جامعة مولود معمري – تيزي وزو

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم العلوم الاجتماعية

الصحة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب باضطراب الوسواس القهري

دراسة عيادية لأربع حالات

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة :

أوحرشاو مليسا

سعدودي سليا

إشراف الأستاذ :

ا / مزياني .

السنة الجامعية : 2023 /2024

شكر وتقدير

بداية نحمد الله عز وجل كثيرا ، ونشكره شكرا جزيلا ، الذي كان فضله وعطاؤه كريما بحمده الذي سهل علينا المبتغى وفتح لنا باب التوفيق والنجاح في المشوار الدراسي ، والذي وفقنا للوصول إلى هذه المرحلة العلمية العالية ، وأعاننا على إتمام هذا العمل .

نتقدم بجزيل الشكر والاحترام والتقدير إلى من تشرفنا بالعمل معه الأستاذ " مزياني "، والذي تفضل بقبول الإشراف على هذا البحث ، والذي منحنا من وقته الثمين ، كما لم يبخل علينا بنصائحه وتوجيهاته التي استعنا فيها في كامل عملنا البحثي ، فنسال الله العزيز أن يجازيه خير الجزاء .

ونشكر كل أساتذة علم النفس الذين سهروا على تاطير الدفعة وتكوينها طيلة السنوات الخمس .

كما نشكر أعضاء اللجنة التي قبلت مناقشة وتقييم هذا البحث .

والشكر الجزيل إلى مديرة مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنافي – واد عيسي ، والأخصائية النفسية بذات المركز على حسن الاستقبال والتعاون معنا .

ولا يفوتنا أن نعبر عن شكرنا الجزيل إلى كل من ساهم من بعيد أو قريب في إنجاح هذا العمل بدعائه وإرشاداته وتوجيهاته.

مليسا – سليا

" إهداء "

من قال أنا لها " نالها"

و أنا لها و إن أبت رغما عنها أتيت بها

الحمد لله حبا و شكرا و امتنانا، الحمد لله الذي بفضله أدركت اسمى الغايات .

اهدي بكل حب بحث تخرجي

إلى نفسي الطموحة أولا ، ابتدأت بطموح وانتهت بنجاح ، ثم إلى كل من

سعي معي لإتمام مسيرتي الجامعية .

إلى من علموني أن الدنيا كفاح وسلاحها العلم والمعرفة إلى الذين لم يبخلوا علي بأي شيء

إلى من سعوا و ناضلوا لأجل راحتي ونجاحي

إلى أعظم أشخاصي واعز الناس على روحي

أمي و أبي دمتم لي بخير وحب وعافية طول العمر

إلى من ساندوني بكل حب وقت ضعفي و أزاحوا عن طريقي كل المتاعب ممهدين لي

الطريق ، زارعين الثقة و الإصرار بداخلي...سندي وقدوتي في الحياة ..إلى

(إخوتي و أختي)

ولكل أحبائي وأصدقائي أهدي لكم تخرجي

ولزميلتي في العمل "سليا"

مليسا

"اهداء"

الحمد والشكر لله عز وجل الذي بحمده تتم النعم ولولا فضله في كل شيئ

لما وصلت الى ما انا عليه اليوم

اهدي عملي هذا الى امي وابي الكريمين اللذان لطالما كانا مصدر دعمي في حياتي ،

منهما استمد قوتي وبتشجيعهما كبرت الارادة بداخلي ،

اقدم لهما هذا العمل بمثابة شكر وعرفان

اهدي تخرجي ايضا لاخوتي الاعزاء ، الذين كانوا سندا لي

ولكل اصدقائي واحبائي اهدي لكم تخرجي

اتوجه بشكر خاص لرفيقة المشوار ،

على العلاقة الجيدة وحسن التفاهم والتعامل لنجاح العمل .

سليا

ملخص البحث:

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى الصحة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ، بحيث سعينا لمعرفة مستوى الصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري و استراتيجيات المواجهة الأكثر استخدامالدى زوج المصاب بالوسواس القهري ، كما سعينا لمعرفةالعلاقة بين مستوى الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ومن اجل تحقيق ذلك قمنا باجراء البحث على عينة من ازواج مرضى الوسواس القهري ، وكان عددهم اربع حالات (امراتين و2 رجال) تتراوح اعمارهم بين 35 و50 سنة ، ولتحقيق اهداف الدراسة قمنا بالاستعانة المنهج العيادي من خلال توظيف ادواته المتمثلة في المقابلة العيادية ، مقياس

الصحة النفسية **ل "ليونارد** "، ومقياس استراتيجيات المواجهة مع الوضعيات الضاغطة (CISS)

ل(Endler et Parcker)، والذي ترجم الى اللغة العربية تحت اشراف الاستاذ "**ايت سيدهوم** " .

وفي الاخير تم التوصل الى النتائج التالية :

-يظهر لدى زوج المصاب بالوسواس القهري مستوى منخفض من الصحة النفسية .

- ان زوج المصاب بالوسواس القهري يستخدم استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال اكثر مقارنة بباقي الاستراتيجيات .

- توجد علاقة بين مستوى الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب بالوسواس القهري وانه كلما انخفض مستوى الصحة النفسية لديه يلجؤون الى توظيف اساليب الانفعال ، التحنب والمشكل .

Résumé :

Cette étude visait à identifier le niveau de santé mentale et sa relation avec les stratégies d'adaptation d'un mari souffrant de trouble obsessionnel-compulsif.

Nous avons chercher a connaitre le niveau de santé mentale du mari d'une personne souffrant de trouble obsessionnel-compulsif et les stratégies d'adaptation les plus utilisées par le mari d'une personne souffrant de trouble obsessionnel-compulsif . Nous avons chérché a connaitre relation entre le niveau de santé mentale et les stratégies d'adaptation du conjoint d'une personne souffrant de trouble obsessionnel . Pour y parvenir , nous avons mené une recherche sur un échantillon de conjoints de patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs, et leur nombre était de quatre cas (deux femmes et deux hommes), âgés de 35 à 50 ans.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons postulé l'approche clinique en utilisant ses outils représentés par l'entretien clinique , Echelle de santé mentale de « Léonard » , et l'echelle des stratégies d'adaptation aux situations stressantes (CISS) de (Endler et Parcker) , lequel a été traduit en arabe sous la direction du professeur « Ait Sidhoum ».

Finalement, les résultats suivants ont été obtenus :

• Le mari de la personne souffrant de TOC présente un faible niveau de santé mentale.

• Le mari de la personne souffrant de TOC utilise davantage des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions que d'autres stratégies.

• Il existe une relation entre le niveau de santé mentale et les stratégies d'adaptation du mari d'une personne souffrant de trouble obsessionnel-compulsif, et chaque fois que son niveau de santé mentale diminue, il a recours à des méthodes émotionnels, d'évitement et de problème. résoudre.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير	
اهداء	
ملخص البحث	
فهرس المحتويات	ا
مقدمة	**02**
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
1-الإشكالية	6
2- الفرضيات	9
3- أهمية البحث	**9**
4- أهداف البحث	**10**
5- تحديد المفاهيم	**10**
6- الدراسات السابقة	**11**
الفصل الثاني : الصحة النفسية	
تمهيد	**15**
1-مفهوم الصحة النفسية	**15**
2- تعريف علم الصحة النفسية	**16**
3- مستويات الصحة النفسية	**17**
4- أهمية الصحة النفسية	**18**
5- النظريات المفسرة للصحة النفسية	**18**
6- معايير الصحة النفسية	**20**
7- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية	**21**
خلاصة الفصل	**22**
الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة	
تمهيد	**24**
1-تاريخ ظهور مفهوم استراتيجيات المواجهة	**26**
2- مفهوم استراتيجيات المواجهة	**26**

3- خصائص استراتيجيات المواجهة	26
4- مصادر استراتيجيات المواجهة	27
5- الفرق بين المواجهة والتكيف والمواجهة والدفاع	30
6- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة	32
7- تصنيف استراتيجيات المواجهة	34
8- فعالية المواجهة على الصحة الجسدية	37
9- طرق قياس استراتيجيات المواجهة	38
خلاصة الفصل	45
الفصل الرابع : اضطراب الوسواس القهري	
تمهيد	47
1-مفهوم اضطراب الوسواس القهري	48
2- نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري	49
3- أسباب اضطراب الوسواس القهري	49
4- أنماط الوسواس القهري	51
5- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب Dsm 5	52
6- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري	54
7- طرق وتقنيات علاج اضطراب الوسواس القهري	55
8- دور العلاج المعرفي السلوكي في تفسير اضطراب الوسواس القهري	59
9- مدى تأثير اضطراب الوسواس القهري على اسر المرضى	63
10- العلاقة مع شريك الحياة	64
خلاصة الفصل	64
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية	
تمهيد	69
1-التذكير بالفرضيات	70
2- الدراسة الاستطلاعية	70
3- تحديد منهج البحث	71
4- مكان وزمان اجراء البحث	71
5- مجموعة البحث وخصائصها	72

6- ادوات وتقنيات البحث	**73**
خلاصة الفصل	**79**
الفصل السادس : عرض وتفسير ومنلقشة النتائج	
1-عرض نتائج الحالات	**81**
2- مناقشة نتائج الدراسة حسب الفرضيات	**101**
الاستنتاج العام	**103**
قائمة المراجع	**106**
الملاحق	**113**

فهرس الجداول

رقم	عنوان	صفحة
(01)	خصائص عينة البحث	**73**
(02)	تفسير النقاط(T)	**78**
(03)	تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الاولى	**82**
(04)	تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الولى	**85**
(05)	تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية	**87**
(06)	صحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الثانية	**90**
(07)	تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الثالثة	**92**
(08)	تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الثالثة	**95**
(09)	تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الرابعة	**97**
(10)	صحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الرابعة	**100**

فهرس الملاحق

رقم	عنوان	صفحة
(01)	دليل المقابلة	**114**
(02)	مقياس الصحة النفسية	**117**
(03)	مقياس استراتيجيات المواجهة	**120**

مقدمة

مقدمة :

يعتبر اضطراب الشخصية من المجالات في علم النفس، والذي يعد مجالا خصبا لكي يقدم فيه الأخصائي النفسي خدماته العيادية نظرا لتعدد الفئات الإكلينيكية المحتاجة لخدماته ، ومن بين هذه الاضطرابات ، اضطراب الوسواس القهري الذي أدرج في التصنيف العالمي والدليل التشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية للطب العقلي والنفسي ، يتميز هذا الاضطراب بوجود أفكار وسواسيه وغريبة ومخاوف وأفكار متكررة الدقة والتنظيم إلى حد مفرط والتي تسبب قلق للمريض ويخفف من القلق تكرار تصرفاته .

كما يعرف اضطراب الوسواس القهري نوع من التفكير الغير معقول الذي يلازم المريض دائما ويحتل جزءا من الوعي مع اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير ، يتدخل الوسواس القهري ويؤثر على حياة الفرد وأعماله الاعتيادية وقد يعيقه تماما عن العمل ، وعند تفاقم هذا الاضطراب يسبب المعاناة لصاحبها ولناس الآخرين من حوله نظرا لكون هذه الاضطرابات مؤثرة خاصة على مرافقي المريض كالزوج ، فقد تقضي على زعزعة الحياة اليومية والمهنية والنفسية للأشخاص المضطربين، وممثلا ي ذلك تدهور إنتاجية الفرد الوظيفية أو الزوجية أو الاجتماعية أو الدراسية.

كما يؤثر هذا الاضطراب من الناحية الصحية والنفسية للرد المضطرب ، فالكلام عن الصحة النفسية يتبادر للأذهان السلوك الشاذ أو الاضطراب النفسي في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المرضية .

إن الصحة النفسية للفرد هي حالة ايجابية تتضمن التمتع بصحة العقل ، وسلامة السلوك وليست مجرد غياب أو خلو الفرد من أعراض المرض النفسي ، كما تتميز بأنها غير مستقرة وتبقى دائما معرضة للانهيار خاصة.

إن اختلاف اسر مرضى الوسواس القهري في درجات التأثر بالمشاكل النفسية لا يشير فقط إلى اختلافهم في كيفية التفكير في الأحداث بل يشير أيضا إلى اختلاف الطرق التي يستجيبون بها لمصادر التوتر والقلق وهو ما يدفع لطرح مفهوم استراتيجيات المواجهة كمفهوم محوري في العلاقة بين الموقف الضاغط والأثر الناجم عنه ، ووفق هذا المنظور فان استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من الاستجابات التي يلجا إليها زوج المضطرب أمام وضعية ضاغطة ، سواء كان الهدف منها تخفيف الموقف وحله أو محاولة التخفيف من الأثر الانفعالي الناجم عنه ، حيث هذه الاستراتيجيات تتغير حسب شدة الموقف وحدته وتكراره .

وهـو مـا يـدفعنا فـي الدراسـة الحاليـة للبحـث ومعرفـة الصـحة النفسـية وعلاقتهـا باسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسـواس القهـري ، وذلـك عبـر دراسـة إكلينيكيـة لمجموعـة مـن الحالات للأزواج المصابين بالوسواس القهري .

ولهـذا ترجـع أهميـة هـذه الدراسـة لكونهـا إضـافة جديـدة إلـى رصـيد الدراسـات التـي تبحـث ي موضـوع الوسـاوس القهريـة ، ولمعرفـة ذلـك سـوف نقـوم بتقسـيم هـذه الدراسـة إلـى مقدمـة وسـتة فصول وخاتمة.

الفصـل الأول : الإطـار العـام للإشـكالية الـذي يمثـل مـدخل إلـى الدراسـة وهـو بمثابـة تقـديم البحـث ، حيـث تـم التطـرق فيـه إلـى الخطـوات المنهجيـة المتمثلـة فـي الإشـكالية ، الفرضـيات، أهمية الموضوع، أهداف البحث، ثم تحديد مفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة.

الفصـل الثـاني : الصـحة النفسـية ويتضـمن مفهـوم الصـحة النفسـية ، تعريـف علـم الصـحة النفسـية ، مسـتويات ،أهميـة، النظريـات، المعـايير، خصـائص الشخصـية المتمتعـة بالصـحة النفسـية وأخيرا خلاصة.

الفصـل الثالـث : اسـتراتيجيات المواجهـة التـي تطرقنـا فيـه إلـى تـاريخ، ظهـور اسـتراتيجيات المواجهـة ومفهومـه ، خصـائص، مصـادر، النظريـات، التصـنيف، الفعاليـة، طـرق قيـاس استراتيجيات المواجهة وأخيرا خلاصة .

الفصـل الرابـع : الوسـواس القهـري والـذي يشـمل مفهـوم، نسـبة انتشـار ،الأسـباب ،الأنمـاط، معـايير التشـخيص، النظريـات، طـرق وتقنيـات العـلاج، مـدى تـأثير اضـطراب الوسـواس القهـري على اسر المرضى، وعلاقة مع شريك الحياة ، خلاصة.

أما الجانب التطبيقي يتضمن قسمين وهما :

الفصـل الخـامس :منهجيـة البحـث، يتضـمن الدراسـة الاسـتطلاعية، تحديـد مـنهج البحـث، مكـان وزمان إجراء البحث ،عينة البحث، أدوات وتقنيات البحث، خلاصة.

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج .

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهمية البحث
4. أهداف البحث
5. تحديد المفاهيم الاساسية
6. الدراسات السابقة

1-الإشكالية :

يعتبر اضطراب الوسواس القهري احد الاضطرابات النفسية ، وهو احد التصنيفات الفرعية المندرجة داخل فئة اضطرابات القلق ضمن تصنيف لدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسيويتمثل هذا الاضطراب بظهور أفكار او صور، أو دوافع في ذهن الفرد بشكل متكرر رغما عنه، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع مستوى التوتر لدى الفرد ، ومحاولة إبعاد تلك الأفكار مما يؤدي إلى تكرار الإنسان لأعمال معينة، وبصورة قهرية .

(Americain psychiatric association)

يشير "**ديفيد ، هـ، بارنو**"(**David , Barnou**) إلى أن اضطراب الوسواس القهري يرجع إلى التوقعات غير العادية لنتائج السلبية للعديد من الأفعال والتصرفات وأن محتوى الوسواس القهري يتضمن نمطيا مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين بالصحة ، والموت ورفاهية الآخرين ، والجنس ، وما شابه ذلك.**(صفوت ، 2002)**

ويختلف معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري باختلاف المراحل العمرية المختلفة وكذا باختلاف الجنس حيث يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية البلوغ ، وتظهر أعراضه مبكرا لدى لدى الذكور عنها لدى الإناث وأحيانا يظهر عند الأطفال .

ويستخدم مصطلحا الوسواس والقهر بشكل تبادلي غير دقيق ، والحقيقة هما يشيران إلى ظاهرتين مختلفتين ، فالوسواس أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله ، كما أنها معاودة ومتكررة، وتسبب في ارتفاع مستوى التوتر والقلق ، أما الأفعال القهرية ، فهي أفعال نمطية جسمية ، أو عقلية ، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناتج عن الوسواس ، ولكنهما يوحدان معا **(Green .A ,2005)** ومن أكثر المشاكل شيوعا لدى المصاب بهذا الاضطراب هو وجود بعض من أشكال القلق حيث أن السلوكيات القسرية من سبيل الكمالية والصرامة والالتزام بالقوانين تهيئه للقلق المزمن والمتمثل باضطراب القلق العام ، وبعد ذلك قد يجع المصاب بالأعراض البدنية التي تظهر عليه من قبيل ضربات القلب السريعة وتنفسه السطحي أو القصير.

ومن المشاكل الأخرى الشائعة لدى المصابين بالوسواس القهري هي الاكتئاب والذي يمكن أن يتخذ شكل عسر المزاج أو نوبة اكتئابية رئيسة أحادية القطب ، وتظهر لدى بعض المصابين بهذا الاضطراب باضطرابات جنسية من قبيل م الرغبة الجنسية ، وعدم القدرة على الوصول إلى هزة الجماع والقذف المبكر « premature Ejaculaion » ، يسبب هذا الاضطراب في كثير من المشكلات الاجتماعية والمهنية ، إذ يؤدي اضطراب الوسواس القهري إلى مزيد من تدهور العلاقات التفاعلية وإعاقة وظائف الفرد الاجتماعية والأسرية ، مما قد يترتب عليه مشكلات اجتماعية كالطلاق ، يضاف إلى المشكلات الأسرية التي يثيرها هذا الاضطراب .(**عبد الخالق ، 2002**) ، ولا يقتصر تأثير الاضطراب على الأبناء المرضى فقط بل يمتد إلى الأسرة بأكملها والمحيطين بالمريض،ويدعم ذلك ما توصلت إليه بعض الدراسات من انخفاض جودة الحياة لدى اسر مرضى الوسواس القهري.(**يحيى ،2016**)

ولقد اتفق الباحثون الذين اهتموا بأسر المرضى أن المرافقين يعانون من مشاكل واضطرابات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية بسبب عدم قدرة المصاب الاعتماد على الذات وتحمل أعباء حياته لفترة طويلة أو مدى الحياة ، كما توصلت نتائج الدراسات أن كثير من الأسر تعمل على عزل نفسها ومريضها من المجتمع خوفا من إثارة المشاكل التي يسببها لهم سلوك المريض مع أفراد المجتمع ا وان يؤذي نفسه ، وكذلك خوفا من نظرة الناس إليهم . **(محمود ، 2008)** ، فالأسرة هي النواة الأولى التي ينشا فيها الفرد ، وتنمو فيها جوانب شخصيته المختلفة إذ تتكون شخصية الفرد من أسرته ، مما يعطي أهمية كبيرة للرعاية والممارسة السوية ، ومحاولة الابتعاد عن الممارسات السلبية التي تؤثر على شخصية الفرد وصحته النفسية. **(الزغبي ، 2009)** ، كما أنها مصدر استقرار وتجديد الطاقات النفسية أو الجسمية ولن يكون ذلك إلا إذا حقق الفرد التوافق الزواجي ، ومن أهم العوامل النفسية لتحقيق هذا التوافق تكمن في تبادل الأفكار ، تقدير الذات، مواجهة المشكلات بطريقة بناءة، المعاملة السوية، وتبادل المشاعر. **(بلميهوب ، 2004)** ،ومما سبق يمكن أن نفترض أن المصاب بالوسواس القهري لا يمكنه تحقيق التوافق الزواجي ، ويترتب على حالته سوء الاتصال بالمحيطين به ومن أهمهم الزوج الذي يعتبر فرد أساسي في الأسرة فتقع عليه أعباء ومسؤوليات مثل رعاية الأطفال وتوفير المتطلبات المادية ، وهذا نتيجة لعدم أداء الشريك الأخر أي المريض لدوره بكفاءة. **(Lourel et Gana ,2005)**

كما يؤثر هذا الاضطراب على حياة زوج المريض بسبب معاناته معه ، فشريك الحياة الزوج أو الزوجة قد يطلب العلاج الزواجي بسبب النقص في المشاعر الموجودة أو المعبر عنها من قبل المصاب .**(Derksen , J, 1995)** ، مما يؤدي على انخفاض الصحة النفسية لدى مقدمي الرعاية للأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري ، خاصة عند معايشة عبا كبير بسبب هذه الرعاية ، وتقليص الأدوار والأنشطة أيضا زيادة الأمراض السيكوسوماتية ، القلق أو الاكتئاب الأمر الذي من شانه يؤثر على قدرتهم على القيام بمسؤولياتهم اتجاه الأشخاص المصابين.

علاوة على ذلك،اكدت الدراسات معاناة افراد الاسرة مقدمي الرعاية من العديد من المشكلات النفسية كالشعور بالعبء ، نقلا عن الضغط النفسي المرتفع ، الصحة النفسية المنخفضة ،مستوى عال من المشاعر المعرب عنها بالشعور بالخجل تجاه القريب . من هنا اعتبرت الحالة النفسية لمرافقي المرضى مصدر قلق مهم لهم **(محمود،2005)**، فالصحة النفسية هي التوافق التام أو التكامل بين وظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان. **(عويضة،1996)**، كما عرفها "ماسلو" أنها الحالة التي يكون فيها الفرد عارفا لقدراته ومقدراته وواعيا لمشاعره ودوافع سلوكه ، أي أن الصحة النفسية حالة يكون فيها الفرد في أعلى مراحل التكيف النفسي والاجتماعي مع نفسه ومع الآخرين . **(منسي ، 1998)**

كما يواجه الإنسان في حياته كثيرا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له، بحيث تتعرض رفاهيته وتكامله للخطر نتيجة لذلك ، ولعل أكثر هذه المواقف الأمراض النفسية ومنها اضطراب الوسواس القهري الذي يعتبر احد الأحداث الحياتية الضاغطة خاصة لدى زوج المصاب ، حيث يلجا إلى استخدام استراتيجيات معينة لتخفيف أو لتكيف مع الضغوط اليومية التي يتعرض لها .

حيث تؤدي استراتيجيات المواجهة دورا هاما في تشكيل وتطوير شخصية الفرد ، حيث يطور الفرد ادراكاته، ويقوي هويته الخاصة من خلال جهوداته للوصول إلى مفاهيم مع البيئة بطريقته الشخصية، كما تدعم الخبرات الناتجة للمواجهة وتعزز المرونة لدى الفرد.

(Chang al,2006)

ولقد أشار "**آلـدوين« Aldwin »** إلـى أن للنـوع تـأثير فـي اسـتراتيجيات المواجهـة وأن الرجـال قـد يستخدموناسـتراتيجيات التجنـب مثـل الهـروب مـن الموقـف الضـاغط أو اللامبـالاة وعـدم فعـل شـيء، أو الإفـراط فـي اسـتهلاك المخـدرات والكحـول، فـي حـين أن النسـاء أكثـر اسـتخداما لاسـتراتيجيات المواجهـة المدركـة علـى الانفعـال حيـث تعكـس حقيقـة أن النسـاء أفضـل فـي العملمـن خلال مشاعرهن.**(Aldwin,2007)**

ومن خلال ما سبق نحدد المشكلة من خلال التساؤلات التالية :

1_ ما مستوى الصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ؟

2_ ما هي الاستراتيجيات المواجهة المستخدمة أكثر لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ؟

3_هـل هنـاك علاقـة بـين مسـتوى الصـحة النفسـية واسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسواس القهري ؟

2- الفرضيات :

1_هناك مستوى منخفض للصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري .

2_يستعمل زوج المصاب بالوسواس القهري استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال أكثر من المركزة حول المشكل .

3_هنـاك علاقـة بـين مسـتوى الصـحة النفسـية واسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسواس القهري.

3-أهمية البحث:

تكمـن أهميـة الدراسـة فـي إلقـاء الضـوء علـى الصـحة النفسـية التـي يعيشـها زوج المصـاب بالوسـواس القهـري، واكتشـاف مختلـف المشـكلات النفسـية اثـر هـذا الاضـطراب وتحديـد مختلـف الاستراتيجيات المواجهة التي يلجؤون إليها .

وتعتبـر هـذه الدراسـة كفرصـة لهـم لتعبيـر عـن مـا يعـانون مـن مشـاكل نفسـية وتـوجيههم إلـى كيفية مواجهتها والتكيف معها.

تكمـن أهميتـه ممـا يقدمـه هـذا البحـث مـن إضـافة جديـدة فـي موضـوعه ليسـهم فـي إثـراء المكتبة في مجال علم النفس .

4-أهداف البحث :

تهدف الدراسة المتمحورة حول الصحة النفسية ودراسة علاقتها باستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها زوج المصاب بالوسواس القهري .

ودراستنا هذه تهدف إلى تحقيق الأهداف التالية :

_التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري .

_التعرف على مختلف الاستراتيجيات المواجهة التي يلجا إليها زوج المصاب بالوسواس القهري أمام الوضعية الضاغطة والتكيف معها.

_معرفة مستوى أعراض القلق عند زوج المصاب بالوسواس القهري.

_معرفة مستوى أعراض الاكتئاب لدى زوج المصاب بالوسواس القهري.

5-تحديد المفاهيم :

5-1 الصحة النفسية :هي حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافق نفسيا ، شخصيا ، انفعاليا واجتماعيا ، أي مع نفسه ومع الآخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش في سلامة و سلام .

(عبد المطلب ،2003)

وإجرائيا تم تحديده من خلال مقياس الصحة النفسية "**لليونارد ،ديرؤجيتس ،س، ليمان لينو كوفي**"تحت عنوان SCL-90-R ، تحت تسعة إبعاد الموزعة كالآتي :
(الأعراض الجسمانية – الوسواس القهري – الحساسية التفاعلية – الاكتئاب – القلق – العداوة – الفوبيا – بارانويا – الذهانية).

5-2 استراتيجيات المواجهة :هي مجموع المجهودات والطرق والاساليب المعرفية والسلوكية والانفعالية التي يضعها الفرد ويلجا اليها قصد تعديل او تحكم في الموقف الذي يقيمه بانه مهدد والتخفيف من التوتر الناتج عنه . **(الهلالي2009)**، و**إجرائيا** تحدد من خلال

مقياس استراتيجيات المواجهة مع الوضعيات الضاغطة (CISS) من طرف (Endler 1980-) تحت أساليب التعامل التي تتمثل في :(المهمة – الانفعال – التجنب – الترفيه – الانشغال).

5-3 الوسواس القهري :هو أفكار أو أفعال قهرية متكررة ، والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على الذهن الشخص بشكل متكرر ونمطي وغالبا ما تثير الانزعاج ، ويحاول المريض عادة مقاومتها بدون جدوى . كما يعرف القهر بأنه قوة داخلية لا تقاوم ،تجبر على القيام بعمل ضد إرادة الشخص الذي يؤدي العمل . **(الحفني ، 1978)، واجرائيا** يتم تحديد الزوج المصاب بالوسواس القهري من خلال تشخيص الذي يقدمه الطاقم الطبي .

6- الدراسات السابقة :

. دراسة محمد سعفان 1992: هدفت هذه الدراسة التي جاءت بعنوان (تعديل البنية المعرفية والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة وصرف التفكير ووقف الأفكار والتعريض) ، استخدم إستراتيجية تقوم على تعديل البنية المعرفية والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة وصرف التفكير ووقف الأفكار والتعريض وذلك لعلاج المريض عمره الزمن62 عاما ، ويشكو من أعراض الوسواس القهري والأفعال القهرية والتي تظهر في الشك في إتمام الصلاة والشك في صحة معاملاته مع الآخرين وشعوره بالذنب والأفعال القهرية المتمثلة في طقوس الاغتسال ومعاينة الأبواب والأقفال ومراجعة التأكد من ارتداء الملابس وطقوس الاستمناء ، وقد تبين من نتائج القياسين القبلي والتابعي أن الإستراتيجية العلاجية كان لها فاعلية في خفض الوسواس القهري والأفعال القهرية .

.دراسة عكاشة 1994: قامت بفحص طبيعة وشدة أعراض اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية على عينة غير مريضة ، فقد أشارت النتائج المسحية إلى أن 14% من أفراد العينة لديهم اضطراب وسواسي قهري طبقا لنتائج مقياس " بيل براون " لهذا الاضطراب ، الأمر الذي يعطي مؤشرا مرتفعا لشيوع الوسواس والأفعال القهرية لدى الأسوياء ، ويتناقض مع ما هو معروف من كون اضطراب الوسواس القهرية من اقل الاضطرابات العصابية شيوعا بين الناس . **(احمد ، 2012)**

.دراسة فان داون Van Oppen(2004):

بعنوان العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري .

هدفت الدراسة إلى علاج حالة واحدة وهي زوجة (30) عام تعاني من الوسواس وطقوس الغسيل وتجنب المواقف ، تم العلاج بواسطة 25 جلسة من العلاج المعرفي الفردي من خلال استراتيجية الجدل المعرفي وتقنيات الاسترخاء والملاحظة الذاتية والواجبات المنزلية ، وأظهرت الدراس نجاح العلاج المعرفي بعد البرنامج و بعد انتهاء فترة المتابعة .

.دراسة ميلر 2006 و دراسة نوتون و دافين 2005 Noton/ Daffin

تؤكد على وجود ارتباط دال بين الوسواس القهري والاكتئاب النفسي ، وتبين أن المصابين بالوسواس القهري يعانون من نقص في المتعة ، وسوء توافق نفسي ، ومشكلات عائلية ، ومشكلات في الحفاظ على العلاقات العاطفية للفرد في التعبير عن مشاعره ، والحالات الشديدة من الوسواس والكآبة قد تقود إلى أفكار ومحاولات انتحارية .**(عبد العزيز 2015)**

.دراسة Qrant Jonf ,Qdaug,Brianl:(2008)

التحديات المتضمنة في تشخيص ومعالجة اضطراب الوسواس القهري ، تتناول هذه المقالة عدد من تحديات المعالجة والتحديات التشخيصية التي تظهر في الغالب عن التعامل مع المرضى ذوي اضطراب الوسواس القهري ، والتحديات المتضمنة في تشخيص اضطراب الوسواس القهري تشمل الإخفاق في التعرف على المرضى بواسطة الإكلينيكيين ورفض المرضى الكشف عن حالتهم . يتم توضيح أن تنوع الأعراض في اضطراب الوسواس القهري يفرض تحدي في سبيل المعالجة ، تتم الإشارة إلى الاضطرابات النفسية ذات الأمراض المشتركة التي تقدم تحدي علاجي بالنسبة للإكلينيكيين مثل الاكتئاب ،اضطراب الوسواس القهري والفصام .

. دراسة رزقي علي (2012) : تحت عنوان " تأثير الشخصية الوسواسية القهرية على الفرد داخل الأسرة، تمت الدراسة على حالة واحدة باستخدام الوسائل الإكلينيكية المتمثلة في

المقابلة والملاحظة العيادية ، واختبار TAT ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المصاب باضطراب الوسواس القهري يستطيع مباشرة حياته بصفة عادية والتعايش في وسط أسرته .

. **دراسة رحماني رفيق (2014)** :تحت عنوان " الصحة النفسية لدى اضطراب الوسواس القهري " هدفت الدراسة إلى معرفة الصحة النفسية لدى المصاب باضطراب الوسواس القهري ، وتمحورت الدراسة حول الإشكالية التالية : هل يؤثر المصاب بالوسواس القهري على الصحة النفسية ؟ على حالتين جنس وأنثى تتراوح أعمارهم بين (27-31) بالاعتماد على الأدوات الإكلينيكية ، الجانب الخاص بالاضطرابات الانفعالات والمزاجية من اختبار الصحة النفسية لكورنل " الاكتئاب ،القلق ،الغضب " ، وقد أشارت نتائج الدراسة بان الشخص المصاب بالوسواس القهري يؤثر على الصحة النفسية بدرجة مرتفعة في كل من "الاكتئاب،القلق،الغضب" . وهذا ما أكدته فرضية الدراسة .

الفصل الثاني

الصحة النفسية

تمهيد

1-مفهوم الصحة النفسية

2-تعريف علم الصحة النفسية

3-مستويات الصحة النفسية

4-اهمية الصحة النفسية

5-النضريات المفسرة للصحة النفسية

6-معايير الصحة النفسية

7-خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد :

تعتبر الصحة النفسية ذات أهمية كبيرة في تحقيق حياة كريمة للفرد وفي تنمية المجتمع وازدهاره ، فهي تهم كل فرد من أفراد المجتمع وذلك بسبب الانتشار الواسع للاضطرابات والأمراض النفسية.

ولكن لابد من الإشارة أن الصحة النفسية في جوهرها حالة نسبية وليست مطلقة لدى الفرد الواحد، فالفرد السوي يفرح ، ويحزن ، وينفعل ، ويغضب ، ويشك .....، والصحة النفسية لا يمكن تحقيقها كليا ، فالإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على مواجهة مصاعب ومشاكل الحياة ، وكذا التكيف مع مختلف المواقف الحياتية المعاشة يعتبر تكيفا معقولا .

ونظرا لان كل شخص وخاصة المريض يحتاج إلى هذا النوع من التكيف داخل بيئته وحتى داخل الأسرة الواحدة ، فهو بحاجة إلى مستوى معين من الصحة النفسية يضمن له مسارا علاجيا إذا لم يكن جيد على الأقل متوسط ، وفيما يلي سنعرض أهم العناصر لصحة النفسية .

1_ مفهوم الصحة النفسية :

تعريف "ادلوف ماير " ويعتبر أول من استخدم مصطلح الصحة النفسية ، حيث استخدم هذا المصطلح ليشير إلى نمو السلوك الشخصي والاجتماعي نحو السواء ، والوقاية من الاضطرابات النفسية، والصحة النفسية في نظره تكيف الشخص مع العالم الخارجي المحيط به وأيضا تجعل الفرد قادر على مواجهة المشكلات المختلفة . **(الداهري ،2005 ،ص25)**

أما "أبو فاضل" : فيعرف الصحة النفسية من خلال ترجمة أعمال "فرانسوا كلونيه" ، هو أن الصحة النفسية شرط يساعد على نمو أفضل للفرد من الناحية الجسدية والذهنية والعاطفية ، ضمن نطاق ينسجم مع صحة الآخرين النفسية ، والمجتمع الصحيح هو الذي يوفر لأعضائه نموا كهذا. **(فرانسوا ، 1992)**

في حين عرفها "**عبد العزيز القوصي**" أنها التوافق التام والتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الإنسان . **(القوصي ، 1975)**

_ تعريف "**المنظمة الصحة العالمية**" : الصحة النفسية هي حالة من الاكتمال الجسمي والنفسي والاجتماعي لدى الفرد ، وليست الخلو من المرض النفسي أو العقلي . **(سفاسفة– وعربيات ،2005)**

2_ تعريف علم الصحة النفسية :

هو علم تطبيقي يستهدف مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية بمختلف أنواعها وأشكالها ودرجاتها، لا في صورها العنيفة فحسب بل وفي صورها الخفيفة الشائعة بين الناس ،مضافا إلى ذلك ضعف العقل وذلك بوقاية الناس منها وتزويدهم بالمعلومات اللازمة للمحافظة على صحتهم النفسية . **(عزت راجح ، 1968)**

وهو علم قائم بذاته يسمى علم الصحة النفسية وهو مهم جدا لمعرفة الأمراض النفسية الموجودة والظاهرة في كل مجتمع من المجتمعات في العالم، وهذه الأمراض أصبحت شائعة ومتعددة .

(أبو حلتم ، 2006)

3_مستويات الصحة النفسية:

بما أن الصحة النفسية حالة غير ثابتة تختلف من فرد إلى أخر وتتغير من وقت إلى أخر لدى نفس الفرد ومن مجتمع إلى أخر ، فان ذلك يعني أن الصحة النفسية تتوزع على درجات ومستويات مختلفة ، سنذكر خمسة مستويات تميز الصحة النفسية وهي كالأتي :

3-1-المستوى الراقي : هم أصحاب الأنا القوية والسلوك السوي والتكيف الجيد ، هم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم ويحققونها وتبلغ نسبة هؤلاء 25 بالمائة تقريبا .

3-2-المستوى فوق المتوسط : وهم اقل من المستوى السابق ، سلوكهم طبيعي وجيد ونسبتهم 13.5 بالمائة.

3-3-المستوى العادي (الطبيعي والمتوسط): وهم في موقع متوسط بين الصحة المرتفعة والمنخفضة، لديهم جوانب قوة وجوانب ضعف ، يظهر احدهما أحيانا ويترك مكانه للأخر أحيانا أخرى ، وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 68 بالمائة.

3-4-المستوى الأقل من المتوسط: هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى صحتهم النفسية وأكثر ميلا للاضطراب وسوء التكيف ، فاشلون في فهم ذواتهم وتحقيقها ، يقع في هذا المستوى الأشكال الانحرافية النفسية والاضطرابات السلوكية غير الحادة ، نسبة هؤلاء 13.5 بالمائة.

3-5-المستوى المنخفض : ودرجتهم في الصحة النفسية قليلة جدا وعندهم أعلى درجة من الاضطراب والشذوذ النفسي ، فهم يمثلون خطر على أنفسهم و على الآخرين ويتطلبون العزل في مؤسسات خاصة ، وتبلغ نسبة هؤلاء 25 بالمائة تقريبا. **(محمد قاسم ، 2001)**

4-أهمية الصحة النفسية :

-أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد:

1-فهم الذات: الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته، فهو يعرف ذاته ويعرف حاجاته وأهدافه.

2-التوافق: ونعني بذلك التوافق الشخصي بالرضا عن النفس.

3-الصحة النفسية تجعل حياة الفرد خالية من التوتر والاضطرابات والصراعات المستمرة مما تجعله يشعر بالسعادة مع نفسه.

4-الصحة النفسية تجعل الفرد قويا اتجاه الشدائد والأزمات ، وتجعل شخصيته متكاملة تؤدي وظائفها بشكل متكامل ومتناسق. **(الفرخ ، عبد الجابر،1999)**

-أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع :

1-تجعل الصحة النفسية الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يسلك السلوك الذي ينال رضاه ورضا الذين يتعاملون معه.

2-تجعل الصحة النفسية الفرد متمتعا بالاتزان والنضج الانفعالي بعيدا عن التهور والاندفاع وهذا عامل هام.

3-تلعب الصحة النفسية دورا هاما في جميع مجالات المجتمع مثل التعليم والصحة والاقتصاد والسياسة.

4-تحقق الصحة النفسية للمجتمع زيادة الإنتاج مما يعود على المجتمع بالغنى والرفاهية.

5-تجعل الصحة النفسية الفرد قادرا على معاملة الناس معاملة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه كما يحدث عند المريض النفسي.

6-الصحة النفسية أهميتها كبيرة في مجال الخدمة الاجتماعية ،حيث يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يتعرف على جوانب الصحة النفسية حتى يستطيع أن يعالج مشاكل الأفراد التي غالبا ما ترجع إلى العوامل النفسية. **(الهابط ، 2003)**

5-النظريات المفسرة للصحة النفسية :

1-نظرية التحليل النفسي :

تركز هذه النظرية على الخبرات في مرحلة الطفولة ،في بداية التحليل النفسي كان مفهوم الصحة النفسية يعرف باعتباره نقيضا للمرض ،فكان يعني مجرد غياب الأعراض ثم أصبح يعني غياب أنواع الصرع ألاشعوري المعطلة للإمكانات الفر في قطاعي الانجاز والحب الناضج ، بحيث يمكن تعريف الصحة النفسية بحسب "**فرويد**" بأنها القدرة على الحب والعمل ، الحب بشقيه الشهوي والحنون، والاستمتاع بالعمل الخلاق ، فالصحة النفسية وفق للتحليل النفسي ليس نفيا وإلغاء لما هو طفلي أو لا شعوري وليس امتثالا سلبيا لواقع جامد بل هو تفاعل دينامي خلاق بين هذه المكونات جميعهما.

(ربيع ، 2000)

ولهذا نرى في نظر "**فرويد**" أن الإنسان السليم نفسيا هو الإنسان الذي يملك الأنا لديه قدرته الكاملة على التنظيم والانجاز ، ويمتلك من مدخلا لجميع أجزاء "الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه ولا يوجد هماك عداء طبيعي بين الأنا والهو، أنهما ينتميان لبعضهما البعض ولا يمكن فصلهما عن بعضهما في حالة الصحة. **(رضوان ، 2007)**

2-النظرية السلوكية :

من روادها "**ثروندايك**" ، "**واطسون**"،"**بافلوف**"، "**وسكينر**" ، ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة وان عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة ، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك) ولكي يقوم الربط بين المثير والاستجابة لابد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز كان عاملا على أضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة ، أضعاف التعلم، وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز.

(عبد الحميد ،2000)

ولهذا تعرف المدرسة السلوكية الصحة النفسية "بان يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها "، فالمحك المستخدم هنا للحكم على صحة الفرد النفسية محك اجتماعي ، فالسلوكية تعتبر البيئة المنزلة الأولى وتعتبرها من أهم العوامل التي تعمل على تكوين الشخصية. **(عبد الغفار ،2001)**

3-الاتجاه الإنساني:

ومن أشهر رواده "**كارلروجرز**"، "**وابراهاممماسلو**"، فالصحة النفسية كما يراها "**ماسلو**" هي تحقيق الذات وان صاحب الشخصية السوية يتميز بخصائص معينة بالقياس إلى غير السوي ويعتقد انه إذا اقتصرت دراسة الأخصائيين النفسيين على العجزة العصابيين ومتخلف النمو فإنهم بالضرورة سيقدمون علما عاجزا ولكن يمكن نمو علم الإنسان أكثر اكتمالا وشمولا ويصبح حتما على علماء النفس دراسة الذين حققوا إمكاناتهم إلى أقصى مداها ، حيث قام "**ماسلو**" بدراسة مجموعة من الأشخاص حققوا ذواتهم ، فقد اختار الطريقة المباشرة فدرس أصحاء من الناس الذين تتجلى وحدة شخصياتهم وكليتها بوضوح أكثر بوصفهم أشخاصا حققوا ذواتهم .**(أبو نجيلة، وأبو إسحاق ،1997)**

4-المدرسة الوجودية :

يرى فرانك لان ما يحتاج إليه الإنسان حقيقة ليس هو استعادة الاتزان بل ما يسميه بالديناميات الراقية أي ذلك النوع من التوتر الملائم الذي يحتفظ بالفرد موجها بثبات نحو تحقيق قيم محددة ، نحو إقرار معنى لوجوده الشخصي ، وهذا أيضا ما يضمن ويحفظ صحته النفسية إذ أن الهروب من أي موقف ضاغط سوف يؤدي إلى وقوعه في الفراغ الوجودي ، ويرى الوجوديون الصحة النفسية ي خلق حالة من الاتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود : الوجود المحيط بالفرد، الوجود الخاص بالفرد، والوجود المشارك في العام ، ويرى "**ماورو ساز**" أن هناك علاقة وثيقة بين الصحة النفسية والعيش في سبيل الالتزامات أخلاقية ، كما تبدو على الشخصية السليمة شجاعة الوجود ويعني هذا التعبير أن يعرف الشخص مشاعره ومعتقداته وان يبديها ويتحمل النتائج التي تترتب على مثل هذه . **(جاسم،عطاري ،2014)**

6-معايير الصحة النفسية :

6-1-المعيار الإحصائي : أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائيا تتوزع وفقا للتوزيع لاعتدالي بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط)، ودرجات منخفضة (اقل من المتوسط) وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوية ، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع ألاعتدالي. **(عبد الغفار،2001)**

6-2-المعيار الذاتي(الظاهري): يعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (سوي أو غير سوي) ويقوم هذا المعيار على التقدير الذاتي للفرد ، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما ولا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته فإننا نعرف أوتوماتكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار.

(الداهري،2005)

6-3-المعيار الاجتماعي : تتحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعيا ويعني بذلك أن الحكم على السوية أو اللاسوية لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد ،ويخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لاسوية كالانتهازية تكتب مشروعيتها في إطار من الرغبة الاجتماعية فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي . **(شحاتة، 2000)**

6-4-المعيار الباطني :فوفقا للمعيار الباطني لا يمكن أن تحدد ما إذا كان الفرد اقرب إلى السوية أو اللاسوية إلا إذا تجاوزنا مستوى السلوك الظاهري إلى ما يمكن وراءه من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية، وكيف يتعامل الإنسان مع هذه المحتويات الكامنة لديه ومدى قدرته على التعبير عنها والكيفية التي يشبع بها رغباته ودوافعه. **(فوزي ، 2001)**

6-5-المعيار الديني : في مجتمعنا المسلم يعتبر المعيار الديني من أهم المعايير وأقواها أثرا للتمييز بين السلوك السوي والسلوك المنحرف عن الفطرة لدى الإنسان المكلف حيث الفطرة هي المحك.

(الحسين ، 2002)

7-خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة ونذكر منها:

7-1-التوافق: يقصد به التوافق الشخصي ويتضمن ذلك الرضا عن النفس بالإضافة إلى التوافق الاجتماعي الذي يشمل التوافق الزواجي والمدرسي والمهني.

7-2-الشعور بالسعادة مع النفس : الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماضي نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق، والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، الشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات واحترام النفس .

7-3-الشعور بالسعادة مع الآخرين: حب الآخرين ،الثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم ،الصداقات الاجتماعية والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم ، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين والاستقلال الاجتماعي والسعادة الأسرية.

7-4-تحقيق الذات واستغلال القدرات : فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات،وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا ، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد ، وبذل الجهد في العمل ،والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه .

7-5-القدرة على مواجهة مطالب الحياة :النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة والايجابية في مواجهة الواقع.

7-6-التكامل النفسي: الأداء الوظيفي الكامل المتكامل التناسق للشخصية ككل ، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

7-7-السلوك العادي : السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

7-8-حسن الخلق: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء والكرم وحسن الجوار وقول الخير وبر الوالدين .

7-9-العيش بسلامة وسلام: التمتع بالصحة النفسية والجسمية والصحة الاجتماعية ، والآمن النفسي والسلم الداخلي والإقبال على الحياة والتمتع بها.**(زهران ،1997)**

خلاصة الفصل :

مما سبق يمكن القول بان الصحة النفسية هي حالة من التوافق العام الذي يحققه الفرد على الصعيد الشخصي والاجتماعي أي مع الآخرين والرضا على الحياة وما حققه فيها من أهداف والقدرة على مواجهة متطلباتها .

كما أن مفهوم الصحة النفسية يبقى نسبي بدرجة الأولى فهو يختلف باختلاف المجتمعات والثقافات ويختلف داخا المجتمع الواحد ولهذا فالصحة النفسية هي إحدى متع الحياة على عكس المرض الذي يعتبر من عوامل شقاء الحياة وقسوتها .

الفصل الثالث

استراتيجيات المواجهة

تمهيد

1-تاريخ ظهور مفهوم استراتيجيات المواجهة

2-مفهوم استراتيجيات المواجهة

3-خصائص المواجهة

4-مصادر استراتيجيات المواجهة

5-الفرق بين المواجهة والتكيف والمواجهة والدفاع

6-النظريات النفسرة لاستراتيجيات المواجهة

7-تصنيف استراتيجيات المواجهة

8-فعالية المواجهة على الصحة الجسدية

9-طرق قياس استراتيجيات المواجهة

خلاصة الفصل

-تمهيد

يواجه الفرد في حياته كثيرا من الظروف والخبرات الضاغطة ، ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال اتباع اساليب عديدة تبعد الخطر عنه ، وتجعله في حالة التوازن وعلى هذا تختلف استراتيجيات المواجهة تبعا لاختلاف خصائص شخصية الفرد ، وكذا لنوعية الموقف ، الا ان مفهوم استراتيجيات المواجهة يعاني بشكل واضح من عدد من المشكلات تتعلق بالجانب التنظيري من جهة ،والجانب المنهجي من جهة اخرى ، لذا يهتم هذا الفصل بتحديد الاطار النظري لهذا المفهوم ،والاطلاع على كافة جوانبه لتحديد الهدف المراد من هذه الدراسة .

-أصل كلمة إستراتجية المواجهة :

ترجع كلمة إستراتيجية إلى الكلمة اليونانية "**إستراتيجوس**" **(Strategos)**، والتي تعني "فنون الحرب وإدارة المعارك"، ويعرف "**قاموس ويبستر**" **(Websters)** الإستراتيجية على أنها علم تخطيط وتوجيه العمليات العسكرية.**(طبي ، 2004 ،ص74)** ، وقد استعمل مفهوم المواجهة (Coping) في الثلاثينات في الدول الأنغلوساكسونية، وشهد أهمية بالغة في فرنسا في السنوات الأخيرة.**(Sylvie Dolbeault et al,2007 ,p41))**، واستعمل مفهوم المواجهة في اللغة الانجليزية للإشارة إلى طريقة لمواجهة الضغط، وطريقة للتكيف مع الوضعيات المتأزمة . إذن فمفهوم المواجهة برز في العصر الحديث، وظهر لأول مرة في كتاب (Psychological stress and coping process) لـ "لازارو" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman) (1966) والذي يدل على مجموع الاستجابات والاستراتيجيات المختبرة من الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة. **(M.Bruchon- Schweitzer, 2001, p72)**

وقد سميت-المواجهة- في الأنغلوساكسونية (Les Anglo-Sascons) بـ "المواجهة" (Coping)والتي تم ترجمتها للفرنسية ب "استراتجيات التوافق" أو "التكيف" أو بـ "عمليات السيطرةوقد أسس كل من "**Sandler, Wolchik, Mackinnon, Ayers & Roosa-1997)** ثلاث مفاهيم متميزة تتمثل في :

- ✓ **مصادر المواجهة:** هي الخواص الشخصية المتعلقة بالاستقرار الذي يؤثر بطريقة ما في تكيف الفرد الخاضع لوضعيات ضاغطة (مزاج متساهل، تقدير الذات، التفاؤل المراقبة الداخلية أو الخارجية، مهارة حل المشاكل).

- ✓ **أساليب المواجهة:** هي العادات المفضلة في طريقة عرض المشاكل في مواجهة الضغوط كأسلوب "الإقدام" أو"التجنب".

- ✓ **جهود المواجهة:** هي الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية المنتجة في وضعيات ضاغطة نوعية، والتي من الممكن أن تتغير حسب طبيعة الضغط الممارس على العضو.

(M. Dumont, B. Plancherel, 2001, p59)

1-تاريخ ظهور مفهوم المواجهة "Coping"

يعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، على الرغم من أن الاهتمام به في مجال علم النفس بدأ حديثا نسبيا، فقد أشار "**أبراهام ماسلو**" **(Maslow)** (1940) إلى مفهوم المواجهة و أطلق عليه "سلوك التصدي"، حيث ميز بينه وبين السلوك التعبيري في حديثه عن الحاجة، وقد كان المصطلح قليل الانتشار في عام (1960) و يحدد البعض أن عام (1967) حتى عام (1998) ففي هذه الفترة توالت الأبحاث التي تناولت المواجهة وزاد انتشارها. **(نشوة كرم عمار، 2007، ص47-48)**

فتاريخيا يرجع مفهوم المواجهة لميكانيزمات الدفاع الذي تطور في نهاية القرن (19) من طرف التحليليين، إضافة لمفهوم التكيف الذي تطور خلال النصف الثاني من القرن (19) في اتحاده مع البيولوجيا، الإيثولوجيا، وعلم النفس الحيوان في المنظور التطوري ل "**داروين(Darwin)**". **(Bruchon- Schweitzer, 2001, p69)**

فقبل عام (1960) في الأدبيات الطبية استخدم مصطلح المواجهة الاجتماعية ليشير إلى الاستجابات الإيجابية نحو الضغط، وحتى عام (1960) لم تكن البحوث في مجال المواجهة قد بدأت، فالجدير بالذكر أن مصطلح "المواجهة" « Coping » لم يظهر في علم النفس حتى عام (1967)، حيث اشتقت النماذج الأولية لمصطلح "المواجهة" من البحوث التي أجريت على الحيوانات ومن أدبيات التحليل النفسي.

وقد نقل "**لازاروس**" في كتابه ما جاء به كل من "**ميلر**"و"**إرسن(Miller & Ursin)**"على أن بقاء الحيوان على قيد الحياة مرتبط بقدراته على الاكتشافات التي تساعده على تجنب الخطر أو الهروب منه أو تحمله في المحيط الذي يعيش فيه، كما يرى هذان الباحثان أن استراتيجيات المواجهة (Coping)عند الحيوان عبارة عن ميكانيزم حيوي يتمثل في السلوك الذي عن طريقه تتم مراقبة الشروط المحيطية المنفرة (المكروهة) بهدف التقليل من اضطرابات نفسية وفسيولوجية محتملة، وهذا بالاعتماد على سلوكات الهرب أو التجنب.

(مقبال مولودة ، 2008 ،ص91)

وقد أشار إلى ذلك كل من "**لازاروس"و"فولكمان(Lazarus & Fman)**" (1984) في الأبحاث التي أجريت على الحيوان على يد "**كانون** " **(Cannon)**والتي تعرف بـ "**استجابة القتال أو الهروب**" والتي تندرج ضمن الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفسيولوجية، والتي من خلالها ينخفض تأثير مثيرات القلق أو المثيرات المزعجة.

وقد استخدمت "المواجهة" في التحليل النفسي تحت عنوان "**ميكانيزمات الدفاع اللاشعوري(lesMécanismes de défense)**، فبالرغم من أن القواميس كقاموس "**الإكسفورد**" ظلت تنظر إلى المواجهة على أنها استجابة إيجابية تصدر عن الكائن نحو مواقف التهديد فقط.

وفي الفترة ما بين الستينات والسبعينات من القرن الماضي كانت البحوث المرتبطة بإستراتيجيات المواجهة للضغوط ترتكز أساسا على "**المواقف المتطرفة**" **(Extrême situation)**من قبيل تهديدات الحياة والأحداث الصدمية. **(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص 77-78)**

وفي الثمانينيات من القرن المنصرم بدأ اهتمام الباحثين بالمواجهة، ودراسة عدد من استجابات وقياس أساليب المواجهة، وذلك في أعمال وأبحاث "**لازاروس"و"فولكمان**" والتي أسفرت عن تحديد نوعين من استراتيجيات المواجهة (المواجهة المتمركزة حول المشكل/المتمركزة حول الانفعال).

وتدريجيا ظهرت استراتيجيات المواجهة الإقدامية في مقابل المواجهة الإحجامية نتيجة لجهود الكثير من الباحثين والعلماء، ثم توالت بعد ذلك العديد من الدراسات التي أجريت عن الفروق بين الأفراد ودورها في أساليب مواجهة الضغوط**(نفس المرجع السابق،78)**

2-مفهوم استراتيجيات المواجهة : Les stratégies de coping

2- 1 من الناحية اللغوية :

اختلفت تسمية المواجهة بالرغم من أنها تتفق جميعها في انجاز نفس المهام، حيث ترجمة من اللغة الانجليزية "coping" "To cope with" إلى الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها:

- ✓ Processus de faire face
- ✓ Processus d'ajustement
- ✓ Processus de maitrise
- ✓ Les stratégies de coping

(طبي ، 2004، ص74-75)

وقد اهتمت الأبحاث بمفهوم المواجهة (Coping) الذي من الممكن ترجمته بـ (Faire front)(Faire face) (التخلص من الوضعية بشجاعة).

(Gilles le gardinal, 2003)

وبالفرنسية مصطلح les stratégies de coping مرادف لـ :

- ✓ Les stratégies d'ajustement
- ✓ Les stratégies de faire face

(J.Orden, O.Desrichard, 2008, p56)

- ✓ هذا المصطلح الأخير الذي اعتمد عليه في الأدبيات الفرنسية منذ سنة (1999) وفي المقابل استعملت في اللغة العربية مصطلحات مثل:
  - إستراتيجيات أو عمليات التعامل.
  - استراتيجيات التوافق أو المواجهة.
  - إستراتيجيات التأقلم.
  - ميكانيزمات الدفاع.

وهناك مصطلحات أخرى تستخدم بالتبادل مع مصطلح استراتيجيات المواجهة مثل :

- أساليب المواجهة Coping Styles.
- طرق المواجهة Ways of Coping.
- سمات المواجهة Coping Traits.

كما يترجم البعض كلمة « Coping » إلى التوافق، أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط، أو معايشة الضغوط. **(جمعة سيد ، 2000، ص69).**

2-2 من الناحية الاصطلاحية :

تنوعت التعاريف النفسية لمفهوم المواجهة بتنوع زوايا النظر له، ورغم تعدد هذه التعريفات

نجدها تدور حول محور أساسي هو أن مفهوم المواجهة في الغالب يصف عملية التخلص من مصدر المشقة أو تخفيف وتقليل الضغط الذي يواجهه الفرد بكل أنواعه، فقد تباينت تعاريف هذا المصطلح بتباين آراء العلماء والأطر النظرية المتعلقة بمفهوم استراتيجيات المواجهة، وقد تم تصنيف هذه التعريفات إلى عدة فئات هي:

- ✓ تعريفات تتعامل معه كإستراتيجية.
- ✓ تعريفات تتعامل معه كأسلوب.
- ✓ تعريفات تتعامل معه كاستجابة.
- ✓ تعريفات تتعامل معه كمجهود.
- ✓ تعريفات تتعامل معه كعملية.
- ✓ تعريفات تتعامل معه كمحاولة.

3-خصائص المواجهة :

حسب "لازاروس"و"فولكمان" تتمثل خصائص المواجهة في :

- المواجهة عملية وليست سمة، فالعلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة وديناميةالمواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من الافتراضات القبلية التي تشكلها (توافقية/غير توافقية)، أي أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناءا على نتائجها.
- هناك اختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقائي
- عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص80)

4-مصادر استراتيجيات المواجهة :

تحدث "لازاروس"و"فولكمان(Lazarus & Folkman)"عن الموارد من خلال تقسيمها إلى ثلاث مجموعات:

4-1 الموارد الجسدية : تتدخل الخصائص الجسدية في تحديد استجابة الفرد للمواقف الضاغطة، إذ أن الشخص الذي يتمتع ببنية جسدية قوية تؤهله لامتلاك قدرة أكبر على مواجهة الوضعيات الضاغطة.

4-2 الموارد السيكولوجية : تتمثل في الاعتقادات التي يحملها الشخص، إذ بين "ستريكلاند(Strickland, 1978)"في كتاب "لازاروس"و"فولكمان" أن هناك علاقة بين نوع

المعتقدات واستراتيجيات المواجهة التي يستعملونها المرضى، إذ أن الأشخاص الذين يعتقدون أنهم يمتلكون قدرات خاصة تمكنهم من تجاوز المرض يكونون أكثر حظا في الحفاظ على صحتهم، بينما تتدهور صحة الأشخاص الذين يرجعون الأسباب إلى قوى خارجية إذ يستعملون قدراتهم وطاقاتهم في محاولة التحكم في الوضعية.

4-3 الموارد المحيطية : تتدخل خصائص الوضعية الضاغطة والمتمثلة في طبيعة الخطر ومدته في تحديد استجابة الفرد، ونوع المواجهة التي يلجأ إليها، علما أيضا أن العوامل المحيطة غير ثابتة، وهذا ما يجعل أيضا عمليات المواجهة متغيرة بدورها.

(مقبال مولودة ، 2008 ،ص107)

5- الفرق بين المواجهة والتكيف والمواجهة والدفاع :

5-1-المواجهة والتكيف :Coping et adaptation

ان مفهوم المواجهة اخذ مرجعيته من النظريات المتعلقة بالتكيف و تطور الاجناس ، والتي ترى بان الفرد يمتلك مجموعة من من الاستجابات سواء اكانت فطرية او مكتسبة تسمح له بالبقاء والاستمرار اتجاه مختلف التهديدات ، خاصة عندما يتعرض إلى موقف خطير او عدو (هجوم هروب) وهذا ما اكده العديد من الباحثين باعتبار ان العملية الدينامية التي تربط الضغط النفسي بالمواجهة تعتبر كجزء من ميكانيزمات التكيف للتصدي لصعوبات الحياة) **(Marilou B&Schweitzer2001.p70).**

وحدد لازاروس و فولكمان (1984)Folkman & Lazarus كل من المواجهة و التكيف بشكل واضح فالتكيف مفهوم واسع جدا يشمل كل الكائنات (علم النفس و البيولوجيا) وكما انه يتضمن كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال تفاعلها مع ظروف ومتغيرات المحيط ردودا متكررة والية . بالقابل فان المواجهة مفهوم خاص و نوعي ومحدد يخص الانسان يختص بردود أفعال تجاه المواقف البيئية التي يدركها الفرد على انها مهددة له وتستخدم جهود معرفية وسلوكية واعية للسيطرة والتغلب عليها .

ونجد ان لازاروس وبعض الباحثين يفضلون استعمال مصطلح التوافق Ajustement بدل مصطلح التكيف Adaptation لانه اكثر مرونة ويعتبر مصطلح معياري .

5-2-المواجهة و اليات الدفاع :

تم الحديث عن أساليب المواجهة باعتبارها في بعض الأحيان اليات دفاع نفسي Mécanismes de défense اذ يستطيع الفرد استجابة لعامل الضغط النفسي بطرق متنوعة الا ان اليات الدفاع لاواعية والهدف منها تخفيض القلق الذي يعاني منه الفرد في محاولاته لحل الصراعات الداخلية ، بينما المواجهة تتطلب أساليب واعية في جزء منها ، خاصة فيما يتعلق به من علاقات عبارة عن اليات تحمي الانا من الصراعات ان تتكون من مطالب وطموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي، او من تهديدات المحيط ويفترض هنا ان القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الاليات . **(رضوان ،2002،ص253)**

و ترى Anna Freud ان جميع عمليات الدفاع تتميز بسمتين مشتركتين :

1- انها تنكر وتزور وتشوه وتحرف الواقف .

2- انها لا تعمل لا شعوريا بحيث لا يفطن الشخص إلى ما يحدث .

اما هان (1799) Haan فترى ان الدفاع والمواجهة عبارة عن بنائين مختلفين وظيفيا وبتحقق ذلك من خلال ثلاثة أساليب تلخص وظائف الانا :

1- هو أسلوب المواجهة و الذي يقوم على الواقع و يتناسب معه ويكون مرنا ويتم وفقا للمنطق.

2- هو أسلوب دفاع مشوه للواقع و جامد .

3- هو أسلوب التشتيت او التفتيت Fragmentation وهو أسلوب مرضي .

تحتل المواجهة بالنسبة (لهان) قمة الهرم حيث ترى ان الشخص يواجه اذا استطاع ذلك، ويدافع اذا كان مضطرا ، ويمرض او يتشتت اذا كان مجبرا على المرض . من هنا يمكن القول ان استخدام المواجهة في اساليبها الواعية يسمح بتميزها كاساليب مواجهة ،اما عند استخدام اساليبها غير الواعية فانها تتطابق مع اليات الدفاع ويمكن تسميتها باليات المواجهة .

كما ان أساليب المواجهة استخدمت على الغالب في اثناء الحديث عن الضغط النفسي،اليات الدفاع فقد استخدمت في كل المواقف التي يواجهها الفرد ، كجزء هام من بنيته النفسية و نمط شخصيته .

6-النظريات المفسرة لأستراتيجيات المواجهة:

6-1 النظرية الاجتماعية :

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته، سواء كان هذا فردا أو جماعة من الناس، إذ أن تواجد الإنسان مع شخص أخر يكون له تأثيرا على كيفية سلوكه، واستجاباته، وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر في ما نتعلمه، وكيف نتعلمه، كيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث، وأكثر تحديدا في كيفية تصورنا للأحداث، وفي الكيفية التي نصفها بها، وفي دوافعنا والطريقة التي بها نتوافق ومطالب الحياة، وفي اللغة التي بها نعبر عن مشاعرنا اتجاه الآخرين والطريقة التي نخبر بها الاستجابات الانفعالية ونعبر عنها. **(طبي، 2004 ،ص88)**

6-2 النظرية المعرفية :

إن العملية المعرفية تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية، وعملية إدراك الفرد للموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسئولة عن تقيم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة. **(مرشدي ، 2007 ،ص54)**

وانطلق أصحاب هذا التناول من فكرة أساسية تمحورت حولها أعمال "**لازاروس**" و"**فولكمان**" وهي أن وجود الفرد تحت ضواغط معينة (Stressors)يقوده حتما إلى محاولة إعادة التوازن لعضويته بشكل أساسي من أجل تحقيق حالة التكيف التي يرغب فيها لذلك تعتبر الضواغط استنادا إلى هذا التناول مجموعة مصفاة تلعب دور تغيير الحدث الضاغط ومنه تضخيم أو تشخيص استجابة الضغط، وتعمل هذه المصفاة المتنوعة كوسيط في العلاقة (الحدث الضاغط – ضيق انفعالي) وتعد هذه المواجهة كواحدة من هذه المصفاة.

(شملال حماني ، 2007 ،ص39)

ويحتل التفكير والعمليات المعرفية مركزا أساسيا في النظريات المعرفية، والتي ترى أن البنية المعرفية هي المحددة لبنية تفكيرنا، ويعرف "ميشنباوم" البنيان المعرفي بأنه "الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه إستراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة الشغل التنفيذي يمسك بمخطط التفكير، ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة ."ويعرف "فتحي مصطفى الزيات" (1984) البنية المعرفية بأنها "محتوى الخبرات المعرفية للفرد،

وخصائصها التنظيمية، واستراتيجيات استخدامها في مختلف المواقف"، كما أن الأفكار لا تأتي بصورة تلقائية، وإنما بصورة منظمة وموجهة من خلال بنية تفكير كل فرد، وتعتمد الكيفية التي يتفاعل بها الفرد مع بيئته على نوع البنى المعرفية التي يمتلكها.

(طبي ، 2004 ، ص89-90)

وقد عرف "**جورج كلاين(G.Klayn)**"(1954) الأسلوب المعرفي على أنه "اتجاه عام يحكم أسلوب الفرد في مواقف بيئية معينة وله خصائص الدافعية، بحيث يؤدي إلى ضبط السلوك وتنظيمه وتعديله باستخدام استراتيجيات معينة".

6-3النظرية التفاعلية :

ظهر هذا المدخل كرد فعل على المدخل السيكودينامي، وارتبط بأعمال ودراسات كل من "**لازاروس"و"فولكمان(Lazarus & Folkman)**" (1984) "**موس"(Moos)**(1977) "**ميتشنبوم**" **(Mitchnboom)** (1977) والتي أكدت على أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد، ويرى هذا الاتجاه أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه، وتمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذا المدخل.

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص89)

ففي هذا المنظور طريقة مواجهة الوضعية الضاغطة لا تتعلق لا بالفرد ولا بالحدث، بل هي نتيجة لاتفاق بين خواص الفرد الشخصية ووضعيته .

كما تدل على التعامل الخاص بين الفرد والمحيط في الوضعية الضاغطة، والتي تقيم من الفرد كتجاوز لمصادره وتهديدا لراحته **(E. Grebot, T. Barumandzadeh, 2005, p563)**.

ويعرف هذا المدخل بأهمية كل من العوامل الشخصية والمحددات الموقفية في عملية المواجهة من خلال الأبحاث التي قام بها كل من "**أوبرين" و"ديلونجس(Obrien&Delongis)**" **(1996)** على أهمية كل من العوامل الموقفية وعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين في سلوك المواجهة بين الأفراد.

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص90)

كما أن تطور النموذج التفاعلي للضغوط وأساليب المواجهة جاء باعتماد الباحثين المبدأ التكاملي بين المقاربتين البينشخصية (Inter-individuelle) والبيئية (Intra-individuelle) وترى النظرية البينشخصية احتمال وجود أساليب أو استعدادات ثابتة للمواجهة يحملها الأفراد معهم للمواقف الضاغطة التي يواجهونها، أما النظرية البيئية فمفادها أن الطرق المفضلة للمواجهة تتبع من أبعاد الشخصية التقليدية حسبما يتوافق والنظرية البيئية، كما يتجلى الفرق بينهما في دراسة متغيرات الوضع أو الموقف (Les variables d'état) ومتغيرات السمات (Les variables des traits) **(طبي ، 2004، ص93).**

7-تصنيف استراتيجيات المواجهة :

- يحدد "**وايت**" **(White)** (1974) ثلاث (3) مطالب لعملية التكيف هي :
  - ✓ فهم الموقف الضاغط.
  - ✓ إدراك الانفعالات وكيفية التعبير عنها في المواقف المناسبة.
  - ✓ حفظ الإحساس بالتكامل الشخصي، وتحقيق الضبط الذاتي للبيئة.

(الشخانبة ،2010،ص35).

اقترح "**بارو(Barrow)**"أسلوبين لمواجهة الضغوط بفاعلية يتضمن الأسلوب الأول :التحكم في المواقف البيئية المسببة للضغط، بينما يتضمن الأسلوب الثاني: محاولة تنمية نظام ذاتي داخلي للتحكم في الأعراض المختلفة المصاحبة للضغط. **(الأحمد، رجاء ، 2009 ،ص17)**

ويصنف "**بيلنجس**" و"**موس(Billings & Moos)**" (1981) استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى استراتيجيات مواجهة إقدامية وأخرى إحجامية Approach and Avoidance (Coping)يرى أن استراتيجيات المواجهة الإقدامية تتضمن القيام بمحولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلة، ومحاولات سلوكية وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر، أما استراتيجيات المواجهة الإحجامية فهي تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف، والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة، وأن استراتيجيات المواجهة الإحجامية تتكون من استراتيجيات فرعية مثل: الإنكار، الكبت، القمع، التقبل، الاستسلام.

- **الأساليب الإقدامية:** تشتمل على:

التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه، وإعادة التقييم الإيجابي للموقف، أي إعادة بناء الموقف معرفيا بطريقة إيجابية، البحث عن المعلومات، المساندة من الآخرين، استخدام أسلوب حل المشكلات.

- **الأساليب الإحجامية:** تتضمن ما يلي:

تجنب التفكير الواقعي في المشكلة، تقبل المشكلة، الاستسلام لها، التنفيس الانفعالي لخفض التوترات والانفعالات السلبية المصاحبة للموقف الضاغط.

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص 94 -95)

- حدد "**ستون"و"نيل(Naele & Stone)**"ثمانية (8) أنواع من استراتيجيات المواجهة للضغوط، وتتضمن الاستراتيجيات الآتية:

- التشتت	- إعادة تعريف الموقف
- رد الفعل المباشر	- التنفيس
- التقبل	- البحث عن المساندة الاجتماعية
- الاسترخاء	- التدين

- وقد تحدث "**بيلنج"و"موس(Billing & Moos)" (1984)** عن ثلاثة أساليب لمواجهة الضغوط النفسية هي:

- ✓ **أساليب سلوكية نشطة:** تشمل السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة التعامل المباشر مع المشكلة، أو مصدر الضغوط النفسية.
- ✓ **أساليب معرفية:** تتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الضغوط النفسية، ودرجة خطورتها، ومدتها.
- ✓ **أساليب الإحجام والكف:** تعكس محاولة تجنب المشكلة، عدم التعامل المباشر مع مصادر الضغوط النفسية.

- ويصنف "**جلويك(Galwiec)**" (1985) أساليب مواجهة الضغوط إلى (4) أنواع هي:
  - أساليب المواجهة المتمركزة حول المشكلة.
  - أساليب المواجهة المرتبطة بالتقييم (التقبل، التفاؤل، الدعابة، الاستقالة).

- سلوكيات مواجهة يصعب تصنيفها مثل: التشاؤم، البكاء، الأكل، التدخين.

●المساندة الاجتماعية. **(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص100)**

– وقد حدد "**سيشير**" **وآخرون (Scheier et al)** (1986) أساليب واستراتيجيات التعامل مع الضغوط في عدة أنواع هي:

✓ **الإنكار:** رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهل الموقف كلية من جانب الفرد.

✓ **التعامل الموجه نحو المشكلة:** يقوم الفرد بوضع خطة معينة، وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث أو الموقف الضاغط.

✓ **لوم الذات:** حيث يرى الفرد أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.

✓ **التقبل والاستسلام:** يشير إلى تقبل الفرد للموقف، وذلك نظرا لعجزه وانعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء اتجاه الموقف.

✓ **إعادة التفسير الإيجابي للموقف:** كأن يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف، مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.

✓ **الهروب من خلال التخيل:** أي الركون إلى أحلام اليقظة.

✓ **المساندة الاجتماعية:** تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة والحصول على المساعدة منه.

– وفي البيئة العربية، صنف "**حسن عبد المعطي(Hassan Abed Elmouti)**" (1994) استراتيجيات التعامل مع الضغوط إلى عدة أنواع هي:

– العمل من خلال الحدث. – الالتفاف إلى اتجاهات وأنشطة أخرى.

– التجنب والإنكار. – طلب المساندة الاجتماعية.

– الإلحاح والاقتحام القهري. – العلاقات الإجتماعية.

– تنمية الكفاءة الذاتية.

–وصنف "**لطفي عبد الباسط(Lotfi Abed Elbasset)**" (1994) استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى خمسة (5) أنواع:

– العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة

– العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال.

- العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكلة.
- العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال.
- العمليات المختلطة (سلوكية/ معرفية).

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ، ص 105 -106)

إضافة إلى أن هناك أساليب يمكن استخدامها للتعامل مع الضغط وتتمثل في:

- ✓ **الأساليب الفسيولوجية:** تعد من أفضل أساليب إدارة الضغوط من خلال استخدام تدريبات التنفس والاسترخاء.
- ✓ **الأساليب المعرفية:** التي تحاول التحكم في الضغوط من خلال الأساليب المعرفية **مثل:** التحكم في الحديث الذاتي السلبي، أسلوب التأمل، أسلوب الإيحاء الذاتي.
- ✓ **الأساليب السلوكية:** تتضمن هذه الأساليب وضع الأهداف، إدارة الوقت، تطوير وتحسين النظام اليومي المعتاد. **(عبد العزيز عبد المجيد ، 2005 ،ص 47-54)**

8-فعالية المواجهة على الصحة الجسدية :

حسب **"لازاروس"و"فولكمان"** (1984) فإن المواجهة تؤثر على الصحة الجسدية على نحو ثلاثة أشكال:

- ➢ المواجهة يمكنها أن تؤثر على تواتر، شدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، الضغط الشرياني، التوتر العضلي) والعصبية الكيميائية المرتبطان بحالة ضغط، وهذا في المواقف الآتية:
  - عدم استطاعة الفرد إتقان أو تحسين الظروف المحيطية الضاغطة بسبب عدم وجود استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكل أو عدم تلاؤمها.
  - أمام حدث غير متحكم فيه، الفرد لا يستطيع تعديل التوتر الانفعالي.
  - للفرد أسلوب مواجهة أو أسلوب حياة هو في حد ذاته ينطوي على مخاطر (الفرد ذو النمط "أ") **(Isabelle Paulhan, 1992, p555)**
- ➢ يمكن أن تؤثر مباشرة وسلبيا على الصحة كتزايد مخاطر الوفاة والمرض، الاستعمال المفرط للمواد الضارة: الدخان، التبغ، الكحول...الخ، أو عندما تدفع بالفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (السرعة في السياقة)، حيث يرى **"شيفمان(Sheffman)"و"ويلس"(Wills)**

(1985) أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مواجهة سلبية.

- أشكال المواجهة المرتكزة على الانفعال يمكنها أن تهدد الصحة الجسدية للفرد، وهذا لأنها قد تعيق سلوك متوافق، كحالة الإنكار أو التجنب اللذان بإمكانهما أن يدفعا بالفرد إلى عدم إدراك أعراض المرض أو إلى التأخر في طلب الاستشارة.

(بوعافية ، 2007 ،ص ص194-195)

9-طرق قياس استراتيجيات المواجهة :

9-1 مقياس "ميللر" للأسلوب السلوكي : Miller Behavioral Style Scale

من إعداد "ميللر" (Miller) (1987) (Miller Behavioral Style Scale) ويرمز له بـ (MBSS)يتكون هذا المقياس من أربعة (4) مواقف افتراضية ضاغطة تشير إلى التهديد الجسمي والنفسي للفرد، وهذه المواقف لا يستطيع الفرد التحكم فيها والسيطرة عليها، ويوجد أسفل كل موقف من هذه المواقف الضاغطة ثماني (8) استجابات مواجهة بعضها يتعلق بالسعي نحو الحصول على المعلومات، وبعضها الآخر يرتبط بتجنب الحصول على المعلومات. **(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ،ص111)**

9-2 قائمة مصادر المواجهة للضغوط : Coping Resources Inventory for stress

إعداد "**ماثني" وآخرون(Matheny et al)** (1987) تستخدم في قياس مصادر المواجهة التي تكون متاحة لدى الفرد في مواجهة الضغوط، وتتضمن هذه القائمة الأبعاد الآتية:

-البوح عن الذات. - الصحة الجسمية.

- توجيه الذات. - اللياقة الجسمية.

- الثقة. - مراقبة الضغط.

- التقبل. - ضبط التوتر.

- المساندة الاجتماعية. - البنية.

-الحرية الاقتصادية أو المالية. - حل المشكلة

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ،ص 118 -119)

9-3 استبيان أساليب المواجهة : Ways of Coping Questinnaire

من إعداد "لازاروس"و"فولكمان(Lazarus & Folkman)" (1988) والذي يرمز له بـ (Ways of Coping Questinnaire)(WCQ)يتكون هذا الاستبيان من(66 مفردة)يجيب المفحوص على هذه المفردات من خلال مقياس متدرج من 4 نقاط (لا تستخدم، تستخدم نوعا ما، تستخدم بشكل معتدل، تستخدم بشكل كبير)، وتأخذ هذه الاستجابات (صفر،1،2،3) ويقيس هذا الاستبيان استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، ومن خلال التحليل العاملي لمفردات الاستبيان تم التوصل إلى وجود ثمانية (8) أنواع من أساليب المواجهة هي:

- **التحدي:** يشير إلى الجهود العدوانية التي تستخدم لتعديل الموقف، فهي تصف درجة الفرد من العدائية وسلوك المخاطرة اتجاه الموقف.
- **الابتعاد:** تشير إلى التحرر والابتعاد، وتستهدف هذه الإستراتيجية التقليل من أهمية الموقف.
- **ضبط الذات:** تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم مشاعره وسلوكياته.
- **السعي نحو المساندة الاجتماعية:** تشير إلى الجهود التي يستخدمها الفرد من أجل الحصول على المساندة الاجتماعية والانفعالية والمساندة المعلوماتية من الأصدقاء والأقارب في أوقات الضغوط.
- **تقبل المسؤولية:** تشير إلى التعرف على دور الشخص في حل المشكلة.
- **الهروب أو التجنب:** تشير إلى الجهود السلوكية أو المعرفية التي يقوم بها الفرد لتجنب مواجهة المشكلة أو الموقف الضاغط.
- **حل المشكلة:** تشير إلى الجهود التي يقوم بها الفرد لحل المشكلة.
- **إعادة التقييم الإيجابي:** تتضمن البعد الديني، كما تتضمن إعطاء معنى إيجابي للموقف عن طريق التركيز على النمو الشخصي للفرد.

(طه عبد العظيم ، سلامة عبد العظيم ، 2006 ،ص112)

فالمحورين الأوليين يخص: المواجهة المتمركزة حول المشكل، والست (6) المحاور الأخرى تتضمن: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

Isabelle Paulhan, p552)

فالمحورين الخاصين باستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تتمثل في:

- حل المشكل. - ميل هجومي أو الإقبال على المجابهة.

أما عن المحاور التي تتضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، فهي 6 محاور وتتضمن:

- أخذ مسافة أو التقليل من التهديد. - إعادة التقييم الإيجابي.
- البحث عن الدعم الاجتماعي. - الهروب/ التجنب.
- الاتهام الذاتي. - السيطرة على الذات.

وقد أشار "**محروس الشناوي(M.Chenawi)**" (1996) إلى أنه ترجم المقياس بالاشتراك مع زميل له باسم "التعامل مع المواقف" إلا أنه لم يقدم عنه أية معلومات، ولم يشر إلى استخدامه في دراسات أو بحوث، وترجم كذلك من طرف "**موسى زمام(M.Zemame)**"وأصبح عدد بنوده (42 بندا) استخدمه في دراسته، ثم ترجم مرة أخرى ليتناسب مع البيئة الثقافية المصرية فأصبح عدد بنوده (49 بند) يجاب عنها وفق مقياس التقدير (صفر،1، 2،3)

(جمعة سيد ، 2000 ،ص74)

غير أن بعض الباحثين لم يتبنوا تصنيف "**لازاروس**" و"**فولكمان (Lazarus & Folkman)**"،حيث اعتمد كل من "**سولس**" و"**فلتشر(Fletcher & Suls)**" (1985) على تصنيف المواجهة إلى: المواجهة التجنبية والمواجهة اليقظة.

(Isabelle Paulhan, 1992, p553)

9-4 مقياس أساليب مواجهة الضغوط : Coping Responses Inventory

أعده "**رودلف موس(Moos)**" (1988)، ترجمة للعربية و تقنينه للبيئة المصرية "**رجب شعبان شافعي**" و"**رجب علي شعبان**"(1990)، وأعاد "**رجب علي شعبان**" تقنيته عام (2000)، ويتكون المقياس من (48 عبارة) موزعة على 8 مقاييس فرعية، تقيس نوعين من أساليب المواجهة هي: **(رجب علي ، 1995 ،ص116)**

- أساليب المواجهة الإقدامية : وتشمل 4 مقاييس فرعية هي: التحليل المنطقي- إعادة التقييم الإيجابي- البحث عن المساعدة والمعلومات- استخدام أسلوب حل المشكلة.

- أساليب المواجهة الإحجامية: وتشمل 4 مقاييس فرعية هي: الإحجام المعرفي- التقبل والاستسلام- البحث عن الإثابة البديلة- التنفيس الانفعالي.

و يصحح المقياس بإعطاء درجات أربعة (0، 1، 2، 3)، وتتراوح الدرجة على المقياس الفرعي من صفر إلى 18 درجة، يتمتع المقياس بصدق وثبات مرتفعين.

(نشوة كرم عمار، 2007 ،ص ص58-59)

9-5 قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد :Multi Dimensional Coping

إعداد "**كارفر**" **وسيشير**"(Multi Dimensional Coping)(Carver & Scheier) (1989) تتناول هذه القائمة قياس أساليب المواجهة المختلفة التي يستخدمها الأفراد في الاستجابة للمواقف الضاغطة، تتكون من (53 مفردة) موزعة على 13 بعدا أو إستراتيجية فرعية من استراتيجيات المواجهة:

- خمسة (5) أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.
- خمسة (5) أبعاد تقيس جوانب مختلفة من استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.
- ثلاثة (3) أبعاد استجابات المواجهة أقل فائدة وسلبية وهي:

✓ التباعد السلوكي.

✓ التباعد العقلي

✓ تعاطي المخدرات والكحول.

والأبعاد التي تتضمنها هذه القائمة هي :

- المواجهة الفعالة.
- التخطيط.
- القمع للأنشطة التنافسية.
- السعي نحو المساندة الاجتماعية.
- إعادة التفسير الإيجابي.
- التقبل.
- التحول إلى الدين.
- التركز على الانفعالات.
- الإنكار.
- التباعد السلوكي.
- التباعد العقلي.
- تعاطي المخدرات والكحول.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ،ص ص112 -115)

9-6 مقياس مؤشر إستراتيجية المواجهة :Coping Strategy Indicator

إعداد "**أمركهان**" **'(Amirkhan)**(1990) (Coping Strategy Indicator) ويرمز له بـ (CSI)وهو مقياس تقرير ذاتي، يتضمن ثلاثة (3) أبعاد فرعية في مقياس المواجهة وهي :حل المشكلة، السعي نحو المساندة، التجنب، ويتكون المقياس من (30 مفردة) موزعة بالتساوي على الأبعاد الثلاثة، ويجيب المفحوص على هذه المفردات وفق مقياس ثلاثي النقاط.

9-7-قائمة مصادر المواجهة :Coping Resources

قام بإعداد هذه القائمة "**همرأن**"**و**"**مارتنج(Hammer & Marting)**" (1993) تتكون من (60 مفردة) تستهدف التعرف على مصادر المواجهة المتاحة للفرد، والتي يستخدمها في إدارة الضغوط، ويجيب المفحوص على هذه المفردات على مقياس متدرج من 4 نقاط (مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما)، والذي يقيس 5 أساليب أساسية يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة، وتناسب هذه القائمة المستوى العمري من مرحلة المراهقة (قدرت ب14 سنة) والمراحل التي تليها، والتي تتضمن 5 مصادر للمواجهة هي:

- مصادر المواجهة المعرفية.
- مصادر المواجهة الاجتماعية.
- مصادر المواجهة الانفعالية.
- مصادر المواجهة الفلسفية/الروحية.
- مصادر المواجهة الجسمية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ،ص118)

9-8 مقاييس المواجهة للمراهقين : Adolescent Coping

أعده "**فريدنبرج**"**و**"**لويز(Frydenberg & Lewis)**" (1993)ويتكون من (79 عبارة)تعتمد على طريقة "ليكرت" الخماسية، ويقيس 18 أسلوبا للمواجهة هي:

- الدعم الاجتماعي	- التركيز على حل المشكلة	- العمل بجد وإنجاز
- القلق	- اللجوء للأصدقاء	- البحث عن الانتماء
- التفكير الرجائي	- عدم المواجهة	- خفض التوتر
- العمل الاجتماعي	- تجاهل المشكلة	- تأنيب النفس.

– الانغلاق على النفس – البحث عن الدعم الروحي – البحث عن مساعدة المتخصصين

وهو يتمتع بصدق وثبات مرتفع، ترجم إلى العربية من طرف " نجاة زكي موسى "و"مديحة عثمان"عام (1998). **(نشوة كرم عمار، 2007، ص58)**

9-9 استبانة التعامل مع الضغط النفسي:

من إعداد "**الشايب**" (1994) تتكون هذه الاستبانة من (88 فقرة) ويجاب على فقرات الاستبانة استنادا إلى سلم رباعي، تقيس(15 أسلوبا) من استراتيجيات التكيف هي:

– أسلوب إعادة البناء المعرفي. – أسلوب الترفيه.

– أسلوب حل المشكلات. – أسلوب العدوان ولوم الذات.

– أسلوب وسائل الدفاع. – أسلوب الانشغال الذاتي.

– أسلوب البناء (تنظيم الوقت والنشاط). – أسلوب الانعزال والانسحاب.

– أسلوب الدعم الاجتماعي. – أسلوب مراقبة الضغوط.

– أسلوب الاسترخاء. – أسلوب التوجيه الذاتي.

– أسلوب التمارين الرياضية واللياقة البدنية. – أسلوب التقبل والثقة.

– أسلوب الكشف الذاتي. **(أحمد عيد مطيع الشخانبة، 2010 ،ص94)**

9-10 مقياس عمليات تحمل الضغوط (التعامل مع الضغوط) : Coping Processes Scale

إعداد "**لطفي عبد الباسط إبراهيم**" (1994) يتكون المقياس من (42 عبارة) تعكس في مجملها الأساليب المختلفة التي قد يتبعها الأفراد في مواجهتهم لما يعترضهم من مشكلات حياتية، يتم الإجابة عليها من خلال اختيار لبديل من إحدى البدائل الأربعة المقدم للمبحوث (دائما، أحيانا، نادرا، أبدا) ويتم تقييم الدرجات كما يلي: دائما=4 ،أحيانا=3 ،نادرا=2 أبدا=1 ،ويتم بعد ذلك جمع درجات كل عملية من عمليات مواجهة الضغوط الإحدى عشر (11) التي يقيسها المقياس:

– السلبية ولوم الذات، الانسحاب المعرفي، التحول إلى الدين، القبول، الإنكار (الأساليب السلبية).

– البحث عن المعلومات، إعادة التفسير، التفكير الإيجابي، التنفيس الانفعالي، التريث الموجه، والمواجهة النشطة (الأساليب الإيجابية). **(عبد الوهاب، 2006 ،ص 109-110)**

9-11مقياس الأبعاد الوظيفية للمواجهة : Functional Dimensions of Coping Scale

إعداد "كوكس"و"فيرجسون(Cox & Fergison)" (1997) والذي يرمز له بـ (Functional Dimensions of Coping Scale)(FDC)ويشير إلى الاستجابات السلوكية والوظيفية التي يستخدمها الأفراد في مواجهة الضغوط، ويقيس هذا المقياس أربع (4) وظائف للمواجهة هي : الأقدام الإحجام، التنظيم الانفعالي، إعادة التقييم.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ،ص117)

9-12 الصورة المختصرة لمقياس التكيف :

قام "كارفر(Carver)" (1997) بتطوير صورة مختصرة لمقياس التكيف، وهو يتكون من (28 فقرة) يقابلها 4 بدائل، والتي تقيس 14 أسلوبا تكيفيا هي:

– أسلوب تشتيت الانتباه الذاتي (Self-distraction)تمثلها الفقرة (1، 19).

– أسلوب التدبر النشط (Active Coping) تمثلها الفقرة (2، 7).

– اللجوء إلى الإنكار (Denial) تمثلها الفقرة (3، 8).

– اللجوء إلى الكحول (Alcohol Use) تمثلها الفقرة (4، 11).

– اللجوء إلى الدعم الانفعالي (Use of Emotional Support) تمثلها الفقرة (5 11).

– اللجوء إلى الدعم الأدائي (Use of Instrumental Support) تمثلها الفقرة (10 23).

– فك الاشتباك أو عزل الذات (Behavioral Disengagement) تمثلها الفقرة (6 16).

– التنفيس (Venting) تمثلها الفقرة (9، 21).

– إعادة التشكيل الإيجابي (Positive reframing) تمثلها الفقرة (17، 12).

– التخطيط (Planning) تمثلها الفقرة (14، 25).

– الفكاهة(Humor) تمثلها الفقرة (18، 28).

– التقبل (Acceptance) تمثلها الفقرة (20، 24).

التدين (Religion) تمثلها الفقرة (22، 27).

لوم الذات (Self Blame) تمثلها الفقرة (13، 26) **(عيد مطيع الشخانبة، 2010 ،ص)**

خلاصة الفصل:

يعيش الفرد على الدوام في مجابهة الوضعيات والأحداث التي تسبب له مختلف الانفعالات المكدرة أو المزعجة (الغضب، القلق، الحزن...الخ)، هذه الوضعيات يمكن إدراجها ضمن أحداث الحياة اليومية (الصراعات العائلية، أعباء العمل، مشاكل مالية...الخ) أو في وضعيات جادة ودقيقة (الإصابة بمرض خطير كالسرطان، وفاة شخص قريب حادث...الخ)، حيث أن مختلف هذه الخبرات تدرك من الفرد كتهديد لتكامله الجسدي والنفسي، لذا تعددت وجهات نظر العلماء حول استراتيجيات المواجهة للضغوط، فالبعض يرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لاستراتيجيات المواجهة، في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ باستخدام استراتيجيات المواجهة التي يوظفها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة.

الفصل الرابع

الوسواس القهري

تمهيد

1-مفهوم الوسواس القهري

2-نسبة انتشار الوسواس القهري

3-اسباب اضطراب الوسواس القهري

4-انماط اضطراب الوسواس القهري

5-معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب DSM5

6-النضريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري

7-طرق وتقنيات علاج اضطراب الوسواس القهري

8-دور العلاج المعرفي السلوكي في تفسير اضطراب الوسواس القهري

9-مدى تاثير اضطراب الوسواس القهري على اسر المرضى

10-العلاقة مع شريك الحياة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يتعرض كل إنسان إلى وسوسة النفس باستمرار ولكن هناك نوع آخر يصيب الأشخاص يعرف بالوسواس القهري . يعتبر اضطراب الوسواس القهري أفكار مشوشة ولاعقلانية لا يمكن التحكم فيها تصاحبه أفعال وسلوكيات قهرية تصبح نشاط حياتي للمصاب رغما عنه ، ويعاني من أعراض نفسية كالقلق ،الخوف والاكتئاب وأعراض أخرى جسمية مثل تشقق اليدين ، ضعف البدن ،وغيرها .

وقد تطرقنا في هذا الفصل تعريف الوسواس القهري ونسبة انتشاره ، بالإضافة لذكر أعراضه والأسباب والأنماط ومعايير تشخيصه والنظريات المفسرة له ونظرة عن العلاج .

1. مفهوم الوسواس القهري :

المفهـوم اللغـوي :يقـال وسـوس الشـيطان إليـه ، وتكلـم بكـلام خفـي مخـتلط لـم يبينـه ، واعترتـه الوسـاوس ، وهمـس ،واخـتلط كلامـه ودهـش . و**الوسـواس** :الصـوت الخفـي مـن ريـح ، وهـو صـوت الحلي .

المفهـوم الااصـطلاحي : هـو قـوة باطنـة لا تقـاوم وتجبـر علـى أداء فعـل معـين ضـد إرادة الفـرد الذي يؤديه وهو سلوك غير عقلي يشعر الفرد انه لا بد من القيام به.

(فهد بن سعيد،2007،ص29)

1-1 الوسواس القهري في الطب النفسي :

إن مـرض الوسـواس القهـري يعتبـر مـن الأمـراض العصـابية الأكثـر شـيوعا ، حيـث يعـاني واحـد مـن كـل أربعـين مـن البـالغين ، وطفـل واحـد مـن بـين (200) طفـل مـن هـذا المـرض فـي مرحلـة مـن حيـاتهم ، كمـا يتميـز هـذا المـرض بأفكـار متكـررة مزعجـة (وسـاوس) وأفعـال متكـررة تأخـذ شـكل الطقـوس ، ويكـون الشـخص مجبـرا علـى الإتيـان بهـا (أفعـال قهريـة) ، ويكـون مـدركا تمامـا إن هـذه الأفكـار والأفعـال غيـر منطقيـة وغيـر صـحيحة ، ولكـن لا يسـتطيع السـيطرة عليهـا أو الـتحكم فيهـا مع ملاحظة إن الإنسان السليم يمكنه دفع هذه الأفكار ومنع تكرارها ووقفها .

(شريف ، 2003،ص15).

• هـو أفكـار متكـررة تتـدخل فـي السـلوك ، و يضـطر المـريض للقيـام بتصـرفات غيـر سـوية ، ولا يملـك القـدرة علـى التخلـي عنهـا ، والأفكـار الوسواسـية قـد لا يكـون لهـا معنـى ، وقـد لا تعنـي شـيئا بالنسبة للمريض . **(عبد الرزاق ،2017،ص35).**

• يعـرف الوسـواس القهـري بأنـه أفكـار وخـواطر تتكـرر علـى ذهـن الإنسـان رغمـا عنـه ، مـع علمـه بأنها أفكار غير منطقية ، إلا أنها تستمر في السيطرة عليه ، ما يسبب له الانزعاج الشديد.

(مبيض،2018،ص63).

2-1 تعريف منظمة الصحة العالمية ICD-10:

الوسواس القهري يتمثل في أفكار أو أفعال قهرية متكررة . والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص بشكل متكرر ونمطي . وهي تقريبا دائما مثيرة للإزعاج،ويحاول المريض عادة أن يقاومها ولكن دون نجاح . أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها .

كما يمكن تعريفه بأنه اضطراب يتخذ أشكال متعددة ، حيث تقتحم مجال الشعور – وبصورة مفاجئة أفكار غير مرغوب فيها أو صور ذهنية غير سارة ، وغالبا ما تصاحب هذه الوساوس حاجة ملحة للقيام بأفعال أو طقوس معينة متكررة ويشعر الفرد بأنه مدفوع للقيام بها وإكمالها بالرغم من إدراكه بأنها أفعال لا معنى لها وغير صحيحة . ويؤثر الاضطراب على مجالات متعددة تشمل الإدراك والوجدان والسلوك الحركي والحياة الاجتماعية والأسرية ولمهنية. **(مامة ،2017،ص40).**

نستخلص أن اضطراب الوسواس القهري عبارة عن أفكار وسواسية غير مرغوب بها ومتكررة تقتحم تفكير الفرد مما يجعله عاجز عن مقاومتها وكثيرا ما تصاحبها هذه الأفعال قلق وخوف وضيق بحيث يجد نفسه في أداء تلك الأفعال والسلوكيات وعند قيامه بها يشعر بالراحة .

2. نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري :

يعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا ، ونقول في ذلك هولاند Holand(2006) أن الوسواس القهري يعد المرض الرابع الأكثر تشخيصا في العالم بشكل عام،وتعددت نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري إذ قدرت بنسب مرتفعة، ويقدر Theostur&Bram(2004) أن واحدا من كل (200) طفل، واثنين من كل (100) راشد يظهر عليهم أعراض للوسواس القهري .

إذ تعد وساوس النظافة والاغتسال والمراجعة من أكثر أنواع الاضطراب انتشارا بين المرضى حيث بينت دراسة بول وزملائه Ball et al(1996) إن وسواس النظافة والاغتسال والمراجعة توجد لدى(75%) من جمهور المرضى الذين عولجوا في العالم وأن المرضى الذين

يعانون من الأنواع المختلفة الأخرى من الوساوس كالعد والطقوس الترتيبية التي تذكر بسرية يشكلون ما نسبته(12%)فقط، كذلك تشير النتائج إلى أن نسب تحسن مرضى الوسواس القهري أفضل بين من يعانون من وسواس النظافة والتأكيدات بالمقارنة بمن يعانون من أنواع أخرى . **(البشر،2007،ص22).**

يضيف" **كابلن وسادوك**" أن الذكور أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب عن الإناث متوسط عمري(19) سنة و الإناث متوسط عمري (22)سنة وحوالي (3/2) من مرضى الوسواس القهرية بدأت أعراضهم قبل سن (25) عاما و اقل من (15%) تبدأ أعراضهم بعد سن (35) عاما.**(Kaplan et Sadock,1994)**

توضح الدكتورة فاطمة احمد صالح كعكي استشارية الطب النفسي بمستشفى الملك فهد بجدة ، أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري حوالي (2.5%)، وترتفع في الذكور بنسبة (25%) في سن الطفولة (قبل سن 15 سنة) ثم يتساوى الذكور والإناث بعد ذلك . ويظهر المرض بين سن20)(و(40)سنة ويستمر من شهور إلى خمس سنوات قبل الذهاب إلى الطبيب النفسي ، حيث أن معظم المرضى يعتبرون استشارة الطبيب دليل ضعف منهم .

(البشر، و فرج، 2002،ص208).

من خلال هذه الإحصائيات يتبين أن اضطراب الوسواس القهري من بين أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا إلا أن معظم المرضى الوسواسيين بسبب طبيعة التكتم لديهم وخوفهم من الإقلاع عن القيام ببعض الطقوس التي من شانها أن تخفض من الإقلاع عن القيام ببعض الطقوس التي من شانها أن تخفض من حدة الكدر والتوتر اللذين يعانون منهما نتيجة لأفكارهم الوسواسية لا يذهبون إلى العيادات النفسية .

3-أسباب اضطراب الوسواس القهري :

3-1 الأسباب البيولوجية :

وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ وعلامة بالناقلات العصبية والتي تسمى بالسيروتونين (www.univ-oeb.dz/fssh/wpcontent/wpcontent/uploads/2020)، أي اضطراب في تخطيط الدماغ الكهربائي ، كما وجدت بعض التغيرات في العقد القاعدية للدماغ وخاصة في النواة المذيلة (Caudatenucleus) وصغر حجمها وكذلك المعدل المرتفع في تمثيل الجلوكوز في القص الجبهي في الدماغ والتلفيف الخرامي .(**سرحان ، 2013،ص254**).

3-2 الأسباب النفسية :

ا- حسب التحليل النفسي :

إن سلوك الوالد أو الوالدة الوسواسي ينعكس على شخصية الطفل في كثير من الحالات، وذهب المحللون النفسيون إلى أن المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد تكون مضطربة وفيها قسوة ورقابة الأنا الأعلى على تصرفاته كما يعتبر فرويد حالات الوسواس القهري ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبي تكبت وتظهر فيها بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوكات قهرية. **(الأغا ، 2009،ص58).**

ب-حسب نظرية التعلم :

فان الوسواس يمثل مثيرا مشروطا للقلق ، وبسبب الارتباط مع مثيرات القلق غير مشروطة فان الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إشارة القلق ، أي أن نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه، والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملا معينا مرتبط بالأفكار الوسواسية وقد يخفف من القلق ، تدريجيا وبسبب الفائدة من التخفيف الدينامية الثانوية للألم (القلق) فان هذا الفعل يصبح ثابتا من خلال النموذج المتعلم للسلوك .

(العزة و جودت ،2005،ص213)

وتتلخص أهم أسباب الوسواس القهري بصفة عامة فيما يلي :

- الأمراض المعدية أو المزمنة .

- الحوادث والخبرات الصادمة .

- الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد ووجود رغبات لاشعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواس والسلوك القهري . **(الأغا ،2009،ص58).**

- الإحباط المستمر في المجتمع ، والتهديد المتواصل بالحرمان و فقدان الشعور بالأمن .

- الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت .

- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمنة الصارمة المتسلطة والقسوة والعقاب والتدريب الخاطئ المتشدد المتأسف على النظافة والإحراج في الطفولة .

- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المصابين بالوسواس القهري .

- الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير وسعى المريض لا شعوريا إلى عقاب ذاته ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي وراحة للضمير .**(الأغا ،2009،ص58).**

4- أنماط اضطراب الوسواس القهري :

4-1 الاغتسال والتنظيف :

- تجنب لمس الأشياء المعينة نتيجة لإمكانية تلوثها .

- صعوبة التقاط شيء سقط على الأرض .

- تنظيف المنزل بشكل زائد عن الحد .

- اخذ حمام لمدة طويلة .

- الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض .

4-2مظاهر المراجعة والتكرار :

- المراجعة بشكل للتأكد من أن الأشياء قد أنجزت بالصورة المثالية .

- صعوبة في انجاز الأشياء بسبب التكرار والإعادة .

- تكرار الأفعال حتى تمنع حدوث أمر سيء .

- الانشغال الشديد خوفا من الوقوع في الخطأ(تقدير البلاء قبل وقوعه) .

4-3 مظاهر الترتيب :

- أن توضع الأشياء في ترتيب معين .

- قضاء وقت طويل للتأكد من أن الأشياء موضوعة في مكانها الصحيح .

- يكون الفرد في غاية الاضطراب او وجود خلل في الترتيب ليس كما رتبه هو .

4-4 مظاهر التخزين :

- صعوبة اتخاذ قرارات متصلة بالتخلص من بعض الأشياء.**(مصطفى ،2011،ص345).**

- جلب أشياء يبدو أنها عديمة النفع إلى المنزل .

- يصبح لديه مكتبة على سبيل المثال اقرب إلى مخزن حيث يحتفظ حتى بفاتورة شراء كتاب معين.وكذا كافة الفواتير .

- يكره أن يلمس الآخرين ممتلكاته .

- يجد نفسه في موقف لا يجسد عليه إذا طلب منه أن يتخلص من بعض الأشياء التي لا قيمة لها .

4-5 مظاهر طقوس التفكير :

- تكرار كلمات أو أعداد معينة في ذهن الشخص .

- قضاء وقت طويل في الأنشطة (الحمام،الوضوء،تسابيح ما بعد الصلاة...الخ).

- مراجعة كل الأشياء بنفسه ، حيث يتأكد من أن كل الأمور على ما يرام .

(نفس المرجع السابق).

5- معايير تشخيص الوسواس القهري حسب DSM5 :

وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما :

- أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة أو ثابتة ، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها غير مرغوبة وتسبب عند معظم الأفراد قلق أو إحباطا ملحوظا .

- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحديدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

- سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين الترتيب التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة ،العد تكرار الكلمات بصمت)، والتي يشعر المريض انه مساق لأدائها استجابة لوسواس ، أو رفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة .

- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو قلق ، أو منع حدوث أو موقف فضيع بيد هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتحديده أو منعه أو أنها مفرطة .

- تكون الوساوس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا)، أو تسبب إحباطا سريريا هاما أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

– أعـراض الوسـواس القهـري لا تعـزى للتـأثيرات الفيزيولوجيـة لمـادة (مـثلا إسـاءة اسـتخدام عقـار دواء)، أو حالة طبية أخرى .

– لا يفسـر الاضـطراب بشـكل أفضـل بـأعراض اضـطراب عقلـي آخـر (علـى سـبيل المثال،المخـاوف المفرطـة كمـا فـي اضـطراب القلـق المعمـم ، الانشـغال بـالمظهر كمـا فـي اضطراب تشوه شكل الجسم...الخ).

– مـع بصـيرة جيـدة أو مناسـبة: يـدرك الفـرد بشـكل محتمـل أن معتقـدات الوسـواس القهـري ليسـت صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة . (**DSM 5**).

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

– مـع غيـاب البصـيرة / معتقـدات توهميـة : يكـون الفـرد مقتنعـا تمامـا بـان معتقـدات الوسـواس القهري صحيحة .

نسـتنتج ممـا سـبق عرضـه أن الوسـواس القهـري تصـاحبه مجموعـة مـن الأفعـال القهريـة والوسواسـية التي تؤكد على أن الفرد يعاني من اضطراب الوسواس القهري .

6- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري :

6-1 نظرية التحليل النفسي :

أعطـت نظريـة التحليـل النفسـي تفسـيرات مفصـلة للأمـراض النفسـية والعقليـة ، وقـام سـيغموند فرويـد بفصـل الوسـواس القهـري وجعلـه مـرض نفسـي قـائم بذاتـه عـام 1896 حيـث كـان عـرض لحالـة نفسـية تعـرف بـالوهن النفسـي ، وارجـع فرويـد أعـراض الوسـواس القهـري إلـى صـراعات داخليـة حـدثت فـي المرحلـة الشـرجية والسـادية، وأن هـذه الأعـراض تسـتخدم لخفـض القلـق بهـدف منـع انـدفاعات اللاشـعور مـن الخـروج إلـى الشـعور، حيـث كـان تفسـير الوسـواس القهـري انـه نـاتج عـن رغبـات مكبوتـة وخبـرات جنسـية مخزنـة فـي اللاشـعور أي انـه رمـوز لاشـعورية متصـارعة بـين الفـرد والمجتمـع . وتطـورت وجهـة نظـر هـذه المدرسـة حيـث بـرز افتـراض أن مرضـى الوسـواس القهـري يتسـمون بضـعف الأنـا وأن الأنـا فـي الوسـواس القهـري تلجـا إلـى حيـل دفاعيـة لحمايـة نفسـها مـن القلـق كـالعزل لفصـل القلـق عـن الأفكـار الوسواسـية و محـو الفعـل لتخفيـف القلـق النـاتج عـن

الأفعال القهرية، هذا يؤدي إلى اندفاع اقتحامات متكررة من الهو إلى الوعي، بالإضافة إلى الافتراض بان الطقوس القهرية لها دور فعال في تقوية الأنا ولا يجب اعتراضها ، ثم ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة للانا الأعلى في اضطراب الوسواس القهري واثر تثبته في المرحلة الشرجية في نشأته خاصة . ويرى فرويد في آخر كتاباته 1913 أن الدافع المكبوت في العصاب القهري هو جنسي (خبرات جنسية) حيث عند التعرض لخبرة جنسية مؤلمة تقوم الأنا في محاولة لحماية نفسها بأفكار وأفعال قهرية أو مخاوف مثل الخوف من النجاسة، كما يرى أن السلوك القهري ينشا من التدريب بسبب الإصرار المفرط على النظافة في الطفولة المبكرة ، وحسب رأيه أن المصابين بالوسواس القهري إذا منعوا من القيام بأفعالهم القهرية مثل غسل اليدين باستمرار يشعرون بقلق لا يتجنب إلا باستئناف هذه الأفعال القهرية لذا فإنها تخفي القلق أي أن الأعراض في العصاب القهري حلت محل القلق.**(يوسف ،2019،ص35-37).**

نستخلص أن تفسير فرويد للوسواس القهري يقف على المبادئ الأساسية للتحليل النفسي ،كونه اضطراب ناتج عن خلل في مراحل النمو النفسي الجنسي خاصة المرحلة الشرجية ،بالإضافة إلى دور الخبرات الجنسية المؤلمة أو خبرات الطفولة المبكرة الأخرى مثل تشدد الوالدين، وركز فرويد على الأنا التي تحاول حماية نفسها من فكرة مكبوتة بأفعال قهرية لتجنب القلق .

6-2 النظرية السلوكية :

يفسر النموذج السلوكي العصاب على انه سلوك متعلم و مكتسب و لكل من المجتمع و تنشئة الوالدين دور في اكتسابه ، بالإضافة أن الإنسان يتصرف حسب قوانين التعلم واستجابته للقوى الخارجية.

كما يقوم تفسير الوسواس القهري لهذه المدرسة على مبادئ ونظريات التعلم الشرطي، حيث أن الوسواس هي منبه شرطي فإذا ارتبط فكر وسواسي بمثير غير شرطي للقلق فانه يصبح مثير للقلق ،أما القهر يكون باكتشاف الفرد أن فعل معين يقلل اضطراب مرتبط بأفكار وسواسية فيتعلم تجنب الأشياء التي تسبب له الخوف والقلق بأداء طقوس تساعد على خفض التوتر. تفترض النظرية السلوكية أن مثيرات القلق الغير شرطي تصبح مرتبطة خلال عملية الاشتراط ببعض كلمات أو أفكار أو تصورات التي تكتسب فيما بعد خصائص تلك المثيرات ، وعندما

ترتبط تلك الأفكار (التي هي مثيرات شرطية) بأفكار أخرى يعمم تأثير التشريط وتصبح هي أيضا مثيرات للقلق، وأي سلوك تجنبي يؤدي إلى تخفيف هذا القلق يتم تدعيمه إيجابيا خلال الاشتراط الإجرائي وهذا التدعيم هو الذي يشكل السلوك الذي يصبح قهريا، هذا ما يعرف بنظرية مور ذات المرحلتين اكتساب واستمرار تدعيم الخوف والقلق، والسلوك التجنبي لتفسير المخاوف . وقد تبنى ميلر ودولارد هذه النظرية في تفسير الوسواس القهري ، فنتيجة للطبيعة المقتحمة للوسواس لا يمكن تجنب العديد من المواقف التي تثير الوساوس فتتطور أنماط التجنب الإيجابي في شك سلوك قهري وتثبت وتستمر لقدرتها ، على تخفيف القلق.

(يوسف،2019،ص38).

نستخلص أن السلوكيون فسروا الوسواس القهري على أساس أن المصابين به عند تعرضهم لموقف مثير للقلق يكتسبون عادة معينة كغسل اليدين، واكتشافهم أنها تخفف القلق ومع تكرارها في المواقف الضاغطة تصبح هذه الأفعال هي الطريقة الوحيدة لتجنب القلق فتصبح أفعال قهرية .

6-3 النظرية المعرفية :

تعتمد النظرية المعرفية في تفسيرها للوسواس القهري على افتراض أن المصابين بهذا الاضطراب حينما يقعون في موقف يترتب عنه عواقب وخيمة تظهر لديهم أفكار غير عقلانية هي المصدر الأساسي للقلق، وتتضمن هذه الأفكار التقدير الغير الواقعي للمواقف والمبالغة في تحديد الخطر ، هذه الأفكار تمهد إلى أن اجتناب الفعل من اجتناب الخطر ، وتعد هذه الأفكار بالإضافة إلى الاستعداد النفسي للفرد عوامل مهيئة تتفاعل مع خصائص الموقف، ومن هنا فان المواقف تثير أو تضخم الخوف لدى الفرد، وتؤدي زيادة تيقظه بالتالي سهولة تنشيط الأفكار المتصلة بالخطر وإثارتها عن طريق مواقف يصعب تجنبها، أيضا يفسر المصابون بالوسواس القهري أفكارهم على أنها فاجعة و خطر مبالغ وهذا راجع لمعتقدات خاطئة متعلمة مبكرا في الحياة ، أما السلوك القهري فانه يأخذ شكلا من السلوك المعرفي،كما ترى هذه المدرسة أن التفسير الخاطئ والسلبي للأفكار يكون سبب في زيادتها وتحويلها إلى أفكار وسواسية ، وأيضا وجود معتقدات لاعقلانية كالمسؤولية اتجاه منع الأذى المستقبلي ، بالإضافة

إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم تشوه معرفي يظهر في حلقة مفرغة والذي ينشط هذه الحلقة هو التحفيز المفرط الغير طبيعي مما يدفع للقيام بطقوس قهرية معينة ، وكسر هذه الحلقة المفرغة يتم عن طريق التعامل مع معتقدات المريض. والتحليل الأكثر شمولا لاضطراب الوسواس القهري يركز على أن الأفكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات قد تثير أنماط معينة من الأفكار التلقائية السلبية أي أن فكرة مقتحمة قد تؤدي إلى اضطراب إذا تمت استشارة الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الأفكار الغير مقبولة ونسق معتقدات الفرد .**(يوسف ،2019،ص42-41)**.

نستخلص أن النظرية المعرفية فسرت الوسواس القهري على انه عبارة عن أفكار مشوشة ومزعجة قد تصبح حقيقية نتيجة لمعتقدات خاطئة متعلمة سابقا أو حتى سوء تفسير هذه الأفكار مما يزيد كثافتها.

6-4 نظرية التعلم الاجتماعي:

في ضوء اتجاه التعلم الاجتماعي لدى روتر الذي نشأ من نظرية التعلم و نظرية الشخصية ، نجد الاهتمام عند تفسير السلوك بالدافعية والمعرفة والتعزيز والموقف السيكولوجي الذي تحدث فيه هذه المتغيرات ، واكد روتر على أهمية التفاعل الاجتماعي خلال الموقف، لان السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب الفرد مغزى لهذه البيئة من خلال الخبرات السابقة والحاجات التي يسعى لإشباعها .

وقد أكد ألبرت باندورا على دور القدرة وملاحظة الآخرين في تغيير السلوك، ويمكن النظر إلى السلوك الوسواسي القهري على انه مكتسب ومتعلم، ويرجع في الغالب إلى الخبرات الأولى من الطفولة، وتلعب سمات الوالدين مثل الطلب والتردد دورا هاما في نشأة أعراض الوسواس والأفعال القهرية ،كذا تأثيرات الوالدين من خلال ميل الآباء إلى استخدام أساليب تنشئة اجتماعية معينة مثل القسوة والنقد والحماية الزائدة، وتحميل الأبناء مسؤولية زائدة ، ويمكن قبول فكرة أن المجتمع الكبير يساهم هو الآخر في ظهور هذه الأعراض ، عندما نجده يفضل وجود سمات مثل النظافة والتدقيق والمراجعة لدى أفراده. **(سعفان،2003،ص46-47)**

7/ طرق وتقنيات علاج اضطراب الوسواس القهري :

تستخدم أساليب علاجية مختلفة في علاج الوسواس والأفعال القهرية مثل : أسلوب التحليل النفسي، العلاج السلوكي ،العلاج المعرفي ، والعلاج باستخدام العقاقير .

✓ **بعض تقنيات التحليل النفسي العلاجية** : يشير هذا الجانب إلى التقنيات التالية :التفريغ الانفعالي، التداعي الحر ، تحليل الأحلام .

7-1 التفريغ الانفعالي :« Enotional Catharsis » يتطلب تنفيذ هذه التقنية وجود علاقة إنسانية بين المريض والمعالج ،وتوفير الأمن والاطمئنان للمريض ، ليقوم بالتعبير عن مكبوتاته والتي قد تتضمن مشكلات أو اضطرابات،وعندما يعبر عن ذلك يفرغ شحنات انفعالية، وبقدر حريته في التعبير (التفريغ) يكون إعادة التوازن النفسي له .

7-2 التداعي الحر :« Free Association » لتنفيذ هذه التقنية ،تتم المقابلات بين المعالج والمريض يحصل المعالج على المعلومات عن المريض (تاريخ الحالة) و يحاول وضع تشخيص ، ثم يطلب المعالج من المريض أن يضطجع مسترخيا على أريكة ،و يجلس المعالج من خلفه و يطلب منه أن يقول أي شيء وكل شيء يرد في ذهنه وسرعة قدرته على التعبير مرتبطة بشدة مقاومته للعلاج، ويخرج المريض مستدعياته تدريجيا ، وهي تشكل مجموعة من الأفكار والمشاعر المشحونة بالانفعالات ، ومن الضروري أن المعالج يوجه المريض من وقت لآخر نحو الأفكار والمشاعر ذات الدلالة الخاصة .

7-3 تحليل الأحلام Dream Analysis يناقش "**فرويد**" رمزية الأحلام Dream Symbolism

فيذهب إلى أن عنصر الحلم نفسه رمز للفكرة اللاشعورية ، وتعرف العلاقة بين الحلم وترجمته بالعلاقة الرمزية ، ويشير "**فرويد**" إلى طريقتين لتحليل الحلم هما :

- استدعاء الحلم لخواطره و ذكرياته (التداعي الحر) حتى نصل إلى الفكرة المتترة وراء بديلها الظاهر (الدور الرئيسي هنا يقع على المريض).

– الكشف عن معاني الرموز من المعلومات الخاصة بالموضوع (الدور الرئيسي هنا يقع على المحلل النفسي) مع أهمية الاعتماد على المريض لفهم الموضوع المرتبط بالرمز. **(سعفان،2003،ص86).**

7-4 بعض تقنيات السلوكية العلاجية: يشير هذا الجانب إلى التقنيات التالية : الاسترخاء العضلي، التعرض ، منع الاستجابة، إيقاف التفكير .

1-الاسترخاء العضلي : « Muscle Relaxation » : يستخدم الاسترخاء كأسلوب قائم بذاته لخفض التوتر والتخلص من حالة الأرق و القلق الشديد ، وعند تنفيذ هذه التقنية يطلب من المريض إرخاء عضلات جسمه ، أثناء تركيز انتباهه على أفكار معينة أو مشاعر معينة ، والقاعدة السلوكية هنا أن أي مثير يمكن مواجهته وإضعافه عن طريق استجابة سارة (استجابة مضادة لاستجابة الوساوس والقلق).

2-تقنية التعرض :تعتبر من أكثر التقنيات السلوكية استخداما في علاج اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ، وهدفها التأثير على الأعراض السلبية للقلق .

7-5 بعض تقنيات المعرفية العلاجية :

أهم الأساليب المستخدمة في ضوء خصائص مرض الوساوس والأفعال القهرية وسمات الشخصية للمريض :

أ- **الاستبصار بالمرض** : حيث يتم إعطاء معلومات محددة و فعالة عن مرض الوساوس والأفعال القهرية من حيث الأعراض والأساليب ومشاكل الحياة ...، والاستبصار بالمرض عامل هام في نجاح أي برنامج علاجي .

ب- **ربط المعرفة بالانفعال** : يتم التركيز هنا على المواقف التي تؤدي إلى الأفكار الوسواسية

والأفعال القهرية ، والوقت التي تظهر فيه الأعراض ، والفترة الزمنية التي تستغرقها .

ج- **ربط الماضي بالحاضر** :يتم التركيز هنا على أحداث الطفولة المسببة للمرض، وإقناع المريض بهذه العلاقة .

د- صـــرف التفكيـــر : حيـث يـتم تـدريب المـريض علـى كيفيـة صـرف تفكيـره مـن التفكيـر فـي الأعراض إلى التفكير في أشياء أخرى .

هـ- إيقـاف الأفكـار : حيـث يـتم تعلـيم المـريض علـى كيفيـة مواجهـة المثيـرات التـي تبعـث الأفكـار الوسواسية والأفعال القهرية، و منذ استبعاد أي فكرة سلبية .

و- الواجبـات المنزليـة :حيـث يـتم تعلـيم وتـدريب المـريض علـى كيفيـة ممارسـة مهـارات معرفيـة بحيـث علىكيفيـة مواجهـة المواقـف والتفاعـل معهـا بطـرق سـلوكية جديـدة مغـايرة للطـرق السلوكية السابقة الدالة على الاضطراب . **(سعفان ، 2003،ص89).**

7-6العـــلاج بالأدويـــة : إن الدراسـات التـي أجريـت لتقـدير آثـار العقـاقير فـي عـلاج اضـطراب الوسـواس القهـري كشـف عـن نتـائج واعـدة ويبـدو أكثرهـا فاعليـة هـي التـي تضـع جهـاز النقـل العصبي للسيروتونين هدفا لها ، وبعض العقاقير التي تكف إعادة استهلاك .

فـي الآونـة الأخيـرة ، تـم الاسـتفادة فـي عـلاج تعـاطي المخـدرات حيـث تـم تطـوير الجزيئـات التـي تمنـع امتصـاص السـيروتونين علـى المسـتوى المركـزي والـذي مـن شـانه أن يظهـر مـدى فعاليتـه فـي مكافحة الوسواس بشكل صحيح . **(Jean- Christophe et all , 1999) .**

تسـتخدم الأدويـة فـي عـلاج الوسـواس القهـري، وأول الأدويـة المسـتخدمة هـي نـوع مـن الأدويـة المضـادة للاكتئـاب وهـي مثبطـات لإعـادة امتصـاص السـيروتينين الانتقائيـة selective serotonin reuptake inhibitor وتشمل هذه المجموعة :

- سيتالوبرام Citalopram
- فلوكستين Fluoxetine
- فلوفوكسامين Flivoxamine
- باروكستين Paroxetine
- سرتلين Sertraline

وإذا لـم تـؤثر هـذه المجموعـة ، فـان الطبيـب يصـف دواء يسـمى كلـوميبرامين Clomipramine وهـو مـن الأدويـة القديمـة المضـادة للاكتئـاب وهـو أيضـا أقـدم الأدويـة المسـتخدمة لعـلاج اضـطراب الوسـواس القهـري وهـو ذو كفـاءة فـي عـلاج هـذه الحـالات ، وفـي بدايـة ظهـور الوسـاوس قـد يستجيب للعلاج المكثف بمضادات الاكتئاب مع مهدئات العظيمة .

(الرخاوي ،1977،ص113).

7-7 العلاج الكهربائي :

الصـدمات الكهربائيـة ليسـت علاجـا أساسـيا أو أوليـا فـي مـريض الوسـواس القهـري ، ولكـن اذا عـانى المصـاب مـن كآبـة وميلانخوليـا وعلـل جسـمية ووسـاوس المـراق وميـول انتحاريـة فعندئـذ يكون العلاج الكهربائي في محله

7-8العلاج الجراحي :

لعـل أول مبـرر لعمليـات قـص الفـص الجبهـي هـو مـرض الوسـواس القهـري ، فـالتوتر الشـديد والاندفاع

والآلام النفسـية التـي يعانيهـا المصـاب مـع وجـود شخصـية متماسـكة ومتراصـة كلهـا تسـاعد علـى نجاح العملية.

7-9 العلاج البيئي والاجتماعي :

تلعـب الظـروف البيئيـة والاجتماعيـة دورهـا فـي تعزيـز واسـتمرار أعـراض الحصـر ، ولـذلك يكـون تبـديل العمـل أو المحـل أو التلاعـب بشـيء مـن ظـروف المـريض يعتبـر خطـوة مسـاعدة ومهمـة فـي الشـفاء ، فـالتفكير بالعـدوى مـن مـرض معـين قـد يخـف بالابتعـاد النسـبي عـن مصـدر العـدوى إن وجـد، والعـلاج الاجتمـاعي لوحـده لا يكفـي إلا باقترانـه مـع العلاجـات النفسـية والأدويـة . **(سعفان،2003،ص83).**

8/ دور العلاج المعرفي السلوكي في تفسير الوسواس القهري :

يركز العلاج المعرفي السلوكي على دور الأفكار والمعتقدات والمعلومات والتصورات والإدراكات والتفسيرات في الانفعالات والسلوكيات ، فالمعارف والأفكار المتعلقة بالذات والآخرين توجه الانفعالات والسلوك ونعلم أن الاضطرابات النفسية مثل القلق والوسواس القهري تعزى في جوهرها إلى أفكار غير سوية أو معارف مشوهة أو إدراكات محرفة أو غير صحيحة عن الذات والآخرين والعالم والمستقبل . **(فاطمة يوسف ،2019،ص91).**

بينما يرى ألبرت أليس صاحب نظرية الدفع المتعقل أن الاستجابات الانفعالية التي تحدث من خلال التفاعل بالمواقف المختلفة ، لا تحدث بسبب هذه المواقف ولكن نتيجة لإدراكنا وتفكيرنا في هذه المواقف وأن استجاباتنا الانفعالية قد تكون معقولة أو لا معقولة بحسب اتجاه التفكير، فإذا كانت طريقة التفكير لا معقولة وغير منطقية كما في الوسواس القهري ، فان انفعالاتنا ستكون على درجة مرتفعة من الاضطراب.

تعتمد طريقة أليس على إقناع الشخص المضطرب كالشخص الوسواسي بمنطق العلاج ، والتعرف على الأفكار غير العقلانية من خلال مراقبته لذاته ، ومن ثم مواجهة الأفكار اللاعقلانية ، مثل الأفكار الملحة والمسيطرة التي تدفع الوسواسي إلى تكرار لمس أعمدة الكهرباء في الشارع أو معاودة التأكد من قفل الأبواب مرارا و تكرار ، وحسب منهجية العلاجي تتم بالتدريج استعادة التفسير العقلاني للأحداث والمعتقدات ، وبعدها تتكرر المقولات الذاتية العقلانية لتحل محل التفسيرات غير العقلانية .

ويتفق" بيك" و"أليس" على أن الوسواس القهري يرجع إلى الإمكانات التي يولد بها الفرد، والتي من خلالها يصبح منطقيا أو لا منطقيا . واضطراب الوسواس يشخص على انه أفكار مشوشة ومزعجة تحدث مصادفة وتكون محرضة لتصبح ملموسة وحقيقية .

(نفس المرجع السابق ، فاطمة يوسف،ص94).

نستخلص أن أليس ركز على الاستجابات الانفعالية التي تتفاعل مع الموقف وان هذه الاستجابات تكون حسب اتجاه التفكير ، حيث اتفق مع بيك على أن الوسواس القهري عبارة عن أفكار مشوشة وغير منطقية.

9/ مدى تأثير اضطراب الوسواس القهري على اسر المرضى :

يحاول الأشخاص المصابون باضطراب الوسواس القهري غالبا إقحام أفراد أسرهم في ممارسة الطقوس القهرية ، وتجنبا لإثارة المشاكل ، قد يجاري أفراد الأسرة المريض أو يساعدونه في ممارسة سلوكيات كتكديس الأشياء والتفقد المستمر والغسل المفرط ، وعندما تقوم الأسرة بهذا فإنها "تحتوي" المرض. فعلى سبيل المثال، قد تشتري الزوجة في إحدى الأسر مواد منظفة إضافية بحيث يتسنى لزوجها غسل الملابس بشكل مستمر ودائم . وفي أسرة أخرى ، قد يتفق أفرادها على عدم التخلص من أكوام الجرائد التي تتكدس بها غرفة المعيشة .

وغالبا ما يبدأ احتواء المرض بتنازلات بسيطة ، فما أن يبدأ هذا الاحتواء ، يصعب إيقافه، مثلا : إذا كان التسوق بالنسبة للام لونا من ألوان العذاب لخوفها من التلوث ، قد يذهب ابنها إلى المتجر بدلا منها، يذهب الابن في بداية الأمر للتسوق في حين إلى آخر برا بأمه ، ولكن تفاقم أعراض مرضها يضطر للذهاب على نحو منتظم ، وفي نهاية المطاف يقع عبء التسوق كله على عاتقه ، إذ تظل الأم بالبيت لا تبرحه مطلقا لتصبح معزولة تماما عما حولها.

تشعر اسر المرضى التي تواجه السلوكيات الناجمة عن اضطراب الوسواس القهري في اغلب الأحيان بمشاعر معقدة لا تبعث على الارتياح ، وتؤدي هذه المشاعر إلى توتر العلاقات الاجتماعية، وتؤثر في جميع الحياة الأسرية .**(حصة بنت مسفر الغامدي،2019.ص33).**

10/ العلاقة مع شريك الحياة :

قد يؤثر اضطراب وسواس القهري على علاقتك مع شريك حياتك، و ثناء مرحلة المرض التي تكون فيها أعراضه متوسطة أو حادة ، قد تجد صعوبة في إظهار المشاعر الحميمة الداعمة حياتك ، ومع مرور الوقت، يمكن أن يؤدي هذا إلى فتور في العلاقة ،قد يصل إلى الكره ، وقد يستغرق إعادة بناء ما فسد أثناء شدة الاضطراب ومرحلة العلاج مدة من الوقت وقدرا من الجهد .

ومن أنواع العلاج المفيدة للغاية بحضور الزوجين مع اختصاصي علاقات زوجية لديه خبرة في اضطراب الوسواس القهري ، كما يظهر أيضا الاختصاصي النفسي المؤهل لاكتساب المعلومات المتعلقة بهذا الاضطراب كفاءة عالية ، وقد تكون بحاجة إلى شخص يساعدك على

الفضفضة بشان مشاكلك في العلاقة الزوجية على نحو بناء لا تشويه ثورات غضب . فالاختصاصي النفسي الجيد بإمكانه فتح قنوات اتصال مع الزوجين،ومساعدتهما في إعادة اكتشاف الأشياء التي جمعت بينهما في بادئ الأمر،و ينبغي العلم بان اضطراب الوسواس القهري اضطراب يجب وضعه تحت السيطرة طوال حياة المريض, فهو يؤثر على أنشطة الأشخاص وأهدافهم ، وقد يحتاج الزوجان أن يشعرا بالأسى على ما فاتهم من الاستمتاع بعلاقتهما، وربما كانا بحاجة إلى رؤية جديدة حول كيفية مواصلة رحلتهما معا في الحياة .

(حصة بنت مسفر الغامدي ،2019،ص33).

خلاصة الفصل :

اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية من الأمراض الشائعة ، والتي يمكن الاستدلال عليه من خلال ملاحظة سلوك المريض ، أو من خلال ما يذكره (التقرير الذاتي) أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد و على الآخرين أو من خلال الأدوات المناسبة المستخدمة في التشخيص ، ويظهر هذا المرض كما رأينا على شكل وساوس قهرية وأفعال قهرية ، وقد توجد وساوس بدون أفعال ، ولكن وجود الأفعال يحتم وجود الوساوس معها .

من خلال ما ذكر في الفصل تبين أن اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات التي تؤثر بشكل على الفرد ، حيث يكون عاجزا اتجاه أفكاره الوسواسية واندفاعاته ، كما تتسبب أعراض اضطراب الوسواس القهري عند معظمهم قلقا وإحباطا ملحوظا وتظهر تأثيرات سلبية على حياتهم في مختلف المجالات .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-التذكير بفرضيات الدراسة.

2-الدراسة الاستطلاعية.

3-تحديد منهج البحث.

4-مكان وزمان اجراء البحث.

5-مجموعة البحث وخصائصها.

5-1 عينة البحث.

6-أدوات وتقنيات البحث.

6-1 المقابلة نصف موجهة.

6-2 مقياس الصحة النفسية .

6-3 مقياس استراتيجيات المواجهة مع الوضعيات الضاغطة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد ما تطرقنافي السابق الى الاطار النظري والذي يبنى عليه اي بحث ، جاء الدور للتطرق للاطار التطبيقي والذي يعتبر اكثر اهمية في الدراسات العلمية حيث اصبح العلم يعتمد على الجانب التطبيقي الميداني اكثر من النظري.

وعند قيامنا بالجانب التطبيقي الميداني لابد من توفر بعض الطرق والادوات والوسائل كي يساعدنا على القيام بهذا الجانب بشكل يسمح للدراسة ان تكون فعلا ميدانية ومن بين هذه الوسائل والطرق نجد المنهج ، والادوات من مقابلة عيادية وملاحظة عيادية وايضا الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة .

1-التذكير بالفرضيات :

- ✓ هناك مستوى منخفض للصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري.
- ✓ يستعمل زوج المصاب بالوسواس القهري استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال اكثر من المركزة حول المشكل.
- ✓ هناك علاقة بين مستوى الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب بالوسواس القهري.

2-الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة في بحثنا العلمي، حيث سمحت لنا بتكوين فكرة عامة حول البحث، كما توفرت لنا الفرصة لتقويم مدى صلاحية الادوات التي نستخدمها في هذه الدراسة والتاكد من وجود عينة البحث، كما انها ساعدتنا في الاحاطة والالمام بالمشكلة المراد دراستها من كل الجوانب.

لكن واجهنا صعوبات في وجود مثل هذه الحالات بكثرة، حتى وان وجدوا لا ياتون الى مواعيدهم، وهناك بعض الحالات يرفضون التعامل معنا وهذا ما جعلنا نواجه مشكلة في ايجاد عينة بحثنا .

بعد الحصول على رخصة التربص من الجامعة ومستشفى الامراض العقلية " **فرنان حنافي**"، توجهنا الى المستشفى مصلحة الطب العقلي للراشدين "**واد عيسي**" بتيزي وزو، من 20 فيفري الى غاية 15 مارس، حيث قابلنا الاخصائية النفسانية التي ساعدتنا في تحديد وانتقاء العينة التي تخدم موضوع بحثنا . تم التعامل مع أربعة حالات في بحثنا كانت الحالة الأولى (س) امرأة تبلغ من العمر 41 سنة مستواها الدراسي سنة ثالثة ثانوي ، اذ تأتي مع زوجها المصاب باضطراب الوسواس القهري . اذ تمثلت نتائج الدراسة الاستطلاعية إلى رصد الحالات التي يتم التعامل معها و مدى توفر شروط ذلك ، و بالتالي تم في النهاية التعامل مع اربع حالات تتلائم مع موضوع بحثنا .

3-منهج البحث :

كل دراسة تتطلب استخدام منهج علمي محدد ، وتختلف المناهج باختلاف مواضيع الدراسة ولكل منهج خصائصه ومميزاته التي ينتقي منها الباحث اسلوب يتخذه وق المنهج المختار .

ويعتبر المنهج مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول الى الحقيقة في العلم ، او الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من اجل اكتشاف الحقيقة ، او هو فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الافكار، او الاجراءات، من اجل الكشف عن الحقيقة التي نجهلها، او من اجل البرهنة عليها للاخرين الذين لا يعرفونها .

(صلاح الدين شروخ ، د، سنة 90)

ونظرا لطبيعة موضوعنا الذي يحاول ان يدرس اشكالية الصحة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التعامل لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ، اعتمدنا على المنهج العيادي القائم على دراسة حالة التي تعتبر وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص اكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة. ويعرف المنهج العيادي على انه منهج يقوم على الدراسة المعمقة للحالات المرضية التي تعاني من سوء التوافق والاضطرابات الانفعالية والنفسية والاجتماعية في الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة ، ويستخدم هذا المنهج في عيادات توجيه الاطفال والعيادات النفسية والتربوية وعيادات الارشاد النفسي . **(غالب محمد المشيخي ، 2014).** وفي هذه الدراسة تم استعمال دراسة حالة باعتبارها وسيلة جد مهمة لتقديم صورة مجمعة للشخصية ككل ، اي تعتبر اسلوب لتجميع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض، وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لاهم خبرات المريض . **(زهران ، 2005)**

4-مكان وزمان اجراء البحث :

تم اجراء الدراسة الميدانية التي امتدت من 19 مارسإلى غاية 28 ماي في مستشفى الامراض العقلية " **فرنان لحنافي** " **بواد عيسي** بتيزي وزو ، بلدية "**ارجن** " ، دائرة "**الاربعاء ناث اراثن** " ، تقدر مساحته ب 12 هكتار ، فتحت سنة 1972م في اطار مخطط الارشاد للاعانة الطبية من الامراض العقلية . حيث قمنا باجراء الدراسة الميدانية في مصلحة الطب العقلي التي تقوم بالكفالة النفسية .

هيكل المركز الاستشفائي : يتكون المركز الاستشفائي من الاقسام التالية :

- ✓ قسم مخصص للادارة **Administration**
- ✓ قسم للفحوصات الخارجية والاستعجالات **Consultation externe et urgences**
- ✓ قسم خاص لصيدلة والمخابر **La pharmacie et laboratoire**
- ✓ مطعم ونادي للمرضى ، بالاضافة الى تور مكتب لهم.
- ✓ جناح خاص بالاستعلامات
- ✓ جناح مغلق يتكون من 30 سريرا**Service fermé**
- ✓ جناح واحد خاص للنساء 45 سرير **Pavillon femme**
- ✓ جناح 2،3،4 خاص بالرجال 75 سرير **Pavillon homme**
- ✓ جناح الطب العقلي للاطفال (نجد فيه مكتب للاستقبال ، قاعة للانتظار، قاعة للاطفال فيها تلفاز، مكتب للاخصائيين النفسيين، مكتب للاخصائيين الارطوفونيين ، مكتبين لاطباء العقل مكتب لطبيب عام ، مكتب لمراقب عام ، حمام).

5-مجموعة البحث وخصائصها :

5-1-عينة البحث :

يعتبر اختيار عينة البحث من الخطوات والمراحل المهمة في البحث ، يقوم الباحث عادة بتحديد مجتمع بحثه حسب الموضوع او الظاهرةاوالمشكلة التي يختارها. **(سامي محمد ملحم ، 2007)**

اعتمدنا في هذه الدراسة على عينة مقصودة وهي عينة يتم اختيارها باسلوب غير عشوائي حيث يجب ان تكون الحالة زوج لمصاب باضطراب الوسواس القهري .

5-2- وصف عينة البحث : فيما يلي يتم تقديم خصائص مجموعة عينة البحث كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول رقم (01) : خصائص عينة البحث .

الاسم	السن	عدد الاولاد	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي	طبيعة السكن
س	41	1	ثالثة ثانوي	متوسط	عادي
م	35	/	ثالثة جامعي	جيد	عادي
ف	40	4	ثانية ثانوي	جيد	عادي
أ	50	3	رابعة متوسط	جيد	عادي

من خلال الجدول السابق رقم(01) يوضح خصائص عينة البحث التي تتكون من(4)حالات ،حيث تختلف الحالة الاجتماعية ، نوع السكن ، وعدد الاولاد من حالة لاخرى .

6- ادوات وتقنيات البحث : لاجراء البحث اعتمدنا على :

6-1-المقابلة نصف موجهة:

يعرفها**انجلش**: بانها محادثة موجهة يقوم بها شخص اخر او عدة اشخاص هدفها استشارة أنواع معينة من المعلومات لاستغلالها في بحث علمي ، وبالاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج .(**سيف الايلام عمر ،2009، ص93)**

يعرفها**حسن غانم** على انها سلسلة من الأسئلة التي يامل منها الباحث الحصول على إجابة للمفحوص ، ومن المفهوم طبعا ان هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق ، وانما تدخل فيه الموضوعات الضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف ، ويحرص الباحث الا يقترح أي إجابات مباشرة او غير مباشرة . **(حسن غانم ، 2004، ص 171).**

6-2- مقياس الصحة النفسية ليونارد ، ر، ديروجيتس ،س،ليمان ،لينو كوفي :

-تعريفه :

قام بوضع المقياس ليونارد ،ر، ديروجيتس ،س، ليمان ، كوفي **Leonard , R Derogatis ,Roland S.Lipman and Linocovi .** تحت عنوان :-SCL-90 RSymptoms Check List. ثم قام أبو هين بتعريب المقياس ، و تقنينه على البيئة الفلسطينية ، و ذلك بحساب صدق المقياس. **(أبو هين،1992)**

يتكون المقياس من 90 عبارة تندرج تحت تسعة ابعاد و لكل بعد أسئلة و هي موزعة كالاتي :

- **الاعراض الجسمانية**:و يشمل البنود التالية (1,4,11,29,40,42,48,49,52,58,71)
- **الوسواس القهري** : ويشمل البنود التالية (3,9,10,28,38,45,46,51,55,65)
- **الحساسية التفاعلية** :ويشمل البنود التالية (34,36,37,41,61,69,73,6,21)
- **الاكتئاب** : ويشمل البنود التالية (5,14,15,20,22,26,27,28,30,31,32,54,2)
- **القلق** : ويشمل البنود التالية (12,17,23,33,39,57,72,79,80,86)
- **العداوة** : ويشمل البنود التالية (13,24,63,67,74,81)
- **الفوبيا** : ويشمل البنود التالية (25,47,50,70,75,78,82)
- **البانويا** : ويشمل البنود التالية (8,18,43,68,76,83)
- **الذهانية** : ويشمل البنود التالية (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90)

- كيفية تطبيقه :

يطلب من المفحوص ان يقوم بالاجابة و ذلك بوضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لوجهة نظره حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي ، حيث يوجد امامه عدد من المشكلات التي قد تعاني منها – يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك فاذا كنت لا تعاني ابدا عليك اختيار رمز صفر و هكذا ...

- كيفية تصحيحه :

يتم تصحيح المقياس كالاتي :

1-جمع الدرجات المتحصل عليها في كل بند فيما يخص كل حالة .

2-مقارنة ما تحصلت عليه الحالة في كل بند بمعدل كل محور في كل حالة ، فاذا كانت النتيجة تفوق المتوسط فهذا يدل علىان الصحة النفسية مضطربة والعكس صحيح .

(زبدي و فالح،2016،ص223)

- الخصائص السيكومترية للمقياس :

قام بتعريبه الباحث فضل أبو الهين و تقنينه على البيئة الفلسطينية و ذلك بحساب صدق المقياس ، وهو معدل حسب الدليل التشخيصي الرابع و مقنن في الجزائر .

ولقد تم في دراسة ناصر الدين زيدي و يمينة فالح التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية وذلك بحساب الصدق والثبات وذلك كما يلي :

أ-صدق الاتساق الداخلي :

وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والمقياس الفرعي الذي ينتمي اليه وكانت النتائج كالاتي :

البند :41 معامل ارتباطه غير دال ، اما بقية بنود المقياس معاملات ارتباطها دالة احصائيا .

القرار : يتم حذف البند 41 اثناء صياغة الصورة النهائية للمقياس ، كما يتم الاحتفاظ ببقية بنود المقياس .

ب-الثبات :

وتم حساب ثبات المقياس بطريقتي الفا كرونباخ و جيمتان ، و كانت النتائج كالاتي:

معامل ثبات الفا كرونباخ يساوي (0,97)

معامل ثبات جيمتان يساوي (0,96)

القرار : يتميز المقياس بمعاملات ثبات عالية .

النتيجة : يعتبر مقياس الصحة النفسية على مستوى عالي من الصدق والثبات وهو بذلك أداة جيدة ومناسبة للقياس . **(زيدي و فالح ،2016،ص223)**

6-3 مقياساستراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة : Coping inventory of situation stressful (CISS)

مقياس استراتيجيات التعامل مع الؤضعيات الضاغطة **(CISS)** هو سلم يسمح لنا بقياس المظاهر المتعددة لابعاد التعامل، ولقد تم وضعه من طرف Endler et Parckerسنة 1990-1980 وقام بتكييفه إلى اللغة الفرنسية Roland Pierre Jeanسنة 1998 **(Roland , 1998,p2)**

وقد ترجم إلى اللغة العربية من طرف مركز البحث والنشر التطبيقات النفسية (Creapsy) Centre de recherche d'édition et d'application psychologique. تحت اشراف الأستاذ " **ايت سيدهم** ".

6-3-1 وصف عام للمقياس :

هو مقياس من نوع ورقة وقلم يطبق فرديا يتكون من ثمانية وأربعون (48) بند يقيس أساليب التعامل مع الضغط مع العلم انه توجد صور خاصة بالراشدين وصور خاصة بالمراهقين ، وكل صورة تتضمن :

(16) بندا يقيس التعامل الموجه نحو المهمة (taches).

(16) بندا يقيس التعامل الموجه نحو الانفعال (Emotion).

(16) بندا يقيس التعامل الموجه نحو التجنب (Evitement).

هناك سلمان ثانويان لبعد التجنب هما :

- سلم الترفيه يحتوي على 8 بنود .
- سلم الانشغال يحتوي على 5 بنود .

يطلب من المفحوص تسجيل كل بند في سلم تكراري من خمسة (5) نقاط انطلاقا من واحد (1) (عدم وجود السلوك تماما) إلى (5) (وجود السلوك بكثرة) ، مرورا بالاجابات الوسطية (2-3-4) التي تسمح بالتدقيق اكثر في الإجابة. ويمكن ان يكتمل هذا الاختبار في ظرف عشرة (10) دقائق.

6-3-2 أدوات الاختبار :

تحتوي الصفحة الأولى للاختبار على التعليمة العامة ، اما الصفحة الثانية التعليمة المهنية ، حيث تتمثل التعليمة العامة التي قمنا باستخدامها في البحث الحالي في :" اجب على كل واحد من الأساليب التالية بوضع إشارة حول الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادية ، الإجابات عبارة عن سلم يتراوح من درجة 1 (و التي تعني انها لا تنطبق عليك اطلاقا) إلى 5 (و التي تعني انها تنطبق عليك تماما) مرورا بالاجابات الوسطية (2-3-4) التي تسمح لك بالتدقيق اكثر في اجابتك في الوضعيات الضاغطة اميل اكثر إلى..."

(Roland.1998.p13)

- **ورقة التصحيح :**

متكونة من سلم مرقم من (1) إلى (5) وعلى خمسة خانات اين تنقل الإجابة المتصل في ورقة الإجابة : المهمة (Tache)، الانفعال (Emotion) ، التجنب (Evitement) ، الترفيه (Distraction) ، الانشغال الاجتماعي (Diversion sociale)، ثم جمع النقاط النهائية المتحصل عليها في كل خانة .

6-3-3 مراحل و كيفية تطبيق المقياس :

يتم التأكد أولا ان الفرد يملك قلم ورصاص او سيالة ، ثم جعل الفرد يجلس بطريقة مريحة وتشرح له الهدف من المقياس هو وضع فكرة عن ما يقوم به عندما يواجه حادث صدمي وتشجيع الفرد على التفكير بدقة في سلسلة من الوضعيات الضاغطة قبل وضع الإجابة ومن ثم التأكد من ان الفرد يفهم جيدا و يقرا جيدا التعليمات ، او نقوم بقراءتها اذا واجهت المفحوصة صعوبة في قراءتها .

في حالة تطبيق المقياس جماعيا فان قراءة التعليمات يجب ان تكون بصوت مرتفع بينما يقرأها المفحوص بصوت منخفض ، والتأكد ان الفرد انه يجب ان يقرأ بإمعان كل البنود ، وان يدرك في أي مقياس تنطبق الإجابة عليه واحاطة احد الأرقام من (1) إلى (5) بالدائرة ،وذا أراد تغيير الإجابة لا يحمي الإجابة الأولية بل يشطب عليها ويحيط بدائرة الإجابة المختارة .

(Roland.1998.p14)

6-3-4 طريقةالتنقيط وتفسير النتائج :يتم جمع العلامات المتعلقة بكل استراتيجية لنتحصل على الدرجة النهائية التي نحولها إلى نقاط معيار " **T** " لتحديد مستوى الاستراتيجية ، ويتم تفسير النقاط " **T** " كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (02) : تفسير النقاط " T "

النقطة " T "	التفسير
ما فوق 70	مرتفع جدا
66 إلى 70	فوق المتوسط بكثير
61 إلى 65	فوق المتوسط
56 إلى 60	فوق المتوسط بقليل
45 إلى 50	متوسط
40 إلى 44	تحت المتوسط بقليل
35 إلى 39	تحت المتوسط
30 إلى 34	تحت المتوسط بكثير
اقل من 30	منخفض جدا

6-4-5 مميزات المقياس :

يتميز هذا المقياس بكونه أداة سهلة التطبيق بوسائل التقييم الذاتي الأخرى للتعامل وبكونه يتميز بما يلي :

أولا : تم وضع السلم على قواعد نظرية وتجريبية ، وتم استعمالها في عدة بحوث وتطبيقها مما يسمح بمقارنة العلامات الموجودة في الاختبار بمتغيرات أخرى خاصة الشخصية .

ثانيا : تعدد ابعاد وأساليب المقياس المتماثلة في التوجيه نحو المهمة ، التوجيه نحو الانفعال،التوجيه نحو التجنب وهذا النوع من الأساليب يسمح لنا ب :

- التنبؤ بالاساليب المفضلة للتعامل .
- فهم الأنماط

الفردية وكيفية التعامل مع الضغط .

- فهم العلاقات المختلفة بين أساليب التعامل وبين المتغيرات الأخرى الشخصية .

ثالثا : عند إعداد الاختبار تم تطبيقه على الراشدين وطلاب الثانوية واشخاص مضطربين عقليا الذين تلقوا العلاج من هذه الاضطرابات .

6-4-6 حدود المقياس :

ان تقيـيم المتغيـرات النفسـية المهمـة مثـل : التعامـل الموجـه نحـو المهمـة ، والموجـه نحـو الانفعـال والموجه نحو التجنب (الانشغال الاجتماعي والترفيه) هي مهمة معقدة للفاحص .

وقـد اشـتقت المقـاييس مـن عـدة فرضـيات اصـطلاحية والنظريـة المتضـمنة لنمـوذج التفاعـل بـين القلـق، الضـغط ، التعامـل ، وعلـى مسـتعمل المقيـاس ان يكـون واعيـا بتـرابط أسـاليب التعامـل ومختلف متغيرات الشخصية والوضعيات.

(Roland.1998.p2)

خلاصة الفصل :

سـعيا منـا لمعرفـة الصـحة النفسـية وعلاقتهـا باسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسـواس القهـري ، تـم الاعتمـاد علـى الجانـب التطبيقـي لدراسـتنا علـى أدوات بحثيـة ليـتم تطبيقهـا علـى عينـة مكونة من 4 حالات .

وتمثلـت أدوات الدراسـة فـي اسـتبيان يخـص مقيـاس الصـحة النفسـية ومقيـاس اسـتراتيجيات المواجهـة للوضـعيات الضـاغطة ، وبعـد انتهـاء تطبيـق هـذه الأدوات علـى عينـة الدراسـة تـم عـرض النتائج وتحليلها ومناقشتها كما هو في الفصل الموالي .

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1/ عرض نتائج الحالات :

ب/ تقديم الحالة الأولى :

الحالة (س) امراة تبلغ من العمر 41 سنة، من دراع بن خدة ، متوسطة القامة ،سمراء البشرة ،هادئة نظيفة الهندام ، قليلة الكلام، مستواها الدراسي سنة ثالثة ثانوي ، الحالة الاقتصادية للعائلة متوسطة، متزوجة منذ 15 سنة ، ام لطفل واحد، تأتي إلى مستشفى الامراض العقلية " فرنان الحنافي " مع زوجها المصاب باضطراب الوسواس القهري .

ج/ ملخص المقابلة مع الحالة :

تميز اللقاء الأول بتجاوب الحالة (س) معنا اثناء المقابلة بشكل جيد وبتواضع ، حيث كانت مرتاحة وذلك من خلال مساعدتنا في اعطائنا الأجوبة اللازمة لاسئلة المقابلة خاصة عند سردها لتفاصيل حياتها والاحداث المؤلمة التي تعرضت لها في حياتها خاصة بعد تشخيص زوجها انه مريض باضطراب الوسواس القهري الذي يعود سبب ظهوره لديه بسبب عيشه فترة صعبة اثناء العشرية السوداء ..حيث ظهرت لديه الاعراض منذ ابتداء فترة كورونا إلى غاية الان ، هذا ما جعلها تواجه فترة صعبة في مواجهة هذا التغير في حياتها خاصة في التعامل مع زوجها ومع ابنها محاولة في تسيير الوضع، في احسن نظرا لتفاقم المسؤولية عليها، خاصة بعد ان توقف زوجها عن العمل بسبب تفاقم حالته النفسية للاسوا وتاثير الاضطراب على حياته اليومية والمهنية ، وجدت نفسها انه عليها التعامل مع الوضع والصمود، لكن كل هذا لم يكن سهلا غليها واثر عليها سلبا وعلى نفسيتها حيث بدت عليها اعراض التعب، كما قالت انها تبكي كل يوم لأقولها (قريب يتعماو عينيا من لبكا) ، اما علاقتها مع افراد الاسرة او الأصدقاء فتكاد تكون منعدمة ، كما صرحت الحالة ، ان عائلة زوجها لا تتدخل في شؤونهم وعلاقتهم معهم سطحية جدا ، كما تلومهم على تفاقم وضع زوجها وذلك من خلال قولها (هما لي وصلونا للحالة هادي كامل) .

كما صرحت ان علاقتها الجنسية والعاطفية مع زوجها تغيرت بسبب تصرفاته المبالغة في النظافة والاغتسال، لكن لا يتجنبها أيضا ، كما قالت ان بسبب كل هذه الأوضاع الصعبة التي تعيشها انعدمت رغبتها في أداء الكثير من الأمور التي اعتادت عليها وذلك من خلال قولها (مبقيتش كيما بكري) كما

أصبحت لا تحب التكلم كثيرا مع الاخرين وانها تبكي بسهولة على اتفه الأمور ،كذلك تغضب بسرعة بسبب تصرفات زوجها ولكنها لا تبين له غضبها امامه خشية ان تسوء حالته اكثر، فتحول كل غضبها اتجاه ابنها وذلك بضربه او تكسير الأشياء او البكاء، كما قالت انه ليس هناك اشخاص حولها ليفهمونها والتخفيف عليها او مساعدتها .

د/ عرض نتائج اختبار الصحة النفسية للحالة الأولى :

بعد موافقة الحالة (س) على تطبيق الاختبار وبعد توفير الجو المناسب لتطبيقه، فكانت استجابات الحالة كما هو موضح في الجدول الاتي :

جدول 3: تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى

المحاور	البنود	الدرجات	المعدل
الاعراض الجسمانية	1-4-11-29-40-42-48-49-52-56-58-71	3-0-2-0-1-0-3-2-3-0-2-1	1.58
الوسواس القهري	3-9-10-28-38-45-46-51-55-65	1-4-3-3-3-3-1-3-3-3	2.7
الحساسية التفاعلية	6-21-34-36-37-41-61-69-73	0-4-3-3-4-2-3-2-0	2.33
القلق	12-17-23-33-39-57-72-79-80-86	2-0-3-2-3-2-3-3-0-2	2
العداوة	13-24-63-67-74-81	0-4-0-4-0-3-4	2.5
الفوبيا	25-47-50-70-75-78-82	0-3-3-0-2-2-0	1.42
البانويا	8-18-43-68-76-83	3-2-0-0-2-2	1.5
الذهانية	7-16-35-62-77-84-85-87-88-90	0-0-2-0-0-1-1-0-2-0	0.7
الاكتئاب	2-5-14-15-20-22-26-27-30-31-32-54	3-1-1-0-4-2-1-4-1-3-4	2.16

عبارات أخرى	-64-60-59-53-44-19 89-66	1-2-4-0-0-3-1-3	1.75

من خلال الجدول رقم (1): نلاحظ ان الحالة تحصلت على معدل 2.16 بالنسبة لمحور الاكتئاب، ومعدل 2.7 فيما يخص بند الوسواس القهري، ومعدل العداوة 2.5، ومعدل 2.33 بالنسبة لمحور الحساسية التفاعلية ، كما تحصلت على معدل 1.75 بالنسبة لمحور العبارات الأخرى، و 1.58 بالنسبة لمحور الاعراض الجسمانية ،ومعدل القلق كان 1.42، ومحور البارانويا 1.5،معدل القلق 2، اما الذهانية فتحصلت على معدل 0.7 .

و/ تحليل عام لنتيجة مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى :

خلال المقابلة، وبعد قبولها بتطبيق اختبار الصحة النفسية بعد ضمان لها سرية المعلومات وانها تستعمل فقط لغرض علمي ، قمنا بتطبيق اختبار الصحة النفسية وباتباع مفتاح التصحيح الخاص بالاختبار توصلنا لعدة نتائج خاصة بكل محور من محاور الاختبار ، وبمقارنتها مع معدل ادنى قيمة للاختبار 0 وبمعدل اقصى قيمة 4 نستنتج ما يلي :

- **الاعراض الجسمانية** : 1.58 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** لدى الحالة سمة هذا المحور .
- **الوسواس القهري** : 2.7 درجة وبالمقارنة نجد **انه تتوفر** لدى الحالة سمة هذا المحور .
- **الحساسية التفاعلية** : 2.33 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور .
- **القلق** :2 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **العداوة** : 2.5 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **الفوبيا** : 1.42 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.
- **البارانويا** : 1.5 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **الذهانية** : 0.7 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.
- **الاكتئاب** : 2.16 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.

- **عبارات أخرى** :1.75 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .

وبعد التوصل لهذه النتائج قمنا بحساب النتائج الكلية حسب كل فرضية من فرضيات الدراسة وتظهر كما يلي :

- الاعراض الجسمية : 1.58 درجة .

- الحساسية التفاعلية : 2.33 درجة .

- الاعراض الذهانية :(الذهانية + الوسواس القهري+ البارانويا).

بالترتيب نجد : (1.5+2.7+0.7) = 1.63 درجة .

- الاعراض العصابية (القلق+الفوبيا+العداوة+الاكتئاب) .

وبالترتيب نجد : (2+1.42+2.5+2.16) =2.02 درجة .

وبمقارنة هذه النتائج بمعدل ادنى قيمة للاختبار 0 ومعدل اقصى درجة 4.

نستنتج ما يلي :

من خلال النتائج التي تحصلت عليها الحالة بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية ، تبين ان :

- الحالة لا تعاني من اعراض جسمية لان المعدل الذي تحصلت عليه قريب من معدل ادنى قيمة وهو 1.58 .

- كما ان الحالة لا تعاني من اعراض ذهانية لان المعدل الذي تحصلت عليه قريب من معدل الصفر وهو 1.63.

- ومن الواضح ان الحالة تعاني من حساسية تفاعلية بمعدل 2.33 وهو معدل فوق المتوسط بقليل لانها بعيدة عن معدل الصفر و اقرب للمعدل 4.

- وتبين ان الحالة تعاني أيضا من اعراض عصابية بمعدل اكبر من المتوسط بقليل وهذا حسب ما توصلت اليه نتائج المقياس حيث تحصلت فيها على معدل 2.02 .

هـ/ عرض نتائج الحالة (س) على مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة (CISS) :

جدول 4 : تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الأولى

الاستراتيجيات	الدرجة النهائية المتحصل عليها الحالة (س)	(T) دلالة النقاط المعيارية
المهمة	46	متوسط
الانفعال	52	متوسط
التجنب	37	تحت المتوسط
التسلية	16	منخفض جدا
الدعمالاجتماعي	12	منخفض جدا

ز/ تحليل نتائج المقياس للحالة الأولى :

من خلال عرض نتائج وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة ، ونتائج مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات ، تم استنتاج من خلال الجدول ان الحالة (س) تلجأ إلى استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال بدرجة اكبر ، وتبين ذلك من خلال تحصلها على اكبر درجة ب (52) بمستوى متوسط ،ثم تليها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المهمة بدرجة (46) بمستوى متوسط ، بعدها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التجنب بدرجة (37) بمستوى تحت المتوسط ، اما استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التسلية بدرجة (16) بمستوى منخفض جدا ، وذلك من خلال رفضها الخروج من المنزل و التسوق ومشاهدة التلفاز...، وكذلك استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الدعم الاجتماعي اقل استعمالا والتي تقدر بدرجة (12) بمستوى منخفض جدا ، وذلك لاعتزالها عن الأصدقاء وعدم تفهم افراد عائلتها لها .

و/ تحليل عام للحالة الأولى :

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة النصف موجهة ونتائج مقياس الصحة النفسية، اتضح ان الحالة (س) تتمتع بصحة جسمية جيدة ولا تعاني من أي اضطراب عضوي ، ولمسنا انها تعاني من الوحدة والحرمان العاطفي لتغير علاقتها العاطفية والجنسية مع زوجها خاصة لغياب الدعم الاسري عندها ،هذا ما جعلها شديدة الحساسية وظهور اعراض عصابية تمثلث في : القلق والعدوان والاكتئاب ، هذا ما جعل مستوى الصحة النفسية لديها منخفض، أي انها لا تتمتع بالقدر الكافي من الصحة النفسية والتوازن النفسي ، مما جعلها تلجا إلى استعمال مجموعة من الاستراتيجيات التي هي أساليب المواجهة المركزة على الانفعال وعلى المهمة، الا ان مجمل هذه الاستراتيجيات هي أساليب او استراتيجيات سلبية لمواجهة المواقف الضاغطة .

2-عرض الحالة الثانية :

ا/ تقديم الحالةالثانية :

الحالة "م" رجل يبلغ من العمر 35 سنة ، من برج بوعريريج ، طويل القامة ،مستواه الدراسي سنة ثالثة جامعة ، الحالة الاقتصادية للعائلة جيدة ، متزوج منذ عامين ، ليس لديه اطفال ، ياتي الى مستشفى الامراض العقلية "فرنان الحنافي " مع زوجته المصابة باضطراب الوسواس القهري دائما .

ب/ ملخص المقابلة مع الحالة الثانية:

ظهرت الحالة مرتاحة من خلال المقابلة ، بحيث جرت في ظروف جيدة وكانت متجاوبة ومستعدة للاجابة والتعبير عما بداخلها من خلال علامات البسمة التي بدت على وجه الحالة مجرد معرفته باننا طلبة علم النفس .

بدت الحالة "م" بصحة جيدة و متوافق مع نفسه، حيث قال لنا انه يساند زوجته المريضة بالوسواس القهري الذي ظهر عليها بعد الزواج، حيث عاشت طفولة صعبة خاصة فقدانها لوالدها في سن مبكر وكانت عائلتها فقيرة ، كما تفاقم وضعها سوءا في ضهور الاضطراب خاصة بعد موت اخوها وامها باعتبارهما الوحيدان المتبقيان من عائلتها ، وذلك من خلال قول

الحالة " ما بقى لها حتى واحد في هذا الدنيا غير انا "، هذا ما جعل الحالة مساند لزوجته ، كما يساعدها على تلقي العلاج وتحسين من وضعيتها.

كما صرح ان بالرغم من افعالها المفرطة في النظافة تزعجه احيانا الا انه لا ينتقدها ويحاول ان يفهمها اكثر لتكون مرتاحة فيما تفعله ، ويحاول دائما مساندتها لتكون في حالة نفسية جيدة ، حيث قال انها حساسة جدا ، كما انه له نظرة ايجابية نحو المستقبل بخصوص شفاء زوجته خاصة بعد ظهور تحسن من خلال الجلسات العلاجية التي تتلقاها وقبولها للعلاج من خلال قوله "على بالي بلي راح تبرى وتولي خير ملي كانت ".

كما اكد ان علاقته العاطفية معها جيدة ومتفاهمان اغلب الاحيان ، ويحب قضاء وقته معها اكثر بحيث يعتبر السند الوحيد لها ، ويحاول ان يقدم لها الافضل دائما من خلال قوله " انا راني نذير واجبي لي نقدر عليه من جهتها " لتخفيف عليها وعدم تحسيسها انها عبئ عليه .

اما فيما يخص علاقته مع افراد اسرته واصدقائه فهي جيدة على العموم .

ت/ عرض نتائج اختبار الصحة النفسية للحالة الثانية:

بعد موافقة الحالة "م" على تطبيق الاختبار وبعد توفير الجو المناسب لتطبيقه ، ثم قمنا بتطبيق مقياس الصحة النفسية معه ، وكانت استجابات الحالة كما موضح في الجدول الاتي :

جدول 05 : تصحيح جدول مقياس الصحة التفسية للحالة الثانية

المحاور	البنود	الدرجات	المعدل
الاعراض الجسمية	1-11-29-40-42-48-71-49-52-56-58	0-0-2-2-0-0-0-0-0-3-2-1-0	0.83
الوسواس القهري	3-9-10-28-38-45-46-51-55-65	0-3-3-3-2-0-2-2-0-2	1.7
الحساسية التفاعلية	6-21-34-36-37-41-61-96-73	0-0-0-0-2-2-0-0-0	0.4

الاكتئاب	-26-22-20-15-14-5-2 54-32-31-30-27	-0-2-0-2-0-2-0-1 0-0-2-0	0.75
القلق	-57-39-33-23-17-12 86-80-79-72	-0-0-2-0-0-0-0-2 -0-1	0.5
العداوة	81-74-67-63-24-13	1-3-0-0-0-0	0.6
الفوبيا	-78-75-70-50-47-25 82	0-2-0-0-2-0-0	0.57
البارانويا	83-76-68-43-18-8	3-3-0-0-2-0	1.3
الذهانية	-84-77-62-35-16-7 90-88-87-85	-0-0-0-0-0-0-0-0 0-0	0
عبارات اخرى	-64-60-59-53-44-19 89-66	2-2-4-2-0-2-0-0	1.5

من خلال الجدول رقم (03) ، نلاحظ ان الحالة تحصلت على معدل (0.83)بالنسبة لمحور الاعراض الجسمية ، ومعدل (1.7) بالنسبة لمحور الوسواس القهري ، ومعدل الحساسية التفاعلية (0.4)، معدل الاكتئاب (0.75) ، ومعدل القلق كان (0.5) ، وتحصلت على معدل (0.6)بالنسبة لمحور العداوة، ومعدل الفوبيا (0.57) ، ومعدل البارانويا كانت (1.3) ، ومحور الذهانية (0) ، كما تحصلت على معدل (1.5) بالنسبة لمحور العبارات الاخرى .

و/ تحليل عام لنتيجة مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية :

خلال المقابلة مع الحالة (م) ، وبعد قبوله بتطبيق اختبار الصحة النفسية ، قمنا بتطبيقه عليه، وباتباع مفتاح التصحيح الخاص بالاختبار توصلنا لعدة نتائج خاصة بكل محور من محاور الاختبار ، وبمقارنتهما مع معدل ادنى قيمة للاختبار 0 وبمعدل اقصى قيمة 4 ، نستنتج ما يلي :

الوسواس القهري :1.7 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

عبارات اخرى : 1.5 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

البارانويا : 1.3 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

الفوبيا : 0.75 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

الاعراض الجسمية : 0.38 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

العداوة : 0.6 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

القلق : 0.5 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

الحساسية التفاعلية : 0.4 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة.

الذهانية : 0 درجة ، وبالمقارنة نجد انه لا تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

وبعد التوصل لهذه النتائج قمنا بحساب النتائج الكلية حسب كل فرضية من فرضيات الدراسة وتظهر كما يلي :

الاعراض الذهانية :(الذهانية + الوسواس القهري + البارانويا)

بالترتيب نجد : (0+1.7 + 1.3) = 1 درجة

الاعراض الجسمية : 0.83 درجة

الاعراض العصابية :(القلق + الفوبيا + العداوة + الاكتئاب)

وبالترتيب نجد : (0.5 + 0.57 + 0.6 + 0.75) = 0.59

الحساسية التفاعلية : 0.4 درجة

وبمقارنة هذه النتائج بمعدل ادنى قيمة للاختبار 0 ومعدل اقصى درجة 4 ، ومن خلال النتائج التي تحصلت عليها الحالة بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية ، تبين ان :

-الحالة لا تعاني من اعراض ذهانية لان المعدل الذي تحصلت عليه هو 1 درجة .

-كما ان الحالة لا تعاني من اعراض جسمية لان المعدل الذي تحصلت عليه قريب من معدل 0 وهو 0.83 درجة .

-كما تبين ايضا انه لا يعاني من اعراض عصابية لان المعدل الذي تحصل عليه هو 0.59 درجة .

-ومن الواضح ان الحالة لا تعاني من الحساسية التفاعلية بمعدل 0.4 درجة .

هـ/ عرض نتائج الحالة (س) على مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة (CISS) :

جدول 06: تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الثانية

الاستراتيجيات	الدرجة النهائية المتحصل عليها للحالة (م)	(T) دلالة النقاط المعيارية
المهمة	74	مرتفع جدا
الانفعال	61	فوق المتوسط
التجنب	71	مرتفع جدا
التسلية	35	تحت المتوسط
الدعم الاجتماعي	25	منخفض جدا

ز/ تحليل نتائج المقياس للحالة الثانية :

من خلال عرض نتائج وتحليل معطيات المقابلة النصف الموجهة ، ونتائج مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة ، تم استنتاج من خلال الجدول ان الحالة (م) تلجا الى استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المهمة بدرجة اكبر وتبين ذلك من خلال تحصلها على اكبر درجة ب (74) بمستوى مرتفع جدا ، ثم تليها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التجنب بدرجة (71) بمستوى مرتفع ، بعدها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال وذلك بدرجة (61) بمستوى فوق المتوسط ، اما استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التسلية بدرجة (35) بمستوى تحت المتوسط وذلك من خلال مشاهدته للتلفاز بكثرة ، ومحاولته ان يكون رفقة اشخاص اخرين ، وكذلك استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الدعم الاجتماعي والتي تقدر بدرجة (25) بمستوى منخفض وذلك من خلال قضاء معظم وقته مع زوجته .

و/ تحليل عام للحالة الثانية :

توصلت نتائج تحليل المقابلة والملاحظة مع نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية ان الحالة (م) لا تعاني من اضطراب في الصحة النفسية وهذا راجع الى مجموعة من الايجابيات التي يتحلى بها وذلك لمساندة زوجته وتفهم وضعها النفسي ، كما انه يتحلى بصحة جسدية جيدة ، كما لديه نظرة تفاؤلية لتحسين الوضع وتقديم الافضل ، مما جعله يلجا الى استعمال مجموعة من الاستراتيجيات المركزة حول المهمة بالنسبة اكبر مقارنة بالدعم الاجتماعي الذي كانت نسبته منخفضة جدا ، ومن هذا الاخير يمكننا القول بان الصحة النفسية للحالة (م) جيدة ويتحلى بالتوازن النفسي .

3-عرض الحالة الثالثة :

ا/ تقديم الحالة :

الحالة (ف) امراة تبلغ من العمر 40 سنة ، من تيزي وزو ، متوسطة القامة ، نظيفة الهندام ، مستواها الدراسي سنة ثانية ثانوي ، الحالة الاقتصادية جيدة ، متزوجة منذ 21 سنة ، ام لاربعة اطفال ، تأتي الى مستشفى الامراض العقلية "فرنان الحنافي " مع زوجها المصاب منذ مدة بالوسواس القهري .

ب/ ملخص المقابلة مع الحالة :

من خلال المقابلة العيادية التي اجريناها مع الحالة (ف) ، كان الاتصال معها سهل ومباشر حيث تجاوبت معنا ووافقت على الكلام وقدمت لنا الاجابة على الاسئلة دون تردد ، لاحظنا ان سلوك الحالة عادي ، ركزت جيدا على الاسئلة . صرحت الحالة انها تمر بفترة صعبة مليئة بضغوط حيث اصبحت تتحمل كل مسؤوليات البيت خاصة بعد اصابة زوجها باضطراب الوسواس القهري منذ عامين ونصف ، بحيث تبذل مجهودات كثيرة داخل الاسرة ، حيث قالت (la responsabilité قاع عليا)، كما تبين ان الحالة ذات شخصية ضعيفة وشديدة الحساسية وذلك ظهر في قولها (انا حساسة بزاف ، كي نتفكر كيفاش كنت وكيفاش وليت نعيش تغيضني روحي ونبكي).

من الواضح ان الحالة تعاني من حرمان عاطفي ، فحسب ما صرحت به فهي تواجه بعض المشاكل مع زوجها منذ تفاقم مرضه ، وانه اصبحت معاملته معها سيئة في بعض الاحيان بسبب افكاره الوسواسية ، كما صرحت انها تميل الى العزلة وتفضل الجلوس لوحدها لمشاهدة التلفاز .

كما قالت لنا الحالة انها تغضب كثيرا ، وتميل للعدوان احيانا اتجاه ابنائها من خلال قولها "(زعافي كامل نفرغو فيهم)، كما اكدت لنا انها لا تعير الاهتمام للاشياء وذلك من خلال قولها (كرهت من كل شي).

ت/ عرض نتائج اختبار الصحة النفسية على الحالة الثالثة:

بعد موافقة الحالة "ف" على تطبيق الاختبار وبعد توفير الجو المناسب لتطبيقه ، ثم قمنا بتطبيق مقياس الصحة النفسية معها ، وكانت استجابات الحالة كما موضح في الجدول الاتي:

جدول 07 : تصحيح جدول مقياس الصحة التفسية للحالة الثالثة

المحاور	البنود	الدرجات	المعدل
الاعراض الجسمية	1-11-29-40-42-48-49-52-56-58-71	2-2-3-2-3-4-3-4-4-3-3-4-3-3-2	2.91
الوسواس القهري	3-9-10-28-38-45-46-51-55-65	4-3-4-3-3-4-2-3-4-3-4-6	3.6
الحساسية التفاعلية	6-21-34-36-37-41-61-96-73	3-3-3-4-3-3-2-3-2	2.8
الاكتئاب	2-5-14-15-20-22-26-27-30-31-32-54	3-3-3-4-1-3-1-2-3-2-3-3	2.58
القلق	12-17-23-33-39-57-72-79-80-86	3-3-4-2-2-3-3-3-3-4	3
العداوة	13-24-63-67-74-81	3-2-4-0-3-3	2.5
الفوبيا	25-47-50-70-75-78-82	3-3-3-3-3-3-2	2.85

البارانويا	83-76-68-43-18-8	2-4-3-2-4-3	3
الذهانية	87-85-84-77-62-35-16-7-90-88	4-2-3-2-3-3-2-3-4-3	2.9
عبارات اخرى	89-66-64-60-59-53-44-19	4-2-3-3-3-3-2-3	2.87

من خلال الجدول رقم (05) ، نلاحظ ان الحالة تحصلت على معدل (3.6) بالنسبة لمحور الوسواس القهري ، ومعدل (3) بالنسبة لمحور القلق ، ومعدل محور البارانويا (3)، معدل الاعراض الجسمية (2.91)، ومعدل محور عبارات اخرى كان (2.87) ، وتحصلت على معدل (2.85)بالنسبة لمحور الفوبيا ، ومعدل الاكتئاب (2.58) ، ومعدل الذهانية كان (2.9) ، ومحور الحساسية التفاعلية (2.8) ، كما تحصلت على معدل (2.5) بالنسبة لمحور العداوة .

ج/ تحليل عام لنتيجة مقياس الصحة النفسية للحالة الثالثة :

خلال المقابلة مع الحالة (ف) ، وبعد قبولها بتطبيق اختبار الصحة النفسية ، قمنا بتطبيقه عليها، وباتباع مفتاح التصحيح الخاص بالاختبار توصلنا لعدة نتائج خاصة بكل محور من محاور الاختبار ، وبمقارنتهما مع معدل ادنى قيمة للاختبار 0 وبمعدل اقصى قيمة 4 ، نستنتج ما يلي :

الوسواس القهري :3.6 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

القلق : 3 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

البارانويا : 3 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

اعراض جسمية : 2.91 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

عبارات اخرى : 2.87 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

الفوبيا : 2.85 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

الذهانية : 2.9 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

الحساسية التفاعلية : 2.8 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر سمة هذا المحور لدى الحالة .

العداوة : 2.5 درجة ، وبالمقارنة نجد انه تتوفر لدى الحالة سمة هذا المحور .

وبعد التوصل لهذه النتائج قمنا بحساب النتائج الكلية حسب كل فرضية من فرضيات الدراسة وتظهر كما يلي :

الاعراض الذهانية :(الذهانية + الوسواس القهري + البارانويا)

بالترتيب نجد : (2.9 + 3.6+ 3) = 3.1 درجة

الاعراض الجسمية : 2.91 درجة

الاعراض العصابية :(القلق + الفوبيا + العداوة + الاكتئاب)

وبالترتيب نجد : (3+ 2.85 +2.5 + 2.58) = 2.7 درجة

الحساسية التفاعلية : 2.8 درجة

وبمقارنة هذه النتائج بمعدل ادنى قيمة للاختبار 0 ومعدل اقصى درجة 4 ، ومن خلال النتائج التي تحصلت عليها الحالة بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية ، تبين ان :

-الحالة تعاني من اعراض ذهانية لان المعدل الذي تحصلت عليه هو 3.1 درجة .

-كما ان الحالة تعاني من اعراض جسمية لان المعدل الذي تحصلت عليهه هو 2.91 درجة.

-كما تبين ايضا انه ل يعاني من اعراض عصابية لان المعدل الذي تحصل عليه هو 2.7 درجة .

-ومن الواضح ان الحالة تعاني من الحساسية التفاعلية بمعدل 2.8 درجة .

د/ عرض نتائج الحالة (ف) على مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة (CISS):

جدول 08 : تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الثالثة

الاستراتيجيات	الدرجة النهائية المتحصل عليها للحالة (م)	(T) دلالة النقاط المعيارية
المهمة	51	متوسط
الانفعال	54	متوسط
التجنب	39	تحت المتوسط
التسلية	19	منخض جدا
الدعم الاجتماعي	16	منخفض جدا

هـ/ تحليل نتائج المقياس للحالة الثالثة :

من خلال عرض نتائج وتحليل معطيات المقابلة النصف الموجهة ، ونتائج مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة ، تم استنتاج من خلال الجدول ان الحالة (ف) تلجا الى استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال بدرجة اكبر وتبين ذلك من خلال تحصلها على اكبر درجة ب (54) بمستوى متوسط ، ثم تليها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المهمة بدرجة (51) بمستوى متوسط ، بعدها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التجنب وذلك بدرجة(39) بمستوى تحت المتوسط ، اما استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التسلية بدرجة19)بمستوى منخفض جدا ، وكذلك استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الدعم الاجتماعي والتي تقدر بدرجة (16) بمستوى منخفض جدا وذلك لانها لا تحب الخروج مع اصدقائها والالتقاء بهم .

تحليل عام للحالة الثالثة:

بعد نتائج تحليل المقابلة والملاحظة مع نتائج تطبيق مقياس الصحة النفسية ، تبين ان الحالة (ف) تعاني من العديد من المشاكل النفسية وجسدية بعد ان تحصلت على نسبة كبيرة في محاور الوسواس القهري ، القلق ، وايضا البارانويا ....، فهذا ما يؤكد ان صحتها النفسية

منخفضة جدا وتعاني من خلل في التوازن النفسي ، فهذا ما جعل الحالة تلجا الى استخدام مجموعة من الاستراتيجيات المواجهة امام الضغوط والاوضاع التي تعيشها ، فتستعمل اكثر اساليب المواجهة المركزة حول الانفعال بالنسبة اكبر ، حيث تتجه معظم اجابتها في هذا المحور نحو 3و 4 ، ومن هذا الاخير يمكننا القول بان الصحة النفسية للحالة (ف) منخفضة وغير مستقرة حيث تلجا الى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال .

4-عرض نتائج الحالة الرابعة :

ا/ تقديم الحالة الرابعة :

الحالة (أ) يبلغ من العمر 50سنة ، متزوج و اب ل 3 أبناء (2ذكور و بنت)، من آث ياني ، عمل كمدرب رياضي و اخذ تقاعده منذ سنة تقريبا ، وذلك لاسباب مختلفة منها توعك صحته كآلام الركبة والظهر والروماتيزم ، تاتي الحالة إلى مستشفى الامراض العقلية "فرنان الحنافي" مع زوجته المصابة باضطراب الوسواس القهري منذ ما يقارب عام .

ب/- ملخص المقابلة مع الحالة الرابعة :

من خلال المقابلة التي اجريناها مع الحالة (أ) ، تجاوب معنا بشكل جيد وذلك من خلال اعطائنا الأجوبة اللازمة على الأسئلة المطروحة له بطريقة سهلة ومباشرة ، حيث كان منفتح اثناء سرده لنا حول تفاصيل حياته وعن وضع زوجته بعد اصابتها باضطراب الوسواس القهري والتي تتعالج الآن بعد ان أصبحت اعراض الاضطراب تظهر عليها بشكل كبير واصبح يؤثر عليها وعلى افراد عائلتها ومع الاخرين . حسب ما صرح به الحالة انه تزعجه الأفعال والأفكار الوسواسية المفرطة التي تقوم بها زوجته كالغسيل ونظافة البيت باستمرار وتفقدها المتكرر للاشياء ، هذا ما جعله يغضب بكثرة خاصة عندما تطلب منه ومن أبنائها عمل نفس افعالها كالاغتسال...، كما اكد انه سإم من هذا الوضع معها ولا يتحمل اكثر من خلال قوله (كرهت من الحالة تاعها هادي)، خاصة انه اثر عليه الوضع بعد تقاعده لقضائه معضم وقته في البيت اذ اصبح لا يتحكم في غضبه مما يدفعه في تكسير الأشياء في بعض الأحيان. كما قال ان علاقتهم الزوجية مليئة بالمشاكل من خلال قوله (كل يوم كاين بروبلام معاها)، ولكن علاقته مع أبنائه فهي جيدة .

ج/ عرض نتائج اختبار الصحة النفسية على الحالة الرابعة :

بعد اخذ موافقة الحالة (أ) على تطبيق الاختبار ، فكانت استجابات الحالة كما هو موضح في الجدول الآتي :

جدول 09 : تصحيح جدول مقياس الصحة النفسية للحالة الرابعة :

المحاور	البنود	الدرجات	المعدل
الاعراض الجسمية	1-4-11-29-40-42-48-49-52-56-58-71	2-0-2-3-0-1-2-0-3-2-3-0-1-2-0-2	**1.58**
الوسواس القهري	3-9-10-28-38-45-46-51-55-65	1-0-3-3-1-3-3-2-2-2	**2**
الحساسية التفاعلية	6-21-34-36-37-41-61-69-73	0-1-2-1-2-3-1-0-0	**1.11**
العداوة	12-17-23-33-39-57-72-79-80-86	0-4-0-3-3-3	**2.16**
القلق	13-24-63-67-74-81	0-2-1-2-1-3-1-2-2-0	**1.4**
الفوبيا	25-47-50-70-75-78-82	0-1-0-3-1-0-3	**1.14**
البارانويا	8-18-43-68-76-83	2-3-0-0-3-2	**1.66**
الذهانية	7-16-35-62-77-84-85-87-88-90	0-0-0-0-1-0-0-2-0-0	**0.3**
الاكتئاب	2-5-14-15-20-22-26-27-30-31-32-54	2-0-2-3-0-3-2-1-3-0-2-3-2-4-0	**2.08**
عبارات أخرى	19-44-53-59-60-64-66-89	1-2-4-2-0-2-2-2	**1.87**

من خلال الجدول رقم (7): نلاحظ ان الحالة تحصلت على معدل 2.16 بالنسبة لمحور العداوة بنسبة اكبر، ومعدل 2.08 لمحور الاعراض الجسمية ، كذلك 2.08 لمحور الاكتئاب ، وتحصلت على معدل 2 في محور الوسواس القهري ، اما فيما يخص بند البارانويا تحصلت على 1.66، و 1.11 في محور الحساسية التفاعلية ، والقلق كان معدله 1.4، والفوبيا 1، و1.87 بالنسبة لبند العبارات الأخرى، اما الذهانية فمعدله 0.3 الذي كان اقل نسبة .

و/ تحليل عام لنتيجة مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى :

خلال المقابلة ، وبعد قبولها بتطبيق اختبار الصحة النفسية بعد ضمان لها سرية المعلومات وانها تستعمل فقط لغرض علمي ، قمنا بتطبيق اختبار الصحة النفسية وباتباع مفتاح التصحيح الخاص بالاختبار توصلنا لعدة نتائج خاصة بكل محور من محاور الاختبار ، وبمقارنتها مع معدل ادنى قيمة للاختبار 0 وبمعدل اقصى قيمة 4 نستنتج ما يلي:

- **الاعراض الجسمانية** : 2.08درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** لدى الحالة سمة هذا المحور .
- **الوسواس القهري** : 2 درجة و بالمقارنة نجد **تتوفر** لدى الحالة سمة هذا المحور .
- **الحساسية التفاعلية** : 1.11 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور .
- **القلق** : 1.4 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **العداوة** : 2.16 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **الفوبيا** : 1 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.
- **البارانويا** : 1.66 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .
- **الذهانية** : 0.3 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.
- **الاكتئاب** : 2.08 درجة وبالمقارنة نجد انه **تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة.
- **عبارات أخرى** :1.87 درجة وبالمقارنة نجد انه **لا تتوفر** سمة هذا المحور عند الحالة .

وبعد التوصل لهذه النتائج قمنا بحساب النتائج الكلية حسب كل فرضية من فرضيات الدراسة وتظهر كما يلي :

- الاعراض الجسمية : 2.08 درجة .
- الحساسية التفاعلية : 1.11 درجة .
- الاعراض الذهانية :(الذهانية + الوسواس القهري+ البارانويا).

بالترتيب نجد : (0.3 + 2+1.66) = 1.32 درجة .

– الاعراض العصابية (القلق+الفوبيا+العداوة+الاكتئاب) .

وبالترتيب نجد : (1.4+1+2.16+2.08) = 1.66 درجة .

وبمقارنة هذه النتائج بمعدل ادنى قيمة للاختبار 0 ومعدل اقصى درجة 4.

نستنتج ما يلي :

من خلال النتائج التي تحصلت عليها الحالة بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية ، تبين ان :

– الحالة تعاني من اعراض جسمية لان المعدل الذي تحصل عليه قريب من معدل اقصى قيمة وهو 2.08 .

– كما ان الحالة لا تعاني من اعراض ذهانية لان المعدل الذي تحصل عليه قريب من معدل الصفر وهو 1.32 .

– ومن الواضح ان الحالة لا يعاني من حساسية تفاعلية لان المعدل الذي تحصل عليه قريب من معدل ادنى قيمة وهو 1.11 .

– وتبين ان الحالة لا تعاني أيضا من اعراض عصابية اذ تحصلت على معدل قريب من المتوسط بقليل وهو 1.66 ، رغم انه تحصل في محور الاكتئاب على نسبة اكبر وهي 2.08 عكس الفوبيا الذي كان اقل نسبة ب 1 درجة .

هـ/عرض نتائج الحالة (أ) على مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة (CISS) :

جدول 10: تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة للحالة الأولى:

الاستراتيجيات	الدرجة النهائية المتحصل عليها الحالة (س)	(T) دلالة النقاط المعيارية
المهمة	37	تحت المتوسط
الانفعال	48	متوسط
التجنب	58	فوق المتوسط بقليل
التسلية	29	منخفض جدا
الدعم الاجتماعي	17	منخفض جدا

ز/ تحليل نتائج المقياس على الحالة الرابعة :

من خلال عرض نتائج وتحليل معطيات المقابلة نصف موجهة، ونتائج مقياس استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة ، تم استنتاج من خلال الجدول ان الحالة (أ) يلجأ إلى استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التجنب بدرجة اكبر، وتبين ذلك من خلال تحصله على على اكبر درجة ب(58) بمستوى فوق المتوسط بقليل، ثم تليها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال بدرجة (48) بمستوى متوسط، بعدها استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المهمة بدرجة (37) بمستوى تحت المتوسط، اما استراتيجيات التعامل المتمركزة حول التسلية بدرجة (29) بمستوى منخفض جدا، وكذلك استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وهي الأقل استعمالا والتي تقدر بدرجة (17) بمستوى منخفض جدا .

- **تحليل عام للحالة الرابعة :**

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلة النصف موجهة ونتائج مقياس الصحة النفسية ، اتضح ان الحالة (أ) يعاني من اعراض جسمية ، وانه يعاني من بعض اعراض الاكتئاب والوسواس القهري والعداوة بعد تحصله على نسبة قريبة من اقصى درجة للمقياس، وهذا ما ياكد ان

مستوى الصحة النفسية لديه منخفض أي انه لا يتمتع بالقدر الكافي من الصحة النفسية السليمة ، وهذا ما جعله يلجا إلى استعمال مجموعة من الاستراتيجيات التي تعتبر أساليب لمواجهة المواقف الضاغطة حيث يستعمل بكثرة أساليب المركزة حول التجنب والانفعال، اذ ان مجمل هذه الاستراتيجيات التي لجأ اليها هي أساليب سلبية لمواجهة المواقف الضاغطة .

2/ مناقشة نتائج الدراسة حسب الفرضيات :

تنص الفرضية الاولى لدراستنا على ان الزوج المصاب بالوسواس القهري لديه مستوى منخفض من الصحة النفسية ، انطلاقا من نتائج اختبار الصحة النفسية وأساليب جمع البيانات التي اعتمدناها في دراستنا ان الفرضية تحققت مع الحالة الأولى والثالثة والرابعة، والتي اظهرت معاناتهم من جملة من المشكلات النفسية التي تمثلت في الاعراض الجسمية والحساسية التفاعلية بمعدل قريب من معدل اقصى قيمة (4) ، وتمثلت في الحساسية الزائدة ، وكذلك توفر الاعراض العصابية بمعدل يفوق معدل المتوسط وتشمل : "الاكتئاب"،"القلق"،و"الوسواس القهري" بكثرة خاصة لدى الحالات الثلاثة هذه، وهذا ما يؤكد تحقق الفرضية الأولى، حيث تتفق نتائج دراستنا مع دراسة د**مارتن يلو (1992)** تقريباباعتبار ان دراسته مع مرضى المصابين باضطرابات عقلية، حيث كان عنوان دراسته : عبء الرعاية لاسر مريض الفصام، اذ هدفت الدراسة لتقييم مدى العبء الذي يقع على الاسر والمرافقين لمرضى الفصام حيثتكونت عينة الدراسة من مرافقين مرضى الفصام المقيمين بالمستشفيات والمترددين للمتابعة وعددهم (44) فرد منهم (36) من الذكور و(8) من الاناث ، واستخدم الباحث مقياس عبء الرعاية ومقياس الصحة النفسية وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: اذ يوجد عبء على الاسرة من رعاية مريض الفصاموان الصحة النفسية لمرافقي المريض منخفض جدا ويكون العبء اكبر عندما يكون عمر المريض ما بين (21-45 سنة) .

وتنص الفرضية الثانية الى ان زوج المصاب بالوسواس القهري يستعمل استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال اكثر من المركزة حول المشكل، فيمكننا القول ان الفرضية الثانية تحققت مع الحالة الاولى والثالثة والرابعة، حيث تستخدم استراتيجيات الانفعال بكثرة اكثر من استراتيجيات المركزة حول المشكل، حيث يجدون ان استراتيجيات الانفعال اسهل لمواجهة الضغط الذي يعيشونه اثر احتكاكهم المستمر مع المريض، حيث اتفقت نتائج دراسة "**بيلين**"

Bilinو"**مـــوس**"**Mous** (**1981**) مـع نتـائج دراسـتنا والتـي توصـلت إلـى" ان الافـراد المعرضـين للضـغوط يسـتعملون بصـفة اكبـر اسـتراتيجيات متمركـزة حـول الانفعـال بكثـرة مقارنـة باسـتراتيجيات المركزة حول المشكل خاصة الاناث ".

وتـنص الفرضـية الثالثـة علـى ان هنـاك علاقـة بـين مسـتوى الصـحة النفسـية واسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسـواس القهري،فيمكننـا القـول ان الفرضـية تحققـت مـع الحالـة الاولـى اذ تبـين مـن خـلال نتـائج التـي تحصـلت عليهـا فـي مقيـاس الصـحة النفسـية انهـا تعـاني مـن صـحة نفسـية منخفضـة جـدا، هـذا مـا يجعلهـا تسـتخدم اسـتراتيجيات المواجهـة حـول الانفعـال اكثـر، بينمـا الحالـة الثانيـة تبـين لنـا انـه لا يعـاني مـن اضـطراب فـي صـحته النفسـية ويتمتـع بـالتوازن النفسـي كمـا ظهـر لنـا انـه يلجـا الـى اسـتعمال اسـتراتيجيات المواجهـة المتمركـزة حـول المشـكل اكثـر، امـا الحالـة الثالثـة، كانـت الصـحة النفسـية لـديها منخفضـة جـدا وانهـا تلجـا الـى اسـتخدام اسـتراتيجيات المركـزة حـول الانفعـال بنسـبة كبيـرة، كـذلك الحالـة الرابعـة يعـاني مـن صـحة نفسـية منخفضـة اذ يسـتخدم اسـتراتيجيات المركـزة حـول التجنـب اكثـر. اظهـرت النتـائج انهـم تحصـلوا علـى نسـب كبيـرة فـي مـواحر "القلـق"، "الاكتئـاب"، "العـداوة"، و"الوسـواس القهري"...بدرجـة كبيـرة قريبـة مـن اقصـى معـدل للمقيـاس، كمـا تبـين انهـم يلجـؤون لاسـتعمال مجموعـة مـن الاسـتراتيجيات لمواجهـة المواقـف الضـاغطة التـي يتعرضـون لهـا، واغلبهـا اسـاليب الانفعـال بكثـرة، التجنـب، والمشـكل مقارنـة ببـاقي الاسـتراتيجيات، فتوصـلنا انـه كلمـا انخفـض مسـتوى الصـحة النفسـية يلجـؤون لاسـتخدام هـذه الاسـتراتيجيات بكثـرة، فمـن هنـا يمكننـا القـول ان هنـاك علاقـة بـين الصـحة النفسـية واسـتراتيجيات المواجهـة لـدى زوج المصـاب بالوسـواس القهـري ، اذ اشـارت دراسـة (**Compas & all 1988**)ان الافـراد الـذين يسـتعملون المواجهـة التـي تركـز علـى الانفعـال يتميـزون بانخفـاض وسـوء التوافـق النفسـي كمـا ظهـر ايضـا لـدى الحـالات مـن خـلال المقـابلات والمقـاييس المطبقـة اسـتعمال اكثـر لاسـتراتيجيات التجنـب او الهـروب فـي مواجهـة المواقـف الظاغطـة ، وهـذا الاسـلوب مـن اسـاليب المواجهـة المركـزة حـول الانفعـال الـذي اسـتعماله علـى المـدى الطويـل يهـيء لظهـور الاضـطرابات النفسـية والسـلوكية والجسـمية بسـبب اعاقـة السـلوكيات التكيفيـة وهـو الامـر اذي اكـده (**Shweizer dantzer , 2000**)فـي ان "المواجهـة المتمركـزة

حـول الانفعـال تهـدد الصـحة النفسـية والجسـمية للفـرد لانهـا تعيـق السـلوكيات التكيفيـة خاصـة فـي حالة الانكار والتجنب" .

3-الاستنتاج العام :

مما سبق كاجابة عن التساؤلات المطروحة، وكنتيجة للدراسة التي قمنا بها حول موضوع "الصحة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب باضطراب الوسواس القهري" ، بناءا على ما توصلنا اليه من خلال اتباعنا للمنهج العيادي بتقنية دراسة حالة ، وبالاعتماد على المقابلة النصف موجهة ، والملاحظة العيادية المباشرة ، اضافة الى تطبيق مقياس الصحة النفسية ومقياس استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS) مع عينة البحث ، الذي يكشف عن مستوى الصحة النفسية ونوع الاستراتيجيات المواجهة التي يوظفها زوج المصاب بالوسواس القهري ، توصلنا الى النتائج التالية :

تحقق الفرضية الاولى التي تنص على ان هناك مستوى منخفض للصحة النفسية لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ، وهذا راجع لانخفاض الصحة النفسية لدى الحالات .

تحقق الفرضية الثانية القائلة ان زوج المصاب بالوسواس القهري يستعمل استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال اكثر من المركزة حول المشكل ، بعدما تبين من خلال النتائج المتحصل عليها ان اغلبية الحالات يستخدمون استراتيجيات الانفعال اكثر .

تحقق الفرضية الثالثة التي مفادها ان هناك علاقة بين مستوى الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى زوج المصاب بالوسواس القهري ، اذ توصلنا من خلال دراستنا ان الحالات التي لديها مستوى منخفض لصحة النفسية يلجؤون الى توظيف مجموعة من الاستراتيجيات لمواجهة الضغوط التي يعيشونها اثر احتكاكهم المستمر مع المريض .

حيث اصبحت الاضطرابات العقلية تشكل هاجس يؤرق اسر المصابين بها خاصة الزوج ، وذلك من خلال معاناته من العديد من المشكلات النفسية كالشعور بالعبء ،الضغط النفسي المرتفع ، والصحة النفسية المنخفضة .

4-التوصيات والاقتراحات :

بناء على نتائج الدراسة التيقمنا بها يمكن ادراج التوصياتوالاقتراحات التالية:

ضرورة الاهتمام بالصحة النفسية لزوج المريض بالوسواس القهري من خلال توعية الازواج عن طريق البرامج الارشادية ومشاركتهم مع الفريق المعالج في العلاج واعادة التاهيل لمريض الوسواس القهري،كذلك ضرورة التثقيف الصحي لهم حول طبيعة الامراض العقلية ومدى خطورتها وطول مدتها، ايضا بث الوعي في المجتمع عن الامراض النفسية والعقلية وازالة الوصمة الاجتماعية حول الامراض النفسية والقاء الضوء على الاسباب والعوامل الفعلية وراء تزايد انتشار اضطراب الوسواس القهري .

اما عن المقترحات فنجد تطبيق برنامج ارشادي لدى زوج مريض الوسواس القهري ، التعرف على المشكلات التي تواجهه وعلاقتها بالصحة النفسية لديه والتطلع على مختلف الضغوط النفسية لدى اسر المصابين بالوسواس القهري واساليب معالجتها ،واخيرا اجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تتعلق بالصحة النفسية لدى هذه الفئة.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية :

01 – ابتسام احمد.(2008): **مستوى الصحة النفسية للعاملين بهيئة التمريض في المستشفيات الحكومية لمحافظات غزة** ، قدم البحث استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة ماجستير في قسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية . غزة .

02 – أبو نجيلة ، أبو إسحاق .(1997): **محاضرات في الصحة النفسية** ،(ب–ط)، غزة ،فلسطين .

03 – احمد عزت راجع ،(1968): **أصول علم النفس** ،ط7، دار الكاتب العربي ، القاهرة .

04 – أسامة مصطفى .(2011): **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط1،دار المسيرة ، عمان .

05 – ألاء عبد الرزاق .(2017): **الوسواس القهري وعلاقته بالضغوط النفسية المهنية لدى الأطباء والممرضين في مشافي محافظة دمشق** ، رسالة ماجستير .كلية التربية .جامعة دمشق.

06 – الأغا بشار جبابرة .(2009): **دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي** .رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير .غزة.الجامعة الإسلامية.

07 – البشر سعاد وفرج صفوت .(2002): **مقارنة بين العلاج السلوكي بأسلوب التعرض و منع الاستجابة والعلاج الدوائي لمرض الوسواس القهري** ، مجلة دراسات نفسية ،العدد 02،ص51.

08 – البشر سعاد(2007) : **كيف تتخلص من الوسواس القهري** ، غراس للنشر ، الطبعة الأولى،الكويت .

09 – الحسين أسماء .(2002): **الصحة النفسية** ،ط1، دار الفكر للطباعة والنشر .

10 – السفاسفة محمد و عربيات احمد .(2005): **الصحة النفسية والسيكولوجية** . المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، ط2، اسؤران .

11 – القومي عبد العزيز .(1975):**أسس الصحة النفسية** ، مكتبة النهضة المصرية، مصر .

12 – الهابط محمد السيد.(2003): **التكيف و الصحة النفسية** ،ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

13 – جودت عبد الهادي العزة سعيد .(2005) :**نظرية الإرشاد النفسي** ، ط2، دار الثقافة للنشر والتوزيع .

14 – حصة بنت مسفر الغامدي.(2019): **الوسواس القهري، دليل تثقيفي للمصابين و ذويهم** . اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية ، الرياض .

15 – حنان عبد الحميد .(2000): **الصحة النفسية** ،ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان .

16 – ربيع .(2000):**أصول الصحة النفسية** ،ط2، مؤسسة النيل للطباعة ،مصر .

17 – ربيع شحاتة .(2000): **أصول الصحة النفسية** ،ط2، مؤسسة النيل للطباعة .مصر.

18 – سامر جميل رضوان.(2007): **الصحة النفسية** ، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان .

19 – سرحان وليد .(2013) : **الصحة النفسية** ،(ط1).القاهرة : الشركة العربية المتحدة للتسويق والتزويدات سعفان محمد احمد إبراهيم .(2003).**اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الخلفية النظرية ،التشخيص،العلاج**.القاهرة :مكتبة زهراء الشرق .

20– سعفان محمد احمد إبراهيم .(2003): **اضطراب الوسواس و الأفعال القهرية الخلفية النظرية ،التشخيص،العلاج** . مكتبة زهراء الشرق. القاهرة .

21– سعيد جاسم ، عطاري محمد .(2014): **الصحة النفسية للفرد والمجتمع** ، ط1،دار الرضوان للنشر و التوزيع ،عمان .

22– صالح حسين الداهري.(2005): **مبادئ الصحة النفسية** ، "ب.ط"، دار وائل للنشر،عمان .

23– صفوت فرج سعاد البشر .(2002): **المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة و العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري**، مجلة الدراسات النفسية .عدد2.

24– عبد الحليم أبو حلتم .(2006)، **المعجم الطبي** ،ط1، دار أسامة للنشر ،الأردن،عمان.

25– عبد الخالق ، احمد محمد.(2002): **الوسواس القهري التشخيص و العلاج** ، دار النشر ، مكتبة الأنجلو المصرية .

26– عبد الغفار .(2001): **مقدمة في الصحة النفسية** ،(ب–ط)، دار النهضة العربية .مصر.

27– فاطمة يوسف صالح الوحيشي .(2019): **فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية**. رسالة ماجستير . كلية الآداب ، جامعة بنغازي .

28– فراسنوا علونية ،(1992):**الصحة النفسية** ، ترجمة أبو فاضل ،ط1 ، دار النهضة العربية، بيروت .

29– فهد بن سعيد.(2007) :**الوسواس القهري و علاقته بالعوامل الخمسة الكبرىللشخصية**رسالة ماجستير .كلية العلوم الاجتماعية .جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .

30– فوزي إيمان .(2001): **دراسات في الصحة النفسية** ،ط1، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة.

31 – مامة باحميدة .(2017): **اضطراب وظيفة الكف و دورها في ظهور اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقين (13–15 سنة)** .شهادة ماستر ، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.جامعة غرداية .

32 – مأمون مبيض .(2018): **الوسواس القهري** ، المجلة الصحية المغربية ، العدد 19،يناير 20018.

33 – محمد شريف سالم .(2003) : **الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء**، دار العقيدة، القاهرة .

34– محمد قاسم عبد الله .(2001): **مدخل إلى الصحة النفسية** ،ط1، دار الفكر للطباعة والنشر.عمان.

35– هناء محمود حامد .(2008): **التجربة اليابانية** في التعليم **وسيل الاستفادة منها** .مصر

36– يحيى ، امارة يحيى يونس.(2012): **فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيض مظاهر اضطراب الوسواس القهري** ، رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتورة ، كلية الآداب، جامعة القاهرة .

37 – الزغبي ، احمد محمد.(2009): **العنف الأسري و أثاره على شخصية الآباء و الأبناء**، مجلة التربية.ط2.

38– بلميهوب كلثوم .(2004): **عوامل الاستقرار الزواجي** ، أطروحة لنيل درجة الدكتورة ، دولة في علم النفس العيادي، غير منشورة ، جامعة الجزائر .

39– محمد عويضة .(1996): **الصحة في منظور علم النفس** ،ط1، دار الكتب العلمية ، بيروت.

40– منسي حسن .(1998): **الصحة النفسية** ،دار الكندي للنشر والتوزيع ، عمان .

41– جمعة سيد يوسف .(2000):**دراسات علم النفس الإكلينيكي** ، البشائر للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة مصر .

50– سهام طبي .(2004–2005): **أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية لصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق** ،رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، الجزائر .

51- محمد نجيب الصبوة وآخرون .(2004): **استراتيجيات المواجهة و التصدي التي يوظفها مرضى أورام المثانة للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض** ، مجلة الدراسات عربية في علم النفس، المجلد 3، العدد 1، دار عزيب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة، مصر.

52- هديل يمينة مقابل مولودة .(2008-2009): **محددات استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الربو (تصور المرضى و تقدير الذات)**، أطروحة دكتورة في علم النفس العيادي جامعة الجزائر .

53- نشوة كرم عمار .(2007): **الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ-ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الغيوم مصر .

54- طه حسين عبد العظيم .(2006):**إدارة الضغوط النفسية و التربوية** ،دار الفكر، عمان،ط01.

55- مرشدي شريف .(2007-2008): **مصادر الضغط المهني و استراتيجيات التعامل لدى الجراحين** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر، الجزائر .

56- شملال حماني صفية .(2007): **استراتيجيات مقاومة الضغوط المهنية و علاقتها بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الجزائر.الجزائر.

57- أمل الأحمد رجاء محمود مريم.(2009): **أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى الشاب الجامعي**، مجلة العلوم التربوية و النفسية، المجلد01،العدد1، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرية .

58- عبد العزيز عبد المجيد محمد.(2005): **المعجم الوسيط** ،مكتبة الشروق، الطبعة الرابعة .

59- بوعافية نبيلة.(2007-2008): **نمط الشخصية للمديرية وعلاقته بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة**، أطروحة دكتورة في علم النفس الاجتماعي ،جامعة الجزائر .الجزائر.

60- خالد محمود عبد الوهاب .(2006): **مدى فعالية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين** ،مجلة الدراسات عربية في علم النفس، المجلد5 ،العدد1 ،دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة. مصر

61- احمد عين مطيع الشخانبة .(2016): **التكيف مع الضغوط النفسية** ، دار الحامد للطباعة والنشر والتوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى .

62- سامر جميل رضوان .(2002): **الصحة النفسية** ،دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع .

على الموقع:http//www.mof.gov.eg/MOFGallerySource/Arabic/PDF

المراجع باللغة الأجنبية :

63-Americain Psychiatric Association , 1994 **: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder** , (4 th ed), DSM . Washington , DC author .

64- Green .A , 2005 : **Symptom reduction in intensive, Cognitive-Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder** – The role of change in Beliefs about the appraisals of intrusive .

65 – Lourel ,et Gana , 2005, **Psychologiede travail et des organisations** , Laboratoire de Psychologie cognitive et clinique – Université Nancy 2 . France .

66- Derksen , j , 1995 **:Personality Disorder, Clinical and SocialPerspective, Assessment and treatment** , Based on DSM and ICD , Chichester : Jhon willey &sons.

67 – Chang et al, 2006 : Stress and Coping among Asian Americain ; Stress and Coping Amulicultural Perspective , Departement of Psychology University of Michigan .

68 – Aldwin , 2007 .**Stress, Coping , and development** : An integrative perspective (2 nd ed) . The Guilford Press .

69 – Sylvie Dolbeaul et al , 2007 : **La Sycho-oncologie** , John libbey eurotext , Paris , France .

70- M-Dumont .B. Plancherel , 2001 **,Stress et Adaptation chez l'enfant** , Presses de l'Université du Québec , Canada .

71 – Gilles le Gardinal, 2003 :Du désastre au désir ,Harmattan, Paris , France.

72 – J. Orden ,O, Desrichard , 2008 : **Psychologie de la Santé** , Boeck Université , 1 édition , Bruxelles.

73 – Marilou .B Bruchon & Schweitzer ,2001**:Concept, Stress ,Coping (Le copingetlesstratégies d'ajustement face au stress).**Recherche en soins infirmiers , N67, université Victor Segalen Bordeaux , France .

74- E-Grebort, T.Barumandzadeh ,2005 **: L'accès a l'université : unesituation stressante a** l'origine de certaines stratégies d'ajustement **dysfonctionnelles** , Elsevier , France .

75- Isabelle Paulhan , 1992**: Le concept de Coping** , Vol 92 , N4, Année Psychologique .

76- Jean – Christophe et All ,1999, **Contribution a l'etude desperturbationsconduitesdans les redresseurs commandes** , De l'institut National Polythechnique de Grenoble .

77 – RolandDoron , 1998 , **Dictionnairede Psychologie ,** Edité par presses Universitaires de France – PUF .

الملاحق

<u>ملحق رقم (01) : دليل المقابلة</u>

-البيانات الشخصية :

السن :

الجنس :

العمر :

المهنة :

المستوى التعليمي :

مدة الزواج :

عدد الأولاد :

المستوى الاقتصادي للعائلة :

سن الزوج :

عمل الزوج :

المستوى التعليمي للزوج :

منذ متى أصيب الزوج باضطراب الوسواس القهري قبل آو بعد الزواج ؟

المحور الأول : الأعراض الجسمانية

-هل تعانين من صداع متكرر ؟

-هل تشعرين بان كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير ؟

المحور الثاني : الوسواس القهري

-هل تنزعجين بسبب الإهمال وعدم النظافة ؟

-هل تعانين من صعوبة في اتخاذ القرارات ؟

المحور الثالث : الحساسية التفاعلية

-هل تشعرين أن من حولك لا يفهمونك ؟

-هل تقارنين نفسك مع الآخرين ؟

المحور الرابع : الاكتئاب

-هل لديك أفكار انتحارية ؟

-هل تشعرين بالحزن ؟

المحور الخامس : القلق

-هل تشعرين بالتوتر المستمر ؟

- هل تشعرين أن أشياء سيئة ستحدث لك ؟

المحور السادس : العداوة

-هل تقرين التحكم في غضبك ؟

- هل لديك رغبة في إيذاء الآخرين؟

المحور السابع : الفوبيا

-هل تخافين من الخروج من البيت ؟

-هل تخافين من مع مجموعة من الناس ؟

المحور الثامن : البارانويا

-هل تفكرين أن الآخرين هم سبب مشاكلك ؟

-هل تعتقدين أن من حولك يستغلونك ؟

المحور التاسع : الذهانية

-هل ليك تخيلات أو أفكار غريبة ؟

- هل تسمعين أصوات غريبة ؟

المحور العاشر : استراتيجيات المواجهة

-ما هي ردة فعلك عندما تتعرضين لموقف ضاغط ؟

- كيف تواجهين المواقف الصعبة التي تتعرضين لها ؟

- هل تتضايقين كثيرا عندما تكون لديك مشكلة ؟

- هل تحبين الذهاب للتنزه والتسوق ؟

- هل تحاولين التحكم في المواقف الصعبة التي تحدث لك بشكل أفضل ؟

ملحق رقم (02) مقياس الصحة النفسية

1	الصداع المستمر	0	1	2	3	4
2	النرفزة والارتعاش	0	1	2	3	4
3	حدوث أفكار سيئة	0	1	2	3	4
4	الدوخان مع الاصفرار	0	1	2	3	4
5	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي	0	1		3	4
6	الرغبة في انتقاد الآخرين	0	1	2	3	4
7	الاعتقاد بان الآخرين يسيطرون على أفكاري	0	1	2	3	4
8	اعتقد بان الآخرين مسؤولين عن مشاكلي	0	1	2	3	4

9	الصعوبة في تذكر الأشياء	0	1	2	3	4
10	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة	0	1	2	3	4
11	يسهل استثارتي بسهولة	0	1	2	3	4
12	الألم في الصدر والقلب	0	1	2	3	4
13	الخوف من الأماكن العامة والشوارع	0	1	2	3	4
14	الشعور بالبطء وفقدان الطاقة	0	1	2	3	4
15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة	0	1	2	3	4
16	اسمع أصوات لا يسمعها الآخرون	0	1	2	3	4
17	اشعر بالارتجاف	0	1	2	3	4
18	عدم الثقة بلااخرون	0	1	2	3	4
19	فقدان الشهية	0	1	2	3	4
20	البكاء بسهولة	0	1	2	3	4
21	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين	0	1	2	3	4
22	اشعر باني مقبوض أو ممسوك أو مكبل	0	1	2	3	4
23	الخوف فجأة وبدون سبب محدد	0	1	2	3	4
24	عدم القدرة على التحكم في الغضب	0	1	2	3	4
25	أخاف أن اخرج من البيت	0	1	2	3	4
26	نقد الذات لعمل بعض الأشياء	0	1	2	3	4
27	الألم في أسفل الظهر	0	1	2	3	4
28	اشعر بان الأمور لا تسير على ما يرام	0	1	2	3	4
29	اشعر بالوحدة	0	1	2	3	4
30	اشعر بالحزن "الاكتئاب "	0	1	2	3	4
31	الانزعاج على الأشياء بشكل كبير	0	1	2	3	4
32	فقدان الأهمية بالأشياء	0	1	2	3	4
34	اشعر انه يسهل إيذائي	0	1	2	3	4
35	اطلاع الآخرين على أفكاري الخاصة بسهولة	0	1	2	3	4
36	الشعور بان الآخرين لا يفهموني	0	1	2	3	4

37	الشعور بان الآخرين غير ودودين	0	1	2	3	4
38	اعمل الأشياء ببطء شيد	0	1	2	3	4
39	زيادة ضربات القلب	0	1	2	3	4
40	ينتابني غثيان واضطرابات ي المعدة	0	1	2	3	4
41	مقارنة بالآخرين اشعر أني اقل قيمة منهم	0	1	2	3	4
42	عضلاتي تتشنج	0	1	2	3	4
43	اشعر باني مراقب من قبل الآخرين	0	1	2	3	4
44	صعوبة النوم	0	1	2	3	4
45	افحص ما أقوم به عدة مرات	0	1	2	3	4
46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	0	1	2	3	4
47	الخوف من السفر	0	1	2	3	4
48	صعوبة التنفس	0	1	2	3	4
49	السخونة والبرودة في جسمي	0	1	2	3	4
50	أتجنب أشياء معينة	0	1	2	3	4
51	الشعور بعدم القدرة على التفكير	0	1	2	3	4
52	الخدر والنمنمة في الجسم	0	1	2	3	4
53	الشعور بانغلاق الحلق وعدم القدرة على البلع	0	1	2	3	4
54	فقدان الأمل في المستقبل	0	1	2	3	4
55	صعوبة في التركيز	0	1	2	3	4
56	ضعف عام في أعضاء جسمي	0	1	2	3	4
57	اشعر بالتوتر	0	1	2	3	4
58	الشعور بالثقل باليدين والرجلين	0	1	2	3	4
59	الخوف من الموت	0	1	2	3	4
60	الإفراط في النوم	0	1	2	3	4
61	اشعر بالضيق عند وجود الآخرين ومراقبتهم لي	0	1	2	3	4
62	توجد عندي أفكار غريبة	0	1	2	3	4
63	اشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين	0	1	2	3	4
64	استيقظ من النوم مبكرا	0	1	2	3	4
65	إعادة نفس الأشياء عدة مرات	0	1	2	3	4
66	أعاني من النوم المتقطع و المزعج	0	1	2	3	4
67	الرغبة في تحطيم وتكسير الأشياء	0	1	2	3	4
68	توجد لدي أفكار غير موجودة عند الآخرين	0	1	2	3	4
69	حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين	0	1	2	3	4
70	الخوف من التواجد في التجمعات البشرية	0	1	2	3	4

71	كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير	0	1	2	3	4
72	اشعر بحالات من الخوف والتعب	0	1	2	3	4
73	اشعر من الخوف من التواجد في الأماكن العامة	0	1	2	3	4
74	كثرة الدخول في الجدل والنقاش الحاد	0	1	2	3	4
75	اشعر بالنرفزة عندما أكون وحيدا	0	1	2	3	4
76	الآخرون لا يقدرون أعمالي	0	1	2	3	4
77	اشعر بالوحدة عندما أكون مع الناس	0	1	2	3	4
78	اشعر بالضيق وكثرة الحركة	0	1	2	3	4
79	اشعر باني غير مهم	0	1	2	3	4
80	اشعر بان أشياء سيئة سوف تحدث لي	0	1	2	3	4
81	الصراخ ورمي الأشياء	0	1	2	3	4
82	أخاف من افقد الوعي أمام الآخرين	0	1	2	3	4
83	اشعر بان الآخرين يستغلوني	0	1	2	3	4
84	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية	0	1	2	3	4
85	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي	0	1	2	3	4
86	توجد عندي تخيلات وأفكار غريبة	0	1	2	3	4
87	اعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي	0	1	2	3	4
88	اشعر باني غير قريب وبعيد من الآخرين	0	1	2	3	4
89	الشعور بالذنب	0	1	2	3	4
90	عندي مشكلة في عقلي "نفسي "	0	1	2	3	4

ملحق رقم (03) مقياس استراتيجيات المواجهة

في الحالات الضاغطة عادة ما اتجه إلى :	كثيرا				لا شيء
1-تنظيم أحسن للوقت الذي املكه	5	4	3	2	1
2-أركز على المشكل و أحاولإيجاد حل	5	4	3	2	1
3-أفكر في الأوقات الجيدة التي عرفتها	5	4	3	2	1
4-أحاولأن أكون برفقة أشخاص آخرين	5	4	3	2	1
5-ألومنفسي على ضياع وقتي	5	4	3	2	1
6-اعمل ما أراهأحسن	5	4	3	2	1
7-أتضيقبشان مشاكلي	5	4	3	2	1
8-ألومنفسيإذا وجدت نفسي في وضعية معينة	5	4	3	2	1
9-مشاهدة المحلات أواقتناء بعض الحاجيات	5	4	3	2	1

10-تحديد و استخراج الأولويات	5	4	3	2	1
11-أحاول النوم	5	4	3	2	1
12-تقديم لنفسي احد الأطباقأوالمأكولات المفضلة لدي	5	4	3	2	1
13-أحس بالقلق من عدم تجاوز الوضعية	5	4	3	2	1
14-التوتر و الانقباض	5	4	3	2	1
15-أفكر في الطريقة التي عالجت بها مشاكل متشابهة	5	4	3	2	1
16-أقول في الحقيقة بان هذا الشيء ليس الذي يحدث لي	5	4	3	2	1
17-ألومنفسي باني حساس جدا, عاطفي في مواجهة الوضعية	5	4	3	2	1
18-اذهب إلى المطعم ا واكل أي شيء ما	5	4	3	2	1
19-كوني أتضايقأكثرفأكثر	5	4	3	2	1
20-اشتري شيء ما	5	4	3	2	1
21-احدد طريقة للعمل و اتبعها	5	4	3	2	1
22-ألوم نفسي لعدم معرفتي لما سأفعله	5	4	3	2	1
23-الذهاب عند حفلة عند الأصدقاء	5	4	3	2	1
24-اجتهد لتفسير الوضعية	5	4	3	2	1
25-أكون محاصر و لا اعرف ما يجب فعله	5	4	3	2	1
26-الالتزام بمهلة للأفعال القابلة للتكيف	5	4	3	2	1
27-أفكر فيما حصل استخرج أخطائي	5	4	3	2	1
28-أتمنى أن أغير ما قد حصل أو ما شعرت به	5	4	3	2	1
29-زيارة صديق (ة)	5	4	3	2	1
30-انزعج من الأشياء التي أقوم بها	5	4	3	2	1
31-قضاء وقت مع شخص عزيز	5	4	3	2	1
32-الذهاب في نزهة	5	4	3	2	1
33-أقول بان هذا لن يتكرر أبدا	5	4	3	2	1
34-تكرار لعدم الكفاية و عدم التكيف العام	5	4	3	2	1
35-أتكلم مع شخص اقدر نصائحه	5	4	3	2	1
36-تحليل المشكل قبل التصرف بأي عمل	5	4	3	2	1
37-اهتف لصديق	5	4	3	2	1
38-الشعور بالغضب	5	4	3	2	1
39-ضبط أولوياتي	5	4	3	2	1
40-أشاهد فيلم	5	4	3	2	1
41-التحكم في الوضعية	5	4	3	2	1

42-أقوم بمجهود إضافي لتسيير الأمور	5	4	3	2	1
43-أفكر في مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل	5	4	3	2	1
44-إيجاد طريقة لعدم التفكير لتفادي الوضعية	5	4	3	2	1
45-التحرش بالآخرين	5	4	3	2	1
46-اغتنام الفرصة لإظهار ما أنا قادر عليه	5	4	3	2	1
47-محاولة تنظيم نفسي لأسيطر على الوضعية بشكل أفضل	5	4	3	2	1
48- مشاهدة التلفاز	5	4	3	2	1