

فاعلية العلاج الاستعرافي - السلوكي للوسواس القهري

د. صباح السقا

الملخص

استهدفت الدراسة الكشف عن فاعلية العلاج الاستعرافي - السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال برنامج موجّه لأفراد العيّنة الذين يعانون سلوكيات قهرية أو أفكاراً وسواسية سواء كانت منفصلة أم معاً.

و استخدمت الباحثة لتحقيق ذلك العلاج الاستعرافي، تقنية التعرّض (المكثّف) ومنع الاستجابة (ERP) - التي تمّ إثبات فاعليتها في كثير من الأبحاث والدراسات الإكلينيكية السابقة - في معرفة ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عيّنة البحث على مقياس لأعراض الوسواس القهري قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى إلى أثر البرنامج المصمّم.

تكوّنت عيّنة الدراسة من (12) مريضاً بواقع (9) إناث و(3) ذكور، تتراوح أعمارهم من (20-25 عاماً)، وتمّ اختيارهم من الأفراد المحالين من العيادة الطبية-النفسية، والذين تمّ تشخيصهم طبياً باضطراب الوسواس القهري. وقد استخدمت الباحثة مقياس بيل براون للوسواس القهري لتحقيق ذلك الهدف.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العيّنة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العيّنة في القياس البعدي وقياس المتابعة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة مقترحات منها: إجراء دراسات مماثلة بمتغيرات أخرى، كمستوى التعليم، وعمر المريض عند بدء الأعراض الوسواسية، كما أوصت الدراسة بالتأكيد على دور أفراد الأسرة الداعم لاستمرار التحسّن في أعراض المرضى.

المقدمة والخلفية النظرية للبحث:

ليس غريباً أن يخاف الإنسان، أو أن يقلق بين الحين والآخر، فالإنسان السوي لا يخلو من مشاعر الغم والحزن والهموم وتوقع الخطر، فلا وجود لإنسان سوي بالمطلق فكلنا نقترّب من السواء.

والصحة النفسية (العقلية) كالصحة الجسدية عرضة للتوعك والمرض؛ فكثير من الناس عندما تزداد شدة قلقهم إلى حد ما أو مخاوفهم كالخوف من الموت، أو من المرض، أو تتناهبهم هواجس النظافة، أو ممارسة طقوس قهرية متكررة.. إلخ فإنهم يقعون فريسة المرض خاصة عندما تؤثر هذه الأفكار وهذه السلوكيات في ميادين مختلفة من حياة الشخص، كالعمل، والعلاقات العائلية والاجتماعية.

واضطراب الوسواس القهري أحد أشكال اضطرابات القلق، والتي يشترك معها في الأعراض. فدرجة قليلة من القلق تعمل على زيادة اليقظة والانتباه والتحسّن في أداء الفرد، ولكن إذا تجاوز القلق حدًا معينًا فإن أداء الفرد سوف ينخفض، وبالتالي يعيق إنجازَه، ويصبح اهتمامه فقط في الأفكار الوسواسية وممارسة الطقوس (APA, DSM-IV-TR, 2000, p.462).

ويجمل كثير من الناس المصابين باضطراب الوسواس القهري من حالتهم فيحاولون إخفاء مظاهر هذا الاضطراب، على الرغم من أنّ هذه الأعراض تخفّف عنهم حدّة القلق الذي يعانونه، وهذا ما يجعلهم يلجؤون إلى التكتّم عن أعراضهم لسنوات عدة قبل أن يسعوا إلى طلب العلاج. لذلك عدّ هذا الاضطراب من أقلّ الاضطرابات النفسية شيوعاً (عكاشة، 1992، 136).

وعلى الرغم من عدّ هذا الاضطراب أحد أعقد الأمراض النفسية، فإنّ التقدم في العلاجات السلوكية والدارماكولوجية (الدوائية) في العقدين الأخيرين أدّى إلى تحسّن مآل المرضى (Barlo, 2002, 472).

وفي هذه الدراسة تمّت معرفة فاعليّة أحد أنواع العلاج النفسي وهو العلاج الاستعرافي- السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy of Obsessive (CBT وكذلك اختبار تقنية التعرّض ومنع الاستجابة (Exposure and Response Prevention (ERP) في خفض شدة أعراض الوسواس القهري لدى عيّنة من المرضى الوسواسيين. وعلى الرّغم من وضوح أعراض الاضطراب في الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، فإنّ مريض الوسواس القهري يأتي بعد مضي فترة طويلة على بدء ظهور أعراضه حتى تنال منه هذه الأعراض ويبدأ في المعاناة الشديدة، لذلك هو اضطراب مزمن يسبّب كرباً شديداً، ويستهلك الوقت، ويتدخل بشدة مع الروتين اليومي للمريض، ويعيق نشاطاته الطبيعيّة، ويتّصف بوجود الوسواس و/أو الأفعال القهرية (عكاشة، 1992، 140).

ومن أكثر الوسواس شيوعاً في البيئة العربيّة هي وسواس النظافة والاعتسال والتلوّث، وهذا ما دعا الباحثة إلى الاقتصار على هذه الوسواس في العيّنة التجريبيّة للمرضى (حنور، 2007).

ويصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة أمراض أخرى، مثل الاكتئاب والقلق، واضطرابات النوم، واضطرابات اللّازمات (توريت)، وغالباً هذه الاضطرابات تعوق كفاءة العلاج السلوكي للوسواس القهري (Foa et al., 1982) (Leckman & Chittenden, 1990)، كما أنّ إمساك المرضى المعلومات، والإخفاق في ذكر كامل نموذج العرض، أو التقليل من شدته، يجعل التّشخيص الفارق للأخير صعباً (ججار، 1992، 47).

وهناك نماذج عدّة في تفسير الوسواس القهري منها التحليلي، ومنها السلوكي، ومنها الاستعرافي، ونقف عند الاستعرافي (موضوع الدراسة)، فقد قدّمت تفسيرات استعرافية عدّة لأعراض الوسواس القهري، فيرى كار (Carr, 1974) أنّ محتوى الوسواس لدى مرضى الوسواس القهري هو توقّعات مبالغ فيها للنتائج السلبية للعديد من تصرفات

الوسواس وأنّ هذا المحتوى يشبه محتوى أفكار مرضى اضطراب القلق العام وهذا يتفق مع تفسير بيك (Beck,1976) الذي يرى أنّ محتوى الوسواس يرتبط بالخطر في شكل شكّ أو تحذير، وهذا يتفق أيضاً مع الوسواس المرتبطة بالتهديد لدى المخاوف البسيطة.

وقدّم سالكوفسكس تفسيراً شاملاً لاضطراب الوسواس القهري مؤكداً أنّ الأفكار الوسواسية المقحمة تعمل كمنبهات قد تستثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية. وبالتالي فإنّ فكرة مقحمة قد تؤدّي إلى اضطراب مزاجي في حالة ما، إذا استتارت هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الفكرة المقحمة ونسق معتقدات الفرد، ويعدّ كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري، يضاف إلى ذلك إمكانية إدراك الوسواسيين القهريين أفكارهم المنكررة الظهور والمتعلّقة بالأحداث غير المقبولة على أنّها تعبّر عن الأحداث نفسها. فمثلاً فكرة الخطيئة تكون من السوء بقدر الخطيئة ذاتها (Salkovskis,1985).

وبناءً على التفسيرات المتعدّدة للوسواس فقد تنوّعت الطرق العلاجية التي تناولت خفض حدّة أعراض الوسواس القهري فاستخدم العلاج الدوائي والعلاج الدينامي والتدعيمي... إلخ. ويعدّ العلاج الاستعرافي - السلوكي أحد الخيارات المتاحة الناجحة مقارنة مع الطرق الأخرى (Lindsay, et al.,1997)، ويتوجّه التدخل العلاجي (Intervention) بشكلٍ أوليٍّ إلى تطبيق تقنية (ERP)؛ بحيث يواجه المرضى مواقف تثير لديهم الضيق والتوتر، ويمنعون عن القيام بأيّ أفعال أو طقوس قهريّة يمكن أنّ تخفّف عنهم مشاعر الضيق، ثمّ يتمّ تحديد المعرفيات المشوّهة والاعتقادات التي تمنع المريض من تنفيذ تقنية التعرّض، وكذلك الأفكار التي تقلّل من قدرته على تخفيض درجة القلق، والسلوكات المختلّة وظيفياً المرتبطة بها، وكيفية تفسير المتعالج لهذه الأفكار المقحمة، ثمّ دحض هذه المعرفيات وتعديلها بما يخدم الاستفادة من العلاج

بالتعرض، وكذلك الأفكار والاعتقادات التي تقلل من قدرته على تخفيض درجة القلق والخطر المحقق الذي يتوقع حدوثه مريض الوسواس القهري.

الدراسات السابقة:

1 - الدراسات العربية:

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

- دراسة فرج والبشر (2002): هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى كفاءة أسلوب العلاج السلوكي (بتقنية التعرض ومنع الاستجابة) مقارنة بالعلاج الدوائي؛ من حيث مدى فعالية كل منهما في التغلب على أعراض الوسواس القهري، كما هدفت أيضاً إلى تقييم كلا الأسلوبين معاً في مقابل استخدام كل أسلوب بمفرده. وتكوّنت عينة الدراسة من "20" مريضاً (4 ذكور، 16 إناث) باضطراب الوسواس القهري من فئة وسواس الاغتسال والنظافة، من بين المترددين على العيادات النفسية الطبية، ومكتب الإنماء الاجتماعي بدولة الكويت. وقد تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات وفقاً لنوع العلاج المقدم لكل مجموعة. أظهرت الدراسة فاعلية العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة مقترناً بتقنيات العلاج الاستعرافي، في تخفيف أعراض الوسواس القهري بشكل أفضل من مجموعة العلاج الدوائي وحده، ومن مجموعة العلاج السلوكي وحده؛ بما يوفره العلاج السلوكي الاستعرافي من استبصار جيد بطبيعة الاضطراب وقدرة أكبر على منع الانتكاسة (عن الزراد، 2010).

- دراسة قطب عبده خليل حنور (2007): هدفت الدراسة إلى التخفيف من اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة كفر الشيخ وذلك من خلال اختبار فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، ومدى استمرار فعالية هذا البرنامج على المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة. وتألّفت العينة من (10) طلاب من الجامعة، بمدى عمري من (18 - 22 عاماً)، وتمّ تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة: عددها (5) (طالبان وثلاث طالبات) ومجموعة تجريبية: عددها (5) (طالبان وثلاث طالبات) وتوصّلت الدراسة إلى نتائج فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدّة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة، وكذلك إلى استمرار فعالية البرنامج لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي تصل إلى ثلاثة أشهر، وأوصت الدراسة بالعمل على زيادة وعي الأسرة والأفراد من خلال وسائل الإعلام بضرورة طلب الاستشارة النفسية عند المعاناة من أيّ اضطراب نفسي خاصة اضطراب الوسواس القهري حتى لا تتفاقم المشكلة.

2- الدراسات الأجنبية:

- دراسة ساكوفسكس (Salkovskis Warwick, 1985) دراسة حالة استخدم فيها الجمع بين أسلوب العلاج الاستعرافي والتعرض ومنع الاستجابة لعلاج مريضة بالوسواس القهري، تشكو من الأفكار الوسواسية. عولجت بالعلاج السلوكي ولكنها انتكست بعد نوبة اكتئاب شديدة وبعد عشر جلسات من العلاج الاستعرافي مصحوباً بالتعرض ومنع الاستجابة تحسّنت المريضة بدرجة ملحوظة.

- دراسة تيرنر وبيديل (Turner and Biedel, 1985):

تألّفت العينة من مرضى الوسواس قسّمت إلى ثلاث مجموعات. عولجت الأولى دوائياً (SSRI). وعولجت المجموعة الثانية علاجاً سلوكياً بطريقة التعريض بالغمر بالإضافة إلى الدواء الكاذب (Placebo). أمّا الثالثة فلم تعالج دوائياً، أو سلوكياً، فقط بالدواء الكاذب (Placebo).

واستمرت مدّة العلاج (12) أسبوعاً، وتمّ استخدام مقاييس تقدير الوسواس قبل وبعد العلاج، كما تمّ الاعتماد على تقارير المرضى الذاتية، وعلى محكم لا يعرف شيئاً عن أساليب العلاج المستخدمة، وكان عليه تشخيص أعراض الوسواس بعد العلاج. وكانت أفضل نسب تحسن للمجموعة الثانية 77% تليها المجموعة الأولى 51%.

وهناك دراسات أخرى (Keith 2008) حول فاعلية العلاج السلوكي - المعرفي في علاج حالات الوسواس مثل دراسة فرنسيس والتون (1965) حول علاج أفكار وسواسية موضوعها خوف شديد من التلوث (Contamination)، واستخدم طريقة خفض الحساسية المنظم لجوزيف ولبي (Systematic Desensitization)، وطريقة التعريض (Exposure)، وكانت النتائج مفيدة جداً كما أنّ لازاروس (Lazarus) عام (1988) قام بمعالجة سيّدة من وسواس قهري من النظافة واستخدم طريقة التعريض والغمر (Flooding).

كما استخدم كل من سالفوسكي (Salvosky) وإمري (Emery) وبك (Beck) وكابلان (Kaplan)، وتيرنر (Turner) طريقة التخيل، والتعريض، والغمر، ومنع الفكرة الوسواسية (Thought Stopping) وقد تمّ التأكد من أنّ حالة المرضى قد تحسّنت بشكل واضح (Emmelkamp) (1998) (الزراد، 2010).

دراسة تيرنر وآخرين (Turner et al., 1988):

تألّفت عيّنة الدراسة من (34) مريضاً بالوسواس القهري، قسّمت العيّنة إلى مجموعة ضابطة بلغ عددها (13) مريضاً، وهذه المجموعة لم تعالج بالأدوية أو بالطرق النفسية، وأعطيت فقط دواء وهمياً (Placebo)، وإلى مجموعة تجريبية بلغ عددها (21) مريضاً عولجوا دوائياً بواسطة البروزاك (SSRI) وهو من مشتقات Prozac، واستمرت عملية العلاج ثمانية أسابيع، وطبّق في هذه الدراسة اختبار سندلر للوسواس، وقد تبين من الدراسة أنّ نسبة التحسّن لدى مرضى المجموعة الضابطة لم يتجاوز (1%) بينما بلغت هذه النسبة لدى مرضى المجموعة التجريبية (46%) وفي تجربة ثانية تمّ

استخدام طريقة العلاج النفسي السلوكي بطريقة الغمر، بالإضافة إلى الدواء الكاذب (Placebo) لمرضى المجموعة الضابطة، ودواء البروزاك للمجموعة التجريبية، ولوحظ أنّ نسبة التحسن لدى مرضى المجموعة الضابطة ارتفع إلى (38%) من المرضى.

- دراسة إميل كامب وآخرين (Emmel kamp et al.,1991) قاموا بدراستين قارنوا فيهما العلاج الاستعرافي بطريقة إليس (أ- ب - ج)، مقابل التعرّض ذاتي التوجيه ومنه الاستجابة. وكان العلاج يتكوّن من ستّ جلسات، على مدى أربعة أسابيع، ولم تظهر أيّة فروق بين نوعي العلاج بعد تطبيق المعالجة مباشرة وقد وجد Emmel kamp, (1991) في الدراسة السابقة أنّ التعرّض ومنع الاستجابة فقط له فاعلية الجمع بين العلاج الاستعرافي والتعرّض ومنع الاستجابة.

- دراسة هيمبري وآخرين (Hembree et al.,1992) على 62 مريضاً بالوسواس القهري لدراسة التأثيرات البعيدة المدى للتعرّض المكثّف، ومنع الاستجابة والعلاج بالعقاقير (الفلوكسامين أو الامبيرامين) والعلاج السلوكي الشامل بالتعرّض ومنع الاستجابة أو مع استخدام العقاقير. وتمّت متابعة جميع المرضى لمدة ستة أشهر بعد العلاج بالمقابلات الهاتفية، وسجّل المرضى الذين تلقّوا علاجاً بالعقاقير في فترة المتابعة للتقييم (37 مريضاً)، والذين تلقّوا علاجاً سلوكياً فقط أو علاجاً سلوكياً، مع علاج بالعقاقير، أعراضاً أخفّ شدة عن أولئك الذين عولجوا بالعقاقير فقط. وكان المرضى الذين تلقّوا علاجاً بالعقاقير في فترة المتابعة (25 مريضاً) يتقدّمون بشكل جيد، بصرف النظر عمّا إذا كانوا قد تلقّوا علاجاً سلوكياً وعلاجاً بالعقاقير أو علاجاً بالعقاقير فقط. وبذلك يظهر أنّ المرضى الذين تلقّوا علاجاً سلوكياً يحتفظون بمكاسب العلاج، أكثر من المرضى الذين تلقّوا علاجاً بالسيروتينين، ثمّ سحب هذا العلاج؛ فالعلاج بالعقاقير يعطي فوائد طويلة المدى تساوي العلاج السلوكي شرط استمرار استخدام المريض للعقار.

- دراسة إيفر (Iver Hand, 1998): قسّمت عيّنة مرضى الوسواس إلى مجموعة ضابطة عددها (15) مريضاً عولجوا لمدة أربعة أسابيع بواسطة (SSRI) فقط بواسطة (Fluoxetine) أو (البروزاك) وكذلك (Trazodon)، وطبّق على العيّنة اختبار ليتون للوسواس، ومجموعة تجريبية عددها (16) مريضاً عولجوا لمدة ثمانية أسابيع بواسطة العلاج النفسي السلوكي المعرفي، بالإضافة إلى الدواء الكاذب، وتبيّن بعد العلاج أنّ نسبة التحسّن لدى مرضى المجموعة الأولى بلغ حوالي (44%) من المرضى مقابل نسبة (67%) من مرضى المجموعات الثانية وهذا ما انتهى إليه الباحث (Biedel, L) عام (1995) أيضاً، مما يؤكّد فاعليّة العلاج النفسي السلوكي - الاستعرافي بالمقارنة بالعلاج الدوائي، وضرورة التكامل بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

- دراسة ماكلين (McLean, 2001): والتي هدفت إلى المقارنة بين العلاج الاستعرافي السلوكي، والعلاج السلوكي باستخدام تقنيّة التعرّض ومنع الاستجابة (ERP)، في علاج اضطراب الوسواس القهري. تكوّنت العيّنة من "76" مشاركاً ممّن يعانون اضطراب الوسواس القهري، تسرّب منهم مجموعة فبقي "63" مشاركاً تمّ تقسيمهم إلى "31" مشاركاً يعالجون بالعلاج الاستعرافي السلوكي، و"32" مشاركاً يعالجون بتقنيّة التعرّض ومنع الاستجابة. ومجموعة ضابطة تمثّلت في "38" ممّن هم على قائمة الانتظار لمدة ثلاثة أشهر، بمدى عمري 18-56 سنة، ومتوسّط "35" سنة، و33 رجلاً و30 امرأة ممّن وصل تعليمه إلى المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية.

أظهرت الدراسة فاعليّة كلّ من برنامج العلاج الاستعرافي السلوكي، والعلاج السلوكي بتقنيّة التعرّض ومنع الاستجابة، في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عيّنة الدراسة، تفوق برنامج العلاج السلوكي بتقنيّة التعرّض ومنع الاستجابة نسبياً، ولكن لوحظ بعد فترة المتابعة أنّ امتداد أثر العلاج أفضل من تقنيّة التعرّض ومنع الاستجابة فقط. وأوصت الدراسة بالدمج بين الأسلوبين (McLean et al., 2001, 2005).

- دراسة ويلسون وتشامبلس (Wilson & Chambless, 2005) هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج الاستعرافي السلوكي مع الاضطراب الوسواسي القهري. وتكوّنت عينة الدراسة من "10" أفراد ممّن يعانون اضطراب الوسواس القهري. وتراوح عدد جلسات العلاج الاستعرافي السلوكي من "10 : 18" (إذ إنّهُ تمّ الاكتفاء بعشر جلسات لبعض الأفراد، في حين بلغ عدد الجلسات لبعض الآخر ثمان عشرة جلسة) بواقع جلسة واحدة أسبوعياً لا تتجاوز ساعة واحدة، واعتمد البرنامج على تقنيّات: إعادة البناء الاستعرافي، والحوار السقراطي، والاسترخاء، ووقف الأفكار، بالإضافة إلى التدريب على التعريض ومنع الاستجابة، والواجبات المنزليّة. أوضحت الدراسة فاعلية برنامج العلاج الاستعرافي السلوكي المستخدم في التقليل من أعراض الوسواس القهري، والتي تمثّلت في: طقوس قهرية، ومخاوف، ووسواس عن النظافة وغلق الأبواب والإصابة بالأمراض، وأوصت الدراسة بضرورة فهم العلاج الاستعرافي السلوكي للقلق والاكتئاب إضافة إلى الوسواس القهري.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أشارت الدراسات والبحوث السابقة إلى أهميّة وفاعليّة العلاج الاستعرافي-السلوكي، وكذلك إلى فاعلية تقنيّة ERP في علاج اضطراب الوسواس القهري. وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد أدوات الدراسة الأكثر استخداماً وهي: مقياس بيل - براون للوسواس القهري لفائدته في قياس درجة وشدة الاضطراب، بالإضافة إلى تحديد عدد الجلسات ومدتها (المكثفة)، على أن لا يقل عددها عن خمس عشرة جلسة، وكذلك في تحديد التقنيّات الاستعرافية في البرنامج، كما افترقت هذه الدراسات طريقة التعرّض المكثف وهذا ما أعطى البحث قيمة وجدة.

- مشكلة البحث:

يعدُّ اضطراب الوسواس القهري أحد أنواع اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدّل (APA, DSM IV, 2000) وهو يتألف إمّا من وسواس أو

أفعال قهرية، وتشير نتائج الدراسة التي أجرتها فوا كوزاك إلى أنّ الغالبية العظمى (أكثر من 90%) من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية سلوكية، وأنّ (10%) فقط تظهر لديهم وساوس دون وجود أفعال قهرية (Foa & Kozak, 1992).

وعلى الرغم من تقدير انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدى الحياة — (2,5%)، إلا أنه شائع نسبياً؛ حيث تصعب ملاحظته لأنّ المريض يحاول إخفاء أعراضه، ممّا يؤدي إلى تأخير التشخيص الصحيح له بسبب عدم الملاحظة و الوصمة الاجتماعية. وهذا يؤكد أنّ انتشاره أكثر بكثير من 2,5% فالتقديرات الحالية لهذا الانتشار تتراوح بين 1,7-4%. وتظهر الدراسات الدولية نسب حدوث وانتشار متشابهة على المستوى العالمي، فهو رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأمريكيين (الخولي، 2009).

"ومع التطور الكبير في مجال فهم المرض والاضطرابات النفسية وتحسن الأساليب العلاجية و التطور الذي شهدته كثير من طرق العلاج النفسي القائمة على المبادئ التجريبية (Empirical) وخاصة في العشرين سنة الأخيرة من القرن العشرين". (غراوه، وآخرين، 1999، 140)، إلا أنّ البلدان العربيّة وبشكل خاص سورية لم تشهد من آثار هذا التغيير إلا النزر اليسير، فالعلاج الغالب هو إمّا علاجاً غير علمي (مثل الذهاب للمشعوذين أو فكّ السحر واللبّس.. الخ)، أو علاج دوائي تكون فوائده محدودة لأنّ الدواء جزء من العلاج وليس كلّ العلاج، (الحجار، 1993، 12) وذلك على الرغم من وجود تقدّم في العلاج الدوائي للوسواس القهري باستخدام أدوية من نحو الكلوميبرامين (clomipramine) وكأبحاث إعادة كفاء السيروتونين التي يرمز لها اختصاراً (SSRIs) إلا أنّ الدراسات تشير إلى أنّ المرضى الذين تلقوا علاجاً سلوكياً يحتفظون بمكاسب العلاج أكثر من الذين تلقوا علاجاً بالعقاقير (Hembre et al., 1992) وهذا ما يسوغ استخدام المعالجة النفسية السلوكية والاستعرافية خاصة وأنّ مرضى

الوسواس لا يتبعون كلهم تعليمات العلاج الدوائي، أو ما يسمّى بالمطواعة (Compliance).

ومما أيد شعور الباحثة بوجود مشكلة البحث التأثيرات التي تظهر في حياة مرضى الوسواس إذ إنّ أعراض هذا الاضطراب غالباً ما تشكّل ضياعاً لوقت المريض، أو تتسبب بفقدانه لعمله، أو سوء العلاقات الزوجية (إذا كان متزوجاً)، والعلاقات البيئشخصية أيضاً (Emmel kamp,1990)، ناهيك عن التأثيرات المزمنة الأخرى الاجتماعية والاقتصادية والنفسية.

الأمر الذي دعا الباحثة إلى تصميم برنامج علاجي يسعى إلى التخفيف من حدة أعراض الوسواس القهري بالاعتماد على الجمع بين العلاج الاستعرافي والعلاج السلوكي (REP) بوصفه أحد العلاجات المهمة في علاج هذا الاضطراب (Salkoviskis & Warwick,1985).

ويعدّ العلاج الاستعرافي واحداً من الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي، وهي " إدراكات لأهمية الأحداث أو إدراكات تقييم لهذه الأحداث أو كلاهما معاً فيما يتعلّق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص، أو بالنسبة لأفكاره، أو تصوّراته، أو اعتقاداته عن نفسه ومحيطه". (تاوش، 1995، 57) إنها كل العمليات المعرفية التي تتضمّن الطريقة التي يفسر فيها الأشياء من حوله؛ أي ما يقوله لنفسه عن شيء ما أو شخص ما، وهي تختلف من شخص إلى آخر، كما تؤثر في حياته اليومية (Burns,1991,p.12).

وسعيّاً وراء تحقيق فاعلية أكبر للأساليب العلاجية والتخفيف من معاناة الأشخاص الذين يعانون الوسواس القهريّة، واستناداً إلى واقع نقص الخدمات النفسية وإلى نتائج الأبحاث التي أشارت إلى فاعلية هذه الطريقة من خلال تطبيق برنامج علاجي على عينة من المرضى الوسواسيين، يمكن صياغة مشكلة البحث في السؤال الآتي:

- ما مدى الفاعلية التي يحققها البرنامج المصمم في خفض حدة أعراض الوسواس القهري والمحافظة عليها.

- أهداف البحث:

سعى البحث إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1- الكشف عن فاعلية برنامج العلاج المستخدم في خفض حدة أعراض الوسواس القهري.

2- تعرف أهمية العلاج الذي يجمع بين العلاج الاستعرافي والعلاج بتقنية (REP) المكثف لاضطراب الوسواس القهري.

3- تعرف فاعلية البرنامج المستخدم بعد الانتهاء من تطبيقه بمدة شهر.

4- السعي لتحسين حالة أفراد عينة البحث الذين يعانون آثار هذا الاضطراب في أدائهم اليومي وفي علاقاتهم البيئية الشخصية.

- أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث من أنه:

1- تناول علاج اضطراب من أعقد الاضطرابات النفسية، وهو يشكل بذلك تحدياً علمياً قوياً

2- استخدم العلاج الاستعرافي-السلوكي الذي يعدّ واحداً من الخيارات الناجحة في علاج اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالطرق العلاجية الأخرى كالعلاج الدينامي (Black,1988)

3- ينبه بعض العاملين في مجال الطب النفسي إلى أهمية العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي، أو بشكل مستقل.

4- يقدم خدمات ومساعدات عملية يمكن أن تسهم في إنقاص المعاناة لمرضى الوسواس القهري في مجال الأداء الوظيفي الروتيني أو المهني أو الأكاديمي أو في العلاقات البيئية؛ حيث وجد أنّ 60-70% من المرضى المعالجين يظهرون

نوعاً من التحسن، و20-30% يتحسنون بشكل جيد، بينما يتحسن 40-50% بشكل متوسط (Kaplan & Sadock, 2007).

5- افتقار مثل هذه الدراسات في البيئة السورية.

- فرضيات البحث:

هدف البحث من الاختبار الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس بيل بروان للوسواس قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).

الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس براون للوسواس بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

- منهج البحث و إجراءاته:

استلزمت طبيعة البحث وأهدافه العلاجية الاستخدام الشبه تجريبي Experimental- ويستخدم هذا النوع من المناهج شبه التجريبية عندما لا يستطيع الباحث ضبط متحولات البحث ضبطاً مطلقاً. "إنّ المخطّط شبه التجريبي يوفر بديلاً للمخطّطات التجريبية من حيث أنه يمكن تطبيقه على مواقف ميدانية ولا يقتضي أن يملك المجرّب الضبط المطلق للمتحوّلات التجريبية." (حمصي، 1991، 172).

وقد استخدم في تنفيذ هذا البحث مخطّط المجموعة الواحدة باختبار قبلي وبعدي ويمثّل هذا المخطّط كما يأتي: قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي

ويحكم على تأثير المعالجة بموجب التغيّر في الدرجات بين القياس القبلي والقياس البعدي لكل طريقة على حدة ومقارنة التغيّرات الحاصلة بين المجموعات العلاجية (المرجع السابق، 159).

- عينة البحث:

بلغ عدد أفراد العينة (12) مريضاً منهم (9) إناث و (3) ذكور تتراوح أعمارهم بين (20-25) عاماً، تم اختيارهم بطريقة عرضية مقصودة من المرضى الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء النفسيين على أنهم يعانون اضطراب الوسواس القهري. وقد تم تحديد الشروط المسبقة الآتية لاختيار العينة :

- 1- أن يكون المرض الأساسي للمريض هو الوسواس القهري.
- 2- ألا يتناول المتعالج دواءً أو يكون منقطعاً عنه لمدة شهر ونصف على الأقل.
- 3- تخصيص وقت بحدود شهر (نظراً لطول مدة التعرض يومياً) من قبل المريض لتنفيذ البرنامج (دون انقطاع)، ولذلك يفضل الدوام النصفى للمريض أو أخذ إجازة من العمل (إن كان عاملاً)، وهذا الشرط قلل من عدد أفراد العينة واحداً لانقطاعه في منتصف تطبيق البرنامج.
- 4- وجود شخص مساعد (يحدده المريض) يراقب عملية التعرض، والمنع خارج حدود العيادة، وكذلك يقدم الدعم والتشجيع للمريض دون التعرض له أو توبيخه.
- 5- تخصيص خمس ساعات إلى ست ساعات يومياً للعلاج المكثف.
- 6- ألا يكون المريض مصاباً باضطرابات نظم في القلب، أو أي مرض يمنع من تطبيق تقنية ERP (بمعرفة الطبيب)

- أدوات البحث:

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية في البحث:

- مقياس بييل براون للأفكار والأفعال القهرية (**Yale-Brown Obsessive Compulsive**).

يتألف هذا المقياس من عشرة أبعاد لاضطراب الوسواس القهري (خمسة منها تقيس الوسواس وخمسة أخرى تقيس الأفعال القهرية)، وكل منها مقسم إلى خمس درجات تبدأ من الصفر (لا يوجد أعراض) إلى أربعة (أعراض شديدة)، ويقاس الفاحصون

الوقت الذي تستغرقه الوسواس والأفعال القهرية، ودرجة تأثيرها على أداء الوظائف، ومستوى الشعور بالقلق، ومحاولات مقاومة الأعراض ودرجة التحكم فيها. وبلغ الصدق الذاتي 0,92 وهو دال إحصائياً وبمعامل ثبات (إعادة التطبيق) 0,90 وهو بذلك يتمتع بقدر من الثبات يوثق فيه.

ويتميز هذا المقياس من غيره من مقاييس الوسواس (مودزلي، بادوا..الخ) في أنه يستخدم كأداة ملاحظة بشكل متكرر في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري، وهو يساعد كثيراً في اكتشاف ما لم يذكره وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بأمر في حياته، وبذلك نستطيع تحديد شدة الاضطراب، وبالتالي تقييم الاستجابة لطريقة العلاج المستخدمة (www.CBTarabia.com).

- استمارات خاصة بالعلاج الاستعرافي:

- استمارة التقويم الذاتي.

- برنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الوسواسية لدى المتعالجين.

ولكون التعرض طويل الأمد (المكثف) أظهر فاعلية أكثر من التعرض القصير الأمد في التخفيف من أعراض القلق لدى المرضى الذين يعانون أعراض القلق، وكذلك هناك فاعلية للبرامج التي تجمع التعرض ومنع الاستجابة على أي من التقنيات لوحدها، فقد قامت الباحثة بتطبيقه على أفراد العينة (Foa,1996, p.20)

ويدخل في تنفيذ برنامج العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة متغيرات عدة مثل:

1- المحافظة على التوازن من قبل المعالج بين الضغط على المريض لتنفيذ التعليمات، التعاطف مع ما يشعر به من قلق.

2- خبرة المعالج فيما يتعلق بكفائه في الجوانب الاستعرافية بشكل خاص

(Michelson et al.,1990).

3- تحديد مستوى الدافعية لدى المريض تحدد مدى تحقيق المكاسب من العلاج.

4- مدى اقتناع المريض بجدوى العلاج يزيد من امتثاله (Compliance) لتعليمات العلاج.

5- فهم المريض لطبيعة مشكلته مهم في إنجاح العلاج الاستعرافي- السلوكي (الالتزام بتعليمات المراقبة الذاتية، والوقت المحدد للتعرض الواقعي، وتغيير نمط الحياة، ومساعدة الأشخاص المحيطين... إلخ) وله دور في عملية تحسن العلاج.

6- توقع الانتكاس، لأن المحافظة على مكاسب العلاج تتطلب مواصلة الجهد عقب انتهاء البرنامج.

- مراحل تطبيق البرنامج:

يتألف البرنامج المصمم من أربع مراحل:

المرحلة الأولى: وتضم جمع المعلومات (مراقبة وتحديد الأفكار الوسواسية "أفكار- تصورات- اندفاعات") وتعرف تفسيرها من قبل المريض.

المرحلة المتوسطة: وتضم تنفيذ التعرض ومنع الاستجابة والمتابعة المنزلية للواجبات (ساعتين إلى ثلاث ساعات).

المرحلة الأخيرة: وتضم التقويم ومنع الانتكاسة.

ويوضح الجدول الآتي مراحل التدخل العلاجي بواقع خمس عشرة جلسة علاجية، مع عدد من المرضى الوسواسيين بشكل فردي وجماعي في بعض الجلسات، كجلسات التنقيف (التعريف بالعلاج الاستعرافي) والتقييم (تطبيق الاختبارات والاستمارات). كما يلحق بالبرنامج مجموعة من الملاحق والجدول المساعدة للوصول إلى الأهداف العلاجية المرجوة.

الجدول (3) يبين مراحل تطبيق البرنامج

رقم الجلسة	المحتوى	مراحل البرنامج														
2+1	<p>-تقصي حالة المريض (الأعراض - تاريخ بدء ظهورها - تطبيق مقياس الوسواس القهري تأثيرها في أدائه).</p> <p>-التعريف بطريقة العلاج وتفاصيل البرنامج.</p> <p>-مراقبة الطقوس والأفكار للمرضى (في كل الأماكن).</p> <p>-إعطاء تعليمات المراقبة وفق جدول خاص (تكرارها - مدة ممارسة الفعل القهري) .</p> <p>-تحديد محتوى الأفكار الوسواسية (أفكار - تصورات - اندفاعات) وتعرف تفسيرها من قبل المريض .</p> <p>-تحديد مثيرات الوسواس كمدرج والتجنب (الاستعرافي - السلبي - الإيجابي - الواقعي).</p> <p>-تحديد التغيرات الفسيولوجية المرافقة للاضطراب إن وجدت .</p> <p>-إعطاء تعليمات تنفيذ الواجب (3ساعات يوميا).</p> <p>-تحديد الشخص المساعد في تنفيذ الواجبات المنزلية.</p>	<p>المرحلة الأولى</p> <p>جمع المعلومات</p>														
13-3	<p>تنفيذ العلاج الاستعرافي - السلوكي (التعرض المكثف ومنع الاستجابة) .</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>التقنيات السلوكية</th> <th>التقنيات الاستعرافية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- التعرض (الواقعي أو التخيلي)</td> <td>- مراقبة الأفكار الوسواسية والطقوس وتسجيلها</td> </tr> <tr> <td>- منع الاستجابة</td> <td>- الحوار السقراطي - إيقاف الفكرة</td> </tr> <tr> <td>- النمذجة</td> <td>- التمثيل الاستعرافي (الاستطلاعي):</td> </tr> <tr> <td>- التخيل</td> <td>Cognitive Rehearsal thought</td> </tr> <tr> <td>- الواجبات المنزلية.</td> <td>- إيقاف التفكير - Stopping</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- إيجاد البدائل</td> </tr> </tbody> </table>	التقنيات السلوكية	التقنيات الاستعرافية	- التعرض (الواقعي أو التخيلي)	- مراقبة الأفكار الوسواسية والطقوس وتسجيلها	- منع الاستجابة	- الحوار السقراطي - إيقاف الفكرة	- النمذجة	- التمثيل الاستعرافي (الاستطلاعي):	- التخيل	Cognitive Rehearsal thought	- الواجبات المنزلية.	- إيقاف التفكير - Stopping		- إيجاد البدائل	<p>المتوسطة</p>
التقنيات السلوكية	التقنيات الاستعرافية															
- التعرض (الواقعي أو التخيلي)	- مراقبة الأفكار الوسواسية والطقوس وتسجيلها															
- منع الاستجابة	- الحوار السقراطي - إيقاف الفكرة															
- النمذجة	- التمثيل الاستعرافي (الاستطلاعي):															
- التخيل	Cognitive Rehearsal thought															
- الواجبات المنزلية.	- إيقاف التفكير - Stopping															
	- إيجاد البدائل															
15+14	<p>- تقويم البرنامج.</p> <p>- الإنهاء وتحديد شكل المتابعة بتوجيه المريض نحو الحفاظ على مكاسب والعلاج.</p> <p>- توجيه المريض نحو ممارسة التعرض الذاتي للمحافظة على استمرار التحسن ومنع الانتكاس لديه بعد العلاج.</p> <p>- إحداث تغيير في نمط حياة المريض للمحافظة على استمرار التحسن .</p>	<p>الأخيرة</p>														

-إجراءات البرنامج:

تمت إجراءات تطبيق البرنامج كما يأتي:

- إجراء التأكد من التقييم الطبّي للمريض لمعرفة فيما إذا كان مرض الوسواس القهري هو المرض الأساس (الاستعانة بطبيب نفسي)، وكذلك لانتفاء أمراض قلبيةّ عنده .
- المراقبة الذاتيّة لتحديد سلوكيات المتعالج وأفكاره (تكرارات التّغسيل أو التّظيف - مدة التّغسيل أو التّظيف).
- تنفيذ المراقبة الذاتية (تكرارات التّغسيل - مدة الغسيل... إلخ) باستخدام بطاقات المراقبة، وهذا يساعد في توفير وعي ذاتي أكثر موضوعيّة، فالمريض هنا غالباً ما يضخم أو يببالغ في التعبير عن قلقه، كما يساعد في توفير قاعدة لمناقشة المبادئ الاستعرافية - السلوكية خلال جلسات العلاج .
- يطبّق العلاج بالتعرّض بمعدل 3-4 ساعات في اليوم لمُدّة، وتعدّ الجلسات المستمرة والطويلة أكثر نفعاً من الجلسات القصيرة (Chaplin & Levine, 1981).
- إعادة تنظيم البنية الاستعرافية إذ إنّ تشوّهات التفكير تحدث لأيّ شخص عندما يكون قلقاً، وطالما أنّه في حالة قلق فهو في حالة استفار لمواجهة هذا الخطر فينخرط في ممارسة طقس قهريّة ليخفّف من شدة قلقه، وبالتالي يتعيّن معالجة الأفكار بوصفها افتراضات وليست حقائق، كما يتمّ أيضاً تفسير أفكاره التلقائية (الاقترامية)، ثمّ دحضها عقلياً بتقديم التفسير البديل (تقنيّة إيجاد البدائل) المحتمل والذي يقدم تفسيرات أقلّ تهديداً لأفكاره الوسواسية، وغالباً يكون (التفسير) مبنيّ على الصيغة الاستعرافية - السلوكية للمشكلة التي يتمّ الاتفاق عليها بين المعالج والمريض.
- تنفيذ تقنيّة التمثيل الاستعرافي (Cognitive Rehearsal) والتي تسمح بتحديد المثيرات والصعوبات التي تواجههم في تنفيذ التّعرّض (باترسون، 1990، 41)، وكذلك في المستقبل بعد انتهاء البرنامج.
- يقدر مدى التحسّن في حالة المريض إذا لم يعد للأفكار الوسواسية القدرة على إثارة الضيق لديه.

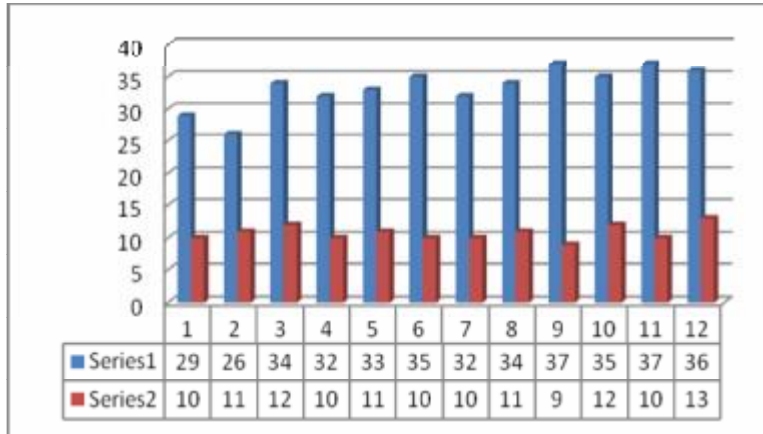
- نتائج البحث ومناقشتها:

الفرضية الأولى: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد عينة البحث بمقياس بيل بروان للوسواس القهري قبل تطبيق البرنامج/ العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).
من أجل اختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon)، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (4) يبين نتائج اختبار ولكوكسون بمقياس بيل بروان

ن	متوسط درجات القياس		قيمة "Z" المحسوبة	مستوى الدلالة	الدالة
	القبلي	البعدي			
12	33,33	10,750	-3,076	0,002	دالة

يتضح من الجدول (2) أن قيمة (Z) المحسوبة هي (-3.076) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.02) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، إذ بلغ متوسط درجات أفراد العينة في القياس القبلي (33,33) وفي القياس البعدي (10,750)، وبالتالي يكون الفرق لصالح القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية، على مقياس بيل بروان وبذلك: نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا يعني أن الطريقة العلاجية المستخدمة (العلاج الاستعرافي+تقنية ERP) قد خفضت أعراض الوسواس القهري.
وتتفق هذه النتيجة مع نتائج متعددة في هذا المجال منها على سبيل المثال (Salkovskis & Warwick, 1985) ودراسة (ايغر، 1998) ودراسة (فرج والبشر، 2002) ودراسة (سمير، 2001) ودراسة (حنور، 2007).



الشكل (1) يبين متوسط درجات أفراد العينة (قياس قبلي وقياس بعدي)

الفرضية الثانية: توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد عينة البحث بمقياس بيل براون للوسواس بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة (بعد شهر) لصالح ما بعد المتابعة.

من أجل اختبار هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon)، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

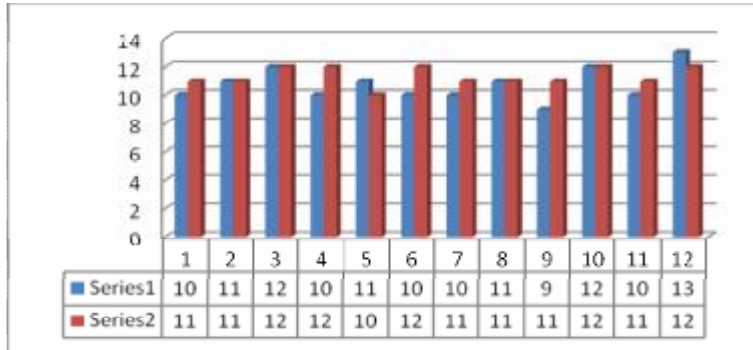
الجدول (5) نتائج اختبار ولكوكسون بمقياس بيل براون

الدالة	مستوى الدلالة	قيمة "Z" المحسوبة	متوسط درجات القياس		ن
			البعدي	المتابعة	
غير دالة	0,083	1,732-	10,750	11,3333	12

يتضح من الجدول السابق: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة، إذ بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة في القياس البعدي (10,75) وفي قياس المتابعة (11,33) وبذلك: تقبل الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد العينة بعد مضي شهر واحد من تطبيق البرنامج (المتابعة). وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الآثار الإيجابية للتدخل العلاجي استمرت لمدة شهر تقريباً بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج وهذا يعني أن العلاج الاستعرافي ساعد في

المحافظة على تحسّن الأعراض، وقَلل من نسب الانتكاس وعودة حدوث المرض (خاصّة بعد التوقّف عن الدواء) بسبب الاعتياد الذي حدث عند المتعالج نتيجة التعرّض المكثّف، وما رافقه من تعديل لطريقة التفكير من خلال تقديم تفسيرات للمحتوى الاستعرافي لأفكار المتعالج.

وتتفق نتائج هذه الفرضيّة مع نتائج دراسات عدة منها دراسة (Turner and Biedel,1985) ودراسة ماكلان (McLean et al.,2001) ودراسة (حنور،2007) ودراسة (Hembree ,et al.,1992).



الشكل (2) يبيّن متوسط درجات أفراد العيّنة (قياس بعدي، قياس بعد شهر)



الشكل (3) يبيّن درجات أفراد العيّنة في القياسات القبلي-البعدي-المتابعة

- حساب فاعلية البرنامج:

تمّ حساب فاعلية البرنامج وفق ما يأتي:

$$\text{فاعلية البرنامج} = 100 - \text{متوسط درجة التطبيق البعدي} \times 100$$

متوسط درجة التطبيق القبلي (عبر، 1990، 297)

وبلغت الفاعلية 67% وهذا يعني أنّ البرنامج استطاع أن يؤثّر في خفض حدّة أعراض الوسواس القهري ويفسر هذا بقوة تقنية (ERP)، وكذلك قوّة العلاج الاستعرافي-السلوكي من خلال ما اكتسبه المتعالجون من تغيير في طريقة تفكيرهم، وتعديل تشوّهاتهم الاستعرافية كالمبالغة في الخطر، وأيضاً محاولتهم لتغيير نمط حياتهم، ومساعدة الآخرين من حولهم في تأمين استمرارية هذا التغيير، وهذا أدّى بدوره إلى استمرار آثار التحسّن حتى بعد انتهاء البرنامج؛ أي يعمل العلاج الاستعرافي على التقليل من نسبة الانتكاس وعودة حدوث المرض بسبب الطّبيعة التعليمية والتنقيبية للعلاج الاستعرافي واستخدام التعرّض المكثّف وطويل الأمد الذي ساعد على الاستمرارية والاعتیاد. وبذلك يمكن الاستنتاج أنّ البرنامج المصمّم بهذه الطريقة والمستند إلى تقنيّات العلاج السلوكي ينقص من خطر الأحداث المستقبلية التي تلي إنهاء المعالجة عندما يتحوّل (العلاج) في حال إتقانه والافتتاح به من قبل المتعالج إلى شبه ملكية خاصة ينهل منها ويفيد بها متى يشاء أو من يحتاج.

- صعوبات تطبيق البرنامج:

إنّ من أهم الصعوبات التي واجهت الباحثة خلال تنفيذ البحث الحالي:

- أنّ هذا البرنامج هو برنامج تدريبي اختباري، وبالتالي لا يمكن أن يعدّ تدريبيّاً ضليعاً في العلاج الاستعرافي-السلوكي لأنّ مثل هذه التدريب يحتاج إلى سنوات للارتقاء به إلى المستوى المطلوب من الإتقان والجودة شأنه في ذلك شأن الكثير ممّن يعدّون برامج ويواجهون صعوبات تعود إلى نقص الخبرة والتدريب، وكذلك صعوبة ضبط كلّ المتغيرات الخاصة بالمتعالج من جهة، أو بالظروف المحيطة به من جهة أخرى، وهذا هو أحد الأسباب المهمة التي دعت إلى تطبيق المنهج شبه التجريبي.

- صعوبة انتقاء أفراد العينة، خاصة وأنهم من المترددين على العيادات الخاصة للأطباء النفسيين، وممن يقتنعون بأهمية العلاج النفسي للاضطراب وليس فقط العلاج الدوائي.

- صعوبة تنفيذ بعض الجلسات العلاجية خاصة الميدانية منها وخاصة للأفراد الذكور مما اضطر الباحثة إلى الاستعانة بمساعد لتطبيق التعرض الواقعي.

- الاختلاف بين المتعالجين في عدد الجلسات العلاجية المنفذة، وذلك بسبب الاختلاف في شدة الاضطراب لكل منهم. وعلى الرغم ذلك فقد حرصت الباحثة على أن لا يقل عدد الجلسات العلاجية الكلية عن خمس عشرة جلسة لكل متعالج.

- المقترحات:

- استثمار نتائج البحث الحالي في تقديم الإرشاد الوقائي إلى الأفراد المحيطين بأشخاص لديهم أعراض وسواسية ولو على فترات متباعدة.

- إجراء بحوث ودراسات حول ربط فاعلية البرنامج بمتغيرات عدة كمستوى التعليم للمتعالج وجنسه وعمره عند بدء الأعراض المرضية لديه.

- إجراء بحوث متابعة العلاج لمدة ثلاثة أشهر، أو ستة أشهر، أو 12 شهراً بعد انتهاء الجلسات العلاجية.

المراجع باللغة العربية:

1. باترسون، س.هـ. (1990) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
2. تاوش. ر، ترجمة سامر رضوان (1995). علاقة الانفعاليات بالمعرفيات، مجلة الثقافة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، العدد (23)، المجلد السادس، بيروت.
3. الحجار، محمد حمدي (1993). فن الإرشاد النفسي السريري الحديث المختصر، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
4. الحجار، محمد حمدي (1992). العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواسي-الجبري، دار طلاس، دمشق.
5. حمصي، انطون (1991). أصول البحث في علم النفس، مطبعة لاتحاد، جامعة دمشق، دمشق.
6. حنور، قطب عبده خليل (2007). فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة دكتوراة، جامعة كفر الشيخ، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.
7. الخولي، عبد الله (2009). اضطراب الوسواس القهري وما وراء المعرفة، قيد النشر.
8. الزراد، فيصل محمد خير (2010). مدى فاعلية العلاج النفسي السلوكي المعرفي في حالات الوسواس القهري، جامعة عمان الأهلية.
9. سمير، ابريني، (2001). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الزقازيق 10. عكاشة، أحمد (1990). الطب النفسي المعاصر، دار المعارف، القاهرة، الطبعة الرابعة.
11. عنبر، أحمد (1990) الأساسيات في الإحصاء السلوكي، مطبعة جامعة دمشق.

12. غراوه، وآخرون (1999). مستقبل العلاج النفسي، ترجمة سامر رضوان، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.
13. فرج، صفوت، وسعاد البشر. (2002). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري، مجلة دراسات نفسية، م "12"، ع "2" ا ص 207 - 227.
- المراجع باللغة الأجنبية:

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Burns, D. (1991). Feeling Good, William Morrow, New York.
3. Barlo ,2002, Clinical Handbook Of Psychological Disorders Second Edition.
4. Beck, A.T(1976).Cognitive Therapy and The Emotional Disorders, International Universities Press, New York.
5. Black, A.(1988).The natural history of obsessional neurosis. In H.R. Beech(Ed), obsessional states.London:Methuen.
6. Carr, A, T .(1974).Compulsive neurosis; A review of the literature Psychological Bulletin, 81,311.
7. Chaplin, E. W.,& Levine, B. B. A.(1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continued exposure in flooding therapy. Behavior Therapy.12, 12, 360.
8. Emmel kamp, P.M.G.,& Beens ,H.(1991). Cognitive therapy with obsessive- compulsive disorder: A comparative evaluation. Behaviour Research and Therapy,29,293-300
9. Emmel kamp, P. M.G., de Haan, E.,& Hoogduin. C. A. L.(1990). Marital adjustment and obsessive- compulsive disorder British Journal of Psychiatry,156,55.
10. Foa E. B, Grayson, J.B, & Steketee, G.(1982).Depression ,habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives .In J.C. Boulougouris (Ed), Pratical application of learning theories in psychiatry ,New York.
11. Foa. E. B., & Kozak, M. J. (1985).treatment of anxiety disorders: implication of psychopathology. In A. H.Tuma & J. D. Maser(Eds.), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale. NJ: Erlbaum.
12. Iver Hand: (1998): Comparison of (SSRI) and psychotherapy in the treatment of OCD, British journal of psychiatry No, (173), P (45)
13. Kaplan HI, Sadock B(2007)J. Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry, IV. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

14. Leckman, j . f., & Chittenden , E. H. (1990). Gilles de la tourette's, Syndrome and some forms of obsessive-compulsive disorder may share a common genetic diathesis. L'Encephale , XVI. 321-323.
15. Lindsay M, Crino R, Andrews G(1997) Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder, J Psychiatry 171, 135.
16. McLean . P.(2001).Cognitive Versus Behavior Therapy in the Group Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, Journal of Consulting and Clinical Psychology, April 2001 Vol. 69, No. 2, 205-214
17. Salkovskis ,P.M,&Warwick ,H.M.C.(1985) Cognitive therapy of obsessive compulsive disorder: Treating treatment failures. Behavioral psychotherapy, 13,243-255
Tuner et al.,(1988).A Comparison if fluixetine and flooding in the treatment of OCD, J of anxiety disorders No (7), P (64)