

فاعلية العلاج المعرفي بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات و خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري دراسة إكلينيكية في مشفى المواساة بدمشق

رأفات أحمد أحمد*

(الإيداع: 28 تموز 2020، القبول: 16 تشرين الثاني 2020)

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات، و خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري المراجعين للشعبة النفسية في مشفى المواساة بدمشق. تم اختيار حالة مريضة منهم لتوثيق خطوات العلاج التي تم اتباعها وفق المنهج الكيفي في البحث. استخدم في الدراسة، برنامج علاجي يستند إلى المبادئ الأساسية للعلاج بالقبول والالتزام من إعداد الباحثة. كما استخدم مقياس تنسي لمفهوم الذات، ومقياس الصحة النفسية المعدل SCL- 90- R أظهرت النتائج فعالية العلاج بالقبول والالتزام لدى مرضى الوسواس القهري إذ انخفضت أعراض الاضطراب وتحسن مفهوم الذات لدى الحالة المدروسة على المقاييس المستخدمة في التطبيق البعدي عنه في التطبيق القبلي.

الكلمات مفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام، العلاج المعرفي، الموجة الثالثة للعلاج المعرفي، الوسواس القهري

*عضو هيئة تدريسية في جامعة دمشق-كلية التربية -قسم الإرشاد النفسي.

The effectiveness of cognitive therapy with acceptance and commitment in improving self–concept and reducing symptoms of obsessive– compulsive disorder Clinical study in Mouwasat Hospital in Damascus

Dr. Rafat Ahmad Ahmad*

(Received: 28 July 2020, Accepted: 16 November 2020)

Abstract:

This study aimed at identifying the effectiveness of cognitive therapy with acceptance and commitment in improving self–concept and reducing symptoms of obsessive–compulsive disorder in OCD patients attending the Psychological Division at the Mouwasat Hospital in Damascus. A patient was selected from them to document the treatment steps that were taken according to the qualitative method of the research.

In the study, a therapeutic program based on the basic principles of acceptance and commitment therapy was used by the researcher. The Tennessee Scale for self–concept was also used, and the revised mental health scale SCL– 90– R

The results showed the effectiveness of acceptance and commitment therapy in OCD patients. The symptoms of disorder decreased and the self–concept improved in the case studied on the scales used in the post application more than in the pre application.

Mots–clés: thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation, thérapie cognitive, troisième vague

*Membre du personnel enseignant de l'Université de Damas / Faculté d'éducation / Département de conseil psychologique

المقدمة:

تمثل المعالجة بالقبول والالتزام أو الانخراط، جزءاً مهماً لا يتجزأ من الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي. وهي بالنسبة لهايز Hayes (1996) تستند إلى الفكرة القائلة؛ بأن هناك عدد من الاضطرابات النفسية تتعلق "بتجربة التجنب"، ويُقصد بها محاولة الفرد الهروب وعدم المواجهة لحدثٍ ما غير مرغوب فيه، ومحاولة تغيير شكل وتكرار الحدث، والسياق الذي يسببه، على الرغم من السلبية الوظيفية (Hayas,1996).

يندرج العلاج بالقبول والالتزام، ضمن إطار الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي TCC. الذي يركز إلى تغيير العلاقات مع الأحداث النفسية (مشاعر، أحاسيس، أفكار)، أكثر من تغيير المحتوى. ولما أثبتت العلاجات المعرفية فعاليتها في علاج اضطرابات القلق عامة (Benabdallah, 2014,16) فمن المهم القيام بعملية التحديد والتخصيص، والبحث في فعالية الموجة الثالثة في علاج اضطراب الوسواس القهري باعتباره احد اهم اضطرابات القلق شيوعاً (الحمادي، 2018، 102).

تتضمن الموجة الثالثة إضافة للعلاج بالقبول والالتزام؛ العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (MBCT)، المعالجة لخفض الضغط النفسي القائم على الوعي الكامل (MBSR)، والعلاج الجدلي السلوكي TBD. تقدم المعالجة بالقبول والالتزام، نموذجاً توفيقياً تكاملياً متقاطعاً مع هذه النماذج. حيث أنه يستند إلى تقبل الأحداث النفسية أولاً ومن ثم الانخراط أو الالتزام بسلوك موجه نحو القيم (Ducasse, 2013, 6).

مشكلة الدراسة:

لوحظ تواتر مراجعة المرضى للشعبة النفسية في مشفى المواساة بشكل يومي تقريباً، ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري والذين يستجيبون وقتياً لأدوية حالات القلق ومضادات الاكتئاب. ولكن تبقى الأعراض الوسواسية الفكرية والسلوكية المتعلقة بالتكرار غير الوظيفي لسلوكيات قهرية نمطية يومية لا يستطيع المريض التخلص منها.

ومن خلال الاطلاع على أدبيات العلاج النفسي باللغة العربية، وجدت الباحثة افتقار المكتبة العربية لمراجع باللغة العربية التي تتطرق للعلاج بالقبول والالتزام (الانخراط) والتي تعرّف الباحثين والعاملين في ميدان العلاجات النفسية بالخطوات التجريبية التي يمكن اعتمادها في علاج الاضطرابات النفسية. وعلى الرغم من ظهور هذا النوع من العلاج في أدبيات علم النفس والعلاج النفسي في السبعينات والثمانينات والتسعينات من القرن الماضي هايز Hayes (1989)، إلا أن التطرق لأهميته التطبيقية في العلاجات النفسية لم يتم إلا في بدايات القرن الحالي في أعمال رومير Roemer (2008) وأعمال جراتز Gratz (2006) و غيرهم في الولايات المتحدة وفرنسا. حيث أثبتت العديد من الدراسات فعاليته و أصبح بحد ذاته مدرسة ذات اتجاه خاص متميز عن باقي العلاجات.

إلا أنه وإلى الآن، لم يتم التطرق له من الناحية التطبيقية أو اعتماده في المدارس العلاجية في العالم العربي عموماً وفي سوريا تحديداً، نظراً لندرة الترجمات العربية لهذا النوع من العلاجات، مما انعكس ندرةً في الأبحاث التطبيقية التي تتصدى لإثبات فعاليته.

لذلك تحاول الدراسة الحالية أولاً: وضع إطار نظريّ داعم، وأسس تطبيقية للعلاج بالقبول والانخراط لتكون سندا للباحثين الراغبين في إجراء بحوث تجريبية تطبيقية. كما تجيب ثانياً عن فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين مستوى مفهوم الذات وخفض أعراض الاضطراب لدى مرضى الوسواس القهري انطلاقاً مما سبق، حددت الباحثة مشكلة الدراسة بالسؤال التالي: ما مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات، وخفض أعراض الاضطراب لدى مرضى الوسواس القهري.

1. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة عن سؤال البحث الرئيس حول مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين مستوى مفهوم الذات وخفض أعراض الاضطراب لدى مرضى الوسواس القهري.

كما تهدف هذه الدراسة إلى:

1. شرح الأسس والمبادئ التي يستند إليها العلاج المعرفي بالقبول والالتزام.

2. توضيح الخطوات التطبيقية التي يمكن أن يعتمدها الباحث في جلساته العلاجية.

3. إثبات فعالية هذا النوع من العلاج في علاج اضطراب الوسواس القهري

2. أهمية الدراسة:

1. تكتسب هذه الدراسة أهميتها من افتقار المكتبة العربية، للإطار النظري الناظم والمُحدد لهذا المصطلح "العلاج بالقبول والالتزام". مما يحتم بالضرورة غياب المُحددات الأساسية للتطبيق العملي لهذا العلاج.

2. تمثل هذه الدراسة محفزاً رئيساً ودافعاً مهماً لطلبة البحث العلمي لاسيما المتقدمين للحصول على رسائل الماجستير والدكتوراه، لتناول هذا النوع من العلاج بالبحث والتطبيق مما يفتح أمامهم المجال واسعاً لتناوله في علاج مختلف أنواع الاضطرابات العصبية كالقلق المُعمم والاكتئاب العصابي والفوبيا وغيره.

3. أسئلة الدراسة

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما هو المقصود بالعلاج بالقبول والالتزام (الانخراط).

2. ما هي الخطوات التطبيقية للعلاج بالقبول و الالتزام.

3. ما مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات وخفض أعراض الوسواس القهري.

4. الدراسات السابقة:

– دراسة (الفقي، 2016) بعنوان "فعالية العلاج بالقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم" والتي هدفت إلى التعرف على فعالية هذا النوع من العلاجات في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم في مصر. بلغ عدد أفراد العينة 10 أمهات من المراجعات لمراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في بنها. استُخدم في الدراسة برنامج للعلاج بالقبول والالتزام، ومقياس المرونة النفسية من إعداد الباحثة. بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات أطفال الأوتيزم في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس المرونة النفسية وأبعاده.

– دراسة روميرو (Roemer 2008) في أمريكا بعنوان فعالية العلاج السلوكي المستند إلى القبول في علاج القلق المعمم. التي قام فيها بتطبيق العلاج بالقبول والالتزام ولمدة ستة عشر أسبوعاً على خمسة عشر شخصاً مصاباً باضطراب القلق المعمم، مقابل ستة عشر آخرين في المجموعة الضابطة أيضاً مصابين بذات المرض. كانت النتيجة، تحسن بنسبة 45% لصالح مجموعة العلاج مقابل 5% للمجموعة الضابطة.

– دراسة بولميير وآخرون (Bohlmeijer & al 2011) في هولندا بعنوان: "فعالية التدخل المبكر المستند إلى القبول والالتزام مع الأعراض المرضية الاكتئابية لدى الراشدين". تمت الدراسة على تسعة وأربعين شخصاً مصابين بالاكتئاب من شدات مختلفة. حيث طبق العلاج بالقبول والالتزام مدة ثمانية أسابيع مقابل أربعة وأربعين شخصاً في المجموعة الضابطة. كانت نسبة التحسن 33% مقابل 15% لدى المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها أي نوع علاج.

– دراسة جراتز (Gratz 2006) في الولايات المتحدة بعنوان "بيانات أولية عن تدخل مجموعة تنظيم العاطفة القائمة على القبول لإيذاء النفس المتعمد لدى النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية هدفت الدراسة لبيان فعالية العلاج

بالقبول، لدى النساء ذوات الشخصية الحدية. طُبِقَ العلاج لمدة أربعة عشر أسبوعاً، على اثني عشر مريضاً مقابل عشر مريضات في المجموعة الضابطة. أظهرت النتائج؛ تحسن ملحوظ لصالح مجموعة العلاج بنسبة 40% مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها أي علاج.

بالمقابل أُجريت العديد من الدراسات التي لم توفر لنا مقدار من البراهين لإثبات فعالية هذا النوع من المعالجة ونذكر على سبيل المثال لا الحصر؛ دراسة ويتزل Wetherell (2011) في الولايات المتحدة تحت عنوان: "العلاج بالقبول والالتزام لاضطراب القلق المعمم لدى كبار السن". حيث طُبِقَ العلاج على سبعة من مرضى القلق المعمم الذين تزيد أعمارهم عن ستين سنة، بينما طُبِقَ على المجموعة الضابطة العلاج المعرفي السلوكي. لم تبيّن النتائج فرقاً دالاً إحصائياً على فعالية العلاج بالقبول والالتزام. كما قام زيتل Zettle (2011) بدراسة التغيرات الحاصلة لدى المرضى أثناء تطبيق هذا النوع من العلاج فجاءت دراسته بعنوان: " عمليات التغيير في العلاج بالقبول والالتزام والعلاج المعرفي للاكتئاب". حيث قام بتطبيق العلاج بالقبول والالتزام على مجموعة مؤلفة من اثني عشر مريضاً مصابين بالاكتئاب بدرجات مختلفة، مقابل مجموعة أخرى، تألفت من ثلاثة عشر مشاركاً، طُبِقَ عليهم العلاج المعرفي السلوكي. بالمحصلة، وبعد اثني عشر أسبوعاً، لم يكن هنالك فرق في درجة التحسن الحاصل بين المجموعتين.

5. مصطلحات الدراسة:

- العلاج بالقبول والالتزام أو الانخراط: يعرف العلاج بالقبول والانخراط نظرياً بأنه اتجاه في العلاج المعرفي يقوم على التحكم بالمشاعر من ناحية تقبلها وليس رفضها أو منعها ولا حتى الغوص فيها. يستند هذا النوع من العلاج على مرحلتين متتابعتين. الأولى هي التقبل والثانية هي الانخراط أو الالتزام. و وفقاً لهاتين المرحلتين، فإن سبب معاناتنا في الحياة اليومية، هو صراعنا المستمر مع اللحظة الراهنة المسببة للتجنب، أي تجنب الموقف المؤلم وعدم تقبله. (Fontaine,2007, 9).

أما إجرائياً فيُعرف العلاج بالقبول والالتزام إجرائياً في هذا البحث على أنه البرنامج العلاجي الذي وضعته الباحثة بالاستناد إلى مبادئ العلاج بالقبول والالتزام التي تحدث بها هايز Hayes (1999).

- مفهوم الذات: يُعرف مفهوم الذات نظرياً بأنه الصورة التي يحملها الإنسان عن نفسه وسلوكه Pressman,2001 (23) أي أنه المجموع الكلي للخصائص التي يعزوها الفرد لنفسه. أما إجرائياً فيُقصد به في هذا البحث الدرجة التي تحصل عليها المفحوصة على مقياس تنسي لمفهوم الذات.

- اضطراب الوسواس القهري: يعرف اضطراب الوسواس القهري نظرياً بأنه اضطراب نفسي عُصابي ينتمي لطائفة اضطرابات القلق. ويتميز بسيطرة أفكار وسواسية قهرية على فكر المريض، وأفعال قهرية مسيطرة على سلوكه. ومع علم المريض وإدراكه عدم منطقية هذه الأفكار إلا أنه لا يستطيع التحرر منها ويبقى خاضعاً لتكرار الأفعال القهرية المرتبطة بها. (حمد، 2018، 102). أما إجرائياً فيُقصد به؛ الدرجة التي تحصل عليها المريضة على محور الوسواس القهري في مقياس الصحة النفسية المعدل SCL- 90- R

6. الجانب النظري

1- 6 المقصود بالمعالجة بالقبول والالتزام (الانخراط) ACT :

الحقيقة العلمية التي يعيشها الإنسان، والتي هي جزء من عمل الدماغ، هي أن الدماغ يسمم الشعور من خلال محاولة تجنب اللحظة المؤلمة ومحاولة الهروب منها، ولكن في النتيجة؛ نركز أكثر على ما نحاول الهروب منه. ما نهرب منه، نجده دائماً أكثر حضوراً في تفكيرنا.

في تجربة قام بها وينر Wegner (1989)، طلب من المشاركين رؤية صورة دب أبيض. ومن ثم طلب منهم عدم التفكير بهذه الصورة، وأن يحاولوا منع الدماغ من التفكير في أي شيء له علاقة بالصورة. كانت النتيجة هي أنه لم يفشل المشاركون بعدم بالتفكير بالصورة فقط، وإنما وجدوا تفكيرهم مركزاً أكثر حول الصورة وما يمكن أن يتعلق بها. من هنا، فإن التجنب يؤدي بالعقل إلى إعطاء رد فعل معاكس لدى الإنسان، ويجعله أكثر تركيزاً على الصور أو الأحاسيس أو المشاعر أو المواقف التي يحاول الهرب منها وتجنبها.

محاولات التجنب هذه، يحتفظ بها الشخص كسلوك معزز، انطلاقاً من حالة الراحة المؤقتة التي يحصل عليها على المدى القصير. فيستمر لديه هذا السلوك_ أي التجنب_ ويقوى ويتعزز بالاستناد إلى مبادئ الإشراف الإجرائي، وانطلاقاً من عدم المعرفة، وعدم الوعي بكيفية قيادة لغته الداخلية لسلوكه الخارجي. أوضح هايز Hayes (1989) هذه النقطة عندما وجد في تجربة له أن؛ المجموعة المشاركة التي لا تخضع لقواعد ونماذج لغوية مسبقة، هي أكثر تكيفاً مع المواقف، وأسرع تغييراً للسلوك.

في العلاج بالقبول و الالتزام، يُظهر المعالج للمريض أنه ومن الطبيعي بل وغالباً؛ يكون فعالاً أن نتجنب حالات منفرة موجودة في العالم الخارجي. وهذه، في أغلب الحالات، غير ممكنة التجنب في العالم الداخلي. فالهدف إذاً يكون هو زيادة التباعد بين أنا الشخص (ذاته)، وبين المنظومة الداخلية المبنية على أساس تاريخي (تراكمي) (Fontaine, 2007).

6-2. مبادئ العلاج بالقبول والالتزام (الانخراط):

يقوم العلاج بالقبول والانخراط على مبدئين أساسيين نعبّر عنهما بمصطلحي: القيم و الأهداف. فالقيم (الأولويات)، هي اتجاهات الحياة المرغوبة من قبل الشخص نفسه. هذه القيم (الأولويات) توجه بشكل عام حياة الشخص باتجاه الواقع الذي يريده. بينما الهدف؛ فهو الذي يوفر مساقاً حسياً، يسلك الشخص من خلاله طريقاً واضحاً باتجاه تحقيقه. فبعد أن يتم تحديد القيم (الأولويات) لدى المريض، يتم البحث معه لتحديد أهداف محددة محددة في الحياة اليومية يتطلع لإنجازها. إن تجميع الأولويات، والانخراط في تأدية الأهداف على أرض الواقع في الحياة اليومية ضمن إطار هذه الأولويات، يجعل المرضى يكتسبون اتجاهات بأنهم هم أكثر من مجرد أفكارهم ومشاعرهم، يتعلمون أن أفكارهم ومشاعرهم، هي أحداث قد تطرأ في أي لحظة، وعليهم استقبالها وعدم الهروب منها لأنها ستمر. وبالتالي يجب عدم الانشغال بها، إنما الانشغال بكيفية التوجه نحو الهدف (Fontaine, 2007).

لتحقيق القبول و تحديد الأولويات وتحقيق الأهداف، لا بد أن نتخلص من الانصهار المعرفي Fusion cognitive والذي يشير إلى التركيز المبالغ فيه على اللغة العقلية في تفكيرنا الداخلي، المستند إلى ما قاله أو يمكن أن يقوله الآخرون عن سلوكنا (Blackledge, 2007) بغض النظر عن نتائج هذا التفكير على سلوكنا. بمعنى آخر؛ يُقصد بالانصهار المعرفي؛ التركيز على ما نقوله أفكارنا لنا، دون الانتباه إلى مدى فعاليتها من عدمه بالنسبة لنا، مما يجعلنا غير قادرين على التصرف بشكل مستقل عنها، للتوجه إلى ما هو مهم في الحياة بالنسبة لنا. فالعلاج بالقبول والانخراط، يخدم هدف الخروج من التركيز حول حقيقة أفكارنا والانتباه إلى مدى فعاليتها في حياتنا اليومية (Ducasse, 2013).

كل ما سبق، يمكن للمريض تجاوزه إذا ما استطاع التخلص من التركيز على ذاته كموضوع وهنا ننقل الى مبدأ مهم جداً في العلاج بالقبول والانخراط وهو الذات كسياق.

في العلاج بالقبول والانخراط ننقل بالمريض من الوعي بذاته كمحتوى، إلى وعي الذات كسياق. ولربما المثال الآتي عن سائق الحافلة قد يوضح المعنى. لينظر المريض إلى نفسه كسائق حافلة وأن هناك مجموعة من الركاب يصعدون وينزلون. قد يزعجه بعضهم، وقد يبتسم له البعض الآخر، لكن في النهاية هم عابرون، وليسوا حقيقة مطلقة بالنسبة له. هؤلاء المسافرون هم : أفكاره ، مشاعره ، أحاسيسه ..الخ في لحظة ما (Hayes, 1999).

3-6. مراحل العلاج بالقبول والالتزام (الانخراط) :

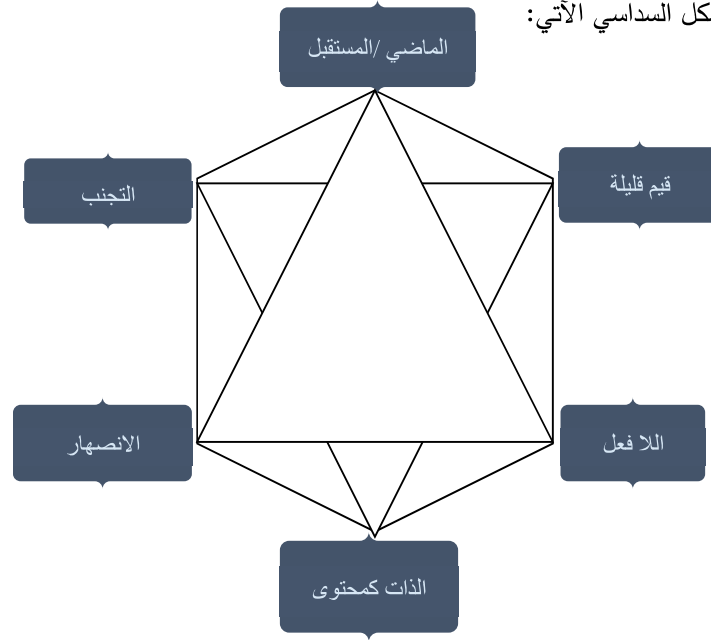
يمكن تمثيل العلاج بالقبول والالتزام، من خلال سدس بستة أوجه، تمثل ستة مجالات تشرح مراحل العلاج:

- الوجه الأول يمثل المريض بأفكاره التي يتركز بها ويحاول تجنبها.

- الوجه الثاني يمثل حالة التقبل و الشفاء.

الوجه الأول الذي يمثل عدم المرونة النفسية؛

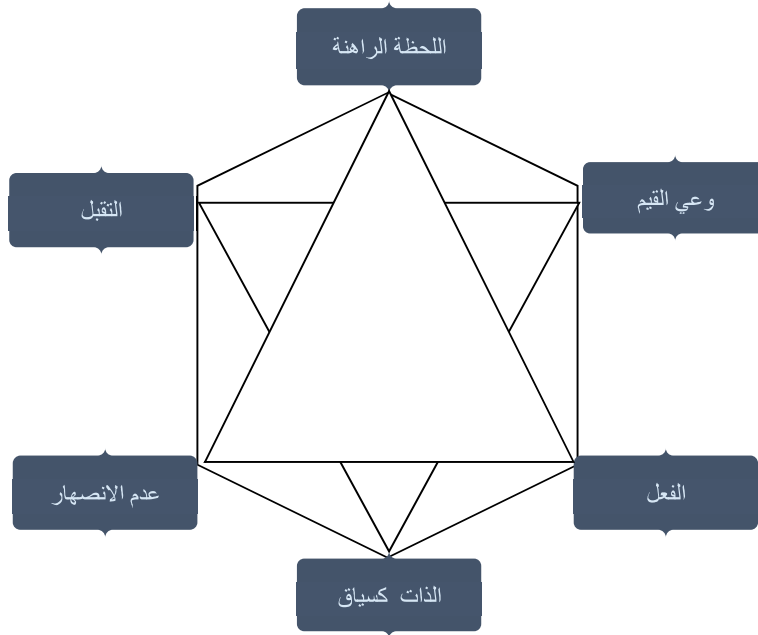
يُعبّر عن هذا الوجه بالشكل السداسي الآتي:



الشكل رقم (1): سدس الوجه الأول لمراحل العلاج بالقبول والالتزام والذي يمثل المريض بأفكاره التي يحاول تجنبها يبين الشكل السابق "عدم المرونة النفسية"، والتي تعني؛ أن الشخص المريض يكون غارقاً في التفكير في الماضي أو في المستقبل: اجترار للماضي، تخطيط للمستقبل؛ قلق، انتظار، خوف، ينقل كل هذه الأحاسيس إلى اللحظة الراهنة (هنا والآن)، مما يجعله عاجزاً عن رؤية أولوياته و أهدافه الحالية. الأمر الذي يدخله في حالة من العجز، واللا فعل، والغرق أكثر بالأفكار السلبية، فيصبح أكثر تركيزاً على ذاته باعتبارها هي بحد ذاتها الأفكار والأحاسيس المزعجة التي تراوده. عندها يقوم بتقييم هذه الأفكار على أنها حقيقة مطلقة عن ذاته وعن الواقع المعاش، فينصهر أكثر بها أكثر و يغرق أكثر وأكثر. والنتيجة: هي محاولة التجنب للمواقف المزعجة المرتبطة بهذه الأفكار، لكنه يعود ليوافقها بشكل أقوى ويتثبت عليها ويبقى تحت وطأتها بشكل أقوى من السابق.

الوجه الثاني: الوصول لحالة التقبل

يُعبّر عن هذا الوجه بالشكل السداسي الآتي



الشكل رقم (2): سدس الوجه الثاني، يمثل المرونة النفسية للمريض بعد العلاج

يمثل هذا الوجه "المرونة النفسية بعد العلاج". وهذا يعني أنه في لحظة راهنة ما (هنا والآن)، يعي المريض ما هي القيم الأهم في عالمه المحيط، ما هي أهدافه المرحلية والمستقبلية التي يجب أن ينطلق باتجاهها، لتأتي بعدها مرحلة الفعل. والفعل هنا يشمل تطبيق الأولويات التي تقود إلى الهدف. على المريض أن ينظر إلى الذات باعتبارها سياق وليست محتوى. هي سياق عام تمر به جملة من المشاعر والأحاسيس والأفكار المرغوبة وغير المرغوبة. فيكون عمل المريض هنا كعمل المراقب للأفكار المزعجة التي تتعلق بأحكام مسبقة لديه.

مع هذا الوعي، وبدلاً من أن يقول المريض "أنا فاشل" أو "أشعر بالفشل" : يستبدلها بالقول: " في هذه اللحظة لدي فكرة عن نفسي أنني فاشل، أشعر في هذه اللحظة أن لدي إحساس يداهمني يتعلق بكذا وكذا....".

كل ذلك يحمي المريض من أن يعيش حالة من الانصهار مع أفكاره السلبية المسبقة، وأحكامه القاسية عن نفسه وتجاريه، ويسمح لكل تلك الأفكار بالمرور والعبور لتنتهي حالة الإحساس بها بحالة من التقبل.

كل مرحلة من المراحل السابقة، تحتاج إلى جملة من التقنيات المعرفية التي تساعد المريض على الانتقال من مرحلة إلى أخرى ومن التجمد النفسي إلى حالة المرونة النفسية التي تنشدها هذه المعالجة ACT (Russell, 2006).

انطلاقاً مما سبق يمكن تطبيق المعالجة بالقبول والانخراط وفق الخطوات التالية:

- **المرحلة الأولى : تحديد القيم.** أي تحديد الأولويات التي يعتبرها الشخص كأساس لاستمرار حياته. ولا يُقصد بها بأي حال من الأحوال " المعايير الأخلاقية". فقد تكون الأولوية في حياة شابة في مقتبل العمر تعرضت لصدمة الفقد، أن

تجتاز امتحان فصلي ما في دراستها الجامعية، بعد ما مني به من خسارة الفقد. هذه الأولويات؛ هي التي تمنح الشخص القدرة على التحرك والتوجه، وتمده بالطاقة النفسية اللازمة للاستمرار.

- **المرحلة الثانية: تشخيص الحياة.** ويقصد بها أن يقوم المتعالج نفسه بتقييم شامل لحياته : ما الأنشطة التي يجبها ؟ مع أي الأشخاص يحب ممارستها؟ كيف يمكن له أن يتواصل معهم وفي أية ظروف ؟ ما الأنشطة المحيطة له ؟ من الأشخاص الذين يمكن أن يسببوا له الإحباط ؟ في أية ظروف يتواجد هؤلاء الأشخاص وكيف يمكن له أن يبتعد عنهم ؟ ..الخ. إذاً تقييم شامل لحياته في إطار ما يمكن أن يقربه أو يبعده عن الأولويات التي قام بتحديدتها.
- **المرحلة الثالثة: التطبيق.** أي القيام بتطبيق ما قام بتقييمه من نشاطات في المرحلة السابقة، ليقوم بتنفيذها في الحياة اليومية في إطار يقربه من أولوياته. وهنا لابد أن يقوم المعالج بالتوضيح للمتعالج؛ أن الفعل أو التطبيق يمكن أن يكون حتى في أبسط السلوكيات اليومية، وليس بالضرورة أن يكون هناك قفزات نوعية واسعة جداً لنتجرب حالة التطبيق. بل قد يكون فعل بسيط جداً، يقرب المتعالج من أولوياته.
- **المرحلة الرابعة: التوقف عن محاولة مواجهة المشاعر السلبية التي تمر في الذهن حول المواقف المزعجة:** فعادة ما يسمع المريض في الحياة اليومية نصائح الأصدقاء والمقربين؛ " لا تحزن" "لا تتوتر"، "حاول أن تتسلى"، لا تنزعج... الخ كل تلك الأوامر النفسية، تعطي انطباعاً للشخص المتلقي، بأن عليه أن يخبئ هذه المشاعر، وأن يقنع ذاته بالتخلي والابتعاد والهرب من ذاته ومما يعتمل داخلها من مشاعر وأحاسيس. هذه المرحلة، على العكس من ذلك، تشجع الشخص على مواجهة مشاعره السلبية وعدم الخوف منها أو تجنبها.
- **المرحلة الخامسة: تلقي وتقبل المشاعر السلبية:** بما أنه في المرحلة السابقة لم تتم مواجهة المشاعر السلبية ولم يتم رفضها، إذاً على المريض أن يتقبلها. فهو عليه أن ينتبه جيداً ويركز، باستخدام الوعي الكامل، على أحاسيسه التي تمر في لحظة ما من التوتر أو الانزعاج عبر جسده على منطقة ما.
- **المرحلة السادسة: تعرّف التفكير باعتباره مجرد أفكار تجتاح التفكير في لحظة ما وليس الحقيقة الماثلة في الواقع:** فالدماغ يعمل باستمرار دون توقف، ينتج ويتلقى الأفكار. ففي لحظة ما، هي لحظة الألم، يجب أن يسترجع المريض الأفكار التي تجتاحه وأن يقوم بعملية إعادة تعرف وتركيز أن هذه الأفكار ليست حقيقة واقعة لا مفر منها إنما هي مجرد أفكار، يحملها في دماغه ستمر إن سمح لها بالمرور. وهنا يتم الانتقال إلى المرحلة السابعة.
- **المرحلة السابعة: استقبال الأفكار السلبية التي يحملها المريض عن لحظة الألم:** هنا يتحول المريض لمراقب لنفسه ولأفكاره. و من خلال عملية التركيز والوعي الكامل، يعتبر الفكرة كموجة عابرة نتركها تمر ونقوم بملاحظتها في هذه اللحظة.
- **المرحلة الثامنة: هي الفعل أي تغيير ما كان قد اعتاد على فعله المريض والقيام بخطوات بسيطة معاكسة لهذا الاعتياد:** قد لا يستطيع المريض محاربة أفكاره السلبية، لكنه يستطيع تقبلها، ومن ثم تغيير ما اعتاد من فعل. ففي لحظة الخوف في أثناء حضور اجتماع ما _على سبيل المثال_ يستطيع المريض بدلاً من السلوك الذي اعتاد فعله _وهو الصمت والانغماس في مقعده_ أن يشارك بمدخلة بسيطة أو طرح سؤال صغير ليتلاشى خوفه أو على الأقل ليتكيف معه.

4-6. مفهوم الذات:

عرف بريسمان (2001) Pressman مفهوم الذات بأنه الصورة التي يحملها الإنسان عن نفسه وسلوكه. وعرفه روجرز (1990) Rogers بأنه المجموع الكلي للخصائص التي يعزوها الفرد لنفسه.

تري شيرتل (Shertill) (1998)، أن هناك معنيين لمفهوم الذات: تقليدي ومُستحدث. المفهوم التقليدي عبارة عن المعتقدات والنوايا التي يحملها الشخص في نفسه عن نفسه. أما المعنى الجديد فهو، المعرفة والملاحظة القابلة للقياس التي يحملها الشخص عن نفسه، والتي يمكن صقلها وتنميتها. وهكذا فإننا يمكن أن نعرف مفهوم الذات بأنه هو المجموع الكلي لإدراكات الفرد عن نفسه وإمكاناته وقدراته. إنه صورته الواضحة كما يراها هو عن صفاته النفسية والجسدية، ومكانته وعلاقته بالمحيط: من يكون وكيف ونحو أي هدف.

إن لمفهوم الذات مكونات ثلاث. وهي على الترتيب: وجهة نظر الفرد حول ذاته، القيمة التي يضعها لنفسه أو ما يعرف بتقدير الذات أو قيمة الذات وأخيراً ما يتمنى أن يكون مثله (الذات المثالية). إن وجهة نظر الفرد عن نفسه هو التصور الذي يحمله عن قدراته وإمكاناته وهي ليست بالضرورة الصورة الواقعية الفعلية الحقيقية، ولكنها في النهاية، مطبوعة في ذهن الشخص وفي بنيته المعرفية عن نفسه. أما تقدير الذات؛ فهو التقييم الإيجابي أو السلبي لوجهة نظرنا عن أنفسنا، والذي يتأثر بردود فعل الآخرين من حيث الإعجاب والقبول أو الرفض، ويتأثر بأدوارنا الاجتماعية التي قد تحمل معنىً إيجابياً رقيقاً أو سلبياً متدنياً في الوسط الذي نعيش به. كما يتأثر بتحديد هويتنا وانتمائنا للجماعة التي ننسب إليها. أما الذات المثالية التي يتمنى الفرد أن يكون عليها، فهي قائمة من المعايير المثالية التي يقيمها وعي ولا وعي المجتمع عالياً، ويسعى الفرد لتحقيقها في ذاته. فكلما كان هناك تفاوت بين الذات المثالية والذات الحقيقية المُدركة، أدى هذا إلى حالة من الاضطراب أُطلق عليها التناقض أو عدم التطابق (صالح، 2019).

اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder

اضطراب نفسي ينتمي لطائفة اضطرابات القلق التي يمكن أن تصيب الفرد في أي مرحلة من حياته. ويلزم لتشخيصه تزامن مجموعة من الأعراض التشخيصية الفارقة. نوردتها كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

A . وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما - :

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

2 (يحاول المريض تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى) أي بأداء فعل قهري.

هذا وتُعرّف الأفعال القهرية في 1 و 2 بأنها:

a. سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مُساق لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

b. تهدف 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 مُصممة لتحييده أو منعه أو أنها مُفرطة.

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

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

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

D. لا يُفسر الاضطراب 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 الاكتئاب، ننف الشعر، كما في هوس ننف الأشعار، نزع الجلد، كما هو الحال في "اضطراب نزع الجلد"، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولع الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتيبي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهيمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحّد). (الحمادي، 2018، 102)

7. الجانب التطبيقي:

7-1. منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الإكلينيكي في دراسة حالة المريضة. واعتمدت أسلوب التحليل الكيفي لجمع المعلومات والبيانات عن الحالة، ومعالجتها معالجة نوعية و تفسيراها.

يستخدم المنهج الإكلينيكي القائم على التحليل الكيفي للبيانات، مجموعة من التقنيات كالمقابلة والملاحظة، بهدف القيام بالتحليل النوعي للدراسة. وقد يتم استخدام الاختبارات والاستبانات والمقاييس، ولكن الاستخدام يأتي بغرض التحليل النوعي للبيانات، وليس بهدف القياس الكمي. (ريان، 2003)

7-2. المجتمع الأصلي للدراسة

يشكل المراجعون للعيادة النفسية التابعة لمشفى المواساة والمحولون إلى العيادة المعرفية السلوكية والذين يعانون من اضطرابات القلق بأنواعها المجتمع الأصلي للدراسة. حيث بلغ عددهم 15 مريضاً من تاريخ 1/10/2019 وحتى تاريخ 12/3/2020

تم اتباع أسلوب العينة القصدية في اختيار عينة من المرضى الذين يعانون من سلوكيات وسواس قهريه سواء تواجدت لوحدها أم جاءت متداخلة مع اضطرابات عصبية أخرى لتطبيق استراتيجيات العلاج بالقبول والالتزام، بلغ عدد أفراد العينة القصدية خمسة عشر مريضاً.

7_3. عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة على عينة من مراجعي الشعبة النفسية في مشفى المواساة والذين تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية سواء ممن تم تشخيصهم باضطراب الوسواس القهري أو ممن جاءت السلوكيات القهرية لديهم مرافقة لاضطراب عصابي آخر. حيث بلغ عدد المرضى الذين طبقت عليهم الإجراءات العلاجية 15 مريضاً ومريضة. بعدها قامت الباحثة باختيار إحدى الحالات للقيام بالتحليل الكيفي لما تم تطبيقه.

7-4. أدوات الدراسة:

A. استخدمت الباحثة برنامجاً علاجياً، مستنداً إلى المراحل الستة التي يمثلها الوجه السداسي للمرونة النفسية والتي تحدث بها هايز Hayes (1999). حددت الباحثة خطوات البرنامج العلاجي كالتالي:

1. بناء العلاقة مع المريضة قائمة على التفهم و التعاطف.
2. تثقيف المريضة حول معنى العلاج المعرفي ودور الأفكار والمشاعر في قيادة السلوك.
3. تدريب المريضة على الحديث عن اللحظة الراهنة، أي الواقع الذي عاشته وتعيشه.
4. تدريب المريضة على تقنية التركيز على اللحظة الراهنة، ومراقبة المشاعر دون إطلاق أحكام.

5. تحديد القيم. أي وضع قائمة بالقيم التي تؤمن بها المريضة، والتي هي مهمة بالنسبة لها، والتي يمكن أن تكون متعلقة بالحياة الدينية أم الدنيوية.
6. الالتزام أو الانخراط: أي وضع قائمة بالأفعال اليومية البسيطة التي يمكن أن تقوم بها المريضة تحقيقاً وتجسيداً لهذه القيم. مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه الأفعال قد لا تكرر بشكل يومي . الأكثر أهمية؛ هو القيام بها بغض النظر عن مرات التكرار.
7. التوقف عن لوم الذات وصهرها في دوامة المشاعر السلبية والانتقادات الحادة. و وصف الواقع المحيط بكل ما يحويه من سلبيات وإيجابيات، من خلال تدريب التركيز على اللحظة الراهنة.
8. الطلب إلى المريضة بين الجلسات كتابة وصف لبعض المواقف التي تتعكس بشكل سلبي على ذاتها ووضع التقييم السلبي و الإيجابي في جدولين متقابلين بعيداً عن إطلاق الأحكام على الذات، ومناقشة الباحثة أثناء الجلسة وكأن المريضة تلعب دور مراقب خارجي للحدث بعيداً عن إقحام الذات.
9. إمكانية تغيير قائمة القيم التي في ضوءها تم تحديد الأفعال اليومية. وهذا التغيير يستند إلى أولويات المريضة في الحياة اليومية، وكيفية تبديلها يوماً بعد يوم.
10. مهمات منزلية وتدريبات تكررهما المريضة في المنزل.
- B.** مقياس تنسي لمفهوم الذات لقياس مستوى مفهوم الذات لدى المريضة. وُضع المقياس في الأصل، في قسم الصحة النفسية في تنسي 1955، وقد تم تطويره في الشكل الحالي على يد وليام فتنس 1965 وأعد صورته العربية علاوي وشمعون 1983 (أبو اسعد، 2009). قننته على البيئة السورية د. إيمان عز (عز، 2003، 19) حيث تم دراسة صدق المقياس بطريقة المجموعات الطرفية وطريقة التجانس الداخلي والتي تراوحت معاملات الارتباط وفقها بين (0.5 و 1) فيما يتعلق بمعاملات الثبات فقد دُرست بطريقة التجزئة وطريقة الإعادة وتراوحت بين 0.5، 0 و 8، 0.
- يتألف المقياس من مئة بند؛ تمثل الأبعاد التالية : الذات الجسمية ، الذات الشخصية، الذات الاجتماعية ، الذات الأسرية ، الذات الأخلاقية.
- لكل بند من البنود؛ خمسة خيارات للإجابة: (صحيحة دائماً، صحيحة، بين بين، غير صحيحة، غير صحيحة أبداً) وتُعطى الخيارات درجة تصحيح كالتالي على الترتيب: (5، 4، 3، 2، 1). تتراوح علامة المقياس بين 100 التي تمثل مفهوم ذات منخفض تماماً ويشير إلى حالة مرضية. والدرجة 500 التي تمثل مفهوم ذات مرتفع تماماً و صحي. تمثل الدرجة 300 نقطة الوسط؛ فكلمة ارتفعت درجة المفحوص عن الدرجة 300، فالمفحوص ينحو باتجاه مفهوم الذات المرتفع. وكلما هبطت الدرجة عن ال 300 فالمفحوص ينحو باتجاه مفهوم ذات منخفض.
- C.** مقياس الصحة النفسية المعدل: SCL- 90- R الذي قام بوضعه ديروجيتس وآخرون Derogatis& al (1985, 1981) ترجمه وقننه على البيئة الفلسطينية (أبو هين، 1992).
- تمت دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في بحث سابق لتطبيقه على البيئة السورية. حيث تم دراسة صدق التجانس الداخلي للمقياس بحساب مصفوفة معاملات الارتباط بين المحاور المكونة للمقياس من جهة، وبين هذه المحاور ودرجة المقياس الكلية من جهة أخرى. تراوحت معاملات الارتباط بين 0,5 و 0,6 عند مستوى دلالة 0.05. كما أظهر المقياس قدرة تمييزية عالية عند دراسة الصدق بطريقة الجماعات المحكية، واستطاع تمييز مجموعة المرضى عن مجموعة الأسوياء. أما بالنسبة لثبات المقياس فقد تم حساب معامل ثباته بطريقة الاتساق

الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا والذي بلغت قيمته 0.64، كما تم حسابه بطريقة الإعادة، حيث بلغ 0,6 . كما تراوحت معاملات الثبات على محاور المقياس التسعة بين 0.5 و 0.8. (أحمد، 2019، 269). يتألف المقياس من 90 بند ولكل بند أربع خيارات. يُطلب إلى المفحوص استخدام أرقام من 0 إلى 4 أثناء الإجابة للإشارة إلى شدة وجود العرض لديه. تتوزع بنود المقياس كالتالي:

الجدول رقم (1): يمثل محاور مقياس الصحة النفسية المعدل SCL - 90 - R وأرقام الفقرات المُمثلة لكل محور

أرقام الفقرات	عدد	محاور المقياس
1-53-4-48-27-49-12-56-58-52-43	12	الأعراض الجسمانية
3-65-28-10-55-46-9-51-38-45	10	الوسواس القهري
73-69-61-41-37-36-34-21-6	9	الحساسية التفاعلية
79-71-54-32-31-30-29-26-22-20-15-14-5	13	الاكتئاب
86-80-78-72-57-39-33-23-17-2	10	القلق
81-74-67-63-24-11	6	العداوة
5-82-75-70-47-25-13	7	قلق الخوف (الفوبيا)
83-76-68-43-18-8	6	البارانويا
90-88-87-85-84-77-62-35-16-7	10	الذهانية
89-59-66-64-44-60-19	7	عبارات إضافية: صحة نفسية عامة يتم احتسابها مع الدرجة الكلية للمقياس.

5-7. إجراءات الدراسة:

تم تطبيق الدراسة في الفترة الزمنية الواقعة من منتصف شهر كانون الثاني 2020 إلى منتصف شهر آذار 2020 بواقع جلستين أسبوعياً في الشهر الأول وجلسة واحدة في الشهر الثاني. مدة كل جلسة ساعة على الأقل. تمت الجلسات في العيادة المعرفية السلوكية في الشعبة النفسية في مشفى المواساة بدمشق.

وصف الحالة:

س. م شابة في السابعة و العشرين من عمرها، تعاني من سلوكيات وسواس قهري متعلقة بالنظافة (غسيل اليدين). كانت تعمل في مكتب سكرتارياً تابع لشركة حمامة لكنها تركت العمل بسبب معاناتها الشديدة من سلوكيات الوسواس، و لعدم تحملها لملل زملائها من سلوكها الوسواسي المتكرر. ساءت حالتها أكثر فأكثر عند جلوسها في المنزل، ومالت إلى الانعزال التدريجي عن الحياة الاجتماعية وأصبحت سلوكيات النظافة شغلها الشاغل. انخفض وزنها وتغيرت اهتماماتها في الحياة لتصبح متمحورة أكثر حول قضايا النظافة.

لا يوجد حدث صادم واضح في حياة الشابة جعلها تنتقل لسلوكيات الوسواس القهري. لكنها تنتمي لعائلة ذات نمط جامد، محافظة ومنغلق، غير متفاعلة مع المحيط من حولها. قائمة الممنوعات لدى الأسرة، أكثر بكثير من المسموحات في جميع المجالات. الأب ذو شخصية قاسية متسلطة. والأم ذات شخصية ضعيفة تابعة. تسود في الأسرة علاقات من نمط المثلث اللاسوي أي تشكل الأم رابطة مع أبنائها مشكلة اتحاد سري خفي في مواجهة الوالد المتسلط.

تم بادئ ذي بدء تطبيق مقياس تنسي لمفهوم الذات ومقياس الصحة النفسية المعدل R-90-SCL ثم تم الانتقال إلى جلسات التنقيف الفردية حول العلاجات المعرفية، وارتباط الفكرة بالسلوك ومعنى التركيز وطرق التنفس الصحيحة المرافقة له. تم الانتقال بعدها إلى تطبيق البرنامج العلاجي الذي أعدته الباحثة. أثناء الجلسات كان يتم شرح الوجهين السداسيين الذين يمثلان العلاج بالقبول والالتزام على لوح مثبت أمام الحالة ويتم تحديده بالاشتراك مع الباحثة- في أي مرحلة من مراحل العلاج قد وصلت بعد أداء المهمات المطلوبة منها. في نهاية الفترة الزمنية المحددة للبرنامج، تم إعادة تطبيق الاختبارات في تطبيقٍ بعدي لرصد التغيرات الحاصلة لدى المريضة. 8. عرض نتائج الدراسة:

التطبيق القبلي

- نتائج المريضة في التطبيق القبلي على مقياس الصحة النفسية المعدل R-90-SCL
- الجدول رقم (2): يمثل درجات المفحوصة على كل محور من محاور مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-

R-90 في التطبيق القبلي

31/40	القلق	26/44	الأعراض الجسمانية
6/30	العداوة	40/45	الوسواس القهري
15/28	الفوبيا	23/36	الحساسية التفاعلية
15/28	البارانويا	21/52	الاكتئاب
24/36	عبارات أخرى	12/40	الذهانية
العلامة الكلية للمقياس			
213/360			

- درجة المريضة على مقياس تنسي لمفهوم الذات في التطبيق القبلي: 500 / 150
- نلاحظ من مطالعة درجات المفحوصة على مقياس الصحة النفسية المعدل؛ ارتفاع درجتها على محوري القلق والوسواس القهري بينما انخفضت درجتها في محاور الذهانية، البارانويا، والفوبيا وباقي المحاور. وهذا يبدو منطقياً للباحثة إذ أن المريضة مصنفة في الشعبة النفسية في المشفى ضمن إطار المرضى العُصابيين وتعاني من الوسواس القهري الذي هو من اضطرابات القلق. كما نلاحظ من خلال مطالعة درجة المفحوصة على مقياس تنسي لمفهوم الذات، انخفاض الدرجة لتشير إلى مفهوم ذات منخفض لدى المريضة. حيث كلما ارتفعت الدرجة على المقياس كلما كان هذا دليلاً على تمتع المريضة بمفهوم ذات مرتفع.

التطبيق البعدي:

- نتائج المريضة في التطبيق البعدي على مقياس الصحة النفسية المعدل R-90-SCL
- الجدول (3) يمثل درجات المفحوصة على كل محور من محاور مقياس الصحة النفسية المعدل R-90-SCL في

التطبيق البعدي

40/15	القلق	44 /20	الأعراض الجسمانية
30 /5	العداوة	45/15	الوسواس القهري
28 /11	الفوبيا	36/ 13	الحساسية التفاعلية
28/10	البارانويا	52 /15	الاكتئاب
36/13	عبارات أخرى	40 /10	الذهانية
العلامة الكلية للمقياس: 360 /112			

• درجة المريضة على مقياس تنسي لمفهوم الذات في التطبيق البعدي: 500 / 320

نلاحظ من خلال درجات جدول التطبيق البعدي الانخفاض الملحوظ لدرجات المريضة على محوري القلق والوسواس القهري مما أدى إلى انخفاض الدرجة الكلية للمقياس مقارنة بها في التطبيق البعدي مما يعني انخفاض أعراض الوسواس القهري التي عانت منها المريضة. كما نلاحظ ارتفاع في درجات المريضة على مقياس تنسي لمفهوم الذات مقارنة بدرجة التطبيق القبلي، مما يشير إلى تأثير مفهوم الذات لدى المريضة بجملة الإجراءات العلاجية النفسية المُتبعة مع المريضة.

9. مناقشة النتائج و تفسيرها:

بمقارنة نتائج المريضة في القياسين القبلي والبعدي نجد انخفاضاً في درجاتها على محاور الوسواس القهري، القلق، في التطبيق البعدي على مقياس الصحة النفسية المعدل SCL- 90- R مقارنة بالتطبيق القبلي . كما نجد ارتفاعاً في مفهوم الذات لديها في التطبيق البعدي عنه في التطبيق القبلي. هذا يشير إلى تغير في طريقة تفاعل المريضة مع العالم المحيط من حولها وطرق التعامل مع مشكلاتها و إحباطاتها اليومية التي تمر بها. إن العلاج بالقبول والالتزام بما يضم من خطوات ومبادئ تطبيقية، وفر للمريضة فرصة أفضل لفهم ذاتها وتقبلها والتعامل معها كما هي عليه الآن بسلبياتها وإيجابياتها بعيداً عن محاولات الهروب والتجنب. إن حالة تقبل الذات التي منحها إيها العلاج بالقبول والالتزام، من خلال قبول مجريات الأحداث اليومية الواقعية، اسهم في إخراج المريضة من دوامة القلق اليومي الذي كانت تحاول تجنبه باستمرار . وبمحاولات التجنب المستمرة كانت تغرق أكثر فاكثراً في دوامة القلق. لقد انخفضت أعراض الوسواس القهري لدى المريضة حسب تقييم الطاقم الطبي في المشفى _ من حيث عدد مرات تكرار سلوك الغسل وانخفضت مدة الانشغال به (كانت المدة نصف ساعة في كل مرة تمسك فيها الصابون للغسل، وأصبحت خمس دقائق).

عادت المريضة لحياتها الاجتماعية، وشرعت بالبحث عن عمل وخضعت لعدة مقابلات في إطار السعي لذلك. الأمر الذي يشير إلى عودتها لحياتها الطبيعية مما يعني بدوره، فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين مفهوم الذات لدى المريضة من ناحية، وفعاليتها في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري من ناحية أخرى.

إن سبب الانطواء والعزلة والأفكار الوسواسية القهرية والتوقع حول الذات لدى المريضة، وحسبما يظهره الوجه السداسي الأول لمراحل ما قبل العلاج بالقبول، هو تمركز المفحوصة حول الماضي، حول إخفاقاتها المتكررة، وحول سلوك والدها العنيف حيال أخوتها وأمها. لقد وصلت إلى مرحلة كراهية الذات، واطلاق أحكام عليها من قبيل: اني لا أستحق السعادة أستحق العذاب، أنا أقل جمالاً من الآخرين، الفتاة مخلوق نجس.. الخ. فإذا ما أخذنا بعين الإعتبار طبيعة المحيط الأسري الذي تنتمي إليه المريضة، لوجدنا الكم الهائل من الانتقاد واللوم الواقع على المريضة بدون أي سبب مباشر. فهي عرضة لكل أنواع الانتقاد مهما كان السلوك الذي تأتي به. لقد غدت حياتها محاولة للهروب من مواجهة الذات ومن اللوم الذي تلقيه عليها واللوم الذي تتلقاه من الآخرين. إذاً هي تعامل الذات كمحتوى سلبي، تغرق فيه لا بل تنصهر داخله، كما تعيشه وتستشعر به في الوقت الحالي. هي غير قادرة على الخروج من هذا المحتوى، والنظر إليه كمراقب خارجي، بل هي منصهرة تماماً في دوامة النقد واللوم والتشوه الفكري عما مرت وتمر به، الأمر الذي يقودها لعدم تقبل ذاتها وواقعها وبالتالي تجنب هذه الذات ومحاولة الهرب من الكم الهائل من القلق و الإحساس بالدونية. وحسب مدرسة القبول بالعلاج و الالتزام: مزيداً من التجنب، يعني مزيداً من المرض. مما طور لديها سلوك وسواسي قهري نمطي، قائم على الغسيل المتكرر لليديين.

في اللحظة التي تبدأ فيها المريضة وعي ذاتها كسياق عام، واعتبارها عالماً مستقلاً بحد ذاته تعتمل في دواخله الأحداث وهي تراقب مرور اللحظة السلبية، وتراقب ما يعبر من خلالها من صور وذكريات وأحداث، وفي اللحظة التي تستطيع معها تحديد أولوياتها في الحياة و وضع خطط وأهداف لما سيأتي من الأيام، فإنها ستنتقل وبشكل طبيعي -حسبما يوضح لنا الوجه

السداسي الثاني الذي يمثل المرونة النفسية- إلى تقبل الذات وتقبل دورها في الحياة، وتقبل ما مرت وتمر به من ذكريات وأحاسيس. مزيداً من التقبل يعني مزيداً من الخروج من الحالة الإشكالية التي تعيش فيها المريضة.

تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة رومير Roemer (2008) على مرضى القلق المعمم، دراسة بولميير Bohlmeijer (2011) على مرضى الاكتئاب، ودراسة جراتز Gratz (2006) مع المصابين باضطراب الشخصية الحدية، من حيث إثبات فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض حدة أعراض الاضطرابات النفسية قيد الدراسة.

10. توصيات ومقترحات:

1. ضرورة التوسع في البحث النظري الذي يتناول التعريف بهذه المعالجة وخطواتها ومراحلها.
2. اقتراح بتنظيم المؤتمرات العلمية والمنتديات الطبية بالتشارك مع كليات الطب والتربية للتعريف بهذا النوع من المعالجة وإيجاد نقاط تلاقيها وتمييزها عن أنواع المعالجات النفسية الأخرى.
3. العمل على تنشيط حركة الترجمة من كل اللغات الحية إلى اللغة العربية لإغناء المكتبة العربية الفقيرة أصلاً بأنواع المعالجات النفسية التي تطرق لها كبار المعالجين النفسيين في الولايات المتحدة وفرنسا وغيرها من البلدان.
4. اقتراح السماح لدخول كل أنواع العلاجات المعرفية السلوكية للمشافي العامة والخاصة في الشعب النفسية في سوريا لما أثبتت عن فعاليتها في الأبحاث العربية والعالمية في علاج الاضطرابات النفسية جنباً إلى جنب مع العلاجات الدوائية.

قائمة المراجع:

1. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2009). دليل المقاييس و الاختبارات النفسية و التربوية. ج1.
2. أبو هين، فضل (1992). تقنين قائمة الأعراض المرضية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة. التقويم و القياس النفسي التربوي، العدد الأول.
3. أحمد، رافات أحمد (2019). فاعلية العلاج المعرفي المستند إلى الوعي الكامل في علاج اضطراب الشدة التالي للرض PTSD. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 5(2)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 254-276.
4. بن عبد الله، فوزية (2014). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق العام. عالم التربية، مجلد15.
5. الحمادي ، أنور (2018). الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية. صادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، توزيع مكتبة جهاد محمد حمد
6. ريان، عادل محمد (2003). استخدام المدخلين الكيفي والكمي في البحث دراسة استطلاعية لواقع أدبيات الإدارة العربية. كلية التجارة، جامعة أسيوط.
7. عز، إيمان (2003). الخصائص القياسية لمقياس تنسي. كلية التربية، اتحاد الجامعات العربية، دمشق، 1 (4) 84-47
8. صالح، علي عبد الرحيم(2019). سيكولوجيا مفهوم الذات، مقال مترجم منشور في شبكة العلوم النفسية التربوية.
9. الفقي، أمال (2016). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي، بنها 2 (47) 94- 136

1. Blackledge JT. (2007). Disrupting verbal processes: cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness psychotherapies. Psychol Rec; 57: 555-76
2. Bohlmeijer, ET. & al. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: evaluation in a randomized controlled trial. Behav Res Ther; 49(1):62-7.

3. Derogatis, L R., & al., (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. American Journal of psychiatry, 138(6).757– 763.
4. Derogatis, L.R., & al., (1985). Psychiatric diagnostic and psychological symptoms in impotence. Hillside. J. Clin. Psychiatry. 7(2). 120–133.
5. Ducasse, DG. (2013). La thérapie d'acceptation et d'engagement. Science direct, 8 Novembre, 1– 9.
6. Fontaine. O., (2007). Guide clinique de thérapie comportemental et cognitive, RETZ.
7. Gratz, KL., (2006). Preliminary data on an acceptance based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Behav Ther; 37(1). 25– 35.
8. Hayes, SC. Et al (1996). Experiential avoidance and Behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment, Journal of consulting and clinical psychology, 64(6). 1152– 1168.
9. Hayes, SC., (1989). Rule-governed behavior: cognition, contingencies and instructional control. New-York: Plenum.
10. Hayes, SC., (1999). Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New-York: The Guilford Press.
11. Pressman, L., (2001). Early self- development in children with hearing loss. University of Colorado.
12. Rogers, J.R., (1990). The effects of running on Self-concept and self-efficacy. Research Report. Ohio. U.S. Eric.
13. Roemer L., (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Consulte Clin Psychol; 76(6):1083–9.
14. Wetherell, JL., (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. Behav Ther; 42(1):127–34.
15. Wegner, DM., (1989). White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession and the psychology of mental control. New-York: The Guilford Press.
16. Zettle, RD., (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behav Modif; 35(3):265–83.