ والتي تدل على قلة الإنضباط الإنفعالي ، إرتفاع درجة القلق $HASS=40\%$ زيادة على الإهتمام المبالغ فيه بصورتها الجسمية (كنت

سمنة رايني نقصت رايني صفرا) وهذا ما يظهر من خلال إستجابات $Antm=20\%$ وهي مؤشر على إهتمام الفرد بجسمه ومحاولة تغطية مشاعره و Sg التي دلت على ردود الأفعال القهرية التي لا يمكن ضبطها

- الذات الإجتماعية متوسطة وهذا ما أثبتته المقابلات العيادية إذ أن الحالة تعيش نوعا من الصراع والضغط مع عائلة الزوج التي لم تتقبلها وخاصة بعد الطلاق زيادة إلى إفتقادها إلى التواصل مع الأصدقاء والجيران كونها تبقى وحيدة طوال النهار بعد ذهاب الزوج إلى العمل وهذا ما أثبتته إختبار روشاخ من خلال إرتفاع نسبة E التي تدل على الحذر والإتجاه نحو الإكتئاب ومحاولة السيطرة عليه أمام الآخرين ، فالحالة لا تريد إظهار مرضها خاصة عائلة الزوج ، كما دلت إستجابات $Banale$ على عدم الكفاية في التأقلم الإجتماعي ومقاومة التقاليد الإجتماعية تكيف غير سليم للواقع .

- ذات المنزل والوالدين درجة متوسطة 3 من 6 درجات وهذا نتيجة علاقة الحالة مع زوجها الذي لم يتقبل مرضها وأصبح يوجه لها اللوم والعتاب عندما يراها مكتئبة نتيجة تسلط الأفكار وعدم قدرتها على المقاومة ماإضطرها إلى التظاهر بعدم المرض تجنبا للصراع مع الزوج زيادة على أنها لم تتلقى الرعاية والإهتمام ن حيث أن الأب منشغل وغير مبالي بها منذ طفولتها وأمها مريضة ، وهذا ما صعب على الحالة تقبل الوضع فكان تقدير الذات متوسطا نتيجة إلى عدم الوصول إلى درجة الرضا والقبول إلى هذا الوضع ، وهذا ما أثبتته إستجابات روشاخ حيث كانت إستجابات $F+=57\%$ وهي مؤشر على أن الحالة لديها إضطراب في التكيف وصراع داخلي ونسبة K منخفضة التي دلت على كبت الحالة لدوافعها ونزاعاتها ، وأكدت Sg على ردود أفعال قهرية للحالة أمام الزوج والوالدين والتي لم تتمكن من ضبطها فكانت سببا في إنخفاض درجة تقدير الذات إلى المتوسط .

- ذات العمل منعدمة بحيث الحالة لا تمارس أي نشاط مهني وهي مأكثة في البيت لها مهمة أشغال البيت كما أن ليس لديها أي علاقة تربطها في اطار النشاطات اليومية ، فبعد اصابتها بالوسواس القهري الذي أدى بها الى الإنطواء وارتفاع درجة القلق عندها $HASS=40$.

3. عرض الحالة الثالثة :

. البيانات الاولية :

الإسم : ب

اللقب : ب

الجنس : 35 سنة

السن : ذكر

مكان الإقامة :

عدد الاخوة : 2 ذكر واخت

الرتبة : الاصغر

المستوى الدراسي : الثانية متوسط

الحالة المدنية : اعزب

المهنة : تاجر

المستوى المعيشي : جيد

مهنة الاب : مهاجر

مهنة الام : مائكة بالبيت

تحليل الطلب : موجه من طرف الطبيب

جدول رقم 13 يوضح سير المقابلات :

المقابلات	تاريخ الاجراء	مكان الاجراء	مدتها	الهدف منها
المقابلة الاولى	2017 ; .03.12	عيادة متعددة الخدمات اولاد مزيان	30 د	1. التعرف على الحالة والتعريف بدورنا وكسب ثقة الحالة 3. جمع البيانات الاولية
المقابلة الثانية	2017.03.19	ع.م.خ	45 د	1. التعرف على تاريخ الطفولي والتعليمي للحالة 2. التعرف على الوضع الاجتماعي للحالة
المقابلة الثالثة	2017.04.02	ع.م.خ	45 د	1. التطرق الى طبيعة العلاقة التي تربط الحالة مع العائلة (الاخوة والوالدين)
المقابلة الرابعة	2017.04.09	ع.م.خ	50 د	1. الحياة الجنسية والعاطفية 2. التعرف على الحالة الزوجية للحالة
المقابلة الخامسة	2017.04.16	ع.م.خ	55 د	1. التعرف على الحالة الصحية الراهنة المعاش النفسي 2 تطبيق مقياس بيل براون للوسواس القهري
المقابلة السادسة	2017.04.23	ع.م.خ	55 د	1. التعرف على تاثيرات المرض (الوسواس القهري) على ذات الحالة. 2. تطبيق مقياس تقدير الذات
المقابلة السابعة	2017.04.30	ع.م.خ	30 د	1. تطبيق اختبار الروشاخ

2. السميائية العامة للحالة :

الحالة (ب،ب) يبلغ من العمر 35 سنة ذو قامة طويلة قوي البنية الجسدية بشرته سمراء عيناه سوداوتين وشعره قصير ،هندامه غير لائق وملابس متسخة وغير نظيفة فهو سليم من الناحية الجسمية ملامح وجهه معبرة عن المواقف ،اما التعبير اللغوي ومحتوى كلامه فهو يتكلم بلغة مفهومة مع تكرار الكلمات بنبرة ثقيلة ، اما التعبير الجسدي فالحالة لديه حركة بطيئة فهو يستخدم الايدي اثناء الكلام ، اما تفكيره تسيطر عليه الافكار الوسواسية وصور لا يستطيع مقاومتها والافلات منها اما ميزاج الحالة ميزاج مكتئب ويظهر من خلال شحوب الوجه والشعور بالخوف من المرض والحزن وغير متقبل لوضعه الحالي.

. عرض المقابلات :

لقد كانت المقابلة مع الحالة (ب،ب) الذي قدم الى مكتب الاستشارة النفسية بتوجيه من احد الاطباء بالعيادة التي كان يتوافد اليها كل مرة للاستشارة الطبية بحثا منه عن تفسير لحالته المرضية التي يعيشها واملأ منه لاخذ علاج دوائي ينهي له هذه المعاناة .

تم استقبال الحالة والترحيب به بعد التعرف عليه وعن حالته الصحية الراهنة كما تم التركيز على الرفع من حالته المعنوية والتقليل من درجة القلق الذي كان يبدو عليه من خلال كلامه وحالته النفسية والانفعالية .

. تاريخ الحالة :

لقد تم جمع البيانات الاولية ثم التطرق الى طفولة الحالة اذ انه لاخت واخ من والدين ام مأكثة بالبيت واب مهاجر في فرنسا يقول ان طفولته كانت طفولة عادية كباقي الاطفال لم يتعرض من خلالها لاي مرض .

عاش في البادية ولعب مع اطفالها وترى في كتف والديه الا ان دخل المدرسة الابتدائية في مسقط رأسه ، اذ انه لم يجد ايه صعوبة في التأقلم مع جو المدرسة واكتساب المعارف وكانت تربطه علاقة حسنة مع الزملاء والمعلم .

نجح الحالة (ب ، ب) في المرحلة الابتدائية لينتقل الى المتوسطة التي كانت تبعد عن المنزل بمسافة بعيدة ، فكان يذهب صباحا ويعود مساء ليجد نفسه في ظروف صعبة جعلت مواصلة الدراسة امرا صعبا فاضطر الى التوقف في السنة الثامنة ويستقر في بيتهم ويساعد الجد والاعمام في اعمال الفلاحة .

كما يقول الحالة انه كان صاحب اخلاق عالية منذ الصغر محترما ومطيعا للوالدين حارصا على الصلاة منذ 10 سنوات .

. اما بالنسبة الى طبيعة النشأة الاجتماعية والاسرية للحالة (ب،ب) اذ يقول انه كان يقيم مع والدته واخوته في المسكن العائلي مع الجد والجدة والاعمام على حد قوله (كنا عايشين فالحوانة) اين كانت تكثر المشاكل والصراعات فالوالد كان مهاجر يعمل في فرنسا ياتي مرة في السنة ما جعل احد الاعمام يكرس نوعا من الضغط والظلم على الحالة (ب،ب) وعائلته ومازاد تاثر الحالة هو عندما كان العم ينهر الجد الذي كانت تربطه علاقة طيبة

ويقول انه في علاقته مع والده كان ينهره كذلك وينعته بالحمار وهذا ما كان يشعره بنوع من الحسرة والأسى

ومع التقدم في السن هاجر الحالة (ب،ب) الى ولاية وهران الى العمل في ورشات البناء هروبا من مشاكل البيت والاعمال الشاقة في الفلاحة وخدمة الارض التي كان ملزما في القيام بها ،وإستقر في هذا العمل لمدة 5 سنوات ليعود الى مسقط رأسه ويعمل في ورشات البناء في المنطقة .

تحدث الحالة كذلك عن علاقته العاطفية التي كانت تربطه علاقة بفتاة احبها عندما كان في سن 22 سنة اذ يقول (كنت نهدر معاها وعطاتي التصويرة نتاعها بضح الظروف العائلية والمادية الي كنت نعيشها ماسمحتليش باه نتزوجها)، ويقول ان تلك الفتاة كانت تحبني ولم استمر في تلك العلاقة معها لان ابنة خالها فقد غدر بيتهما مع احد الشباب مما استدعى مشاكل عائلية وتدخل الجهات القضائية فكان لزاما عليه ان يتعد عنها وهي الان متزوجة وعندها طفل .

. بعد تغيير مكان الإقامة لم يعد الحالة في تواصل دائم مع الاصدقاء كأنه وجد صعوبة في تطوين اصدقاء جدد اذ كان كثير العزلة عن المجتمع الجديد ، انتقل الحالة من العمل في ورشات البناء الى العمل كبائع في الاسواق الاسبوعية فلم يكن يعاني من اي مرض عضوي او جسدي ، كان يعمل ويجرص على جمع الاموال لتحقيق طموحاته المستقبلية كالزواج وشراء سيارة

. تعرف الحالة على مجموعة من الشباب والذين كانوا يصغرونه في السن الا انه كان يتعاطف معهم ويحبهم كونهم اصبحوا اصدقاء جدد بالنسبة له والذين كان يحبون السيارات والدراجات النارية مما دفع الحالة الى شراء دراجة نارية وكان يطمح لشراء سيارة.

لقد كانت للحالة علاقة جيدة مع الوالدين وخاصة الوالد الذي كان يضع ثقته في حفظ السكن والانفاق على الام في غيابه وتكليفه بالمهام ، كما كانت له علاقات جيدة وطيبة مع الباعة في الاسواق والاصدقاء والجيران وكان يعيش مع والديه في مسكن واسع يتوفر على كل ظروف الراحة .

. التاريخ المرضي للحالة :

يقول الحالة (ب،ب) انه لم يعرف اي مرض نفسي ولم يسبق له وان عاش مايعيشه وما يحس به في الاونة الاخيرة ، فالتغيير الذي طرأ عليه لم يكن فجأة ولكنه بدأ تدريجيا ولكنه لم ينتبه اليه الا بعد اشتداد درجة المرض والتعارض الذي احده مع نشاطاته اليومية اذ يقول (كي تأخر الصلاة ضميري يولي يأبني) اذ كان يحرص على اداء الصلاة في وقتها وعدم التهاون فيها علما انه لم يكن يعرف هذا الشعور من قبل حتى وان اقتضى الامر تاخير الصلاة .

كما ان درجة التفكير والقلق الذي اصبح يسببه الاهتمام بالاحداث والامور التي تجري حوله في علاقاته التعاملية مع من يحيطون به من الاهل والاصدقاء ، فيقول انه في الاونة الاخيرة عاش توترا وقلقا بسبب الاخ الاكبر الذي اشترى سيارة جديدة من اموال الوالد وهو الان احسن حالا منه اذ يقول (خويا اشري لوطو من دراهم الشيباني ودعوة الشر وانا ماخصنيش نكون كيفو)

كما تحدث كذلك عن الخيانة التي تعرض لها في تجارته التي يزاؤها منذ سنوات مع احد المتعاملين من ولاية معسكر والذي كان يضع ثقته فيه ولكنه كان يغشه منذ زمن ولم يتفطن له الا مؤخرا اذ يقول (مانطيقش نسمع اسمه،قتلو روح وسعني) فهو بمجرد تذكر هذه الحادثة يصاب بالتوتر والقلق زيادة على هذه وقع للحالة خصام مع احد اصدقائه الذي كان يحبهم ويتعامل معهم بعد ان حطمو له دراجته النارية وسببو له خسارة 9 مليون .

فهذه الاحداث كان لها بالغ الاثر على نفسية الحالة ماديا ومعنويا اذ يقول (انا انسان مسالم لوكان نصيب النملة وماناذيهاش) ، فدرجة الحسرة والألم زادت حدتها بعد ان اصبح الحالة (ب،ب) يعيش نوعا من الصراع الداخلي، اذ

يقول (خطرا نقول حشاوهالي ،هاذ السيد اللي نتعامل معاه فالخدمة غير تلقاه يخسر ماشي مريح) (ومرات نقول انا بالاك خسرت معاهم وضميري يأنبي)

وبعد الابتعاد عن الاصدقاء اصبح الحالة يلجأ الى العزلة ويبدأ التفكير في تاخره عن الزواج والاسباب التي ادت به الى هذا الوضع مما جعله يحس بالضغط واصبح يدقق في الاشياء التي تدور حوله والشك والتحليل المستمر للاوضاع التي يعيشها اذ كان يؤولها للاصابة بالسحر ودعوة الشر وبعد مرور 3 أشهر على هذه الاحداث وفي مارس 2016 زادت حدة المرض واحس الحالة بانه لم يعد في حالة عادية اذ ان صور الاشخاص الذين تخاصم معهم لم تعد تفارقه وتسلطت عليه افكار مع تانيب الضمير اذ يقول (غير يقابلوني تصاورهم نتقلق ندي الكاميو ونروح) فهو لم يعد يستطع التحرر من هذه الافكار والصور الوسواسية(انقول شداني نعرفهم ومرات نقول او هذا يحشيهالي ، انكون فالسوق انبيع نتذكرهم نتقلق) في الليل وقبل النوم وفي كل يوم يقوم الحالة بعملية الحساب لمداخيله التجارية اذ يقول (انبات نحسب حتى نعيان من الحساب ونقول علاه راني نخدم لامرا لا دراري) .

زيادة على هذا يقول الحالة انه عندما يتكلم مثلا في جماعة او مع احد لا يستطيع اتمام الحديث يقول (نسكت ومانطيقش انكمل الهدرة حاجة من الداخلى تمنعني وما تخلينيش تهدر) اذ تكون على شكل افكار اقتحامية اثناء الحديث او التعبير عن واقعة او حدث يتخللها التهديد او الخوف من الاصابة بنفس الحالة يقول (جيت تهدر علا اكسيدو فالطريق اسكت وما طقتش نكمل الهدرة ..) ، كذا ان الحالة اصبح يشك في الاطعمة يقول(مرة نقول راهم ساحريني) فهو لا يتناول الطعام عند الاقارب خوفا وشكا في السحر كما يخاف من الاصابة بالعين .

فالحالة لم يعد يستمتع بحياته كبقية الناس اذ عندما تراوده الافكار وتضايقه لا يستطيع التحكم في افعاله وسلوكه خاصة الصور الاقتحامية التي اصبحت تسبب له الما وضيقا كبيرا اذ يقول(تصاوير تاع ذوك الناس قاع مابغوش يروحولي من راسي)

. ان الافكار الوسواسية والصور الاقتحامية التي اصبحت تسبب القلق والشعور المستمر بالذنب للحالة جعلت منه يحس بعدم الرضا عن سلوكاته فهو يدرك ما يفكر فيه ويفعله غير منطقي ومع ذلك يجد نفسه مجبرا في القيام به اذ

يقول (منذ 15 مارس 2016 وانا نعاني مرات نقول نتحجر) اذ زادت درجة ما يعاني منه من افكار وصور تسلطية حرمة من الاستمتاع وممارسة نشاطاته اليومية بكل اريحية.

. تأثير المرض على ذاتية الحالة :

ان الافكار الوسواسية والصور الوسواسية وافكار الشك التسلطية التي جعلت منه يكثر الحسابات لمداخيله التجارية لعدة مرات متتالية ظنا منه بعدم اتمام الفعل على اتم وجه اذ يقول(علاه راه صاريلي هكا قاع العم وانا نحسب) فدفت الحسابات لايفارقه فذا السلوك حد من حرته اذ يقول(بابا ميغري وانا مغبون) (صحتي خير من كل شيء)

والصور التسلطية والافكار الاقتحامية التي لا تغيب عن مخيلته والتي مجرد تذكرها الا وانتابه القلق والتذمر فلا يستطيع التحكم في سلوكه اذ يكون في مكان الا ويغادر بسرعة اذ فقد القدرة على التحكم في النفس فهو لم يعد يستطيع البقاء في السوق لفترة طويلة او فترة محددة ففي بعض المرات يدخل ويخرج بسرعة ، اضافة الى هذا اصبح يصاب بنوبات من الغضب المفاجئ عند عدم قدرته على السيطرة على الافكار وتجاهلها واخذها اذ اصبح يلوم المحيطين به اذ يقول (مرة زعفت وقلت لامي روجي مربحتيش عليا وطلعت للشومبرا نتاعي ومانبغي حتى حد يهدر معايا)

كما انه اصبح لايهتم بمظهره وملابسه التي تبدو متسخة ومزاجه المكتئب وشحوب وجهه وشكوكه المستمرة الى اصابته بالمرض في المعدة مما دفعه الى اجراء عدة استشارات طبية اذ يقول(مليون ونص راحت غير طيب) غير ان النتائج تكون بعدم وجود اي مرض عضوي لكنه لايقنع ، كما ان كلامه اصبح عبارة عن شكوى من تسلط الافكار والصور ما لفت انتباه المحيطين به من العائلة والاصدقاء في العمل.

. تأثير المرض على الحياة الإجتماعية والمهنية :

إن المعاناة اليومية للحالة من الافكار التسلطية والشعور بالذنب وما يسببه من قلق وخوف من الاصابة بالمرض افقدته الثقة في نفسه ما جعله يتجنب لقاء الناس ويفضل العزلة بعدما كان يقضي الساعات الطوال في الترفيه والعمل ، فالحالة اصبح يشعر بالنقص انجاه الاخرين ويرى ان الناس يحبون المال وانهم لايقدرونه حق قدره اذ يقول(جا وليد عمي ميغري ولاو يحكو معاها) فهو يرى انه شديد الحساسية اتجاه الناس والاحداث التي تدور حوله اذ يرى نفسه انسانا بسيطا لايجلب انتباه انتباه واهتمام المحيطين به بعكس من له المال والسيارة الفخمة فهو غير راض عن نفسه

وشخصيته امام الناس اذ يقول(نحوس نشري **ibiza** نحوس نفورها عليهم) فهو يعترف انه جاد وجتهد منذ الصغر اذ يقول(جامي حكيت نيفي لواحد جامي قلت لواحد اعطيني الدراهم) فالمرض والوساوس هاته هي التي غيرت حياته اذ يقول(انقول لأمي لياه راني مغبون هاذ الغبينة وراي مقلق) .

كما ينتابه الشعور بتغيير العمل الذي اصبح غير راض به وانه لايناسب رتبته الاجتماعية اض يقول(كيفاه انا نبيع فالاسواق) فهو يريد الزواج وهذا الطموح يراوده في كل مرة لكنه يعود ليقول لاتوجد امرأة تقبل به بسبب المرض الذي قيد حياته وجعله رهينة للمعاناة والاحباط وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

تحليل المقابلات :

من خلال المقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة (ب،ب) والتعرف على تاريخها الصحي والمرضي وتطبيق إختبار يقع الحبر لروشاخ وكانت نتائجه كالتالي:

جدول رقم 14 يوضح بروتوكول الروشاخ

اللوحة	زمن الكمون	الإستجابات	التحقيق	الترميز
01	8 ثا	نسر هذا ، هذا جبل 35ثا	. التصويرة كاملة نسر (كل اللوحة) . هنا جبل (جزء صغير)	GF+A Banale Dd f pays
02	12 ثا	هذا مقام الشهيد ، أوهاذي فراشة 42ثا	. هاذي تبان كيما مقام الشهيد (جزء صغير) . فراشة شفتها هنا (جزء صغير)	Dd f archi Dd f+ A
03	12 ثا	ماهمت والو ، مابان حتى شيء 42ثا	. زوج رجال متقابلين (جزء كبير)	D k h Banale
04	10 ثا	تمثال تشبه للوحش 27ثا	. قاع تمثال (جزء كبير) . تبان صورة تاع وحش (كل اللوحة)	GF obj GF clob H
05	9 ثا	هاذي خفاش 13ثا	. كاملة خفاش (كل اللوحة) . انخاف منو قاع منبغيهش	GF+ clob A Banale
06	22 ثا	مابالي والو 34ثا	. تشبه للتمثال (كل اللوحة)	GF obj
07	12 ثا	غار حراء هذا 30ثا	. هنا راني نشوف غار حراء (في الفراغ الأبيض)	DbL F- pays
08	9 ثا	زوج نمورا ، تمثال 45ثا	. زوج نمورا واحد منا وواحد منا أوهذا تمثال	DF+ C A Banale
09	23 ثا	ماعرفت والو 43ثا	. مابالي والو	Rufus

DF+ C A Banale D Fc archi	. هاذو زوج كيما العنكبوت زرقا (جزء كبير) . وهنا مقام الشهيد ملون (جزء كبير)	عنكبوت أزرق مقام الشهيد ملون 45ثا	10ثا	10
---------------------------------	---	---	------	-----------

جدول رقم 15 يوضح المخطط النفسي

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
H= 14.28	F+ = 28.57	G= 35.71	R= 14
A= 35.71	F=35.71	D= 35.71	T.total= 356 sec
obj= 21.42	F- = 14.28	Dd= 21.42	. متوسط زمن الكمون
pays= 14.28	Fc= 7.14	Db1= 7.14	14.11: ثا
archi= 14.28	F clob= 14.28		. متوسط الزمن في كل
	K=7.14		لوحة: 39.5 ثا
			TRI= K/C.
			K<C.1=1.5
			RC= 7.14
			F.C= K>E 1>0
			Hass= 00
			INT= 28.57%
			A%= 35.71%
			H%= 14.28%
			F%= 100%
			F+%= 28.57%
			F% elarg= 128.57
			F+elarg= 114.28
			Banale=35.71%

تحليل بروتوكول الروشاخ :

. الإنطباع العام حول الروشاخ :

الإنتاجية العامة للحالة تسير نحو الكف والإختصار حيث قدمت عددا محدودا من الإجابات $R=14$ وموزعة على زمن كلي قدر ب 6 دقائق وهو زمن قصير مقارنة بالمعيار العادي الذي يتراوح ما بين 20 و 30 دقيقة ووقت كمون متوسط 14 ثانية ، في اللوحتين 9 و 10 تميز بوقت كمون مرتفع تراوح ما بين 20 إلى 30 ثانية مما يبين ميل المفحوص لمحاولة التحكم أمام إشتتارة اللوحات والدفاع ضد الإسقاطات أما باقي اللوحات فتراوح وقت الكمون ما بين 8 و 12 ثانية وهو وقت متوسط أمام متوسط الزمن الإجابة في كل لوحة فكان 39 ثانية وفق المعيار النموذجي ، إضافة إلى عدد الإجابات في هذا البروتوكول $R=14$ وهي إنتاجية صغيرة تدل على الصلابة العقلية ووجود اضطراب إنفعالي ، كانت نسبة الإجابات الشائعة 35.71 Banale وهي تشير إلى إجابات مألوفة تعكس طبيعة الإدراك ، وجود رفض للوحة رقم 9 حيث ربطها بالغموض وعدم إستيعابها وبالتالي كان هناك يعيش نقد للذات .

. السياقات المعرفية :

يشير بروتوكول المفحوص إلى إرتفاع نسبة تناول الشامل $G= 35.71$ عن المعيار النموذجي المقدر من 20 إلى 30 والتي تدل على الإفراط في إستعمال التفكير المجرد والبعيد عن الواقع أما التناول الجزئي $D=35.71$ وهي نسبتها منخفضة مقارنة بالمعدل العادي والتي تدل على الإهتمام بالمشاكل العملية في الحياة اليومية ، أما $Dd= 21.42$ نسبتها مرتفعة تدل على القلق والنزعة إلى النقد المبالغ فيه والشعور بالنقص ما يشار إليه كذلك هو حساسية المفحوص اتجاه الفراغات البيضاء $Db1$ في اللوحة رقم 7 بحيث إرتبطت بشكل سلبي مما يدل على تلاشي الرقابة وإرتكاب اخطاء إدراكية ، سيطرة المحددات الشكلية $F=100\%$ ما يدل أن الحياة الإنفعالية عند الحالة تحددتها العمليات الفكرية دون غيرها من العوامل الأخرى إذ يسودها الجمود الفكري والتعصب وعدم المرونة والأفكار الثابتة ، كما كانت الإدراكات الجيدة $F+$ منخفضة 28.57% عن المعيار العادي والتي تدل أن الشخص لديه صراع داخلي وتفكير بطيء و $F-=14.28\%$ وهي التي تؤثر على ضعف الجهود المبذولة .

. الدينامية الصراعية :

إن الإستجابات الحركية $K=7.14\%$ والتي تدل على الإستجابة لعالم الخيال ومؤشر على الصراع والتوتر ووجود قوى مهددة لذاته لايمكن السيطرة عليها أما الإستجابات اللونية فكانت في اللوحات الاخيرة من خلال اللون الازرق وتعدد الألوان مع غستجابة جزئية والتي تدل أن الشخص لايقوى على مواجهة إنفعالاته ويميل إلى التكيف مع البيئة لكن قوة الضبط غير كافية إذ تحكمها النزعة الذاتية ، يشير نمط الصراع الداخلي TRI على طغيان العالم الداخلي على الرقابة والواقع الشكلي بحيث $K<C$ بحيث الحركات الفكرية مجمدة، أما بالنسبة لمعادلة النضج الوجداني FMA بحيث $FC<CF+C$ والتي تدل على أن الحالة ليس لديها نضج وجداني وهذا ما تؤكده $RC=7.14\%$ والتي تشير إلى أن الشخص إنطوائي ، أما نتيجة معادلة الشك الداخلي $INT=28.57$ والتي تدل على وجود صراعات وشك داخلي لدى المفحوص .

- المحتوى :

نجد تنوعا نسبيا في بروتوكول المفحوص يشير إلى تنوع إهتماماته (H A Obj pays arch) في حين شكلت المحتويات الحيوانية أغلبية المواضيع المدركة والتي تدل على الضعف العقلي والتفكير الطفولي بحيث $A=35.71$ أما المحتويات الإنسانية فكانت قليلة مقارنة مع A حيث قدرت $H=14.28$ والتي تشير إلى ردود الميول الإجتماعية في حياة الفرد كما تدل كذلك على إهتمام غير عادي بحياته الداخلية ، لم يتم الإشارة إلى التصورات الإنسانية إلا في اللوحة رقم 3 (زوج رجال متقابلين) أما في باقي اللوحات فقد تم الغشارة إلى ال والتي تشير إلى ردود الميول الإجتماعية في حياة الفرد كما تدل كذلك على إهتمام غير عادي بحياته الداخلية ، لم يتم الإشارة إلى التصورات الإنسانية إلا في اللوحة رقم 3 (زوج رجال متقابلين) أما في باقي اللوحات فقد تم الإشارة إلى الإستجابة الحيوانية والتمثال والتي تدل على صعوبة التقمص للصورة الإنسانية فهذا الإستثمار في إستبعاد الصورة الإنسانية من خلال إستجابات حيوان تمثال يؤكد ميل دفاعات المفحوص نحو تخفيف الإتصالات والعلاقات الإنسانية ، لقد كانت نسبة $F+elarg=114.24$ و $F\%elarg=128.57$ والتي تدل على إدراك جيد للواقع ، أما بالنسبة لإختبار الإختيارات فقد فضل اللوحتين رقم 9و10 بسبب إرتياحه للوحتين على الرغم من رفضه للوحة رقم 9 ،أما إختياره السليبي فتمثل في اللوحة رقم 5 و 6 لأنها صور مخيفة .

فرضية التشخيص:

- صلابة عقلية ووجود إضطراب إنفعالي .
- الإفراط في إستعمال التفكير المجرد والبعيد عن الواقع .
- تلاشي الرقابة والأخطاء الإدراكية والعدوانية اللاشعورية .
- الحياة الإنفعالية عند الحالة تحددها العمليات الفكرية التي تتميز بالجمود الفكري والصلابة وعدم المرونة .
- الشخص لديه صراع داخلي وتفكير بطيء (صراع بين الرغبة في التحكم والرضوخ للمحيط).
- الصراع والتوتر والإستجابة لعالم الخيال .
- ضعف عقلي وتفكير طفولي .
- نقد الذات .
- الإهتمام بالمشاكل العملية في الحياة اليومية .
- القلق والنزعة إلى النقد المبالغ فيه والشعور بالنقص.
- ضعف الجهود المبذولة .
- وجود قوى مهددة لذاته لايمكن السيطرة عليها .
- الشخص لايقوى على مواجهة إنفعالاته إذ أن قوة الضبط غير كافية إذ تحكمه النزعة الذاتية .
- طغيان الوجدانات على العملية الفكرية .
- ليس لديه نضج وجداني .
- شخص إنطوائي.
- وجود صراعات وشك داخلي .

- الشخص عاجز عن إقامة التوحد مع الناس .
 - إهتمام غير عادي بحياته الداخلية .
 - صعوبة التقمص وتجنب الإتصالات الإنسانية .
- إنطلاقا من الاعراض الاكلينيكية التالية للمقابلات التي تتوافق مع بنود الدليل التشخيصي للوسواس القهري حسب DSM5:
- وجود صور اقتحامية وافكار متسلطة حول اشخاص والخوف من الاصابة من المرض وهي متكررة وبصفة ثابتة وهي مقتحمة وغير مرغوبة وتسبب قلقا واحباطا .
 - يحاول الحالة (ح.ج) تجاهل هذه الافكار وتقييدها وقمعها .
 - تاخذ هذه الافكار حيزا كبيرا من وقت الحالة في التفكير فيها وتسبب له ضعفا في الاداء الاجتماعي والمهني (تاجر).
 - عدم وجود تأثيرات فيزيولوجية كتناول دواء او حالة طبية اخرى.
 - ووجود أعراض أخرى متمثلة في :
 - تأنيب الضمير .
 - وجود معتقدات حول السحر والايمان به ، ووجود افكار سوداوية وتوقع دائما الأسوء.
 - الشك والتدقيق في الأشياء والتحليل المستمر للاحداث.
 - القلق والشعور المستمر بالذنب.
 - عرض اكتئابي متمثل في عدم الاهتمام والمزاج المكتئب وشحوب الوجه .
 - فقدان الثقة بالنفس .
 - الشعور بالنقص.

وانطلاقاً من الأعراض الإكلينيكية والتي تم إثباتها من خلال إختبار روشاخ استناداً للتوظيف العصبي للوسواس القهري :

R=14 منخفض يدل على الصلابة العقلية .

TRI=28.57% والتي تؤكد على وجود صراعات و شك داخلي .

G=35.71 مرتفعة وتدل على الإفراط في إستعمال التفكير المجرد والبعيد عن الواقع ويظهر هذا في المقابلات من خلال تأويل الأحداث والأوضاع إلى تفسيرات ميتافيزيقية كالسحر والعين ودعوة الشر .

D و Dd مرتفعة عن 15% حسب التوظيف العصبي للوسواس القهري تدل على القلق والنزعة إلى النقد المبالغ فيه والشعور بالنقص .

F%=100% تدل أن الحياة الإنفعالية لدى الفرد تحدها العمليات الفكرية التي يسودها الجمود والتعصب .

FC>CF تدل على الإستكانة وإستعمال التكرارات وترددات نتيجة الرقابة الدفاعية للأنا الأعلى .

. تقييم الاداء الوظيفي للحالة حسب سلم GAF من DSM4:

51.60 . أعراض متوسطة (صور إقتحامية وافكار متسلطة حول اشخاص والخوف من الاصابة من المرض) صعوبة متوسطة في الاداء الوظيفي المهني والاجتماعي (صعوبة في ممارسة العمل كتاجر بسبب الصور الإقتحامية وصعوبة التحدث مع مجموعة الاخرين).

. تحليل وتفسير الاليات الدفاعية:

. النكوص: يظهر من خلال الرأفة في قوله (انا انسان مسالم كون نصيب النملة ومناذيهاش) ان الحالة يعطف على الاخرين ولا يريد اذاية الناس اذ يظهر الحالة رأفه وعطفه بالمحيطين به .

الاستقامة : في قوله (نحوس نصيب نكون شخصية) حيث اصبح الانا الاعلى قاسيا وقم الانا بتكوين ردود افعال في شكل الاستقامة والرأفة .

. الإزاحة: تظهر من خلال فصل الشخصية الانفعالية نتيجة لاجترار الافكار الوسواسية والصور الاقترامية بحيث يتحدث الحالة عن الانتحار بكل برودة .

. التكوين العكسي: يظهر في النظام والادخار والعناد اذ يعتبر اتجاهات مقبولة اجتماعيا لكنهما تخفي من ورائها الاحساس بالنقص والخوف لحماية الذات من القلق والتوتر والخوف.

. المحو: يكرر نفس الافكار ولكن بهدف مغاير لحساب الانا الاعلى وهذا ما يؤدي الى استمرار الشك القهري .

. التناقض الوجداني: يظهر من خلال اتجاه الحب والكراهية اتجاه نفس الاشخاص (العاطفة ، العدوان) اذ نلتمس ثنائية المشاعر التي ادت الى ظهور بعض الاعراض الاكتئابية.

. النظام : لديه شغف في ضبط حياته بحيث يقوم برسم جداول زمنية ورسم مخططات لنشاطاته اليومية لتغلب على مخاوفه بحيث يصير الحالة على ادخار المال بشكل ملحوظ والخوف من فقدانه .

. تحليل المقاييس المستعملة :

. مقياس بيل براون :

وبعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري على الحالة (ب،ب) فقد تحصل المفحوص على 15 درجة للافكار الوسواسية و 10 درجات للافعال القهرية بمجموع 25 درجة من مجموع الدرجات الكلي وقد كانت نتيجة الاختبار بان الحالة يعاني من وسواس قهري بدرجة ملحوظة والتي من الممكن ان تفسد الحياة اليومية بدرجة كبيرة .

. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات :

جدول رقم 16 يوضح نتائج المقياس

العبارة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	النتيجة
الدرجات	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10

تحصل الحالة (ب.ب) على 3 درجات من مجموع 25 درجة وتم ضرب الدرجة المتحصل عليها في 4 لتكون النتيجة 12 وهذا مايبين ان للحالة تقدير ذات منخفض جدا .

. اما فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية فكانت النتائج كالآتي :

. بنود الذات العامة :

تحصل الحالة على 0 درجة من مجموع 12 درجة وهذا مايبين ان الذات العامة للمفحوص منعدمة بحيث تضايقه الاشياء وتحتلط عليه ويريد تغير نفسه ويجد صعوبة في اتخاذ القرارات ولايعطي لنفسه القيمة لايرى مظهره مثل الناس ولايستطيع قول مايريد قوله ويرى نفسه انه لايمكن الاعتماد عليه.

. بنود الذات الإجتماعية :

تحصل الحالة على درجة واحدة من مجموع 4 درجات وهذا مايبين ان الذات الاجتماعية للمفحوص جد منخفضة بحيث لايسعد بوجود الاخرين معه ولايرى نفسه محبوب من طرف الاخرين ويرى ان الناس لايتبعون افكاره .

. بنود ذات المنزل والوالدين :

تحصل الحالة على 3 درجات من مجموع 6 درجات وهذا مايبين ان ذات المنزل والوالدين للمفحوص متوسطة بحيث انه يتضايق بسرعة في المنزل وعائلته لاتراعي مشاعره وعائلته لاتتفهمه ولاتدفعه ولا تحفزه لعمل اشياء.

. بنود ذات العمل :

تحصل الحالة على 0 درجة من مجموع 3 درجات وهذا مايبين ان الذات العمل للمفحوص منعدمة بحيث يجد صعوبة في التحدث امام الناس ويحتاج وقتا للاعتياد على الاشياء ولايلقى التشجيع فيما يقوم به .

. فرضية التشخيص :

بعد دراسة معمقة للحالة عن طريق المقابلات العيادية وجمع المعلومات الازمة والكافية عن التاريخ الصحي للحالة والمعاش النفسي فقد اتضح أن المعاناة اليومية للحالة (ب،ب) مع مرض الوسواس القهري المتمثل في وجود صور اقتحامية والخوف ووجود افعال عقلية متمثلة في العد والحساب المتكرر وتعارض هذا المرض مع الحيات اليومية والحياة المهنية والنشاطات الاجتماعية للحالة ، كل هذا سيكون له وقع في التأثير على مستوى تقدير الذات للحالة (ب،ب).

. التشخيص :

. بعد تطبيق مقياس بيل براون لتحديد درجة الوسواس القهري فقد شخص الحالة (ب،ب) على انه يعاني من

اضطراب الوسواس القهري بأعراض ملحوظة بدرجة 25 درجة.

. وبعد تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات فان مستوى تقدير الذات للحالة (ب،ب) تقدير جد منخفض

بدرجة 12 .

. الاستنتاج العام :

إن الحالة تم تشخيصها انطلاقا من الأعراض الإكلينيكية للمرض التي تتوافق مع الأعراض DSM5 وتحليل نتائج

إختبار روشاخ على أن الحالة مصاب بإضطراب الوسواس القهري محدد بدرجة 25 وفق مقياس بيل براون .

وتم الكشف عن مستوى تقدير الذات من خلال مقياس كوبر سميث والذي حدد بدرجة 12 بتقدير ذات منخفض

جدا بحيث كانت :

. درجة الذات العامة منعدمة وهذا ما ثبت من خلال المقابلات العيادية وإختبار روشاخ فالحالة لم يتقبل وضعه جراء المعاناة من الوسواس (علاه راه صاريلي هكا بابا ميقرى وانا مغبون) ، هذا جراء مقاومته اليومية للوسواس التي حرمتها من لذة الحياة وأصبح مكتئبا ، جراء الصراعات الداخلية وهذا ما تثبتته نتيجة RC أن الشخص منطوي يظهر من خلال إهماله لمظهره الخارجي وميله إلى العزلة ، ومعادلة النضج الوجداني FMA التي تشير أن الشخص ليس لديه نضج عاطفي ، فالحالة فقد ثقته في نفسه إذ يقول (مين نجى نهدر نسكت ومانطيقش نكمل الهدرة) وهذا ما تثبتته F% التي تدل أن الحياة الإنفعالية عند الحالة تحدها العمليات الفكرية التي تتميز بالصلابة وعدم المرونة ، ونتيجة C التي تدل أن الشخص لا يقوى على مواجهة إنفعالاته ، إذ أن قوة الضبط غير كافية إذ تحكمه النزعة الذاتية يقول (نحوس نكون كيما الناس) وهذا يدل أن الحالة غير راضي عن صورته الجسمية فهو يرى نفسه أقل من الآخرين وهذا ما تثبتته F+ التي تدل أن الشخص لديه صراع داخلي وتفكير بطيء ، صراع بين الرغبة في التحكم والرضوخ للمحيط .

. الذات الإجتماعية كانت منخفضة ويظهر ذلك من خلال المقابلات إذ يقول الحالة أنه شديد الحساسية إتجاه الناس إذ يرى نفسه إنسانا بسيطا لا يجلب إنتباه الآخرين ، فهو ينقص من قيمته الذاتية نتيجة تصوراته السلبية وتفكيره الواقعي الذي يسبب له القلق وهذا ما أثبتته إختبار روشاخ من خلال الإستجابات الشاملة G التي تدل على إستعمال التفكير المجرد والبعيد عن الواقع ، والإستجابات Dd التي تدل على النزعة والنقد المبالغ والشعور بالنقص ، غير مهتم بالتواصل مع الآخرين نتيجة إهتمامه بعالمه الداخلي ومعاناته في مقاومة الافكار الوسواسية ، يظهر من خلال تفسير روشاخ ان الشخص عاجز عن إقامة التوحد مع الناس وإهتمام غير عادي بحياته الداخلية ومن خلال إستجابات H التي تدل على صعوبة التقمص وتجنب الإتصالات الإنسانية .

. ذات المنزل والوالدين درجتها متوسطة إن الحالة هو الإبن الوحيد الذي يتكفل بشؤون البيت وتعويض الوالد عند الذهاب إلى المهجر ، فهو تربطه به علاقة جيدة وهو الذي يرفع من معنوياته خاصة عند الإصابة بالمرض ويشجعه على الإعتناء بنفسه إذ نستنتج أن هناك تكافل أسري وتواصل جيد وهذا ما تثبتته TRI من خلال طغيانات الوجدان على العمليات الفكرية فالتكافل الأسري رفع الذات الوالدية إلى المتوسط .

- ذات العمل درجة منعدمة نتيجة عدم رضا الحالة بمحله كبائع في الاسواق يقول(نبدل الخدمة هاذي ومانزيدش نبيع فالسوق) وهذه الاقوال تدل أن عمل الحالة أصبح يسبب له مشكلة نتيجة عدم رضاه به ، زيادة على تسلط وساوس الصور التي جعلته لايقدر على ممارسة نشاطه بصفة عادية وهذا ما تثبتته معادلة الشك INT والتي تدل على وجود صراعات وشك داخلي للحالة ، غياب K يدل على وجود قوى مهددة لذاته لايمكن السيطرة عليها .

ثانيا : مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج:

مناقشة فرضيات الدراسة :

بعد إجراء المقابلات العيادية مع الحالات الثلاث وجمع البيانات والمعلومات والمعطيات وتحليلها والإعتماد على المنهج الإكلينيكي القائم على دراسة الحالة وإستعمال أدوات البحث المتمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة والملاحظة العيادية ،وتطبيق إختبار يقع الحبر للروشاخ ، واستعمال مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات فقد تم تحديد درجة الوسواس القهري و مستوى تقدير الذات للحالات .

1 . مناقشة الفرضية العامة :

" تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات لدى الشخص المريض بالوسواس القهري "

. من خلال المقابلات التي اجريت مع الحالات وإستعمال المقاييس النفسية المتمثلة ي مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات تم التوصل إلى مايلي:

- أن تأثير درجة الوسواس القهري للحالة الأولى على مستوى تقدير الذات كانت بدرجة متوسطة ، بحيث كانت درجة الوسواس القهري بدرجة ملحوظة قدرت بـ 27 درجة ،وكان مستوى تقدير الذات لديه بدرجة متوسطة قدرت بـ 40 درجة .

. اما الحالة الثانية فقد أثر الوسواس على مستوى تقدير الذات بدرجة متوسطة ، بحيث كانت درجة الوسواس القهري بدرجة ملحوظة قدرت بـ 30 درجة ، وكان مستوى تقدير الذات لديها بدرجة متوسطة قدرت بـ 40 درجة .

- أما بالنسبة للحالة الثالثة فقد أثرت درجة الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات ، بحيث كانت درجة الوسواس القهري ملحوظة قدرت بـ 25 درجة ، وكان مستوى تقدير الذات منخفض جدا بـ 12 درجة .

. من خلال الحالات الثلاثة وحسب تحليلنا نستنتج ان مستوى تقدير الذات عند المصابين باضطراب الوسواس القهري متوسط عند الحالة الأولى والثانية ومنخفض عند الحالة الثالثة، وهذا راجع إلى الإصابة بمرض الوسواس القهري ، كذلك من خلال مقابلاتنا مع الحالات إتضح ان للوسواس القهري بنوعيه الأفكار والقهر يلعب دورا كبيرا في التأثير على تقدير الذات وذلك من خلال ظهور الأعراض التالية : فقدان الثقة بالنفس ، الشعور بالنقص ، عدم الرضا عن النفس ، صعوبة في إتخاذ القرارات ، لوم الذات وتانيبها ، اضطراب النوم ، فقدان الشهية ، القلق والتوتر المستمر . كل هذا كان إنعكس على مستوى تقدير الذات والذي جاء بمستوى متوسط ومنخفض .

ومن هنا نستنتج من خلال أن درجة الوسواس القهري قد أثرت على مستوى تقدير الذات لدى الحالات الثلاثة ، بحيث أنهم يعانون من وسواس قهري بدرجة ملحوظة ، وكان مستوى تقدير الذات لدى الحالتين متوسط والحالة الثالثة منخفض .

. ومن هذا يمكننا إثبات صحة الفرضية التي تنص على " تؤثر درجة الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات للمصابين بالوسواس القهري "

2. مناقشة الفرضية الفرعية الأولى:

"يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة المزاجية والوجدانية "

. ولإثبات صحة الفرضية تم الإعتماد على نتائج مقياس مقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات وإختبار روشاخ كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم 17 يوضح الحالة المزاجية والوجدانية للحالات

الحالات	شدة الوسواس القهري	مستوى تقدير الذات	الحالة المزاجية	الحالة الوجدانية
الحالة الأولى (ح.ج)	درجة ملحوظة	متوسط	منطوي	عدم نضج وجداني
الحالة الثانية (ح.س)	درجة ملحوظة	متوسط	منطوية	عدم نضج وجداني

الحالة الثالثة(ب،ب)	درجة ملحوظة	منخفض	منطوي	عدم نضج وجداني
------------------------	-------------	-------	-------	----------------

نلاحظ من الجدول رقم 17 أن الحالة الميزاجية لحالات الدراسة الثلاثة هي الإنطواء وهذا ما يظهر من خلال إختبار روشاخ في معادلة اللون أي الإستجابات اللونية في البطاقات الثلاث الأخيرة R.C بحيث:

- أن الحالة الأولى كانت $RC=8.92\%$ وهي منخفضة عند المعيار النموذجي 40% وتدل أن الشخص إنطوائي -
أما الحالة الثانية فكانت $RC=20\%$ وهي أقل من المعيار تدل على أن الشخص منطوي ،
لأما الحالة الثالثة فكانت $RC=40\%$ والتي تشير إلى أن الشخص إنطوائي .

أما بالنسبة للحالة الوجدانية لحالات الثلاثة هي عدم النضج الوجداني و الإنطواء وهذا ما يظهر من خلال إختبار روشاخ في معادلة النضج الوجداني FMA وهي مقارنة $CF+C$ مع FC فكانت كالتالي:

- حيث أن نتيجة معادلة FMA للحالة الأولى كانت $FMA=(CF+C=FC)$ وهي تدل أن الشخص ليس لديه نضج وجداني .

- وكانت للحالة الثانية $FMA= FC < CF+C$ فالحالة ليس لديها نضج وجداني .

- أما الحالة الثالثة فكانت $FC < CF+C$ والتي تدل على أن الحالة ليس لديه نضج وجداني .

وبناء على هذه النتائج يتضح أن تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات على حسب الحالة الميزاجية والوجدانية قد كان على الحالات الثلاث ، وبالتالي الفرضية قد تحققت .

4 . مناقشة الفرضية الفرعية الثالثة :

" يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب طبيعة العلاقات الإجتماعية و الأسرية"

. ولإثبات صحة الفرضية اعتمدنا على نتائج المقابلات العيادية ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر

سميث لتقدير الذات وتحليل إختبار بقع الحبر لروشاخ فقد تبين مايلي:

أن الحالة الأولى شدة الوسواس القهري لديه بدرجة ملحوظة وحالته الإجتماعية مطلق ، بحيث تبين لنا من خلال المقابلات العيادية ان لحالة (ح.ج) له معاش اجتماعي صعب تمثل من خلال المشاكل الاسرية وسوء العلاقة الأخوية والعلاقة الزوجية التي آلت إلى الطلاق وفالحالة الإجتماعية المتدهورة أثرت على الصحة النفسية للحالة مما أدى إلى انخفاض مستوى تقدير الذات حسب مقياس كوبر سميث لتقدير الذات بحيث تحصل على تقدير ذات متوسط وما توصلنا إليه من خلال إختبار الروشاخ اذ ان الظروف الاجتماعية وسوء العلاقات جعلت الحالة يعيش نوعا من الانطوائية بحيث كانت $RC=8.92\%$ وهي تعكس مدى تاثير التواصل وتبادل المشاعر على نفسية الحالة .

أما الحالة الثانية فشدة الوسواس القهري لديها درجة ملحوظة و حالتها الإجتماعية متزوجة ، الا انه من خلال المقابلات العيادية ابدت الحالة الكثير من التدمر في علاقتها الزوجية بسبب الخلافات المستمرة مع الزوج وافراد عائلته الذي لم يتقبل مرض الحالة اذ تقول(ضروك قاع مانيش انقول للزوجي اندير روحي نضحك اوصايي) (كون يعرفو يستشفوا فيا ويقولو راهي مريضة بحر عليها ، وانا مانيش باغيا يشوفوني كيما هكا) اذ لاحظنا غياب التكفل العائلي والاسري وانعدام تقبل الاخر وتبادل المشاعر والتي بدورها اثرت على الحالة النفسية للحالة ومستوى تقدير لذاتها وهذا ما اكده اختبار كوبر سميث لتقدير الذات بحيث كانت درجة تقدير الذات متوسطة بنسبة 40% كما تبين لنا من خلال اختبار روشاخ ان الحالة تعيش حالة انطوائية من خلال $RC=20\%$ وهذا ناتج عن سوء العلاقات الاجتماعية والصراعات داخل الاسرة وعدم وجود اهتمام وتبادل للمشاعر .

أما الحالة الثالثة فشدة الوسواس القهري لديه درجة ملحوظة وحالته الاجتماعية أعزب ، فقد تبين من خلال المقابلات العيادية عدم وجود دفئ عائلي أين ينعلم التواصل الجيد داخل الاسرة بحيث ان الاب مهاجر والحالة يعيش وحيدا مع امه وعلى الرغم من تقدمه في السن الا انه يقي أعزبا ماجعله يعيش نوعا من الصراع والضغط وعد تقبله لوضعيته الاجتماعية كعازب وكل هذه الظروف اثرت على تقدير الذات بحيث كانت درجة تقدير الذات حسب مقياس كوبر سميث منخفضة جدا ويعود هذا الى نقص التفاعل الاسري الذي اثر على الحالة النفسية للحالة بحيث انه يعيش نوعا من الانطواء والذي تبين من خلال نتائج اختبار روشاخ بحيث $RC=7.14\%$.

اذ ان نقص التواصل الجيد والفعال في الاسرة وانعدام تبادل المشاعر والاحاسيس يؤثر سلبا على الحالة النفسية وتقدير الذات للحالات .

وبناء على هذه النتائج يتضح أن تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات على حسب طبيعة العلاقات الاجتماعية والاسرية قد كان على الحالات الثلاث ، وبالتالي الفرضية قد تحققت .

خلاصة الفصل :

من خلال هذا الفصل نستنتج أن الدراسات التي قمنا بها باستعانتنا بالمنهج العيادي والأدوات المستخدمة في المقابلة النصف الموجهة ، الملاحظة العيادية ، مقياس بيل براون للوسواس القهري، مقياس تقدير الذات كوبر سميث ، واختبار بقع الخبر لروشاخ توصلنا إلى دراسة الحالات التي تم من خلالها عرض المفصل للحالات بالكشف عن اضطرابهم معاناتهم مع مرضهم و تأثيره على ذواتهم وذلك من خلال تطبيق للمقياس تقدير الذات كوبر سميث الذي كشف عن مستوى تقديرهم لذواتهم واختبار بقع الخبر لروشاخ ، وتعرف على شدة الوسواس القهري .

ومن خلال مناقشة الفرضيات ونتائجها فقد تم التوصل إلى أنه تؤثر درجة الإصابة بالوسواس القهري على مستوى تقدير الذات لدى الشخص المريض بالوسواس القهري هذا من خلال إجابة عن الإشكالية العامة ، أما عن التساؤلات الفرعية فقد تم إجابة عنها بأنه :

- يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب الحالة المزاجية والوجدانية.

- يؤثر الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشد على حسب طبيعة العلاقات الإجتماعية والأسرية .

- ومن هنا نستخلص أن الفرضيات الثلاث قد تحققت مع الحالات الثلاثة .

الخاتمة

خاتمة :

يعد اضطراب الوسواس القهري من الأمراض النفسية التي تسبب ألما نفسيا كبيرا على الشخص المصاب ويؤثر على معاشه النفسي وذلك لما يحمله هذا المرض النفسي من افكار تسلطية وافعال قهرية يكون فيها المصاب مجبرا على القيام بها وقد يؤثر هذا الاضطراب على ذاتية المصاب ، وكان هذا هدف دراسنا الحالية هو معرفة تأثير الوسواس القهري على مستوى تقدير الذات عند الراشدين ، و لمعرفة ذلك قمنا بالمقابلات العيادية مع الحالات والتعرف على المعاش النفسي لديهم وتقييم الاعراض الاكلينيكية وملاحظة سلوكياتهم واستعملنا اختبار بقع الحبر لروشاخ ومقياس بيل براون للوسواس القهري ومقياس كوبر سميث لتحديد مستوى تقدير الذات ، كذلك قمنا بتحليل النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الأدوات وتوصلنا أن الوسواس القهري له تأثير على مستوى تقدير الذات عند الراشد ، إلا أن هذا التأثير يتفاوت من حالة إلى أخرى إذ يتوقف على مستوى درجة الوسواس وطبيعة القدرات وبنية الشخصية للحالة (الحالة المزاجية والوجدانية والقدرات العقلية).

ولهذا فإن موضوع الوسواس القهري غاية في الأهمية من حيث الدراسة ، ونرجو ان يفتح بحثنا هذا افاق لبحوث مواضيع نفسية تخدم أكثر موضوعنا ومن أجل الوصول غلى نتائج جديدة حول هذه الدراسة .

التوصيات والإقتراحات

التوصيات :

. يوصي بالاهتمام بهذه الشريحة من المرضى وتقديم الدعم النفسي اللازم لهم وذلك من خلال عمل برامج تهتم بخفض أو علاج أعراض هذا المرض.

. ينبغي توفير تدريب خاص للأشخاص المؤهلين والعاملين في مجال العلاج النفسي ، بحيث يصبح من الممكن اكتشاف وعلاج هذا المرض من البداية قائمة على أسس علمية.

. تكثيف برامج التوعية للأهل حول مشكلة المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ومدى الضغوط التي يتعرض لها هؤلاء المرضى ليتسنى لهم التعامل معهم بطريقة سليمة ومنهجية.

. الإقتراحات:

. إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تتعلق بالوسواس القهري في الجزائر.

. وضع برنامج مقترح لزيادة الوعي الصحي للمرضى وعائلاتهم

. زيادة الإهتمام بدراسة الوسواس القهري من خلال ربطه بمتغيرات أخرى لها علاقة بالذات كمفهوم الذات وصورة الذات وتوكيد الذات .

. العمل من طرف الأخصائين النفسيين على الإهتمام أكثر بتقدير الذات لدى المصابين بالوسواس القهري.

صعوبات البحث

ضعوبات البحث :

- . عدم التزام الحالات الدراسة بالمواعيد .
- . عدم وجود الوقت الكافي لتوسيع عينة البحث .
- . تعدد الحالات المرضية بسبب عدم وجود مصلحة خاصة مختصة بمتابعة حالات الوسواس القهري .
- . استغراق وقت طويل للحصول على الحالات الوسواس القهري نتيجة لتعدد الحالات المرضية .
- . وجود المصلحة النفسية في عيادة متعددة الخدمات وعدم وجود قسم خاص بالصحة النفسية .

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. الكتب:

1. أحمد عبد الخالق(2000)، أسس علم النفس، ط2، دار المعرفة الجامعية ، مصر .
2. أنور محمد البنا (2006)، الأمراض النفسية والعقلية ، ط 1 ، فلسطين .
3. أبو الهندي وائل (2003) ، الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي ، ط 1 ، عالم المعرفة (العدد293) مطابع دار السياسة ، الكويت .
4. إبراهيم أحمد أبو زيد (1997) ، سيكولوجية الذات والتوافق ، دط ، دار المعارف ، مصر .
5. الخالدي أديب محمد (2009)، المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة ، ط 1 ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الأردن .
6. البشير سعاد (2007)، كيف تتخلص من الوسواس القهري ، ط 2، دار فراس للنشر والتوزيع ، الكويت.
7. بطرس حافظ بطرس (2008) التكيف والصحة النفسية للطفل ، ط 1 ، دار المسيرة ،الأردن .
8. جبل ، فوزي محمد ، (2002) ، محاضرات في الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية
10. دريني الحسين وآخرون (د،س)، مقياس تقدير الذات ، كراسة التعليمات مدار الفكر العربي ، القاهرة .
- 11 . حامد زهران(1999)،الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط3،عالم الكتب، القاهرة .
- 12 .كاراس المحرقى (د.س) ، الذات، ترجمة ثروت إسحاق ، شركة الطباعة المصرية ، مصر.
13. سي موسى ع، زقار ر ، (2002)، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة ، الجزائر.

- 14 . محمد الشناوي (2001) ، التنشئة الإجتماعية للطفل ، ط 1 ، دار الصفاء للنشر ، الأردن .
- 15 . محمد شريف سالم (2003) ، الوسواس القهري (دراسة علمية) ، ط1 ، دار العقيدة للنشر والتوزيع ، مصر .
- 16 . مصطفى عشوي : (2003) مدخل إلى علم النفس المعاصر، ط2 ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .
- 17 . مريم سليم (2004) ، حقول علم النفس ، ط1، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .
- 18 . عبد اللطيف بم يوسف المقرن (2008) ، تنمية الثقة في النفس وتقدير الذات
- 19 . عبد الحافظ ليلي عبد الحميد(1982) ، مقياس تقدير الذات للكبار والصغار ، دار النهضة مصر .
- 20 . عبد الحميد محمد الشاذلي(2001) ، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الطبعة الثانية، الاسكندرية، مصر .
- 21 . عبد المنعم الحنفي(1976) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط3 ، دار الملايين ، مصر
- 22 . عبد الخالق ، أحمد محمد(2002) ، الوسواس القهري ، التشخيص والعلاج ، ط 1 ، مكتبة الكويت الوطنية ، الكويت .
- 23 . عبد الرحمان ، محمد السيد(2001) ، نظريات النمو (علم نفس النمو المتقدم)، ط 1 ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة .
- 24 . عطوف محمد ياسين(1986) ، علم النفس العيادي (الإكلينيكي) ، ط 1 ، دار العلم للملايين .
- 25 . علي القايمي (1996)، الوسواس والهواجس النفسية ، ط 1 ، دار النيلاء للنشر والتوزيع ، لبنان .
- 26 . عجاج، سيد أحمد(2002)، علم نفس النمو، د ط، مركز التنمية الأسرية .
- 27 . سامي محمد ملحوم(2004)، علم النفس النمو دورة حياة الإنسان، دار الفكر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن
- 28 . سليم ، مريم(2002) ، علم نفس النمو ، ط 1 ، دار النهضة العربية ، بيروت، لبنان .

29 . فيصل عباس (1990)، أساليب دراسة الشخصية (التكنيكات الإسقاطية) ، ط1، دار الفكر اللبناني ، لبنان .

30 . فيوليت فؤاد إبراهيم (1998)، دراسات في سيكولوجية النمو، ترجمة عبد الرحمن سيد سليمان ، ط1، مكتبة الزهراء الشرق للطباعة والنشر ، مصر .

31 . قطينة أمال (2003) ، أمراض النفس وعلاجها بالذكر ، ط1 ، دار حامد للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.

32 . رانجيت سينغ ماهي ، روبرت ديبلو ريزنر(2005) ، تعزيز تقدير الذات ، ط1، مكتبة جرير ، السعودية .

33 . ربيع محمود القاسم (2001)، علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق ، ط1 ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، الأردن .

2. المعاجم :

34 . مجمع اللغة العربية (1985) ، المعجم الوسيط ، الجزء الثاني ، مصر .

3. الرسائل الأكاديمية :

35. بن صغير ، أسماء (2011) ،الوحدة النفسية لدى المعاق بصريا ، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة بسكرة - الجزائر

36. جعفر قاسم (2009)، تقدير الذات وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى متربصي معهد التكوين المهني، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي ، جامعة بسكرة .

37 . هاني إبراهيم عترس (1998)، المهارات الإجتماعية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة ، رسالة ماجستير ،كلية الأدب ، جامعة الزقازيق.

38 . محمد محمد عودة (1990) ، بعض اشكال العصاب الوسواس القهري وعلاقته ببعض معطيات البيئة ، المعهد العالمي للفكر الإسلامي ، مصر.

39 . عبد الله ابراهيم(1994) . العدوانية وعلاقتها بموضوع الطبط وتقدير الذات ، مجلة علم النفس ، العدد 30،السنة 8.

40 . رفيقة بلهوشات (2008)، طبيعة الصورة الجسدية والسير النفسي بعد الإصابة بالحروق ، اطروحة دكتوراه في علم النفس ، جامعة الجزائر ، الجزائر .

4 . المجالات :

41 . أحمد عكاشة (1999)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الإضطرابات النفسية و السلوكية **ICD10** ،منظمة الصحة العالمية للمكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، مصر .

42 . أنور الحمادي ، الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية **DSM5**

43 . سليمان عبد الرحمن سيد (1992)، بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ،العدد24، السنة 6.

44 . نجاة زكي موسن مديحة عثمان عبد الفاضل، (1999)، الأثار المباشرة والغير المباشرة لكل من تقدير الذات ووجهة الطبط والتفاؤل وكفاءة الذات على التوافق النفسي ، مجلة البحث في التربية وعلم النفس ،جامعة المنيا .

45 . جودة أمال عبد القادر (2005)، الوسواس القهري واعبائه على الصحة النفسية ، العدد 365،مجلة بلسم للهلل الأحمر الفلسطيني ، مطبعة الامل ، فلسطين.

ثانيا : المراجع باللغة الأجنبية :

46 Beizman.(1982) ، **le livret de cotation des dans le rorscach**.Cent.Psy.Appli.Paris.

المواقع الإلكترونية :

- 47 . ليلي حسيني ، مقياس بيل براون للوسواس القهري ، اكااديمية علم النفس ، تاريخ المقال (11.04.2010)
تاريخ الدخول الي المنتدى (21.03.2017) (18:34)

الملاحق

الملحق رقم (01) :

مقياس بيل براون للوسواس القهري

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المريض:

رقم الملف:

التاريخ:

رجاءً .. ضع علامة (X) على يمين الجملة التي توضح معدل حدوث آل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت

هذه الجلسة .

1 . مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

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

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

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

3 - مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.

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

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

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

5 - مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية.

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

مجموع الدرجات = ()

6 - مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية

لاشيء.	0	
أقل من ساعة في اليوم ، أو تقوم بالأفعال أحيانا (لاتزيد عن 8 مرات في اليوم).	1	
من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)	2	
أكثر من ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم) .	3	
أكثر 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ما تمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال)	4	

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

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

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

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

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

أبذل جهدا حتى أقاوم دائما(أو أن الأفعال القهرية قليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة)	0	
أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	1	

أعمل بعض المحاولات للمقاومة .	2	
أستسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد .	3	
أستسلم كلية وإرادتي لكل الأفعال القهرية .	4	

10 - مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية:

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

مجموع الدرجات = ()

مجموع الدرجات الكلي = ()

الملحق رقم (02) :

مقياس كوبرسميث لتقدير الذات

التعليمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك، ضع علامة داخل الخانة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما ترى نفسك، أجب عن كل عبارة بصدق ليس هناك أجوبة خاطئة أو صحيحة.

رقم	البند	تنطبق	لا تنطبق
01	لا تضايقتني الأشياء عادة.		
02	أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس.		
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء من نفسي.		
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قرارات بنفسي.		
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي.		
06	أضايق بسرعة في المنزل.		
07	أحتاج وقتاً طويلاً كي أعتاد على الأشياء الجديدة.		
08	أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني.		
09	تراعي عائلتي مشاعري أحياناً.		

		أستسلم بسهولة.	10
		تتوقع عائلتي مني الكثير.	11
		من الصعب جدا أن أظل كما أنا.	12
		تختلط الأشياء كلها في حياتي.	13
		يتبع الناس أفكارى عادة.	14
		لا أقدر نفسي حق قدرها.	15
		أود كئي ا ر لو أترك المنزل.	16
		أشعر بالضيق من عملي غالب.	17

		مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس.	18
		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة.	19
		تفهمني عائلتي.	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني.	21
		أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء.	22
		لا ألقى التشجيع فيما أقوم به من أعمال.	23
		ارغب كثيرا لو أكون شخصا آخر.	24
		لا يمكن الاعتماد عليا.	25

الملحق رقم (03)

إختبار الروشاخ

المخطط النفسي

الخلاصة	أنماط الإدراك	المحددات	المحتويات
- R=	G=	F+ =	A=
-T.total=	D=	F- =	Ad=
- Rufus=	Dd=	F+- =	H=
- Tps/R=	Dpl=	F=	Hd=
- T.d appr=		Cf =	(H)=
-TRI=		K=	Elem=
=K<C =		Kan=	Bot=
-R.C=		E=	Sex=
-F.C=		C=	Sg=
-Hass=		Clob=	Obj=
-INT=		FClob=	Anat=
-A%=			Frag=
-H%=			Pays=
-F%=			
-F+%=			
-F% elarg=			
-F+elarg=			
-Banale=			

. بطاقات الإختبار:



Plaat I



Plaat II



Plaat III



Plaat IV



Plaat V



Plaat VI



Plaat VII



Plaat VIII



Plaat IX



Plaat X

Psyhoman

الملحق رقم (04)

سلم GAF

التقييم الشامل لسلم الأداء الوظيفي (GAF)

قيم الاداء الوظيفي النفسي الإجتماعي والمهني كعملية متصلة افتراضية بين الصحة العقلية والمرض ،لاتضمن الاختلال في الأداء الوظيفي الناجم عن تقييدات الجسدية أو البيئية

رمز (ملاحظة :استخدم رواميز مباشرة عندما يكون ذلك مناسباً)

100 - 91 أداء وظيفي أعلى في مجال واسع من الأنشطة ، مشطلات الحياة لاتبدو أبداً أنه قد أفلتت زمامها ،يسعى إليه الآخرون لصفاته الايجابية العديدة لأعراض ..

90 - 81 الأعراض غائبة أو في حدها الأدنى (مثال،قلق خفيف قبل إمتحان ما) ، أداء وظيفي جيد على كافة الصعد ، مهتم ومنخرط في مجال واسع من الأنشطة ،مؤثر إجتماعياً ، مشبع (مسرور) بشكل عام بالحياة ، ليس هناك ماهو أكثر من مشكلات او انشغالات يومية (مثال ،جدال مع افراد العائلة بين الحين والآخر).

80 - 71 إذا كانت الأعراض موجودة فهي عابرة وهي ارتكاسات يمكن توقعها على شدة نفسية إجتماعية (مثال :صعوبة التركيز بعد جدال عائلي)،ليس هناك ماهو أكثر من إختلال طفيف في الأداء الوظيفي الإجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال : تقصير مؤقت في الواجب المدرسي).

70 - 61 بعض الأعراض الخفيفة (مثال ،مزاج منخفض وأرق خفيف)أو بعض الصعوبة في الأداء الوظيفي الإجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال :التسرب من المدرسة بين الحين والآخر أو سرقة ضمن المنزل) ولكن بصورة عامة يقوم بأداء وظيفي جيد نوعاً ما ،ويقيم علاقات الشخصية الإيجابية .

60 . 51 أعراض متوسطة (مثال :وجدان مسطح وومواربة في الكلام ، نوبات هلع أحيانا) أو صعوبة متوسطة في الأداء الوظيفي الإجتماعي أو المهني أو المدرسي (مثال:قلة الأصدقاء ،نزاعات مع الأقران أو زملاء العمل)

50 . 41 أعراض خطيرة (مثال :تفكير انتحاري ،طقوس وسواسية شديدة ،سرقات متكررة للمحلات التجارية) أو أي إختلال خطير في الاداء الوظيفي الاجتماعي او المهني او المدرسي (مثال :عدم وجود اصدقاء ،عدم القدرة على الاحتفاظ بعمل)

40 . 31 بعض الإختلال في اختبار الواقع او التواصل (مثال : الكلام احيانا غير مطقي او غامض او غير ملائم) أو اختلال كبير في عدة مجالات مثل العمل او المدرسة او العلاقات العائلية او المحاكمة او التفكير او المزاج (مثال ذلك :رجل مكتئب يتحاشى الاصدقاء ويهمل العائلة وعاجز عن العمل ،وظفل كثيرا مايضرب من اصغر منه عمرا ،معاص في البيت ،ويفشل في المدرسة)

30 . 21 السلوك يتاثر كثيرا بالأوهام او الأهلاسات او اختلال خطير في التواصل او المحاكمة (مثلا : متفكك احيانا ،يتصرف بشكل غير مناسب بوضوح ،انشغال انتحاري) أو عجز الاداء الوظيفي في كافة المجالات تقريبا (مثلا : يبقى في السرير طوال اليوم ،لا عمل او لابيت ،او لا أصدقاء)

20 . 11 وجود خطورة معينة لإلحاق اذى بالذات وبالآخرين (مثال : محاولات انتحارية دون توقع واضح للموت ،عنف متكرر ،اثارة هوسية) أو يخفق أحيانا في الحفاظ على حد ادنى من النظافة الشخصية (مثل :التلطح بالبراز) أو اختلال فاضح في التواصل (مفكك بصورة كبيرة أو صامت)

10 . 1 خطورة معينة لإلحاق اذى بالذات وبالآخرين (مثال : عنف معاود) أو عجز دائم في الحفاظ على الحد الادنى من النظافة الشخصية او عمل انتحاري جدي مع توقع واضح للموت .

0 معلومات غير كافية