

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تمهيد

يحتوي الفصل الثاني على عدة موضوعات تتعلق بالإطار النظري والدراسات السابقة، وقسم الباحث هذا الفصل إلى عدة مباحث ذلك وفقاً لما تتطلبه هذه الدراسة وما تحويه من متغيرات، وشمل المبحث الأول: النظرية العلمية، وسوف يتم التطرق هنا إلى النظرية المعرفية من حيث النشأة والتعريف والنموذج المعرفي والمبادئ العلاجية وتطور فنيات العلاج المعرفي والمعوقات العلاجية وصولاً إلى رواد هذه النظرية وهم (آرون بيك، أليس، ميكينبوم). أما المبحث الثاني: فسوف يتم تناول موضوع الوسواس من حيث التعريف والبدايات الأولى لمعرفة الوسواس وانتشاره في الوطن العربي والإسلامي والعالم وأنواعه وأسبابه وتشخيصه وخصائص وصفات الشخص المصاب باضطراب الوسواس وأهم المقاييس المستخدمة في قياس الوسواس والميكانيزمات الدفاعية وكيفية علاج اضطراب الوسواس، ومن ثم التطرق إلى العلاقة التي تربط الوسواس والتوافق النفسي.

بينما المبحث الثالث: يحتوي على موضوع الأفعال القهرية وسوف يتم التطرق على مفهوم الأفعال القهرية والتطور التاريخي لها وانتشار الاضطراب حول العالم وتصنيف الأفعال القهرية وأسبابها والمحكات التشخيصية والشخصية المصابة باضطراب الأفعال القهرية والاختبارات والمقاييس المستخدمة

وآليات الدفاع والطرق العلاجية، ومن ثم سيتم التطرق حول العلاقة القائمة بين الوسواس والأفعال القهري وكذلك العلاقة القائمة بين الوسواس والأفعال القهرية وبين العمر والعلاقة القائمة بين الوسواس والأفعال القهرية وبين النوع الاجتماعي ومن ثم علاقة الأفعال القهرية بالتوافق النفسي. وفي المبحث الرابع: سيتم التطرق على التوافق النفسي من حيث التعريف والنشأة والطبيعة والأهمية وخصائص الشخص المتوافق ومجالات التوافق النفسي والعوامل المؤثرة على التوافق النفسي والعوامل المساعدة في تحقيق التوافق وأساليب التوافق وسوء التوافق النفسي وصولاً لمعايير التوافق النفسي والعلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية والتوافق النفسي.

٢,١ أولاً-النظرية العلمية

تُعد النظرية العلمية ذا أهمية كبيرة في البحث العلمي كونها تمثل غطاءً لبناء المعرفة العلمية، وتعمل على تفسير الظواهر والتغيرات الحادثة في المجتمع والعمل على تطويرها في المستقبل، وهي بلا شك تثير التراث النظري والفكري في مجال البحث، لذا فإن ارتباط النظرية العلمية بالبحث العلمي ارتباطاً قوياً، فخلو البحث العلمي من النظرية يعدّ لا قيمة له، فالباحث يستند لنظرية معينة لتعيّنه على فهم دراسته بصورة جيدة ومعرفة المنهج المستخدم الملائم لدراسته والفروض المناسبة التي من خلالها يمكن تخمين النتائج بالتأكيد أو النفي، وتساعد النظرية على تنظيم النتائج وتفسيرها وملاحظة التغيرات والفروق الحادثة والتي من خلالها تتم عملية النقد والتحليل، وتلعب النظرية دوراً كبيراً في بناء العديد من البحوث ونظريات جديدة.

لم يعد اهتمام الباحثين والمهتمين بعلم النفس منصباً فقط على البيئة والعوامل الوراثية أو الجينية في تفسيرهم للسلوك الإنساني أو الاضطرابات التي تصيب الإنسان وتسبب عائقاً قوياً في ممارسة حياته الطبيعية، بل أصبحت مهمة الباحثين أكثر فاعلية ومشقة وأصبح البحث في أعماق الفكر والعمليات

الفكرية والمعرفية، من هنا حاول علماء النفس المعرفيون الاهتمام باضطراب الوسواس والأفعال القهرية التي تصيب الفرد قصد معالجته وتحسين سلوكه، وقد ركزوا في دراساتهم وبحوثهم على الكيفية التي يدرك بها العقل الإنساني "وقائع معينة" في المجال الإدراكي أو الحيز الحيوي للإنسان كما يتمثل في مختلف المواقف الاجتماعية المعاشة وانعكاساتها على حياة الفرد النفسية، مما يؤدي إلى تكوين صور وتخييلات وانفعالات تقوده إلى تفكير عميق يستهلك طاقته النفسية ويشعره بالقلق والأرق والخوف، وهذا يدفعه للقيام بسلوك مجبوراً غير محيراً لفعله لعله يسيطر على توازنه لفترة قصيرة (بدوي، ٢٠١٥). وتعتمد هذه الدراسة الميدانية على النظرية المعرفية لأنها من أهم نظريات التعلم التي تسعى إلى تفسير السلوك الإنساني في محاولة تعديله، واستخدام بعض الأساليب العلاجية للحد والتخفيف من بعض السلوكيات الشاذة وغير المقبولة اجتماعياً.

٢,١,١ النظرية المعرفية Cognitive

٢,١,١,١. النشأة

بدأت النظرية المعرفية بوصف التعلم الإنساني في ظروف طبيعته، ثم بدأت بالتطور لتشمل وصف حزمة من الطرق التي من خلالها يستطيع الفرد تكوين معتقدات وأفكار حول أنفسهم تعمل على التأثير في عملية تعلمهم، وترجع اللبنة الأولى لاستخدام النظرية المعرفية في المجال النفسي إلى أعمال كلاً من فرويد وإدлер وهاري ستال سوليفان والتي استمرت لعام ١٩٥٠م، واستمرت لهذا الحال إلى إن جاء جوزيف ورتز Joseph Wortis الذي قدم صياغة جديدة للعلاج المعرفي باسم "العلاج النفسي العقلاني"، وجاء بعد ذلك آلبرت All Bert بمصطلح "العلاج الانفعالي العقلاني"، وفي عام ١٩٥٥م قدم وليام جلاسار "العلاج الواقعي" الذي استمر هذا النوع فترة طويلة، وفي عام ١٩٧٦م قدم أرون بيك Aron Beck أول مفهوم للعلاج المعرفي (خاطر وطاحون، ١٩٩٥؛ قطامي، ٢٠٠٥).

وترى بكيري (٢٠١٢) أن جذور فكرة العلاج المعرفي تعود إلى كتابات الفلاسفة اليونانيين قبل ٢٥٠٠ سنة، حيث يرون أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليست الأشياء ذاتها، هي التي تجعل من سلوكنا يضطرب أو لا، فقد أشار ابكتيوس Epictetus الذي عاش في القرن الأول الميلادي أن الإنسان لا يضطرب من الأشياء بمقدار ما يضطرب من الآراء التي يحملها عن الأشياء، والتي تجعلها غير محبة. ويرى آخرون أن العلاج المعرفي يهد علاجاً حديثاً نسبياً، فقد بدأ في السبعينيات، بل لم تبدأ الأبحاث فيه قبل عام ١٩٧٠، أما الآن فهو أحد أكثر أشكال العلاج النفسي المنتشرة ويتم دراسته وبحته على نطاق واسع مع بقية الاضطرابات النفسية (بدوي، ٢٠١٥).

وتعترض مراحل نمو الإنسان العديد من العقبات والأزمات والصراعات والتغيرات الحياتية مما تؤثر على نموه الطبيعي وتجعله يعيش في دوامة الوسواس والقهر، لذا اهتم العديد من العلماء والباحثين المهتمين بعلم النفس ودراسة الاضطرابات التي تصيب الإنسان والعمل على إيجاد العلاج المناسب لكل اضطراب، ويعتبر العلاج المعرفي من أهم تلك العلاجات التي حظيت باهتمام كبير من قبل العلماء أمثال آرون بيك "Aron Beck" الذي استخدم العلاج المعرفي لعلاج الكثير من الحالات المرضية (كنزة، ٢٠١٨).

٢,١,١,٢ تعريف العلاج المعرفي

تشتق كلمة "المعرفي" من مصطلح استعراف "Cognition" ويقصد به العمليات الذهنية التي تهتم بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الفرد مع المعارف المثبتة لديه سابقاً، واستخدام هذه المعلومات فيما بعد، وتشمل هذه العمليات الإدراك والانتباه والتذكر والربط والحكم والتفكير الواعي (محمود وأحمد، ٢٠١١). كما أشار أن مصطلح معرفي "Cognitive" يشير إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط به من تذكر وإدراك واستدلال وحكم ووعي بالعالم الخارجي وتداول للمعلومات

وتخطيط أنشطة العقل البشري، والسلوك المعرفي يشتمل على الأفكار والمعتقدات التي يظل الكثير منها ذو خصوصية ذاتية (بدوي، ٢٠١٥).

ويعرف المعجم الموسوعي لعلم النفس العلاج المعرفي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث، بدوره يقوم بتعديل وتصحيح التخیلات والتصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السلبية واللامنطقية الناتجة عن التعلم الخاطيء، ويهتم هذا النوع من العلاج على المحتوى الفكري للمصاب، وأن العلاج المعرفي يعد منهج تفسيري علاجي للاضطرابات الانفعالية، بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعالياً ونفسياً وجسدياً واجتماعياً ليس بسبب الأحداث الخارجية فحسب، بل بسبب نظريته وتحليله وتفسيره لها تفسيراً سلبياً غير منطقياً (الغامدي، ٢٠١١).

يمكن تعريف العلاج المعرفي على إنه: ذلك العلاج الذي يستند على النموذج المعرفي الذي يفترض أن الانفعالات والسلوكيات التي تنشأ من الفرد تتأثر بإدراكهم للأحداث، فهو لا يحدد شعور الناس في موقف معين بقدر كونه يحدد الطريقة التي يفسر بها الفرد هذا الموقف (إبراهيم، ٢٠٠٦). ويعرفه آرون بيك على أنه: طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت وذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامه في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل (الخوف المرضي، القلق، الاكتئاب، ومشكلات أخرى) (حسين، ٢٠٠٧). ويعرف ميكينوم البنية المعرفية على إنها: الجانب التنظيمي للتفكير، كونه يعمل على تنظيم وتحديد اتجاه الأفكار وله الدور الكبير في تحديد وقت فصل أو استمرار الفكرة (بدوي، ٢٠١٥).

ويطلق على العلاج المعرفي بأنه ذاك المنهج الذي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى الشخص المصاب بالاضطراب، وتبرز أساليبه المختلفة في تدريب المصاب بمهارات عملية لمواجهة القلق، والتحصين ضد الضغوط التي يتعرض لها، ومحاولة التقليل من مظاهر

الإحباط والفشل والتأقلم وتعلم طرق جديدة لمنع الانتكاسة، ليصبح أكثر إنتاجاً وتوافقاً (محمد وحبيب والشعراوي، ٢٠١٩)

ويقوم العلاج المعرفي على ركائز أهمها إن لكل فرد أفكار ومعايير وتوقعات وافتراسات عن الذات وعن الآخرين وعن البيئة المحيطة به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته، وتعمل على تشكيل فلسفة الفرد ونظرته في الحياة، وأن العقبات التي تعرقل مسيرة الفرد (القلق، الخوف، الاكتئاب، العدوان وغيرها من المشكلات) تحدث عندما تكون الأفكار والافتراضات والتوقعات والمعايير ذات طبيعة لا عقلانية أو سلبية خاطئة (حسين، ٢٠٠٧).

٢.١.١.٣ النموذج المعرفي

ظهرت أشكال متعددة من العلاج المعرفي السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين أهمها: العلاج العقلاني الانفعالي لصاحبه ألبرت إليس (١٩٦٢، Ellis)، والتعديل المعرفي السلوكي لصاحبه دونالد ميكنيوم (Meichenbaum، ١٩٧٧)، والعلاج المتعدد الاتجاهات لصاحبه لازاروس (Lazarus، ١٩٧٦)، وفي ذات السياق كانت هناك إسهامات أخرى لكثير من علماء النفس أمثال "ميشيل ماهوني (١٩٩١)، وفيتوريو جويدانو، وجيوفاني ليوتي (١٩٨٣) (بيك، ٢٠٠٧).

ويهدف العلاج المعرفي إلى تعديل الفهم الخاطئ للمعلومات والمعتقدات والفرضيات، ومساعدة الفرد على تعديل تلك المفاهيم الخاطئة والمعلومات والفرضيات التي تغطي على السلوكيات والانفعالات السالبة، وتستخدم تكتيكات معرفية لإثارة الأفكار المعطلة واستبدالها بأفكار تكيفية أكثر واقعية، ويهدف كذلك إلى إزالة التحيزات المنتظمة في التفكير، ويبرز المعالج المعرفي في عملية تقدير وتحليل المشكلات ويحدد مع المريض الأهداف (عبده، ٢٠٠٥).

ويستند العلاج المعرفي على النموذج المعرفي الذي يؤمن بأن مشاعر الفرد وسلوكه يتأثران بإدراكه للأحداث، وإن المواقف لا يُعَوَّل عليها في تحديد ماهية شعور الفرد بقدر ما تكون الطريقة المتبعة في تفسير تلك المواقف، ويعد النموذج الذي قدمه "بيك" من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، كونه يركز على المعارف والأفكار والمعتقدات التي بدورها تلعب في اضطراب الشخصية، وكونه يستخدم بعض من الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدرجاته عن ذاته وعن الآخرين والبيئة المحيطة به (عبد العظيم وعبد العظيم، ٢٠٠٦؛ بيك، ٢٠٠٧؛ عسل، ٢٠٠٨).

وتلعب العمليات العقلية دور كبير في عملية العلاج المعرفي ويمكن تحديد ما يقوم به الأفراد من استجابات انفعالية وسلوكية في موقف ما بالكيفية التي يتم فيها إدراكه وتفسيره لهذا الموقف، وينظر العلاج المعرفي إلى الاضطراب النفسي على أنه نتيجة مجموعة من العوامل، وقد أشار "بيك" إن شخصية الفرد تعكس البناء المعرفي لديه، وتلعب الخبرات التعليمية دوراً كبيراً في معرفة كيفية استجابة الفرد (عبد، ٢٠٠٥). ويعتبر العلاج المعرفي نوع من العلاج النفسي حيث يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية، وهي الأفكار أو التصورات عن الأفراد والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي (الغامدي، ٢٠١١).

وفي ضوء ذلك فقد ثبتت فاعلية العلاج المعرفي في التقليل من الاضطرابات التي تصيب الإنسان من ضمنها اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهذا ما أكدته دراسة كلاً من تولين وهانن ومالتيبي وديفنباخ ورهانسكاوي وبرادي، Tolin, Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky & Brady (٢٠٠٧ كنزة، ٢٠١٨).

ويعد العلاج المعرفي أحد الطرق الأساسية المستخدمة حالياً لمعالجة مختلف المشاكل النفسية والسلوكية، كونه يعد مديلاً علاجياً مبنياً على مفاهيم أساسية مثل: كيف نفكر ونؤثر ونستجيب،

ويقوم الأفراد بتفسير وتحليل مواقف حياتهم بشكل مختلف، ويتصف العلاج المعرفي بأنه علاج تعليمي مرتبط بزمان محدد، يستهدف مشاكل معينة ومنسقة، ويشير العلاج المعرفي إلى مجموعة من الاتجاهات العلاجية التي تهدف إلى تعديل النماذج الخاطئة في التفكير (حسين والسيد وعطيفي، ٢٠١٩). وتؤكد دراسة مقدادي (٢٠٠٨) فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي في خفض الوسواس والأفعال القهرية.

٢,١,١,٤ مبادئ العلاج المعرفي

يؤكد "تيسمان" Tesman, et al., ٢٠٠٨ أن هناك مجموعة من المبادئ الأساسية تتمثل في كونه يركز على التغيير الذي يجعل الفرد نشطاً نوعاً ما، مما يؤدي إلى نجاح العلاج والتركيز على فهم الفرد للجانب المراد تعديله، ويرى "نايل" Neil A, ٢٠١٠ أن المبدأ الأساسي يتمثل في أن السلوك المضطرب ما هو إلا نتيجة المعارف والتفكير الخاطئ لدى الفرد، ويرى "كروين" أن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي هو أن الانفعالات والصور والاندفاعات والتخيلات والأفكار يعتبر كل منها جانباً من نظام موحد بحيث أن التغيير الحادث في أي جانب منها يكون مصحوباً بتغيرات في الجوانب الأخرى (حسين والسيد وعطيفي، ٢٠١٩).

يتصف العلاج المعرفي بمبادئ عدة أهمها: إن العلاج المعرفي يُبنى أساساً على التقييم المتنامي والمستمر للمريض ومشاكله بصيغة مصطلحات معرفية، ويتطلب العلاج النفسي تحالفاً علاجياً سليماً، كما يؤكد العلاج المعرفي التعاون والمشاركة الفعالة، وأنه علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما، ويركز العلاج المعرفي على الحاضر حيث يتضمن تركيزاً قوياً على المشاكل الحالية والمواقف الأكثر إبلاماً لعملية التقييم الواقعي للمواقف والمشكلات المؤثرة والتي لها وقع سيئ على المريض والعمل على حلها سوف يؤدي إلى تحسن جيد في الأعراض، ويعتبر العلاج المعرفي علاجاً تعليمياً في الأساس كونه يهدف إلى تعليم المريض كيفية علاج نفسه بنفسه.

كما ويهدف العلاج المعرفي أن يكون محدداً بزمن معين مرتبطاً بجلسات محددة ومقننة، فمهما كانت عملية التشخيص أو المرحلة العلاجية فإن المعالج المعرفي يلتزم ببنية ثابتة في كل جلسة، ومن أهم مبادئ العلاج المعرفي كذلك في أنه يعلم المرضى كيف يتعرفون ويقيمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم السالبة أو المعطلة، كما ويستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرقاً مختلفة لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك، وكون الاستراتيجيات المعرفية هي أساس العلاج المعرفي إلا أنه من الممكن استخدام تقنيات من اتجاهات علاجية أخرى مثل العلاج الجشطالتي والعلاج السلوكي في الإطار المعرفي، وننوه إن هذه المبادئ تنطبق على كل الحالات مع اختلاف العلاج إلى حد بعيد من مريض لآخر نظراً لطبيعة المشكلات والأهداف والقدرة على تكوين علاقة علاجية والتجارب السابقة مع العلاج وطريقة العلاج نفسها (باترسون، ١٩٩٠؛ عبد العظيم وعبد العظيم، ٢٠٠٦؛ بيك، ٢٠٠٧).

يمكن تلخيص المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي كما بينها "بيك" وهي أولاً: المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة قوية سببية، ثانياً: التعاون العلاجي بين المعالج والمريض، وهذا مكون أساسي لأي علاج فعال، حيث يتعين على كل من المعالج والمريض الوصول إلى اتفاق في الرأي أي المشاكل تتطلب المساعدة، وهدف العلاج والتخطيط له، وطبيعة العلاج ومدته، وهذا عامل مهم للوصول إلى نتائج جيدة، ثالثاً: تأسيس المصادقية بين المعالج والمريض، فيجب أن تتسم خبرة المعالج بالتواضع فهولاء يملك علاجاً تاماً، ولكن العلاج النفسي يتضمن الخطأ والصواب وهو يجد ذاته محاولة لتعديل الأفكار الخاطئة جراء الاندفاعات الوسواسية، فمن الحكمة أن لا يتم مهاجمة الأفكار السلبية للمريض بشكل مباشر، لأن المريض قد يثار عندما يتم نقد أفكاره بشكل مباشر، ولكن هنا يجب إتباع طريقة بحيث لا تثير مشاعر المريض فنحن نحتاج لتقريبه وليس لتفريه، وبهذا تظل المصادقية قائمة بين المعالج والمريض.

رابعاً: اختزال مشكلة المريض، يأتي المريض للمعالج وهو يحمل الكم الهائل من المشكلات التي يمكن اختزال بعضها في مشكلة واحدة يسهل اختيار الفنيات المناسبة لمعالجتها، خامساً: التركيز على الحاضر، دون إهمال الرجوع للخلفية التاريخية للمشكلة إذا كان ما يتوجب القيام بذلك ويساهم في حل المشكلة، سادساً: تعلّم التعلّم، فليس من المستحب أن يقوم المعالج بحل مشكلات المريض، ولكن هنا يجب على المعالج مساعدة المريض في تعلّم فنيات العلاج المناسبة وتوظيفها في مشكلات مشابهة، كما يجب على المعالج مساعدة المريض في تعلم استراتيجيات وخلق وسائل جديدة لحل المشكلات التي تعترضه وذلك من خلال التقنيات والفنيات التي اكتسبها من خلال المعالج، وبهذا يمكننا القول بأن المريض يعتمد على نفسه في حل مشاكله وهذا ما يخفف من المسؤولية الملقاة على كاهل المعالج ويقلل من اعتمادية المريض ويدفعه لحل مشاكله القائمة ومشكلاته المستقبلية (بدوي، ٢٠١٥؛ حسين والسيد وعطيفي، ٢٠١٩).

٢,١,١,٥ تطور فنيات العلاج المعرفي

تمر عملية تنمية الاحتراف كمعالج معرفي بثلاث مراحل، فالمرحلة الأولى يتعلم المعالجون كيف ينظمون الجلسات وكيفية استخدام التقنيات الأساسية في وضع مفهوم عن الحالة في هيئة مصطلحات معرفية، أما المرحلة الثانية فتتم عملية خلط مفهوم الحالة مع المعارف التخطيطية أو التكنيكية، ويتم التعرف بيسر على الأهداف الدقيقة للعلاج، هنا يصبح المعالج أكثر مهارة في عملية تكوين المفهوم عن المرض وصاحب الحالة وتمحيص تلك المفاهيم في أثناء فترة العلاج واستخدامها في عملية اتخاذ القرار للتدخل العلاجي، أما المرحلة الثالثة فتكمن في عملية دمج المعلومات الحديثة والمعلومات الأولية، هنا يتم عمل فرضية لتثبت أو تنفي نظرتهم للحالة ليساعدهم ذلك في تعديل الجلسات (بيك، ٢٠٠٧).

من أهم الفنيات التي يستخدمها المعالج المعرفي فنية تحديد الأفكار التلقائية، ويقصد بها تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهي الأفكار الغير معقولة وإليها يرجع سبب الانفعال غير المناسب للحدث، وبالتالي توقع نتيجة غير سارة، وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف إلى تلك الأفكار ومن ثم تحويلها إلى أفكار أكثر إيجابية وأكثر سروراً، وبهذا يطلب من المصاب تسجيل الواجبات اليومية في ورقة ويدون بها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به وتعد هذه جزءاً من العلاج.

ويرى آرون بيك (٢٠٠٠) أن الفرد قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر على شعوره ومدى استمتاعه بخبراته، ولكنه بفضل التدريب قد يكون مدركاً لها، ومن هنا يطلب المعالج من المصاب التركيز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له الضيق والكدر وربما قد تدفعه إلى ممارسة فعل قهري لا مبرر له، وهناك العديد من الفنيات التي تلعب دوراً كبيراً في مساعدة المصاب باضطراب الوسواس والأفعال القهرية على تحديد أفكاره التلقائية السلبية من أهمها: طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية، واستخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية.

وتعتبر فنية المراقبة الذاتية من أهم الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي، ويقصد بها قيام المعالج بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نموذج معد مسبقاً وفقاً لطبيعة مشكلة المصاب، ومن إيجابيات هذه الفنية إنها تؤدي إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات السالبة وتعمل على تقديم أدلة تحد من ميل المصاب إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته، ويطلب من المصاب تعبئة الاستمارة وتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والغضب والأعراض الجسدية والأفكار والاندفاعات والصور التي صاحبته.

وهناك فنية المتصل المعرف، وفيها يطلب من المصاب توضيح كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين، وهي فنية مفيدة لتحويل الأفكار التلقائية والاعتقادات الأساسية وهي فعالة مع التعامل مع التفكير الثنائي، وهناك فنية الجدل المباشر، التي تعد من الفنيات المعرفية المهمة، فرغم إن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لآراء المصاب، إلا أنه في بعض الأحيان لا بد من المعالج من المواجهة المباشرة، وتستخدم هذه الفنية غالباً في الحالات الاستثنائية والخطيرة مثل رغبة المصاب في الانتحار هنا يجب على المعالج التدخل بشكل مباشر، أو ربما تستخدم هذه الفنية عندما يكون المصاب لا يملك الرغبة في المشاركة الفاعلة في عملية العلاج.

ومن المكونات الرئيسية في العلاج المعرفي بما يعرف بفنية التعريض، والمستخدم بشكل واسع في اضطرابات القلق، فقد وجد المتخصصون في علم النفس أن التعريض المستمر للمثيرات المسببة للقلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى المصاب، ويأتي التعريض بعدة أشكال أهمها التعريض التخيلي والتعريض المتدرج والتعريض في الواقع، وتكمن الأهمية لهذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب المعزز للقلق من ناحية أخرى (بدوي، ٢٠١٥).

وهناك فنية التخيل، حيث يطلب من المصاب تخيل المواقف المولدة للخوف وذلك لتقليل الحساسية التدريجي، والهدف منه الانتقال بالمصاب تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة، وقد أشار "بيك" أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب من المصاب أن يتخيل مشهداً غير سار وعلى المعالج ملاحظة انفعالاته ومن ثم يطلب منه بعد ذلك تخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، من هنا يدرك المصاب التغيير في محتوى أفكاره

التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن تغيير مشاعره بتغيير أفكاره، وهناك مرادفات كثيرة لهذا المصطلح مثل الخيال العقلي، والصورة العقلية، وأحلام اليقظة، والتخيل أو التصور أو الذاكرة (دايلي، ٢٠١٧).

وهناك فنية الواجبات المنزلية، حيث تلعب هذه الفنية دوراً كبيراً في كل العلاجات النفسية، ولها أهمية كبيرة في العلاج المعرفي كونها تزيد من فاعلية العلاج، وتساعد في تحديد درجة التعاون القائم بين المعالج والمصاب، وفيها يطلب من المصاب تسجيل الأفكار الآلية والاتجاهات المختلفة وظيفياً أو إجراء تجربة معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشاكلته، ويجب أن تكون الواجبات المنزلية لها دور فعال في العلاج المعرفي، وهناك فنية أخرى تسمى بفنية صرف الانتباه، حيث تستخدم هذه الفنية في العلاج المعرفي لأهداف محددة وقصيرة، وطريقته تتم بطلب من المصاب الذي يعاني من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها (بدوي، ٢٠١٥).

وهناك العديد من الفنيات التي تندرج تحت مظلة العلاج المعرفي مثل فنية ملء الفراغ، وفنية الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه، وفنية وقف الأفكار، وفنية اختبار الدليل، وفنية الحوار الذاتي، والتعرف على أساليب التفكير غير الفعال، وفنية لعب الأدوار، وفنية النمذجة، وفنية التدريب على حل المشكلات (بدوي، ٢٠١٥؛ دايلي، ٢٠١٧).

٢,١,١,٦ معوقات العلاج المعرفي

تواجه عملية العلاج المعرفي مجموعة من المعوقات، ولا تكون تلك المعوقات صادرة من المريض فحسب، وإنما قد تكون صادرة نتيجة ضعف في المعالج نفسه، وتكمن المشكلات التي قد تعيق العلاج المعرفي مثلاً في الصعوبات المتعلقة بتكوين التحالف العلاجي وصياغة مشاكل المرضى بطريقة منظمة ودقيقة، والعمل وفق الأهداف المرسومة في عملية العلاج، ولا شك بأن الصعوبات التي يواجهها المعالج النفسي المعرفي تساعده في تحسين قدراته مع حالات أخرى تواجهه (بيك، ٢٠٠٧).

لقد اهتم العلماء بعملية إدخال العقل والمنطق في العلاج النفسي والاتجاه نحو تغيير الأفكار الالاعقلانية التي قد تعيق الفرد وتجعله في حالة يائسة، وبناء على ذلك ظهرت منذ السبعينيات ثلاثة اتجاهات علاجية يقودها كلٌ من "بيك" Beck و "إليس" Ellis و "ميكنبوم" Meichenbaum. ويمثل اتجاه "بيك" الاتجاه الاستدلالي البنائي في العلاج المعرفي لكثير من الاضطرابات النفسية (Pearson.Mensah, & Alexander, ٢٠٠٣)، وسوف نلقي الضوء هنا على الرواد الثلاثة الذين ساهموا في إثراء النظرية المعرفية كلٌ حسب رؤيته.

١,٧,١,٢,١ أولاً: آرون بيك Aron Beck

حصل "آرون بيك" Aron Beck على الشهادة الطبية M.D. من جامعة "ييل" Yale الأمريكية سنة ١٩٤٦ وحتى ١٩٤٨ قضى بيك هذه الفترة في عملية التدريب العملي وحرص على أن يقيم دائماً في مستشفى "رود أيلاند" Rhode Island، وبعد ذلك اشتغل في عدة مجالات أهمها المجال العصبي، والطب النفسي بمستشفى المحاربين القدماء بولاية "ماساتشوستس"، وأصبح من ضمن أعضاء هيئة التدريس بجامعة بنسلفانيا بكلية الطب في عام ١٩٥٤م، لذا يرجع الفضل في تأسيس العلاج المعرفي إلى "آرون بيك" في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينيات كعلاج مختصر حول الحاضر لمرض الاكتئاب، ويقصد به عملية التعامل مع المشكلات التي يتعرض لها الفرد بإعادة تشكيل التفكير السلبي، ويطبق العلاج النفسي حالياً في جميع أنحاء العالم منفرداً أو إضافي لاضطرابات نفسية مثل الوسواس القهري (باترسون، ١٩٩٠؛ بيك، ٢٠٠٧).

تدرج إلى أن أصبح أستاذ للطب النفسي ومدير لمركز العلاج المعرفي، ورئيس جمعية البحث العلاجي، وتم منحه شهادة الطب النفسي من قبل الهيئة الأمريكية للطب النفسي والعصبي ١٩٥٣م.

تخرج من معهد التحليل النفسي بفلادلفيا ١٩٥٨م، وقد تسلم الجائزة المالية لقاء بحوثه في الطب النفسي من الهيئة الأمريكية للطب النفسي، وكان له دور كبير في تأليف العديد من الكتب وخاصة في مجال المجال المعرفي والاكثاب (باترسون، ١٩٩٠؛ بيك، ٢٠٠٧).

وقد أضاف "بيك" ١٩٨٨ خمسة تشويهاات معرفية لما لها من دور فاعل في توتر العلاقات المختلفة وهي: (الرؤية الضيقة، التفسيرات المنحازة، إطلاق أسماء سلبية على الأشياء أو الأشخاص، قراءة العقل أو الأفكار، التفكير الذاتي)، وشهدت بداية التسعينيات إضافتين مهمتين قدمها "بيك" أولهما تتمثل في بحثه عن متغيرات الشخصية والاكثاب وثانيهما تتمثل في إعادة صياغة نظريته عن الاكثاب، واستمر التحديث والتجديد في ميدان العلاج المعرفي خلال التسعينيات من القرن العشرين حيث برز الاهتمام الزائد باضطرابات الشخصية وتطبيقاتها الإكلينيكية وتوصلت إلى العديد من المؤشرات التي كشفت عنها نتائج الدراسات التي تؤثر في الشخصية، وقد امتدت تطبيقات العلاج أو الإرشاد السلوكي المعرفي لتضم حزمة من الاضطرابات كالغضب والقلق واضطرابات اجتماعية (شامخ، ٢٠١٢).

ويرى بيك إن المدارس المعاصرة (التحليلية، السلوكية، البيولوجية) تستهين بقدرة الحالة في عملية فهم نفسها بنفسها وعلى حل المشكلات بما تملكه من قدرات عقلية، فهذه المدارس تعتقد أن الفرد عاجز على الوصول لحل لمشكلاته وأنه يجب عليه الذهاب لمعالج محترف لحل تلك المشكلات، كما إن تلك المدارس تؤمن بأن الاضطرابات النفسية التي تعيق مسيرة الفرد مصدرها خارج نطاق الحالة، وأوضح بيك إن هذا النهج مخالف للفطرة الإنسانية ويجردها من استعمال العقل في معالجة مشكلاتها، ويكف المعالج النفسي من حث المريض على استعمال العقل. أما المدرسة المعرفية فعلى يقين بأهمية الدور الذي تلعبه منطقة الوعي عند الإنسان، ويعتبرها المادة الغنية التي تعمل على تحفيز الحالات في الانتباه للأفكار

الواعية والاستعانة بالوسائل والطرق الفطرية في تحليل المشكلات التي تعيق الفرد لمساعدته للوصول لحلول لهذه المشكلات (بيك، ٢٠٠٠).

وتُعد النظرية المعرفية التي أرسى دعائمها "أرون بيك" Aron Beck من أهم النظريات المفسرة للسلوك الإنساني، حيث تنظر إليه من جميع الجوانب فهي شاملة يفسر في ضوءها ما يحدث لدى الفرد من اضطرابات انفعالية، ويرى "بيك" أن الخبرات التي تتناوب على الفرد تستمد دلالتها السلبية من خلال التحامها ببعض أساليب التفكير غير المنطقية، إذ إن تبني مثل هذه الممارسات يؤدي إلى قلب النظرة الواقعية من الجانب الإيجابي إلى الجانب السلبي، والإنسان من وجهة نظر "بيك" كائن يتمتع بقدرة على التفكير المنطقي، ويمارس هذا التفكير حيناً، ويمارس التفكير اللاعقلاني حيناً آخر، مما يؤدي إلى شعوره بالنقص والهزيمة، لذا فإن نظريته تقوم على دعائمين أساسيتين في تفسيرها للسلوك الإنساني هما: إدراك الفرد للعالم الداخلي والخارجي، وتعامله أو معالجته لما يدرك (إبراهيم والدخيل وإبراهيم، ١٩٩٣؛ أبو هدروس، ٢٠١٥).

وقد استند "بيك" في نظريته على مفهوم أساسي هو المخطط المعرفي الذي يلعب دوراً كبيراً في تغيير معتقدات الفرد وقواعد الحياة لديه بما يستثيره من قراءة موجهة للموقف ويعمل على تشويه أصول المعرفيات لديه (Andre, ٢٠٠٥)، وتظهر المخططات المعرفية السالبة عندما يتم إدراك حدوث أحداث حياة يائسة، ويتم المحافظة عليها بميل الفرد إلى تشويه المعلومات الواردة إليه بطريقة مرتبة بأسلوب انهمائي، وأشار "بيك" أن الأفراد الذين يمتلكون وجهة نظر سالبة عن أنفسهم والعالم والمستقبل ويسعون للمحافظة على وجهة نظرهم من خلال الانحرافات المعرفية أو التشوهات يكونون عرضة للاكتئاب (غريب، ٢٠٠٥). يرى "بيك" أن الضغط يحدث للإنسان نتيجة استجابة لموقف معين يضعف من تقديره لذاته أو ربما مشكلة لا يوجد لها حل تعمل على إرهاقه وإحباطه وخلخلة توازنه، أو موقف يعمل على استثارة

أفكاره ويقحمها في دائرة الشعور بالعجز واليأس، وأشار "بيك" أن الأفكار التلقائية السلبية أو الاعتقادات المختلة وظيفياً لدى الإنسان تعمل على تحريف في معالجة المعلومات، لذا فإن الأفكار السلبية المنبثقة نتيجة التحريف المعرفي تُعد منبع الاضطرابات النفسية لدى هذا الإنسان، وهناك عدة أنواع لهذه التحريفات المعرفية والتي بدورها تؤدي إلى عدم التوافق مع المواقف الضاغطة والعجز عن مواجهتها، مثل التفكير في الحصول على كل شيء أو لا شيء، والتوصل إلى استنتاجات غير صحيحة تفتقر للأدلة التي تؤيدها، وتحمل الأمور أكبر مما تستحق، والتفكير الفاقد للوسطية، وتفسير الأحداث من وجهة نظر واحدة، والتركيز على جانب واحد من الموقف مع وإغفال الجوانب الأخرى (عبد العظيم وعبد العظيم، ٢٠٠٦).

٢,١,٧,٢ ثانياً: ألبرت أليس Albert Ellis

ولد ألبرت أليس في بتسبرج في الولايات المتحدة عام ١٩١٣ وفي عمر أربع سنوات غادر إلى نيويورك للعيش ببقية حياته، وأدخل المستشفى تسع مرات وهو طفل بسبب أمراض الكلى ثم بالبول السكري، ولكنه قاوم ولم يخضع لمرضه، وعاش حياة ملؤها النشاط والقوة. وحصل أليس على البكالوريوس في العام الميلادي ١٩٣٤ ومن ثم حصل على الماجستير ١٩٤٣ وواصل الدكتوراه إلى أن حصل عليها في العام الميلادي ١٩٤٧ وكلتا الشهادتین حصل عليها من جامعة كولومبيا، وعمل في التحليل النفسي كأخصائي إكلينيكي في عيادة الصحة العقلية الملحقه بمستشفى المدينة، وكان يعاني من صعوبة التكلم أمام الجمهور في فترة المراهقة بسبب الخجل الزائد، فألزم نفسه الوقوف أمام مائة امرأة لمدة شهر محاضر في إحدى المؤسسات، نشر حوالي ستين كتاباً وأكثر من سبعمائة بحث و غالبيتها تدور حول نظريته وطرق تطبيقها (الضامن، ٢٠٠٣؛ الزيود، ٢٠٠٨؛ كاري ٢٠١١).

اهتم "آلبرت أليس" بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وكانت سيرته حافلة بالإنجازات، ويعتبر من أهم علماء النفس الأمريكيين، عمل كمحلل نفسي في بداية مشواره إلى أن تخلى بعد ذلك عن نظرية التحليل النفسي، ومن ثم اتجه نحو السلوكية مهتما بالتعلم والاشتراط، إلى إن جاء عام ١٩٦٢م وبدأ منهجه العلاجي أثناء نشره لكتاب "العقل والانفعال في العلاج النفسي"، ويهدف العلاج العقلاني نحو العمل على خفض الأعراض والاضطرابات الانفعالية والسلوكية وإلى تدريب المسترشدين على التفكير بأسلوب عقلائي وتحقيق أهداف ثانوية مرتبطة بالصحة النفسية والتكيف للمسترشد ومنها تنمية اهتمامات اجتماعية، وتنمية توجيه الذات، والتفكير العلمي، وتقبل الذات والالتزام نحو أهداف خارجية (عقل، ٢٠٠٠).

ارتكز "أليس" على عدة افتراضات تتعلق بطبيعة الإنسان ونمو شخصيته وماهية اضطراباته وطرق علاجها، ويرى "أليس" إن الإنسان يولد ويمتلك القدرة على التفكير العقلاني وغير العقلاني، بمعنى إن الإنسان كائن عقلائي، ويؤمن "أليس" إن التفكير العقلاني يبرز في الأفكار الهازمة للذات من خلال التنشئة الاجتماعية للإنسان، ويرى إن أساليب تفكيرنا ومعتقداتنا اللاعقلانية تكمن وراء اضطراباتنا النفسية، وتفترض نظرية "أليس" أن هناك تفاعلا بين تفكير الإنسان وانفعاله وسلوكه، وإن إحداث تغيير جوهري في الجانب المعرفي يحدث تغييرات هامة في مشاعر الإنسان وسلوكياته، وأشار "أليس" إن الإنسان ليس حيوان بيولوجي تتحكم الغرائز في سلوكه وهذا يناقض ما جاءت به نظرية التحليل النفسي (عقل، ٢٠٠٠). ويؤخذ على وجهة نظر أليس أنه أهمل دور الثواب والعقاب في تعديل السلوك البشري، وإلغاء أثر البيئة في سلوكيات الإنسان وتقليله من تأثير الماضي على الحاضر (بدوي، ٢٠١٥).

وقد أورد أليس عدة مفاهيم تبرر النظرية المعرفية من ضمنها، الاستعداد الفطري أي إن الإنسان مخلوق عقلائي و غير عقلائي في آن واحد، فعندما يفكر الإنسان بعقلانية يصبح سويا منتجا، وعندما

يصبح تفكيره غير عقلائي فإنه يواجه الاضطراب، فهو غير سوي أي أنه يولد مزود بقدرات قابلة للتطوير بتأثير البيئة، وأن معنى الحياة لدى الناس البحث عن الأفضل ورفض الشر أو ضبطه وهو قادر على التعلم لحل مشكلاته، وذكر أليس أن الإنسان مسؤول عن ظهور مشاعر القلق والاكتئاب والغضب وهو ما يعرف بالزعة الإنسانية والتأثير الثقافي، أي إن التفكير غير العقلاني متعلم منذ سن مبكرة لدى الطفل من الأسرة والبيئة (السفاسفة، ٢٠١٠؛ الدحادحة، ٢٠١٠؛ أبو أسعد، ٢٠١١).

وأشار أليس بضرورة مهاجمة الأفكار والانفعالات السلبية والظاهرة للذات وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح الفرد منطقياً وعقلانياً، وإن الفكر والانفعال توءمان مترابطان ومتداخلان عضهما البعض ويؤثر كل منهما على الآخر، والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية ولما كان التفكير يصاحب الانفعال فإن التفكير غير العقلاني يستمر طالما يستمر الاضطراب فالإشارة الانفعالية والتنبيه الذاتي المستمر هو السبب في استمرار السلوك المضطرب (باترسون، ١٩٩٠؛ أبو أسعد، ٢٠١١).

٢,١,٧,٣ ثالثاً: دونالد هيربرت ميكينوم D.Meichenbaum

يُعد دونالد هيربرت ميكينوم D.Meichenbaum من أهم رواد المدرسة المعرفية، وهو أمريكي الأصل ولد في مدينة نيويورك عام ١٩٤٠، وحصل على شهادة البكالوريوس من كلية المدينة في العام الميلادي ١٩٦٢، ومن ثم ألتحق بجامعة إلينوي فحصل على درجة الماجستير عام ١٩٦٥، ومن ثم تلاها بالدكتوراه عام ١٩٦٦ في علم النفس الإكلينيكي، وفي نفس العام توظف في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا، وقد اشتهر بطرقه الحديثة في مجال التحصين ضد الضغوط النفسية وتعديل السلوك المعرفي. واعتقد ميكينوم أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً كبيراً في معرفة وتحديد الأفعال والسلوكيات التي سيقومون بها، وأن هذه السلوكيات والأفعال تتأثر بالعديد من النشاطات التي يقوم بها الفرد والتي

تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، لذا فإن الحديث الداخلي لدى الفرد يشعره برغبة ودافعية شديدة في تصنيف مهاراته وتوجيه أفكاره للقيام بالمهارات المطلوبة (بدوي، ٢٠١٥).

تهتم النظرية المعرفية عند "ميكينبوم" بما قاله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم، لذا فإن محور النظرية يتركز على تغيير الأشياء التي يقولها الفرد بنفسه لنفسه سواء بشكل مباشر أو ضمني، هنا يتم تحويل تلك الأفكار إلى سلوكيات وانفعالات تكيفية، لذا فإن العلاج المعرفي ينصب على تعديل وتغيير التعليمات الذاتية الناتجة من مخاطبة النفس حتى تمكن الفرد من مواجهة المشكلات التي تعترضه (باترسون، ١٩٩٠).

يُصنف مصطلح التعديل المعرفي السلوكي من الاتجاهات العلاجية المعرفية وظهر نتيجة التدخلات المعرفية السلوكية، ويُعد "ميكينبوم" رائد هذا الاتجاه، ويرتكز هذا العلاج حول إعادة البناء المعرفي للفرد وذلك بمساعدته على تعديل أنماط معتقداته وصور تفكيره السلبية وإكسابه المهارات المعرفية الجديدة التي تعينه على التعامل مع المواقف الضاغطة، وأشار "ميكينبوم" أن خطاب الفرد مع نفسه وعن كل ما يواجهه من مواقف يعمل على تحديد مشاعره وسلوكه نتيجة الحديث الذاتي المرتبط بالموقف الضاغط النفسي، وفي نفس السياق فإن مستوى القلق مرتبط كذلك بعلاقته بالموقف، والدرجة العالية لمستوى القلق ويعتمد ذلك على تركيز الفرد على الذات وعدم كفاءتها وأفكاره السلبية لها، وأما مستوى القلق المتدني مرتبط بالتركيز على الموقف الخارجي مع وجود درجة عالية من القدرة على المواجهة، وقد صاغ "ميكينبوم" Meichenbaum طريقتين حظيتا في العلاج الاستعرافي بأهمية كبيرة وهما: التدريب على التعليم الذاتي Self-Instruction training، والتدريب على التحصين ضد الضغوطات النفسية

Inoculation Training Stress (عبد العظيم وعبد العظيم، ٢٠٠٦؛ برودا، ٢٠٠٩؛ مهدي وآخرون،

٢٠١١).

تأخذ عملية العلاج عند "ميكنيوم" ثلاث مراحل: فالمرحلة الأولى تعني بمراقبة الذات Self Observation هنا يجب أن يدرك المسترشد كيف يعبر عن سلوكه الزائد عن وعيه وأن لا يشعر بأنه سيقع ضحية للتفكير السلبي، أما المرحلة الثانية من عملية العلاج فتأخذ طابع السلوكيات والأفكار غير المتكافئة Incompatible Thoughts And Behaviors هنا يؤثر الحديث الجديد في البنية المعرفية له، فإذا كان الهدف تغيير سلوك المتعالج فيجب أن يولد ما يقوله لنفسه مجموعة من السلوكيات الجديدة الغير متكيفة مع سلوكياته الحالية، من هنا تتم عملية اختيار السلوك المناسب بناء على الأفكار الجديدة وتجنب السلوك غير المناسب، وترتبط المرحلة الثالثة بالمعرفة المرتبطة بالتغيير cognition Concerning change هناء يبدأ المتعالج بتعلم مهارات تكيفية جديدة ليركز بعد ذلك على ما يقوله لنفسه في حديث الذات عن السلوك الناتج جراء الحديث الجديد الذي تعلمه وعلى النتائج الواضحة ومحاولة تثبيتها ليتم تعميمها فيما بعد على مواقف أخرى (بطرس، ٢٠٠٨؛ ديوب، ٢٠٠٨).

وفي ضوء نظرية ميكنيوم يمكننا القول أن علاج الضغوط التي تصيب الفرد جراء الاضطرابات التي تعيق مسيرة حياته مثل اضطرابات الوسواس والأفعال القهرية فإنها في الأساس قائمة على التدريب على مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية والانفعالية وهذا بدوره يؤدي إلى التعامل الناجح والفعال مع هذا النوع من الاضطرابات للوصول إلى توافق نفسي يعيد توازن الفرد ويشعره براحة وانسجام.

وبناء على ذلك يمكن أن نغير فكرة المسؤولية عن الضرر إلى فكرة أبسط وأكثر واقعية عن طريق النظرية المعرفية وقد أثبتت فاعليتها في العلاج مثال: المريضة التي تراجع التأكد من إغلاق موقد الغاز خوفاً

من أن يسبب احتراق البيت كما حدث ذلك مسبقاً، وأخذت تتبع الخطوات العلاجية المعرفية حيث تساءلت ما هو أسوأ أن يحدث حقيقة، فكانت الإجابة زيادة نفقة شراء الغاز، وذهبت للنوم ومنذ ذلك الحين توقفت عن المراجعة (بلحسيني، ٢٠١٧).

وفقاً على ما تم سرده من موضوعات ورؤى واتجاهات حول النظرية المعرفية ودورها في عملية الإرشاد والعلاج المعرفي، فإن جميع الاتجاهات المعرفية تؤكد على أهمية النموذج المعرفي بما يحتويه من عمليات معرفية والتي بدورها تحدد مسار سلوك الفرد، وبناء على ما افترضته هذه الاتجاهات من دور في عملية التعامل مع المواقف بناء على شعورهم وتقييمهم لهذه المواقف منها يتم تحديد سلوكهم ونهجهم، ولا ريب أن الإنسان يعمل على تقييم المواقف التي تعترضه بناء على تأثره بالمعتقدات والاتجاهات والافتراضات والحديث الداخلي مع النفس.

٢،١،٢ علاقة الدراسة الحالية بالنظرية المعرفية

عندما قام الباحث بسرد ماهية النظرية المعرفية من حيث النشأة والمفهوم والنموذج والمبادئ التي تركز عليها النظرية والفنيات التي تستخدمها في العلاج والعقبات التي تحاول التغلب عليها والرواد البارزين أمثال آرون بيك وآلبرت أليس ودونالد ميكينوم أدرك الدور الذي تقوم به هذه النظرية في حل الكثير من المشكلات والعقبات النفسية التي يعاني منها طلبة الجامعات مثل اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الذي يُعد محور الدراسة الحالية، ومن انعكاسات الاستعانة بالمدرسة المعرفية، لما لها من دور كبير في التقليل من حدة الاضطراب لدى الفئة التي تخاطبها الدراسة وخاصة كونها الفئة التي يُعَوَّل عليها المجتمع، فمن خلال اتباع الأساليب الصحيحة للنظرية المعرفية يمكن أن تجعل هذه الفئة متوافقة اجتماعياً وانفعالياً وأسرياً وأكاديمياً، وهذا ما أكدته الكثير من الدراسات مثل دراسة محمد وحبيب والشعراوي (٢٠١٩) التي أثبتت أن العلاج المعرفي بفنياته المتعددة يُعد من أفضل العلاجات المستخدمة لكثير من

الحالات المرضية، ودراسة حسين والسيد وعطيفي (٢٠١٩) ودراسة Johnson (٢٠٠٧) الأتان أكدتا فاعلية العلاج المعرفي في خفض الاضطرابات التي يتعرض لها الإنسان.

ووفق تلك النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة يجد الباحث أن هناك ارتباط وثيق بين الدراسة الحالية وبين المدرسة المعرفية، ومما يعزز هذه العلاقة المبادئ التي يركز عليها الجانب المعرفي في محاولة الحد أو التقليل من أعراض الوسواس والأفعال القهرية التي تقتحم حياة الطالب الجامعي، ويتجلى ذلك كما أشار محمد وحبيب والشعراوي (٢٠١٩) من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى الشخص المصاب والعمل على تدريبه بمهارات عملية لمواجهة الاضطراب والتحصين ضد الضغوط التي يتعرض لها، ومحاولة التقليل من مظاهر الإحباط والفشل. ولا شك أن ذلك مرتبطاً بعمليات التوافق النفسي التي يمر بها الفرد، فمن خلال التغلب على الوسواس والأفعال القهرية فمن الطبيعي أن تسلك العلاقات الاجتماعية مسلكاً سليماً فيصبح الفرد اجتماعياً حسب فطرته المعهودة، وهذا مما يجعل مزاجه مستقراً وغير مضطرباً، وهذا ينعكس في تعامله مع أسرته مما يخلق جواً من الاحترام المتبادل، وبناء على ذلك يصبح توافقه الأكاديمي توافقاً سليماً، وقد أكدت على ذلك دراسة الكبير ودرويش (٢٠١٤) أنه من الممكن التنبؤ بالتوافق من خلال الوسواس والأفعال القهرية.

وكما ذكر هاريسون (٢٠٠٩) أن العلاج المعرفي يعمل على تعديل السلوك الظاهر وذلك من خلال عمليات التفكير لدى المصاب، وحسب ما أشار نايل (٢٠١٠) أن الاضطرابات النفسية مرتبطة بخلل في طريقة التفكير لدى الفرد اتجاه المواقف التي يتعرض لها وأن الشعور الناتج جراء ذلك مرتبط بالصور والتخيلات المنبثقة للموقف وليس بحقيقة هذه المواقف، لذا فإن الطالب الجامعي عندما يتعرض لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية ويتم تعديل أفكاره من خلال فنيات النظرية المعرفية والتدريب على مواجهة التحكم في القلق والخوف الناتج من الوسواس، فإن ذلك يدفعه لبذل المزيد من الجهد في مجال

دراسته مما يجعله أكثر توافقاً مع المجتمع الذي يحيط به ويصبح أكثر اتزاناً من الناحية الانفعالية والاجتماعية والأسرية والأكاديمية (Harrison, ٢٠٠٩ ؛ Neil, ٢٠١٠).

لذا يرى الباحث أن المشكلة تكمن في عملية إدراك الفرد للمواقف التي يتعرض له ومن التفكير الخاطئ لطبيعة هذا الموقف، وقد يتناسق هذا الرأي مع ما جاء به لازاروس وفولكمان وديلونجس بأن التقييم المعرفي يلعب دوراً مهماً في فهم عملية إدراك الفرد للموقف الضاغط وتعامله معه وهذا يقودنا إلى أن الفرد عندما يتعرض للوساوس والأفعال القهرية يتم تدريبه على كيفية التعامل مع هذه الوسواس بعمليات معرفية بحيث يتفاعل ويشكل من خلالها معاني وأفكار جديدة تشعره بالاطمئنان والاتزان مما يقوده إلى أن يكون متوافقاً مع نفسه ومع بيئته. ولا شك أن العلاج المعرفي يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي (المعرفية والانفعالية والسلوكية) حسب ما ذكره يوسف (٢٠١١)، وفي هذه الدراسة يتطرق الباحث لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية التي تعد من المتغيرات المستقلة فيها، وباتباع النظرية المعرفية يجد الباحث أنها النظرية المناسبة والمتوافقة للعينة للوصول إلى توافق نفسي والذي يعد المتغير التابع للدراسة، لذا يجد الباحث أن هناك علاقة وطيدة بين الدراسة الحالية والنظرية المعرفية.

٢,٢ ثانياً: الوسواس

تُعد الوسواس من الأمراض النفسية الشائعة، والتي يمكننا التعرف عليها من خلال السلوك النابع من المصاب نفسه، أو من خلال التقرير الذاتي الصادر عنه، أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الآخرين، أو من خلال أدوات التشخيص المعتمدة (سعفان، ٢٠٠٣)، ومن مساوئ هذه الأفكار المتسلطة للفرد أنها تعمل على تعطيل حياته وهدر وقته وجهده، وتعيق تقدمه وحياته العلمية والعملية، حيث أنها تخفض من إنتاجيته، وتعمل على تذبذب علاقته مع الآخرين ومع البيئة التي يعيش فيها

(المالح، ١٩٩٨)، وقد أشار محمد (٢٠٠٩) في دراسته بوجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين الوسواس القهري وسمّة الميل الاجتماعي.

وتسبب الأفكار الوسواسية للفرد الضيق الشديد والقلق والمعاناة الدائمة، وللتخفيف من تلك الآلام يلجأ المريض إلى الفعل القهري لمنع القلق أو خفضه وليس تحقيق لذة معينة أو حاجة مسرة أو إرضاء (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، ٢٠٠١؛ ربيع، ٢٠٠٥)، ونحن نلاحظ ونسمع عن بعض الناس بأنهم حريصين جداً في جميع الأمور و متمسكين بالنظام بدرجة كبيرة جداً، ويعملون على ترتيب الأمور بطريقة مبالغ فيها، ويشعر بانزعاج شديد من أي تغيير في النظام المعتاد، فمثل هؤلاء الناس أقرب إلى المثالية، وهذه السمات الشخصية تعطي مؤشراً واضحاً لوجود الوسواس (الشربيني، ١٩٩٩).

وتعمل الوسواس على تعطيل حياة المصاب وما يترتب عليها من عجز جسدي متمثلاً في الإصابات الناتجة عن الأفعال القهرية، والعجز النفسي الناتج عن الخضوع والاستسلام لهذا الاضطراب (عبدالله، ١٩٩٧). وفي ضوء ذلك اندفع الكثير من الباحثين والمختصين في هذا المجال إلى الاهتمام بموضوع الوسواس وتفسيرها والبحث والتقصي عن أسبابها وكيفية علاجها، وهذا ما دعانا إلى التعرض إلى أهم البحوث والدراسات من أجل الإلمام الواسع بموضوع الوسواس، وسوف نتطرق إلى أهم المواضيع المتعلقة بهذا الشأن.

٢,٢,١ تعريف الوسواس

لقد حظي مفهوم الوسواس باهتمام كبير من قبل العديد من العلماء والباحثين من حيث التعريف والأبعاد المتعلقة به، نظراً لثرائه وتعدد أبعاده، واختلاف الأطر النظرية التي استند إليها الباحثون في تناولهم له، وتشعبه في العديد من المجالات الحياتية، ولفهم القضية بشكل أعمق لابد من تحرير مصطلح الوسواس، وكلمة "وسواس" في معاجم اللغة العربية يأخذ عدة أوجه، منها "الوسوسة"، وهي

حديث النفس، فيقال وسوست إليه نفسه "وسوسة" ووسواسا بكسر الواو أما "الوسواس" بفتح الواو كالزلزال والزلال، وقوله تعالى ﴿فوسوس لهما الشيطان﴾ (القرآن. الأعراف. ٢٠) ويقال لصوت الحلي (وسواس) والوسواس أيضاً اسم الشيطان (الرازي، ١٩٨٩)، وكما ذكر أبو هندي (٢٠٠٣) أن كلمة "وسواس" هي الترجمة العربية للكلمة الإنكليزية "Obsession" وإن معناها الذي ذكر في معجم أكسفورد ومعجم الطريقة الجديدة (معجم إنكليزي - إنكليزي) بأنه فكرة أو شعور تحتل العقل بشكل يسبب الضيق. ويشير سعفران (٢٠٠٣) إن لفظ الوسواس "Obsession" يرجع إلى الأصل الأتيني لفعل "Obsider" ويعني حرفياً يُحاصر "Besiege".

أما المعنى الاصطلاحي فقد تعددت آراء علماء النفس حول تعريف الوسواس، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض ICD/١٠.١ الوسواس بأنه أفكار أو أفعال قهرية متكررة، والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الفرد المرة تلو الأخرى بشكل متكرر وغطّي، وتعبر عن أفكاره الخاصة، وتوصف بأنها مزعجة وكرهية، ويبدل المريض جهداً كبيراً في مقاومتها ولكن دون أي فائدة (ICD/١٠.١٩٩٩).

ويُعرف الوسواس في موسوعة الطب النفسي بأنه "فكرة تتسلط على المريض وتستحوذ عليه وتتكرر بشكل نمطي لا يتغير ولا يتعدل وتأتيه قهراً أو قسراً، وقد يحاول معارضتها من داخله (المقاومة الداخلية Internal Resistance) بأفكار أخرى (الأفكار المناقضة Contrast Ideas) ويعلم أنها أفكار غير معقولة ويرفضها أو ينفر منها ولا يستسيغها" (الحفني، ١٩٩٩)، فيما أشار كمال (١٩٨٨) أن الوسواس عبارة عن حالة مرضية نفسية حيث يشعر المريض بفكرة أو خيال أو رغبة مع إدراكه بأنها طارئة وخارجة عن إرادته ومفروضة عليه وتتميز بالسخافة.

وفي ذات السياق يعرفه مياسا (١٩٩٧) بأنه أفكار ثابتة تتسلط على الفرد وتلح عليه، وهو يعلم بتفاهتها وتعمل على عرقلة تفكيره، ويعمل جاهداً على التخلص منها ولكن دون جدوى، كونها تواجهه باستمرار، وعندما يرغب في إهمالها والانشغال عنها رجعت إليه بقوة وبإلحاح شديد، وإذا استقوى عليها وأراد إبعادها ينتابه قلقٌ شديد، لذلك يضطر للاستسلام تحت تسلطها، وتعمل على إرهاق الفرد وضعف قدرته عن العمل بسبب الوقت المهدور جراء التأثير التي تقوم به.

أما بيك (Beck, ١٩٧٤) فيعرف الأفكار الوسواسية Obsessional Thoughts بذاك الشعور المفاجئ الذي يتراود على الفرد بشكل مستمر مما يسبب له الضيق والاستثارة، وتتضمن هذه الأفكار التشكك في نوايا الآخرين ودرجة إخلاصهم، والانشغال بشكل مستمر بوظائف أجهزة الجسم المختلفة والتوهّمات المرضية والتردد في إنجاز أي عمل أو اتخاذ أي قرار ولوم الذات باستمرار.

ومما سبق يتضح وجود تباين في الآراء حول مفهوم الوسواس، وقد يعود ذلك لبعض المبررات الجوهرية التي تكمن في زاوية الرؤية التي نظر منها كل عالم للوسواس وللخلفية الثقافية والاجتماعية والفلسفية التي يمتلكها العالم، ويلاحظ أيضاً تأثير العامل الزمني في تباين نظرة العلماء ورؤيتهم حول ذلك، وتنصب تلك التباينات جميعها في تشكيل مفهوم الوسواس الذي هو عبارة عن مجموعة من الأفكار والرؤى والصور الذهنية والخيالات والاندفاعات المتكررة والمتسلطة، ويحاول الفرد التخلص منها ولكنه لا يستطيع، مع قناعته بسخفها وعدم منطقيتها، مما تسبب له مزيد من الآلام والقلق والتوتر، ويعمل جاهداً في محاول تجنبها والابتعاد عنها ووضع حد لها بأفكار أخرى ولكن دون جدوى، وبالتالي تعيق نشاطاته وحركاته اليومية.

٢,٢,٢ البدايات الأولى لظهور الوسواس

تعرف الوسواس منذ القدم، وهي من الأمراض التي يعتقد أنها لازمت الإنسانية منذ نشأتها الأولى، رغم أنها لم تكن تعرف باسمها الحالي، أو حتى لم تكن تعرف على إنها مرض نفسي، بل كانت ترجع في معظم الثقافات إلى مس من الجن والشياطين، وقد وصف أفلاطون مرضى الوسواس القهري بأنهم دائمي الفكر والحلم في أمراضهم (بيار وآخرون، ١٩٩٠؛ غانم-أ، ٢٠٠٤)، الجدير بالذكر أن هناك إسهامات كثيرة للعرب في هذا المجال، حيث قدم "أبو زيد البلقي" ٨٥٠-٩٣٤ وهو أحد علماء العالم الإسلامي علاجاً نفسياً معرفياً سلوكياً للوسواس، واستخدم طرقاً متشابهة لما استخدمه "ولبي ولازاروس"، وذكر ابن سينا ٩٨٠-١٠٣٨ في كتابه الشهير (القانون) علاجاً لاضطراب الوسواس القهري، وكتب ابن قدامة المقدسي ١١٥١-١٢٠٩ رسالة صغيرة تحت عنوان "ذم الموسوسين" (عبد الخالق، ٢٠٠٢).

ولا يقتصر ربط الوسواس بالدين على العلماء المسلمين فقط، كذلك بالنسبة للثقافات الأخرى، فجميع البشر اعتبروا الوسواس متعلقة بالدين في تاريخ الطب النفسي، فعلماء العرب المسلمين ردوه إلى الشيطان أو الجنون، فهو يحدث نتيجة نقص في غريزة العقل، والانجليز بعد ذلك (منذ ثلاثمائة عام فقط) ردوه في شروحه التاريخية لأسباب ونواح دينية كالإحساس بالذنب مثلاً، وتكلموا عن علاقته "بالميلانكوليا" أو الاكتئاب الشديد، بينما اهتم الفرنسيون في شروحه التاريخية (منذ ثلاثمائة عام فقط أيضاً) بأهمية فقدان الإرادة عند المريض الموسوس وعلاقة الوسوسة بالشك، وكلاهما مرتبطان بالدين، أما الألمان (منذ ثلاثمائة عام فقط أيضاً) فقد ربطوا الوسوسة بالجنون (أبو هندي، ٢٠٠٣).

وهنا لا بد من الإشارة بأن كلمة الوسواس تستخدم في كلام العرب بعدة معاني، ففريق منهم يطلق عليه اسم الشك، ويكون ذلك متعلقاً بالفعل من ناحية إتمامه على الوجه الأمثل، ويرون في الوسوسة هذا دليل إلى عدم الثقة في النفس، وفريق آخر يطلق على الوسواس على أنه التشدد في الدين،

حيث توجد فئة من الناس يتشددون كثيراً وبشكل مفرط في القيام بشعائهم الدينية أو في الفتوى، لذا تم ربط هذا المصطلح بهم وبسلوكهم، وفريق آخر يطلق عليه الاهتمام الزائد، وهو دليل على الانغماس في موضوع معين بدرجة كبيرة، وفريق آخر يطلق على الوسواس معنى الخوف الزائد على الصحة، حيث توهم المرض، وسرعة الذهاب للطبيب بمجرد الشعور بشيء بسيط (أبو هندي، ٢٠٠٣).

الجدير بالذكر كانت المصطلحات المبكرة للوسواس توصف بشكوك وميلانخوليا دينية "Religious Melancholy" في إنجلترا، وقد تم إدراجها ضمن الاضطرابات النفسية، وفي فرنسا قام الطبيب الفرنسي "Morel" عام ١٨٦٦ بإطلاق اسم الوسواس على الأفكار التي تسيطر على الفرد ولا يستطيع التخلص منها، وفي ألمانيا قام فيستال "Westphal" بوصف فوبيا الأماكن المرتفعة على أنها أفكار وسواسية، وفي عام ١٩٠٣ وصف جانيه "Janet" أعراض الوسواس القهري تحت مصطلح السيكاثينيا "Psychastenie" والتي تشمل كل من الوسواس والقهر "Obsession & Compulsion" والفوبيا، وحديثاً تم استبعاد الفوبيا في المعاجم السيكولوجية عن الوسواس (سعفان، ٢٠٠٣).

وفي ظل تلك المؤشرات يتضح بأن المعرفة بهذا الاضطراب تطورت من مرحلة إلى مرحلة أخرى بدأت بالمس الشيطاني إلى محاولة تفسير الأعراض، حيث أرجعها العلماء إلى عدة تفسيرات حسب الثقافة أو المدرسة التي ينتمون إليها، واستمر ذلك التطور إلى أن أصبح الاعتماد على الدليل الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM) وتصنيف المنظمة العالمية للصحة النفسية (ICD).

٢,٢,٣ اضطراب الوسواس في العالمين العربي والإسلامي

تكمن مشكلة اضطراب الوسواس في الوطن العربي والإسلامي اليوم بمهمة وللأسف الشديد، فالمعطيات الموجودة بنيت على أساس معدلات الانتشار في العالم الغربي فيما عدا بعض الدراسات المتفرقة، حيث ذكر "بارهاد" بعد مكوثه في الكويت خمس سنوات ١٩٥٧ بأن هذا الاضطراب نادراً جداً

في الكويت، وتلت بعد ذلك دراسة "عكاشة وكامل" ١٩٦٨ حيث تبين أن نسبة هذا الاضطراب بين ألف مريض ترددوا على العيادة الخارجية لقسم الطب النفسي بمستشفى عين شمس الجامعي بلغت ٦,٢ % أي ٢٦ مريض في الألف (أبو هندي، ٢٠٠٣).

وبين عامي ١٩٩٣-١٩٩٦ قام "السعدي" بدراسة على مرضى هذا الاضطراب في الإسكندرية، حيث وجد أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتجاوز ٣٪، وأشار "البزاوي والعيسى" في دراستهم التي قاموا بها في العراق ١٩٦٧ أن هذا الاضطراب منتشر بشكل كبير في المجتمع العراقي، وبعد ذلك قامت الكثير من الدراسات متعلقة بهذا الشأن أو قريبة منه في المملكة العربية السعودية وتركيا ولبنان والكويت والمملكة المغربية. ويمكننا القول من خلال المعطيات السابقة أن هناك زيادة مطردة في معدلات انتشار الوسواس ولو تم تعميم نتائج دراسة "السعدي" لوجدنا على الأقل تسعة ملايين عربي يعانون من الوسواس القهري (أبو هندي، ٢٠٠٣).

٢,٢,٤ مدى انتشار اضطراب الوسواس في العالم

أشار عبد الخالق (٢٠٠٢) على اختلاف النسب في فترة الثمانينات، بسبب كثرة الدراسات التي اهتمت بهذا الاضطراب، حيث أجريت دراسة أمريكية عام ١٩٨٤م واتضح أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بمقدار ٥٠ إلى ١٠٠ مرة مما كان يعتقد سابقاً، وأن انتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪ وانتشاره طول الحياة يصل ٢,٥٪، وقد قام المعهد القومي للصحة النفسية في برنامج المسح الوبائي في خمسة مجتمعات محلية أمريكية شملت أكثر من (١٨.٠٠٠) فرد تم مقابلتهم في منازلهم، وقد قيس نسبة انتشار هذا الاضطراب حيث تفاوتت النسب بين (١,٩-٣,٣٪) حيث أن هذا المعدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠ مرة، وذكر "راندي فروست" وزملائه عام ١٩٩٥ أن نسبة تتراوح بين (١٠-١٥٪) من

طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك المراجعة بدرجة كبيرة تكفي لوضعهم في المدى الخاص بالمرضى باضطراب الوسواس.

ولعل من المناسب عرض بعض الدراسات التي تؤكد على أن الوسواس القهري ينتشر بين أواسط المجتمع بنسب متفاوتة، فقد أكدت دراسة الفزارية والسفاسفة وإبراهيم (٢٠١٧) أن ما نسبته ٤٨,٥٣٪ من الطلبة يعانون من وسواس قهري، ودراسة كلاً من Ghoreishil & Nikmanesh (٢٠١٤) بأن نسبة انتشار الوسواس القهري تصل إلى ٦١,٢٪، ودراسة كلاً من Sulkowski, Mariaskin & Storch (٢٠١١) التي أثبتت أن ما نسبة ٥٪ من الطلبة الذين طبقت عليهم الدراسة في الجامعة تعاني من الوسواس القهري، ولخصت دراسة Yoldascan, Ozenli, Kutlu, Topal & Bozkurt (٢٠٠٩) كما أشارت إليه الفزارية والسفاسفة وإبراهيم (٢٠١٧) بأن الوسواس القهري ينتشر بنسبة كبيرة جداً بين طلبة كلية التربية في جامعة كقروفا بتركيا، وأشار محمد (٢٠٠٩) عن وجود مستويات مختلفة من الوسواس القهري وسط الطلاب، في حين أشار كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) بأن معدلات انتشار الوسواس بالنسبة لعامل التردد وعدم الاكتراث مرتفعاً لدى جميع أفراد العينة بنسبة ١٠,٩٢٪، وقد أكد عبد الحالق والدماطي (١٩٩٥) ارتفاع نسب انتشار الوسواس القهري لدى عينة طلبة المرحلة الثانوية وطلبة الجامعة على حد سواء، وعلى النقيض من ذلك ذكر فضل الله (٢٠٠٩) في دراسته انخفاض مستوى الوسواس لدى الطلاب.

وتبين الدراسات الحديثة بأن هذا الاضطراب شائع على نطاق واسع، وأن نسبة انتشاره على امتداد العمر يصل إلى ٣٪ من مجموع السكان، وأن نسبة المصابين بهذا الاضطراب مقارنة مع الأمراض الأخرى فيقدر ١٠٪، ويلاحظ نمو هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة، ويكون عادة في سن المراهقة أو مرحلة الرشد المبكرة، وهذا ما أكدته دراسة كاظم وآل سعيد ٢٠٠٨ بأن نسبة انتشاره لدى المراهقين ١٢,٣٣٪ في حين كان التكرار والشك منتشراً لدى الأطفال بنسبة ١١,٦٩٪، كما يعد شيوع هذا

الاضطراب أكثر بين النساء، وقد أثبتت لنا الدراسات الحديثة كذلك أن نسبة انتشار هذا المرض حول

العالم ٣-١٪ في المراهقين والبالغين (ثابت، ١٩٩٨؛ جودة، ٢٠٠٥؛ كاظم وآل سعيد، ٢٠٠٨).

وتؤكد دراسة عبد العزيز وعز الدين (٢٠١٥) انتشار اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لدى

طلبة كلية التربية بجامعة البعث بنسبة ٧٩٪ وهذا مؤشر كبير مقارنة بالدراسات الأخرى. وحسب دراسة

Bram & theostur, ٢٠٠٤ يقدر أن واحداً كل مئتا طفل واثنين من كل ١٠٠ راشد يظهر عليهم أعراض

الوسواس القهري، في حين أضاف "كايلن وسادوك" أن معدل الانتشار بين المراهقين ما يعادل ٣,٧٥٪

(كنزة، ٢٠١٨).

٢,٢,٥ أنواع الوسواس

٢,٢,٥,١ وسواس النظافة Cleaning Obsessions

يقصد بوسواس النظافة الأفكار التي تتعلق بالتلوث والطهارة، وهي واسعة الانتشار وقد تصل

إلى ٥٠٪ من الحالات، وقد تمر لدى ذهن المريض مجموعة من الأفكار الوسواسية وتفرض نفسها عليه،

يحاول مقاومتها وطردها ولكنها تلح عليه باستمرار مثل كونه غير نظيف أو يده متسختان أو ثوبه به

نوع من القذارة أو أن وضوءه قد فسد وغير ذلك مما يتعلق بالتلوث والجراثيم والقاذورات (العيد، ٢٠٠٨؛

لكحل، ٢٠١٢).

وتشكل وسواس النظافة نوع من الضيق والكرب لصاحبها وتجعله يعيش حياة غير طبيعية يملأها

القلق وعدم الراحة، فتجد المصاب يستاء من لمس أي شيء يستخدمه الآخرون، فبمجرد يفكر بأنه

سوف يلمسه يشعر مباشرة بالضيق، ويعمل المصاب على تجنب زيارة المرضى خوفاً من أن يصيبه نوع

من القذارة والميكروبات والأوساخ أو أن يصاب بعدوى من المريض، وقد ينشغل المصاب بأعراض

وساوس النظافة بالتفكير والاشتمزاز من إفرازات الجسم ومخلافاته وخاصة في فصل الصيف الذي ترتفع فيه درجات الحرارة (العبادة والغمري والخضري، ٢٠١٨).

وتنتاب الهواجس المصاب باضطراب وساوس النظافة في إمكانية انتقال العدوى من الجراثيم غير المرئية والمتطايرة في الجو، وتجد المصاب تراوده أفكار بأن أدوات الطعام غير نظيفة وتحتاج إلى المزيد من النظافة، وتلازم المخاوف المصاب بوساوس النظافة من مصافحة الآخرين خوفاً من العدوى، وتشير بعض الدراسات أن الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس غير محظوظين بالزواج، كون أغلب الوسواسيين يخافون من القذارة والتلوث (العبد، ٢٠٠٨).

٢,٢,٥,٢ وساوس التخزين Hoarding Obsessions

يأتي مضمون هذا النوع من الوسواس في عدم القدرة على التخلص من أشياء قديمة أو أشياء ربما لا قيمة لها بحجة الرجوع إليها يوماً ما أو احتمال الحاجة إليها في أي وقت، وقد يكون هناك رابط عاطفي بين الفرد والشئ المراد تخزينه وينتابه الخوف والقلق من التخلص منه، لذا في حالة طلب منه أن يتخلص من الأدوات أو الأشياء التي قام بتخزينها يشعر بالضيق والكرب والاستياء وذلك لصعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص منها، ناهيك كرهه أن يلمس الآخرون ممتلكاته (العبد، ٢٠٠٨؛ مصطفى، ٢٠١١).

وتنتشر وساوس التخزين والتجميع بين أوساط المجتمعات حسب ما أكدته الدراسات مثل دراسة البناني (٢٠١١) التي بينت أن وساوس التجميع والتخزين تنتشر بين أفراد العينة الإكلينيكية بنسبة ٤١,٥٪، وبين أفراد العينة الغير إكلينيكية بنسبة ١٥,٥٪، وأسفرت الدراسة كذلك عن وجود علاقة ارتباطية بين مقياس التخزين والتجميع ومقياس الوسواس، وهذا يدل على أن بعد وساوس التخزين مرتبط بالمقياس الكلي للوسواس.

ولا تقل وساوس التخزين والتجميع أهمية عن بقية الوسواس والاضطرابات النفسية الأخرى كما أشار David et al.. ٢٠٠٧، ويقدر نسبة انتشاره في الولايات المتحدة بنسبة ١-٢٪ أي بمعدل ٣-٦ مليون شخص أمريكي، وفي أوروبا ما بين ٤-٩ مليون شخص، وفي جميع أنحاء العالم بمعدل ٦٤-١٢٩ مليون شخص، ولا يقتصر تأثير وساوس التخزين على المريض فحسب، بل يتعداه ويصل تأثيره على الأسرة والمجتمع (البناني، ٢٠١١).

ومن الطبيعي أن نجد الرغبة من قبل بعض الأفراد بتجميع بعض الأشياء كونها كهواية فقط مثل تجميع الكؤوس الرياضية والعملات النقدية والطوابع والصور والتحف الثمينة، ويتفق البعض أن لهذه الأغراض قيمة معينة لما ينتاب جامعها الشعور بالرضى والسرور وذلك من خلال النظر إليها ربما، ولكن ما يميز اضطراب وساوس التجميع عن هواية التجميع، تفاهة المواد المجمعة أو المخزنة والتي يقيمها الآخرون الأصحاء استحالة الاستفادة منها، ناهيك ما تخلفه من ركامات في المنزل أو روائح إن كانت المواد المجمعة بقايا طعام أو غيرها من المواد التي يمكن أن يشعر صاحبها بالمتعة من تجميعها، مما يخلق نوع من المشكلات الأسرية إن حدثت عملية التجميع في المنزل.

وتصل وساوس التخزين حدتها وخروجها عن السيطرة كلما شعر المصاب بضغوط من قبل الآخرين نتيجة انتقادهم له وللأشياء المجمعة، وقد تأتيه هواجس بأنه بحاجة إلى كل الأشياء التي يملكها، وأن فكرة رمي بعض الأشياء يرهقه ويسبب له التوتر والإزعاج، وأن امتلاكها يشعره بالراحة النفسية، ويرى الاتجاه المعرفي أن وساوس التخزين تظهر نتيجة لوجود خلل أو قصور في معالجة المعلومات، والارتباط الوجداني، والاعتقاد بطبيعة وأهمية الأدوات المخزنة لأن المصاب يعتقد على أن لهذه المواد قيمة وسوف تبرز أهميتها مستقبلاً، وسلوك التجنب (البناني، ٢٠١١)

٢,٢,٥,٣ الوسواس العدواني Aggressive Obsessions

تتمثل الوسواس العدواني بأفكار مقترحة تستحوذ فكر المريض ولا يستطيع مقاومتها رغم علمه بسخافتها وإنها لا طائفة منها، مثل أن يخطر ببال أي فرد أن يحمل سكيناً ليؤذي بها شخصاً ما عندما يرى سكيناً كبيرة، أو قد يخطر بباله توجيه كلمات بذيئة وجارحة لشخص ما في اجتماع ما أو أثناء تواجده مع الشخص، أو ربما يتصور أنه قد صدم أحد المارة في الشارع، وواحد من أربعة مرضى لديه أفكار حول العنف أو إيذاء شخص ما، وتكون هذه الوسواس في معظمها تشككية أو فلسفية أو إتهامية أو عدوانية أو جنسية (العيد، ٢٠٠٨؛ الأغا، ٢٠٠٩؛ كنزة، ٢٠١٨).

وقد يراود الفرد أفكاراً عدوانية ضد الآخرين مثل قتل أمه أو الانتحار من مكان مرتفع أو الغناء في مأتم أو شتم الذات الإلهية، وهذه الاندفاعات تافهة وخطيرة والشخص يعلم بتفاهتها وإنها غير منطقية في الأصل ولكنه لا يستطيع منعها أو التحكم فيها، وذكر بلحسيني (٢٠١٧) مثلاً لامرأة لديها وسواس عدوانية بحيث أنه من الممكن أن تفقد السيطرة على نفسها وتؤذي أطفالها، أو أن تتمنى إيذائهم وكان هذا الأمر يرهقها ويشعرها بالضيق الشديد، فالمعنى هنا إن كانت ترغب في إيذائهم حقاً فلم الشعور بالضيق والكرب، فالفكرة هنا وسواسية ولا تعبر عن رغبة حقيقية.

ونجد أن الأشخاص المعرضين للوسواس العدواني يفتقدون للعلاقات الأخوية مع الآخرين، حيث أشارت بعض الدراسات مثل دراسة (Duman & Erkan ٢٠١٤) أن الأفراد الغير متوافقين يكونون عرضة للقلق والاكتئاب والعدوانية، وهذا يدل على أن هناك علاقة بين الوسواس العدواني وبين التوافق النفسي والاجتماعي. وأشارت بعض الدراسات مثل دراسة محمد (٢٠٠٩) عن وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة احصائياً بين الوسواس وبين الثقة بالنفس، حيث يشعر المصاب بالوسواس العدواني أن ثقته مهزوزة وغير متزنة. وأشارت دراسة القحطاني (٢٠١٥) عن وجود علاقة ارتباطية طردية موجبة بين

اضطراب الوسواس وبين والسلوك العدواني، وهذا يعني أن العدوان سمة لها علاقة بالوسواس، فكلما كانت درجة العدوان عالية كلما أصبحت الوسواس في أعلى درجاتها والعكس صحيح.

٢,٢,٥,٤ الوسواس الدينية Religious Obsessions

تعتبر الوسواس الدينية من أكثر أنواع الوسواس شيوعاً في مجتمعاتنا، وتتمثل في الوسواس المزعجة المتعلقة بانتهاك الحرمات والأعراض أو الوقوع في الكفر، أو تصور أشياء فظيعة عن الذات الإلهية أو الأنبياء لا يمكن مقاومتها، وحسب دراسة عكاشة التي أجراها على العرب المصريين فقد بلغت نسبة الوسواس الدينية ٥٦٪، وفي دراسته الأحدث بلغت نسبة الوسواس الدينية ٦٠٪، ومن أمثلته الشك عند النية في الوضوء والصلاة، والشك في رفع الحدث الأكبر والأصغر، الشك في نجاسة ماء الوضوء، الإسراف في صب الماء أثناء الوضوء والغسل، الوسواس في انتقاض الطهارة من خروج ريح أو بول أو مذي، الوسوسة في اتجاه القبلة (سالم، ٢٠٠٨؛ الأغا، ٢٠٠٩).

وأكدت دراسة روزا وآخرون (٢٠١٢) Rosa. et. al. أن الوسواس المتعلقة بالدين لها علاقة بالتوافق الأسري، كون العلاقات الأسرية تصبح مستقرة إذا خلت من اضطراب الوسواس، في المقابل الأسرة المعرضة لاضطراب الوسواس تصبح علاقاتها متذبذبة وتكثر بها المشكلات وتصبح غارقة في بؤرة التفكك والتشتت، وأشارت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين سوء التوافق الاجتماعي والوسواس في بعد الوسواس الدينية.

ويختلف مضمون الوسواس تبعاً للديانة، فالعلاقة بين التدين والوسواس تعتبر علاقة معقدة بعض الشيء، فبعض الدراسات أكدت على وجود علاقة وطيدة بين التدين واضطراب الوسواس، وأغلب الدراسات تتفق بأن الدين لا يرتبط سببياً باضطراب الوسواس، ونؤكد هنا أن المعتقدات والأعراف الدينية تؤثر في الفرد ودرجة إصابته بالوسواس، حيث وجد أن المصابين باضطراب الوسواس من المسلمين

واليهود من الشرق الأوسط ينغمسون في طقوس دينية استحواذية وعادة تكون مرتبطة بالطهارة والنظافة أكثر من غيرهم من السكان (Miovic. ٢٠٠٧).

ضرب بلحسيني (٢٠١٧) مثلاً حول رجل مصاب باضطراب الوسواس الدينية حيث يشعر كما لو أنه يرغب في الدوس على المصحف الشريف فيأتيه شعور من الضيق والكآبة مما يجعله يقوم بتحريك قدميه أو يديه عوضاً عن تنفيذ الفكرة، هنا ندرك أن هذا الرجل لو كان حقاً يرغب أن يدوس المصحف الشريف، فلم الشعور بالضيق، إذ لا تتعدى كونها مجرد فكرة وسواسية فقط لا غير ولا تتم عن رغبة حقيقية. وذكر نصار (٢٠٠٧) أن هناك بعض التسجيلات المبكرة عن الوسواس في العصور الوسطى حيث لوحظ في القرن الخامس عشر عن رجل لا يستطيع أن يمنع نفسه حين يصلي من التكلم بالبداءات بصوت مرتفع.

وتتداخل الوسواس الدينية مع التوافق الديني الذي يعد جزء من التركيب النفسي للإنسان، ويتحقق التوافق الديني بالإيمان الصادق الخالص، وذلك لكون الدين عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الأفراد، ولكونه كذلك عنصراً مؤثراً تأثير عميق في تكامل الشخصية وارتباطها، فهو يرضي حاجة الإنسان إلى الأمن، أما إذا فشل الإنسان في التمسك بهذا الجانب، ساء توافقه واضطربت نفسه وأصبح أكثر تعرضاً للقلق (فحجان، ٢٠١٠).

وفي ذات السياق فقد بينت بعض الدراسات الحديثة مثل دراسة أخطر وزملاءه (١٩٧٥) أن الوسواس تأخذ أشكالاً متعددة في مضمونها الوسواس والقهر مثل: (الشكوك الوسواسية) وهي متعلقة بالعمل هل تم إنجازه أو لا أو هل أتم بالشكل الأمثل أو لا، ولقد وجد هذا الوسواس عند ٧٥٪ من مجموع المرضى، كأن يغلق الباب ثم يعود ليتساءل هل هو أغلقه أم لا، و(التفكير الوسواسي) وهو عبارة عن سلسلة غير متناهية من الأفكار في الغالب ما تتركز حول أحداث مستقبلية، وقد وجد هذا النوع عند

٣٤٪ من مجموع المرضى، و(الدوافع الوسواسية) وهو متعلق بوجود دافع قوي للقيام بعمل ما، وتأخذ هذه الأعمال أشكال متعددة منها البسيطة والتافهة والخطيرة والإجرامية، فقد وجد هذا النوع عند ١٧٪ من مجموع المرضى، و(الصور التخيلية الوسواسية) وهي الصور الذهنية المتعلقة بأحداث وقعت، فقد وجد هذا النوع عند ٧٪ من مجموع المرضى، و(المخاوف الوسواسية) وهذا النوع متعلق بالقيام بعمل ما والخوف من السيطرة أو التعرض للحرع الاجتماعي، فقد وجد هذا النوع عند ٢٦٪ من مجموع المرضى (العيسوي، ٢٠٠٤؛ غانم-أ، ٢٠٠٤).

وقد أشار "هيجرد" أن العصاب الوسواسي يحدث في ثلاثة أشكال هما: (الأفكار الوسواسية) وهي في الغالب الأفكار المزعجة وغير السارة، وتكون ملحة، و(أفعال قهرية أو قسرية أو استحواذية) وهي الأفعال المكررة أو الأعمال النمطية الطقوسية، أو (خليط من الأفكار الوسواسية مع الأفعال الاستحواذية أو القهرية) وهي الأفعال التي يقوم بها الفرد مجبراً كغسل اليد باستمرار، نتيجة اعتقاده بأنه يحمل الجرائم (محمد، ٢٠٠٤).

وفي ذات السياق فقد ذكر زهران (٢٠٠٥) أهم أعراض الوسواس كما يلي: (الأفكار المتسلطة) ومعظمها تكون تشككية أو اتهامية أو عدوانية أو فلسفية أو جنسية، مثل: الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث، أو الاعتقاد بالخيانة الزوجية، (المعاودة الفكرية والتفكير الإجتراري) مثل: ترديد الأغاني بطريقة شاذة، (الضمير الحي الغير الطبيعي، والشعور المبالغ بالذنب، والعناد والجمود وعدم التسامح والجدية المفرطة والميل إلى الكمال والتدقيق الغير طبيعي)، (التفكير الخرافي والإيمان بالسحر والشعوذة والتشاؤم وتوقع الشر والكوارث).

وفي ما ذكر أعلاه أضاف زهران (٢٠٠٥) الأعراض التالية: (الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات)، (الاستبطان المفرط في

الأنشطة الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية)، (الروتينية والرتابة والتتابع القهري في السلوك والأنماط والبطء الزائد والتردد في اتخاذ القرارات)، (المخاوف المرضية) خاصة ضد الميكروبات والجراثيم والتلوث والقدرة، (النظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وإعطاء أهمية بالغة لصغائر الأمور، والاهتمام بالتفاصيل)، (الشك المتطرف في الذات والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك) مثل: تكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز، (القلق) إذا وقع المريض في المحذور وخرج عن المعهود من قبل المجتمع فكراً وسلوكاً، (السلوك القهري المضاد للمجتمع)، (السلوك القهري والطقوس الحركية) مثل: المشي على الخطوط الصفراء في الشارع، لمس حديد الأسوار، عد درجات السلام وأعمدة الكهرباء وطوابق المنازل. وفي مقياس بيل براون الذي قام بوضعه جودمان وآخرون ١٩٨٩ وضعت الأفكار الوسواسية ضمن الفئات التالية: أفكار تسلطية عدوانية، أفكار النظافة التسلطية، أفكار جنسية تسلطية، أفكار التخزين والحرص التسلطية، أفكار دينية تسلطية، أفكار النظام والدقة التسلطية، أفكار تسلطية متباينة (العيد، ٢٠٠٨).

٢,٢,٦ أسباب اضطراب الوسواس

اختلفت وجهات النظر في نشأة وتفسير الوسواس فيرجعه فريق من العلماء إلى أسباب وراثية أو جينية، ويرجعه فريق آخر إلى عوامل بيئية، وقد أشارت بعض الدراسات بأن عامل الوراثة شيء أساسي في هذا الاضطراب، ففي دراسة أجريت على العصائين القهريين، وجدت أن ثلث آباء خمس أخوة المرضى يعانون من الوسواس، لكن ذلك قلة بدليل قاطع على أن الأعراض القهرية يتم توارثها، فقد يرجع الأمر إلى تعليم الأبناء من آباءهم هذه المسالك خلال الطفولة المبكرة ناتج عن تواجد الأبناء مع الآباء (جبل، ٢٠٠٢؛ محمد، ٢٠٠٤)، ويرى أصحاب النظرية التحليلية أن الوسواس ما هي إلا أعراض

لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة ما تعرض إليه الفرد من خبرات في المرحلة الشرجية حيث يجد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير أفكاره ومساغيه المكبوتة (جودة، ٢٠٠٥).

ويمكن تفصيل أسباب الوسواس إلى عدة عوامل منها العوامل الوراثية، حيث يرى سادلر "Sadler" كما أورده البنائي (٢٠١١) بأن للعامل الوراثي دور كبير في الإصابة بالوسواس، حيث يظهر هذا العامل ما نسبته ٩٠٪ من الحالات المصابة بهذا الاضطراب، وأكدت الدراسات بأن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب في مجال العائلة تصل إلى ٣٥٪، ونسبة الإصابة بهذا الاضطراب في مجال المجتمع العادي تصل إلى (١-٣٪). وفي هذا السياق أثبتت الدراسات إن العامل الوراثي له دور كبير في ظهور أعراض الوسواس لدى العائلة ومن أهم هذه الدراسات التي نفذت في اليابان سنة ١٩٥٦ وتوصلت إلى أن ثمانية من عشرة توأم كان لديهم ردود فعل وسواسية، وتشير هذه الدراسة أن التوائم المتماثلة لم تمنع وجود فروق في خبراتهم الحياتية (كنزة، ٢٠١٨).

ومنها "العوامل البيئية" حيث يرى كثير من علماء النفس أن للظروف الاجتماعية والثقافية دور كبير في ظهور هذا الاضطراب بما تفرضه الحياة الأسرية من الحرمان من الحب والعطف والتقبل والحماية خاصة في فترة الطفولة المبكرة، ولتنشئة الوالدية دور كبير في تكوين هذا الاضطراب لدى الطفل عندما تظهر السمات الخاصة للوالدين في شخصية أبنائهم، نتيجة تشجيعهم على اكتساب صفاتهم الخاصة وتنميتها.

وترى مجموعة من الباحثين بأن الوسواس ذات منشأ وراثي بيئي، وأنه ليس من السهل الفصل بين ما هو وراثي وما هو بيئي، فالمريض لا يرث المرض من والديه، ولكنه يغرق في الانفعالات القهرية نتيجة تعلمه منهم، وعلى النقيض من ذلك فيعد المرضى أناس غير ناضجين انفعالياً، حيث يواجه الفرد الظروف الخارجية المؤثرة نتيجة ضعفه الوراثي وعدم نضجه مما يجعله فريسة سهله للوسواس (البناني،

(٢٠١١). وحسب نظرية التعلم فإن الوسواس تمثل مثيراً شرطياً للقلق، وبسبب الارتباط مع مثيرات القلق

غير مشروطة فإن الوسواس تصبح لديها القدرة على إثارة القلق، وهذا يعني هناك نمط جديد من السلوك

قد تم تعلمه وتدعيمه في نفس الوقت (كنزة، ٢٠١٨).

ويرى آخر أن الوسواس ذات منشأ عوامل فيزيولوجية ومن هذا الباب أجريت عدة دراسات

مقارنة بطريقة تقنية "Par Resonance Magnetique Imagerie I.R.M" في مركز "Cermep" بمدينة

ليون الفرنسية، وهذه التقنية تسمح بمشاهدة تدفق الدم على مستوى الدماغ، وقد أجريت هذه المقارنة

بين مجموعة أفراد أصحاء ومجموعة أخرى أفرادها مصابين باضطراب الوسواس، وقد نجحت هذه

الدراسات بتحديد منطقة من المخ تلعب دوراً كبيراً في هذا الاضطراب "Le Cortex Prefrontal"

وتسمح هذه التقنية بالكشف على المخاري الدموية المشاركة في المرض، ومتابعة آثار الأدوية والعلاجات

النفسية (لكحل، ٢٠١٣؛ كنزة، ٢٠١٨).

وأخر ينظر إلى أن الوسواس مصدرها عوامل متعلقة بالعدوى والميكروبات توصلت بعض من

الدراسات الحديثة أن الأطفال يمكنهم أن يطوروا اضطراب الوسواس وخاصة المصابين بالتهاب اللوزتين

بسبب البكتريا "Streptocoque"، ويمكن الكشف عن هذا الاضطراب من خلال التعبير العنيف

لتصرفات الطفل، ولكن هذا يمثل ما نسبته ١٠٪ من أسباب الإصابة بالوسواس عند الأطفال، وتعرف

هذه الدراسات بـ PANDA وتعني "Pediatric Auto-Immuno Neuropsychiatrique" (لكحل،

٢٠١٢).

٢,٢,٧ تشخيص اضطراب الوسواس

في ظل تطور البحوث العلمية المتعلقة باضطراب الوسواس القهري، اهتمت رابطة الطب النفسي

الأمريكية (A.P.A) بهذا الشأن فأنتجت الدليل التشخيصي الإحصائي الأول (DSM-١) للاضطرابات

النفسية عام ١٩٥٢، وضم هذا الدليل سبعة تصنيفات فرعية لاضطرابات العصاب النفسية منها استجابة الوسواس القهري، ثم صدرت بعد ذلك الطبعة الثانية عام ١٩٦٨، حيث اعتمدت هذه الطبعة على تصنيف "كريبلين"، وشمل هذا الدليل تسعة تصنيفات فرعية للعصاب منها عصاب الوسواس القهري، وصدرت بعد ذلك الطبعة الثالثة عام ١٩٨٠، حيث شمل تغييرات جذرية، حيث أصبح الوسواس أحد التصنيفات المدرجة ضمن فئة اضطرابات القلق، وظل على هذا النسق في الدليل التشخيصي الثالث المعدل، والرابع، والرابع المعدل، في الأعوام التالية (١٩٨٧، ١٩٩٤، ٢٠٠٠) (بلحسيني، ٢٠١٧).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-٥) الذي صدر عام ٢٠١٣، تم إفحام الوسواس القهري في فصل خاص مستقل عن اضطرابات القلق، حيث شمل هذا الفصل اضطراب كلاً من: الوسواس القهري، تشوه شكل الجسم، الاكتناز، نتف الشعر، نزع الجلد، والاضطرابات ذات الصلة المحدث بمادة/دواء، الاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى، الاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى، وأخيراً الاضطرابات ذات الصلة غير المحددة (APA, ٢٠١٣).

ومن أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب توفر أعراض الوسواس لمدة أسبوعين متواصلين على الأقل وأن تكون مصدراً للتشويش والإزعاج وتتصف الأعراض بوجود توفر الأفكار الوسواسية على الأقل واحداً ويعمل المريض جاهداً لمقاومته ولكن دون أي نتيجة تحقق، ويجب ألا تكون فكرة الوسواس مصدراً للمتعة بحد ذاتها، ويجب أن تكون هذه الأفكار متكررة بشكل مزعج، ويجب على المريض أولاً وأخيراً إدراك إن هذه الوسواس نتيجة نزواته وأفكاره (كنزة، ٢٠١٨).

وفي ذات السياق فقد حددت المعايير التشخيصية للوسواس كما يلي: (أ) وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما: ١. أفكار أو واندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

٢. يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري). وتعرف الأفعال القهرية ب (١) و (٢): ١. سلوكيات متكررة مثل (غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية مثل (الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة. ٢. 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 مصممة لتحييده أو منعه أو أنها مفرطة. ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال (الحمادي، ٢٠١٥).

(ب) تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً مثلاً)، أو تسبب إحباطاً شديداً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى. (ج) أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثلاً (إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى (الحمادي، ٢٠١٥).

(د) لا يفسر الاضطراب بشكل 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 المقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخیلات الجنسية، كما

هو الحال في اضطرابات الولوج الجنسي، الاندفاعات كما هو الحال في السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهيمية، كما في طيف الفصام أو الاضطرابات الذهنية الأخرى، أو الأنماط المتكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد (الحمادي، ٢٠١٥).

ومن الأفكار الوسواسية التي تقتحم فكر الفرد، أن المرض سوف يهاجمه، أو أنه مقبل على ارتكاب جريمة ما، أو في طريقه لارتكاب فعلاً جنسياً، أو تجد الفرد يرتدي ملابس بطريقة معينة، أو ينام أو يأكل بطريقة معينة، وقد يجد الفرد نفسه مضطراً لحفظ بعض القواعد والقوانين عن ظهر قلب، فجميع هذه الأفكار وسواسية قهرية (محمد، ٢٠٠٤).

وبناء على تقسيم "روث" فإن أعراض الوسواس تشمل ما يلي: أولاً: سيطرة النظام وحب الروتين والجدية المفرطة وعدم التسامح والمثالية والاهتمام بشؤون النظافة كغسيل اليدين المتكرر، ثانياً: الإحساس والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الحيد عن المألوف والبطء الزائد في العمل بسبب الشك الذي يراود المريض في قيامه بالعمل وتساؤلاته الذاتية في ما إذا كان أنجزه بالطريقة الصحيحة أو لا، لذا نجده كثير التردد والمراجعة، ثالثاً: كثرة الاهتمام بالصحة العامة ومواعيد قضاء الحاجة الطبيعية والقلق والخوف من الجراثيم والبكتيريا والميكروبات والقاذورات والعدوى، وهذه الهواجس تدفع المصاب للقيام بتطهير يديه بالمعقمات والصابون ويعمل على تجنب مصافحة الآخرين (كنزة، ٢٠١٨).

٢,٢,٨ خصائص وصفات الشخص المصاب باضطراب الوسواس

تتمتع الشخصية الوسواسية بمستوى ذكاء عالٍ أو فوق المتوسط، هذا حسب ما حددته مقاييس الذكاء، لكنهم وللأسف الشديد لا يستمرون في أعمالهم، كون الوسوسة تبدد طاقتهم وتشتتهم، ويتمتعون كذلك بالصلابة وعدم المرونة، ويتبع نظام وقواعد معينة لا يحيد عنها وتتصف بالجمود، ويتضح

ذلك من خلال سعيه في تكوين صداقات كثيرة، ولكنه يزعجهم بقواعده وصرامته، ويتمسك بأمور لا يستطيع التخلي عنها مع معرفته بعدم منطقيتها، ويتصف بالخوف من التغيير وتجنب مواجهة المواقف الجديدة، ويفضل البقاء بالنظام السائد ولا يحب التغيير والتجديد (فهمي، ١٩٦٧؛ مياسا، ١٩٩٧؛ غانم-ب، ٢٠٠٤).

الجدير بالذكر أن الشخصية الوسواسية تتصف بالتناقض الوجداني، ولا تستطيع التوقف عن السلوك رغم إدراكها بعدم منطقيتها، ويجهد الشخص نفسه في العمل دون جزاء وقد يكون مقصراً في بعض واجباته الأسرية ويلقى عنتاً كبيراً من محاسبة الضمير ويقظته البالغة ويميل لحرمان النفس من مباحج الحياة دون مبرر، وقد وصف فرويد الشخصية الوسواسية بأنها ذات مستوى خلقي رفيع وضمير حي، وبأنها على درجة من الاستقامة، وعلى النقيض من ذلك يرى "أوبلر" أن الوسواسيين قوم فضلاء لكنهم غير سعداء، وهذا يوضح أن الخلق الرفيع ليس دائماً دليلاً على صحة الفرد النفسية (فهمي، ١٩٦٧؛ مياسا، ١٩٩٧؛ غانم-ب، ٢٠٠٤).

ونحن ندرك بأن الاجتماعية في الحياة أمرٌ مهم للغاية ولكن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس يتسمون بضعف في اجتماعيتهم، حيث يعانون من صعوبات في الانسجام مع الآخرين وفي تكوين العلاقات كونهم غير ودودين، ويتصفون بضعف القدرة على اتخاذ القرار والشك والتردد والحيرة الشديدة، وكثيراً ما يشك بأنه قام بالعمل أو لم يقم به، وحتى إن قام به يشك بأنه قام به على النحو الأمثل أم لا، لذا يضيع وقتهم دائماً في التفكير في اتخاذ القرارات، ويتصفون بالعناية بالهندام والملابس ويقضون الكثير من الوقت في انتقاء ملابسهم وتصفيف شعرهم، ودائماً ما يكونوا حريصين على النظافة، وكثيراً ما يشعرون بالاشمئزاز الزائد من فضلات الجسم، والمواد الدهنية واللزجة، فالشخص دائماً يكون

حريص على أن يظل نظيفاً هو وأغراضه، وغالباً ما يهتم بالتفاصيل، وعدم الانحراف بسهولة عن المعهود والمخطط (القائمي، ١٩٩٦؛ مياسا، ١٩٩٧؛ عوض، ٢٠٠٠؛ سالم، ٢٠٠٨).

أما شخصية المراهق فتظهر عليه سلوكيات اجتماعية ذا طبيعة قهرية مثل حب السرقة وشرب المحرمات، وحسب وصف "Rooth" أن في مرحلة المراهقة تظهر بعض من الأعراض الدالة على الوسواس بعد صدمة انفعالية ناتجة عن توهم العلل الجسدية، أو أعراض هستيرية اكتناييه، وأما شخصية الراشد فتظهر عليه الوسواس بناء على طريقة التنشئة أو العوامل الوراثية حيث تلقوا تربية صارمة وتعلموا من خلالها عدم إظهار الغضب أو الرغبة في الجنس، وتغلب عليهم الانطوائية، ويشعرون بعدم كفاءتهم وعدم الأمان، ولتجنب الخطر يلجئون إلى الدقة الصارمة ووضع كل شيء تحت سيطرتهم (العيصوي، ١٩٩٩)، ومن زاوية أخرى يمكن أن تميز شخصية الطفل المصاب بالوسواس من خلال أفعاله واندفاعاته وطقوسه الحركية في اللبس والأكل ونظام حياته، ويحدث ذلك غالباً لدى الأطفال ذوي المستوى المرتفع من الذكاء (عوض، ٢٠٠٠).

٢,٢,٩ المقاييس المستخدمة لقياس اضطراب الوسواس

توجد الكثير من الاختبارات والمقاييس والقوائم التي تقيس الوسواس، أهمها مقياس ييل – براون للوسواس القهري Yale Brown Obsessive Compulsive Scale: شمل هذا المقياس مجموعة من الأعراض من ضمنها الوسواس: وتشمل على وسواس عدوانية، جنسية، دينية، وسواس التلوث، وهوس تخزين الأغراض، وسواس التماثل، وهوس الإصابة بالمرض (Leckman, ١٩٩٧, ٩١٤).

ويعتبر المقياس العربي للوسواس القهري الذي صممه الدكتور أحمد عبد الخالق عام ١٩٩٢ من المقاييس المستخدمة في العالم العربي، واستمد بنود المقياس من مصدرين أساسيين هما: المراجع المختصة، والعوامل المستمدة من التحليلات العاملية لقوائم الوسواس القهري (لايتون، مودسلي، بادوا)، ويشمل

هذا المقياس على ٣٢ عبارة تجاب على أساس (نعم، لا) وللمقياس صدق ضاهري جيد، وصل معامل ثبات إعادة التطبيق إلى ٨٥٪ أما معامل ألفا فقد وصل إلى ٠,٨٠ وكان الصدق المرتبط بالتحك مرتفعاً إذ وصل إلى ٠,٧١ و٠,٦٩ للذكور والإناث على التوالي واستخرجت ثمانية عوامل دالة وذات معنى من المقياس وهي: (عامل عام للوساوس القهرية، النظام والدقة والترتيب، التكرار والعد، المراجعة، استحواذ الأفكار والقهر، الاجترار، البطء، التدقيق (عبد الخالق، ١٩٩٢).

وتُعد قائمة لايتون للوساوس Leyton Obsessional Inventory (LOI) من أقدم وأشهر الأدوات، ومن ميزتها بأنها مقننة على أسوياء ومرضى وسواسيين قهريين، وتميز جيداً بين المجموعتين، وتتكون من ٦٩ بنداً، أربعون منها متعلقة بأعراض الوسواس القهري، وبقية البنود متعلقة بسمات الشخصية الوسواسية، والأسئلة مطبوعة على بطاقات منفصلة، وطريقة عملها أن يقوم المفحوص بوضع كل بطاقة في أحد صندوقين أحدهما للإجابة بنعم، والآخر للإجابة بلا، ومن أهم عيوبها أنها تستغرق وقتاً طويلاً (ليندزاي، ٢٠٠٠). ومقياس المعهد العالي للصحة العقلية للعصاب القهري الذي يعمل على قياس الأفكار الوسواسية القهرية والمقاومة للأعراض الاندفاعية والقلق ومشاعر الذنب والعصائية والتجنب، ويتكون من (٨) بنود وقد أجريت عليه عدة تعديلات وصدق وثبات (باضه، ١٩٩٩).

٢,٢,١٠ الميكانيزمات الدفاعية لاضطراب الوسواس

هناك مجموعة من الميكانيزمات يستخدمها المصاب بالوسواس بهدف خفض القلق والتوتر الناتج عن موقف ما، ومن أهم هذه الميكانيزمات: "اللكبت" فله دورٌ كبير في خفض القلق والتوتر كونه يتمثل ذلك في النسيان لا شعوري للثورات الداخلية والخارجية التي تتمثل بصفة عامة رغبات معترف بها أنها ممنوعة، كذلك "العزل" ويقصد به تجريد الذكريات الكريهة القاسية، كالأفكار المؤلمة من شحنتها الانفعالية، فتبدو للشخص كأنها غير كريهة أو قاسية، ففي الوسواس القهري يتحدث المصاب عن هذه

الذكريات والتجارب ببساطة وهدوء ويعمل على ربط الشحنة الانفعالية بأفكار أخرى. "التكوين العكسي" ويقصد به تنمية اهتمامات شعورية اجتماعية مضادة للاهتمامات المقتحمة الطفلية، بصورة عامة هو أن يظهر المصاب في سلوكه تصرفاته وأفكاره عكس ما هو عليه الواقع، مثل النزعة إلى الود والتعاطف ضد العدوانية، والخجل ضد الاستعراض (خير الزاد، ١٩٨٤).

٢,٢,١١ علاج اضطراب الوسواس

في دراسة مسحية قامت بها الجمعية الأمريكية للطب النفسي، كشفت أن نسبة نجاح العلاج المعرفي تجاوزت ٨٠٪ من الحالات، يقابله ٤٠٪ - ٥٠٪ فقط من حالات العلاج التحليلي، وبلغت نسبة الانتكاس في العلاج المعرفي لا يتعدى ٧٪ - ٩٪ من الحالات، في المقابل بلغت نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي بين ٢٠٪ - ٣٠٪ من الحالات، ويعد العلاج المعرفي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، ومن المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك، إذ أن الفرد عندما يفكر فهو يفعل في نفس الوقت ويقوم بفعل ما للحصول على راحة مؤقتة يستعيد بها توازنه وتجعله متوافقاً نفسياً إلى حد ما (يوسف، ٢٠١١).

توجد مجموعة من الطرق التي تستخدم لعلاج اضطراب الوسواس أهمها العلاج النفسي والعلاج الدوائي، ومن أهم المعالجات النفسية المستخدمة في علاج اضطراب الوسواس "العلاج بالتحليل النفسي Psychoanalysis Treatment" حيث يهدف هذا العلاج إلى الوصول للمناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع المريض على الكلام حول مشاكله في الجلسات العلاجية، حيث يقوم المحلل النفسي باستخراج العوامل الخفية في المشكلة ويحاول فهم أسبابها (البشر، ٢٠٠٧).

ويستخدم هذا العلاج غالباً في نطاق ضيق من قبل البعض أملاً في تخفيف الأعراض والآلام، ويرى أصحاب هذه النظرية أن المصابين بالوسواس يستغرقون وقتاً كبيراً من العلاج بسبب جمود دفاعاتهم

وخمولها، وقد يواجه المعالج بالكراهية أو حشد الدفاعات وقوة ميكانيزمات الأفكار ومحاولات رفض، ويواجه المعالج الكثير من الصعوبات حيال ذلك كالتغيير المستمر في أعراض المريض، وتداخل المرض مع شخصيته بشكل كبير، وتمركز المريض حول مثاليته مما يجعل درجة إقناعه بالتنازل ضعيفة (الخالدي، ٢٠٠٦).

ومن أهم الطرق المستخدمة في عملية العلاج النفسي لاضطراب الوسواس "العلاج المعرفي Cognitive Treatment" ويستخدم العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي في وحدة تتعامل مع مختلف جوانب الاضطراب، حيث يوضح سالكوفسكس (١٩٨٥) Salkovskis وهو متخصص في العامل المعرفي، أن الاستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم بالاشتراك مع التعرض ومع الاستجابة، كما أن هناك مجاًلاً ضيقاً لاستخدام العلاج المعرفي منفصلاً عن التعرض (عبد الخالق، ٢٠٠٢)، ومن العوامل التي تدفع المريض للقيام بطقوس معينة بشكل قهري، التشوه المعرفي الذي يظهر ضمن حلقة مفرغة، والذي يجعل من هذه الحلقة نشطة هو التحفيز المفرط غير الطبيعي، الذي يجعل المريض في حالة تأهب دائم، وهنا يلعب العلاج النفسي المعرفي في محاولة لكسر هذه الحلقة المغلقة عن طريق التعامل مععتقدات المريض (Alain Sauteraud, ٢٠٠٥).

والعلاج المعرفي هو غالباً ما يكون علاج فردي قصير يقدر بـ ٢٠ حصة، تتراوح مدتها ساعة واحدة، حيث يراعى فيها تعليم المصاب ملاحظة الظواهر العقلية وتعديل الجهاز الدفاعي، ومساعدة المصاب على التعرف على الفكر القهري حتى يفقد بعد انفعالي، وجعل المصاب يتساءل عن الأنماط الغير معقولة للتفكير مثل (المسؤولية، الإحساس بالذنب، الإحساس بالنية)، وعرض تجارب سلوكية حتى يتم التساؤل عن التفكير الحيادي والمخططات الغير معقولة (لكحل، ٢٠١٢).

ويوجد نوع آخر من العلاج المستخدم لاضطراب الوسواس بما يعرف بالعلاج الدوائي Medicinal Treatment، ويتم العلاج العضوي عن طريق استخدام الوسائل الطبية اللازمة، وفقاً لما يقرره الطبيب المختص من نوعية العلاج وبالجرعة التي يحددها، وذلك للسيطرة على أعراض الاضطراب وتخفيض مستوى التوتر والقلق أو الاكتئاب المصاحب له، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلي والعضلي، وزيادة كفاءته وصحته الجسمية، ومن بين هذه الوسائل ما يلي:

العلاج بالعقاقير: كاستخدام المنومات مع حالات الأرق المستمد والقلق الحاد والمخاوف المرضية والأدوية المضادة للاكتئاب، ومن أهم هذه العقاقير: (الأنافرانيل، فلوفاكسامين، بروزاك، سيتالوبرام، باروكستين، سرتلين) وإذا لم تؤثر هذه المجموعة فأن الطبيب يصف دواء يسمى كلوميبرامين "Clomipramine" وهو من الأدوية القديمة المضادة للاكتئاب، ويعد من أقدم الأدوية المستخدمة في علاج الوسواس القهري، ويتصف بالكفاءة في علاج هذا الاضطراب حيث يخفف من حدة التوتر المصاحب للوسواس القهري، ولكن له انعكاسات سلبية مثل صعوبة التبول وهبوط ضغط الدم عند الوقوف وجفاف الفم والنعاس، وقد أثبتت هذه العقاقير فاعليتها في علاج الوسواس، وغالباً ما تعاود الأعراض الوسواسية عندما يتوقف المريض من استعمالها (ثابت، ١٩٩٨؛ الحجار، ١٩٩٨؛ القريطي، ٢٠٠٣؛ الخالدي، ٢٠٠٦؛ دليل، ٢٠١٥).

العلاج الكهربائي: ويستخدم غالباً مع الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصبية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سوداوية أو انتحارية، والعلاج الجراحي: ويستخدم في حالات القلق المزمن والوسواس والاكتئاب الشديد، وذلك بعد استنفاد كافة أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربائية دون جدوى، ويتم العلاج الجراحي بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطي، ٢٠٠٣).

ويرى الباحث أن العلاج المعرفي قد أثبت فاعليته في معالجة العديد من الاضطرابات التي تصيب الإنسان بمختلف أشكالها وأنواعها، ولعل دمج ما يخدم السلوك والأفكار والانفعالات هو من جعله يصبح أكثر فاعلية في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وهذا ما تؤكد عليه دراسة هوفمان (٢٠١٢) إلى أن العلاج المعرفي مماثل في فاعليته للعلاج الطبي الدوائي، وفي كثير من الحالات اتضح أن العلاج المعرفي أفضل وأنجح من العلاج الدوائي.

٢,٢,١٢ علاقة الوسواس بالتوافق النفسي

أشارت دراسة أوبوت وويلنجير (٢٠١٧) Aubut & Belanger أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس يكون مستوى توافقهم النفسي منخفض، وتكون مهاراتهم على حل المشكلات ضعيفة جداً مقارنة بنظرائهم الذين يكون مستوى توافقهم النفسي مرتفع، وأثبتت الدراسة إن هناك علاقة بين الوسواس والتوافق النفسي وإن تمتع الفرد بصحة جيدة يساعده على التأقلم مع نفسه ومع البيئة المحيطة به مما يخلق نوعاً من التوازن ويصبح تعرضه للاضطراب أقل، ومن جانب آخر فإن الأشخاص الذين يكونون عرضة لاضطراب الوسواس تكون درجة اجتماعيتهم ضعيفة مما يؤثر على توافقهم النفسي مما يجعل من مراحل نموهم تنمو بصورة غير طبيعية.

وأشارت دراسة داس ورايوشدري (٢٠١٦) Das & Raychaudhuri إن السكان في المناطق الحضرية يكونوا عرضة أكبر لاضطراب الوسواس عنه عن المناطق غير الحضرية وذلك كون درجة تأقلمهم وتوافقهم الاجتماعي والنفسي ضعيفة مقارنة بغيرهم من السكان، كما أثبتت الدراسة إن هناك علاقة عكسية بين الوسواس والتوافق النفسي والاجتماعي، أي كلما كانت درجة الوسواس مرتفعة قلت درجة التوافق النفسي، وبينت الدراسة إن المصابين بالوسواس أكثرهم من الفئة المتدينة، وهذا يفسر إن الوسواس الديني يتمركز بكثرة في عينة الدراسة التي تم التطرق لها.

وأكدت دراسة روزا وآخرون (٢٠١٢) Rosa. et. al. إن المصابين باضطراب الوسواس يعانون من توافقهم مع الآخرين ومع أنفسهم وتصبح علاقاتهم المهنية ضعيفة حيث يتعرضون للكثير من الصعوبات وأغلب تلك الصعوبات يكون لها علاقة في فهم الآخرين وهذا كله نتيجة عدم توافقهم، وأشارت الدراسة أن تعرض الفرد باضطراب الوسواس في سن مبكرة يكون عرضة لسوء توافقه الأكاديمي مما ينخفض مستواه وهذا يؤثر على مستقبله المهني، وإن التوافق مع النفس والآخرين يخلق بيئة صحية وجاذبة ولكن إن تعرض الفرد لهذا النوع من الاضطراب ينعكس ذلك على توافقه.

وأشار التصنيف الدولي للأمراض بوجود علاقة وطيدة بين الوسواس والاكتئاب، فكثيراً ما يعاني مرضى الوسواس من أعراض اكتئابيه، كما أن المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي قد يكونون عرضة للأفكار الوسواسية أثناء نوبات الاكتئاب، وبما أن أعراض الوسواس تكون مصاحبة لاكتئاب فهذا يجعل الفرد غير متوافقاً مع نفسه مما يسبب له القلق ويعيش في معترك بين أفكاره الوسواسية وبين شعوره بالخوف والقلق مما يزيد من حدة المشكلة ويفقده توازنه وتوافقه النفسي، وأشارت بعض الدراسات إلى أن الأفراد الذين يعانون من الوسواس كانوا يعانون من الأفكار الانتحارية والأعراض الاكتئابية والقلق والاندفاعية، وهذه كلها تجعل توافق الفرد توافقاً غير جيد مما تسبب له الكآبة والضيق الشديدين، وأهم هذه الدراسات دراسة Alan et al. ٢٠٠٣، ودراسة Steven. et al. ٢٠٠٦: ٢٤٩، كما ويمكن أن يحدث تزامناً بين الوسواس واضطراب الخوف المرضي الذي يؤدي إلى عد التوافق النفسي (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

٢,٣ ثالثاً: الأفعال القهرية

حضت الأفعال القهرية باهتمام كبير لدى علماء النفس كونها من الأمراض النفسية المنتشرة في عصرنا الحديث وخاصة في ظل التطورات التكنولوجية الحاصلة، ويمكننا التعرف على الأفعال القهرية وذلك

من خلال السلوكيات النابعة من الفرد والتي تربطه مع البيئة المحيطة به ومن خلال تقييمه لنفسه وأدوات القياس التي يستخدمها المتخصصون والمهتمون بهذا الاضطراب، ومن أهم المخاطر التي قد يشعر بها الفرد جراء هذا الاضطراب بذل جهد كبيراً في عملية التفكير حيث تستهلك منه طاقة كبيرة تشعه بالقلق والخوف مما يؤثر على أداءه العام وزعزعة العلاقة القائمة بينه وبين المحيطين من حوله (المالح، ١٩٩٨؛ سعفان، ٢٠٠٣).

وتعمل الأفعال القهرية عرقلة حياة الفرد وذلك لتعرضه لفعلٍ قهريٍّ وهو يدرك إن ذلك غير منطقي وغير مقبول لدى المجتمع ولكنه مجبرٌ للقيام به نتيجة أفكار وسواسية سبقتة مما يجعله يستسلم لها (عبدالله، ١٩٩٧). ولذلك أصبح البحث والتقصي عن هذا المفهوم أمر في غاية الأهمية، وسوف نستعرض أهم الدراسات والبحوث التي ألقت الضوء على الأفعال القهرية.

٢,٣,١ مفهوم الأفعال القهرية

لقد اهتم العلماء والباحثين والمهتمين بالأفعال القهرية من حيث معرفة ماهية هذا الاضطراب والأبعاد المتعلقة به، وجاء هذا الاهتمام نتيجة ما لوحظ عن الأفراد الذين يعانون من هذا المرض من استغراق في الفعل القهري مما يعيق تقدمهم ونموهم، ولكي نعطي هذا الموضوع حقه في البحث والتقصي لا بد من معرفة أصله في اللغة العربية، حيث تجمع معظم المراجع على معنى كلمة القهر كما ذكر مجمع اللغة العربية ١٩٨٥ فالقهر من قهره قهراً أي غلبه، فهو قاهر وقهّار، ويقال: أخذهم قهراً من غير رضاهم، وفعله قهراً: اضطراً، والقهّار اسم من أسماء الله الحسنى، والقهّار الغالب الذي لا يجد غلبته شيء (عبد الخالق، ٢٠٠٢). وأشار سعفان (٢٠٠٣) إن لفظ القهر "Compulsion" يرجع إلى الأصل الأتيني لفعل "Compel" بمعنى يخضع ويجبر.

أما المعنى الاصطلاحي فقد تعددت آراء علماء النفس حول تعريف الفعل القهري، حيث تُعرف منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض ICD/١٠.١ الأفعال القهرية بأنها سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى، ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، ويرى المريض فيها غاباً وقاية من حدث ما لا يحتمل وقوعه، ويدرك المريض بأنه لا معنى لسلوكه ويسعى لمقاومته كثيراً ولكن دون جدوى (ICD/١٠, ١٩٩٩).

فيما أشار أبو هندي (٢٠٠٣) بأنه فعلاً عضلياً أو حركياً بالمعنى المعروف، كأن يغسل المرء يديه أو ينظف مكان جلوسه أو أن يلمس المقبض، إلى آخره، أو يكون فعلاً عقلياً كان يعد الإنسان عدداً معنياً من الأرقام أو يسترجع في ذهنه جملة أو مقولة ما أو مقطعاً من أغنية ما. وفي ذات السياق يُعرف السلوك القهري بأنه عبارة عن طقوس حركية جبرية، حيث يجد الفرد نفسه مندفعاً للقيام بها رغم إدراكه بسخفها، وهو بذلك يقوم بأدائها استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد خاصة مطبقة بصورة جامدة، وتتحكم به الضغوط والقلق والتوتر لذا يضطر إلى عملها، ويرتبط السلوك القهري بأفكار أو صور أو اندفاعات والتفكير الإجتراري بحيث تدفعه للقيام بأفعال أو تصرفات رغماً عنه (القريطي، ٢٠٠٣؛ الميلادي، ٢٠٠٤؛ Antony, ٢٠٠١).

ويرى الباحث مما سبق وعلى الرغم من وجود تباين في آراء العلماء والباحثين وفق رؤيتهم الخاصة، إلا أن جميعها تتفق حول تعريف الفعل القهري بأنه عبارة عن مجموعة من الأفعال الحركية أو العقلية أو رزمة من الطقوس المتكررة والقسرية يقوم بها الفرد استجابة لأفكار وسواسية، مما يقوده إلى خفض الآلام والقلق والتوتر الناتج منها ويشعره براحة مؤقتة، وفي المقابل فإن الأفكار الوسواسية تعشعش في عقله وتزداد حدة وضراوة وبالتالي يزيد الألم والتوتر والقلق مما يدفع المريض القيام بالفعل القهري مرة أخرى، وتأخذ الأفعال القهرية وقتاً وجهداً كبيرين مما تعيق نشاط وحياة الفرد اليومية وتقلل من إنتاجيته.

٢,٣,٢ التطور التاريخي للأفعال القهرية

تعتبر الأفعال القهرية من الاضطرابات المرضية التي لازمت الإنسان منذ نشأته الأولى، وربما الاعتقادات السائدة في ذلك الوقت لعبت دوراً كبيراً في تفسير ماهيتها وربطها بالشیطان والجن، وتوجد إسهامات كثيرة للعلماء العرب في مثل هذه التكهّنات المربوطة بالمس والشیطان (عبد الخالق، ٢٠٠٢؛ غانم-أ، ٢٠٠٤). ويرى أبو هندي ٢٠٠٣ اضطراب الأفعال القهرية ظل نادراً حتى عام ١٩٨٣م، حيث قدرت نسب المصابين بهذا الاضطراب حوالي ٠,٠٥٪ حسب الأبحاث التي أجريت في الخمسينات والستينات من القرن الماضي، أما في الوقت الراهن فتم ارتفاع في نسبة شيوعه مقارنة بالتقديرات التي أجريت في القرن الماضي (كنزة، ٢٠١٨).

٢,٣,٣ اضطراب الأفعال القهرية في العالم

يقدّر عدد الأشخاص الذين يترددون على العيادات النفسية والمصابين بأعراض الأفعال القهرية الوسواسية ما نسبته ١٠٪ أي واحد من كل عشرة أشخاص الذين يشكون من الأمراض النفسية عامة، ولذا يُعد هذا الاضطراب من الاضطرابات النفسية المنتشرة في العالم حيث يأتي في المرتبة الرابعة بعد حالات المخاوف المرضية وحالات الإدمان ومرض الاكتئاب النفسي (كنزة، ٢٠١٨).

٢,٣,٤ أنواع الأفعال القهرية

٢,٣,٤,١ أفعال العد القهرية Counting Compulsions

ويقصد بأفعال العد القهرية التعبير عن السلوك الناتج من المخاوف الوسواسية كالخوف من عدم صحة عد الأوراق النقدية، فتجد مثلاً الصراف الذي يعاني من وساوس العد يقوم بعد أوراق النقد عدة مرات ليتأكد منها، وتتعلق هذه الأفعال القهرية مثلاً بعد أعمدة الكهرباء الموجودة في الشارع أو السيارات، أو الأشجار أو اللافتات، أو عد السلام أو طوابق المنازل أو عد بلاط الغرفة، ويتم ذلك

بشكل قهري (العبد، ٢٠٠٨؛ لكحل، ٢٠١٢؛ الحمادي، ٢٠١٥). وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن أفعال العد القهرية تعتبر من أبرز الأفعال القهرية حيث تشكل ما نسبته ٣٦٪ من الأفعال القهرية.

٢,٣,٤,٢ أفعال النظافة القهرية Cleaning Compulsions

ويقصد بأفعال النظافة القهرية التعبير السلوكي عند المخاوف والأفكار الوسواسية كالخوف من الجراثيم أو القاذورات أو النجاسة، مما يدفع المريض إلى الاغتسال مرات عديدة ليزيل عن نفسه هذا الملوثة والقاذورات وهو على علم أنه لا داعي لهذا التكرار المفرط، ولكنه يشعر بقهر شديد لا يستطيع التصدي له ويرغمه على تكرار الفعل، وإذا عاند وقاوم لفترة شعر بقلق وتوتر شديدين (لكحل، ٢٠١٢). ويرتبط هذا النوع من الأفعال عادة بالخوف من التلوث، فينتاب المصابين بالخوف على أنهم ملوثين، لذا يلجئون لتنظيف أنفسهم وأطفالهم ومنازلتهم بشكل زائد عن الحد، وكلما لمس هؤلاء المصابين شيء ما يهرعوا مباشرة لغسل أيديهم وأذرعهم أو أن يأخذوا حماماً طويلاً جداً، خوفاً أن يكون الشيء الذي لمسوه ملوثاً، مثل لمس مقبض الباب، أو لمس أدوات الطعام، أو مصافحة الآخرين، ويعاني هؤلاء الأشخاص من صعوبة في التقاط شيء سقط على الأرض، وتجدهم يتجنبون لبس الأحذية المخصصة لدورات المياه العامة، وقد تثير الوسواس وحدها لدى بعض المصابين طقوس الاغتسال والنظافة (العبد، ٢٠٠٨؛ مصطفى، ٢٠١١).

وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن أفعال النظافة القهرية تعتبر من أبرز الأفعال القهرية حيث تشكل ما نسبته ٥٠٪ من الأفعال القهرية. الجدير بالذكر أن هذه الأفعال تطل الذكور والإناث في نفس الوقت، وهذا ما أكدته دراسة سعفان (١٩٩٧) عدم وجود فروق بين الجنسين في بعد التلوث.

وبينت بعض الدراسات أن الأشخاص المصابين باضطراب الأفعال القهرية غير محظوظين بالزواج، كون

أغلبهم يخافون من القذارة والتلوث (العيد، ٢٠٠٨)

٢,٣,٤,٣ أفعال التأكد القهرية Checking Compulsions

تكون أفعال التأكد القهرية عادة عندما تكون لدى الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة أو التأكد مشاعر مضطربة حول عدم قيامهم بالعمل على أتم وجه، ويقومون بمراجعة الأعمال التي يقومون بها عدة مرات للتأكد من قيامها بالشكل الصحيح ويصابون بالقلق إذا لم يقوموا بذلك، فمثلاً: يقومون بمراجعة غلق الأبواب عدة مرات أو النوافذ أو الأجهزة الكهربائية أو أفران الغاز، وهنا يأخذ عامل الأمن والسلامة أهمية كبيرة ومفرطة لدى المصاب باضطراب الأفعال القهرية كونه لا يكفيه التأكد لمرة واحدة فقط، فكلما ذهب ليتأكد عاد مرة أخرى ليتأكد من جديد لأن الشك يلزمه في كل مرة يقوم بها (المبيض، ٢٠٠٦؛ الحمادي، ٢٠١٥).

تتم المراجعة بشكل للتأكد من أن الأشياء فيما إذا قد أنجزت بالصورة المثالية أو لا، ويعاني هؤلاء من صعوبة في إنجاز الأشياء بسبب التكرار والإعادة التي تلازمهم باستمرار، فتكرار الأفعال هنا يتم لكي تمنع حدوث أمر سيء، وترى هؤلاء منشغلين بشدة خوفاً من الوقوع في الخطأ، ويقوموا بمراجعة كل الأشياء بأنفسهم ليتأكدوا أن كل الأمور تمر على أكمل وجه (مصطفى، ٢٠١١). وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن أفعال التأكد القهرية تعتبر من أبرز الأفعال القهرية حيث تشكل ما نسبته ٦٣٪ من الأفعال القهرية. يمكن استخدام العلاج المعرفي في عملية المراجعة والتأكد ومثال على ذلك مريضة تراجع كثيراً وتتأكد من إغلاق موقد الغاز خوفاً من أن يسبب احتراق البيت كما حدث ذلك مسبقاً، وأخذت تتبع الخطوات العلاجية المعرفية حيث تساءلت ما هو أسوأ أن يحدث حقيقة، فكانت الإجابة زيادة نفقة شراء الغاز، وذهبت للنوم ومنذ ذلك الحين توقفت عن المراجعة (بلحسيني، ٢٠١٧).

٢,٣,٤,٤ أفعال التخزين القهرية Hoarding Compulsions

يطلق على أفعال التخزين القهرية بأنها ذاك السلوك الذي يقوم به المصاب بجمع وتخزين الأشياء التي تبدوا للأفراد الأسوياء عديمة القيمة، ويشعر المصاب أنه مجبر على جمعها وتخزينها لاحتمال بعيد من أن يكون لها فائدة ومنفعة مستقبلاً (العيد، ٢٠٠٨). وعَرَّف كل من فروست وجروس Frost & Gross, ١٩٩٣ أفعال التخزين والتجميع القهرية على أنها الإسراف في تجميع الأشياء وتخزينها، وعدم المقدرة على التخلص منها رغم عدم أهميتها، مما تعمل على تشكيل الفوضى والشعور بالكرب والضيق الشديدين (البناني، ٢٠١١).

ويحدث أن يقوم المصاب بجلب أشياء إلى المنزل ويبدو أنها عديمة النفع في نظر العائلة، أو يصبح لديه مكتبة أقرب إلى المخزن في المنزل، أو قد حيث يحتفظ حتى بفاتورة شراء كتاب معين، وهذا ينطبق على كافة الفواتير، أو يقوم بجمع أدوات معطلة، أو يحتفظ بكميات كبيرة من الأكياس القديمة، أو يقوم بالاحتفاظ بالملابس القديمة، وقد تتداخل العمليات بين أفعال التنظيف القهرية وبين أفعال التخزين القهرية، فعندما يقوم المصاب بتجميع بقايا الطعام والنفايات والحيوانات فهذا يؤدي إلى انتشار الأمراض والأوبئة، ناهيك عن كون الركامات المتراكمة تعمل على التضيق بأفراد العائلة، ومن هنا تتداخل الأمور وتحدث مشكلات عائلية ويصبح المصاب في وضع التوافق الأسري السيئ (البناني، ٢٠١١؛ مصطفى، ٢٠١١).

وينتشر هذا النوع من الأفعال كثيراً بين أواسط المجتمع، فقد أشار David et al., ٢٠٠٧، أن نسبة انتشار أفعال التخزين القهرية في الولايات المتحدة بنسبة ١-٢٪ أي بمعدل ٣-٦ مليون شخص أمريكي، وفي أوروبا ما بين ٤-٩ مليون شخص، وفي جميع أنحاء العالم بمعدل ٦٤-١٢٩ مليون شخص، وتؤثر هذه الأفعال بشكل كبير على حياة الفرد وحياة الآخرين من حوله، وتوصلت دراسة البناني

(٢٠١١) أن أفعال التخزين تنتشر بين أفراد العينة الإكلينيكية بنسبة ٤١,٥٪، وبين أفراد العينة الغير إكلينيكية بنسبة ١٥,٥٪، وأسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين أفعال التخزين واضطراب الأفعال القهرية (البناني، ٢٠١١).

قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعقلي ما يميز بين اضطراب الشخصية الوسواسية (OCPD) واضطراب الوسواس القهري (OCD) حيث وجدت في تشخيص (OCPD) إفراط في اكتناز أشياء ذات قيمة وأخرى لا قيمة لها، مثلاً تراكم أكوام من الأدوات التي لا قيمة لها في المنزل إلى حد يصعب التحول والسير داخله (الجاف وولي علي، ٢٠١٢).

وبناء على ما تم سرده سابقاً فتوجد عدة تصنيفات للأفعال القهرية أبرزها تصنيف أخطر وزملائه ١٩٧٥ حيث حدد شكلين للأفعال القهرية أولهما: الاستسلام للأفعال القهرية وهذا ما ظهر إن للدفاعات القهرية أفعال قسرية لدى ٦١٪ من المرضى المصابين بهذا الاضطراب، وثانيهما: التحكم في الأفعال، ويحدث لدى المصابين بنسبة ٦٪ كون أفعالهم تلهيهم وتحول انتباههم وتتيح لهم المجال في التحكم بالدفعه القسرية والسيطرة عليها بإرادة دون استسلام لها (عبد الخالق، ٢٠٠٢).

ويوجد تصنيف آخر للأفعال القهرية حيث يشمل فئة طقوس الاغتسال والنظافة وهذا متعلق بالتلوث والنظافة والجراثيم والنفائيات والقادورات، وفئة طقوس المراجعة ويتعلق ذلك بإعادة المصاب التأكد من العمل الذي قام به سابقاً متسائلاً إن كان أقامه على الوجه الصواب أم لا، وفئة الأفعال القهرية المضمرة، فبعض الأفعال القهرية تأخذ أحياناً السلوك المقنع، كترديد بعض الأناشيد والأدعية والأغاني سراً أو عد رقم معين دون أن يشعر به غيره، وفئة الأفعال القهرية الظاهرية، وهذا ما يلاحظ لدى الأفراد عند قيامهم بترتيب وتنظيم شيء ما، مثل الذي يقوم بتخزين العملات القديمة في خزانة لديه، أو تخزين أدوات بالية باعتقاده أنه سوف يحتاجها يوماً ما (العبد، ٢٠٠٨).

ومن مضار ذلك تكديس ما تم تجميعه وتخزينه في المنزل مما يسبب عائقاً لدى الأفراد الآخرين، وفئة وسواس البطء الذي قد يسبب ضياع الوقت لدى المصاب، وفئة التكرار القسري أو القهري، مثل تكرار تنظيف الأسنان بشكل مفرط إلى أن يظهر الدم، أو تكرار غسل اليدين بشكل كبير مما يسبب إزالة طبقة من الجلد، وفئة الأفعال القهرية المتتابة والنظام القسري والتي تتسم بالرتابة حيث يظهر هنا التنظيم المفرط والدقة المفرطة، وفئة السحر القسري، وهذه متعلقة بعملية اعتقاد الفرد بضرورة لبس أحذية أو رقية معينة، وفئة المقامرة القهرية، وهذه يعود ضررها من الناحية المادية مما تسبب إفلاس المصاب بهذا النوع من الاضطراب مما يقحمه في دوامة صعب الخروج منها، وفي مقياس بيل براون الذي قام بوضعه جودمان وآخرون ١٩٨٩ وضعت الأفعال القهرية ضمن الفئات التالية: أفعال التنظيف والغسل القهرية، أفعال التحقق أو التأكد القهرية، طقوس التكرار، أفعال العد القهرية، أفعال الترتيب والتنظيم القهرية، أفعال الحرص والتخزين القهرية، أفعال قهرية متباعدة (العيد، ٢٠٠٨).

ومن زاوية أخرى يرى أحمد (٢٠٠٣) أن من أهم الأفعال القهرية التي يعود ضررها على المجتمع "السرقة القهرية" وفحواها بأن يقوم الفرد بالسرقة وبدون الحاجة لما يسرقه ولا يوجد مبرراً لذلك، وقد يكون غنياً تتوفر لديه المادة وقادراً على الشراء، ويشعره ذلك بالراحة والسرور، كونه وقع فريسة لطقوس تسيطر عليه وتشعره بالحيرة والخطر والاضطراب الحاد، و"إشعال الحرائق القهرية" ومضمونها بأن يقوم المريض بإشعال النار في أي مكان، دون معرفة الدافع أو الهدف جراء ذلك، مما يشعره بالراحة والأمان والسرور.

٢,٣,٥ أسباب اضطراب الأفعال القهرية من وجهة نظر مدارس علم النفس

يرى "فرويد" إن المصابين باضطراب الأفعال القهرية قد حدث لهم تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من النمو النفسي الجنسي، وذلك نتيجة صراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على

عادات الحمام والنظافة، ويرى رواد المدرسة الفرويدية أن اضطراب الأفعال القهرية يمثل حرباً بين الهو (Id) والأنا (Ego)، حيث يتطور هذا الاضطراب عندما يبدأ الطفل في الخوف من دفعاتهم الغريزية (الهو) ويستخدمون حيل (الأنا) الدفاعية لتخفيض القلق الناتج، ويفترض أن التفاعل بين دفعات (الهو) والحيل الدفاعية (الأنا) يحدث على مستوى لا شعوري، لكن (الأنا) يكون واعياً لدفعات (الهو) (الطيب، ١٩٩٤).

ويفسر فرويد الأفعال القهرية في ضوء ثلاث حيل دفاعية أولاً: العزل Isolation: ويحدث هذا النوع من أجل حماية الشخص من القلق من تأثير حوافز غريزية معينة، وعندما يتم العزل تماماً فإن هذه الحوافز وما يرتبط بها من مشاعر تكبت تماماً وتبقى مجرد فكرة عديمة المشاعر وإن كانت مرتبطة بها، ثانياً: الحو أو الإبطال Undoing: وهو إزالة واستبعاد تجربة كريهة واقعية أو وهمية بفعل رمزي مضاد كما في العصاب القهري، ثالثاً: التكوين العكسي Reaction Formation: ويرى فرويد أنها لا تكون مسؤولة عن الأعراض المباشرة أي الأفعال القهرية، وإنما تكون مسؤولة عن السمة العامة التي يلاحظها المحلل النفسي في اضطراب الأفعال القهرية من تناقض صارخ في اندفاعات اللاواعي، والتصرفات التي يمارسها أو يقوم بها المريض واعياً (الطيب، ١٩٩١؛ الحجاوي، ٢٠٠٤؛ الخالدي، ٢٠٠٦).

وترى هورني "Horney" أن الأفعال القهرية تنشأ لدى الفرد نتيجة الظروف الاجتماعية والثقافية، وعلى وجه الخصوص تلك العوامل البيئية التي تعوق النمو النفسي السليم للطفل، وذكر سوليفان "Sullivan" أن للعوامل الاجتماعية والثقافية دوراً كبيراً في ظهور وتنمية الأعراض القهرية لدى الأبناء، ويبين أن تحمل المسؤوليات في فترة الطفولة يجعل المرء طبعاً للتطور القهري (الخالدي، ٢٠٠٦).

ويرى أصحاب النظرية السلوكية الأفعال القهرية في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي وغير المنطقي وهذا الاضطراب شأنه

شأن أي سلوك فتعلم من البيئة تحت شروط التدعيم، والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملاً معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق وتدرجياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق، فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك (جودة ، ٢٠٠٥؛ كنزة، ٢٠١٨).

وقد قدم بارلد (١٩٨٨) نقلاً عن جودة (٢٠٠٥) تصوراً نظرياً لأسباب هذا الاضطراب، ففيه يلعب إدراك الشخص للسيطرة دوراً مهماً وإن معظم الأسوياء تراودهم أفكار مقتحمة تهيئ لنمو هذا الاضطراب إذا تضافرت عدة عوامل في الوقت نفسه، والسلوك القهري يعتبر سلوك علني مثل تكرار الاغتسال، أو إعادة الفحص، أو تخزين أدوات بالية لا حاجة لها إلا غرض التخزين فقط، وهذا يأخذ شكلاً من السلوك المعرفي، وهذا التابع من السلوك يقود إلى آلام، وتوتر، وقلق، وبؤس، وإزعاج، وأفكار انهزامية.

ومن وجهة نظر فسيولوجية فإن الأفعال القهرية ترجع على أساس وجود بؤرة كهربائية تعمل على تكرار نفس الفكرة أو الحركة أو الاندفاع أو الصور، وقد تم تشبيه ذلك بالأسطوانة إذا تعطلت تقوم بتكرار نفس النغمة، وتكون البؤرة في نشاط دائم، وعلى اتصال بكافة الدوائر الكهربائية في قشرة المخ، أما الاجتماعية فتري الشخص المصاب بهذا الاضطراب تكون لديه استجابات متعلمة مكتسبة وباقية تخفف من القلق أو من أي انفعال سلبي آخر، فقد وجد أن آباء هؤلاء الأطفال يعجزون عن خلق جو المرح والتلقائية والضحك، بل قد يعاقبون الطفل على قيامه بهذه الأشياء، ويسعى آباء هؤلاء الأطفال لامتصاص الطفل واستيعابه لأوامر الآباء وحفظ القواعد المتوقعة (العيسوي، ٢٠٠٤؛ حمودة، ٢٠٠٧؛ كنزة،

٢٠١٨).

٢,٣,٦ المحكات التشخيصية لاضطراب الأفعال القهرية

صنفت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٢ الاضطرابات القهرية كفئة اضطراب مستقل وجاء في تصنيفها العاشر المعدل (ICD١٠) كالتالي: من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية Obsession Symptoms أو أفعال قهرية Compulsive Acts أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين متواصلين على الأقل، أن تكون مصدر للإزعاج. ومن أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتصف أعراض الأفعال القهرية بوجود فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يقاوم من أجل التخلص منه ولكن دون أي فائدة تذكر، ويجب ألا يكون تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة، ويجب أن يكون الفعل القهري متكرر بشكل مزعج (العيد، ٢٠٠٨؛ كنزة، ٢٠١٨).

ويقسم اضطراب الأفعال القهرية إلى عدة أنواع حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية (ICD١٠) إلى ما يلي: أولاً: اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية) Predominantly Compulsive Acts (Obsessional Rituals) ، وأغلب هذه الأفعال تدور حول النظافة وخاصة غسل اليدين أو التحقق المتكرر من شيء ما قد ينجم منه خطر فادح، أو التحقق من النظام والترتيب، أو التدقيق في شيء معين، ووراء هذه السلوكيات خوف يكون غالباً من خطر يصدر ضد الشخص أو منه، وهذه الطقوس التي يقوم بها الفرد ما هي إلا محاولة لمنع هذا الخطر، وتستنفذ هذه الأفعال وقتاً كبيراً لصاحبها مما تعيقه على القيام بأعماله المعتادة والطبيعية، ثانياً: أفكار وأفعال وسواسية مختلطة Mixed Obsessional Thoughts And Acts ويكون هذا النوع متمركز في أغلب المصابين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية (العيد، ٢٠٠٨).

ويتعرض المريض للقلق الحاد إذا لم يأت بالأفعال القهرية ويفسر الفرويديون هذا العصاب بأن أعراضه رمزية وأنها ترمز لصداق أو شعور بالذنب، فغسل اليد مرات متتالية إن هو إلا وسيلة لتطهير الشعور

بالإثم والذنب أو لغسل النفس عما بها من أفكار لعمل شيء قذر (اليسوي، ٢٠٠٤). وحسب تقسيم "روث" الذي أشار إليه leckman, ١٩٩٧ فإن أعراض الأفعال القهرية تشمل أفعال النظافة وتكرار الطقوس والعد والترتيب والنظام والتجميع والتخزين (كنزة، ٢٠١٨).

وفي نفس السياق يمكن تقسيم أعراض الأفعال القهرية إلى ما يلي: أولاً: التكرار القهري، وهذا ما يجعل المصاب باضطراب الأفعال القهرية يعيش في دوامة القلق ويعمل إلى عدم توافقه النفسي مما يؤثر على إنجازاته وإشباعه لحاجياته الأساسية، ثانياً: الأفعال القهرية المتتابة، وبها يهتدي المصاب وتصبح معه عادة وإذا قام بتغيير ما يكرره سابقاً فيدخله في دوامة القلق والضيق الشديدين، ثالثاً: النظام القهري، وهو إتباع نظام محدد لا يجيد عنه، فمثلاً يقوم المريض باضطراب الأفعال القهرية بترتيب ملابسه وفق نسق معين، أو يقوم بتنسيق أدواته وفق نظام محدد لا يمكن الاستغناء أو الحياد عنه، رابعاً: الأفعال القهرية المناهضة للمجتمع أو ما يطلق عليها ب (السيكوباتية) وتشمل الأفعال القهرية من أمثلتها السرقة القهرية كالشخص الذي يقوم بسرقة ركاب الحافلة وعندما يتم ضبطه يشعر بالخجل دون تقديم تفسيراً لهذه السرقة، وإشعال الحرائق وهي نفس السرقة القهرية يقوم بها الفرد دون أي مبرر ولكنها تشعره بالراحة، والفيتشية القهرية ويقصد بها التعلق بممتلكات الجنس الآخر وغالباً ما يكون دافعها جنسياً، ويقوم بها الفرد بهدف الحصول على الإثارة الجنسية منها (كنزة، ٢٠١٨).

ومن أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب توفر أعراض الأفعال القهرية لمدة أسبوعين متواصلين على الأقل وأن تكون مصدراً للتشويش والإزعاج وتتصف الأعراض بوجود توفر الفعل القهري على الأقل واحداً ويعمل المريض جاهداً لمقاومته ولكن دون أي نتيجة تحقق، ويجب ألا تكون فكرة الفعل القهري مصدراً للمتعة بحد ذاتها، ويجب أن تكون هذه الأفعال متكررة بشكل مزعج، ويجب على المريض أولاً وأخيراً إدراك إن هذه الأفعال نتيجة نزواته وأفكاره (كنزة، ٢٠١٨).

٢,٣,٧ شخصية المصاب باضطراب الأفعال القهرية

يرى عبد الخالق (٢٠٠٢) أن الفرد الذي يعاني من الأفعال القهرية تتسم شخصيته بالبطء الشديد في تصرفاتها مثل قيامهم بالاعتسال أو الحلاقة أو الاستحمام أو اللبس أو حل الواجبات أو إنجاز العمل المناط به. ويتصف كذلك بالمثالية والنزعة إلى الكمال، فليس لديه أنصاف حلول، بل يختلق حلول مثالية، ويرى الناس إما استثنائيين أو عاديين، ويتسم بالتكرار والرغبة في القيام بأعمال روتينية متكررة بدون أي هدف منطقي، ويتصف بالشح والبخل والترتيب والدقة والميل إلى التنسيق والتنظيم، والرغبة الشديدة والملحة لوضع الأشياء في نظام صارم لا يتغير، والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة في ترتيب الأشياء (Guggenheim & Nadelson, ١٩٨٢؛ غانم - ب، ٢٠٠٤).

يتصف الأشخاص المصابين باضطراب الأفعال القهرية بأنهم أكثر إظهاراً للسلوك الاندفاعي ودرجة اجتماعيتهم ضعيفة جداً مقارنة بنظرائهم الأصحاء ويتصفون كذلك بضعف النشاط الوظيفي لديهم، وانشغالهم غير الضروري بالمثل العليا واحترام التقاليد مع ميلهم للصلاية في الرأي وعدم المرونة في معاملة الناس (كنزة، ٢٠١٨).

ويمكن إيجاز الشخصية المصابة باضطراب الأفعال القهرية في النقاط التالية: الاستغراق بالتفاصيل والقواعد، الالتزام المفرط بالعمل والإنتاجية، تعارض مبدأ الكمال مع ادخار المهام، الإصرار على تقبل الآخرين بطريقته وقواعده، إظهار الصلاية والعناد وعدم المرونة، ضمير حي للدرجة الإفراط، عدم القدرة على التخلص من الأشياء البائدة (لي باير، ٢٠١٠).

٢,٣,٨ الاختبارات والمقاييس المستخدمة لاضطراب الأفعال القهرية

هناك مجموعة من الاختبارات والمقاييس والقوائم استخدمت في قياس الأفعال القهرية من أهمها مقياس بيل براون للوسواس القهري Yale Brown Obsessive Compulsive Scale: شمل هذا المقياس

مجموعة من الأعراض من ضمنها الأفعال القهرية: وتشمل على أفعال النظافة، وتكرار الطقوس، والعد، والترتيب والنظام، والتجميع والتخزين (Leckman, ١٩٩٧, ٩١٤).

وحضي المقياس العربي للوسواس القهري الذي صممه الدكتور أحمد عبد الخالق عام ١٩٩٢ رواجاً كبيراً، حيث استمد بنوده من مصدرين أساسيين هما: المراجع المختصة، والعوامل المستمدة من التحليلات العملية لقوائم الوسواس القهري (لايتون، مودسلي، بادوا)، واستخرجت ثمانية عوامل دالة وذات معنى من المقياس وهي: (عامل عام للوسواس القهرية، النظام والدقة والترتيب، التكرار والعد، المراجعة، استحواذ الأفكار والقهر، الاجترار، البطء، التدقيق (عبد الخالق، ١٩٩٢).

ومن ضمن المقاييس المستخدمة في قياس الأفعال القهرية قائمة النشاط القهري Compulsive Activity Checklist (CAC): طور هذه القائمة هلام وأوردها فيلبوت لأول مرة عام ١٩٧٥، ونشرت أول بيانات عنها عام ١٩٧٧ من قبل (ماركس وهلام وكوناللي وفيلبوت)، وتصلح هذه القائمة في التقييم الذاتي (سواء تقييم المريض لذاته أو تقييم المعالج له)، وتشمل على ٣٨ بنداً، ويتم تقديرها وفقاً لطريقة ليكرت في التقدير الخماسي (غانم-أ، ٢٠٠٤).

٢,٣,٩ آليات الدفاع لاضطراب الأفعال القهرية

يلجأ المصاب باضطراب الأفعال القهرية إلى مجموعة من الآليات الدفاعية وذلك بهدف خفض القلق والتوتر الناتج عن موقف ما، ومن أهم هذه الميكانيزمات: "النكوص" وهي متعلقة بخاصية الليبيدو عند فرويد، فعندما يتعرض الليبيدو عائق يذكر بالموقف الأصلي القديم الخاص بالتثبيت، وبالتالي يستجيب الفرد للموقف في الرشد بتكرار الاستجابات المقتحمة بالموقف الأصلي القديم، وفي اضطراب الوسواس والأفعال القهرية عن طريق الوجود القائم عند المصاب لاتجاهات قوية شرجية، فكل الوسواسيين يمتلكون طقوس سحرية وسرية. "الإلغاء" له دور كبير في تخفيف حدة اضطراب الأفعال القهرية، ويطلق

عليه الإلغاء الرجعي، ويتضمن القيام بعكس التفكير أو الفعل، وهدفه إزالة واستبعاد تجربة كريبهة واقعية، بفعل رمزي مضاد تجنباً للألم أو خفض التوتر والقلق، فمثلاً الغسل الدائم يصبح ضروري لإلغاء فعل سابق يتصف بالوسخ (خير الزاد، ١٩٨٤).

١٠,٣,٢ الطرق العلاجية المستخدمة لاضطراب الأفعال القهرية

هناك مجموعة من الطرق العلاجية المستخدمة للحد من اضطراب الأفعال القهرية كان أهمها "العلاج السلوكي Behavior Treatment" ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل السلوك القهري بالاعتماد على نظريات الإشراف في التعلم، باستخدام العديد من التقنيات، ومن أهم ما يمكن إتباعه من تقنية في هذا العلاج بأن تكون مدته من (٤-٦ أسابيع) وتتم عملية العلاج في ثلاثة وعشرون جلسة، وقد أكد على ذلك Marks, ١٩٧٤ بأن ما نسبته ٥٥٪ من المصابين بالأفعال القهرية نجح معهم العلاج السلوكي، وأن ما نسبته ٧٤٪ من التخفيف العلاجي لدى المرضى لديهم دافعية، وتتم الطريقة بتعويض المصاب بشكل مباشر للموقف الذي يثير الاضطراب التسلطي، ويقوم المعالج بإعداد سلم متصاعد الدرجات من الموقف المثير للاضطراب ومن ثم تشجيع المريض على مواجهته بالتدريج حسب درجة قوته من الأقل إلى الأشد والعكس (لكحل، ٢٠١٢).

ومن أهم الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي: "الاسترخاء العضلي" ويستخدم كأسلوب قائم بذاته لخفض التوتر من حالة الأرق والقلق الشديدين، ويطلب من المريض إرخاء عضلات جسمه أثناء تركيز انتباهه على أفكار أو مشاعر معينة، ويجب أخذ الخطوات التالية بعين الاعتبار عند القيام بالاسترخاء العضلي: أولاً: عملية الاسترخاء هنا هو الذي يشعر به المريض بالهدوء والراحة عند مواجهة المثير في ضوء القاعدة السلوكي، ثانياً: إذا تم تشتيت انتباه المريض أثناء الاسترخاء بعيداً عن مواجهة المثير خاصة عند استخدام فنية المواجهة، فإن الاسترخاء لا يحقق الهدف منه، ثالثاً: يفضل استخدام الاسترخاء على مدى

جلستين أو ثلاث جلسات، وتكون مدة كل جلسة ثلاثون دقيقة، كل خطوة من خطوات التمرين كله تستغرق ما بين عشرة إلى خمسة عشر ثانية (الأغا، ٢٠٠٩).

كذلك يتم استخدام عملية "التعريض ومنع الاستجابة" الهدف منها التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها، وذلك بواجهة المثيرات، وكذلك مواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق، كالاتساح بعد الغسيل، وفي الوقت نفسه يتم إعاقته أو منعه من القيام بطقوس التجنب المعتادة كالتنظيف، وتعتبر هذا النوع من العلاج من أكثر الفنيات السلوكية استخداما في علاج اضطراب الأفعال القهرية، واتضح مؤخراً أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي، أما منع الاستجابة فيقلل من الطقوس، ويفضل الجمع بينهما (عبد الخالق، ٢٠٠٢؛ الأغا، ٢٠٠٩).

وتوجد بعض الفنيات المعرفية العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب الأفعال القهرية أهمها: الاستبصار بالمرض، وربط المعرفة بالانفعال، وربط الماضي بالحاضر، وصرف التفكير، وإيقاف الأفكار، والواجبات المنزلية، ويمكن العلاج كذلك باستخدام العقاقير وخاصة المتضررين من تعاطي المخدرات، حيث تم تطوير الجزيئات التي تجمع امتصاص السيروتونين على المستوى المركزي والذي من شأنه أن يظهر مدى فعاليته في مكافحة الفعل القهري بشكل صحيح، كذلك يتم استخدام عقار الكلوميبرامين Clomipramine والإمبيبرامين Imipramine في عملية العلاج، وقد يتم استخدام العلاج الكهربائي ولكن في حالات نادرة وخطيرة مثل محاولات الانتحار والقتل، ويتم استخدام علاجات أخرى مثل العلاج الروحي الديني وهذا ربما ينتشر في بلدانا العربية بشكل كبير، وقد يستخدم العلاج الجراحي في القضاء على هذا الاضطراب (كنزة، ٢٠١٨).

أما فيما يتعلق بالطفل فعملية علاجه مرتبطة بدرجة كبيرة بالوالدين لصغر سن المريض، فلربما سلوك الوالدين قد يكون سبب في الأفعال والطقوس القهرية النابعة لدى الطفل، لذا يجب معاملة الطفل

بشيء من الحكمة، أما عندما يكون المصاب شاب ويافعاً فتستخدم طريقة التحليل النفسي وذلك بتلخيص "الأنا الأعلى" (لكحل، ٢٠١٢).

وبناء على ذلك نجد أن العلاج المعرفي هو أحدج التيارات الحديثة التي تهتم بصفة رئيسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إقناع المصاب بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التوافق النفسي، ويهدف العلاج المعرفي إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة واستبدالها بأفكار ملائمة تعينه على أن يكون متوافقاً مع نفسه ومع الآخرين (حسين والسيد وعطيفي، ٢٠١٩).

٢.٣.١١ العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية

لفهم العلاقة القائمة بين الوسواس والأفعال القهرية فقد أورد سيلفا وريكمان De silva & Ranchman, ١٩٩٨ العناصر التي يمكن أن تتواجد في خبرة الوسواس والأفعال القهرية منها أولاً: "المثير" ويعد حادث أو مؤثر يفجر الوسواس ويبرزه، وقد يكون المثير هنا ضيقاً أو كرباً أو شعوراً بالقلق، وقد يكون المثير خارجياً في البيئة المحيطة وقد يكون داخلياً، فمثلاً الرجل الذي يتبادر في ذهنه هل طعن شخصاً ما أم لا، فبمجرد رؤية أشياء حادة مثل السكين مثلاً يستفز هذا الشعور، فالسكين هنا مثير خارجي يحثه على الوسواس ويستفزه، وأما المثيرات الداخلية فتشمل أحداث عقلية تثير الشخص وتوسوس له مثل المرأة التي تتذكر فيها والدتها المتوفية تمر بحيرة وسواسية متصلة بالموت فالذكرى هنا تعد مثير داخلي تثير الوسواس.

ثانياً: "الشعور بالضيق" عادة ما تؤدي الوسواس الشعور بالضيق والكآبة وعدم الراحة، ثالثاً: "الدفعة القهرية" يوجد اندفاع لدى الفرد للقيام بسلوك قهري نتيجة إثارة الوسواس له، ولكن يجب التنويه هنا أنه ليست كل خبرة وسواسية قهرية تتضمن الدفعة القهرية، رابعاً: "السلوك القهري" هو السلوك

الناتج عن الدفعة القهرية، ومصطلح القهر هنا يشير إلى الدفعة القهرية والسلوك القهري، خامساً: "خفض الضيق" يشعر المصاب بنوع من الراحة المؤقتة عند قيامه بسلوك قهري، سادساً: "الخوف من وقوع كارثة" شعور يتبادر لدى المصاب أنه سوف تحدث كارثة معينة فيما إذا لم يقم بأي سلوك قهري. سابعاً: "المسؤولية المتضخمة" يشعر المصاب بالمسؤولية لأي حدث حتى وإن كان ليس له علاقة أو ليس له السيطرة عليه، ويتولد لديه الشعور بالذنب، ثامناً: "البحث عن إعادة التوكيد والطمأنينة" يتبادر في ذهن المصاب مجموعة من الأسئلة مثل: هل قام بالفعل على أكمل وجه، هل قام بغلق موقد الغاز، هل أغلق الباب بشكل محكم، وهكذا تتبادر مثل هذه الأسئلة لدى المصاب ويشعر بالطمأنينة كلما كرر نفس الفعل، تاسعاً: "التجنب" يكون السلوك التجنبي عادة في الموضوعات والمواقف التي لها علاقة بإثارة الوسواس والأفعال القهرية، على سبيل المثال من يعاني من وسواس النظافة عادة يتجنب كل ما يعتقد أنه ملوث وقذر (بلحسيني، ٢٠١٧).

وحتى تتضح الرؤية لابد من فهم العلاقة القائمة بين مفهوم الوسواس من جهة وبين مفهوم الأفعال القهرية من جهة أخرى، ويتضح ذلك من خلال ما أشار إليه المفكرين والباحثين المهتمين بالقضايا المتعلقة بعلم النفس مثل عكاشة (١٩٩٢) الذي رجح بوجود الوسواس والأفعال القهرية معاً، وذكر على أنه اضطراب يشمل وسواس على هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودها معاً، ويوقن المريض بتفاهة وسخافة هذه الوسواس، ويبدل محاولات كثيرة ومستمرة في سبيل مقاومتها وعدم الاستسلام والخنوع لها ولكن دون جدوى، مما يسبب له كثير من الآلام النفسية والعقلية مثل القلق والأرق والخوف والشعور بالضيق.

وفي ذات السياق أشار عبدالله (٢٠٠٧) أن الوسواس والأفعال القهرية كلاهما يشتركان في عملية الهيمنة أو السيطرة أو التسلط أو الإلحاح على المريض، ويشعر بها وينتابه الألم والقلق والضيق إذا حاول

مقاومتها أو إغفالها، ويكمن الاختلاف بين الوسواس والأفعال القهرية كون الوسواس أفكار ضمنية داخلية، أما الأفعال فلا تعدوا كونها فعل حركي ظاهري. وما يؤيد ذلك، ما ذكره (Miovic ٢٠٠٧) على أن هناك علاقة وطيدة بين الوسواس والأفعال القهرية كون الوسواس عبارة عن أفكار، أو دوافع، أو رؤى، أو تخيلات أو صور متكررة، وتعتبر دخيلة وزائدة وغير مرغوب بها ولا يتقبلها المجتمع، أما الأفعال فتعد تصرفات أو سلوكيات متكررة مثل "غسل اليدين، الاستحمام غير الطبيعي، البصق، التأكد، التكرار، الترتيب، أو التدقيق" أو تصرفات أو سلوكيات عقلية مثل "تلاوة الصلاة، العد، تكرار الكلمات بشكل صامت، والهدف منها خفض القلق.

ويرى أبو هندي أن الغالبية العظمى أكثر من (٩٠-٩٥٪) من حالات الأفعال القهرية تكون مصحوبة بوسواس قهري والعكس أيضاً صحيح، فعندما يقوم المريض بغسل يديه بشكل غير طبيعي فأن ذلك يحدث نتيجة لوسواس متعلق بالنظافة أو التلوث، وعملية الغسل غير الطبيعية تخفف من حدة القلق والتوتر والآلام، وكذلك عندما يقوم المريض بعملية التحقق أو التأكد القهرية، فأن ذلك يحدث نتيجة لوسواس وشكوك متعلقة بإتمام فعل ما على أتم وجه، فعملية التحقق هنا تخفف من حدة القلق والتوتر ومن حدة وإلحاح الشكوك. على النقيض من ذلك فإن العلاقة القائمة بين الوسواس والأفعال القهرية لا تكون منطقية دائماً، فقد لا تحدث أحياناً أي علاقة بينهما، كأن يجد المريض نفسه مضطراً إلى البقاء واقفاً على أطراف أصابع قدميه طوال الليل، لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده في ظلام البحر، وتوجد الكثير من الحالات يقوم بها المريض تخلو من الوسواس القهرية، ولا يوجد هناك أي تفسير لها سوى توفير الراحة والأمان (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

وأشار عكاشة (٢٠٠١) حسب دراسته التي قام بها على بعض مرضى الوسواس القهري في البيئة المصرية بأن نسب الأعراض القهرية كما يعرضها المرضى عند مراجعتهم للطبيب النفسي كانت كما يلي:

أفكار تسلطية فقط في نسبة ٢٨.٩٩ % من المرضى ؛ أفعال قهرية فقط في نسبة ٣١.١١ % من المرضى ؛ أفعال قهرية وأفكار تسلطية في الوقت نفسه في نسبة ٤٠ % من المرضى . أما الدراسات الغربية فإنها تقسم النسب حسب نوعية المرضى وليس حسب السبب الذي يذهب به المريض إلى الطبيب النفسي، والنسب كالتالي: مرضى يعانون من أفكار تسلطية فقط وتبلغ نسبتهم ٩ %؛ مرضى يعانون من أفعال قهرية فقط وتبلغ نسبتهم ١٠ %؛ مرضى يعانون من أفكار تسلطية وأفعال قهرية وتبلغ نسبتهم ٩٠ % (أبو هندي، ٢٠٠٣).

وفي دراسة عبد الخالق ورضوان ٢٠٠٢ فقد ظهر أن حوالي ما نسبته ٨٠ % من الأفراد لديهم وساوس تسلطية وأفعال قهرية معاً، في حين قلة من الأفراد تعاني من الوسواس وحدها، ونادراً ما توجد طقوس قهرية خالصة دون أن يصاحبها أفكار وسواسية، وعادة ما يسبق الوسواس الأفعال القهرية، وأحياناً قد تلي الأفكار الوسواسية القيام بالأفعال القهرية وخاصة مع الشك الوسواسي، ويدل على ذلك وجود حوالي ما نسبته ٦٩ % من الأفراد يمتلكون وساوس وأفكار قهرية، وأن ما نسبته ٢٥ % يكون لديهم وساوس فقط، في حين تبلغ نسب الحالات القهرية ٦ % (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

٢,٣,١٢ العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية وبين العمر

يتأثر اضطراب الوسواس والأفعال القهرية ببعض المتغيرات أهمها العمر، وقد يتبين أن العمر الزمني يؤثر في شكل ومستوى الأعراض الوسواسية والأفعال القهرية، حيث كانت أكثر الأعراض تكراراً لدى المرضى بعد عمر الثلاثين، وقد تكون أعراض الوسواس والأفعال القهرية في مرحلة الطفولة وخاصة المتأخرة منها، وتزداد أثناء المراهقة والشباب وأن أعلى نسبة لها تنحصر ما بين العشرين إلى الثلاثين عاماً، ومما يؤكد على ذلك دراسة هونجو "Hongos, ١٩٨٩" التي قام بها لمعرفة بداية انتشار أعراض الوسواس

والأفعال القهرية وأشارت النتائج إلى إن أعراض الوسواس والأفعال القهرية تبدأ من سن العاشرة لدى الذكور وفي سن الثالثة لدى الإناث (كنزة، ٢٠١٨).

وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن هناك إشارات إلى احتمال الوسواس والأفعال القهرية يبدأ في فترة الطفولة مختلفاً عنه في فترة الرشد، إلا أن هذا الاضطراب لم يحظ بالاهتمام والدراسة العلمية إلا في العقد الأخير كونه اضطراب نادر الحدوث في الطفولة، وينتشر لدى المراهقين بنسب عالية. ومما يؤكد على وجود علاقة بين الوسواس والأفعال القهرية وبين العمر دراسة كلاً من Ghoreishil & Nikmanesh (٢٠١٤) التي أشارت بوجود علاقة دالة إحصائية بين الوسواس القهري والعمر، ودراسة توفيق (٢٠٠٠) التي دلت بوجود فروق بين عينة طلبة المرحلة الثانوية وطلبة المرحلة الجامعية بحيث حصلت طلبة المرحلة الثانوية على متوسط أعلى، وعلى النقيض من ذلك أشارت الدراسة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية، في حين أشارت دراسة عبد الخالق والدماطي (١٩٩٥) تساوي كلاً من طلبة المرحلة الثانوية والجامعة في نسب انتشار الوسواس القهري. وأشارت دراسة سعفان ١٩٩٢ إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الأفكار الوسواسية ترجع إلى العمر الزمني لصالح الأكبر سناً (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

ووفق تلك المعطيات يتضح بأن هناك علاقة بين الوسواس والأفعال القهرية وبين عمر الفرد، ويرى الباحث بأن ضغوط الحياة التي تعترض مسيرة الفرد تؤثر على نموه وتجعله أسير تلك الضغوط والأحداث من خلال التفكير السلبي الناشئ من الصراع الذي ينتابه الحين والأخرى مما يؤثر على توافقه النفسي، وأشار مصطفى (٢٠١٤) في دراسته على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التوافق النفسي والعمر.

٢,٣,١٣ العلاقة بين الوسائوس والأفعال القهرية وبين النوع الاجتماعي

يوجد خلاف حول متغير النوع الاجتماعي وعلاقته باضطراب الوسائوس والأفعال القهرية، فتشير بعض الدراسات عدم وجود فروق بين الذكور والإناث مثل ما جاء في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، في حين أشارت بعض الدراسات إلى وجود فروق بينهما ولصالح الإناث، أي أن نسبته لدى الإناث أكثر عنه من الذكور، وقد ويرجع ذلك كون عمل الذكور يكون خارج البيت وهذا يبعدهم عن الروتين الممل في المنزل، أن نوع العمل الذي يقوم به الرجل يلعب دوراً كبيراً في تقليل نسبة إصابته بهذا الاضطراب كونه لا يرتبط بالطهارة والنجاسة والمواقف التي تثير الوسوسة، وكونه يتعامل مع المجتمع أكثر من الإناث ولا يتعرض للأمراض التي تتعرض لها الإناث مثل الحمل والولادة التي غالباً ما تثير الوسائوس (العيد، ٢٠٠٨).

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الوسائوس والأفعال القهرية وبين نوع الاجتماعي، ومن أهم هذه الدراسات دراسة الفزارية والسفاسفة وإبراهيم (٢٠١٧) التي بينت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين كلاً من الذكور والإناث في مستويات انتشار الوسائوس والأفعال القهرية، ودراسة كلاً من (٢٠١٤) Ghoreishil & Nikmanesh التي أشارت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين كلاً الوسائوس والأفعال القهرية وبين النوع.

تباينت الآراء في تقدير الفروق بين الجنسين في الوسائوس والأفعال القهرية، ومن خلال الاطلاع على الدراسات والبحوث وجد أن نسبة الإناث ٤٩ مقابل ٥١ أي أن الإناث أكثر عرضة من الذكور لاضطراب الوسائوس والأفعال القهرية (كنزة، ٢٠١٨). وهذا ما أكدته بعض الدراسات مثل دراسة (٢٠٠٩) Yoldascan, Ozenli, Kutlu, Topal & Bozkurt كما أشارت إليه والفزارية والسفاسفة

وإبراهيم (٢٠١٧) التي بينت على وجود علاقة دالة إحصائياً بين الوسواس والأفعال القهرية وبين النوع

الاجتماعي، حيث أن الإناث أكثر تعرضاً لهذا النوع من الاضطراب عنها من الذكور.

وأشارت دراسة جودة (٢٠٠٤) أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس والأفعال القهرية،

و دراسة عبد الخالق ورضوان (٢٠٠٢) التي أظهرت فروقاً ذا دلالة بين الإناث والذكور فيما يتعلق بمستوى

انتشار الوسواس والأفعال القهرية، حيث حصلت الإناث على متوسط أعلى من الذكور، ودراسة توفيق

(٢٠٠٠) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين لدى العينة الجامعية لصالح الإناث، ودراسة

العنزي (١٩٩٧) التي بينت أن التلميذات كن أعلى من التلاميذ في الوسواس والأفعال القهرية. وأشارت

دراسة فرج، ١٩٩٩ ودراسة سحافان ١٩٩٧ على وجود علاقة دالة إحصائياً بين الجنسين في الأفكار

الوسواسية لصالح الذكور (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

وعلى النقيض من ذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى عدم وجود هذا النوع من العلاقة مثل

دراسة الرماوي، عمر والريماوي، أميرة (٢٠١٤) التي بينت عدم وجود دلالة إحصائية للوسواس والأفعال

القهرية وبين متغير الجنس، ودراسة كلاً من Sulkowski. Mariaskin & Storch (٢٠١١) عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين كلاً من الذكور والإناث في نسب انتشار الوسواس القهري، ودراسة عبد

الخالق والدماطي (١٩٩٥) التي بينت عدم وجود فروق بين كلاً من الذكور والإناث في انتشار الوسواس

والأفعال القهرية، ودراسة عبد العزيز وعز الدين (٢٠١٥) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية تبعاً

لمتغير الجنس.

٢,٣,١٣ علاقة الأفعال القهرية بالتوافق النفسي

يعاني الأفراد المصابون باضطراب الأفعال القهرية أو القسرية من انعدام الرؤية الصحيحة للذات

وإدراكها كما هي عليه، ويرجع ذلك إلى أن اضطراب الأفعال القهرية يؤدي إلى تشوه معرفي لدى الفرد

وهذا ما أشارت إليه النظرية المعرفية التي تعتمد عليها هذه الدراسة، وهذا التشوه المعرفي يؤدي إلى معتقدات لا عقلانية وأفكار سلبية وأنماط تفكير لا منطقية، والمبالغة وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، مما يجعل الفرد يعاني من اضطراب الأفعال القهرية وغير قادر على إدراك ذاته وخصائصها ونقاط القوة والضعف في شخصيته، وهذا يفقده توازنه مما يجعل عملية توافقه النفسي سيئة للغاية، لأن سيطرة الطقوس القهرية على ذهن المصاب باضطراب الأفعال القهرية تجعل إدراكه لذاته منخفضاً جداً وغير واقعياً، مما يصعب الفرد التخلص من هذا الاضطراب وتصبح حياته دائماً في قلق وأرق وخوف وإرهاق وهذا يجعل عملية التوافق النفسي صعبة جداً (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة سلبية بين التوافق وكلاً من القلق والاكتئاب والوحدة النفسية والعداية والاندفاعية مثل دراسة Demir, ١٩٩٩ ودراسة Whisman & Bruce, ١٩٩٩ ودراسة Eunjung, ٢٠١٢ ودراسة Trevino, ٢٠٠٧ ودراسة Maille, ٢٠٠٣ وهذه الأعراض لها علاقة بالأفعال القهرية كون الأفعال مرتبطة بالقلق والخوف والاكتئاب والاندفاعية مما يؤثر على توافق الشخص ويجعله يعيش في دوامة اليأس والانكسار، وعلى النقيض من ذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين الأفعال القسرية للوسواس وكلاً من الأفكار اللاعقلانية والقلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وأنماط التفكير غير السوية، كما ارتبطت الأفعال القهرية إيجاباً بالمبالغة وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والكمالية والعصابية مثل دراسة عبد الخالق والنيال، ١٩٩٠، ودراسة خضر، ٢٠٠٠، ودراسة Castle. et al., ١٩٩٥، ودراسة Ronnongstam, ١٩٩٦، ودراسة Skodal, et al., ١٩٩٥، ودراسة Kaye. (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

تظهر الطقوس القهرية إذا تسببت في ضيق وكرب واضحين، واستغراقها أكثر من ساعة واحدة يومياً، وتؤثر في الفرد من حيث قيامه بوظائفه المهنية والاجتماعية السوية، فيدرك الفرد أنه واقع في معضلة

قد لا يخرج منها، وتراوده أفكاراً تلو الأخرى ويشعر من جديد بالقلق والضيق ولا يهدى له بال ولا تغمض له عين إلا بالقيام بفعل يهدي من باله ولو لفترة قصيرة، كل ذلك يعرقل من حياته الطبيعية التي يعيشها ويؤثر على علاقته بالآخرين مما يفقده توازنه النفسي ويصبح سيء التوافق (أخرس، ٢٠١٧).

وفي ضوء ذلك يرى الباحث ضرورة التعرف على العلاقة بين الأفعال القهرية والتوافق النفسي لدى طلبة الجامعات ومعرفة الفروق بينهما ومدى إمكانية التنبؤ بالأفعال القهرية من خلال التوافق النفسي، وذلك كون الأفعال التي تصيب الطلبة وتسيطر عليهم تجعلهم يعيشون في صراع دائم يحتويه نوع من القلق والأرق والإرهاق والخوف والشعور بالفشل مما يؤثر على توافقهم الأكاديمي وينخفض مستوى تحصيلهم وهذا يؤثر على مستقبلهم المهني والأسري، لذا جاءت هذه الدراسة مكتملة لما قبلها من الدراسات لمحاولة الكشف عن هذه العلاقة وما يتخللها من عوامل مؤثرة على طبيعتها.

٢,٤ التوافق النفسي

يُعد التوافق النفسي من أهم مرتكزات الشخصية السوية، وذلك لأنه ينعكس على أبعاد التوافق الأخرى مثل التوافق: الاجتماعي، الجنسي، العضوي، الأكاديمي، الانفعالي، الأسري، وينجم عن اعتلال التوافق النفسي لدى الفرد الشعور بالقلق والضيق والارتباك والحزن والانفعال المفرط والشعور بعدم الأمان والاستقرار واضطراب العلاقة بينه وبين الآخرين، والشعور بالعزلة والغربة وتنتابه الأفكار الوسواسية وتغرقه في أوهام وتخيلات وصور مما يجعله يندفع حول ممارسة سلوك قهري للتقليل من هذا القلق والأرق الذي يشعر به، ومعاناة الشخص غير المتوافق لا تنحصر بما ذكر أعلاه بل تتعداه بحيث يشعر الشخص الغير متوافق بعد وجود أهداف محددة له وبأن حياته لا معنى لها وهذا يصيبه بنوع من الإحباط واليأس من الحياة (الجناعي، ٢٠١٩).

ويعتبر التوافق عملية دينامية مستمرة بين سلوكيات الفرد والبيئة، وحتى يحدث التوازن بين الفرد وبيئته لا بد أن يتضمن إشباع حاجات الفرد ضمن متطلبات البيئة، وتعد الصحة النفسية أساس التوافق النفسي لدى الفرد، فمن خلالها يمكن تحديد التوافق السليم عنه غير السليم بالأساليب التي ينتهجها الفرد من أجل تحقيق التوافق النسبي مع بيئته (زهران، ٢٠٠٥)، وفي ذات السياق أشار كلاً من الكحيمي ووجدان ومصطفى (٢٠١١) على أن التوافق أمراً نسبي للغاية، ويختلف باختلاف المكان والزمان، فلربما يكون الفرد متوافقاً في مجتمع من المجتمعات وغير متوافقاً في مجتمع آخر، وأحياناً قد يكون نوع من السلوك مقبولاً في مجتمع ما وغي مقبول في مجتمعاً آخر، فالمزاج الهادئ قد يقابل في مجتمع ما بالقبول، ويقابل بالرفض في مجتمع آخر، كون نمطه التشدد والخشونة.

والتوافق النفسي يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمة، ولا تورط الفرد في محظورات تعود عليه بالعقاب، ولا تضر بالآخرين أو بالمجتمع، فالفرد المتوافق توافقاً حسناً هو الذي ينجح في تحقيق التوازن في بيئته، والعكس صحيح، فالشخص الذي يسرق الطعام وهو يملك المال لشراء ما ينقصه أو يسد به جوعه، يوصف بشخص سيء التوافق (Prosser, ٢٠٠٥).

ويعاني طلاب الجامعة من كثير المشكلات المعرقة لتوافقهم النفسي مع المرحلة الجامعية، ومن أهم هذه المشكلات: قلق الامتحان، قلق المستقبل، الضغوط النفسية والأكاديمية، تدني مستوى التحصيل، قلة الوقت المتاح للمذاكرة، النسيان، عادات المذاكرة الخاطئة، انخفاض مفهوم الذات، والضغوط المادية والاقتصادية، ويرتبط الأداء الدراسي ارتباطاً وثيقاً بالتكيف والتوافق مع الحياة الجامعية، فتفوق الطالب في الجامعة مرهون بتوافقه وتكيفه مع الحياة الجامعية بشتى وظائفها ومتطلباتها الاجتماعية والنفسية (رجب، ومحمد، ٢٠١٣).

ويرى كيسكر ١٩٧٧ (Kisker) نقلاً عن قشمر (٢٠١٩). أن طلبة الجامعات لهم خصائص مميزة ويواجهون مواقف ضاغطة ويعانون من مواقف وأزمات عديدة تتمثل في مواجهة الامتحانات والعلاقات مع الزملاء والأساتذة والمنافسة من أجل النجاح، ناهيك عن المشكلات العاطفية كونهم في مرحلة المراهقة، وتأثيرات البيئة الجامعية وعمليات التأقلم مع الأنظمة والقوانين الجديدة، والتعرف على أصدقاء من مختلف البيئات، وعوامل الضغط والصراع الذي يعيشه الطالب كونه طالب ومستقبلاً عامل، وما ينتابه من مستقبل مهني غامض وحياة أسرية مجهولة.

٢,٤,١ تعريف التوافق

التوافق كغيره من المفاهيم النفسية الأخرى، ليس له تعريف محدد، فالتوافق له معان مختلفة تختلف باختلاف الموضوع الذي يستخدم فيه، حيث اختلفت التعاريف حسب الاتجاهات الفكرية المختلفة، ويشير ابن منظور (٢٠١٤، ٢٥١) "إن التوافق مأخوذ من وفق الشيء ما لاءمه، وقد وافقه موافقةً، ووفقاً واتفق معه وتوافقاً". فالمعنى القاموسي له يشير إلى عمل الترتيبات أو التنظيمات المختلفة أو الإعداد لعمل شيء ما، أو إعادة تنظيم شيء ما بحيث يصبح منظماً، أو السعي إلى تحقيق الانسجام بين عناصر موضوع ما، أو إعداد الأشياء لكي تتفق مع مستوى معين، أو لكي يخدم هذا الإعداد غرضاً معيناً (العيسوي، ١٩٩٠). والتوافق في أصله بيولوجي يعني به داروين قدرة الكائن الحي على مواجهة الظروف البيئية بما يحتويها من تغيرات بحيث تعمل على إشباع حاجياته (الموشي، ٢٠١٩).

ولفهم التوافق النفسي بشكل أعمق لابد من تحرير مصطلح التوافق، فقد عرفه كارل روجرز بأنه "قدرة الشخص على تقبل الأمور التي يدركها بما في ذلك ذاته، ثم العمل من بعد ذلك على تبنيها في تنظيم شخصيته" (القذافي، ١٩٩٨)، في حين عرفه الشاذلي (٢٠٠٢) بأنه مجموعة من العلاقات المنسجمة

مع البيئة والتي تتضمن القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد ولها القدرة على تلبية البعض من مطالبه البيولوجية والاجتماعية.

وقد أشار له إيزنك "Eysenck" بأنه "حالة من علاقة التجانس مع البيئة التي يستطيع الفرد الحصول على الإشباع لمعظم حاجاته وأن يحقق المتطلبات الجسمية والاجتماعية (عبد الحميد، ١٩٩٨)، وعرفه Allen (١٩٩٠) بأنه علم نفس يعمد على فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره لرسم أهداف معينة لمواجهة الضغوط اليومية التي يتعرض لها. وقد أشار إليه ريفيرا (٢٠٠٧) Rivera كذلك بأنه حالة من الانسجام في العلاقة بين الفرد وما يدور حوله.

٢,٤,٢ تعريف التوافق النفسي

يعرف التوافق النفسي على أنه "التوازن المنسق بين الكائن وما يحيط به، بحيث تعمل كل الوظائف التي تحافظ على استمرارية الكائن بشكل سوي ولا يمكن التوصل إلى هذا التوافق التام فهو مجرد نهاية نظرية لمتصل "تدرج" من درجات التوافق الجزئي (English & English, ١٩٥٨)، ويشير إليه زهران (٢٠٠٥) بأنه "عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة "الطبيعية والاجتماعية" بالتغيير والتعديل، حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة.

وتعرف الغريب (٢٠١٨) التوافق النفسي بأنه عملية دينامية مستمرة يحاول الفرد من خلالها تقبل الواقع الذي يبدو الآن مستحيلاً، وتعديل ما يمكن تعديله في سلوك البيئة من حوله، للوصول إلى حالة من الاستقرار والتوازن الذين يحتاجهما الفرد لإشباع حاجياته وتحقيق متطلبات البيئة. والتوافق النفسي هو حالة من الاتزان الداخلي للفرد ويشعر الفرد بحالة من الرضاء عن نفسه، تزامناً مع الخلو النفسي من التوتر والصراع، وهذه الحالة قد يصاحبها تفاعل إيجابي مع الواقع والبيئة (الطراونة، ٢٠١٨).

والتوافق النفسي هو نوع من التوازن يحققه الفرد مع بيئته المحيطة، للوصول إلى درجة الانسجام، بحيث يكون الفرد قادراً على إشباع حاجاته ومواجهة متطلباته الجسمية والاجتماعية والنفسية (Depping, ٢٠١٠). ويطلق wilson (١٩٦٧) عليه بأنه الخلو النفسي من الانفعالات السلبية، كالخوف والقلق والإحساس بالذنب والصراع والشعور بالاكفاء الشخصي، والسعادة العامة، وأنه القدرة على معرفة نفسه بطريقة موضوعية وحقيقية، وبالتالي تقبله لنقط ضعفه وقوته وتنمية لقدراته إلى أقصى حد ممكن (مجلة سلسلة علوم التربية، ١٩٩٨). ويطلق كذلك على التوافق النفسي بتلك العملية التي يتكيف بها الفرد مع نفسه ومع بيئته الجديدة ويعتبر المحتوى الاجتماعي النفسي للتوافق الاجتماعي نقطة التقاء بين الجماعة وتوجهاته القيمية (أبشر، ٢٠١٨).

ومما سبق يتضح لدى الباحث إن هناك كثير من التعريفات المتعلقة بالتوافق تختلف باختلاف وجهات نظر العلماء والباحثين وتعدد بتعدد المجالات التي يتصل بها الفرد، وقد يعود ذلك لبعض المبررات الجوهرية التي تكمن في زاوية الرؤية التي نظر منها كل مفكر، كما ويلاحظ أيضاً تأثير العامل الزمني في تباين نظرة المفكرين والباحثين والعلماء ورؤيتهم حول ذلك، ومع هذه التباينات إلا إن جميعها تنصب حول الاتجاهات النفسية الشخصية والاجتماعية والبيئية والبيولوجية، وبشكل عام فإن عملية التوافق هي عملية المواءمة بين حاجات الفرد ومطالبه البيئية. وإشباع حاجاته الأساسية، وما يترتب عليه من حدوث تغير في سلوك الفرد أو في بيئته أو الاثنين معاً.

٢,٤,٣ نشأة مفهوم التوافق النفسي

ترجع نشأة مصطلح التوافق إلى القرن التاسع عشر، حيث تنبثق جذور المفهوم من نظرية "داروين" (١٨٨٩) Darwin اللاماركانية ويرادفه مصطلح آخر هو التكيف، ليشير إلى مفهوم بيولوجي، حيث أن الكائن الحي يحاول المواءمة بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء. أما من

الجانب النفسي فقد اخذ علم النفس المفهوم البيولوجي واقعه في المجال النفسو - اجتماعي باسم "التوافق" بديلا لمصطلح "التكيف" ليبين بطريقة أفضل على العملية السلوكية التي بواسطتها يتمكن الكائن الحي من إشباع رغباته والتغلب على العوائق النفسية والاجتماعية والبيئية (فارس، ٢٠٠٧).

ويرى المليجي (١٩٧٣) أن استخدام لفظ التكيف يكون للدلالة على التكيف البيولوجي، أي التكيف مع البيئة، في حين يستخدم لفظ التوافق للدلالة على التكيف الاجتماعي بوجه عام. أما لازروس "Lazarus" فيرى في مفهوم التكيف بأنه انبثق من علم الأحياء، وكان حجر الزاوية في نظرية داروين "Darwin" للنشوء والارتقاء، وقد أستعير وعدل من قبل علماء النفس وأطلق عليه اسم "التوافق" ويؤكد على كفاح الفرد للبقاء أطول مدة أو العيش في محيطه الطبيعي والاجتماعي (Lazarus, ١٩٧٦).

أما مخيمر (١٩٨٤) فيرى أن هناك التوافق وهناك التواءم، حيث أن التوافق تلاؤم وتناغم على مستوى الأعماق ما بين الفرد وبيئته، وبينما يظل التواءم في مستوى السطح لا يزيد على أن يكون مساهمة ومجاعة للبيئة. ويشير زهران (٢٠٠٥) إن الإنسان يتكيف بيولوجيا ويتوافق نفسيا واجتماعيا، وإذا يبدأ التكيف وهو جنين في بطن أمه، ويستمر ذلك طول حياته بعد الولادة، في حين يبدأ توافقه النفسي والاجتماعي مع تكوين ذاته في السنوات الأولى من حياته، وبهذا ترتبط العمليتان، التكيف والتوافق ارتباطا وثيقا بمراحل النمو المختلفة التي يمر بها الإنسان، انطلاقا من خصائص كل مرحلة ومطالب النمو فيها علما بأن هذه المطالب تختلف من مرحلة إلى أخرى ابتداء من مرحلة الطفولة وانتهاء بالشيخوخة. ويمكننا القول بأن مفهوم التوافق كغيره من المفاهيم النفسية الأخرى عرف تطورا واضحا وأرتبط ارتباطا وثيقاً بعلم الأحياء، ليتفرد فيما بعد بطابعه النفسي الخاص.

٢,٤,٤ طبيعة التوافق النفسي

يعد التوافق عملية سلوكية، دائما ما يجتهد الفرد من خلالها في تحقيق الراحة النفسية والاطمئنان والرضا نتيجة تحقيق الذات والقدرة على التكيف مع البيئة والتفاعل مع الآخرين، فالتوافق عملية نسبية ومستمرة، فالفرد كي يتوافق لابد أن يكون في وئام وسلام مع الآخرين في الموقف التوافقي، وذلك بتحديد الحاجات والمطامح الغير مقبولة ورغبات الآخرين (فارس، ٢٠٠٧).

ويلعب التوافق دورا كبيرا في حياة كل فرد لقدرة على تكيف الشخص في بيئته الاجتماعية وفي مختلف الحالات مع الآخرين والتي تطبع في علاقته مع أسرته ومجتمعه ومعايير البيئة الاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية، كذلك كونه التغيير لمسايرة البيئة بهدف الوصول على أكثر المزايا نفعا وراحة، حيث يحدث التغيير بوحدة من الطريقتين وأحيانا كلاهما معا، إما أن يكون تعديلا خارجيا ويسمى في هذه الحالة تقويما مغايرا، أو أن يكون تعديلا داخليا يخص الفرد نفسه فيسمى تقويما ذاتيا (حقي، ١٩٨٦).

٢,٤,٥ أهمية دراسة التوافق النفسي

ترجع أهمية دراسة التوافق في كونها تعمل على اكتساب المهارات والخبرات التي تمكنه من استغلال قدراته وتوظيفها في حياته العملية وذلك عن طريق احتكاكه بالجماعات وحسن توافقه معها، كما تمكن الفرد من إزالة توتراته عن طريق الإشباع للحاجات المختلفة بالطرق المشروعة والتي تساهم في سعادته وسعادة الآخرين، وتعمل على زيادة قدرة الفرد على مواجهة مشاكله بمعرفة الأسباب ومحاولته التغلب عليها، وتعمل على تمتع الفرد بالصحة والتوافق النفسي والاجتماعي مما يساهم في زيادة إنتاجيته، وتعمل على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع باقي أفراد المجتمع يسودها الود والاحترام المتبادل، وتحاول زيادة قدرة الفرد على التكيف مع المتغيرات المختلفة والحفاظ على توازنه الانفعالي (دسوقي، ١٩٧٦).

ويحظى دراسة التوافق النفسي بأهمية بالغة في علم النفس، نظراً لاعتباره وصفاً لسلوك الشخصية السوية، وتظهر الفوائد التطبيقية لدراسة التوافق في ميادين عديدة منها ميدان الصحة النفسية، فمن البديهي أن اختلال التوافق النفسي يؤدي إلى ضعف الصحة النفسية، فسوء التوافق النفسي يُعد من مهددات الاضطراب النفسي، فمعرفة مستوى توافق الفرد مع نفسه ومع البيئة المحيطة به من الخطوات الهامة في الفحص النفسي والطبي (الشاذلي، ٢٠٠٢).

ويلعب ميدان التربية دوراً كبيراً في الربط بين عملية التحصيل والتوافق، فعندما يكون الطالب متوافقاً توافقاً سويةً ينعكس ذلك على تحصيله الدراسي، فالتوافق السوي يعطي مؤشراً إيجابياً ودافعاً قوياً نحو التقدم والتفوق بما يسبغ العملية التعليمية بالمتعة والجدية، فالطالب المتوافق توافقاً نفسياً حسناً يعمل على تكوين علاقات إيجابية وسريعة مع البيئة التي يحيط بها من زملاء ومعلمين مما يساعدهم على التفوق والنجاح، على النقيض من ذلك الطلاب المتوافقون توافقاً سيئاً، تضعف ثقتهم بأنفسهم، ويتسمون بالقلق والتوتر وضعف العلاقات الاجتماعية، والتمركز حول الذات، وكراهية المؤسسة التعليمية، ويلجئون إلى العنف والإخلال بالنظام التعليمي، مما تضعف دافعيتهم للتحصيل (الشاذلي، ٢٠٠٢).

كما أن لميدان الصناعة دوراً كبيراً في ربط جودة وكمية الإنتاج في المؤسسات الصناعية على درجة توافق العمال، بحيث عندما يكون العامل متوافقاً توافقاً حسناً فإن ذلك يدفعه نحو الجدية والإخلاص في العمل، ويساعده في تكوين علاقات اجتماعية مع رؤوسه وزملائه، مما يساعده على تحسين الإنتاج كماً وكيفاً، وعلى العكس من ذلك فإن التوافق السيئ للعمل يجعلهم يعملون في بيئة ذات طابع فوضوي من حيث كثرة الشغب والغياب، مما ينعكس ذلك على عملية الإنتاج كماً وكيفاً (علي وشريت، ٢٠٠٤).

٢,٤,٦ خصائص التوافق والشخص المتوافق

يُعد التوافق عملية كلية، ويقصد بها ضرورة النظر للإنسان باعتباره شخصية موحدة كلياً في علاقته مع البيئة، بمعنى أن التوافق خاصية لا تقتصر على السلوك الخارجي للفرد في إلهاء لتجاربه الشعورية ما يستشعر من الرضا الذاتي والرضاء عن العمل (قديح، ٢٠٠٠)، كما يُعد التوافق عملية تطويرية ارتقائية، ومعنى ذلك أن نضع في اعتبارنا حاجات الفرد ودوافعه من مراحل نموه المختلفة وخصائصها ومتطلباتها كما يكون برجع إلى مدارج ترقى من الدوافع والأهداف البسيطة إلى الأكثر تطوراً وتعقيداً وكذلك بالرجوع إلى مدارج الترقى من الذات إلى الموضوع (أبو مصطفى والنجار، ١٩٩٨).

كما ويوصف التوافق بأنه عملية دينامية، ويقصد به أن التوافق يقوم على صراع القوى، صراع بين الذات والموضوع، في سلسلة متصلة لا تنتهي، وكل صراع من هذه السلسلة ينتهي بمحصلة أو نتاج يسمى بالتوافق أحياناً ويسوء التوافق في أحيان أخرى (أبو مصطفى والنجار، ١٩٩٨)، ويرى دمنهوري (١٩٩٦) بأن التوافق عملية وظيفية كذلك، ويقصد به أن التوافق إن كان سويّاً أو مرضياً ينطوي على وظيفة إعادة اتزان أو تخفيف التوتر الناشئ من صراع القوى بين الذات والموضوع، فالتوافق ليس مجرد خفض للتوتر وإنما يشمل مجال الصحة النفسية وتحقيقاً لمكانات الذات تحقيقاً للوجود الإنساني كموقف للعالم.

وأشار أبو موسى (٢٠٠٨) أن التوافق عملية اقتصادية، كونه من طاقة الإنسان النفسية والتي تتأثر بالظروف البيئية والظروف المادية وكل ما يحيط بالإنسان. وأما دخان (١٩٩٧) فيرى التوافق أنه عملية نسبية إذ ليس هناك ما يعرف بالتوافق التام إلا الموت، فالتوافق التام يؤدي إلى درجة من الجمود الذي يؤدي بدوره إلى الموت فالتوافق مسألة نسبية معيارية زماناً ومكاناً وظروفاً.

طبقا لمعايير لازاروس "Lazarus" فأن الشخص المتوافق لابد أن يتصف بالراحة والارتياح

النفسي، حيث لا يمكن أن يتحقق للفرد التوافق وهو يعاني من اكتئاب أو انقباض أو قلق مزمن، كما ولا بد أن يتمتع بالتقبل الاجتماعي، حيث لا يمكن أن يتحقق التوافق للفرد دون تقبله الاجتماعي أو قبوله من خلال علاقاته وسلوكياته، ويجب أن يتصف الشخص المتوافق بالكفاية في العمل، بمعنى أن الشخص سيئ التوافق هو بالطبع يتسم بقلّة إنتاجية بل ونقص في كفايته، وفشل في استغلال قدراته على الوجه الأنسب، كما ويتصف الشخص المتوافق بخلوه من الأمراض الجسمية، حيث أرجع "لازاروس" سوء التوافق إلى الإصابات أو الأمراض أحيانا (Lazarus. ١٩٦١).

أما حسب تندال "Tendall" فأن معايير المتوافق اقتصرت على سبعة نقاط وهي: امتلاك شخصية متكاملة، التكيف للظروف والمواقف الواقعية، الإسهام في خدمة المجتمع بروح مستبشرة وفاعلية متجددة ومتزايدة، مسايرة الفرد لمطالب المجتمع الذي يعيش فيه، الاتساق مع الذات، النضج في التقدم في العمر، اتخاذ النغمة الانفعالية الصحيحة التي تتفق مع محيط الفرد (موسى، ٢٠١٠).

٢,٤,٧ أنواع التوافق النفسي

تنوع مجالات التوافق النفسي ويرجع هذا التنوع إلى طبيعة العلاقة بين الفرد والبيئة المحيطة به، والتي تنشأ عن عملية التغيير المستمرة بينهما للوصول إلى حالة من الانسجام والمواءمة.

٢,٤,٧,١ التوافق الاجتماعي

يعد التوافق الاجتماعي من أهم أنواع التوافق النفسي ويتضمن الشعور بالسعادة مع الآخرين والالتزام بقيم وأخلاقيات المجتمع والتماشي مع المعايير الاجتماعية والامتثال للضوابط الاجتماعية وتقبل التغيير الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزوجية، مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية، ويصبح التوافق الاجتماعي في حالة من عدم الاتزان عندما يتعرض الفرد

لاضطرابات نفسية مثل اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، فتصبح حياته في جحيم بائس، ويكون عرضة للانطواء وعدم مخالطة الناس، والأخطر من ذلك إصابته بالاكتئاب والانطفاء العاطفي وفقدان اللذة (لكحل، ٢٠١٢؛ العجمي والمراجحة، ٢٠١٨).

ويعتبر الانسجام والتفاهم مع الأسرة والأصدقاء والزملاء في الدراسة أو المهنة والمحيطين حول الفرد من أساسيات التوافق الاجتماعي، ويدل على قوة الانتماء للجماعة كونه يمثل لقوانينها ومعاييرها برضا نفسه دون تعنت وخضوع (الجماعي، ٢٠٠٨)، ويرى بدوي (١٩٧٧) أن التوافق عملية مجتمعية، تشمل نشاط الأفراد والجماعات وسلوكهم، الذي يهدف إلى الانسجام والموائمة بين الفرد والآخر، وبين مجموعة أفراد وبيئتهم، أو بين الجماعات المختلفة، ومن الضروري أن يرضخ الأفراد لما يسود مجتمعهم من عادات وأذواق وآراء واتجاهات حتى تتم عملية التوافق بأبسط طرقها.

ويرى "سوليفان" أن العوامل الاجتماعية والثقافية تلعب دوراً كبيراً في ظهور وتنمية الأعراض القهرية لدى الأبناء، ويرى أن تحمل المسؤوليات فترة الطفولة يجعل الفرد طبعاً للتطور القهري مستقبلاً، أما "هوري" فتري أن الوسواس والأفعال القهرية تنشأ لدى الفرد نتيجة الظروف الاجتماعية والثقافية التي يعيشها (البناني، ٢٠١١). وأكدت دراسة روزا وآخرون (٢٠١٢) Rosa, et Al., أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية يعانون من سوء الوظيفية الاجتماعية وخاصة في بعد العلاقات الشخصية والأداء المهني، كما وأشارت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة ودالة إحصائية بين سوء التوافق الاجتماعي والوسواس والأفعال القهرية. وتصبح الطقوس قهرية إذا تسببت في ضيق وكره شديدين وتستغرق أكثر من ساعة في اليوم وهذا يؤثر على قيام الفرد بوظائفه المهنية والاجتماعية السوية (محمد، ٢٠١٠).

الجدير بالذكر أن حالات الوسواس والأفعال القهرية تظهر بكثرة لدى أصحاب الطبقة الاجتماعية المعتدلة والمرتفعة، وقد أشارت دراسة "لو" ١٩٦٧، Lo, التي أجراها على عينة من المجتمع الصيني أن ما نسبته ٨٨/٢٣ من الوسواس والأفعال القهرية توجد لدى أصحاب الطبقة الاجتماعية المرتفعة (كنزة، ٢٠١٨). وأكدت على ذلك دراسة طلبة (٢٠٠٢) التي أظهرت عن وجود ارتباط موجب بين المستوى الاجتماعي وعملية التوافق. وبينت دراسة محمد (٢٠٠٩) وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين الوسواس والأفعال القهرية وسمّة الميل الاجتماعي وسمّة تحمل المسؤولية.

وأظهرت دراسة Demir & Fisilsglu, ١٩٩٩ أن الشعور بالوحدة النفسية ارتبط سلبياً بالتوافق حيث أكدت الدراسة أن الأفراد يتمتعون بتوافق سيء كانوا أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الأفراد الذين يتمتعون بتوافق جيد. وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية يترك أثراً سلبياً في حياة الطفل الاجتماعية. وبينت بعض الدراسات أن الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية غير محظوظين بالزواج، ربما يخجلون من أفعالهم القهرية، وهذا ربما يكون سبباً في تجنب التواصل الاجتماعي (العبد، ٢٠٠٨).

ويتداخل التوافق الاجتماعي مع المؤشرات السياسية كما أشار الشافعي (٢٠٠٢) عندما يخضع الفرد للمبادئ الأساسية المتماشية مع ظروف المجتمع وينطبع بها، يتحقق عندئذٍ التوافق السياسي، ويتجه نحو مسايرة معايير الجماعة التي يعيش فيها دون مخالفة، تفادياً للضغوط النفسية والمادية، وتفادياً للتعرض للعنف أو الاضطهاد أو النبذ أو الاستهجان، وتفادياً للصراعات الداخلية التي تحول عن تلبية حاجات الفرد، مثل الحاجة إلى التقدير الاجتماعي، لكي تتحقق لديه مكانة اجتماعية داخل المجتمع.

وتؤثر الجوانب الاقتصادية في التوافق الاجتماعي، حيث تلعب الجوانب الاقتصادية دوراً كبيراً في التغيير المفاجئ في الارتفاع أو الانخفاض في سلم القدرات الاقتصادية، ويحدث اضطراباً في أساليب توافق

الفرد مع المجتمع، ويلعب حد الإشباع دوراً بالغ الأهمية في تحديد شعور الفرد بالرضا أو الإحباط، فيغلب على الفرد الشعور بالحرمان أو الإحباط إذا كان حد الإشباع عنده منخفضاً ويغلب على الشعور بالرضا إذا كان حد الإشباع عنده مرتفعاً (فحجان، ٢٠١٠).

٢,٤,٧,٢ التوافق الانفعالي

يعد التوافق الانفعالي من أهم أنواع التوافق النفسي الذي نال اهتمام كبير من قبل الباحثين وعلماء النفس، ويتضمن التوافق الانفعالي توازن وثبات النشاط النفسي، وحسب آراء العلماء والباحثين أن النشاط النفسي يسلك مسلكين أحدهما المسلك العقلي والآخر المسلك الانفعالي، وحالة النضج النفسي يقصد بها السيطرة على الانفعالات، وتختلف الانفعالات باختلاف شخصية الفرد والسلوك الذي يصدر منه، فهناك أفراد يتسمون بنضج انفعالي يعينهم على التفاعل مع المجتمع المحيط بهم (إبراهيم، ٢٠١٩).

يرى Riggio أن القدرة على التعبير الانفعالي من أقوى الأبعاد المتعلقة بالتوافق النفسي والاجتماعي، وقد اعتقد البعض أن التعبير الانفعالي هو كل ما وراء الكفاءة الاجتماعية، ويتضمن التوافق الانفعالي الصدق والتلقائية في التعبير عن الانفعالات والمشاعر من خلال ما يظهر من تعبيرات الوجه أو نبرات الصوت وإيماءات الجسم وإشارات، ويرى Riggio كما ورد في النوي (٢٠١٨) أن الفرد المتوافق نفسياً واجتماعياً يمتلك القدرة على نقل المشاعر للآخرين والتقاط انفعالاتهم، وأن الفرد يمتلك القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم فيها وتنسيق التعبير عنها، ويمتلك القدرة على إخفاء الملامح الحقيقية للانفعالات.

وتشير دراسة إبراهيم (٢٠١٩) أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين النضج الانفعالي وكل من الاستقرار النفسي والاجتماعي لدى عينة الدراسة، كما أشارت الدراسة إلى تمتع أفراد العينة بالنضج

الانفعالي واستقرار نفسي وتوافق اجتماعي، وهذا يدل على العلاقة الوطيدة بين التوافق الاجتماعي والتوافق النفسي والانفعالي، فكلما كان الفرد متوافقاً انفعالياً كلما كان متوافقاً اجتماعياً وهذا يصله للتوافق النفسي الذي يجعله يشعر بالراحة والطمأنينة. وهذا ما أكدته سابقاً دراسة طلبية (٢٠٠٢) التي بينت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الدراسة في النضج الانفعالي. في حين أشارت دراسة Addis & Bernard (٢٠٠٢) عن وجود علاقة سالبة بين التوافق وكلاً من الأفكار اللاعقلانية والقلق والغضب.

ويؤثر الجانب الجنسي في انفعالات الفرد، حيث يلعب دوراً كبيراً كونه يؤثر في صحته النفسية وسلوكه، ولكون النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية، لقدرته على خفض وتجنب التوتر الفسيولوجي من وجهة النظر البيولوجية، وكذلك لأهميته في إشباع الكثير من الحاجات الشخصية والاجتماعية، وعدم إشباع هذه الحاجة يثير الصراع والتوتر الشديدين من وجهة النظر السيكولوجية (الشافعي، ٢٠٠٢).

كما أن الجانب الترويحي للفرد يؤثر على انفعالاته، حيث يقوم في حقيقته على إمكانية التخلص مؤقتاً من أعباء العمل ومسؤولياته أو التفكير فيه خارج مكان العمل، والتصرف في الوقت بحرية، وممارسة السلوك الحر الذي يحقق فيه الفرد فرديته ويمارس فيه هوايته، عقلية كانت أم رياضية أو ترويحية، ويتحقق بذلك الاستجمام، وهناك من تطاردتهم أعمالهم أثناء الليل وطول النهار بل وفي الأماكن التي يذهبون إليها للترويح أو قضاء إجازة نهاية الأسبوع، أو الإجازة السنوية كالأطباء وأساتذة الجامعات، وهؤلاء يتعرضون لانفعالات قد تعود عليهم بالسلب، فيعودون إلى أعمالهم دون رغبة فيها ولا يستمتعون بالحياة بالدرجة المطلوبة، وينفعلون لأنفهم الأسباب مما يجعل عملية التوافق الانفعالي سيئة (علي وشريت، ٢٠٠٤).

ويسعى الإنسان إلى إسعاد نفسه وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية، الأولية الفطرية والعضوية والفسولوجية والثانوية والمكتسبة، ويشمل كذلك مطالب النمو المختلفة، ويعد التوازن في الوظائف المتعددة للشخصية من أبعاديات التوافق النفسي والانفعالي، إذ أن الشخصية الإنسانية عبارة عن وحدة بيولوجية نفسية اجتماعية معقدة ومتفاعلة، حيث تقوم الأجهزة النفسية بوظائفها بدون صراعات متجهة نحو طريق السعادة وإشباع الحاجات الداخلية الأولية الفيزيولوجية، والعضوية، والفطرية والحاجات الثانوية المكتسبة (زهران، ٢٠٠٥؛ علي وشريت، ٢٠٠٤).

٢,٤,٧,٣ التوافق الأسري

يشمل التوافق الأسري كل ما يجعل الأسرة مستقرة، بحيث تسود السعادة والمحبة بين أفرادها، وتقوم العلاقات بين الأفراد على أساس من الود والاحترام والمحبة والتعاون، ويمتد التوافق الأسري ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب (أبو مصطفى والنجار، ١٩٩٨؛ أبشر، ٢٠١٨). ويتداخل التوافق الزوجي مع التوافق الاجتماعي والتوافق الأسري ويشير إلى درجة التناغم والتواصل العقلي والعاطفي والجنسي بين الزوجين وبناء علاقات زوجية ثابتة مستقرة، والشعور بالرضا والسعادة بحيث يمكنهم ذلك من تحقيق التوقعات الزوجية ومواجهة ما يتصل بحياتهم المشتركة من مشكلات وصراعات (موسى، ٢٠١٠).

تلعب السمات الوالدية مثل التصلب والتردد دوراً هاماً في نشأة أعراض الوسواس والأفعال القهرية، وتأثيرات الوالدين لها الدور الرئيسي في تكوين هذه الأعراض من خلال استخدام الآباء أساليب تنشئة اجتماعية معينة مثل العنف الأسري بأنواعه النفسي والجسدي واللفظي بالإضافة إلى الحماية الزائدة أو تحميل الأبناء المسؤولية الزائدة (البناني، ٢٠١١). وعلى النقيض من ذلك فقد أشارت دراسة فضل الله (٢٠٠٩) إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين الوسواس والأفعال القهرية وبين أساليب المعاملة الوالدية.

وأكدت دراسة روزا وآخرون (٢٠١٢) Rosa, et, al. أن الوسواس المتعلقة بالدين لها علاقة بالتوافق الأسري، كون العلاقات الأسرية تصبح مستقرة إذا خلت من اضطراب الوسواس، في المقابل الأسرة المعرضة لاضطراب الوسواس تصبح علاقاتها متذبذبة وتكثر بها المشكلات وتصبح غارقة في بؤرة التفكك والتشتت. وأكدت دراسة الزبون (٢٠١٥) وجدت علاقة إيجابية دالة احصائياً بين العنف الأسري والوسواس والأفعال القهرية. كما وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية يترك أثراً سلبياً في حياة الطفل الأسرية. أما دراسة الشلاش (٢٠١٣) فقد أظهرت وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والتنشئة الأسرية.

ويقوم بعض الأفراد بتجميع وتخزين الأدوات والأشياء والأغراض البالية والقديمة في المنزل، وقد تكون هذه الأشياء عديمة الفائدة وليس لها أي أهمية مستقبلية، إلا أن المصاب باضطراب الوسواس والأفعال القهرية وخاصة في الجانب المتعلق بوسواس وأفعال التخزين القهرية يشعر بارتياح من تجميع هذه الأشياء، واستمرار هذا السلوك يزعج أفراد الأسرة فيبدون استيائهم ومعارضتهم له، من هنا تبدأ رحلة المشاكل الأسرية التي لا تشمل المريض فحسب، بل تتعداه وتشمل بقية أفراد الأسرة، ويصبح التوافق الأسري متخلخلاً أو معدوماً (البناني، ٢٠١١).

٢,٤,٧,٤ التوافق الأكاديمي

ويقصد به قدرة الفرد أو الطالب على بناء علاقات اجتماعية طيبة مع زملائه واساتذته وحصوله على مستوى تحصيلي جيد وتقبله للقوانين التي تسنها المؤسسة التعليمية التي ينتسب لها (قشمر، ٢٠١٩). ويُعد التوافق الأكاديمي من بين مجالات التوافق، ويشمل الاختيار الأنسب والأفضل للمواد والمناهج الدراسية بحيث تتفق مع حاجات الفرد وميوله وطموحه وقدراته وبما تحقق له من أهداف مرجوة، ويتضمن حسن التكيف مع متغيرات الدراسة وبيئة الدراسة والعلاقة بين المؤطرين والزملاء والمناخ الدراسي ونمط

الإدارة والنظم والامتحانات (القريطي، ٢٠٠٣؛ قديح، ٢٠٠٠)، ويعتمد التوافق الدراسي على قدرة الحفظ لدى الطالب والتي بدورها تنعكس على تحصيله الأكاديمي، وكلما زاد معدل الفهم لدى الطالب، فإن هذا يساعده على رفع مستواه التحصيلي والعكس صحيح (أبشر، ٢٠١٨).

ويعد التوافق النفسي بالنسبة للشباب مطلباً أساسياً لتحقيق التوافق الأكاديمي من ناحية، وتحقيق الصحة النفسية والعقلية من ناحية أخرى، وقد أكدت الدراسات التي تناولت الخصائص النفسية للطلبة المتفوقين دراسياً إلى توافقه الاجتماعي وقدرتهم على مواجهة المشكلات والضغوط التي تعترض مسير حياتهم، ويرى كيسكر (١٩٧٧) Kisker أن طلبة الجامعات يتميزون بمواجهة المواقف الضاغطة ويعانون من أزمات ومواقف متعددة تتمثل في مواجهة الامتحانات وتكوين صداقات جديدة وتوطيد العلاقات مع الزملاء والأساتذة، والمنافسة من أجل التفوق والنجاح والمشكلات العاطفية وكيفية التعامل مع البيئة (قشمر، ٢٠١٩).

ويرى عوض (١٩٩٦) أن التوافق العقلي يشمل الإدراك الحسي، والتعلم، والتذكر، والتفكير، والاستعدادات، والذكاء، ويتحقق التوافق العقلي عندما يقوم كل بعد من هذه الأبعاد بدوره كاملاً متعاوناً مع بقية العناصر، ويتوافق البعد العقلي والبعد الأكاديمي يصل الفرد إلى الأهداف التي رسمها وتتناسق مع متطلباته المهنية، والبعد المهني يُعد محصلة عناصر العمل مثل الأجر، محتوى العمل، فرص الترقية، إشراك جماعة العمل، ساعات العمل، ظروف العمل التي يتصور الفرد أن يحصل عليها في صورة أكثر تحديداً، ومن ثم كلما كانت هذه الوظيفة مصدر إشباع، أو منافع كبيرة ومتعددة، يزيد رضاه عن هذه الوظيفة، ويزداد ارتباطه بها (صقر، ١٩٨٣).

ويلاحظ أن أعراض الوسواس والأفعال القهرية قد تبدأ بالظهور عقب ضغوط شديدة أو عقب الامتحانات، وهذا ما يتعرض له الطلبة يومياً، وتصبح الوسواس والأفعال القهرية اضطراباً عندما تخرج

عن نطاق السيطرة والتحكم وتؤثر على حياة الطالب وتجعله غير متوافق أكاديمياً (العيد، ٢٠٠٨). وأشارت دراسة كاظم وآل سعيد (٢٠٠٨) أن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية يترك أثراً سلبياً في حياة الطفل وفي تحصيله الدراسي. وأظهرت دراسة طلبة (٢٠٠٢) وجود علاقة موجبة بين أصحاب المستوى التعليمي وبين التوافق. أما دراسة الفزارية والسفاسفة وإبراهيم (٢٠١٧) فقد أظهرت عن وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستويات الوسواس القهري ترجع إلى مستويات التحصيل الدراسي. وبينت دراسة عبد العزيز وعز الدين (٢٠١٥) وجود فروق دالة احصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية تبعاً لمتغير التحصيل الدراسي ولصالح طلبة الدبلوم والدراسات العليا. ويرى الباحث أنه من الصعب فصل مجالات التوافق النفسي عن بعضها، لارتباطها ارتباطاً وثيقاً فيما بينها، كون الفرد يتفاعل بشكل كلي وشامل مع البيئة.

٢,٤,٨ العوامل المؤثرة على عملية التوافق النفسي

يُعد تحقيق مطالب النمو النفسي السوي بكافة مراحله ومظاهره الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، من عوامل سعادة الفرد، وعدم تحقيق هذه المطالب يؤدي إلى تعاسته وعدم توافقه النفسي، ومن أهم مطالب النمو خلال المراحل المتتابعة نمو واستغلال الإمكانيات الجسمية إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق الصحة الجسمية، وتكوين عادات سليمة في الغذاء والنوم وتعلم المهارات الجسمية الضرورية للنمو السليم وحسن المظهر الجسمي العام، كذلك النمو العقلي المعرفي، واستغلال الإمكانيات المادية، وتحصيل أكبر قدر من المعرفة والثقافة العامة، وعادات التفكير السليمة، ونمو اللغة وسلامة التعبير عن النفس وتنمية الابتكار (زهران، ٢٠٠٥).

ويُعد النمو الاجتماعي المتوافق من أهم مطالب النمو خلال المراحل المتتابعة، وتقبل الواقع وتكوين قيم سليمة، والتقدم المستمر نحو السلوك الأكثر نضجاً، كالاتصال والتفاعل السليم في حدود

البيئة وتنمية المهارات الاجتماعية التي تحقق التوافق الاجتماعي وتحقيق النمو الأخلاقي والديني القويم، كذلك النمو الانفعالي، إلى أقصى درجة ممكنة وتحقيق الصحة النفسية بكافة الوسائل، وإشباع الدوافع الجنسية والوالدية والميل إلى الاجتماع، وتحقيق الدافع للتحصيل والنبوغ والتفوق وإشباع الحاجات مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء والمكانة والتقدير والحب والمحبة والتوافق والمعرفة وتنمية القدرات والنجاح والدفاع عن النفس وال ضبط والتوجيه والحرية (زهران، ٢٠٠٥).

وتمتلك بعض من الأفراد، القدرة على إشباع الكثير من حاجاتهم ودوافعهم الفسيولوجية والاجتماعية لكن يجب أن ندرك بأن هناك الكثير من الدوافع والحاجات القوية التي أخفق فيها الفرد في تلبية الإشباع التام لها، ونفسر ذلك لوجود حجر عثرة من العوائق والعقبات، هذه الأخيرة وإن كانت عنيفة بعض الشيء، لكونها تحول بيننا وبين إشباع بعض الحاجات الهامة، فدفعنا في بعض الأحيان إلى تقبل بعض من الحلول التوافقية أقل إشباعاً لحاجتنا، أو إلى سلوك ينافي قيم المجتمع ومعاييره وبالتالي يشكل شذوذاً وانحرافاً شديداً (جبل، ٢٠٠٠).

ومن أهم العوامل المؤثرة على عملية التوافق هي: "الإحباط والصراع" ويعني بالإحباط حالة من التأزم النفسي تنشأ عن مواجهة الفرد لعائق يحول دون تحقيق دافع أو حاجة ملحة، وهو أيضاً العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو توقع حدوث هذا العائق في المستقبل، وتمثل العقبات البيئية من أهم مصادر الإحباط، حيث إن العقبات البيئية والمادية واللامادية تعتبر من المصادر الرئيسية التي يمكن أن تحبط دوافع الإنسان وهي عقبات متعددة بحيث لا يمكن حصرها نظراً لما تحتويه هذه البيئة من عوامل فيزيقية كالمرتفعات والمنخفضات والجبال والبحار والأنهار والطقس وعوامل لا مادية كالقواعد والنظم والقوانين والمنظمات، كذلك العقبات الذاتية والشخصية والتي هي كذلك من أهم مصادر الإحباط، وهي عقبات متعددة وذات أثر عميق في نفسية الفرد وترجع إلى عدة أسباب من

ضمنها، كون الأهداف بعيدة المنال (الأهداف المتطرفة)، وتعدد الأهداف للفرد الواحد وعدم تناسقها مع الوقت (جبل، ٢٠٠٠).

أما الصراع فهو حالة نفسية مؤلمة تنشأ نتيجة التنافس بين دافعين كل منهما يجب إشباعه، فينشأ نتيجة تعارض دافعين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد، إذاً فالصراع سمة من سمات الحياة، فالإنسان منذ نعومة أظفاره وحتى موته يقع في صراع ينشأ في الرغبة الأكيدة في إشباع الدوافع، فالطفل في تنشئته الأولى يقع في صراع بين إرضاء دوافعه وبين إرضاء أمه خاصة في عملية الرضاع والقطام وتنظيم عملية الإخراج، وأيضاً بين رغباتنا ومعايير المجتمع التي تقع حائلاً دون إشباعها (جبل، ٢٠٠٠).

ويمكن تصنيف عوائق التوافق النفسي إلى عوائق "جسمية، نفسية، واقتصادية، واجتماعية" أما العوائق الجسمية فتشمل العاهات والتشوهات والإعاقات الجسدية وضعف بعض الحواس أو فقدانها، وهذه النقائص تمثل حاجزاً يحول بين الشخص وطموحاته العريضة، واعتلال الصحة الجسمية والضعف البدني يدفع الشخص للتوتر والقلق والاضطرابات ويجعل منه إنساناً ضعيفاً لا يستطيع مواجهة مشاكل الحياة المختلفة، أو محاولة التغلب عليها، مما يعوق توافقه النفسي والاجتماعي (علي وشريت، ٢٠٠٤؛ الداهري، ٢٠٠٥؛ العبادسة، ٢٠١٨).

أما العوائق النفسية فقد تعوق توافق الفرد من الناحية السيكولوجية، وتتمثل هذه العوامل في نقص الذكاء أو ضعف القدرات المعرفية والمهارات النفس الحركية أو اضطراب الشخصية، ولعل أهم عامل سيكولوجي هو الصراع النفسي الناشئ من تصادم أهداف الشخص نفسه أو عن ضغوطات اجتماعية مانعة لسلوك معين يرغب فيه الشخص (علي وشريت، ٢٠٠٤؛ الداهري، ٢٠٠٥).

وأما العوائق المادية أو الاقتصادية، فتتمثل في نقص الإمكانيات المادية من أموال أو أدوات أو وسائل الراحة والرفاهية عائقاً يمنع الكثير من الناس عن تحقيق أهدافهم في الحياة، كما أن نقص المال

يصد الكثير من الأشخاص عن تحقيق أحلامهم وطموحاتهم في الدراسة والزواج ويجرمهم من السكن اللائق والمركز الاجتماعي الراقى، والعوائق الاجتماعية تمثل القيود التي يفرضها المجتمع في شكل قيم ومعايير اجتماعية، وضوابط تحكم السلوك، وتنظم العلاقات الاجتماعية، وتحد من حرية الشخص مانعة إياه من تحقيق المعايير، فبعض أهدافه ومواقفه المتعارضة مع هذه القيم و المعايير فبعض المجتمعات تحرم الفتاة من حقها في اختيار الزوج وفي مجتمعات أخرى تمنعها من التعلم أو العمل، وهذه الأمور وغيرها من معيقات التوافق السوي (علي وشريت، ٢٠٠٤). ويرى الباحث بأن عملية التوافق ليست بالعملية السهلة، فهي خليط من العوامل الفردية والعوامل البيئية، كما أنها معرضة للتلاشي بسبب العوائق المتعلقة بالفرد والمجتمع أو بعضهما.

٢,٤,٩ العوامل المساعدة في تحقيق التوافق النفسي

توجد مجموعة من العوامل والتي لها دور كبيراً في نجاح أو فشل العملية التوافقية للفرد ويمكن حصرها في عوامل خاصة بالفرد وعوامل خاصة بالبيئة، ومن أهم العوامل المساعدة في تحقيق التوافق "العمر" يمتلك الفرد الأكثر نضجاً وسائل تحقيق الرغبات والطموح، فالسن يعد عاملاً أساسياً في مدى نجاح عملية التوافق وذلك لقدرة الفرد الناضج على التفكير في الوسائل والغايات على حد السواء ومدى وملاءمتها لتجسيد وبلوغ غاياته ورغباته. فغالبا ما يغير الشخص وخاصة ما بعد سن المراهقة، أهدافه بعد الانتهاء من الدراسة الجامعية لما يدرك عدم تماشي أهدافه وغاياته مع ما قد يواجهه من عقبات ذاتية وبيئية والتي تحول دون بلوغه إلى الأهداف المسطرة سابقاً (غريب، ١٩٧٤؛ العبادسة، ٢٠١٨).

وأثبتت الدراسات أن هناك ثمة اختلاف في مستوى الطموح الذي يستوجب وجوده لدى الأفراد أثناء تحقيق التوافق وهذا بين الجنسين، فالذكور أكبر طموحاً من الإناث، فالرجال يشعرون بحاجة أكبر للتحصيل في العمل المدرسي، الرياضة، الترقية الوظيفية من البنات، حيث أنهم يتجهون إلى وضع أهداف

تفوق إمكانياتهم في هذه المجالات، وتلعب القدرات العقلية دوراً كبيراً في نجاح عملية التوافق واستمرارها فكلما كان الفرد أكثر ذكاءً وتخيل مبدع، كلما كان باستطاعته القيام بتحديد أهداف معينة تتفق مع بيئته وإمكانياته ومحيطه الاجتماعي وبذلك يساعده هذا على تحقيق أهداف أبعد أكثر صعوبة (غريب، ١٩٧٤).

وأشارت العديد من الدراسات إلى أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة يعتبر من العوامل الهامة والمؤثرة في مستوى طموح الأبناء، فالأطفال الذين ينتمون لوضع اجتماعي واقتصادي مرتفع لديهم الفرصة أكبر من أن يطمحوا إلى مستويات تعليمية ومهنية عالية عن نظرائهم المنتمين لوضع اجتماعي منخفض، ولهذا تلعب الأسرة دوراً كبيراً في مساعدة أبنائها على تحقيق طموحاتهم وأهدافهم، مما توفره من إمكانيات يستطيع الأفراد بواسطتها التغلب على العوائق التي تعترضهم وتكون لهم الحافز الذي يدفعهم نحو تحقيق أهدافهم وبالتالي تحقيق التوافق (محمد، ٢٠٠٧).

ويسود في الأسرة اتجاهات وأساليب مختلفة في التنشئة يؤثر في تحقيق أهداف الفرد، فإذا كانت علاقة الوالدين بالطفل يغلب عليها التدليل والحماية الزائدة وينشأ الطفل وعنده الاتجاه بأن كل شيء في الحياة سيكون طوع يديه وقد يؤدي به الإشباع المسرف إلى حالة من الكسل والالتكالية، وفي هذه الحالة تكون لديه شخصية ضعيفة غير قادرة على تحمل المسؤولية ومواجهة الصعوبات والعوائق، وقد يلقي هذا النوع من الأطفال الكثير من الإحباط في مستقبل حياتهم يؤدي بهم إلى خفض مستوى طموحهم أو إلى المغالاة في رفعه بما لا يتناسب وقدراتهم ومن ثم ينتج سوء توافق (عبد الفتاح، ١٩٩٧).

وأكدت أغلب الدراسات أن خبرات النجاح من شأنها أن ترفع من مستوى طموح الأفراد وتولد لديهم رغبة أكبر في تحقيق التوازن والسعي إلى إرساء قواعد وأسس التوافق على العكس من ذلك فإن خبرات الفشل من شأنها أن تؤدي بالأفراد إلى رسم خطط لتحقيق أهداف لا تتماشى مع قدراتهم مما

يدل على سوء التوافق، فخبرات النجاح والفشل ليس لها مغزى إلا في إطار الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه (جابر، ١٩٨٢).

ويرى الباحث أن عملية التوافق مرهونة بمجموعة من العوامل الطبيعية، والثقافية، والاجتماعية، فعملية التوافق تتوقف على قدرة الفرد على إدراك إمكانياته وقدراته عندما يسعى إلى رسم أهدافه وطموحاته وتوقعاته حتى يحدث التوازن، فعندما يستطيع الفرد معرفة جوانب القوة والضعف لديه، يكون مدركاً وواعياً في اختيار أهدافه وطموحاته، في ضوء قواعد ومعايير المجتمع.

٢,٤,١٠ أساليب التوافق النفسي

يمكن تقسيم أساليب التوافق إلى مجموعتين هما: النشاط غير المباشر أو الدفاعي (ميكانيزمات التوافق)، والنشاط المباشر. تعتبر ميكانيزمات التوافق طريقة فعالة لتوافق الفرد، لتأثيرها على رضا النفس والشعور بالاطمئنان والراحة، وكلمة ميكانيزم لا تحمل في الأصل أي معنى من المعاني المرضية أو أية دلالة عن سوء التوافق النفسي، وهي عبارة عن سبل أو أساليب مهمتها الدفاع عن الشخصية ضد أي تهديد للفرد، سواء أكان التهديد داخلياً أو خارجياً (حقي، ١٩٨٦).

ويعد "الكبت والنسيان" من هذه الميكانيزمات وهي عملية تساعد الفرد على تجاهل أو تناسي بعض الرغبات التي لا يستطيع إشباعها وتحقيقها لأسباب نفسية أو مادية أو اجتماعية، وكثير ما تظهر هذه الحاجات المكبوتة في أشكال تعبيرية أخرى فتظهر في شكل زلات أو أخطاء أو أحلام، كذلك "النكوص" هي عملية يقوم بها الفرد بالعودة إلى مرحلة الطفولة هروباً من المواقف الحاضرة التي لا يمكنه أن يحقق فيها إشباعاً لدوافعه، وعليه تعتبر مرحلة الطفولة أسهل وأرحم للتخلص لديه من أعباء عدم التوافق (حقي، ١٩٨٦).

ومن أهم الميكانيزمات كذلك الإسقاط والتعويض، أما "الإسقاط" Projection يعمل الفرد غالباً أثناء فشله في تحقيق اشبعاته على إلقاء اللوم على الظروف محاولة منه الحفاظ على صورته الذاتية سليمة وغير منتقدة في نفسه، وبالتالي محاولة إقناع نفسه بعدم الفشل والخطأ وإخفاء ذلك عن طريق الإسقاط، وأما "التعويض" هو ميكانيزم يستخدمه الفرد لغرض التكيف، ليغطي ضعفاً أو نقصاً في صفة مقبولة لدى المجتمع، لإحراز التفوق، وتعد أحلام اليقظة من مظاهر عملية التعويض ومن أسهل الوسائل لإشباع رغباتنا ودوافعنا والتي لا تحتاج إلى الكثير من الجهد أو الطاقة وهذا يعني انسحاب ذهني من عالم الواقع لتحقيق ما نصبو إليه، فالموظف الذي لم يحالفه الحظ في النجاح في مهنته يعوض فشله هذا في الأعمال التطوعية أو النشاط الرياضي. (فارس، ٢٠٠٧؛ محمد، ٢٠٠٧).

كذلك التقمص والتحويل والعقلانية والتبرير وردود الأفعال والرفض والإعلاء من أهم هذه الميكانيزمات، "فالتقمص" وهو عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها أحد مظاهر أو خصائص شخص آخر ويتحول كلياً أو جزئياً تبعاً لنمو ذاته، وتتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التمويهات، ومثال عليه بأن يقوم الموظف ببعض التصرفات التي يتقمصها من أحد زملائه في العمل الناجحين والذي يحبه ويتخذة قدوة، أما "التحويل" يتم عندما يتواجد عائق ما فيحول الانفعالات إلى أمر آخر له بعض التشابه أو صلة بالموضوع الأول، فكراهية العامل لرئيسه قد تنشأ لكراهيته لوالده التي لا يمكن أن يعبر عنها تعبيراً صريحاً.

وأما العقلانية والتبرير وهو عبارة عن حيل دفاعية من خلالها يتم تحقيق التوافق وذلك بإيجاد حجج وبراهين لصالح فعل ما لا يقوم به على هذا الأساس لكن الفرد يريد ولا يستغني عنه، لأنه هو قد فعل وانتهى ويريد الدفاع عن نفسه، ومثال على ذلك الموظف الذي لم يتحصل على علاوة المردودية وما تسبب له من إحباط فيحاول هذا الأخير إعطاء تفسيرات وتأويلات نوعاً ما منطقية لعقلنة فشله،

والتبرير حيلة لا شعورية نحاول بواسطتها تقديم تفسيرات مقبولة اجتماعياً لسلوكياتنا وأفكارنا وتصوراتنا الخاطئة في نظر الغير، ويعرفه علم النفس على أنه تعليل مقبول يعطيه المرء لنفسه أو يقدمه لسواه على سبيل تسويغ سلوكه أو تفسير عقيدته (رزوق، ١٩٧٩؛ لابلش وبونتاليس، ١٩٨٥؛ فارس، ٢٠٠٧).

وأما "الإعلاء أو التسامي" يقصد به تغيير مسار الطاقة النفسية المرتبطة برغبة منبوضة في المجتمع، كالرغبات العدوانية أو الجنسية، إلى أهداف وإنجازات وطموحات يقبلها المجتمع، وأما "ردود الأفعال" فهو قيام الأنا في هذا الحال باستبدال المشاعر غير المقبولة محل أخرى مقبولة أيضاً للتظاهر بخلاف ذلك، "والرفض" عندما يكون الموقف الخارجي موقفاً شديداً حيث لا يستطيع الفرد مواجهته، فإنه يلجأ إلى رفض وجود هذا الموقف، وذلك أن رفض هذا الموقف يؤدي إلى تخفيف التوتر وتجنب الألم ولو كان ذلك بصفة مؤقتة، (القذافي، ١٩٩٨؛ عشوي، ٢٠٠٣). ونرى أن للفرد الحرية في استخدام الميكانيزم الذي يراه مناسباً للموقف الذي يتعرض له حسب الظروف والضغوط المحيطة به.

وفيما يتعلق بالنشاط المباشر فيقسمه لازاروس "Lazarus" إلى أربعة أنواع حيث يشمل النوع الأول "الاستعداد لمواجهة التهديد أو الخطر" في حالة تهديد الإنسان أو توقع حدوث خطر من مصدر خارجي فعادة ما يقوم الإنسان باتخاذ خطوات معينة يتفادى الضرر أو التقليل من حدته إلى اقل درجة ممكنة عن طريق التدخل المباشر، وغالباً ما يعمل الإنسان قبل القيام بالنشاط المطلوب على تصور الموقف ودراسة متطلباته واستعراض البدائل المتاحة لاختيار واحد منها وذلك خاصة في حالة ما إذا كان الضرر أو التهديد مسبقاً ببعض المؤشرات الدالة على قدومه.

أما النوع الثاني فيتمثل في "مهاجمة مصدر التهديد أو الخطر" ويلجأ الفرد مثل هذه الحالة إلى مهاجمة مصدر التهديد أو الضرر كنوع من الحماية وعادة ما ترتبط مهاجمة مصدر التهديد أو الخطر بتوفر مستوى معين من النزوع العدواني كما أن الشعور بالإحباط هو أحد الأسباب المنتجة للنزوع العدواني،

أما النوع الثالث فيتمثل في "محاولة تحاشي التهديد أو الخطر" ويلاحظ هذا السلوك لدى الحيوان أو الإنسان على حد سواء وخاصة عندما يكون مصدر التهديد أو الخطر عظيماً، أي يفوق مقدرة الكائن الحي.

أما النوع الرابع والأخير فيتركز في "الاستسلام وعدم المبالاة" يواجه الإنسان أحياناً كثيرة مواقف لا يبدو فيها أي أمل للنجاة أو إمكانية تحاشي الضرر أو التغلب عليه، ما يؤدي إلى تلاشي الدافع لمهاجمة أو محاولة تحاشي وقوعه بشكل يدل على الاكتئاب بالشعور باليأس ورغم أن مثل هذه المواقف نادرة الحدوث إلا أنها تحدث في بعض الأحيان، حيث تؤدي المواقف المحفوفة بالمخاطر مع عدم وجود سبل للنجاة إلى توقف الإنسان عن المقاومة وجمود تفكيره وعدم الشعور بهول المخاطر المحيطة به (سهير، ١٩٩٩).

٢,٤,١١ سوء التوافق النفسي وأسبابه وعلاجه

إذا عجز الشخص عن إقامة التوافق والانسجام بينه وبين ذاته ومحيطه يعرف بأنه سيء التوافق، وهو كذلك عجز الفرد عن تحقيق التوازن بين حاجاته ودوافعه الذاتية من جهة، ومتطلبات وضوابط البيئة المحيطة من جهة أخرى، مما يجعله عاجزاً عن حل المشكلات التي تعيقه، ولسوء التوافق عدة مجالات منها: سوء التوافق الشخصي، الاجتماعي، الأسري، المهني، الديني، وليس ذلك يعني أن سوء التوافق يشمل جميع المجالات، بل ربما يكون سوء التوافق في مجال معين فيؤثر على باقي المجالات.

تتخذ أسباب سوء التوافق النفسي أشكالاً متعددة منها، الحوادث العالمية كالحروب والصراعات أو مشكلات القحط والجوع، وقد تكون كوارث طبيعية، كالزلازل والبراكين والأعاصير، وقد تكون إصابة بمرض خبيث، وقد تكون اعتداءات ضد جماعات معينة كما في حالة التمييز العنصري، وتتوقف استجابة الأفراد للضغوط على عدة عوامل مثل: مصادر الضغوط وطبيعتها، ومدى شدتها، وبنية شخصية الفرد،

فكلما كانت شخصية الفرد قوية كانت أقدر على السيطرة على الضغوط، ومزاج الفرد الواقع تحت الضغط، وعمر الفرد حيث كلما ازداد عمر الفرد زادت تجربته في الحياة، وكان أقدر على التعامل مع الضغوط، والصحة الجسمية للشخص، والتي تنعكس على الصحة النفسية، ومدى التمتع بالمناعة النفسية في مواجهة الضغوط (العبادة، ٢٠١٨).

يقوم علاج سوء التوافق النفسي على مساعدة الفرد على التكيف مع البيئة، والانسجام مع ذاته، ويتم ذلك تحت إشراف الأخصائي النفسي، ويبنى على أسس علمية، كما انه يعتمد أساسا على مدى تجاوب الفرد مع المختص من خلال، إفصاحه عن مشاكله لتقليل الضغط النفسي الذي يعاني منه، ويساعده المختص في مواجهة مشاكله، والرفع من معنوياته، كما يلعب الزمن دورا هاما في المساعدة على الشفاء، شرط أن يقتن مع العلاج (الغريب، ٢٠١٨).

ومن أنجح الأساليب العلاجية هي: العلاج الجماعي، والعلاج ببعض العقاقير الطبية النفسية، والعلاج الذاتي، ويكون العلاج الجماعي في جلسات جماعية لأفراد لديهم نفس الأعراض أو الاضطراب، وطريقة عمل هذا العلاج بأن يقوم الفرد بسرد معاناته وآلامه أمام الآخرين، والهدف من ذلك جعلهم يشعرون بالراحة والاطمئنان، لعلمهم أنهم ليسوا وحدهم تعرضوا لهذه المعاناة والآلام، أما العلاج ببعض العقاقير الطبية النفسية، فقد توصل العلم الحديث إلى إنتاج أنواع معينة من العقاقير المفيدة في حالات سوء التوافق النفسي، مع مراعاة نصائح المختص النفسي من خلال فترة العلاج.

أما العلاج الذاتي فيعتمد هذا النوع من العلاج أساسا على الفرد الذي يعاني من سوء التوافق، من خلال اعترافه وتيقنه بحاجة للمساعدة من أجل تحطيم مشاكله، إضافة إلى خطوات أخرى، متمثلة في العناية بالتغذية الصحية السليمة، وتنظيم أوقات الراحة والعمل والتسلية، والاهتمام بالجانب الرياضي،

لفائده في التخلص من التوتر، والتحدث إلى الآخرين عن وسيلة الدفاع (الكبت) لما لها من جوانب سلبية على توازن وتوائم الشخصية (بطرس، ٢٠٠٨).

٢,٤,١٢ معايير التوافق النفسي

أشار لازاروس وشافر إلى وجود عدة معايير للتوافق النفسي كان منها: معيار الراحة النفسية: ويقصد به أن الشخص الذي يكون لديه توافق نفسي يستطيع تحمل أعباء البيئة والضغط وتكون له القدرة على حل المشكلات بطريقة يتقبلها المجتمع ونفسه، ومعيار الكفاية في العمل: عندما يتمتع الفرد بكفاية جيدة في العمل وتكون لديه القدرة على الإنجاز والشعور بالرضا بما يقدمه فهذا مؤشر على توافقه النفسي ويعمل على استخدام فنياته ومهاراته بيسر وسعادة نفسية، ومعيار القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية: بمعنى أن الشخص الذي يتمتع بتوافق جيد يستطيع أن يتحكم في رغباته ويمتلك القدرة على ضبط ذاته وعلى إدراك عواقب الأمور، ومعيار الأعراض الجسمية: قد تظهر بعض الأعراض الجسمية نتيجة سوء في عملية التوافق النفسي، ومعيار الشعور بالسعادة: دائما ما تكون الشخصية المتوافقة نفسيا تتمتع بسعادة وحياة خالية من الصراع، ومعيار العلاقات الاجتماعية: وهذا يعني قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية والاحتفاظ بها، ومعيار اتخاذ أهداف واقعية (الغريب، ٢٠١٨).

ويُعد المعيار الإحصائي من أهم معايير التوافق النفسي، كونه يراعي ما بين أنواع الانحراف من تدرج، فيميز بين الحالات الخفيفة، والمتوسطة والعنيفة، من سوء التوافق، غير أنه قد يعتبر الفرد المنحرف عن المتوسط سيء التوافق، بالرغم من تمتعه بدرجات عالية من القدرات العقلية والسلوكية كالذكي أو المبدع مثلاً، لذلك يتجه علماء النفس إلى قصر الشذوذ على الانحراف في الناحية السلبية فقط (الشاذلي، ٢٠٠٢).

ونشير إلى وجود معياراً آخر من معايير التوافق النفسي وهو المعيار المرضي، ويعتمد في تحديده للتوافق النفسي على درجة الصحة النفسية التي يتمتع بها الفرد إلى جانب الصحة العقلية والجسمية، وهذا يعني تحقيق لاستقرار نفسي والسلامة الجسدية والصحة العقلية بشكل نسبي خالي من الأعراض المرضية العصائية أو الذهانية والسيكوباتية، هذا ويعتمد على تشخيص متكامل للشخصية الإنسانية اعتماداً على ثلاث مفاهيم قيمة عامة يتضمنها العمل العلاجي النفسي، ويمكن أن نطلق عليها "طريقة المسايرة، وطريقة التمرکز حول الذات، وطريقة التمرکز حول المجتمع"، ومعيار المسايرة للتوافق يتضمن أن الإنسان ينبغي أن يتقبل قيم ثقافته وأنه يصبح سيء التوافق عندما يفشل في تقبل أعراف مجتمعه وأهدافه ومعتقداته، وطريقة التمرکز حول الذات، ترى أن المشاعر الداخلية للسعادة والشعور بالصحة والتناسق والخلو من الألم والصراع الداخلي هي معايير التوافق، والشخص الذي يشعر بأنه أكثر تعاسة هو أسوء توافقاً، ووجهة التمرکز حول المجتمع، تؤكد إسهام الفرد وما يقوم به من سلوك نحو المجتمع (روتر، ١٩٧١).

٢,٤,١٣ العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية والتوافق النفسي

بدأت الإشارة إلى الوسواس والأفعال القهرية على أنهما وجهان لمرض واحد عند صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية للجمعية الأمريكية، وتوجد الوسواس أحياناً دون الأفعال القهرية، وغالباً تتزامن الأفعال القهرية مع الوسواس (كنزة، ٢٠١٨)، وأشارت دراسة الكبير ودرويش (٢٠١٤) إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين التوافق وبين الوسواس والأفعال القهرية، كما دلت الدراسة إمكانية التنبؤ بالتوافق النفسي من خلال الوسواس والأفعال القهرية، ويعمل التوافق النفسي إلى إشباع لعدد من الحاجات النفسية والفسولوجية والاجتماعية لدى الفرد أولاً، ويعمل على التقليل من حدة الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد ثانياً.

ويرى الباحث أن الفرد إذا أصيب باضطراب الوسواس والأفعال القهرية فإنه يفقد عمليات الإشباع التي يحتاجها مما يجعل عملية توافقه النفسي سيئة، وهذا يؤثر على تعاملاته اليومية مع أسرته، لأن الفرد المتوافق نفسياً يسعى إلى إسعاد أسرته بشتى الطرق والوسائل ويحاول إبعادها عن المشكلات التي تعترضها، ويعمل على خلق جو أسري مترابط يسوده المودة والاحترام المتبادلين، كما وتؤثر عملية التوافق الاجتماعي على التوافق النفسي للفرد، فالفرد المصاب باضطراب الوسواس والأفعال القهرية يصعب عليه المشاركة في المناسبات الاجتماعية، كما يصعب عليه تكوين صداقات جديدة ويفتقد الشعور بالغير، كما يعاني من عدم الاستئناس في زيارته لأصدقائه وأقاربه.

وفي ظل تلك الظروف التي يعيشها الفرد فإن اضطراب الوسواس والأفعال القهرية تشكل هاجساً لدى الفرد، فتجده يشكو من القلق معظم الوقت ومزاجه في تقلب دائم، ويعاني من صعوبة في تمالك نفسه عندما يستشار بشيء لا يعجبه، ويواجه مشكلاته بشيء بعيداً عن الحكمة والهدوء، وهذه العوامل تجعل توافقه الانفعالي صعب جداً، وبما أن هذه الدراسة تخاطب طلبة الجامعات فما ذكر أعلاه كفيلاً أن يجعل الطالب غير متوافق أكاديمياً، فعندما يتعرض الطالب لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية فإنه يصعب عليه التركيز أثناء المحاضرة، ويصعب عليه تنظيم وقت المذاكرة، وتجده في تحبط دائم بين استمراريته للتخصص الذي هو فيه وبين تفكيره في تغير تخصصه، كما يعاني من انخفاض ملحوظ في تحصيله الدراسي، لذا نجد أن هناك ارتباط قائم بين اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وبين التوافق النفسي.

وتشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة سالبة بين التوافق وكلاً من القلق والاكتئاب والوحدة النفسية، وهذه الأعراض بمثابة مؤشرات لسوء التوافق النفسي، وعندما نأتي لموضوع الاضطرابات النفسية فنذكر هنا اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الضي يرتبط بالقلق والخوف والاكتئاب والتي بدورها تؤثر

على توافق الشخص وتجعله يعيش في دوامة اليأس والخضوع والاستسلام، وعلى النقيض من ذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين الوسواس والأفعال القهرية من جهة وبين الأفكار اللاعقلانية والقلق والاكتئاب والمخاوف المرضية وأنماط التفكير غير السوية من جهة أخرى (الكبير ودرويش، ٢٠١٤).

وفي ذات السياق فقد ألفت بعض الدراسات الضوء على العلاقة بين اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وبين بعض الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات الوظيفة الاجتماعية متمثلة في بعد العلاقات الشخصية، وهذا البعد كونه عاملاً من عوامل التوافق الاجتماعي وهو بدوره يؤدي إلى التوافق النفسي، وبعد الأداء المهني الذي إذا ما أصيب الشخص باضطراب الوسواس والأفعال القهرية فيصبح توافقه المهني سلباً كون هذا البعد مرتبط بالتوافق النفسي، كما أن الوسواس المتعلقة بالدين والجنس لها علاقة بتصدع الأسرة وهذا يندرج ضمن التوافق الأسري الذي يعد عنصراً مهماً في توافق الفرد النفسي (Rosa. et, al. ٢٠١٢).

تسبب أعراض الوسواس والأفعال القهرية قلقاً وتوتر شديدين وتستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى عدة ساعات في اليوم، مما يحول وبشكل كبير قيام الفرد بعمله مما يؤثر على حياته الاجتماعية وعلاقته مع الآخرين، ونجد أن المصابين بالوسواس والأفعال القهرية يعانون من صعوبة في عملية توافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين، فهناك صعوبات مشتركة بالنسبة لنشاطاتهم اليومية مثل: البطء والتمهل والسعي نحو الكمال والتأجيل وصعوبة في اتخاذ القرار، ناهيك عن وجود مشاكل أسرية ومشاكل أكاديمية، وعندما تتراكم هذه الأعراض لدى الفرد فإنه يصبح ذو توافق سيء مما يسبب له الاكتئاب والانطفاء العاطفي أو فقدان اللذة، وهذا يؤدي إلى مشاكل اجتماعية وأسرية ونفسية وتدفع المريض إلى سلك طريق غير مرغوب به اجتماعياً (لكحل، ٢٠١٢).

استعرض الباحث في هذا الفصل المواضيع المتعلقة بالإطار النظري والدراسات السابقة، وقد اختلفت هذه المواضيع في تناولها لمتغيرات الدراسة وهي الوسواس، والأفعال القهرية، والتوافق النفسي، ونشير إلى أن هذه المتغيرات حظيت بمكانة مرموقة في الأدب التربوي والسيكولوجي وقد أهتم الباحثين والعلماء بموضوع الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان ومن بينها اضطراب الوسواس والأفعال القهرية لما لها من تأثير كبير في حياة الفرد لارتباطها بحياته النفسية والأسرية والاجتماعية والدينية والأكاديمية والمهنية، وإن أي اعتلال في توازنه وتوافقه النفسي يؤثر على إنجازاته وإنتاجيته وهذا ما يعيق مسيرة حياته الطبيعية، لذا عكف المختصين في هذا المجال إلى إتباع السبل العلاجية للحد من انتشار هذا الاضطراب سواء على مستوى الفرد أو الأسرة أو المجتمع.