جـــامـعة غـــردايـــة

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

إضـطراب وظيفة الكف ودورها في ظهور إضـطراب الوسواس القهري لدى المراهقين (13-15) سنة

دراسة نفسية عصبية لمجموعة من حالات بمدينة بريان

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

مامة باحميدة

الإشراف الاستاذ:

د- مراد يعقوب

الموسم الجامعي 1437هـ-1438هـ/2016-2017

كلمة شكر و عرفان

قال الله تعالى: ﴿ وكن من الشاكرين﴾

لابد ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة تعود لأعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهودا كبيرة في بناء جيل الغد وبعث الأمة من جديد وبهده المناسبة أتقدم بالشكر الجزيل والثناء إلى الأستاذ المشرف **"يعقوب مراد"** نكن له أحر عبارات التقدير والاحترام لوقوفه معنا وبذل جهده ووقته في الاشراف على هذا البحث واتمامه جزاء الله عنا كل خير ونهنئه كذلك بمناسبة تـحصله على شـــهادة الدكـــتوراه

كما لا ننسى أن نتقدم بالشكر الجزيل

إلى الأستاذة الفاضلة **"جماد نسيبة"**

والاستاذة **"بلعباس حنان"**

في إدلالنا إلى طريق البحث

وإلى الأخصائي الحاج موسى

كـــومني الذي لم يبخل عـنا طـيلة مشوارنا الدراسي

وإلى كل طاقم الاداري والبيداغوجي لجامعة غرداية

إهـــــــداء

بسم الله الرحمن الرحيم

أهدي هذا العمل وثمرة جهدي ودراستي طيلة هذه السنوات.

إلى **من قال فيهما الله عز وجل "وقضى ربك أن لا تعبدوا الا إياه وبالوالدين حسانا"**

إلى ملاكي في الحياة ، الى من كان دعاءها سر نجاحي إلى ينبوع الصبر

والأمل، إلى كل من في الوجود بعد الله ورسوله **أمي الغالية**.

إلى من جرع الكأس فارغا ليسقني قطرة حب، إلى من حصد الشوك

عن دربي ليمهد طريق العلم ، القلب الكبير **والدي العزيز**

إلى كل افراد عائلتي الكريمة

إلى رفيقات دربي وصاحبات القلب الطيب

إلى كل طاقم الخلية الجوارية للتضامن بريان ولاية غرداية

وإطارات وكالة التنمية الاجتماعية

شكرا لكم جميعا

فهرس المحتويات

العناوين	الصفحة
كلمة شكر وعرفان	ت
إهداء	ث
فهرس المحتويات	ح
فهرس الجداول	ز
فهرس الأشكال	س
ملخص الدراسة باللغة العربية	ش
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	ص
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الاطار العام للدراسة	
تمهيد	6
1- الاشكالية	6
2- الفرضيات	10
3- أهمية الدراسة	10
4- أهداف الدراسة	10
5- تحديد المفاهيم	11
6- الدراسات السابقة والتعقيب عليها	15
خلاصة	25
الفصل الثاني: الوظائف التنفيذية	
تمهيد	27
1- تعريف الفصوص الجبهية	27
2- تعريف الوظائف التنفيذية	29
3- خصائص الوظائف التنفيذية	30
4- انواع الوظائف التنفيذية	31
4-1 التخطيط	31
4-2 الكف	32

3-4 الليونة الذهنية	33
5- النماذج المفسرة للوظائف التنفيذية	33
5-1 نموذج لوريا	33
5-2 نموذج نورمان وشاليس	34
5-3 نموذج مياكي	35
6- اضطراب وظيف الكف	36
7- قياس سيرورة الكف	36
خلاصة	37
الفصل الثالث: اضطراب الوسواس القهري	
تمهيد	39
1-مفهوم الوسواس القهري	39
2-وبائيات ومعدل الانتشار الوسواس القهري	40
2-معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري	41
4- نظريات المفسرة للوسواس القهري	42
4-1 نظرية التحليل النفسي	42
4-2 النظرية السلوكية	43
4-3النظرية المعرفية	43
5-الملامح الرئيسية للمضطربين بالوسواس القهري	45
6- علاقة اضطراب الوسواس القهري بغيره من الاضطرابات	45
7- أسباب الوسواس القهري	47
7-1 العوامل الحيوية	47
7-2 العوامل السلوكية	50
7-3 العوامل النفسية	50
8-علاج الوسواس القهري	51
8-1 العلاج الدوائي	51
8-2 العلاج النفسي	51
8-3 العلاج البيئي والاجتماعي	52
9 - المآل والمسار	53

الخلاصة	54
الفصل الرابع: المراهقة	
تمهيد	56
1- تعريف المراهقة	56
2-المراحل الزمنية للمراهقة	56
2-1 المراهقة المبكرة	57
2-2 المراهقة الوسطى	57
2-3 المراهقة المتأخرة	57
3-خصائص المراهقة	57
3-1 المراهقة المتوافقة	58
3-2 المراهقة الانسحابية	58
3-3 المراهقة العدوانية	58
3-4 المراهقة المنحرفة	58
4- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة	59
4-1 النمو الجسمي الفيزيولوجي	59
4-2 النمو الجنسي	59
4-3 النمو النفسي الاجتماعي	60
4-4 النمو الانفعالي	60
4-5 النمو العقلي	61
5-النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة	62
5-1 الاتجاه البيولوجي	62
5-2 الاتجاه المعرفي	62
5-3 الاتجاه التفاعلي	62
5-4 الاتجاه الاجتماعي	63
5-5 الاتجاه التحليلي	63
6- حاجات مرحلة المراهقة	63
6-1 الحاجة الى الأمن	63
6-2 الحاجة الى الحب والقبول	64

3-6 الحاجة الى الشعور بالقيمة الذاتية	64
4-6 الحاجة الى الاستقلال	64
5-6 الحاجات الجنسية	64
7- مشكلات المراهقة	65
1-7 مشكلات نفسية	65
2-7 مشكلات سلوكية	65
3-7 مشكلات اقتصادية	66
4-7 مشكلات اجتماعية	66
خلاصة	67
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: منهجية البحث	
تمهيد	70
1- الدراسة الاستطلاعية	70
2- المنهج	71
3- حدود الدراسة	71
1-3 الحدود المكانية	71
2-3 الحدود الزمانية	72
4- مجموعة البحث	73
1-4 تعريف مجموعة البحث	73
2-4 خصائص مجموعة الدراسة	73
5- أدوات الدراسة	74
1-5 المقابلة	74
2-5 المقياس العربي للوسواس القهري	74
3-5 اختبار ستروب	76
4-5 اختبار go no go	80
خلاصة	82
الفصل السادس: عرض الحالات وتفسير النتائج	
تمهيد	84

1- تقديم الحالة الأولى	84
2- تقديم الحالة الثانية	91
3- تقديم الحالة الثالثة	98
4- تقديم الحالة الرابعة	105
5- مناقشة الفرضيات	112
5-1 الفرضية الأولى	112
5-2 الفرضية الثانية	116
الاستنتاج العام	118
الاقتراحات العامة	120
المراجع	122
الملاحق	128

فهرس الجداول

عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم (1) يلخص خصائص مجموعة الدراسة	73
جدول رقم (2) يوضح أبعاد مقياس العربي للوسواس القهري والبنود التي تقيسه	75
جدول رقم (3) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الأولى حسب الأبعاد	87
جدول رقم(4) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الأولى	89
جدول رقم (5) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الثانية حسب الأبعاد	95
جدول رقم(6) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الثانية	96
جدول رقم (7) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الثالثة حسب الأبعاد	101
جدول رقم(8) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الثالثة	103
جدول رقم (9) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الرابعة حسب الأبعاد	108
جدول رقم(10) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الرابعة	110
في الجدول الموالي رقم (11) درجات الحالات الأربعة حسب البطاقات في رائز ستروب	112
جدول رقم(12) يبين درجة الخطأ لدى الحالات الأربعة من خلال اختبار ستروب	113
جدول رقم (13) يبين درجة التداخل ومستوى المفحوص حسب اختبار ستروب	113
في الجدول رقم(14) عرض درجات التداخل المحصل عليها ودرجة الوسواس القهري	116

فهرس الأشكال

عنوان الشكل	الصفحة
الشكل(1) منظر جانبي للفصوص الجبهية	27
الشكل (2) منظر وسطي للفصوص الجبهية	28
الشكل (3) منظر داخلي للفصوص الجبهية	28
شكل(4) النموذج السلوكي المعرفي لنشوء الاضطراب الوسواس القهري كما صدر عن ساكوفيكس و واروك.	44
شكل (5) مقارنةٌ ما بين صورة المخ في الإنسان الطبيعي وفي المريض بالوسواس القهري	48
شكل (6) مقارنة بين صورتي المخ بقذف البوزيترون قبل وبعد العلاج	48
الشكل(7) الحلقة العصبية المفترضة لاضطراب الوسواس القهري	49
شكل (8) يمثل الدرجات المحصل عليها من خلال رائز ستروب لدى الحالات في كل البطاقات	112
شكل (9) يمثل درجة الخطأ المحصل عليها من خلال رائز ستروب لدى الحالات في كل البطاقات	113
شكل رقم (10) يوضح درجة التداخل ودرجة الوسواس القهري للحالات الأربعة	117

فهرس الملاحق

العنوان	الصفحة
دليل المقابلة النصف موجهة	128
المقياس العربي للوسواس القهري	134
اختبار ستروب	136

ملخص الدراسة

تـتـــناول هــذه المذكرة موضوع اضطراب وظيفة الــكف ودورها في ظـهـور اضطراب الــوسواس القهري لدى المراهقين (13-15) سنة من منظور نفسي عصبي، في هذه الدراسة تم تسليط الضوء على وظيفة من الوظائف التنفيذية وهي وظيف الكف لدى المصابين بالوسواس القهري باعتبارها الوظيفة الأكثر تضررا في هذا الاضطراب حسب المقاربة العصبية والدراسات السابقة.

ولإبراز دور اضطراب وظيف الكف في اضطراب الوسواس القهري أجرينا الدراسة على مجموعة متكونة من أربعة حالات مصابة باضطراب الوسواس القهري لاختبار ستروب واختبارgo no go، كما استخدمنا المقابلة النصف موجهة كأداة لفهم السيرورة النفسية للمفحوص.

أسفرت نتائج الدراسة ان المصابين بهذا الاضطراب يعانون من اضطراب في وظيف من وظائف التنفيذية وهي وظيف الكف واختلاف درجة الاضطراب من حالة لأخرى وهذه النتائج توحي إلى دور اضطراب وظيف الكف في ظهور اضطراب الوسواس القهري، كما أسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة طردية بيد درجة اضطراب وظيفة الكف ودرجة الوسواس القهري من خلال رائز ستروب والمقياس العربي للوسواس القهري، كما توصلت الدراسة لأهمية التشخيص المبكر، والتكفل النفسي في تخفيف من حدة الاضطراب.

وفي ظل هذه المعطيات تبين لنا طبيعة ونوعية الخلل في الوظائف التنفيذية (وظيفة الكف) من منظور نفسي عصبي لدي المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وهذا مرتبط ما بينته دراسات تصوير المخ الوظيفية.

Résumé

Faire face à cette note, trouble la fonction de l'inhibition et de son rôle dans trouble obsessionnel-compulsif dans le trouble des adolescents (13-15 ans) du point de vue de moi-même nerveux, dans ce hangar étude lumière sur la fonction des fonctions exécutives et l'inhibition les personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif comme la fonction la plus touchée dans cette trouble neurologique par l'approche et les études précédentes.

Pour mettre en évidence le rôle du trouble et l'inhibition que nous groupe d'étude composé de quatre cas d'infection par le trouble obsessionnel-compulsif nous nous sommes appuyés le test de stroop et test go no go, comme nous l'avons utilisé entretien clinique La demi-orienté comme un outil pour comprendre le processus psychologique de non examinée

Les résultats de l'étude que les personnes atteintes de ce trouble souffrent de trouble de l'inhibition des fonctions exécutives et est l'inhibition par Test Stroope et variation du degré de perturbation d'un cas à l'autre et ces résultats suggèrent le rôle de trouble de l'inhibition l'apparition du trouble obsessionnel-compulsif, ont également entraîné les résultats de l'étude que la gravité de la maladie et l'inhibition brusquement le trouble obsessionnel-compulsif associé au groupe d'étude par test de Stroop et test arabic de obsession-compulsif. L'étude a révélé l'importance d'un diagnostic précoce, psychologique et d'assurer la réduction de la maladie.

À la lumière de ces données, il nous montre la nature et la qualité du déséquilibre des postes de direction (l'inhibition) du point de vue de moi-même nerveux chez les patients souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif, et cela est lié à l'imagerie cérébrale fonctionnelle démontrée par des études.

مقدمة

مقدمة

كثيرا ما نتساءل عن الأفكار أو المعتقدات أو الدفعات التطفلية الاقتحامية التي تفرض نفسها على الانسان، والتي عادة ما تكون ذات طبيعة مزعجة فيحاول الفرد أن يتجاهلها أو يغلفها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى ولكنها تزيد في الحاحها تلك هي الوساوس

ولاشك ان اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات التي تشكل ضغطا كبيرا على المريض ويتدخل ويؤثر في حياة الفرد وأعماله الاعتيادية، وقد يعوقه تماما عن العمل؛ إن أحاسيس القلق والشكوك والاعتقادات المرتبطة بالتشاؤم والتفاؤل كلها أشياء عادية في حياة كل مناولكن عندما تصبح هذه الأشياء زائدة عن الحد كأن يستغرق إنسان ساعات وساعات أو عمل أشياء غير ذات معنى على الإطلاق. (أحمد الشريف، 2014، ص:2)

ويعتبر من أخطر الاضطرابات النفسية، ويتميز بظواهر القهر والإلزام والتكرار لسلوك معين كان فكرا أو فعلا مع إدراك شعوري باللامنطق واللاجدوى من وراء القيام بهذا السلوك لذلك يحاول الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب تجاهل أو قمع هذه الأفكار من خلال تكرار السلوك مثل غسل اليدين والترتيب والمراجعة.

ومن الملاحظ هذا الاضطراب يعمل على تعطيل الحياة وذلك لانهماك المريض في إجراء السلوكيات القهرية أو التفكير الوسواسي، تاركا ما يجب عليه القيام به من متطلبات الحياة، مختارا نمط من الحياة يتلاءم مع تلك المتطلبات بما يخفف عليه حالة القلق التي تعتريه بشكل مستمر، هذا إلى جانب الألم الجسدي والإرهاق والإصابة التي من الممكن أن يصاب المريض بالوسواس القهري بها نتيجة القيام بالطقوس والأفعال الوسواسية.
(العنزي، 2007، ص:2)

سعت النظريات النفسية إلى تفسير الاضطرابات والأمراض النفسية، ومن بين الاضطرابات الوسواس القهري، ويكون التفسير وفق أفكار ومنطلقات وبرؤية معينة لكل نظرية في نشأت الاضطراب وتطوره وطرق علاجه (نفس المرجع السابق، ص:18)

وفي السنوات الأخيرة أصبح الكلام عن أسباب المرض في الطب النفسي مختلف بشكل لافت فبعد أن الأمر متعلقا بالتفسيرات التي تقدمها مدراس علم النفس المختلفة أصبحت التفسيرات المعاصرة متعلقة بالتغيرات الكيميائية وربما التركيبية في المخ ولعل لذلك العديد من الأسباب أهمها: تطور تقنيات تصوير المخ تركيبا بالأشعة

المقطعية بالكمبيوتر وبالرنين المغناطيسي ووظيفيا باستخدام النظائر المشعة المختلفة ومن خلال المسح الطبوغرافي الذي يبين النشاط الكهربائي للمخ، والتصوير الطبقي بقذف البوزيترون وكذلك التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي، بحيث أصبح من الممكن معرفة اختلافات التركيب والحجم في بعض أجزاء المخ ومقارنتها مابين المرضى وبين الأصحاء، وكذلك معرفة التغيرات الوظيفية في هذه المناطق من المخ
(أبو هندي، 2003، ص.ص:137-138)

بينت دراسات تصوير المخ الوظيفي زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية ومعدل نشاط النوى القاعدية خاصة النواة المذنبة أو المذيلة وكذلك منطقة الحزام في مرضى اضطراب الوسواس القهري مقارنة بغيرهم (نفس المرجع السابق، 2003، ص:140)

حسب ما توصلت اليه الدراسات السابقة التي كشفت عن طبيعة الآليات العصبية الكامنة في التعبير عن أعراض الوسواس القهري، والتعرف على طبيعة ونوعية الخلل في الوظائف التنفيذية من منظور نفسي عصبي لدي المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري، بحيث توصلت دراسة Dupuy et all، (2012) وجود اضطراب في الكف والمرونة الذهنية لدى المصابين بالوسواس القهري.

ارتأينا في بحثنا هذا التركيز على المقاربة العصبية في تفسير اضطراب الوسواس القهري هذه المقاربة التي تدرس العلاقة بين السلوك والجهاز العصبي، وفي دراستنا ركزنا على دراسة وظيفة من الوظائف التنفيذية وهي وظيفة الكف لدى المراهقين (13-15) المصابين باضطراب الوسواس القهري، نظرا لتزايد عدد الحالات المصابة بهذا الاضطراب خاصة لدى فئة المراهقين في المجتمع، وباعتبار كذلك هذه الوظائف التنفيذية حديثة الاكتشاف مقارنة مع باقي الوظائف المعرفية، ولقلة الدراسات في البيئة العربية على العموم والبيئة الجزائرية بشكل خاص – في حدود علم الباحثة- فيما يخص هذا الموضوع، ومن أجل التعرف على هذه السيرورات النفسية العصبية والتعمق فيها وما أهميتها وتأثيرها على سلوك الفرد.

ونهدف من هذه الدراسة إلى إبراز دور اضطراب وظيفة الكف في ظهور اضطراب الوسواس القهري، وكذا إبراز وجود علاقة طردية بين درجة اضطراب وظيفة الكف ودرجة الوسواس القهري.

ولقد تناولنا دراسة هذا الموضوع من خلال خطة البحث التي شملت على مقدمة، كانت عبارة عن تقديم وإثارة للموضوع وقسمنا الدراسة إلى قسمين، قسم نظري وآخر تطبيقي، حيث يشمل القسم النظري على ثلاث

فصول بالإضافة إلى فصل خاص بالإطار العام للدراسة الذي يتضمن طرح الاشكالية والفرضيات، والإطار المفاهيمي لمتغيرات الدراسة، والدراسات السابقة والتعقيب عليها، الفصل الثاني خصص للوظائف التنفيذية وتناولنا فيه تعريف الفصوص الجبهية نظرا لارتباط الوظائف التنفيذية ارتباطا وثيقا بالفصوص الجبهية، يليه تعريف للوظائف التنفيذية وخصائصها، وأنواعها، وكذا النماذج المفسرة لها، ثم تناولنا بالتفصيل وظيف الكف وهي محل اهتمام الدراسة وتطرقنا الى اضطراب هذه الوظيفة وأهم الاختبارات التي تقيسها؛ أما الفصل الثالث خصصناه للوسواس القهري، وتناولنا فيه مفاهيم حول الوسواس، ومعدل انتشاره، ومعايير تشخيصه، وأهم النظريات المفسرة له، وكذا الملامح الرئيسة لمضطربي الوسواس، وعلاقته بغيره من الاضطرابات، وتطرقنا كذلك الى الأسباب المؤدية لنشوئه، وأهم الطرق العلاجية، ومآل ومسار هذا الاضطراب؛ أما الفصل الرابع خصص للمراهقة تناولنا فيه تعريف و المراحل الزمنية للمراهقة، وخصائصها وأهم مظاهر النمو لهذه المرحلة، وأهم النظريات المفسرة لها وحاجات ومشكلات المراهقة.

أما القسم الثاني من الدراسة يشمل الفصل الخامس ويتضمن إجراءات الدراسة الميدانية من حيث طبيعة المنهج والمتمثل في المنهج العيادي، يليه حدود الدراسة المكانية والزمانية الدراسة الاستطلاعية، مجموعة البحث وخصائصها التي أختيرت بطريقة قصدية وتتكون من أربعة حالات مصابة باضطراب الوسواس القهري 2 ذكـــور و 2 إناث، أما أدوات الدراسة فتمثلت في المقياس العربي للوسواس القهري(إعداد عبد الخالق، 1992)، ورائز ستروب واختبارgo no go كما استخدمنا المقابلة العيادية النصف موجهة، والفصل السادس تناولنا فيه عرض الحالات و تحليل لحالات مجموعة الدراسة وكذا مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري ثم عرضنا الاستنتاج العام للدراسة، وفي الختام تناولنا جملة من الاقتراحات والتوصيات الخاصة بالموضوع وبالهيئات المشرفة، والمؤسسات الاجتماعية والطلبة، وخلاصة البحث.

الجانب النظري

الـفـصـل الأول

الاطـار العـام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهمية الدراسة

4 – أهداف الدراسة

5- تحديد المفاهيم

6 – الدراسات السابقة والتعقيب عليها

تمهيد:

تعتبر مشكلة البحث العلمي هي المنطلق و البداية التي يبدأ منها البحث العلمي، وفي هذا الفصل الأول من دراستنا هذه سوف نتطرق إلى إشكالية البحث بحيث طرحنا تـــساؤلين وللاجابة عليهما، قمنا بصياغة فرضيتين وتناولنا كذلك أهمية الدراسة واسباب اختيار الموضوع وتحديد المفاهيم، وختاما تطرقنا الى الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

1/ الإشكالية :

يلعب الأخصائي النفساني دور مهم في الخلية الجوارية للتضامن، ويتجلى ذلك من خلال استقباله لمختلف شرائح المجتمع والاستماع لمشكلاتهم النفسية والتكفل بمختلف الحالات التي تم اكتشافها من خلال العمل الميداني ونظرا لاحتكاكه أيضا بمختلف الأخصائيين النفسانيين بمؤسسات مختلفة وأطباء الطب العقلي، لفت انتباهنا تزايد عدد حالات المصابة باضطراب الوسواس القهري خاصة لدى فئة المراهقين.

أين لاحظنا من خلال التكفل بهذه الفئة تأثير هذا الاضطراب على مجمل حياتهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي والمدرسي كما لاحظنا أن بعض المصابين بالوسواس القهري يعانون معاناة نفسية شديدة ويحاولون التغلب من معاناتهم، بيد أن طول المعاناة من هذا الإضطراب – والذي قد يمتد لسنوات – وشدة الألم والكدر والضيق الذي يحدث بسبب ذلك ناهيكم عن وطأة المرض نفسه، يدفعهم الى طلب العلاج النفسي بهدف تخفيف معاناتهم وكربهم وخاصة أن ذلك الأثر يمتد ليشمل الفرد وأسرته وأولاده وأصدقائه.
(فضة، وآخرون، 2010، ص:1)

و يتميز اضطراب الوسواس القهري بأعراض أساسية هي الأفكار الوسواسية أو الأفعال القهرية والذي يكون بدرجة شديدة مما يؤدي الى كربة وضيق شديد، أو إلى الاستغراق في التفكير مما يؤدي إلى ضياع الوقـت وخسارته المعنوية والمادية، إضافة إلى أن بعض الأعمال القهرية قد تؤدي إلى الضرر البدني بالشخص، مثل كثرة الغسل لأماكن معينة من الجسم، وبمواد مضرة كالمطهرات الكيميائية؛ أو يؤثر بدرجة ملحوظة على الروتين اليومي للشخص أو الوظيفة المهنية، أو النشاطات الاجتماعية العادية أو العلاقة بالآخرين والخاصية البارزة المميزة للوسواس والافعال القهرية هو إحساس الفرد بتملك وسيطرة فكرة وسواسية ذات الحاح وتكرار على تفكيره فلا يملك الفرد ان يتوقف عن التفكير الوسواسي. (العنزي، 2008، ص:3)

ومن خلال بنك المعطيات لنشاط الخلية الجوارية للتضامن لبريان لسنة 2015 و2016 بلغت عدد حالات المـصابين باضـــطراب الـــوسواس القهري 15 حالة منهم 8 حالات تمثلها فئة المراهقين أي بنسبة 53.33%

وبتصريح من جملة من الأخصائيين النفسانيين الممارسين (عدم توفر احصائيات دقيقة).

أما على المستوى العالمي ينتشر هذا الاضطراب على نطاق أوسع مما كان يعتقد وهناك تقارير تشير إلى أن انتشاره يصل 2%الى 3 % لدى مجموع السكان ويحتل المرتبة الرابعة بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا.(Dupuy et al, 2013, p:45)

و بشكل عام يشير مفهوم الوسواس القهري حسب عبد الخالق الوساوس بأنها: أفكار مداومة مستمرة تقتحم عقل الفرد بشكل ملح وعنيد بحيث لا يمكنه السيطرة عليها أو التحكم فيها أو استبعادها من حيز الشعور لديه. و غالبا يدرك المريض سخافة هذه الأفكار أو تفاهتها أو عدم معقوليتها. ولكنه لا يستطيع أن يوقفها أو يمنعها. وترتكز هذه الأفكار المستحوذة على عقل المريض وإرادته حول عدد من الموضوعات أكثرها (التلوث، والقذارة والخيالات، والنظام والأفكار الجنسية) وعرف القهر بأنه: يتضمن أفعالا وسلوكا ظاهرا و أنشطة كالطقوس، وهناك حاجة مرضية للقيام باندفاع معين غير معقول أو تافه أو غير ذي هدف كغسل اليدين أو عد الأشياء ومراجعتها، أو تغيير الملابس. (العنزي، 2008، ص:29)

وطبقا للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM4 الصادر عن جمعية الطب النفسي الامريكي فان تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود وساوس أو دفعات قهرية وتعرف الوساوس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات يخبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة، أما الدفعات القهرية فتعرف على أنها سلوكيات متكررة، و أفعال عقلية، يجد الشخص نفسه مدفوعا لأدائها، أو استجابة لوساوس أو طبقا لقواعد متصلبة (غانم، 2006، ص:15)

لقد اختلفت وجهات النظر بعض النظريات في تفسير أسباب الوسواس القهري، فالمقاربة التحليلية ترى أن الوسواس والسلوك القهري ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية، يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبيا للتعبير عن أفكاره ومشاعره المكبوتة؛ و يفسر السلوكيون الإضطراب في ضوء نظرية التعلم فالمباديء التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المباديء التي تفسر السلوك الغير سوي والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك متعلم من البيئة تحت شروط التدعيم. فيما كان لأصحاب النظرية المعرفية تفسير آخر يتمثل في أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية في اضطراب الوسواس القهري، فالإضطراب ما هو إلا مظهر لنمط معرفي معين، و بالتالي يشخص الإضطراب في ضوء النظرية المعرفية على أنها أفكار مشوشة ومزعجة ومضخمة و تحدث مصادفة، وتكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية، أما السلوك القهري فهو سلوك علني مثل تكرار الاغتسال، أو إعادة الفحص و يأخذ شكلا من السلوك المعرفي.(عبد القادر جودة، 2016)

بعدما تطرقنا الى أهم آراء النظريات في نشوء هذا الإضطراب، فقد كانت هناك دراسات تناولت اضطراب الوسواس القهري، فهناك الكثير منها من تناولت الإضطراب من جانب معدل الانتشار مثل دراسة العنزي 1997 التي استهدفت الكشف عن معدلات الانتشار لدى 398 تلميذا وتلميذة في مرحلة المتوسطة بدولة الكويت، و التعرف على طبيعة الفروق بين التلاميذ في الوسواس القهري و التوصل إلى العوامل المكونة للمقياس. وبعد تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري على العينة توصلت الدراسة الى أن مستوى الوسواس الهري لدى التلميذات أعلى من التلاميذ، وكشفت نتائج الدراسة عن 12 عاملا لها مدلول نفسي لدى التلاميذ والتلميذات و كانت متشابهة إلى حد كبير. (كاظم وآخرون، 2009، ص:11)

كما تناولت دراسات أخرى الاضطراب من جانب العلاج مثل دراسة فرج والبشر 2002 التي هدفت إلى الكشف عن مدى كفاءة اسلوب العلاج السلوكي بتقنية التعرض ومنع الاستجابة مقارنة بالعلاج الدوائي، كما هدفت إلى تقييم كلا الاسلوبين معا في مقابل استخدام كل اسلوب بمفرده.(السقا، 2016، ص:371)

وعلى مستوى مكونات المقياس الوسواس القهري توصل عكاشة وزملاؤه 1991، إلى أن نسبة الاجترار الوسواسي وهو الوقوع في شراك مجموعة من الأفكار متعلقة بموضوع معين 51%، والمخاوف الوسواسية 48% و الأفكار الوسواسية 38% وتوصل "راسموسن و تسيانج"1986 الى أبرز ثلاث أفعال قهرية مرتبة تنازليا هي التحقق و إعادة التأكد 63% والعد 36%

مما سبق ذكره التمسنا تناول الاضطراب من زوايا مختلفة من جانب معدل انتشاره وعلاجه ومكوناته وعلاقته بالإضطرابات الأخرى، و بعوامل الشخصية، و لكن ما لاحظناه إفتقار التراث البحثي العربي بشكل عام والجزائري بشكل خاص – في حدود علم الباحثة –وبشهادة بعض الأساتذة من جامعات مختلفة؛ في أوساطنا الاكلينيكية الجزائرية لم نجد دراسة تناولت الوظائف التنفيذية وتفسير إضطراب الوسواس القهري من الجانب النفسي العصبي و في ظل تطور تقنيات التصوير واحد من التيارات البحث الواعدة حاليا التي تسعى إلى تطوير فهمنا للأعراض وتحسين عملية الرعاية وتحسين استراتيجية علاجية مستقبلية.

ويعتبر علم النفس العصبي من العلوم الحديثة التي تدرس العلاقة بين السلوك والجهاز العصبي ومن موضوعات هذا العلم الحديث الوظائف التنفيذية، وهذه الأخيرة هي مجموعة من القدرات التي تمكن الفرد من الانخراط في السلوك الفعال وغرض يخدم الذات وباعتبارها عمليات معرفية تكاملية ضرورية لنجاح الفرد في كافة المجالات الحياتية، ولازمة لتحسين جودة الحياة.

وفي هذا الإطار وجدنا دراسات قليلة تناولت الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالوسواس القهري نذكر منها، دراسة M. Dupuy وزملاءه سنة 2012 التي تناولت دور الكف في اضطراب الـوسـواس القـــهري.

كما تناولت دراسة شعبان مهيمه محمد الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كل من مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب هدفت هذه الدراسة إلى فحص الأداء الوظيفي التنفيذي والتعرف على طبيعة ونوعية الخلل في الوظائف التنفيذية من منظور نفسي عصبي لدي المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب ومقارنتهما بمجموعة مماثلة من الأسوياء من أجل كشف الفروق بين المجموعات الثلاث في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية المستخدمة في الدراسة الحالية. كما هدفت – أيضًا – إلى التعرف على العلاقة بين الأداء التنفيذي المعرفي والخصائص المرضية مثل شدة ومدة المرض، ومدى تأثره بهذه الخصائص لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب.(محمد مهيمه، 2015)

وتناولت دراسة علي مصطفى عبد العظيم تقييم الجوانب العصبية لاضطراب الوسواس القهري واستهدفت هذه الدراسة تقييم الجوانب العصبية في مرضى الوسواس القهري شاملا تقييما للوظائف المعرفية وفحصا للعلامات العصبية الدقيقة بالإضافة الى دراسة الجوانب الفيزيولوجية مع استبيان وجود تأثير لدرجة المرض على هذه الجوانب (مصطفى عبد العظيم، 2003)

كما اقترحت النماذج المعرفية عناصر للاهتمام لفهم اضطراب الوسواس القهري ووضعوا دور الكف (التثبيط) والمرونة في السيطرة المعرفية والسلوكية .بحيث في وضعيات يتطلب الوضع الذهاب ابعد من المهارات المعرفية المتعلمة ،الى مختلف الوظائف التنفيذية التي تشارك في السيطرة على السلوك، ووظائف الكف والمرونة الذهنية تلعب دور أساسي في اضطراب الوسواس القهري (Dupuy et al, 2013, p45)

ومن هذه الزاوية وفي ظل نقص أو بالأحرى افتقار الدراسات في التراث البحثي ارتأينا ان يكون موضوع دراستنا بصدد فحص وظيفة من الوظائف التنفيذية وهي وظيف الكف لدى المصابين بالوسواس القهري و إبراز الخلل في اضطراب هذه الوظيفة من خلال الأداء على اختبارات وظيفة الكف ودوره في ظهور الأفكار والأفعال القهرية.

على ضوء ما تقدم نطرح التساؤلات الآتية :

1- هل اضطراب وظيف الكف له دور في ظهور اضطراب الوسواس القهري؟

2- هل هناك علاقة بين درجة اضطراب وظيف الكف ودرجة اضطراب الوسواس القهري؟

2 /الفرضيات:

1- لإضطراب وظيفة الكف دور في ظهور اضطراب الوسواس القهري

2- هناك علاقة بين درجة الاضطراب في وظيف الكف و درجة اضطراب الوسواس القهري انطلاقا من رائز ستروب والمقياس العربي للوسواس القهري.

3/أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة في:

- ضرورة معالجة موضوع الوسواس القهري، لكون هذا الإضطراب في تزايد مستمر في المجتمع الغرداوي
- كما تكمن أهمية الدراسة في ضرورة معالجة إشكالية الوسواس القهري من الجانب العصبي ومحاولة فهم الوظائف التنفيذية(وظيفة الكف) ودورها في السيطرة المعرفية السلوكية، وفهم طبيعته وظيف الكف لدى المصاب بالوسواس القهري وتناول ذلك سوف يسهم إن شاء الله في الاثراء العلمي والنظري للمكتبة العربية بشكل عام والمكتبة الجزائرية على الخصوص .
- التعرف على إضطراب وظيف الكف لدى المصاب بالوسواس القهري من أجل وضع الخطط والبرامج العلاجية الملائمة .
- كما تكمن الدراسة في طبيعة عينة موضوع الدراسة وهي المصابين باضطراب الوسواس القهري الذين يعانون من تعطيل الحياة وذلك لانهماك المريض في اجراء السلوكيات القهرية او التفكير الوسواسي تاركا ما يجب القيام به من متطلبات الحياة مختارا نمط الحياة يتلاءم مع تلك المتطلبات بما يخفف عليه حالة القلق التي تعتريه بشكل مستمر هذا إلى جانب الألم الجسدي، والارهاق والاصابة التي من الممكن أن يصاب المريض بالوسواس القهري. وهذا الألم النفسي يمتد إلى أفراد الأسرة كذلك.

4/أهداف الدراسة:

- تهدف دراستنا إلى معرفة الوظائف التنفيذية المتمثلة في وظيفة الكف لدى اضطراب الوسواس القهري باعتباره هذه الوظائف فتية وتسعى الدراسات الحديثة التعريف بها
- إبراز دور إضطراب هذه الوظيفة في ظهور اضطراب الوسواس القهري.
- إبراز العلاقة بين درجة الإضطراب في وظيف الكف و درجة اضطراب الوسواس القهري انطلاقا من رائز ستروب والمقياس العربي للوسواس القهري

5/تحديد المفاهيم:

- **أ الوظائف التنفيذية**:Les Fonctions exécutives

1- مفهوم "دنكيلا": للوظيفة التنفيذية على أنها " مجموعة من العمليات التحكم ذات المتطلبات العامة والتي تشمل الكف وارجاء الاستجابة وذلك بهدف تنظيم وتكامل العمليات المعرفية والنتائج عبر الزمن (Denckla, 1996, p.p263-264)

هذا المفهوم عرف الوظائف التنفيذية على أنها مجموعة من العمليات تشمل فقط وظيفة الكف.

2- مفهوم "Manning " الوظائف التنفيذية بأنها القدرات التي تسمح بإنشاء نماذج جديدة للسلوك وأشكال جديدة للتفكير، هذه القدرات حسب مينينغ (Manning) تستخدم في وضعيات غير معروفة سابقا وفي وضعيات تكون فيها السلوكات والأفكار المخزنة لدى الفرد غير نافعة أو غير ملائمة في هذا السياق تظهر الوظائف التنفيذية كقدرات تكيفية بدرجة عالية (Manning, 2008, p189)

هذا المفهوم أكثر دقة حيث عرف الوظائف التنفيذية بأنها قدرات تكييفية لإنشاء نماذج جديدة للسلوك.

3- وفي سياق آخر ينضم تحت تسمية الوظائف التنفيذية جميع السيرورات النفس عصبية المتدخلة في ضبط ومراقبة السلوك بغية الوصول الى هدف محدد، تنفيذ وتقييم خطة للسلوك وذلك في حالات الوضعيات الغير الاعتيادية التي تستوجب ذلك. (لوزاعي، 2008، ص:9)

هذا المفهوم عرف الوظائف التنفيذية سيرورات نفس عصبية، إضافة للتعريف السابق متدخلة في ضبط ومراقبة السلوك

ومن خلال التعريفات السابقة ترى الباحثة الوظائف التنفيذية هي:

مجموعة من السيرورات النفس عصبية المتدخلة في ضبط ومراقبة السلوك دورها الأساسي هو تسهيل وتكييف الشخص مع متطلبات والتغيرات المفاجئة وبالذات مع الوضعيات الجديدة، واضطراب هذه الوظائف يتمثل عموما في عدم قدرة الشخص على تخطيط السلوك في الوضعيات الجديدة، وكذلك عدم قدرته على كف الاجابات الآلية غير الملائمة للوضعيات، إضافة إلى دافعية واستمرارية في السلوك.

- **ب الكف**:L'inhibition

1- مفهوم جعفر شريف "هي القدرة على منع ظهور إجابات روتينية في وضعيات تتطلب استراتيجيات جديدة".(جعفر شريف، 2011، ص:18)

ركز هذا المفهوم على أن الكف قدرة على منع ظهور إجابات لم يذكر مدى مساهمتها في العمليات المعرفية

2- مفهوم "Noel " الكف هو سيرورة التحكم ، تكمن في محو نشيط لسلوك او تفكير يساهم الكف في العديد من العمليات المعرفية كالانتباه، اللغة، الذاكرة. (Noel, 2007, p:124)

هذا المفهوم أكثر دقة حيث عرف الكف على أنها سيرورة، تتمثل في محور نشيط لسلوك أو تفكير وهو ما يتلاءم مع الدراسة الحالية

3- مفهوم "Camus " كما يمكننا اعتباره ميكانزم يعمل على كف المعلومات الذاتية والمشوشة باستمرار بصفة نشطة حيث يرى كامو (Camus) أنه يكون ضروري، عندما يكون هناك تصورين منافسين على مستوى أخذ القرار لضبط الاجابة، فالكف هو سيرورة نشطة تتدخل لتمنع مرور المعلومات غير الملائمة للنشاط قيد التنفيذ. (Camus,1999, p:45)

اعتبر هذا المفهوم الكف ميكانزم ولم يذكر نوع الكف لم يذكر مدى مساهمتها في العمليات المعرفية

ترى الباحثة ومن خلال التعريفات السابقة الكف هو :

هو وظيفة نشطة تقوم بمراقبة الوظائف المعرفية والسلوكية، وإيقاف أي نشاط معرفي أو سلوكي غير ملائم

- ت اضطراب وظيف الكف:

1- تظهر اضطراب هذه الوظيفة على شكل طغيان ردود الفعل الآلية والمهينة على السلوك (دافعية سلوكية) وكذلك عدم القدرة على محو نشاط معرفي آلي وقابلية تشتت الانتباه، عادة ما ترتبط بإصابة قبل جبهية ظهرية (جعفر شريف، 2011، ص:10)

هذا المفهوم أكثر دقة ويقترب من مفهوم الدراسة الحالية.

2-ويعرفKipman, Thurin أيضا: هو تحرير غير إرادي لسياقات مثبطة عادة.

(جعفر شريف، 2011، ص:54)

هذا المفهوم عام ولم يذكر سبب الاضطراب

3-كما عرف Bérubé على أنه فتور للنظام الجبهي في تعديل الاستجابات السلوكية، الذي يؤدي الى حالة من النشوة – الأرق ونشاط بدون هدف.(Bérubé, 1991, p:19)

ركز هذا المفهوم على الجانب السلوكي وأهمل الجانب المعرفي

من خلال التعاريف السابقة ترى الباحثة اضطراب وظيف الكف هو:

عدم القدرة على إيقاف الأنشطة المعرفية والسلوكية الغير الملائمة للوضعيات الذي يرجع إلى خلل في الفص الجبهي.

التعريف الاجرائي:

تعرف وظيف الكف اجرائيا في هذه الدراسة بانه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص بعد الاجابة على فقرات الاختبارين المستخدمين في هذه الدراسة وهو مقياس ستروب لقياس الكف المعرفي وgo no go لقياس المراقبة الكفية.

- ث مفهوم الوسواس القهري:

1- مفهوم كوفيل وآخرون الوساوس على أنها: "تفكير غير معقول ولا فائدة منه يفرض نفسه باستمرار على شعور الفرد وعرفت الأفعال القهرية: بأنها أفعال غير مفيدة وغير معقولة، يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها". (كوفيل وآخرون، 1986، ص177-178)

في هذا التعريف لم يذكر مقاومة المريض للوساوس ولم يذكر تأثير هذا الاضطراب على حياة المريض؛ وميز بين الأفكار والأفعال القهرية.

2- كما عرف ربيع وآخرون(1995، ص397) الوسواس القهري بأنه: اضطراب عصابي أولي يتميز بظهور أعراض وسواسية في صورة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، أو في صورة أعراض قهرية (طقوس حركـــية مـستمرة أو دورية) ويعترف المريض بتفاهة هذه الوساوس وشدودها؛ ومن ثم يحاول دائما مقاومتها وعدم الاستسلام لها.

في هذا المفهوم ذكر ان الوسواس اضطراب عصابي يتميز بأفكار وسلوكات قهرية والمضطرب واعي بتفاهة الوساوس ، الا ان هذا المفهوم لم يذكر تأثير الاضطراب على حياة الفرد

3- ويعرف عبد الله (1997) الوسواس المتسلط بأنه: فكرة أو صور أو اندفاعات تتسلط على الفرد وتلح عليه بالرغم من شعوره بسخافتها وعرقلتها لسير تفكيره، وعند رغبته في التخلص منها تواجهه المقاومة. واذا أراد الإنشغال عنها عاودت الظهور والإلحاح، واذا اشتدت سعى للتخلص منها فانه يعاني قلقا حادا، وعرف الفعل القهري بأنه: فعل سلوكي حركي يتسلط على الفرد ويلح عليه ولا يستطيع التخلص منه رغم محاولاته في ذلك، واذا حاول التغلب عليها ومقاومتها فانه يعاني من الضيق والقلق الحاد.

(عبد الله، 1997، ص:272)

أضاف هذا التعريف معاناة المريض من الضيق والقلق الحاد

4- ويعرفه صفوت فرج بأنه "أفكار مقتحمة وغير مرغوبة وصور ذهنية ودفعات او مزيج منها وهي عموما مقاومة وتتصف ايضا بكونها داخلية المنشأ".(صفوت فرج، 2000، ص:60)

لم يفرق في هذا المفهوم بين الوساوس والأفعال القهرية.

ترى الباحثة ان التعاريف السابقة الذكر اتفقوا على ان الوسواس القهري بانه على هيئة افكار وسواسية وأفعال قهرية ، كما اتفقوا جميعهم على عدم معقولية تلك الافكار لدى الانسان وتفاهتها وأنها تعرقل عليه حياته وتجعله

غير منتج في حياته اليومية، ولكن من الملاحظ انقسام اصحاب التعاريف الى فريقين: احدهما اتى على ذكر المقاومة التي يبديها المريض اتجاه الاعراض، والفريق الاخر لم يتطرق اليها وهذا ما يجعل التعريف ضعيف وغير شامل.

وكذلك منهم من فرق بين الوساوس والأفعال القهرية ومنهم من لم يفرق بينهما، والذين لم يفرقوا يقعون في مشكلة وهي أن الوسواس القهري يتكون من أفكار وأفعال معا دون أن يأتي أحدهما منفردا، وذلك يتنافى مع المراجع العلمية المتخصصة في وصف اضطراب الوسواس القهري، كما يتنافى أيضا ما جاءت به المعايير التشخيصية وهو أن يكون الاضطراب وساوس بدون أفعال قهرية أحيانا. كما أن بعض التعاريف تطرقت إلى تأثير الاضطراب على حياة الفرد وبعضها لم تتطرق الى ذلك

والباحثة ترى من خلال التعريفات المتعددة الوسواس القهري:

هو اضطراب يتخد أشكالا متعددة، حيث تقتحم مجال الشعور وبصورة مفاجئة افكار غير مرغوب فيها أو صور ذهنية غير سارة، وغالبا ما تصاحب هذه الوساوس حاجة ملحة للقيام بأفعال أو طقوس معينة بصورة 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 والمهنية.

التعريف الاجرائي:

يعرف الوسواس القهري إجرائيا في هذه الدراسة بأنه مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص بعد الإجابة على فقرات المقياس المستخدم في هذه الدراسة وهو المقياس العربي للوسواس القهري (عبد الخالق، 1992).

- ج مفهوم المراهقة:

1- تعريف عبد الرحمان العيسوي:" يطلق اصطلاح المراهقة على المرحلة التي يحدث فيها الانتقال التدريجي نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والنفسي".(العيسوي، 1995، ص:25)

يلاحظ من خلال هذا تعريف عبد الرحمان العيسوي ان المراهقة هي مرحلة انتقالية، أي ان المراهق لا يكون طفلا ولا راشد، حيث تتميز بمجموعة من التغيرات الجسمية والجنسية والعقلية والنفسية.

2- تعريف لوهال Le hall: "المراهقة هي بحث عن الاستقلالية الاقتصادية والاندماج في المجتمع الذي لا تتوسطه العائلة وبهذا تظهر المراهقة كمرحلة انتقالية حاسمة تسعى إلى تحقيق الاستقلالية النفسية والتحرر من التبعية الطفلية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تغيرات على المستوى الشخصي لا سيما في علاقته الجدلية بين الأنا والآخرين

نستخلص من خلال التعاريف السابقة أن المراهقة مرحلة حساسة ، فهي مرحلة حدوث التغيرات الفيزيولوجية والجسمية، العقلية والنفسية، ففيها يبحث المراهق عن الاستقلالية عن سلطة الابوين والتحرر من التبعية الطفلية، فهو لم يعد طفلا كما كان سابقا ويسعى الى تأكيد ذاته، بمعنى انها مرحلة انتقالية من طفل يعتمد على الآخرين الى شخص يعتمد على نفسه بهدف تحقيق شخصية مستقلة عن الآخرين.

التعريف الاجرائي: هي المرحلة التي يكون فيها المراهق سنه (13- 15) سنة.

7/الدراسات السابقة:

أ/ **الدراسات العربية:**

1/ دراسة محمد أسامة محمد مرسي، 2002: تقييم الوظائف المعرفية لدى اضطراب الوسواس القهري.

الهدف من الدراسة: تقييم الوظائف المعرفية في مرضى اضطراب الوسواس القهري والاشخاص الأصحاء و استبيان وجود تأثير لحدة المرض على هذه الوظائف.

نتائج الدراسة: أثبتت الدراسة وجود خلل في الوظائف المعرفية في الاختبارات اللفظية في اضطراب الوسواس القهري، و ان هذا الخلل في الوظائف المعرفية غير مرتبط بحدة المرض كما أن نوعية الأعراض قد تؤثر على بعض القدرات المعرفية مثل قدرات الذاكرة و الاسترجاع البصري.

2/ دراسة علي، مصطفى عبد العظيم، 2003 : تقييم الجوانب العصبية لاضطراب الوسواس القهري

الهدف من الدراسة :تقييم الجوانب العصبية في مرضى الوسواس القهري شاملا تقييما للوظائف المعرفية و فحصا للعلامات العصبية الدقيقة، بالإضافة الى دراسة الجوانب الفيزيولوجية مع استبيان وجود تأثير لدرجة المرض على هذه الجوانب.

عينة البحث: تكونت من سبعة وثلاثين مريضا و ستين شخصا من الأشخاص الأصحاء متطابقين مع المرضى في السن والجنس ومستوى التعليم.

نتائج الدراسة: اظهرت الدراسة إضطرابات فيزيولوجية مميزة. أثبتت الدراسة أيضا وجود علاقة طردية بين حدة الوسواس وحدوث بعض العلامات العصبية، و وجود علاقة عكسية بين هذه العلامات ومقياس الذكاء.

3/ دراسة محمد مخيمر مخيمر الجمل،2005: التدهور العقلي واضطراب الذاكرة والتفكير التجريدي لدى مرضى الوسواس القهري.

الهدف من الدراسة: التحقق مما اذا كان يعانون من تدهور عقلي عام أم يعانون من تدهور عقلي نوعي في بعض الوظائف المعرفية مثل الذاكرة و التفكير التجريدي، كما تهدف الى التعرف على أهم ديناميات البناء النفسي لمرضى الوسواس القهري.

وقد استخدم الباحث المنهج الاكلينيكي وتكونت **عينة الدراسة** من 50 مريضا بالوسواس القهري و50 فردا من الاسوياء جميعهم من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين 40-20 عاما

أدوات البحث: استخدم الباحث مقياس الوسواس القهري، مقياس المصفوفات المتدرجة

اختبار المفردات، اختبار المعلومات، اختبار اعادة الارقام، اختبار بندر جشطات، اختبار الامثال والمقابلة الاكلينيكية، وTAT.

أ/نتائج الدراسة السيكومترية:

عدم وجود تدهور عقلي عام لدى مرضى الوسواس القهري- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الوسواس القهري والاسوياء على اختبار المعلومات مما يشير الى وجود خلل في الذاكرة اللفظية طويلة المدى لدى مرضى الوسواس القهري- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى الوسواس القهري والاسوياء على اختبار بندر جشطالت مما يشير الى وجود خلل في الذاكرة البصرية قصيرة المدى لدى مرضى الوسواس القهري- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مرضى الوسواس القهري والاسوياء على اختبار الأمثال مما يشير الى وجود فروق دالة احصائيا بين مرضى الوسواس القهري والاسوياء في التفكير التجريدي ومستوياته.

ب/ نتائج الدراسة الاكلينيكية:

تميزت الذات بالاضطراب والشك عن العلاقة بالأم فتعد بمثابة النواة التي تدور حولها مقومات حياة المريض وصراعاته، وعن العلاقة بالأب فهي تستثير لدى الذات عدوان سادي شديد وبالنسبة للأشقاء فنجد أن الذات تمارس إيثار بعض الاخوة على البعض الآخر ولم يفصح المرضى عن علاقة عميقة بأشقائهم وعن العلاقة بالأقران، كل من المرضى غير قادرين على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فعلاقاتهم بأقرانهم يشوبها عدم الكفاء والغيرة. عن العالم الخارجي نجد أن التواصل بين الذات وهذا العالم تكاد تكون مقطوعة تماما فالذات مشحونة بالصراعات والمخاوف تجاه هذا العالم نتيجة لما تعرض من إحباطا

4/ دراسة بن قسمية موسى الاسعد،2009: علاقة الدور المنظم للغة بالوظائف التنفيذية لدى اطفال الروضة وظيفة الكف المعرفي نموذجا.

إشكالية الدراسة: تمحورت في التساؤلات التالية :هل هناك تأثير او تأثر بين اللغة والوظائف التنفيذية ؟هل هناك علاقة للدور المنظم للغة بالكف المعرفي ؟هل هذه العلاقة تؤثر على السلوك الاتصالي اللفظي وغير لفظي؟

الفرضية: يؤثر الدور المنظم للغة على الوظيفة التنفيذية عند أطفال الروضة

المنهج: المستعمل هو المنهج الوصفي، **وسائل البحث:** في هذه الدراسة تمثلت في اختبار الذكاء متمثلا في اختبار رسم الرجل، واختبار Thiberge للباحثة ThibergeM وشبكة تحليل الخطاب النفس – لساني المقترحة من طرف الاستاذ نواني حسين(1996) واختبارات الوظيفة التنفيذية (الكف المعرفي).

العينة: قوامها 30 حالة توفرت فيها الشروط والمؤشرات (السن – اللغة المستعملة – مدة الالتحاق بالروضة – السوابق المرضية – الجنس).

النتائج: وجود ارتباط بدلالة واضحة جدا ذلك لان اللغة هي سلوك معرفي ينتظم داخل نسق معقد للتفاعل التنفيذي على مستوى الدماغ.

5/ دراسة بن عبد السلام عبد الله، 2011: قلق وعلاقته بصعوبة القراءة عند تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط بمنطقة تمنراست الكف المعرفي نموذجا

الهدف من الدراسة: إلى معرفة العلاقة بين القلق وصعوبة القراءة لدى عينة من تلاميذ السنة الأولى من التعليم المتوسط بمنطقة تمنراست.

العينة: تكونت من 60 تلميذ؛ وتم تطبيق **أدوات البحث** التالية: مقياس القلق واختبار القراءة ومقياس الكف المعرفي .

نتائج الدراسة: وجود علاقة دالة وموجبة بين القلق وصعوبة القراءة، و وجود علاقة دالة وضعيفة بين القلق ووظيفة الكف المعرفي لدى عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق الذكور و الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات صعوبات القراءة للذكور والإناث.

6/ دراسة جعفر شريف وسام،2011: طبيعة الوظائف التنفيذية (التخطيط ، الكف والليونة الذهنية) عند المصابين بالفصام دراسة نفسية عصبية لسبع حالات في الوسط الاستشفائي الجزائري

مشكلة الدراسة الرئيسية: ما هي طبيعة الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالفصام

الفرضية العامة : تتميز الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالفصام بالاضطراب

المنهج: المعتمد في هذه الدراسة هو المنهج العيادي **أدوات المستعملة** في الدراسة تتمثل في السوابق المرضية النفس – عصبية واعتمد على النموذج تم اعداده من سرون (SERON) وفندر لندن (VANDER

LINDEN) – البطارية السريعة للتقييم الجبهي (dubois) سنة 2002 صورة راي La figure de Rey- اختبار ستروب Le test de Stroop-اختبار تتبع المسارات Trail-Making Test- اختبار تصنيف البطاقات لوسكونسين المعدل Wisconsin card sorting test modified.

العينة: عددها (7) حالات من الجنسين اعمارهم تفوق 18 سنة، يخضعون للعلاج الدوائي **النتائج:** ان للفصامي اضطراب في الوظائف التنفيذية.

7/ دراسة عبد المجيد محمد حسين البارقي،2013: فاعلية برنامج لتنمية مهارات الوظائف التنفيذية في خفض حدة صعوبات التعلم المعرفية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالمملكة العربية السعودية.

مشكلة الدراسة: ما فعالية برنامج لتنمية مهارات الوظائف التنفيذية في خفض حدة بعض صعوبات التعلم المعرفية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية في المملكة الابتدائية في المملكة العربية السعودية ؟

المنهج المتبع: هو المنهج التجريبي؛ واستخدمت الدراسة عدة **مقاييس** من أهمها : مقياس الوظائف التنفيذية ومقياس صعوبات الانتباه ،مقياس صعوبات الذاكرة ، وبرنامج لتنمية الوظائف التنفيذية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، ومن خلال تحليل البيانات باستخدام اختبارات ويلكوكسون ومان وينتي.

نتائج الدراسة: توصلت الى فاعلية البرنامج المستخدم في تنمية الوظائف التنفيذية، وخفض حدة صعوبات الانتباه والذاكرة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

8/ دراسة عبد الله العجمي، 2014: قصور في الوظائف التنفيذية لدى الاطفال التوحديين.

الهدف من الدراسة: للتعرف على العلاقة بين الوظائف التنفيذية والتفاعل الاجتماعي لدى الاطفال التوحديين.

عينة الدراسة: 60 طفلا توحديا من الذكور والاناث تتراوح أعمارهم بين 6 و12 عاما من الملتحقين بمدارس التوحد في الكويت.

المنهج: استخدم المنهج الوصفي المقارن؛ **أدوات الدراسة** قائمة تقدير السلوك للوظائف التنفيذية كأداة للقياس بالإضافة الى مقياس التفاعل الاجتماعي.

نتائج الدراسة: قصور في الوظائف التنفيذية لدى الاطفال التوحديين تتمثل في المراقبة والذاكرة العاملة والتخطيط، والكف، والتحكم الانفعالي، والتحويل والمبادرة، وتنظيم الادوات

وبينت النتائج ان المبادرة والمراقبة من أكثر الابعاد قصورا في الوظائف التنفيذية، وأقلها قصورا كان بعد التحويل وتنظيم الادوات.

9/ دراسة محمد عبد الحكيم سليم، وسامح أحمد سعادة، 2015: الوظائف ما وراء المعرفية في عينة من المصريين المصابين باضطراب الوسواس القهري

الهدف من الدراسة: استكشاف الدور الذي يلعبه هذا المفهوم "ما وراء المعرفة "في التسبب في أعراض السواس القهري.

العينة: تم اختيار 40 مريضا ممن يعانون من الوسواس القهري، و46 شخصا صحيحا كمجموعة ضابطة متجانسة احصائيا مع المرضى في متغيرات السن والجنس والمستوى الاقتصادي الاجتماعي

أدوات الدراسة: مقياس بيل براون للوسواس، وتطبيق استبيان اتجاهات المسؤولية وما وراء المعرفة.

النتائج: سجلت مجموعة المرضى المصابين بالوسواس القهري درجات أعلى بكثير من المجموعة الضابطة في جميع الابعاد الفرعية، بالإضافة الى النتيجة الكلية لاستبيان ما وراء المعرفة، وتميزت الابعاد الخاصة بالثقة المعرفية والمخاطر والسيطرة، بالإضافة إلى النتيجة الاجمالية، بأحجام تأثيرية مرتفعة، وقد تم تسجيل تناسب طردي قوي بين أبعاد ما وراء المعرفة وبين شدة اعراض الوسواس القهري؛ وعند استبعاد التأثير الخاص بالشعور بالمسؤولية عن الافكار فان معظم الابعاد الخاصة بما وراء المعرفة قد احتفظ بعلاقته الطردية الدالة بشدة الوسواس ولم يفقد هذه العلاقة سوى في بعدين من أبعاد ما وراء المعرفة.

10/ دراسة محمد عبد الرحمان الشقيرات،2015: عنوان الوظائف التنفيذية للدماغ عند عينة من طلبة الجامعة الاردنية وعلاقتها بالنوع الاجتماعي.

الهدف من الدراسة: تقصي الوظائف التنفيذية للدماغ عند عينة من طلبة الجامعة وعلاقتها بالجنس.

عينة الدراسة: تكونت من 183 طالبا (98 طالبا و85 طالبة)؛ و**أدوات الدراسة** استخدمت قائمة التقدير السلوكي للوظائف التنفيذية.

النتائج: أشارت الى وجود درجة مرتفعة من الوظائف التنفيذية عند طلبة الجامعة، و انه لا توجد فروق بين الجنسين في الوظائف التنفيذية التي قيست بأداة الدراسة.

11/ دراسة شعبان مهيمه محمد،2015: الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كلٍ من مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب.

الهدف من الدراسة: فحص الأداء الوظيفي التنفيذي والتعرف على طبيعة ونوعية الخلل في الوظائف التنفيذية من منظور نفسي عصبي لدي المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب، ومقارنتهما بمجموعة مماثلة من الأسوياء من أجل كشف الفروق بين المجموعات الثلاث في الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية المستخدمة في الدراسة الحالية. كما هدفت – أيضًا – إلى التعرف على العلاقة بين الأداء التنفيذي المعرفي والخصائص المرضية مثل شدة ومدة المرض، ومدى تأثره بهذه الخصائص لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب.

العينة: تكونت العينة الكلية للدراسة من 69 مفحوصًا (23 من المرضى المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري، و23 من المرضى المصابين بالاكتئاب الشديد، و23 من الأسوياء)

أدوات الدراسة: اشتملت على دراسة الحالة، والمقياس العربي للوسواس القهري، ومقياس يل- براون للوسواس القهري، وقائمة بيك للاكتئاب، وبطارية الذكاء المختصرة لمقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الخامسة)، ومقياس الوعي بالذات، ومقياس الدافعية، واختبار الويسكونسين لتصنيف البطاقات، ومقياس الذاكرة العاملة الفرعي لمقياس ستانفورد – بينيه للذكاء (الصورة الخامسة).

النتائج:

1 وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المرضى المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري، والمرضى المصابين بالاكتئاب الشديد، والأسوياء في الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية -2 وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيًا بين درجات الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية والأداء على مقياس الاضطراب الوسواسي القهري-3 وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيًا بين شدة الأعراض الوسواسية القهرية والأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية-4 وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيًا بين الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية والأداء على مقياس بيك للاكتئاب.
5 وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيًا بين الأداء على مقياس الذاكرة العاملة والأداء على بعض الأبعاد الفرعية لاختبار الويسكونسين لتصنيف البطاقات لدى كلٍ من المرضى المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري، والمرضى المصابين بالاكتئاب الشديد.

6 يمكن التنبؤ بالاضطراب الوسواسي القهري بدلالة قيم الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية-
7 يمكن التنبؤ باضطراب الاكتئاب الشديد بدلالة قيم الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية.

12/ دراسة الشيخ انسام عبد السلام: الفروق في المؤشرات النيوروسيكولوجية والكيمياوية العصبية بين مرضى الفصام ومرضى الوسواس القهري

الهدف من الدراسة: تحديد الاضطرابات النيوروسيكولوجية باعتبارها جنبا من جوانب البروفايل السلوكي العصبي في عينات الدراسة من خلال استخدام بطارية النيوروسيكولوجية من الاختبارات والملاحظات الخاصة بوظائف الفص الامامي، وتحديد الكيمياويات العصبية وتخيرت الباحثة بعض الكيمياويات التي اشارت الدراسات السابقة والنظريات الى دورها في كل من الفصام والوسواس القهري وهو الدوبامين، و السيروتونين، و النورابنفرين، بالإضافة الى نواتج بعض هذه الناقلات كمؤشر لنشاطها بالمخ والجهاز العصبي المركزي وهي الهومافييليك باعتباره مؤشر دوباميني؛ و إيجاد العلاقات من التغييرات الكيميائية والمؤشرات النيوروسيكولوجية داخل الفئات المرضية بهدف

تحديد اذا كان هناك استجابة عصبية مميزة لكل فئة ام لا باعتبار ان العلاقة بين ناقل عصبي محدد و مؤشر نيوسيكولوجي هي استجابة سلوكية و عصبية متوائمة مكون خارجي ومكون داخلي.

ب/ الدراسات الاجنبية:

1/ دراسة "ماكلاين" (Mclean)، 2001 : العلاج الاستعرافي السلوكي والعلاج السلوكي باستخدام تقنية التعرض ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري.

هدف الدراسة: المقارنة بين العلاج الاستعرافي السلوكي والعلاج السلوكي باستخدام تقنية التعرض ومنع الاستجابة ،في علاج اضطراب الوسواس القهري

العينة: تكونت من 63 حالة تم تقسيمهم الى 31 مشاركا يعالجون بالعلاج الاستعرافي السلوكي و32 مشاركا بتقنية التعرض ومنع الاستجابة، ومجموعة ضابطة تمثلت في 38 ممن على قائمة الانتظار لمدة 3 أشهر، بمدى عمري 18-56 سنة.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة فاعلية كل من البرنامج العلاج الاستعرافي السلوكي، والعلاج السلوكي بتقنية التعرض ومنع الاستجابة، في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تفوق برنامج العلاج السلوكي بتقنية التعرض ومنع الاستجابة نسبيا، ولكن لوحظ بعد فترة المتابعة ان امتداد أثر العلاج افضل من تقنية التعرض ومنع الاستجابة فقط و وصلت الدراسة بالدمج بين الأسلوبين.

2/ دراسة Margaret Semurd-Clikeman،2003: الوظيفة التنفيذية واضطراب التواصل الاجتماعي

ملخص هذه الدراسة: يكمن في ان للوظائف التنفيذية أدوارا رئيسية في التواصل الاجتماعي بل يمكن اعتباره مكونا محوريا لعملية التواصل الاجتماعي لدى الاطفال .

وبالنسبة للأطفال ذوي اضطراب قصور (عجز) الانتباه المقترن بالنشاط الحركي الزائد وبعض الاطفال ذوي انماط معينة من صعوبات التعلم يوجد خلل او قصور دال لديهم في مهارات الوظائف التنفيذية مما يتطلب التدخل التعليمي والعلاجي من قبل الاباء والمعلمين لتصحيح الخلل او علاج هذا القصور ، والوظائف التنفيذية مهمة جدا للطفل اذ تمكنه من تقييم ادائه السلوكي الوظيفي الشخصي.

وتقرير التغيرات التي يفترض ان يحدثها لتحقيق النجاح في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الاخرين، والوظائف التنفيذية ليست مهمة فقط للنمو المعرفي او للأداء المعرفي الوظيفي الفعال لكن فيما يبدو مهمة كذلك بل في الواقع اكثر اهمية للتوافق الاجتماعي الناجح ولتحسين جودة حياة الاشخاص بصفة عامة.

3 / دراسة OLIVIER Schirlin، 2004: بعنوان الكف والعاطفة :الاحتفاظ، الوظائف التنفيذية و المتعة.

الهدف من الدراسة: تقدم هذه الاطروحة مساهمات تجريبية اصلية فيما يخص مجالات الدراسة الكف والعاطفة وكذلك وضع تصور للتطور المعرفي من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد. وقد تمت دراسة الكف بتجارب قياس الزمن العقلي de chronométrie mentale في بعض الأحيان على المهام للحفاظ على عدد وطول ووزن، حيث يتم تقديم بطارية اختبارات الوظائف التنفيذية من اجل اختبار فرضية الكف باسم "السن – المجال المحدد" والبيانات التجريبية على الكف تعزز هذه فرضية الكف المحددة وتسليط الضوء على إمكانية النظر في اثنين من مختلف مسارات المعالجة المعرفية المعنية حيث أن كـميـة من هذا القبيل في مهام المحافظة: مـستـمـر أو متقطع.

ونموذج دراسة الجديدة تقدم متعة للأطفال أيضا تتكون من إجراء محوسبة عرض الصور المتعة.

النتائج: تشير إلى أنواع من المتع المختلفة في الأطفال مقارنة بالنتائج المعروفة للكبار في الأمراض النفسية. الارتباط بين المتعة البصرية و الكف.

4/ دراسة Willner et Goody، 2006: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج سلوكيات قهرية وافكار وسواسية لدى حالة ذات صعوبات تعلم

الهدف من الدراسة: مناقشة وتعديل وتصحيح التشوهات المعرفية المسببة للوسواس القهري والناتجة عنه

العينة: تكونت من امرأة واحدة فقط من فئة الراشدين ذوي صعوبات التعلم المتوسطة تعاني من اضطراب الوسواس القهري وتبلغ عمرها 29 عاما متزوجة ولديها أطفال، وتعيش مع والديها، و لديها تاريخ مرضي بالوسواس القهري منذ ان كانت بالمدرسة، اضافة الى علاقات اجتماعية محدودة، واندفاعية ، وافكار لاعقلانية وتشوه معرفي

نتائج الدراسة: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، من خلال 30 جلسة ، تضمنت الاسترخاء والتعريض ومنع الاستجابة والحوار مع الذات في علاج الوسواس القهري لدى الحالة.

5/ دراسة Dupuy et all، 2012: دور وظيفة الكف في اضطراب الوسواس القهري

الهدف من الدراسة: الكشف عن طبيعة الآليات العصبية الكامنة في التعبير أعراض الوسواس القهري لم يتحدد بعد وقد ركزت الدراسات على استعراض وظائف تنفيذية ومع ذلك تعطي أهمية للدور الذي لعبته الكف والمرونة الإدراكية . معظم منهم تظهر تثبيط معيب و ضعف المرونة المعرفية التي يمكن أن تشكل الأفكار الجامدة والمتكررة و إجراءات مشتركة في جميع أشكال الوسواس القهري.

و الهدف من هذه الدراسة تعزيز فرضية وجود عجز في الكف والمرونة المعرفية، بحيث خصص الجزء الاول للدراسة خصص للمقاربة النظرية النفس عصبية بحيث وضع الكف والمرونة كوسيط واعد للفهم الوسواس القهري، والجزء

الثاني من الدراسة مراجعة الدراسات. التي تستخدم مقاييس مختلفة للكف و المرونة، والنتائج متناسقة مع الفرضية السالفة الذكر.

6/ دراسة Hartl et al، القصور المعرفي لدى مرضى التجميع والتخزين القهري

الهدف من الدراسة: دراسة القصور المعرفي لدى مرضى التجميع و التخزين القهري.

عينة الدراسة: تكونت من 22 مصاب بالتجميع والتخزين القهري، و24 غير مصاب به كعينة ضابطة، وقد قامت الدراسة بقياس الذاكرة ومدى الاعتماد عليها والمعتقدات المتعلقة حولها.

النتائج: وقد واجه المصابون بالتجميع، والتخزين القهري صعوبات في القدرة على التذكر و أظهروا عدم الثقة بالذاكرة، كما أظهروا افكارا مبالغ فيها ومأسوية في تقديرهم للنتائج التي تترتب على نسيان أماكن الأغراض.

ج – تعقيب على الدراسات سابقة:

بعد سرد الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث الذي نحن في صدد معالجته في هذه المذكرة والمتمثل في اضطراب وظيفة الكف ودورها في ظهور الأفكار و السلوكات القهرية يتضح لنا مايلي:

موضوع البحث:

يعد موضوع الدراسة الذي سوف نتناوله في هذه المذكرة من المواضيع التي يمكن أن نقول عنه من المواضيع المستحدثة في الوسط العربي والمحلي في ميدان علم النفس – في حدود علم الباحثة– وبناء على معلومات من طرف بعض الاساتذة والباحثين في مجال علم النفس من جامعات متعددة في تخصص علم النفس العصبي.

رغم أن الدراسات العربية تناولت اضطراب الوسواس القهري من جوانب مختلف من جانب معدل انتشاره من جانب أساليب علاجه ومكوناته وعلاقته بالاضطرابات الأخرى وعلاقته كذلك بسمات الشخصية إلا أنه لاحظنا افتقار دراسات تناولت أو بالأحرى محاولة فهم وتفسير أعراض الاضطراب من الجانب العصبي في ظل تزايد الاهتمام بهذا العلم الذي يدرس العلاقة بين السلوك والجهاز العصبي؛ كما تناولت بعض الدراسات العربية الوظائف التنفيذية وتقييمها لدى عينات تعاني من اضطرابات مرضية مثل الفصام، اضطراب افراط النشاط ونقص الانتباه، الزهايمر، الادمان، التوحد، العته، متلازمة داون ... ولم تقتصر البحوث دراسة الوظائف التنفيذية لدى المضطربين بل شمل حتى الأسوياء كذلك؛ ولكن لا نكاد نجد تناول الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالوسواس القهري، إلا أنه حظي بالدراسة في الدراسات الغربية مثل دراسة Dupuy و زملاؤه سنة 2012 ودراسة OLIVIER Schirlin سنة 2004 ودراسة نورمان وشاليس، ودراسة تاليس، ودراسة Posner ماعدا دراسة عربية بالجامعة المصرية لشعبان مهيمه محمد بعنوان الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كل مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب (دراسة مقارنة). التي هدفت إلى التعرف على طبيعة ونوعية الخلل في

الوظائف التنفيذية من منظور عصبي. كما تناولت دراسات قليلة جدا الوظائف المعرفية وتقييم الجوانب العصبية بالإضافة الى دراسة الجوانب الفيزيولوجية لهذا الاضطراب الذي نحن في صدد تناوله؛ ودراسة أخرى للشيخ أنسام عبد السلام تناولت تحديد الاضطرابات النيوروسيكولوجية باعتبارها جنبا من جوانب البروفايل السلوكي العصبي.

المقاييس المستخدمة

وتتفاوت الدراسات في المقاييس المستخدمة، فبالنسبة لقياس الوسواس القهري، فقد استخدمت دراسات المقياس العربي للوسواس القهري (شكري والعنبري 1995)، فيما استخدمت دراسات أخرى المقياس العربي من إعداد عبد الخالق ودراسات اخرى استخدمت قائمة "مودزلي " للعصاب القهري ترجمة فرج والبشر 2002 وأخرى استخدمت مقياس بيل براون للأفكار والافعال القهرية، وهذا ما يتضح لنا لا يوجد مقياس موحد لقياس الاضطراب ودراستنا هذه سوف نستخدم مقياس "بيل براون"؛ بينما اعتمد في قياس الوظائف التنفيذية وبالأخص وظيف الكف معظم الدراسات اعتمدت على اختبار ستروب، وgo no go

حجم العينة:

تراوحت حجم العينة المستخدمة في الدراسات العربية بين (3إلى 231) أما الدراسات الأجنبية بين (1الى245)، وفي الدراسة الحالية اعتمدنا على مجموعة دراسة بلغ عددها أربعة أفراد وهي بالنسبة للعينات العيادية المستخدمة في الدراسات السابقة لم تكن أقل من غيرها من حيث الحجم، ونلاحظ أن معظم الدراسات السابقة طبقت في بيئات عربية وأجنبية تختلف خصائصها عن البيئة المحلية، مما يجعل الدراسة في البيئة الغرداوية وخاصة في بلدية بريان أمرا ملحا وضروريا في ظل تزايد عدد المصابين باضطراب الوسواس القهري نظرا لما يمكن أن تنطوي عليه الدراسة من نتائج تخدم مختلف ميادين الممارسة العلاجية والارشادية.

نوع العينة:

أما من ناحية نوع العينة، فقد استخدمت الدراسات التي تناولت الوسواس القهري عينات من الطلبة والطالبات الجامعيين الأسوياء والمصابين باضطراب الوسواس القهري وجل الدراسات استخدمت عينة سنها تفوق 18سنة وبعض الدراسات استخدمت عينة الأطفال يتوسط أعمارهم 12.59، أما الدراسات التي تطرقت الى الوظائف التنفيذية فقد استخدمت عينات مختلفة من الأطفال في سن التمدرس وفي الروضة والراشدين الأسوياء والغير أسوياء، و دراسات أخرى استخدمت عينات من المرضى مقارنة بعينات من الأسوياء.

المنهج:

ومن حيث المنهج المستخدم فهناك تفاوت رغم ان أغلب الدراسات التي تناولت الوسواس القهري والوظائف التنفيذية استخدمت المنهج الوصفي، أما الدراسات التي تناولت أساليب علاج الوسواس القهري

استخدمت المنهج الشبه التجريبي، واستخدمت دراسات أخرى المنهج التجريبي، وأخرى منهج دراسة حالة، وفي دراستنا الحالية نستخدم منهج العيادي الذي تناولته بعض الدراسات السابقة.

المتغيرات الديمغرافية:

أما فيما يتعلق بالمتغيرات الديمغرافية، فيلاحظ ان أكثر الدراسات استعملت متغيرات الفئات العمرية والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وفي بعض الدراسات استعملت متغير المستوى الاقتصادي، ودراسة استعملت متغير الجنس والسكن والكلية .

خلاصة:

ومن خلال ما تم ايراده من دراسات تتعلق بمشكلة الدراسة، فانه تبرز أهمية الحاجة الملحة لإجراء الدراسة الحالية بشأن اضطراب وظيفة الكف ودورها في ظهور السلوكيات والأفكار القهرية. لأن الدراسات في البيئة العربية حول الوسواس القهري تناولت هذا الاضطراب من عدة جوانب إلا أن التناول من الجانب العصبي قليل جدا ماعدا دراسة في البيئة المصرية بعنوان الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كل مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب (دراسة مقارنة) وهي تختلف عن الدراسة الحالية من حيث المنهج المستعمل والعينة وحجم العينة وبالأخص في دراستنا هذه نسلط الضوء على وظيف من الوظائف التنفيذية وهي وظيفة الكف

أما الدراسات التي تناولت الوظائف التنفيذية وتقييمها لدى عينات تعاني من اضطرابات مرضية مثل الفصام، اضطراب افراط النشاط ونقص الانتباه، الزهايمر، المدمنين ، التوحد، العته، متلازمة داون ....وعند الأسوياء كذلك ولكن لا نكاد نجد تناول الوظائف التنفيذية لدى المصابين بالوسواس القهري

والدراسة الحالية تتناسب مع دراسة الأجنبية التي أعدها كلا من .Dupuy,M و زملاؤه بباريس وهذه الدراسة تهدف إلى الكشف عن طبيعة الآليات العصبية الكامنة في التعبير أعراض الوسواس القهري و تعزز فرضية وجود عجز في الكف والمرونة المعرفية، ما يميز دراستنا الحالية أنها حديثة وتطبيقها في البيئة العربية والمحلية مهم جدا، أضف إلى الحاجة الملحة لمثل هده الدراسة لفهم أعراض وطبيعة الآليات العصبية لهذا الاضطراب، أضف إلى ذلك لما يمكن أن تنطوي عليه الدراسة من نتائج تخدم مختلف ميادين الممارسة العلاجية والارشادية.

الفصل الثاني

الوظائف التنفيذية - وظيفة الكف-

تمهيد

1- تعريف الفصوص الجبهية

2- تعريف الوظائف التنفيذية

3- خصائص الوظائف التنفيذية

4- أنواع الوظائف التنفيذية

4-1 التخطيط

4-2 الكف

4-3 الليونة الذهنية

5 – النماذج المفسرة للوظائف التنفيذية

5-1 نموذج لوريا

5-2 نموذج نورمان و شاليس

5-3 نموذج مياكي

6 – اضطراب وظيفة الكف

7- قياس سيرورة الكف

خلاصة

تمهيد

تحظى الوظائف المعرفية بالمكانة الكبرى في ميدان العلوم العصبية، كما تعد الوظائف التنفيذية من أبرزها، غير أن الاهتمام بها هو اهتمام فتي، والدراسات الحديثة تسعى للتعريف بها.

ترتبط الوظائف التنفيذية ارتباطا وثيقا بالفصوص الجبهية، ولا طالما اختلفت الآراء حول التسميات العديدة لإصابات الفصوص الجبهية بين هؤلاء الذين اعتبروها عرض جبهي واخرون اعتبروها عرض تنفيذي أو اضطراب تنفيذي، منه يبرز الارتباط الكبير بين الفصوص الجبهية من ناحية التشريحية والوظيفية وما علاقتها بالوظائف التنفيذية ؟

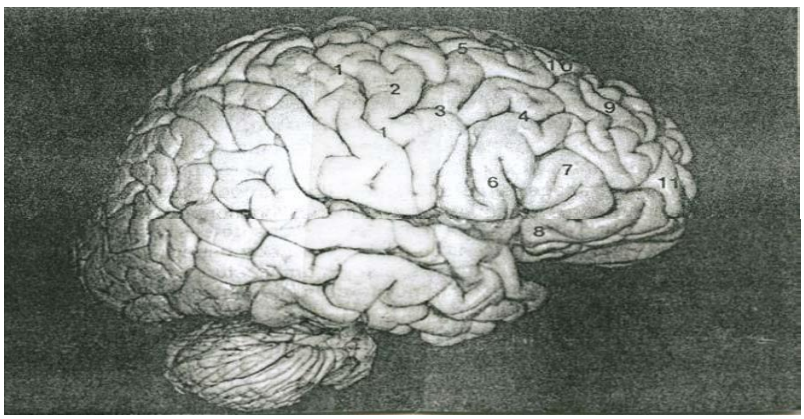
1- تعريف الفصوص الجبهية :

يعتبر لوريا "LURIA" الفصوص الجبهية بأنها الأداة الأساسية في تنظيم النشاط العقلي في مجمله وتتضمن برمجة هذا الأخير إضافة إلى مراقبة نتائجه. (جعفر شريف، 2011، ص:36)

كما أن الفصوص الجبهية تشكل المنطقة الأكثر قدم في الدماغ، و هي تتموقع في الشق المركزي (Sillon central) أو ما يعرف بشق رولندو، الذي يفصلها على الفص الجداري و له شكل على قاعدة خلفية (Hardy-Baylé, 1997, p:4)

يقسم الفص الجبهي :

- **جهة جانبية:**



الشكل (1):منظر جانبي للفصوص الجبهية

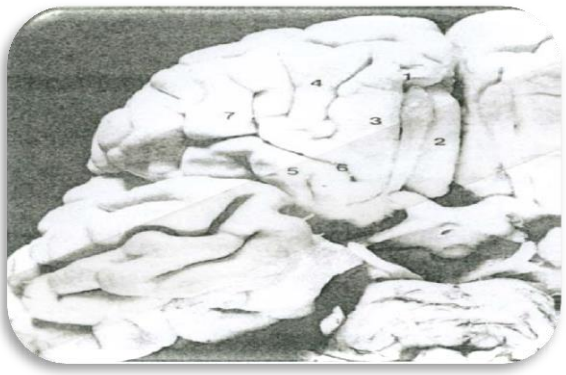
تشتمل الجهة الجانبية على الشق المركزي، التلفيف قبل مركزي أو التلفيف الجبهي الصاعد والتلافيف الجبهية الاولى، الثانية، والثالثة والتي يرمز لها بـ (F3،F2،F1) كما نجد في تقسيمات F3 الجزء الغطائي الظهري الذي يعتبر جزء من مكونات الساحة الباحة اللغوية او ما يعرف بمنطقة بروكا.(جعفر شريف، 2011، ص:37)

– الجهة الوسطى:

الشكل (2):منظر وسطي للفصوص الجبهية

تتكون من الفصيص فوق – المركزي من أمام الشق المركزي، والتلفيف الجبهي الوسطى والتلفيف شبه – شمي والتلفيف اللمبي، يرتبط القسم الداخلي للجهاز اللمبي بالوظائف المعرفية التي تتضمن معالجة الأحاسيس المرتبطة بالمعلومات، ويتدخل سطحه الأوسط في حل المسائل المعرفية.

– الجهة الداخلية أو الباطنية:



الشكل (3): منظر داخلي للفصوص الجبهية

تحتوي على التلافيف المستقيمة، التي قد تربط بعض مظاهر استرجاع الذكريات الاوتوبيوغرافية، كما تحتوي على القشرة المحجرية الجبهية، التي لها دور في الوظائف المعقدة منها ، اتخاذ القرارات واستدخال المشاعر وكذلك الذكريات.

(جعفر شريف، 2011، ص:37)

كما تقسم الفصوص الجبهية حسب الوظيفة التي تقوم بها إلى :

- ✓ اللحاء ما قبل مركزي: ويضم المنطقة (4)، أو اللحاء الحركي البدائي
- ✓ اللحاء ما قبل المركزي: ويضم المنطقة (6) أو المنطقة الحركية الاضافية ، ويتشكل الثلث السفي للحاء ما قبل حركي للناحية اليسرى من المنطقة (44) و(45) لبروكا وهاتين المنطقتين متقاربتين من الناحية السوتولوجية والوظيفية (Manning, 2005, p:180)

يتضح لنا من كل ما ذكرناه ان للفصوص الجبهية وظيفة كبرى في العمليات المعرفية العليا وبالتحديد الوظائف التنفيذية، وهذا ما اتضح من خلال معظم الدراسات القديمة والحديثة منها التي تبرز العلاقة بين الاصابات الجبهية واضطراب الوظائف التنفيذية وفيما يلي عرض مفصل لكل هذا.

2- تعريف الوظائف التنفيذية :

يشير مصطلح" الوظائف التنفيذية " في علم النفس العصبي الى الوظائف التوجيهية (Fonction de direction)، والتي تسمح بتنفيذ مهمة ما، والتعريف بالهدف و الغايات المرجو بلوغها والاستراتيجيات المناسبة من خلال مراقبة سيرها ونتائجها، وهي تتعلق بالوظائف العليا (وظائف المراقبة) التي تتدخل في العديد من اشكال التنشيط المعرفي .

(Godefroye & al, 2008,p:9)

في سياق آخر فان الوظائف التنفيذية هي القدرات التي تسمح بإنشاء نماذج جديدة للسلوك واشكال جديدة للتفكير، هذه القدرات حسب مينينغ (Manning) تستخدم في وضعيات غير معروفة سابقا وفي وضعيات تكون فيها السلوكات والأفكار المخزنة لدى الفرد غير نافعة أو غير ملائمة في هذا السياق تظهر الوظائف التنفيذية كقدرات تكيفية بدرجة عالية (Manning, 2008, p:189)

كما قد تعرف الوظائف التنفيذية كمجمل الوظائف الضرورية لمراقبة وتنفيذ السلوكات المنتهجة نحو اهداف محددة، هذه القدرات المعرفية هي بالتالي ضرورية لحياة منظمة وحرة فهي تسمح بإنشاء خطط للأفعال باستخدام ما يتطلبه ذلك من قدرات عن العالم الخارجي .

من الناحية التخطيطية فهي تشمل مجمل القدرات اللازمة لنجاح مهمة ما:

- ✓ التعريف بالأهداف
- ✓ التخطيط بفضل استراتيجيات مكونة
- ✓ تكييف الخطط حسب اختلاف الرسائل الاتية من المحيط الخارجي
- ✓ كف الاجابات الغير ضرورية
- ✓ اعداد برنامج للإجابة لغاية الوصول الى التنفيذ الكلي . (Eustache, 1997, p:238)

بمفهوم آخر "فان الوظائف التنفيذية هي وظائف تهيأ وتراقب وتتحكم في كل الوظائف الأخرى " (Mazeau, 2005, p:207)

منه يمكننا القول أن الوظائف التنفيذية ترتبط بالقدرات الضرورية للشخص للتأقلم والتكيف مع الوضعيات الجديدة الغير معتادة والتي ليست لها حلول مسبقة وواضحة.

3- خصائص العمليات التنفيذية :

في محاولة جديدة لمعرفة خصائص الجهاز التنفيذي قام رابي (Rabbit) في 1997 باستنتاج عدة خصائص تتدخل عادة في العمليات التنفيذية .

الخاصية الأولى: هي الحداثة فالمراقبة التنفيذية ضرورية للقيام بمهام جديدة تستلزم ما يلي :

أ- تكوين الهدف

ب- التخطيط واختيار مختلف السلوكات اللازمة للوصول للهدف

ت- مقارنة الاستراتيجيات من حيث احتمال نجاحها وفعاليتها في استكمال الهدف

ث- مراقبة الخطة المنتقاة والاشراف عليها لغاية تنفيذها النهائي

ح- التدخل اذا ما فشلت الخطة

الخاصية الثانية : تقوم على وجود مراقبة تنفيذية تتدخل في البحث الحر (الشعوري) للمعلومات في الذاكرة هذه الخاصية تقترح الفصل ما بين الاسترجاع اللاتنفيذي (الاوتوماتيكي) للمعلومات في الذاكرة طويلة المدى وما بين البحث الفعال و المخطط للمعلومات الخاصة.

بمعنى آخر تتدخل كلها لربط الفعل بمراقبة خاصة لمنابع الانتباه، بغاية المرور من أداء سلوكي ما الى آخر حسب متطلبات المحيط، من جهة أخرى المراقبة التنفيذية ضرورية لمنع انتاج إجابات غير ضرورية في مجال ما، كما تعتبر ضرورية أيضا للتنسيق بين مهمتين من خلال تنفيذهما التلقائي كما تعمل على التعرف وتصحيح الأخطاء.

تشارك المراقبة التنفيذية أيضا في الانتباه من خلال مراقبته لمراحل طويلة ، ما يسمح بمراقبة سير عدة مراحل متسلسلة من السلوك بالإضافة الى أن المسارات التنفيذية وعلى عكس السلوك الغير تنفيذي قابلة للاكتشاف من قبل الوعي. (Seron, et al, 2000, p.p:275-276)

4- أنواع الوظائف التنفيذية

لا يوجد تقسيم موحد وثابت للوظائف التنفيذية، بل هناك عدة وظائف نجد بعضها عند فرق الباحثين ولا نجد البعض الآخر عند البقية.

4-1 التخطيط :

ان القدرات على تخطيط وتنفيذ السلوكات الموجهة نحو الهدف تستعمل في حل الاشكاليات، فالصعوبات في هذه المرحلة تبرز خاصة من خلال صعوبات في التنظيم والتركيب (Noel, 2007, p:123)

وحسب "نورمان وشاليس" فان الوضعيات التي تتطلب التخطيط تدخل ضمن تلك التي يقوم عليها نظام المشرف الانتباهي، بما أنها لا يمكن أن تنجز بصفة أوتوماتيكية بواسطة الافعال الروتينية فقط.

كما أن التخطيط هو القدرة العامة على التعرف وتنظيم المراحل اللازمة للقيام بالفعل المرغوب ويحتوي على عدة قدرات جزئية للتخطيط، ويجب ان يكون الفرد قادر على صياغة المفاهيم الخاصة بالتغيرات بالنسبة للوضعية الراهنة، وكذلك النظر للمحيط بعقلانية و إدراك الخيارات والقيام بها وتنظيم الافكار المتعاقبة والقديمة الضرورية لنمو إطار المفاهيم اللازمة للخطة (Pradat-Diehl et al, 2006, p:14)

إن التخطيط هو برمجة الأفعال والعمليات المراد القيام بها:

- في ميدان محدد
- بأشياء محددة

- بوسائل محددة
- في وقت محدد و(مراحل) محددة

4-2 الكف:

يعتبر الكف وظيفة جبهية بمحاداة الذاكرة النشطة، يقوم الكف بمراقبة الوظائف المعرفية اضافة الى الوظائف الحركية والوجدانية، حيث ان إنتقاء الاجابات الملائمة يتطلب كف كل تلك الحاضرة وكذلك كف المخططات الروتينية. (Manning, 2005, p:191)

إن المفهوم العام للكف يرمي إلى عدة ميكنزمات مختلفة، ما يهم دراستنا هو مجموع هذه الأخيرة التي تسمح بعدم دخول المعلومات الغير ضرورية في الذاكرة العاملة (وبالتالي يضطرب الفعل قيد الإنجاز) ومن جهة أخرى مسح المعلومات السابقة التي كانت ضرورية في الماضي وأصبحت غير ضرورية الآن، في هذا المفهوم فالكف قد يؤخذ على أنه وظيفة من وظائف المراقبة القائمة في نظام المشرف الانتباهي.
(Seron & al, 2000, p:281)

كما يمكننا اعتباره ميكانزم يعمل على كف المعلومات الذاتية والمشوشة باستمرار بصفة نشطة حيث يرى كامو (Camus) أنه يكون ضروري، عندما يكون هناك تصورين منافسين على مستوى أخذ القرار لضبط الاجابة، فالكف هو سيرورة نشطة تتدخل لتمنع مرور المعلومات غير الملائمة للنشاط قيد التنفيذ. (Camus, 1999, p:45)

والكف هو أيضا القدرة على منع إصدار اجابات اوتوماتيكية وايقاف انتاج اجابة للنشاط حيز التنفيذ والقيام بعمل مرشح (Filter) للمنبهات غير الملائمة للنشاط قيد التنفيذ، منه فهو يستند على الانتباه الانتقائي (Smith, 1992, p:56)

الانتباه الانتقائي: يسمح باختيار المعلومات المتوفرة بهدف الاحتفاظ وكذا معالجة المعلومات الملائمة للنشاط حيز التنفيذ، وهذا يكف الاجابة بالنسبة للمنبهات الاخرى.
(لوزاعي، 2008، ص:60)

2-3 الليونة الذهنية :

تعرف الليونة الذهنية على أنها القدرة على تغير مخطط ذهني، والتكيف مع مهمة جديدة والتناوب بين عدة أفعال أو المرور من فعل إلى آخر.

(Hommet & al, 2005, p:158)

رغم أن قدرات الليونة الذهنية تكون تحت سيطرة مباشرة لسيرورات الكف، غير أن هذين المفهومين لا ينطبقان تماما، ففي الكف الإنتباه يبقى ثابت نحو منبه واحد وجهاز المراقبة عليه تنبيه التداخلات التي نشأت بسبب عدم توافق المعلومات الغير ضرورية

اما الليونة الذهنية فهي القدرة على تغيير مسار الانتباه من درجة تنبيه ما إلى أخرى .

(Seron & al, 2000, p:284)

5-النماذج المفسرة للوظائف التنفيذية :

ككل العمليات المعرفية فان الوظائف التنفيذية تخضع لعدة نماذج مفسرة حاول أصحابها وضع نظام تسير وفقه. اختلفت النماذج المفسرة بين العصبية والمعرفية، غبر أن كلها سعت إلى إيجاد تفسير معرفي ونفس عصبي للوظائف المعرفية من الجاب العادي والمرضي، لقد اخترنا النماذج الأكثر استعمالا في الدراسات الحديثة بالإضافة الى أنها تخدم الموضوع وإشكاليته.

5-1 نموذج لوريا:l'approche de Luria

يعتمد لوريا في نموذجه على ثلاث مناطق وهي : المناطق الحركية والظهرية الجانبية والمنتصف قاعدية (médio –bazal). ويعتبر أن وظيفة المناطق الحركية هي العمل على الحرص على التنظيم الديناميكي للحركة ان إصابة هذه المنطقة لا تأثر على بناء النشاط ولا على العاطفة فلا يظهر هنا سوى ديناميكية السلوك التي يطغى عليها نوع من الحيرة والاعتماد على استجابات غير نافعة وأخطاء تصحيح تلقائيا.

أما المنطقة الظهرية الجانبية فهي ترتبط بالمنطقة البدائية للقشرة الجانبية، التي تتصل فيها القشرة اللمبية بالمعلومات الآتية من المناطق الخلفية، إن اضطراب او إصابة المنطقة تحدث نقص في النشاط لكل أفعال التي تتطلب التخطيط وبناء الخطاب (حبسة دينامية) في المهام المعرفية المعقدة (حل الاشكاليات).

بالنسبة للمنطقة المتوسطة – القاعدية لهذه المنطقة وظيفتين وهما الحفاظ على النشاط لهذه المناطق وجمع المعلومات القادمة من المحيط الداخلي، إصابة هذه المنطقة تحدث عرضين رئيسين وهما اضطراب النشاط الذي يترجم بنقص في الانتقاء أما العرض الثاني فيظهر أثناء القيام بالبرمجة حيث من الضروري كف المنبهات الغير كافية أو الغير ضرورية للقيام بالفعل المنجز فنجد المصاب بإمكانه بناء الحركات بصفة جيدة والاضطراب يبرز في التنفيذ وهذا لتدخل نشاطات دخيلة. الاصابات تحدث اضطراب في الكف مرتبط بالاستجابات الموجهة، والذي يكون سبب في عدم القدرة على انتقاء المعلومات الغير ضرورية، الاضطرابات قد تصيب مجمل الوظائف المعرفية كما انه في ظل غياب نتائج دقيقة يمكن القول ان البعد الحسي يكون مضطرب.

(Godfroy & al, 2008, p.p16-18)

5-2 نموذج نورمان وشاليس: Le modèle de Norman et Challice

استمد هذا النموذج جذوره من أعمال لوريا والأبحاث التي أقيمت حول الذكاء الاصطناعي، والعمل الرئيسي لنورمان وشاليس لا يعتمد فقط على نماذج معالجة المعلومات لدى المصابين باضطراب الفصوص الجبهية، والذين يعانون من اضطراب في السلوك، بل يبحث أيضا على دور الانتباه في القيام بالفعل، ومراقبة الانتباه ضرورية في الأفعال التي تتطلب كف السلوك المسيطر أو التخطيط.

لا يمكننا فهم هذا النموذج دون التعرف على الاسس التي يقوم عليها وهي ثلاثة:

- **المخططات** :Les Shémas

هي أساس النموذج، وهي وحدات معرفية تقوم بمراقبة خطوات الفعل او التفكير المتعلم (كقيادة السيارة)، وتعتمد على أسس حسية وهرمية في المخطط الرئيسي أو المخططات العليا.

تنشيط المخططات يكون سواء من خلال المعلومات المدركة من المحيط الخارجي أو منبهات المحيط، أو من خلال معلومات آتية من المحيط الداخلي سواء من الفرد ذاته أو من المخططات الأخرى.

بداية عمل اي مخطط تحدث بصفة اوتوماتيكية وذلك من خلال الدرجة المحددة للعلاقة ما بين الاثارة والكف، وإذا ما نبه المخطط فانه يبقى قابل للعمل حتى ولو نقصت درجة نشاطه، في المقابل فهو يتوقف عن العمل إذا ما تحقق الهدف من النشاط او كف هذا الأخير بواسطة المخططات المنافسة أو سيرورات المراقبة العليا.

- **مسير الاشكاليات**:Les gestionnaire des conflits

يشرف مسير الاشكاليات على التنسيق ما بين المخططات الأكثر أهمية ، بالنسبة للهدف وظيفته تسمح بتسيير المنافسة ما بين المخططات المختلفة المنشطة جزئيا لفائدة ميكانزم ضمانات الكف الذي لا يسمح باستخدام مخططين نفس الموارد بصفة تلقائية.

- **نظام المشرف الانتباهي**:Le système de supervision attentionnelle

يتدخل النظام في خمسة انواع لوضعيات مختلفة تماما: الوضعيات التي تتطلب تخطيط و/أو اتخاذ القرار، الوضعيات التي تتطلب تصحيح الاخطاء، الوضعيات الجديدة التي تتطلب مهارات جديدة، الوضعيات الخطيرة وصعبة، الوضعيات التي تتطلب كف الاجابات المتداخلة.(Godefroy & al, 2008, p:22)

واذا ما رجعنا الى أعمال شاليس وبورجس (Burgess) نجد أنهما اقترحا تقسيما لجهاز المراقبة المعرفي يضم ثلاثة مراحل مقسمة هي الاخرى الى ثمانية سيرورات. لكن يرى شاليس وبورجس أن هذا التقسيم هو نظري محض يحتاج الى دراسات توضيحية. (Godefroy et autres, 2008, p:25)

وقد وضعوا لهذا الغرض خمسة مراحل لعمليات الاشراف، حيث ان الاضطرابات الجبهية تكون ناتجة عن وجود اضطراب يمس واحدة من هذه المراحل.

أ- وضع خطة

ب- وضع خطة اولية لإنجاز

ت- خلق مسجلات (marqueur) فالمسجل هو كرسالة يجب ان تبين ان السلوك او حدث مستقبلي لا يجب ان يحلل كروتين لكن يجب ان يدرك على انه مهم

ث- يبدا عمل المسجلات بوجود حدث جسدي او عقلي :فاذا ظهر السلوك او الحدث المرتبط بالمسجل في وضعية ما، ينشط المسجل ويحدث كف لنشاط الفعل قيد الانجاز ويضع الفعل المناسب في نشاط

ج- عمليات تقييم المخطط و ميكانزمات التصحيح قيد الانجاز

ان مختلف هذه الأنظمة والتقسيمات تشكل وحدة التفسير العصبي للوظائف التنفيذية ويعد نظام المشرف الانتباهي هو المايسترو فيها.

3-5 نموذج مياكي :Le modèle de Miyake

بنيت أعمال "مياكي" على ما توصل اليه نورمان و شاليس، غير أنه عمل على إبراز نقاط أخرى لنظام المشرف الانتباهي، حيث تقوم أعماله على الفصل بين عملياته. هذا ما حاول الوصول إليه رفقة فريق عمله (2000) من خلال البحث على ما اذا الوظائف

التنفيذية الأكثر تناولا تقوم على نفس الميكانزم، وقد حاولوا التأكد من هذا من خلال العلاقة ما بين السيرورات الليونة الذهنية، كف الاستجابات المسيطرة والمراقبة الدائمة.

(Le chevalier, 2008, p:347)

حيث تسمح الليونة الذهنية بالمرور الارادي من سيرورة معرفية الى أخرى، أما كف الاجابات فهو يعمل على إبعاد المعلومات الغير ضرورية. تتوصل فريق العمل الى أن هذه الوظائف الثلاثة هي في نفس الوقت متصلة ومنفصلة ما يترجك وحدة وتنوع السيرورات التنفيذية (Le Gall & al, 2008, p:123)

كما وضع مياكي وآخرون فرضيتين تفسيريتين: الأولى تقوم على ان الاختبارات كلها تتطلب الذاكرة العاملة، أما الثانية فتقوم على تدخل سيرورات الكف في معظم المهام التنفيذية (Le chevalier, 2008, p:348)

6 –اضطراب وظيف الكف :

بما أن موضوع البحث الحالي يقتصر فقط على وظيف الكف سنتناول بالتفصيل لاضطراب هذه الوظيفة.

اضطراب الكف :

هو تحرير غير إرادي لسياقات مثبطة عادة.

كما عرف على أنه فتور للنظام الجبهي في تعديل الاستجابات السلوكية، الذي يؤدي الى حالة من النشوة – الأرق ونشاط بدون هدف. (جعفر شريف، 2011، ص:54)

مما سبق تعرف الاضطرابات التنفيذية على انها اعاقة متخفية لا تظهر مباشرة، وإنما من خلال اضطرابات سلوكية ومعرفية متنوعة مما يحتاج الأمر إلى وسائل تقييمية دقيقة.

6– قياس سيرورة الكف:

إن دراسة الوظائف التنفيذية سواء في مجال البحث او التشخيص او الكفالة، تتطلب استعمال مجموعة من الاختبارات وضعت من أجل التوصل الى طبيعة كل وظيفة من هذه الوظائف حيث ان نتائج هذه الاخيرة تمكن الاخصائي من تحديد نوع الاضطراب ودرجته، وفيما يلي عرض لأهم الاختبارات التي تقيس وظيفة الكف.

- 1 اختبار ستروب:Test de stroop

يستعمل بكثرة لقياس الاضطرابات الجبهية، يقوم على نقطة هامة تتمثل في اننا حينما نطلب من الشخص ان يسمي لون الحبر الذي كتب به المنبه، فانه يستغرق وقت طويل ليقول "اخضر" أما كلمة "أحمر" المكتوبة بالأخضر، فالشخص عليه هنا كف ميكانزم القراءة مقابل ذلك الأكثر اوتوماتيكية وهو التسمية.

- 2 اختبار go /no/go :

المبدأ الرئيسي لهذا الاختبار هو ان الفرد ان يجيب على بعض المنبهات بكف اجاباته للمنبهات الأخرى.

- 3مهمة الاجابات المزعجة : La tâche des réponse contrariées

هي نابجة عن أعمال لوريا (Luria) الذي لاحظ عند بعض المرضى الجبهيين عدم القدرة على وضع والتمسك بخطة تنفيذية ، لتحقيق الحركات غير الاتوماتيكية، الذي من نتائجه أن تحقيق الحركة يصبح تحت تحكم العوامل الخارجية الغير ضرورية، والأمر المطلوب من الشخص هنا هو ان الفاحص ينفذ حركة ويطلب من المفحوص أن يقوم بضدها (Seron & al, 2000, p:281)

-4 اختبار هايلنغ :Le test de hayling

وضع لقياس الكف لدى المصابين جبهيا، يتكون من 30 جملة غير مكتملة بالنسبة لـ15 الأولى على المفحوص أن يعطي إجابة تناسب معنى الجملة، أما الثانية فعليه أن يعطي إجابة لا دخل لها بالجملة والجزء الثاني هو الاختبار بذاته، رغم أننا نقيس زمن الكم في الجزئين ما يسمح من فهم التباطؤ في الجزء(B) (Manning, 2005, p:193)

خلاصة:

من خلال ما سبق عرضه نستخلص دور الجانب العصبي للوسواس القهري، وعموما فالفصوص الدماغية خاصة الفص الجبهي الذي يعتبر سبب المرض. نظرا لارتباط الوظائف التنفيذية بالفص الجبهي، والدراسات تبرز العلاقة بين الاصابات الجبهية واضطراب الوظائف التنفيذية، وهذه الاخيرة ترتبط بالقدرات الضرورية للشخص للتأقلم والتكيف مع الوضعيات الجديدة الغير معتادة. ولا يوجد تقسيم موحد لهذه الوظائف نجد منها التخطيط، الكف، الليونة الذهنية، كما خضعت هذه الوظائف لعدة نماذج مفسرة حاول أصحابها وضع نظام تسير وفقه. واضطراب هذه الوظائف يظهر من خلال اضطرابات سلوكية متنوعة

كما يقودنا هذا الجانب بدورنا الى البحث عن طبيعة الوظائف التنفيذية ونسلط الضوء على وظيف الكف لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري، يقودنا كذلك الى تحويل المعلومات النظرية الى معلومات تطبيقية من خلال تطبيق وتحليل الاختبارات، وذلك بتناول وظيفة الكف.

الفصل الثالث

اضطراب الوسواس القهري

تمهيد

1- مفهوم الوسواس القهري

2- وبائيات ومعدل الانتشار الوسواس القهري

3- معايير تشخيص الاضطراب وفق الدليل التشخيصي الخامس DSM

4- نظريات المفسرة للوسواس القهري

4-1 نظرية التحليل النفسي

4-2 النظرية السلوكية

4-4 النظرية المعرفية

5-الملامح الرئيسية للمضطربين بالوسواس القهري

6- علاقة اضطراب الوسواس القهري بغيره من الاضطرابات

7- أسباب الوسواس القهري

7-1 العوامل الحيوية

7-2 العوامل السلوكية

7-3 العوامل النفسية

8 - علاج الوسواس القهري

8-1 العلاج الدوائي

8-2 العلاج النفسي

8-3 العلاج البيئي والاجتماعي

9 - المآل والمسار

الخلاصة

تمهيد

الوساوس أحد أكثر الاختلالات العصابية شيوعا بين الناس، وينتشر بشكل ظاهر وخفي، ليس في مجتمعنا فحسب، وانما في جميع المجتمعات الانسانية المتحضرة وغير المتحضرة.(القائمي، 1996، ص:7)

ويمكن الاستدلال عليه من خلال ملاحظة سلوك المريض، وما يقوم به من أفعال، أو من خلال ما يذكره في التقرير الذاتي، أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الاخرين، أو من خلال الأدوات المناسبة المستخدمة في التشخيص وفيما يلي تقديم عرض مفصل عن اضطراب الوسواس القهري.

1/مفهوم الوسواس القهري

1-1 الوسواس لغة: هو حديث النفس، فيقال وسوست اليه نفسه وسوسة و وسواسا، كما في لسان العرب قال تعالى في كتابه الحكيم :﴿ولقد خلقنا الانسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن اق ب اليه من حبل الوريد﴾ (ق:16)

والوسواس بالفتح هو اسم الشيطان، كما في (القاموس المحيط). قال تعالى :﴿من شر الوسواس الخناس۞ الذي يوسوس في صدور الناس۞ من الجنة والناس﴾ (الناس:4-6)

القهر لغة: هو الغلبة، قهره قهرا :غلبه فهو قاهر و قهار، ويقال اخذهم قهرا أي :من غير رضاهم، وفعله قهرا اي بغير رضا، كما في القاموس المحيط (سالم، 2003، ص:15)

وفي اللغة اللاتينية نجد ان لفظ الوسواسObsession يرجع إلى الأصل اللاتيني لفعل Obsider ويعني حرفيا يحاصر bsiege، أما القهر Compulsion فانه يرجع إلى الأصل اللاتنيني لفعل Compel بمعنى يخضع ويجبر، ويعرف الاضطراب باستخدام المصطلحين بانه خبرة غير منطقية او فكرة غير ملائمة تحاصر المريض وتدفعه الى القيام بسلوكيات مزعجة وغير مبررة (سعفان، 2003، ص: 19)

2-1 إصطلاحا: تتعددت آراء علماء النفس حول تعريف الوسواس القهري، يمكن ان نأخذ ببعض هذه التعريفات ومنها:

تعريف حامد عبد السلام زهران :

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

تعريف صفوت فرج :

بأنه "افكار مقتحمة وغير مرغوبة وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها وهي عموما مقاومة وتتصف ايضا بكونها داخلية المنشأ".(فرج، 2000، ص:60)

تعريف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع DSM–Iv :

الوساوس بأنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى.

ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص ان أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج. وتعرف الدفعات بأنها سلوكيات متكررة وهادفة وعن قصد، تتم كاستجابة وطبقا لقوانين معينة أو بشكل نمطي وتسبب الوساوس والافعال القهرية الأسى والضيق، وتتداخل بشكل واضح مع الروتين اليومي للفرد، أو المهام الوظيفية أو الاكاديمية أو الانشطة الاجتماعية او العلاقات الاجتماعية. (الحمادي، 2000، ص: 234)

تعريف منظمة الصحة العالمية ICD–10:

الوسواس القهري بانه أفكار أو افعال قهرية متكررة. والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص المرة تلوى الاخرى بشكل متكرر ونمطي. وهي تقريبا دائما مثيرة للإزعاج، ويحاول المريض عادة ان يقاومها ولكن دون نجاح. اما الافعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلوى الاخرى ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها. (ICD/10، 1999، p:152)

من خلال التعريفات السابقة المتعددة للوسواس القهري بانه اضطراب يتخذ اشكال 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 او طقوس معينة متكررة ويشعر الفرد بانه مدفوع للقيام بها و إكمالها بالرغم من ادراكه بانها افعال لا معنى لها وغير صحيحة. ويؤثر الاضطراب على مجالات متعددة تشمل الادراك والوجدان والسلوك الحركي والحياة الاجتماعية والأسرية والمهنية.

2/ وبائيات ومعدل انتشار الوسواس القهري :

إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل الى 3% لدى مجموع السكان وذلك لان ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التي يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد، واتضح ترتيبه الرابع بين اكثر الاضطرابات النفسية شيوعا. (غانم، 2006، ص: 70)

أسفرت الدراسات عن أكثر من النصف قليلا من مرضى الوسواس القهري هم الإناث و يتراوح متوسط العمر لبداية ظهور الاضطراب بين المراهقة المبكرة ومنصف عمر العشريات، والكثير من المرضى بالوسواس القهري يعانون لعدة سنوات قبا ان يسعون الى طلب العلاج

ويشير "سعفان محمد أحمد" إلى أن بداية ظهور أعراض الوسواس والأفعال القهرية هي مرحلة الطفولة وبالخصوص المتأخرة، وتزداد أثناء المراهقة والشباب، وأن أعلى نسبة لها تنحصر ما بين 20 إلى 30عام.

ويضيف "عبد الله محمد قاسم" أن سير المرض يكون مزمنا، وفي بعض الحالات يصبح الفعل القهري، هو النشاط الرئيسي في حياة الشخص، وهذا ما يحدث بالتساوي عند الذكور والإناث.

(العنزي، 2007، ص:22)

3/ معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري وفقا للدليل التشخيصي الخامس DSM 5

(F42) Obsessive-Compulsive Disorder

A – وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما :

(1) أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت اثناء الإضطراب باعتبارها مقتحمة ومتطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.

(2) يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال اخرى (أي بأداء فعل قهري)

تعرف الأفعال القهرية ب(1) و(2):

(1) سلوكيات متكررة مثل غسل اليدين ،الترتيب، التحقق)او افعال عقلية (مثل الصلاة، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض انه منساق لأدائها استجابة لوسواس، او وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

(2) تهدف السلوكيات او الافعال العقلية الى منع او تقليل الاحباط او القلق، او منع حادث او موقف فظيع بين إن هذه السلوكيات او الافعال العقلية اما انها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتحييده او منعه أو أنها مفرطة.

ملاحظة :الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات او الأفعال العقلية.

B – تكون الوساوس والافعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق اكثر من ساعة يوميا مثلا) أو تسبب احباطا سريريا هاما أو ضعف الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الاداء الهامة الاخرى.

C– أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار/دواء) او لحالة طبية اخرى.

D – لا يفسر الاضطراب بشكل افضل بأعراض اضطراب عقلي اخر(DSM-5، ص:102)

تحديد ما اذا كان :

مع بصيرة جيدة او مناسبة : يدرك الفرد بشكل مؤكد او بشكل محتمل ان معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة او انها قد تكون او لا تكون صحيحة .

مع فقر البصيرة : يظن الفرد ان معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الارجح.

مع غياب البصيرة /معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعا تماما بان معتقدات الوسواس القهري صحيحة

حدد اذا كان :

متعلقة بالعراة : لدى الفرد تاريخ حالي او سابق لاضطراب العرة. (DSM-5، ص:103)

4/ النظريات المفسرة للوسواس القهري :

وأهم النظريات التي اهتم بتفسير الوسواس القهري هي

4-1 نظرية التحليل النفسي :حيث يرى "فرويد" أن الوسواسين قد حدث لهم تثبيت Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام ويحدث الصراع – خلال التدريب على الحمام – بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعا لإرادته وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات .

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك وعندما يكون هذا التدريب مبكرا جدا أو متأخرا جدا، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جدا فان ذلك يؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري. (غانم، 2006، ص:72)

وفي ضوء نظرية التحليل النفسي فان هناك ميكانزمات ترتبط باضطراب الوسواس القهري، حيث وصف "فرويد" ثلاث آليات (حيل) دفاعية تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري والتي تمثل في العزل، والأبطال والتكوين العكسي، وهذه الميكانزمات ضرورية للدفاع ضد الدفاعات الشرجية السرية.

وهكذا يتضح ان الوساوس والسلوك القهري لدى نظرية التحليلية ما هما الا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبيا للتعبير عن افكاره ومساعيه المكبوتة

4-2 النظرية السلوكية:

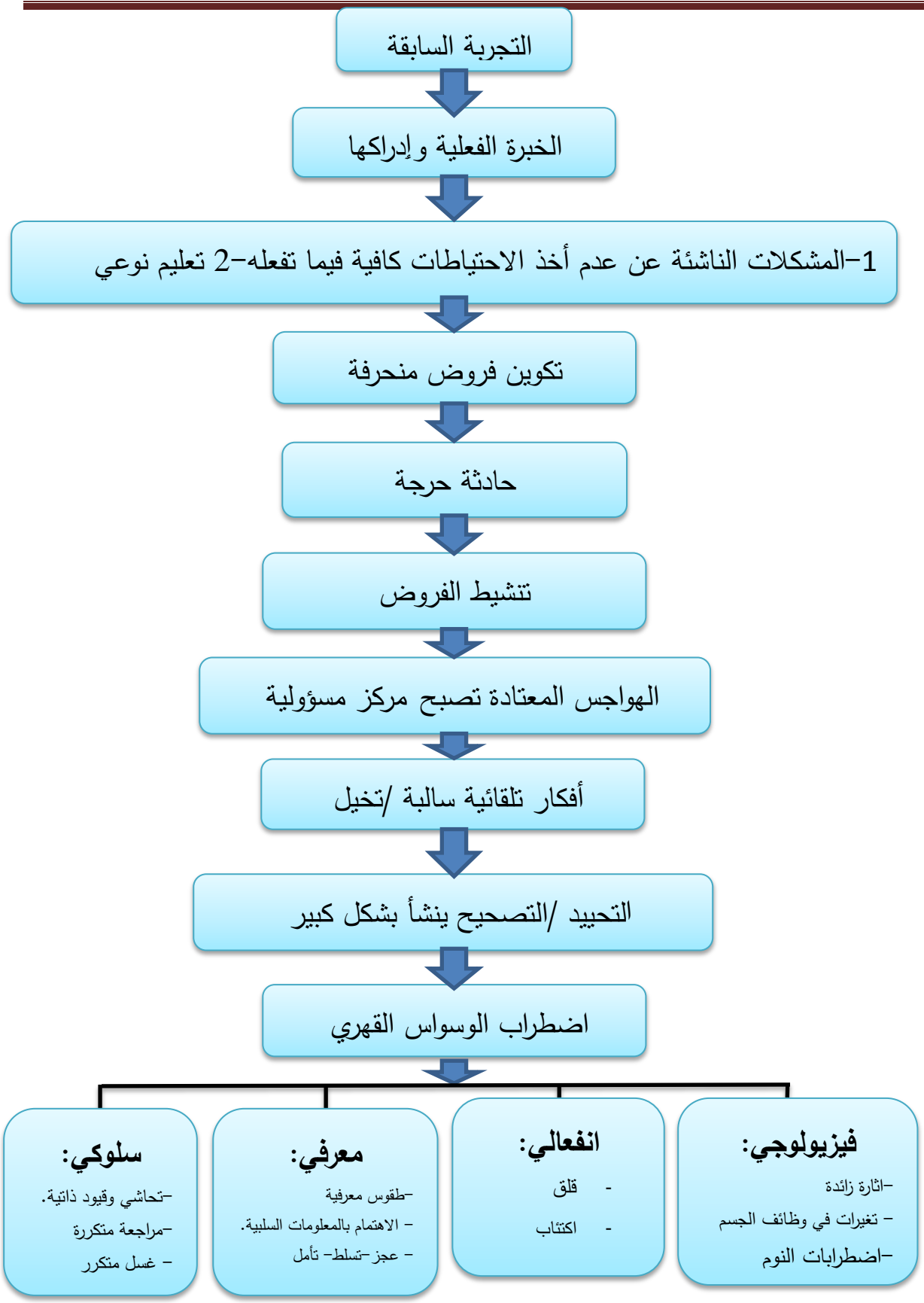
يفسر السلوكيون اضطراب الوساوس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المباديء التي تفسر السلوك غير السوي، والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك فتعلم من البيئة تحت شروط التدعيم. (جودة، 2005، ص:52)

وبالتالي فان الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك قد تعلمه، والأفعال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملا معينا مرتبطا بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق وتدريجيا وبسبب الفائدة في تخفيف القلق، فان هذا الفعل يصبح ثابتا من خلال النموذج المتعلم للسلوك.

تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري، حيث تنظر هذه المدرسة إلى الوساوس على أنها تمثل منبها شرطيا للقلق أصبح مرتبط بالخوف أو القلق خلال عملية الاشتراط بعدما كان في السابق منبها محايدا.

4-3 النظرية المعرفية: يؤكد "ميكينبوم" من خلال البحوث التي قام بها مع زملائه قد أوضحت أنه على الرغم من أهمية الأحداث التي تقع على البيئة، ليس لها الأهمية الأولى في حدوث الاضطراب، بل أن ما يؤثر في الفرد هو ما يقوله في نفسه حول الأحداث التي يتعرض لها.

أما "سالكوفيسكيس" (Salkovskis) قدم التحليل الأكثر شمولا لاضطراب الوسواس القهري، وهو أن الأفكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات قد تستثير أنماطا معينة من الأفكار التلقائية السلبية، وبالتالي قد يحصل اضطراب مزاجي في حالة استثارة الفكرة التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الاقتحامات غير المقبولة ونسق المعتقدات.(العنزي، 2008، ص:64)



شكل(4) النموذج السلوكي المعرفي لنشوء الاضطراب الوسواس القهري كما صدر عن ساكوفيكس و واروك.

5/الملامح الرئيسة للمضطربين بالوسواس القهري:

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المضطربين بالوسواس القهري في السمات أو الملامح الآتية :

1- التجنب: ونقصد به أن الكثير من المضطربين بالوسواس القهري غالبا ما يأخذ سلوكهم التجنب المعروف في حالات الفوبيا، كما يتعلق أيضا التجنب بالمنبهات، أو القيام بالسلوك الذي يتضمن امكانية اطلاق الوسواس أو الفعال القهرية .

2- الخوف من الكوارث: اذ يذكر معظم الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب خشيتهم من إمكانية التعرض لكوارث اذا هم أهملوا القيام بسلوكهم القهري.

3- المقاومة: اعتبرت مقاومة الوساوس والافعال القهرية خاصية محورية في عصاب الوسواس القهري، واذا كان بعض الأشخاص يحاولون المقاومة ويستمرون فيها، فان البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية.

4- السعي للحصول على التأكيدات: يلجا الكثير من المرضى الوسواس القهري للسعي الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من إغلاق صنابير المياه مثلا) وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها من الآخرين أو يقوم هو بها يشعر بالتحسن الا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات.

5- المقاطعة: عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم القهري فانهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهى الدقة أو بدون مقاطعة، واذا حدثت المقاطعة فانه يبدأ من جديد.

6- تأمل الأفكار: يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة للاضطراب، اذ يظل الشخص في حالة (طرح) أسئلة على نفسه و(طرح) احتمالات و(انشغال دائم ومستمر) بالتفكير في موضوعات فلسفية مثل هل هناك حياة بعد الموت ؟ ..... وغيرها من التساؤلات. (غانم، 2006، ص.ص:78-79)

6/علاقة اضطراب الوسواس القهري بغيره من الاضطرابات:

الحقيقة التي يجب أن نذكرها ان اضطراب الوسواس القهري قد يتداخل مع العديد من الاضطرابات النفسية الاخرى وهي:

1 – التداخل التشخيصي مع اضطراب الاكتئاب:

في كثير من الحالات يجد الطبيب النفسي اعراض الوسواس القهري متداخلة مع اضطراب الاكتئاب الجسيم، ولكن أعراض اضطراب كلا منهما تكون هي الغالبة على الصورة المرضية أو هي سبب شكوى المريض الاولية. ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل وهي :

1- إن اضطراب الاكتئاب الجسيم يمكن ان يشتمل على أفكار وسواسية أو افعال قهرية كجزء من أعراض اضطراب الاكتئاب نفسه.

2- إن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يشتمل على أعراض اكتئاب كجزء من اضطراب الوسواس القهري نفسه.

3- إن الاضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معا في المريض نفسه في الوقت نفسه. وان الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل.

2- التداخل التشخيصي مع حالات اضطراب توهم المرض:

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل ما بين تشخيص اضطراب الوسواس القهري واضطراب توهم المرض، وذلك من خلال توهم المريض انه يعاني من بعض العلل البدنية من خلال (تسلط) فكرة أساسية عليه خلاصتها أنه يعاني من مرض بدني خطير، وغالبا ما تبدا الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الأمراض.

3- التداخل التشخيصي مع امراض المخ العضوية:

والأمراض العضوية للمخ قد تشمل العديد من الاضطرابات التي تعكس العديد من حالات الشدود في المخ، ويطلق عليها الآن اسم الاضطرابات المعرفية، فمثلا في حالات مرض الشلل، الرعاش(باركنسون)، وكذلك بعض حالات ما بعد التهاب المخ الفيروسي. (غانم، 2006، ص.ص:79-80)

وبعض حالات الصرع وغيرها من الحالات قد يعاني المريض من طقوس قهرية، الا أنه مع الفحص الدقيق يمكن التفرقة والفصل ما بين هذه الاضطرابات العضوية واضطراب و الوسواس القهري من عدة وجوه.

4 – التداخل التشخيصي مع اضطرابات الطعام :

خاصة مرضى الشره العصبي للطعام، أو مرضى فقدان الشهية للطعام حيت نجد الملمح الاساسي كلا الاضطرابين من اضطرابات الطعام وجود ما يمكن ان نسميه (الإنشغال الوسواسي القهري بالنحافة) أو (الإنشغال الوسواسي القهري بالطعام وتناوله) ثم (الإنشغال بكم السعيرات الحرارية) ثم الرغبة في القيام بفعل التقيؤ حتى لا يصل الوزن الى الدرجة التي لا يرغبها الفرد، ويجب في كل الاحوال التفرقة ما بين اضطراب الطعام واضطراب الوسواس القهري.

5 – التداخل التشخيصي مع اضطرابات اللوازم الحركية:

إضطراب اللوازم لاشك أنه يتصف بوجود العديد من اللوازم سواء كانت حركية أو صوتية، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه اللوازم تميل إلى التكرار والإلتزام والقهر. ولذا غالبا ما نجد تداخلا ما بين اللوازم وبين العديد من الأفكار والأفعال القهرية، بيد ان الفحص الدقيق يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الاضطراب .

6- التداخل التشخيصي مع رهاب التشوه:

مريض إضطراب التشوه الجسدي يعاني من فكرة تسلطية أو وسواسية خلاصتها أنه يعاني من تشوه في منطقة معينة من مناطق جسمه (خاصة الوجه) وقد يكون التشوه في الأنف، الشفتان، الثدي، الأرداف وبالتالي يزور عيادة الجراح ويتكلم معه في إحساسه أن أنفه مثلا كبير أكـــــثر من اللازم، أو مــعوج بـشـكـل أو بآخر....الخ، وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة الا أن الأمور من الناحية النفسية تظل مقلقة بالنسبة للشخص لأن المشكلة ليست في الأنف أو الشفتان بل في إدراك الشخص لها.
(غانم، 2006، ص.ص:80-81)

7 – التداخل التشخيصي مع اضطراب الفصام :

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام، كما لوحظت الأعراض الذهانية في اضطراب الوسواس القهري ، ولذا لابد أن نفرق ما بين الوساوس والضلالات délusions

8- التداخل التشخيصي مع الاضطرابات الاندفاعية:

يحدث تداخل ما بين محكات تشخيص اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الاندفاعية والذي يأخذ العديد من الصور مثل : هوس السرقة، المقامرة المرضية، هوس نتف الشعر، هوس إشعال الحرائق....الخ ولذا لابد من البحث عن محكات تشخيص كل اضطراب لوحده.(غانم، 2006، ص: 81-82)

7/ أسباب الوسواس القهري: تتمثل الأسباب فيما يلي:

7-1 العوامل الحيوية:

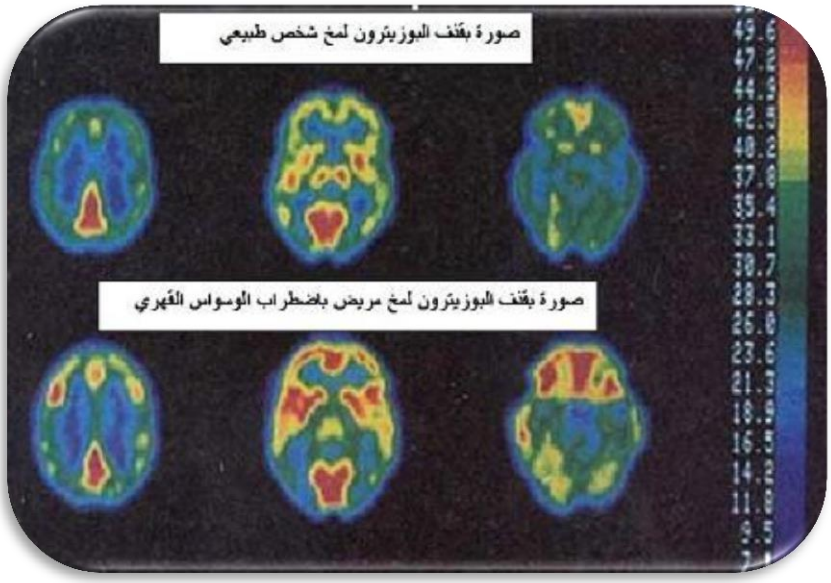
أ/ النواقل العصبية :

لقد دعمت المحاولات العلاجية التي استخدمت فيها الأدوية فرضية أن هناك اضطراب في الناقل العصبي السروتونين، في عملية تكوين الأعراض في الوساوس القهرية. كما أن الأبحاث قد بينت أن الأدوية السيروتينية أكثر فعالية من الأدوية التي تؤثر على النواقل العصبية الأخرى مع ملاحظة أهمية بيان العلاقة بين الوساوس القهرية وبعض النواقل العصبية الأخرى.(سالم، 2003، ص:18)

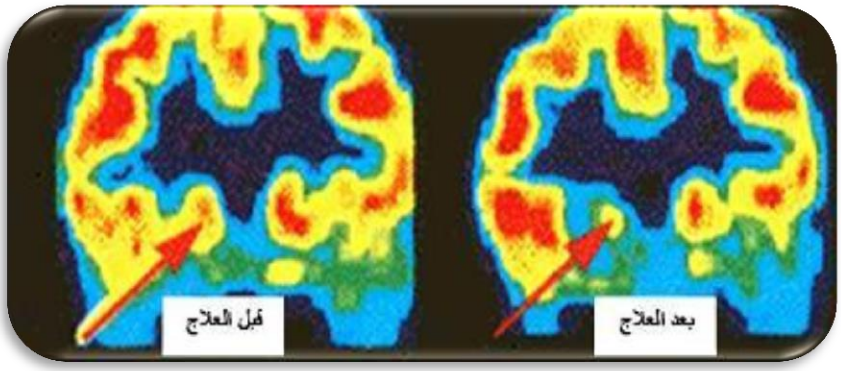
ب/دراسات تصوير المخ:

لقد بينت دراسات تمت عن طريق التصوير الطبقي بالانبعاث البوزيتروني ومن خلال استخدام النظائر المشعة، وحديثا باستخدام التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي وكذلك التصوير الوظيفي باستخدام الرنين

المغناطيسي، وهذه التقنيات تعطي فكرة عن معدل النشاط(عمليات الأيض او معدل تدفق الدم) في مناطق المخ المختلفة. وقد أظهرت الدراسات زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الامامية، ومعدل نشاط النوى القاعدية خـــاصة الـنـواة المـذنبة أو المذيلة، وكذلك منطقة الحزام في مرضى اضطراب الوسواس القهري مقارنة بغيرهم من الناس؛ واوضحت بعض الدراسات أيضا أن العلاج الدوائي وكذلك العلاج السلوكي للحالة، يعيد نشاط هذه المناطق الى حالته الطبيعية، كما ان نتائج هذه الدراسات التصويرية الوظيفية جاءت متماشية مع نتائج الدراسات التصويرية التركيبية.



شكل (5) مقارنةٌ ما بين صورة المخ في الإنسان الطبيعي وفي المريض بالوسواس القهري

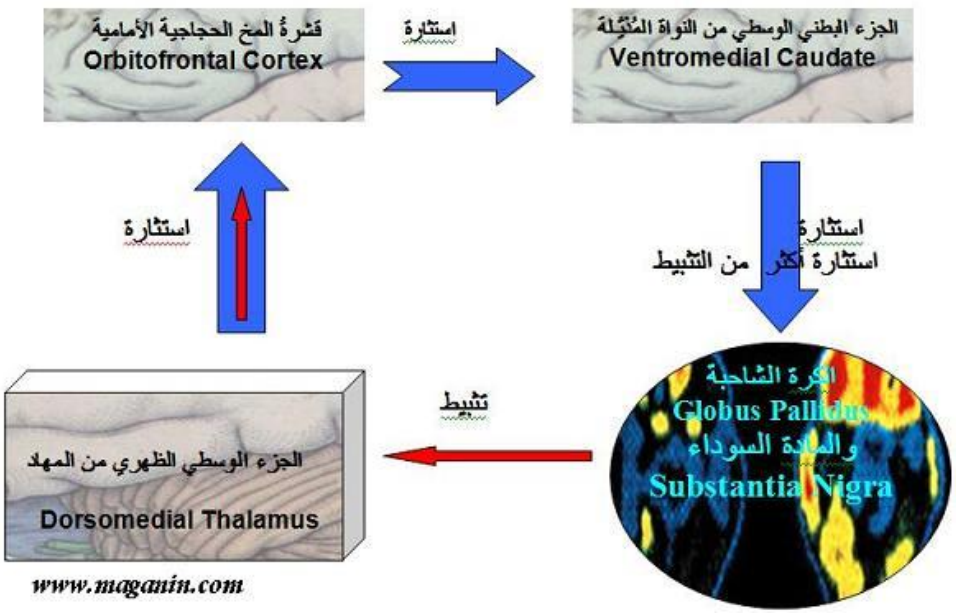


شكل (6) مقارنة بين صورتي المخ بقذف البوزيترون قبل وبعد العلاج

(أبو هندي، 2003، ص.ص:140-141)

كيفية تتكون الأعراض في الوسواس القهري:

فإنَّ التوجه العلمي الآنَ يتجه إلى رسم حلقة مفرغة في الدماغ المتوسط تتخذُ من منطقة النوى القاعدية مكانًا لها وترتبطُ بالفص الأمامي للمخ أيضًا ويسمون هذه الحلقة العصبية "حلقة اضطراب الوسواس القهري" وفي شكلها المبسط تتكونُ حلقة الوسواس القهري من بعض أجزاء قشرة الفص الأمامي للمخ كالقشرة الحجاجية والحزامية والتي تستثيرُ أجزاءً من الدماغ المتوسط " النواة المذيلة والكرة الشاحبة " Globus Pallidus عن طريق الاتصال العصبي وهذه الأجزاءُ الأخيرةُ تقوم بتثبيط منطقةٍ أخرى في الدماغ المتوسط هيَ المهاد Thalamus والتي تثبطُ بعضَ أجزاء قشرة المخ الأمامية فيقلُّ تثبيطُ المهاد للقشرة الأمامية ونتيجةً لذلك يحدثُ انفلاتٌ للقشرة الأمامية مما يزيدُ منَ استثارتها للدماغ المتوسط والنوى القاعدية والتي تعيدُ الحلقةَ مرةً أخرى ومعنى ذلك أن هذه الحلقةُ يمكنُ أن تكونَ حلقةً ترجيعيةَ الاستثارة أي أنها حلقةٌ عصبيةٌ تستعيدُ استثارةَ نفسها بنفسها وهذا هو أحدُ النماذجِ العصبية المتخيلة لتفسير الافعال التكرارية



الشكل(7) الحلقة العصبية المفترضة لاضطراب الوسواس القهري

(أبو هندي، 2003، ص:149-150)

ج/الوراثة:

دعمت الدراسات الوراثية فرضية أنه يوجد تأثير للعامل الوراثي في نشأة الوساوس القهرية. وقد أوضحت الدراسات الأسرية أن 35 % من المرضى الوساوس الدرجة الاولى لمرضى الوساوس القهرية مصابون بالمرض نفسه. (سالم، 2003، ص:19)

7-2 العوامل السلوكية:

عندما يكتشف شخص ما ان أفعالا معينة تقلل من القلق المصاحب لفكرة وسواسية يطور المريض أفعالا تجنبيه (أي يتجنب المثير المقلق) في صورة أفعال قهرية أو طقوس سلوكية للتحكم في القلق، وبالتدرج وبسبب فعالية هذه الطريقة في خفض معدل القلق يحدث تثبيت لهذا التجنب؛ الآن نستطيع القول ان الوساوس القهرية ليس للمريض مسؤولية في حدوثها بل هي مسؤولية مخه. (سالم، 2003، ص:19)

7-3 العوامل النفسية :

هناك آراء كثيرة حول جدور الوسواس وأسبابه، من أهمها:

- **مرحلة الطفولة:** يعتقد المحققين ان 50% تعود جدور حالتهم إلى مرحلة الطفولة حيث تدل تواريخ حياتهم إلى حجم العناء والألم النفسي الذين كانو يكابدونه.

– أسلوب التربية: أثبتت الدراسات ان الأم التي توصف بشدة الحساسية تهيء بسلوكها الارضية للإصابة الأبناء بداء الوسواس من حيث لا تشعر.

– تحقير الطفل: تشير الدراسات العلمية إلى أنه لا يمكن لمن تعرضوا في مراحل طفولتهم للإهانة والتعنيف والتأنيب المتواصل أن ينتهجوا سلوكا طبيعيا، فتبرز آثار ذلك عليهم بأشكال مختلفة ومنها الوسواس.

–عدم الشعور بالأمن: تشير التحقيقات الى ان العديد من هؤلاء قد ابتلوا بهذا الداء بسبب الحياة المضطربة المليئة بالمخاوف التي عاشوها في فترة الطفولة مثل الخوف من عدم رضا الآباء والمربين على أفعالهم وتصرفاتهم.(القائمي، 1996، ص:84)

-**كثرة المنع:** ويكون الوسواس الشخص الكبير أحيانا ناجما عن كثرة الممنوعات التي واجهها في طفولته أو حتى سن الحداثة والشباب من قبيل القيود التي يفرضها الأبوان والمربون.

- **فقدان المحبة:** احيانا عدة اسباب وعوامل لخلق حالة وسواس وتوفير الارضية الملائمة لظهورها فولادة طفل جديد في الأسرة يعتبر نعمة لها هو نقمة على الطفل الاول الذي لا يهمه شيء سوى الاستئثار بحب ورعاية الوالدين. (القائمي، 1996، ص.ص: 84-85)

– **الخوف والخجل**: يمكن ان يكون لوحده عاملا وسببا للوسواس لان الاشخاص الخجولين يخشون الصمت وهذا يعنيان الاشخاص الخجولين يحاولون بشتى السبل اداء اعمالهم على أحسن وجه لئلا يكونوا عرضة للمحاسبة والتوبيخ وهذا ما يضطرهم إلى التكرار لينجزوا اعمالهم على افضل ما يمكن، وهذا ما يوقعهم آخر المطاف في داء الوسوسة.

–البلوغ: تشير بعض الدراسات الى ان الشخص يسعى جهد الامكان في سنوات النضج والبلوغ إلى ايجاد أكبر قدر ممكن من الانسجام بينه وبين بيئته، وتتولد لديه رغبة في اشباع بشكل مقبول، الا ان الاشخاص الذين لم توفر لهم فرصة اشباع الرغبات يصابون باختلالات نفسية توقعه في نهاية الامر بالتوترات العصبية والوسوسة.

ويحتمل أيضا وجود أسباب اخرى كالإحباط والظروف الحياتية الضاغطة والدقة المفرطة التي تتحول بمرور الزمن إلى عادة متأصلة والتمادي في التحقيق في جزئيات المسائل التافهة وصغائر الأمور، والمحبة الزائدة عن الحد الطبيعي. (القائمي، 1996، ص.ص: 90-89)

8/ علاج الوسواس القهري:

تتعدد المداخل العلاجية ويمكن تلخيصها في:

8–1 العلاج الدوائي :

تفيد العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب في التقليل من التوتر والاكتئاب المصاحبين للوسواس، مما يجعل المريض قادرا على مقاومته، ويرغب في الاستمرار بنشاطه الاجتماعي، وقد استطاعت هذه العقاقير أن تخفض آلام الكثير من المرضى وتجعلهم يتكيفون إجتماعيا.

وقد أظهرت حديثا العقاقير المضادة للاكتئاب، والتي لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين (انافرنيل بروزاك، فافرين، لسترال)، وقد أثبتت فاعليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب. (الخالدي، 2006، ص.ص:262-263)

8–2 العلاج النفسي :

أ– العلاج بالتحليل النفسي:

من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلى الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري، مع تحليل معمق للدفاعات الوسواسية القهرية، وان كانت العديد من الدراسات التي تناولت مدى شفاء الوسواس القهري باستخدام التحليل النفسي قد أثبتت قلة كفاءته.(غانم، 2006، ص:84)

ب- العلاج المعرفي السلوكي: يتكون من العلاج المعرفي و العلاج السلوكي:

-1/ العلاج السلوكي: ويشمل التعرض ومنع الاستجابة:

التعرض يعتمد على حقيقة أن القلق عادة ما يقل بعد مواجهة الشيء المثير والمقلق والمخيف فترة كافية. و هكذا فالمرضى الذين لديهم وساوس متعلقة بالجراثيم لابد وأن يبقوا في مواجهة أو ملامسة الأشياء التي يظنون أنها ملوثة حتى يختفي القلق المتعلق بها.

وبتكرار التعرض يتعود المريض على المثير أو الشيء المخيف ويقل القلق حتى يصل إلى درجة لا يخاف فيها أبدا من مواجهة المثير المسبب للوساوس. ولكي يتم عمل التعرض ناجح لابد و أن نساعد المريض لكي يتوقف عن الطقوس الوسواسية والسلوك التجنبي (أي تجنب القرب أو رؤية أو فعل او لمس أي شيء يثير القلق والوساوس) كمثال المريض الذي يخاف الجراثيم لا ينبغي فقط ملامسة الأشياء التي يظن أنها ملوثة ولكن لابد أن ينتهي عن الطقوس المصحابة كغسيل اليد عدة مرات حتى ينتهي القلق.
(سالم، 2003، ص.ص:77-78)

-2/ العلاج المعرفي :

أما العلاج المعرفي والذي لابد أن يضاف الى العلاج السلوكي فيتلخص في مقاومة وتغيير الأشياء والأفكار الخاطئة في حسابات الخطر وتضخيم الاحساس بالمسؤولية الشخصية والذي يلاحظ غالبا في مرضى الوسواس القهري؛ فقد ظهر أن هذه المفاهيم والمواقف الخاطئة لها دور كبير في وجود واستمرار أعراض الوسواس. لذلك يجب مناقشتها وتغييرها لما من أثر على السلوك. (سالم، 2003، ص:78)

8-3 العلاج البيئي و الاجتماعي:

حيث يحتاج المريض احيانا الى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عم مصدر الوسواس خاصة اذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة.(غانم، 2006، ص:84)

ب/ **دور الأسرة في العلاج** :لابد أن تعرف الاسرة والاصدقاء ماهية المرض، والبرنامج السلوكي الذي يتم وصفه، ومعنى المقاومة وعدم الاستجابة ووقف الأفكار وتعرف المدة المناسبة لعمل أمور معينة، وفي حالة وجود مثل هذا التعاون فان العلاج يكون أسرع و أكثر فائدة. (سرحان،2008، ص: 102)

9/ المآل والمسار:

محكات المآل الجيد :وتظهر من خلال النقاط الآتية :

1- أن يظهر التاريخ الشخصي للفرد قبل المرض قدرا جيدا من التوافق والتكيف الوظيفي والاجتماعي لان ذلك يشير الى شخصية متوافقة.

2- أن تتزامن بداية الاعراض مع حدث حياتي ذي تأثير في حياة الفرد أي أن تكون هناك زيادة في الضغوط النفسية الحياتية في الفترة التي تسبق او ترافق بداية المرض.

3- أن تكون الأفكار التسلطية أو الأفعال القهرية عرضية في حياة المريض أي أن يكون ظهورها مؤقتا وليس مستمرا. (غانم، نفس الرجع السابق، ص:84)

4- أن تكون مدة معاناة المريض من الأعراض قبل عرضه على الطبيب النفسي للعلاج النفسي للعلاج قصيرة لأن هناك ما يشير إلى استجابة أفضل للعلاج كلما قصر عمر الأعراض.

محكات المآل السيئ:

1- الاستسلام للأفعال القهرية بدل مقاومتها.

2- وجود بعض الاقتناع او الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلا من رفضها.

3- أن تكون الافعال القهرية غريبة و شادة.

5- وجود اضطراب شخصية كما يتضح من تاريخ حياة المريض قبل المرض خاصة اضطراب الشخصية الفصامية النوع.

5- أن تكون بداية الأعراض الاضطراب في سن الطفولة.

6 - أن يكون تأثير الاعراض في حياة المريض و أدائه الوظيفي كبيرا الى الحد الذي يستدعي إدخاله المستشفى.

7- وجود تاريخ للوسواس القهري في عائلة المريض.

8- ان يتأخر المريض في اللجوء الى العلاج النفسي.

وفي العديد من الدراسات التتبعية لمسار ومآل المرض توصلت بعض الدراسات النتائج التالية: أن من 20% الى 30% من المرضى تقريبا تتحسن أعراضهم تحسنا واضحا وان 40% الى 50% يكون لديهم تحسن متوسط، وان 20% الى 40% يظلون مرضى أو قد تسوء حالتهم، بل وقد يتحول ثلثهم إلى مرض آخر (الفصام مثلا). (غانم، 2006، ص.ص:84-85)

خلاصة:

نستخلص من خلال هذا العرض أن هذا الاضطراب من الاضطرابات العصابية الحادة والشديدة المسببة للكرب النفسي، وهو موجود لدى الأسوياء كما هو موجود لدى المرضى

ولكن ليس بحدة وشدة المرضية. وعرف بعدة تعاريف تتفق في بعض النقاط، كما تم إيراد التشخيص الفارقي باعتباره من أساسيات العمل العيادي، الذي يمكن من منع التداخل فيما بين هذا الاضطراب وغيره من الاضطرابات، كما يتميز الوساوس القهري بملامح عيادية تميزه عن غيره من الاضطرابات.

كما ساهمت نظريات عديدة في تفسير هذا الاضطراب، ولعلاجه تتداخل عدة علاجات أهمها العلاج المعرفي السلوكي كما ينتشر هذا الاضطراب لدى الجنسين على حد سواء ويكون المآل جيدا كلما كان التدخل بشكل مبكر.

الـــفـــصل الرابـــع

الـــمراهـــقـــة

تمهيد

1- تعريف المراهقة

2- المراحل الزمنية للمراهقة

2-1 المراهقة المبكرة

2-2 المراهقة الوسطى

2-3 المراهقة المتأخرة

3- خصائص المراهقة

3-1 المراهقة المتوافقة

3-2 المراهقة الانسحابية

3-3 المراهقة العدوانية

3-4 المراهقة المنحرفة

4- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة

4-1 النمو الجسمي الفيزيولوجي

4-2 النمو الجنسي

4-3 النمو النفسي الاجتماعي

4-4 النمو الانفعالي

4-5 النمو العقلي

5-النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة

6- حاجات مرحلة المراهقة

7- مشكلات المراهقة

خلاصة

تمهيد:

تعد المراهقة مرحلة نمائية يمر بها الانسان، تتميز بالتغيرات الفيزيولوجية، الاجتماعية العقلية والنفسية فهي مرحلة تسودها الفترات الانفعالية وتتخللها صراعات متعددة وكثرة الإندفاع فالمراهق يسعى إلى الاستقلالية والتحرر والرغبة في الثبات الانفعالي، في هذا الفصل سوف نستعرض مختلف مظاهر النمو في المراهقة والاتجاهات المفسرة لها وأهم الحاجات والمشكلات التي تعترض المراهق في هذه المرحلة الحرجة من النمو.

1- تعريف المراهقة:

يعرفها الباحث" ستنالي هول"(1956):" مرحلة من العمر تتميز فيها تصرفات الفرد بالعواطف والانفعالات الحادة والتوترات العنيفة".(الزغبي، 2001، ص:318)

هنا ركز "هول" على الجانب الانفعالي في حياة المراهق وما يعتره من توترات وثورات توصف احيانا بانها أزمة تحدث في حياة المراهق.

ويرى الباحث "دوبيس" ان المراهقة" تعتبر عادة مجموعة من التحولات الجسمية والنفسية التي تحدث بين الطفولة والمراهقة". (Debesse، 1971, p:8)

بالنسبة "لدوبيس" المراهقة محلة انتقائية تحدث فيها تغيرات من جانبين هما: تغيرات جسمية كنمو الاعضاء، الطول، الوزن، وتغيرات نفسية كزيادة النشاط الجنسي ونمو القدرات العقلية.

كما عبر الباحث "بياجي" عن المراهقة بقوله "أنها تعني العمر الذي يندمج فيه الفرد مع عالم الكبار، والعمر الذي لم يعد فيه الطفل يشعر أنه أقل ممن هو أكبر منه سنا بل هو مساوي لهم في الحقوق على الأقل.
(ملحم، 2004، ص:341)

فالمراهقة مرحلة بارزة في النمو الجنسي، وفيها يمس النمو مختلف الجوانب خاصة النفسية الإنفعالية، الاجتماعية و في نفس الوقت وجود الكثير من التذبذب والتقلب الشديد في الانفعالات والتصرفات، فالمراهقة كذلك تعني التحول نحو النضج وتعتبر فترة انتقالية تتميز بتغيرات عديدة خاصة ما يتعلق بالحاجة الملحة الى التوافق مع التغيرات الجسمية، الانفعالية والاجتماعية التي تحدث خلال هذه الفترة.

2- المراحل الزمنية للمراهقة:

لقد اختلف الباحثون في تحديد فترة المراهقة، متى تبدأ ومتى تنتهي واتفقوا مبدئيا على انها الفترة الواقعة بين البلوغ الجنسي واكتمال النضج الجسمي، وهناك من يقول بأنها تبدأ من 10 إلى 12 سنة والبعض يحصرها بين 12 و21 سنة؛ ووصلوا إلى تقسيمها إلى ثلاث مراحل كما يلي:

2-1 المراهقة المبكرة:

والتي اتفق عليها الباحثون أنها تتراوح بين 12 و14 سنة تتميز بتناقض السلوك الطفلي وبداية علامات النضج في الظهور واكتمال وظائفها عند الذكر والانثى، ففي بداية هذه المرحلة تحدث تغيرات عديدة للمراهق وأبرز مظاهر النمو في هذه المرحلة الجانب الجنسي حيث تبدأ الغدد الجنسية في القيام بوظائفها.
(ميخائيل، 1994، ص:25)

2-2 المراهقة الوسطى:

تبدأ من 15 سنة الى 18 سنة، تتميز بشعور المراهق بالنضج والاستقلالية وتعتبر هذه المرحلة قلب مراحل المراهقة حيث تنضج فيها مختلف المظاهر المميز لها، كما تتميز هذه المرحلة بالشعور بالهدوء والاتجاه الى تقبل الحياة بكل ما فيها من اختلافات او عدم الوضوح وزيادة القدرة على التوافق كما يتميز المراهق هنا بطاقة وقدرة على العمل واقامة علاقات متبادلة مع الآخرين ومن سمات هذه المرحلة نجد كذلك:

- الشعور بالمسؤولية الاجتماعية
- الميل الى مساعدة الاخرين
- الاهتمام بالجنس الآخر على شكل ميول وإقامة علاقات
- وضوح الاتجاهات والميول لدى المراهق.(زهران، 1995، ص:73)

2-3 المراهقة المتأخرة:

تمتد هذه المرحلة من 18-21 سنة وهي فترة يحاول فيها المراهق ويسعى من خلالها إلى توحيد جهوده من أجل إقامة وحدة متألفة من مجموع مكونات شخصيته كما يحاول التكيف مع مجتمعه، والتوافق مع الظروف البيئية الجديدة، ويشير العلماء الى أن المراهقة المتأخرة تعتبر مرحلة التفاعل وتوحيد اجزاء الشخصية والتناسق فيما بينها بعد ان اصبحت الاهداف واضحة والقرارات مستقلة. (زهران، 1995، ص:108)

تبقى المراهقة مرحلة واحدة، كاملة ومتصلة رغم التقسيمات التي قام بها العلماء حيث كان ذلك لتسهيل الدراسة والبحث في هذه المرحلة الحساسة التي تصاحبها تغيرات جسمية، انفعالية واجتماعية، لذا المراهق بحاجة الى من يفهمه حتى يحقق اكبر مستوى من التوافق واجتياز هده المرحلة بسلام.

3- خصائص المراهقة:

هناك عدة أشكال للمراهقة وسنتطرق في دراستنا الى البعض منها فيما يلي:

3-1 المراهقة المتوافقة:

تتسم بالتوازن والهدوء النسبي والميل الى الاستقرار والاتزان العاطفي كما تتميز بتوافق المراهق مع الوالدين واسرته وبالتوافق الاجتماعي والرضا عن النفس والاعتدال في الخيالات وأحلام اليقظة، ومن العوامل التي تساعد على ان تكون المراهقة مرحلة متوافقة نجد عاملين أساسين هما:

- المعاملة الأسرية الجيدة.
- توفير جو من الثقة والصراحة والشعور بالأمن.

3-2 المراهقة الإنسحابية:

هذا النوع من المراهقة تتسم بالانطواء والاكتئاب والتردد والخجل والقلق والشعور بالنقص كما تتميز بنقد النظم الاجتماعية والثورة على الوالدين، الاستغراق في أحلام اليقظة التي تدور حول موضوعات الصراع والحرمان من الحاجات غير المشبعة، والاتجاه الى النزعة الدينية بحثا عن الخلاص من مشاعر الذنب وهذا النوع من المراهقة تتأثر بعدة عوامل منها: اضطراب الجو الأسري، السيطرة والسلطة الوالدية، تركيز الاسرة على النجاح الدراسي والتفوق، مما يثير قلق الأسرة وقلق المراهق، اضافة الى جهل الوالدين لوضع المراهق الخاص في الاسرة وترتيبه بين إخوته.

3-3 المراهقة العدوانية:

تتميز هذه المراهقة بالتمرد والثورة ضد الاسرة والمدرسة والمجتمع والانحرافات الجنسية والعدوان على الخوة والزملاء، كذلك التعلق الزائد بالروايات، والمغامرات، والشعور بالظلم ونقص تقدير الذات، ولعل العوامل المؤثرة في هذا النوع من المراهقة هي: التربية الضاغطة والقاسية والمتسلطة الممارسة من طرف الأسرة، وصرامة الوالدين في تعاملهم مع أبنائهم وتركيز الأسرة على النواحي الدراسية فحسب.(الزهران، 1995، ص.ص:111-115)

3-4 المراهق المنحرفة:

يتميز هذا الشكل من المراهقة بالانحلال الخلقي التام، والانهيار النفسي الشامل والبعد عن المعايير الاجتماعية في السلوك، والانحرافات الجنسية وسوء الاخلاق، تنتج هذه المراهقة نتيجة لعوامل عديدة كمرور المراهق بخبرات قاسية او بالصدمات أسرية عنيفة وقصور الرقابة الأسرية، بالإضافة الى قسوة الأسرة في معاملته، وتجاهلها لرغباته وحاجاته التدليل الزائد اضافة الى عوامل جسمية صحية المتمثلة في اختلال في التكوين الغدي والضعف البدني.

4- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

يمتاز النمو في مرحلة المراهقة بأنه سريع وشامل في جميع جوانب شخصية المراهق وخلالها تظهر تغيرات تمس الناحية الجسمية الفيزيولوجية العقلية، الوجدانية، النفسية الاجتماعية والجنسية، وبالتالي سنتعرض الى بعض هذه المظاهر فيمايلي:

4-1 النمو الجسمي الفيزيولوجي:

في فترة المراهقة نلاحظ نمو الجسم الذي تزداد سرعته، حيث يزداد الطول والوزن وتنمو العضلات والأطراف ففي الطفولة المتأخرة يكون الاطفال في حالة كمون من حيث معدلات النمو المختلفة، ويكون هناك تقارب نسبي في الطول عند الاناث في سن 14و 15 سنة تقريب، ويتفوق الذكور نسبيا على الاناث في الطول حتى آخر هذه الفترة التي تمثل أقصى حد للزيادة في الطول.

أما فيما يخص الوزن يصاحبها ثقل الجسم، وفي بداية المراهقة عموما تكون المراهقات اكثر وزنا من الذكور ومع تقدم هذه الفترة يصبح الذكور اكثر وزنا وأثقل جسما من الاناث، والتغيرات الحاصلة في الطول والوزن يصاحبها تطور في الجانب الوظيفي لأعضاء الجسم

أما النمو الفيزيولوجي يتمثل في مجموعة العمليات الحيوية والبيولوجية التي تحدث داخل الجسم، ويشمل الجانب الوظيفي للأعضاء ويتمثل أساسا هذا النوع من النمو في ظاهرة البلوغ التي تعد كمؤشر بيولوجي لبداية المراهقة، ويعرف البلوغ بانه مرحلة من مراحل النمو الفيزيولوجي العضوي التي تسبق المراهقة، وفيها يتحول الفرد من كائن لا جنسي إلى كائن جنسي قادر ان يحافظ على نوعه واستمرار سلالته.

(دويدار، 2000، ص.ص:95-96)

4-2 النمو الجنسي:

تعتبر الغريزة الجنسية من أقوى الغرائز التي تؤثر على الصحة النفسية للفرد والتي تعرضه الى الكبت، والضغط من قبل العادات والقيم الاجتماعية وفي هذه المرحلة تنمو الغدد الجنسية وتصبح قادرة على أداء وظائفها التي تتمثل في المبيضين عند الاناث، ويقوم بإفراز البويضات، فيحدث الطمث عندها، فتظهر العادة الشهرية مع احتمال وجود تأخر وعسرها وغيابها عند الاناث، والسبب يعود لاضطراب هرموني او ازمة نفسية حادة، كما يستطيع ان يختلف سن ظهور الطمث نتيجة للفروق الفردية، اما الغدة النخامية عند الذكور فهي الخصيتين اللتان تقومان بإفراز الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية أين تظهر عملية القذف لأول مرة.

(الطواب، 1993، ص:64)

كما يصاحب نمو الوظائف الجنسية نمو شعر تحت الابط وفوق العانة ونمو الشارب والذقن، وكذلك نمو الأرداف ويتسع الحوض وتظهر نعومة الصوت، وتؤدي هذه التغيرات الى احساس المراهقة بانها أصبحت شابة والمراهق أصبح شابا بالغا. (العيسوي، 1995، ص:46)

4-3 النمو النفسي والاجتماعي:

يتأثر النمو النفسي والاجتماعي بالبيئة الأسرية التي يعيش فيها المراهق، والبيئة الاجتماعية التي تحوي العادات والتقاليد والقيم والثقافات والاتجاهات، حيث تؤثر على سلوك المراهق وتحدد تكيفه او عدم تكيفه مع نفسه والمحيطون به.

فنجد معظم الآباء يحاولون تحقيق الإستقرار النفسي والاجتماعي لأبنائهم وتامين مستقبلهم ولكن في كثير من الحالات اين يمارس الآباء الضغط على أبنائهم مما يؤدي ذلك إلى الفشل والقلق والإحباط وبالتالي ينتج الصراع بين الابناء المراهقين مع آبائهم، كون أن الأبناء يطالبون بالإستقلالية والآباء يمارسون الضغط عليهم ولا ينظرون إليهم نظرة واقعية. (العيسوي، 1995، ص: 42)

4-4 النمو الانفعالي:

ان المراهقة مرحلة عنيفة من الناحية الانفعالية، يصاحبها ثورات يمتاز بالعنف والاندفاع، كما يساوره في آن واحد احساس بالضيق وفيما يلي نتطرق الى الانماط الانفعالية:

4-4-1 الغضب: هو من الإنفعالات الحادة للمراهقة ومن أهم مثيراته نجد:

-**الإعاقة والعجز:** حيث يغضب المراهق عندما يشعر بوجود حاجز يمنعه من تحقيق غاياته واهدافه، فيغضب عندما يفشل في انجاز عمل، كأن يفشل في ايجاد حل مسالة رياضية معينة

-**الظلم والحرمان:** فيغضب المراهق عندما يشعر بأن أحد أفراد عائلته أو أحد رفاقه ظلموه وأيضا عندما يشعر بحرمانه من بعض حقوقه.(الطفيلي، 2004، ص:25)

كما نجد أيضا ان المراهق يتميز بالمظاهر الإنفعالية التالية:

4-4-2 الرهافة: نجد المراهق مرهف الحس في بعض الاحيان تسيل دموعه سرا وجهرا ويذوب أسى وحزنا حينما يمسه الناس بنقد لاذع، كما يشعر بالضيق والحرج عندما يتلو مقطوعة نثرية مع جماعة فصله.

4-4-3 الكآبة: يتردد المراهق في الافصاح عن انفعالاته ويكتمها خشية ان تثير نقد الناس فينطوي على ذاته.

4-4-4 الانطلاق: يندفع المراهق وراء انفعالاته متهورا فيقدم على الأمور ثم يتخاذل عنها في ضعف وتردد ويرجع اللوم نفسه، فمثلا: تسيطر عليه قهقهة فيضحك وهو في وسط موكب جنائزي، ثم بعد ذلك يندم على فعلته.(السيد، 1997، ص:290)

4-4-5 الرغبة في مقاومة السلطة: يحاول المراهق التحرر من سلطة الوالدين، ويثور على السلطة المدرسية وعلى المجتمع عامة ويحاول إثبات شخصيته.

4-4-6 كثرة أحلام اليقظة: يستغرق المراهق في احلام اليقظة للتخفيف من النقص والحرمان والفشل الذي يتعرض له في محاولته لتحقيق احلامه، فيحلم المراهق بما تعذر تحقيقه في الحياة كنجاح دراسي، تفوق ورجولة كاملة أو ثورة طائلة ...الخ (ميخائيل، 1994، ص:349)

4-5 النمو العقلي:

تتميز هذه المرحلة بنمو القدرات العقلية ونضجها، فتسير الحياة العقلية من البسيط إلى المعقد، اي من مجرد الادراك الحسي والحركي إلى إدراك العلاقات المعقدة والمعاني المجردة

وتتمثل مظاهر النمو العقلي في مرحلة المراهقة في الذكاء، التذكر، الانتباه، التخيل حيث سنتطرق إليها فيما يلي

4-5-1 الذكاء: ينمو الذكاء وهو القدرة العقلية العامة نمو مطردا حتى 12 سنة ثم يتغير في فترة المراهقة نظرا لحالة الاضطراب النفسي السائد في هذه المرحلة، ويتوقف نمو الذكاء عند المراهقين العاديين في حوالي 16 سنة وعند غير العاديين في 14 سنة وعند الأذكياء حوالي 18 سنة (زيدان، 1983، ص:157)

4-5-2 التفكير: يختلف تفكير المراهق عن تفكير الطفل، يتأثر تفكيره بالمواقف التي يمر بها، فكلما تنوعت هذه المواقف اتسعت مجالات تفكيره، ويتميز تفكير المراهق بما يلي:

- القدرة على التجربة والاستدلال والاستنتاج والتحليل والتركيب.
- ازدياد القدرة على فرض الفروض لحل المشاكل المعقدة.
- اتجاه تفكير نحو التفهم.(ميخائيل، 1994، ص:344)

4-5-3 التذكر: تبقى القدرة على اساس الفهم والميل، تعتمد على الاستنتاج للعلاقات الجديدة بين موضوعات التذكر، كما لا يتذكر موضوعا إلا فهمه تماما ويربطه بغيره مما سبق من الخبرات.

4-5-4 الانتباه: تزداد قدرة المراهق على الإنتباه سواء في مدته أو مداه، فهو يستطيع أو يستوعب مشاكل معقدة في يسر وسهولة، ويستطيع أن يلفت نظره وانتباهه إلى الأشياء. (صلاح، 1972، ص:92)

4-5-5 التخيل: يتسم خيال المراهق بأنه الوسيلة التي يتجاوز من خلالها حواجز الزمان والمكان، وله وظائف عدة يمكن ان يحققها المراهق، كما أنه مسرح للمطامح غير المحققة (أحلام اليقظة)، ذلك أن الخيال يعتبر وسيلة

من وسائل حل المشاكل بالنسبة للمراهق. (محي الدين، 1982، ص: 166)

5- النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة:

هناك العديد من النظريات التي قامت بتفسير المراهقة وسنتطرق نحن في بحثنا هذا إلى البعض منها فيما يلي

5-1 الاتجاه البيولوجي:

يعتبر الباحث "ستانلي هول" "S-Hall" من الاوائل الذين عالجوا ظاهرة المراهقة، اذ يرى بانها مرحلة ميلاد جديدة للفرد لما تتميز به من خصائص وصفات تختلف عن مرحلة الطفولة ففي هذه المرحلة تطرأ تغيرات بيولوجية المتمثلة في نضج واكتمال الغدد الجنسية وظهورها بشكل مفاجيء يؤدي إلى ظهور دوافع قوية تؤثر في سلوك المراهق، وقد اعتبرها فترة عواصف وتوتر لما يمر به المراهق من صعوبات التوافق مع المواقف الجديدة، اضافة الى ظهور ميزة البلوغ، تظهر مهمة الجانب الجسمي حيث يزداد الطول، الوزن، وتنمو العضلات والأطراف فيظهر المراهق في جسم راشد ويختلف هذا النمو بين الجنسين حيث يكون سريع عند الفتيات منه عند الذكور.(Bernard, 1979, p:59)

5-2 الاتجاه المعرفي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المراهقة تتميز بتطور البنيات المعرفية التي ترتبط بالتغيرات الفيزيولوجية والجسمية، وحسب أعمال j.Piaget (1964) فان مرحلة المراهقة تبدأ بظهور الذكاء العلمي الشكلي intelligence opération formelle اذ تختلف عملية التفكير في هذه المرحلة عن سابقتها وذلك لاستعمال المراهق التفكير المجرد والرمزي، كما يستطيع بناء أنظمة وفرضيات، فيأخذ التفكير الفرضي الاستنتاجي مكان التفكير الواقعي ويتطور التفكير الميتافيزيقي، وأي اضطرابات في التعلم واكتساب التفكير العلمي الشكلي قد يؤدي إلى صعوبات علائقية أو اضطرابات سلوكية. (Bourcet, 2001, p.p:13-14)

5-3 – الاتجاه التفاعلي:

يركز هذا الاتجاه على التفاعل بين المحددات البيولوجية، الاجتماعية والثقافية للسلوك والصعوبات التي يتعرض لها المراهق تعود إلى المحددات في آن واحد.

إذا يرى الباحث Sall en berger أن العوامل البيولوجية وحدها لا تفسر سلوك المراهق وانما تساهم في ايجاد انماط من السلوك تميز مرحلة المراهقة فالنضج الجنسي والجسمي تنعكس آثارهما على مشاعر الفرد بالإضافة الى أن ثقافة المجتمع، لها دور في تحديد مدى قدرة المراهق على إشباع حاجاته ومطالبه الجديدة.

5-4-الاتجاه الاجتماعي:

يفسر هذا الاتجاه سلوك المراهق على اساس الثقافة السائدة والتوقعات الاجتماعية ويفترض ان سلوك المراهق نتاج تعلم الادوار، اذ يعتبر عملية التنشئة الاجتماعية مسؤولة عن سلوكه السوي أو انحرافه، كما يقوم الفرد بتقليد النماذج المكتسبة في حياته خلال تفاعله الاجتماعي ، اذ توجد استمرارية في سلوك الانسان، فاذا كان الفرد عدواني في طفولته فقد يستمر سلوكه العدواني في المراحل التالية(مرحلة المراهقة والرشد) ما لم يتعرض للتغيير الاجتماعي.(الزغبي، 2001، ص:327)

5-5 الاتجاه التحليلي:

أعطى هذا الاتجاه مفهوما آخر للمراهقة، اذ يعتبرها مرحلة إعادة تنشيط لتجارب سابقة عاشها الفرد، وعليه لفهم هذه المرحلة أو للتخلص من أي صراع او مشكل لابد من الرجوع إلى الفترة السابقة لها، وتتميز مرحلة المراهقة باكتمال النضج الجنسي وانفجار دوافع جنسية تنشط من جديد صراع أوديب والتخيلات المتعلقة بالهوامات المحرمة، بمعنى ميل الطفل الى أحد الوالدين من الجنس الآخر، والهوامات القاتلة بمعنى قتل الأب من أجل الإحتفاظ بالأم بالنسبة للذكر، وقتل الأم من أجل الاحتفاظ بالأب بالنسبة للأنثى، وللتخلص من هذه التخيلات يجد المراهق نفسه مجبرا على الإنفصال عن الوالدين، كما يعمل على صدها بعدوانية ويرفض القيام بالأعمال المطالب بها، إلا أن هذه الرغبة في الإنفصال من شأنها أن تنتج قلق وصراع شديد للمراهق، الذي يطور آليات دفاعية للقضاء على توتراته وقلقه وصراعاته.(Bourcet, 2001, p.p:10-13)

6 – حاجات مرحلة المراهقة:

وقد وضع الباحث ابراهام ماسلو(1955) ترتيبا هرميا لمختلف هذه الحاجات، وتتمثل في هذه الحاجات في الحاجة إلى الأمن، الحاجة الى الحب، مكانة الذات، الحاجة الى الاستقلال، الحاجات الجنسية، ونستعرض إليها بالتقيق فيما يلي:

6-1 الحاجة إلى الأمن: يتمثل في الحاجة إلى الشعور بأن البيئة الاجتماعية يسودها الاحترام والتقبل وهي أهم الحاجات الأساسية المطلوبة للنمو والتوافق النفسي والصحة النفسية للفرد، وتظهر هذه الحاجات جلية في تجنب المخاطر.

فالشخص المؤمن يشعر بإشباع الحاجة ويشعر بالثقة والاطمئنان، أما الشخص غير المؤمن فهو في خوف دائم من فقدان القبول الاجتماعي ورفض الآخرين، وأي علامة من عدم القبول أو عدم الرضا يراها تهديدا وخطر لذاته.(العمرية، د. ت، ص: 295)

6-2 الحاجة الى الحب والقبول:

كل الأفراد يشتركون في الحاجة إلى الاستجابة والحب والمحبة والقبول والتقبل الإجتماعي، وهي من أهم الحاجات النفسية اللازمة لصحة الفرد النفسية وكل إنسان يرغب أن يكون مقبولا عند الآخرين ويهمهم ما يعتقدونه فيه، ولذلك فهو بحاجة إلى الصداقة والمحبة والعلاقات الاجتماعية، ويكره ان يكون منبوذا من طرف الآخرين وهذه الحاجة تتجسد في انضمامه إلى جماعة وإلى بيئة اجتماعية تلائمه من حيث الميول والعواطف ويجمع بينهم رباط متين، وهؤلاء الأفراد الذين يشبهونه ويشاركونه في صفاته وعواطفه يستجيبون بسهولة لعواطفه ويتبادلون مشاعر السعادة بينهم

6-3- الحاجة الى الشعور بالقيمة الذاتية:

تعتبر هذه الحاجة من أهم و أقوى الحاجات، وتتضمن الحاجة إلى المركز والقيمة الاجتماعية، الحاجة الى الشعور بالعدالة في المعاملة، الحاجة الى الاعتراف من قبل الآخرين وله قيمة، كالذين يدرسون ويجتهدون من أجل أن يذكر أسمائهم في لوحة الشرف لذلك ترى المراهق من الفتيان يدخن ويقوم بالأعمال الاخرى التي يقوم بها غيره من الكبار أما بالنسبة للفتاة فهي تقلد أمها حيث تلبس الكعب العالي مثلها، المراهق يطلب المكانة بين رفاقه اكثر، فهو حريص عليها.(العمرية، د. ت، ص: 296)

6-4- الحاجة إلى الاستقلال:

ان المراهق يريد دائما التخلص من قيود الاهل والاعتماد على نفسه وهذا ما نلاحظه عندما يريد ويطلب غرفة خاصة له دون ان يشاركه أحد ونجده يكره زيارة والديه له في المدرسة لأنها دليل على الوصاية عليه ويحرص أن لا يظهر تعلقه الشديد بأسرته واعتماده عليها وعلى هذا فان المعلم الجيد هو الذي يحرص على أن لا يعامل المراهق على أنه طفل ويعطيه مسؤولياته ويتركه يخطط أعماله ويقوم بها، وهذا ما يدفع المراهق إلى أن يقوم به بعمله على أحسن وجه وكذلك يظهر القدرة على الإبداع والإنجاز.

6-5 الحاجات الجنسية:

نلاحظ اكتمال نمو الاعضاء والغدد الجنسية لدى المراهق يعني ان هذا الاخير في استعداد تام لممارسة النشاط الجنسي، ونجد انه يميل نحو الجنس الآخر، ودائما تكون لديه الرغبة في اكتساب اعجابه وحبه، ومن الأمور التي تقلق المراهق، ان يكون لهم اصدقاء او صديقات من الجنس الآخر وان لا يعرفوا كيف يسلكون معهم، فحسب دراسة الباحث Kenry التي أظهرت أن 95 % من المراهقين في أمريكا يكونون فعاليين جنسيا حتى سن 15 سنة ويمارسون فعاليات مثل الاستمناء، ومادام ان فترة المراهقة فترة الرغبات الجنسية لابد من المدارس أن تقدم

التربية الجنسية للمراهق عن طريق حقائق بيولوجية ونفسية واجتماعية تقضي جهل المراهق وابعاده عن الانحراف (زيدان، 1986، ص:23)

7- مشكلات المراهقة:

في هذه المرحلة تكثر فيها الصراعات الداخلية والتي تشمل الحياة النفسية للمراهق والصراعات الخارجية التي تشمل الحياة الاجتماعية له، ومن مجمل المشاكل التي يمكن ان يعاني منها المراهق نجد: مشاكل نفسية، سلوكية اقتصادية، جنسية واجتماعية وسنتطرق اليها باختصار فيما يلي:

7-1 مشكلات نفسية:

ومن المشكلات النفسية التي يعاني منها المراهق نتطرق الى القلق، الغيرة، الانطواء، والانسحاب، والعزلة:

7-1-1 القلق: يعاني المراهق من القلق الذي ينشأ من مراقبة الفرد للمثيرات والمواقف المؤلمة، او لسبب تردي الأوضاع الأسرية مثل: الخلافات المستمرة بين الآباء أو المرض

وكثيرا ما تبدو على المراهق مظاهر الشعور بانحطاط القوى التي تدوم بضعة أيام أو أسابيع ويرافقها الشعور بالفشل وعدم الفائدة.

7-1-2 الغيرة: استجابة انفعالية تنشأ من الغضب وتظهر في صورة قوية عندما يبدأ المراهق بالاهتمام بالجنس الآخر، وتظهر الغيرة كذلك في غيرة المراهق على زملائه الذين يكون تحصيلهم عال.(الزغبي، 2001، ص:450)

7-1-3 الانطواء والانسحاب والعزلة: تظهر عند المراهق أعراض اللامبالاة والانسحاب الاجتماعي، وتكرار شكواه الجسمية، حيث يؤدي هذا الى سوء توافقه الشخصي، الاجتماعي والمدرسي.

(بن اسماعيل، 1992، ص:80)

7-2 مشكلات سلوكية:

هناك العديد من المشكلات السلوك تظهر عند المراهق سنتطرق الى السلوك العدواني والادمان فيما يلي:

7-2-1:السلوك العدواني: يظهر هذا النوع من السلوك عند المراهق في مظاهر كثيرة منها التهيج في الفصل والاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم، العناد، التحدي وتخريب اثاث المدرسة.

ولا يمكن إرجاع هذا السلوك العدواني إلى عامل الذات، بل ترجع غالبا هذه الانماط السلوكية إلى عوامل كثيرة متشابكة، منها عوامل شخصية وأخرى اجتماعية وتتمثل في:

- الشعور بالخيبة الاجتماعية كالتأخر الدراسي والاجتماعي في حب الأبوين والمعلمين.
- المبالغة في تقييد الحرية والتدخل في الشؤون الخاصة بالصغار والمراهقين.

- توتر الجو المنزلي الذي يعيش فيه المراهق.
- التغيير في السلطة الضابطة وعدم اثباتها.
- وجود نقص جسمي في الشخص مما يضعف قدرته على مواجهة مواقف الحياة. (زيدان، 1986، ص:23)

7-2-2 الإدمان:

ان المشكل الذي يطرح من الناحية السيكولوجية فيما يخص تناول المراهق للمخذرات هو أنهم كثيرا ما يصبحون مع الوقت مدمنين عليها وهذا يرجع، لتفادي المراهق الصراعات الداخلية ومصادر الشعور بالقلق والألم والاضطراب والوحدة واليأس ولو لفترة مؤقتة، كما يعتبر رفض المراهق للتبعية سواء للراشد او المجتمع أساسا للعديد من الاضطرابات النفسية في المراهقة، والادمان على المخدرات يعتبر كرد فعل للتعبير عن رفض تلك التبعية.(Richard, 1998, p.p:69-70)

7-3 مشكلات اقتصادية:

قد يترك المستوى الاقتصادي الضعيف أثرا سيئا لدى الاطفال والمراهقين خاصة، فعدم تلبية بعض احتياجات الأسرة الأساسية من مواد غدائية والبسة وأدوات مدرسية يدفع بهم الحال الى القلق والخجل، وعدم الارتياح والاطمئنان لظروفهم الاقتصادية والتي يمتد اثرها الى الحياة الاجتماعية مثلا: أن يكون سببا للجنوح بحيث يلجأ المراهقون لإشباع حاجاتهم بطرق غير شرعية أو الانصراف عن مدارسهم للتوجه للعمل، لإعانة أسرهم، فالمستوى الاقتصادي بارتفاعه أو انعدامه كلاهما يؤثران على الحياة الاجتماعية للمراهق وخاصة في هذه المرحلة، حيث من مظاهرها الحساسية الزائدة، حب المظاهر التي ينجز من ورائها الاصطدام بالواقع المر، بالنسبة للفقراء، ولها أثر بعيد على العلاقة بين الآباء والأبناء (الرفاعي، 1989، ص: 65)

7-4 مشكلات اجتماعية:

تأخذ المشكلات الاجتماعية في مرحلة المراهقة شكلين من السلوك وهما:

7-4-1 ثورة المراهق على السلطة الأسرية:

تتجه ثورة المراهق في هذه المرحلة نحو والديه وحتى الأقارب، حيث يحاول المراهق أن يكسر القيود التي تضعها أسرته، كونها تذكره بأيام طفولته بما فيها من خضوع واستسلام وتبعية لهم، فهذه القيود ليست موجهة نحو الخارج فقط، وانما نحو ذاته أيضا، والمتمثلة في خوفه من هذه المرحلة الجديدة التي ينتقل إليها، والتي تتطلب منه أن يكون رجلا في سلوكه وتصرفاته وان يكون في حسن ظن الآخرين، وتتخذ هذه الثورة مظاهر متعددة هي:

- ثورة المراهق أن لم يجد الطعام المناسب أي الذي يريده هو فقط.
- ثورته لتدخل والديه في شؤونه الخاصة أو في دراسته.
- إظهار سلطته أو نفوذه على أخواته الصغار.(دويدار، 1996، ص:282)

7-4-2 ثورة المراهق على المجتمع:

يقف المراهق موقف الثورة والنقد للمجتمع ونظمه وتقاليده وقيمه الأخلاقية والدينية حيث يبحث عن نواحي النقص والعيوب السائدة في المجتمع ونقده، نتيجة رغبته في تأكيد رجولته والانضمام إلى مجتمع الرجال، وتقديم خدمة للمجتمع الذي يعيش فيه، ويكون أيضا نقد المراهق عندما يجده كمعارض لتحقيق طموحاته أو لعدم تمكنه من الحصول على مطالب مالية فيثور ثائره، ويتخذ موقفا سلبيا على مجتمعه، ظنا منه أنه المسؤول عما يواجهه من صعوبات. (دويدار، 1996، ص:285).

خلاصة:

يعد الاهتمام بتربية ورعاية الفرد في مرحلة المراهقة مهم ولا يقل ذلك عن مرحلة الطفولة فهي مرحلة الانبثاق الوجداني من خلال النمو الجسمي ومرحلة النضج الاجتماعي فتعد أكثر مراحل النمو عرضة للانحراف فالتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة، تجعل المراهق يعيش حالة صراع وقلق وخوف وحيرة، لذا فهو بحاجة لمن يفهمه ويوفر له كل حاجة في ظل هذه التغيرات، كي يتسنى له عبور هذه المرحلة بسلام بهدف تحقيق التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، وكذلك مساعدته على حل التساؤلات التي تشغل باله وفهم ذاته، ومنحه الثقة بالنفس حتى لا ينحرف عن القيم والاخلاق وقوانين المجتمع.

كما أن معظم التغيرات الجسمية، الجنسية والمواقف الاجتماعية الجديدة يؤثر بطريقة أو بأخرى على نمو وعدم استقرار المراهق، فهي تجعله شديد الحساسية والاضطرابات التي تتشكل في هذه المرحلة يمكن أن يكون مصدرها:

- مواجهة المراهق لضغوط الدوافع الجنسية وتعرضه للصراع والقلق.
- حاجات المراهق الاجتماعية والتي تتمثل في محاولة التأثير على الآخرين عن طريق الاهتمام بالمظهر والتأنق في الملبس والتزين لدى البنات والإنضمام إلى مجموعات الأقران مع ضرورة الخضوع إلى معايير الجماعة.
- حيرة المراهق بسبب عدم وضوح الهوية، فهو لا يعرف بعد، أن هو مازال طفلا أم راشد فيقع في صراع.
- الصراع مع الآباء بسبب سوء التفاهم من قبل الطرفين، فعادة ما يخبر الآباء المراهقين بعدم رضاهم عن سلوكهم الطفولي، بسبب رغباتهم اللاشعورية في أن يكبر أبنائهم، كل هذه الأسباب تشكل حالة قلق وخوف وحيرة عند المراهق تجعله في صراع نفسي مع ذاته وصراع اجتماعي مع أسرته ومحيطه الذي يعيش فيه.

الـــجـــانب الـتـــطبيقي

الـفصـل الخامـس

مـنهـجـية الـبحـث

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- المنهج

3- حدود الدراسة

3-1 الحدود المكانية

3-2 الحدود الزمانية

4- مجموعة البحث

4-1 تعريف مجموعة البحث

4-2خصائص مجموعة الدراسة

5- أدوات الدراسة

5-1 المقابلة العيادية

5-2 المقياس العربي للوسواس القهري

5-3 اختبار ستروب

5-4 اختبار go no go

خلاصة

تمهيد:

نسعى في هذا الفصل إلى إعطاء نظرة تكاملية عن مجريات الدراسة الميدانية التي تسمح بتحويل المعطيات النظرية التي وردت في الفص الأول إلى حقائق إجرائية تفيد في تحقيق الهدف العلمي الذي أجريت من أجله الدراسة، ويعد الجانب التطبيقي أهم خطوات البحث العلمي حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية ويوسع مجال دراسته في هذا الفصل سنتطرق إلى المنهج وحدود الدراسة والدراسة الاستطلاعية ومجموعة الدراسة وخصائصها وأخيرا أدوات الدراسة.

1/ الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث، حيث تمكنه من معرفة ما اذا كان بحثه يستحق الدراسة أم لا، كما تساعده على تحديد إشكالية البحث وفرضياته.

لقد اخترنا الخلية الجوارية للتضامن مكان إجراء البحث بصفتي أخصائية نفسانية أقوم بالفحص والتكفل النفسي لحالات يتم توجيهها أو اكتشافها من خلال التحقيقات الاجتماعية أو الأسرية في جيوب الفقر(المناطق الفقيرة) أضف إلى العمل الجواري مع مختلف الخلايا والشركاء الاجتماعيين، ومن خلال كذلك مشاركتنا في تقديم الدعم النفسي خلال الأحداث الاخيرة التي مرت بها ولاية غرداية.

ومن خلال العمل الميداني والتعامل مع حالات تعاني من اضطراب الوسواس القهري وجدنا من الضروري فهم أسباب أعراض هذا الاضطراب من أجل وضع خطة علاجية تخفف من المعاناة والصعوبات التي يواجهها الوسواسي في حياته اليومية سواء المهنية أو المدرسية أو الاجتماعية.

والهدف من الدراسة الاستطلاعية تجعلنا أكثر اتصالا بالميدان، كما تساعدنا على توضيح فكرتنا الأولية عن موضوع البحث والاجابة عن الأسئلة المطروحة، وتسهل علينا وضع الفرضيات الملائمة لموضوع البحث، وتسهل علينا كذلك اختيار العينة وتحديد متغيراتها ومعرفة مدى ملاءمة و صدق وثبات الأدوات المستعملة في البحث مع مجموعة الدراسة والمتمثلة في مقياس العربي للوسواس القهري واختبار وظيفة الكف المتمثل في اختبار ستروب واختبارgo no go

2/ المنهج:

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول إلى الحقيقة، وللكشف عنها لابد من إتباع منهج علمي، ويعرفه عبد الرحمان بدوي حسب عمر بوحوش بأنه "فن التنظيم الصحيح لسلسة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة عندما نكون بها جاهلين، وإما من أجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين"(بوحوش، الذنيبات، 1995، ص:89)

وبما أن موضوع البحث هو الذي يحدد المنهج المناسب للوصول إلى إثبات أو نفي فرضياتنا اعتمدنا في دراستنا على **المنهج العيادي**

وقد عرف دانيال لاغاش Daniel Lagache المنهج العيادي بأنه " تناول للسيرة في منظوره الخاص، كذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى لها للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها ومحاولة الفرد لحلها".(باحميدة، 2007، ص:70)

كما يرى (R-Perron) أنه عبارة عن " الطريقة المسماة عيادية في علم النفس هي طريقة معرفة السير النفسي الذي يهدف الى بناء بنية واضحة ومعقولة للوقائع النفسية حيث يكون الفرد مصدرها"

وبما أن الهدف من الدراسة الحالية فهم الديناميكية النفسية للحالات، ومحاولة الوصول إلى فهم الجوانب المهمة والأمور العميقة التي شكلت الاضطراب الحالي الذي يعاني منه المفحوص، وفهم كذلك السياق النفسي والاجتماعي والظروف الصحية والنمائية التي تميز بها المفحوص، ومحاولة وصف الوظائف التنفيذية المتمثلة في وظيفة الكف ودور اضطراب هذه الوظيفة في ظهور الأفكار والأفعال القهرية بواسطة اختبار خاص بالتقييم النفس عصبي مما يساعدنا في تفسير المعلومات معرفة أسباب العجز أو الخلل المعرفي أو السلوكي عند المريض ولفهم كل هذه العوامل ووصفها وصفا دقيقا يتحتم علينا منهج خاص يتمثل في المنهج العيادي الذي يهدف الى التشخيص والعلاج والبحث.

3-حدود الدراسة:

3-1 الحدود المكانية:

أجرينا دراستنا الحالية بالخلية الجوارية للتضامن بـ"بريان" ولاية غرداية أنشأت في شهر ديسمبر 2010، وهي فريق عمل متكامل ومتجانس متكون من الاختصاصات التالية:

- طبيب- أخصائية نفسانية- أخصائية الاجتماعية- مساعد اجتماعي- سائق

هي جهاز تابع لوكالة التنمية الاجتماعية التي أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 96-232 المعدل والمكمل بتاريخ 29 جوان 1996، وهي ذات طابع خاص تابعة لوزارة التضامن الوطني والأسرة للوكالة11 فرع جهوي، والخلية الجوارية تابعة للفرع الجهوي ورقلة

وبرنامج الخلية الجوارية للتضامن Programme des Cellules de Proximité Solidarité (CPS) تسيير من طرف المنسق، كما أن للخلية برنامج سنوي وفصلي تسير وفقه.

أهم أنشطة الخلية الجوارية للتضامن بريان:

- انجاز خرائط اجتماعية لمختلف الولايات والبلديات لتحديد وترتيب البلديات الفقيرة وجيوب الفقر.
- إنجاز تحقيقات أسرية واجتماعية
- تحديد الاحتياجات الضرورية لمختلف الحالات الاجتماعية متعددة مثلا: إعاقات، أمراض مزمنة...
- التكفل النفسي بحالات تكون موجهة من الأطباء، أخصائيين نفسانيين، العائلات، و المدراس والجمعيات أضف إلى حالات تم اكتشافها من خلال التحقيقات الأسرية والاجتماعية بحيث الجلسات والمتابعة النفسية تكون على مستوى مقر الخلية وخارجها.
- فحوصات ومتابعة طبية على مستوى الخلية وخارجها لحالات اجتماعية تستدعي ذلك.
- وساطات إدارية يقوم بها المساعد الاجتماعي بمتابعة الملفات الإدارية والمرافقة والوساطة إلى أن يستفيد المعني من جميع حقوقه في مختلف المجالات.

3-2 الحدود الزمانية:

الحدود الزمانية لإجراء الدراسة كانت من 25 فيفري2017 إلى 30 مارس 2017

4/ مجموعة البحث:

4-1 تعريف: هي جزء من مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية

وبما أن المنهج المتبع في موضوع بحثنا هو المنهج العيادي الذي يقوم أساسا على دراسة الحالة، هذا يعني استحالة دراسة جميع أفراد المجتمع لذا يجب استخدام مجموعة دراسة.

كان اختيارنا لمجموعة الدراسة اختيارا قصديا، لما يتلاءم مع طبيعة المنهج المعتمد في الدراسة وهو المنهج العيادي اختيارنا للمجموعة كان قصديا لمجموعة من الأشخاص المضطربين بالوسواس القهري يبلغ عددهم 4 حالات من الجنسين (2 ذكور، و2إناث) أعمارهم ما بين 13و15سنة.

4-2 خصائص مجموعة الدراسة: يجب ان يتوفر مايلي

- المريض تم تشخيصه باضطراب الوسواس القهري من قبل أخصائيين نفسانيين
- ان لا يتعدى سن المفحوص عن 15 سنة على حسب أداة القياس اختبار ستروب.
- الاقتصار على القادرين على التواصل اللفظي مع الباحثة أثناء عملية جمع بيانات الدراسة
- أن لا يعاني من مشاكل في السمع أو البصر، مما يعيق التواصل معه أثناء إجراء الاختبار، واختبار الكف يتطلب سلامة الحاستين.
- ان يكون قادرا على القراءة، ويعرف تسمية الألوان لأن الاختبار يتطلب ذلك.
- اذا اكتشفنا خطا لدى المفحوص عليه أن يعيد القراءة من الكلمة التي أخطأ فيها ولا يعيد قراءة كل السطر.

وفيما يلي جدول يلخص أهم خصائص العينة:

جدول رقم (1) يلخص خصائص مجموعة الدراسة

الحالة	السن	الجنس	المستوى الدراسي
د- محمد الأمين	15 سنة	ذكر	3 متوسط
ب- إيمان	14 سنة	أنثى	3 متوسط
و- جابر	15 سنة	ذكر	4 متوسط
م- ابتهال	13 سنة	أنثى	2 متوسط

التعليق: من الجدول نلاحظ ان مجموعة الدراسة يتروح سنها بين 13 سنة و15 سنة من الجنسين 2 ذكور، و2 اناث كلهم متمدرسين يتروح مستواهم الدراسي بين ثانية متوسط والرابعة متوسط.

5/ أدوات الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على اختبار وظيفة الكف المتمثل في اختبار ستروب و اختبار go no go ولقياس درجة الوسواس القهري اعتمدنا على المقياس العربي للوسواس القهري لعبد الخالق بالإضافة إلى المقابلة وفيما يلي عرض مفصل لكل الأدوات المستعملة:

5-1 المقابلة: ان المقابلة مصدر ضروري للمعلومات، لأن أكبر قدر من المعلومات يتم الحصول عليه عن طريق المقابلة، التي تعتبر تقنية جمع المعلومات، تجرى في علاقة وجها لوجه، وتعرف على أنها" محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص اخر، أو عدة اشخاص، هدفها استثارة أنواع معينة من المعلومات لاستغلالها في بحث علمي أو الاستفادة منها في التوجيه، التشخيص، أو العلاج (دويدار، 1995، ص:55)

ومن هنا قمنا بوضع دليل للمقابلة، تحمل معنى المقابلة النصف موجهة، والتي تكون فيها الأسئلة، أما أسئلة موجهة تكون اجابتها محدودة بنعم أو لا، وأسئلة مفتوحة تستلزم إجاباتها سرد من طرف المفحوص والتي نسعى من خلالها الى جعل المفحوص يجيب بحرية، والاحتفاظ بصميم الموضوع وعدم الخروج عن نطاق إشكالية بحثنا أما الهدف من وضع هذه المقابلة هو إمكانية التعرف على السيرورة النفسية ووصفها وصفا دقيقا والتعرف على وظيفة الكف لدى المصابين بالوسواس القهري، في دراستنا اعتمدنا على مقابلة أولى مع الأم من أجل جمع معلومات حول المراهق ومقابلة ثانية مع أفراد مجتمع البحث؛ كما ركزنا من خلال المقابلة على ملاحظة التعبيرات الشكلية وبعض الاستجابات الغير لفظية التي تزودنا بمؤشرات، إضافة إلى ذلك ملاحظة المظهر العام لشخصية الحالة ومدى تجاوبها مع أسئلة وبنود الاختبارات بطء الاستجابة، قدرتها على التركيز والانتباه، والحالة النفسية للحالة سلوكاتها أثناء الجلسة احترام مواعيد الجلسة.

5-2 المقياس العربي للوسواس القهري (اعداد عبد الخالق، 1992)

5-2-1/ وصف المقياس:

أعد هذا المقياس عبد الخالق كمقياس للوسواس القهري مناسب للمفحوصين العرب ويشمل المقياس على 32 عبارة يجيب عنها المفحوص بـ "نعم" أو "لا" ويحصل على نقطة على كل عبارة يجيبها في الاتجاه نفسه الذي يتفق مع مفتاح تقدير الدرجات التالي:

العبارات التي يحصل المفحوص فيها على درجة اذا اجابوا بنعم: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-11-12-13 و14-15-16-17-18-19-20-21-23-24-25-27-29-30-32 (28 بندا)

العبارات التي يحصل فيها على درجة اذا أجابوا بلا:10-22-26-28-31 (5 بنود)

ويمتد متوسط الدرجات التي يحصل عليها المفحوص بين 10.58 و21.90

وبعد تطبيق المقياس بصورته النهائية على عينة مكونة من 181 طالب وطالبة جامعية حللت معاملات الارتباط عامليا، واستخرجت ثماني عوامل للوسواس القهري هي:

جدول رقم (2) يوضح أبعاد مقياس العربي للوسواس القهري والبنود التي تقيسه

البعد	البنود التي تقيسه
عامل عام للوساوس القهرية	8-9-10-14-16-18-20-23-26-28-30-31-32
النظام والدقة والترتيب	3-5-13-15-19
التكرار والعد	4-16-24-27-29
المراجعة	2-3-6-11-21
استحواذ الأفكار القهرية	12-27-32
الاجترار	7-14-18-25-26
البطء	1-2-22
التدقيق	15-17-19

5-2-2 الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأصلية:

أ / صدق المقياس:

1- **الصدق الظاهري للبنود:** عرضت البنود على مجموعة من المحكمين في التخصصين علم النفس والطب النفسي، وهم أعضاء هيئة التدريس وطلاب الماجيستير والدكتوراه بكليتي الآداب والطب بجامعة الاسكندرية؛ وقد أوصوا بحذف بنود قليلة فقط.

2- **الصدق التلازمي للقائمة:** طبق المقياس مع قائمة مودسلي للوسواس القهري من إعداد هودجسون وريخمان، ووصل معامل الارتباط بين القائمتين (ن=58 طالب جامعي، 50 طالبة) الى 0.712، 0.692 على التوالي. ويشير هذان المعاملان إلى صدق تلازمي مرتفع للقائمة.

ب/ثبات المقياس:

1- **معامل الاستقرار:** طبقت القائمة في صورتها الاخيرة ثم أعيد تطبيقها بعد أسبوع على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين (ن=33) ووصل معامل الاستقرار الى 0.85 وهو معامل مرتفع

2- **معامل الاتساق الداخلي:** قسمت بنود القائمة إلى نصفين فردي مقابل زوجي، (ن=60) من طلاب الجامعة، واستخراج معامل الارتباط بين النصفين، وصحح المعامل بمعادلة سبيرمان براون للتنبؤ، وصل معامل الاتساق الداخلي الى 0.73 ويشير الى أن اتساق المقياس يقع في الحدود المقبولة.

(البناني، 2011، ص:88-89)

5-3 اختبار ستروب (STROOP):

5-3-1 وصف الاختبار:

هو رائز يقيس الانتباه الانتقائي وقدرة الكف أنشأ من طرف ستروب (STROOP) سنة 1935، ويكمن مبدأ هذا الرائز في وضع الحالة أمام منبهات تحمل خصائص غير ملائمة (No prégnante) والتي عليها تجاهلها وفي نفس الوقت تجيب على خاصية أخرى.

و يحتوي هذا الرائز على ثلاث بطاقات ذات مقاس A4 (21*30سم) ويتكون من 4 مراحل هي:

البطاقة الأولى: تتكون من 50 كلمة مكتوبة بالأسود تمثل كلمات ألوان: "أحمر، أصفر أخضر، أزرق"

البطاقة الثانية: تحتوي على نفس الكلمات لكن في هذه المرة الكلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تمثل المعنى الدلالي لها، مثلا كلمة أزرق مكتوبة باللون الأحمر.

البطاقة الثالثة: فتمثل مستطيلات تحمل نفس الألوان السابقة ذكرها.

ويتمثل الوقت اللازم من أجل إعطاء الاجابة في 45 ثانية لكل بطاقة هذه البطاقات تتكون من 10 صفوف كل صف يحمل 5 منبهات؛ ويهدف الاختبار إلى تقييم الانتباه الانتقائي، وقدرة الكف للوضعية التي تمثل منافسة بين إجابتين اختياريتين.

5-3-2 التعليمة: يجب أن تكون التعليمات مفصلة ومبسطة قدر الامكان لكي يفهمها الأفراد.

الوضعية الأولى(البطاقة أ): سوف أعطيك ورقة مكتوبة فيها كلمات، عليك أن تقرأ بصوت مرتفع من اليمين الى اليسار، في أسرع وقت ممكن. لما تصل الى أسفل الورقة أعد القراءة من الأول الى أن أقول لك توقف. أي45 ثانية. واذا أشرت لك هناك خطأ عليك أن تصححه. إذا كنت جاهزا عليك أن تبدأ.

الوضعية الثانية (البطاقة ب): في هذه الورقة تعيد نفس ما قمت به في المرة السابقة، سوف تقرأ الكلمات ولما تصل الى أسفل الورقة أعد من الأول.

الوضعية الثالثة (البطاقة ج): هذه الورقة فيها مستطيلات ملونة، يجب ان تسمي هذه الالوان ولما تصل الى نهاية الورقة عليك ان تعيد من الاول الى ان أقول لك توقف.

الوضعية الرابعة (البطاقة ب): سوف أعطيك ورقة مثل التي أعطيتك إياها في الحين ولكن هذه المرة يجب أن تقول لي ما هو اللون الذي كتبت به الكلمات وليس قراءة الكلمات. لما تصل إلى نهاية الورقة عليك أن تعيد من الأول الى أن أقول لك توقف.

اذا لم يفهم الأفراد التعليمة يجب أن نشرح لهم بمثال أو مثالين لأن هذا الاختبار يتطلب مستوى جيد من الفهم.

5 -3-3 طريقة التنقيط:

على الفاحص أن يضع أمامه أربعة بطاقات تحمل الاجابات المحتملة التي يجب على المفحوص إعطائها. وفي كل بطاقة يقوم بمتابعة وشطب الأخطاء والترددات. ثم ينقل النتائج على ورقة التنقيط التي تحمل المعلومات الشخصية للمريض، الأخطاء التي يقوم بها والترددات التي يقع فيها وعدد الاجابات الصحيحة لكل بطاقة. واذا تعدى سطر أو عدة أسطر، فيجب إنقاصها من المجموع. بعد ذلك نقوم بحساب درجة الخطأ لكل بطاقة، وهذا بضرب مجموع الأخطاء في 2 + الترددات. بعدها نقوم بحساب درجة التداخل والتي يتم حسابها بانقاص درجة الاجابات الصحيحة في البطاقة (3) والتي تخص تسمية الألوان من درجة الإجابات الصحيحة التي تمثل التداخل(تسمية لون الحبر الذي كتبت به الكلمات) في البطاقة (2)، ثم نحول كل نقطة إلى رتبتها بالرجوع إلى الجداول المبينة في الدليل الخاص بالاختبار

5-3-4 شروط التطبيق الاختبار:

- عدم إدارة الورقة أكثر من 40°.

- التأكد من ان الفرد له رؤية جيدة. اذا كان يحمل نظارات للقراءة، من الضروري أن يحملها وقت اجراء الاختبار.
- لا يجب ترك الفرد نزع النظارات أو يقوم باي سلوك بإمكانه إعاقة مقروئية الكلمات خاصة في الجزء الرابع.
- اذا عينا له الخطأ عليه ان يعيد القراءة من الكلمة التي أخطأ فيها ولا يعيد قراءة كل السطر.
- يجب أن يكون الفرد يحسن القراءة، ويعرف تسمية الألوان.
- اذا توقف الفرد قبل نهاية الوقت أو حتى نهاية الروقة علينا أن نشجعه على المواصلة

5-3-5 الخصائص السيكومترية للاختبار الاصلي:

أ- صدق الاختبار: تختلف مؤشرات التصحيح في اختبار "ستروب" وتعتمد على مؤشر زمن الاستجابة في قراءة الكلمات (M) والتعرف على الألوان (C) والتداخل (CM)

ومن خلال هذه المؤشرات تم تقسيمها الى نقاط أساسية A-B-C-D-E-F-G-H-I-J-K-L-M-N-O-P

انطلاقا من هذه مختلف المؤشرات قام Jenson et Rohwer (1966) بإجراء تحليل عاملي وحددا ثلاث عوامل جعلت على تحقيق99 % من الفرق

- العامل الأول يتطابق مع إسم اللون ويمثل المؤشرات A-B-C معامل الارتباط هذه المؤشرات مع العامل الأول هو (**0.99**) وأقل من(**0.05**) مع العامل الثاني والثالث.
- العامل الثاني هو التداخل ويمثل بالدرجة الاولى المؤشر(J) معامل الارتباط هذا المؤشر (**0.97**) مع العامل الثاني و(0.07) مع العامل الاول و (0.24) مع العامل الثالث
- العامل الثالث هو عامل السرعة ويمثل البطاقة الخاصة بقراءة الكلمات معامل الارتباط هو (0.97) مع العامل الثالث و0.34 مع العامل الأول 0.06 مع العامل الثاني (**Jean-Laetitia, p2-3**)

صدق الاختبار: يذكر(فريدمان: 1971) انه يوجد ارتباط ذو دلالة بين ذكاء المفحوصين وكل من سرعة قراءة الكلمات في البطاقة الأولى ودقة تسمية الألوان في البطاقة الثالثة.

كما قام فريديمان بحساب معامل الارتباط بين زمن الاستجابة الناتجة من الأداء في البطاقة الثالثة والزمن الناتج من الفرق بين الأداء في البطاقة الثانية وزمن الأداء على البطاقة الثالثة وذلك على عينات من المراحل الابتدائية

والاعدادية والثانوية، وقد بلغت معاملات الارتباط (0.48) و(0.41) و(0.53) بالنسبة للمرحلة الابتدائية والاعدادية والثانوية على الترتيب ذات دلالة احصائية(0.01)

كما قام فريدمان بحساب معامل الارتباط بين عدد الأخطاء الناتجة من الأداء على البطاقة الثالثة، وعدد الاخطاء الناتجة من الفرق بين عدد الاخطاء الناتجة من الاداء على البطاقة الثانية والثالثة، وذلك على نفس العينات السابقة بالنسبة للمراحل الثلاث، وقد بلغت معاملات الارتباط (0.71) و(0.67) و(0.59) بالنسبة للمرحلة الابتدائية والاعدادية والثانوية على الترتيب، وهذه المعاملات ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (0.01)، وقام فريدمان أيضا بحساب صدق المفهوم، حيث تم تقدير معامل الارتباط بين زمن الاستجابة على البطاقة الثالثة وعدد الأخطاء الناتجة من الأداء على هذه البطاقة، وذلك على نفس العينة السابقة، قد بلغت معاملات الارتباط (0.31) و (0.34) و (0.39) على الترتيب، وهي ذات دلالة احصائية عند المستوى (0.01) (سعيداني، روادي، 2015، ص: 57)

ب/ ثبات الاختبار: 1975 قام جلودن (GOLDEN) بتقدير ثبات الاختبار بطريقة اعادة الاختبار بفارق زمني قدره 10 أيام على عينة بلغ عددها 450 في تطبيق جماعي حيث وجد معامل الارتباط بين درجات التطبيق الاول والثاني لكل من البطاقة الاولى والثانية والثالثة (0.89) و(0.84) و (0.73)، وفي التطبيق الفردي على عينة قدرها 30 بلغ معامل الارتباط (0.86) و(0.82) و(0.73) (Jean-Laetitia, p2-3)

5-3-6 الخصائص السيكومترية في البيئة الجزائرية:

كما طبق هذا الاختبار في الأوساط الجزائرية في دراسة بعنوان "العرض الجبهي دراسة نفسية عصبية لوظيفتي الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة" حيث تم حساب الخصائص السيكومترية على عينة متكونة من 44 فردا يتراوح سنهم بين 20 و70 سنة لحساب الثبات بإعادة التطبيق بحيث وجد معامل الارتباط قريب من الواحد في البطاقات الأربعة فهذا يعني أنه ارتباط قوي مما يدل على ان الرائز يمتاز بالثبات، أما الصدق فقد اعتمدت الدراسة على صدق المحكمين نظرا لاستعمال هذا الرائز من طرف اساتذة وباحثي علم النفس(جامعة الجزائر) فان هذا الرائز يمتاز بالصدق وهذا ما اكده الاستاذ دوقة أحمد، الاستاذ أجراد صالح، الاستاذة درقيني مريم.

كما طبق هذا الرائز بمدينة الاغواط في دراسة بعنوان "المساهمة لدراسة الانتباه الانتقائي لدى عينة من التلاميذ المعاقين سمعيا في وضعية اختبار ستروب دراسة ميدانية بمدرسة الأطفال المعاقين سمعيا بالأغواط" حيث تم حساب الخصائص السيكومترية حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق واقتصر على البطاقة الثالثة وجد معامل الارتباط 0.66 وهي دالة إحصائيا عند مستوى (0.01)، وتم حساب الثبات وبطريقة التجزئة النصفية بلغ معامل الارتباط بمعامل الارتباط سبيرمان براون وصل إلى قيمة (0.79) دالة إحصائيا وهي قيمة تدل على درجات الثبات العالية؛ أما حساب صدق الاختبار بالمقارنة الطرفية الصدق التمييزي، بما ان الدلالة الاحصائية قيمتها (0.000) أقل من (0.01) فهي دالة احصائيا ومنه الاختبار صادق في التمييز.

(سعيداني، روادي، 2015، ص:57)

- 5-4 اختبار go no go:

- 5-4-1 وصف الاختبار: هو اختبار يقيس المراقبة الكفية (contrôle inhibiteur) هو اختبار من اختبارات البطارية السريعة للتقييم الجبهي (FAB) التي وضعت من قبل (dubois) وآخرون سنة 2000 لتقييم سريع يمكن معرفة وجود أو غياب اضطراب تنفيذي معرفي

أو سلوكي.

تقسم البطارية إلى 6 مجالات كل منها يقيس وظيفة معينة من الوظائف التنفيذية وهي:

- المتشابهات (تقيس المفاهيم المتعلقة بالتشابه)
- السيولة اللفظية (تقيس الليونة الذهنية)
- التتابع الحركي (تقيس البرمجة)
- التعليمة المعاكسة (تقيس الحساسية للتداخلات)
- go no go يقيس المراقبة الكفية

وفي دراستنا هذه اعتمدنا على اختبار المراقبة الكفية go no go: إختبار للكف الحركي Inhibition motrice

والتعليمة هي كالآتي: " لما أدق مرة واحدة عليك أن تدق مرة واحدة" للتأكد أن المفحوص فهم التعليمة جيدا يقوم الفاحص بإنجاز مقاطع تتكون من 3 محاولات:1-1- 1.

" لما أقوم بدق مرتين لا يجب أن تدق"

للتأكد من أن المفحوص فهم التعليمة يقوم الفاحص بإجراء مقاطع تتكون من 3 محاولات أمـــــام المــفحوص 2-2-2. والمقطع المقترح هو 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

التنقيط:

لا يوجد أي خطأ	3
1 أو 2 اخطاء	2
أكثر من 2 أخطاء	1
الحالة تقوم بنفس عدد الدقات على الأقل 4 مرات متتابعة	0

2-4-5- الخصائص السيكومترية:

أ/ صدق الاختبار: تم حساب صدق الاختبار باستعمال صدق مرتبط بمحك على عينة تتكون من 42 فرد غير مريض (العمر المتوسط 58 سنة) و121 مصاب بمرض جبهي تم تصنيفهم حسب درجة الخلل حسب مايلي:

- خفيف (42 مصابون بمرض باركنسون، 6 لديهم ضمور متعدد الأنظمة)
- متوسط (21 لديهم انحلال القشري القاعدي)
- شديد (23مصابون بالخرف الجبهي الصدغي FTD، 47 مصابون الشلل فوق النوى المترقّيPSP)

ارتباط الاختبار:

- البطارية(FAB) مع اختبار Mattis DRS: معامل الارتباط=0.82، الدلالة الاحصائية أقل من 0.01

-البطارية(FAB) مع اختبار WCST (عدد البطاقات): معامل الارتباط=0.77، الدلالة الاحصائية أقل من 0.01

- البطارية(FAB) مع اختبار WCST (الجهد): معامل الارتباط=0.68، الدلالة الاحصائية أقل من 0.01

- البطارية(FAB) مع اختبارMMSE : غير دال

البطارية(FAB) مع السن: غير دال

صدق الاختبار بلغ 89.1% هذا يعني الاختبار صادق

ب/ الثبات: من صعوبات البحث لم نتحصل على ثبات الاختبار في البيئة الأصلية

طبقت هذه البطارية في دراسة جزائرية بعنوان "العرض الجبهي دراسة نفسية عصبية لوظيفتي الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة".

ملاحظة: بما أن المنهج المستعمل في الدراسة المنهج العيادي الدي يعتمد فهم الديناميكية وفهم السيرورة النفسية من أجل تعميمها، والعمليات الرياضية لا تلعب الا دور بسيط وثانوي في علم النفس العيادي من هذا المنطلق فلا داعي لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث في الدراسة الأساسية.(يعقوب، 2017)

خلاصة:

يعتبر هذا الفصل نظرة شاملة ألمت بمنهجية البحث، حيث تطرقنا الى المنهج المستعمل في الدراسة وهو المنهج العيادي؛ ثم تطرقنا إلى حدود الدراسة المكانية والزمانية بعدها قمنا بالدراسة الاستطلاعية، يليها عرض لمجتمع الدراسة وخصائصه، بعدها تطرقنا إلى أدوات جمع البيانات التي فرضتها طبيعة الموضوع وهي المقابلة والمقياس العربي للوسواس القهري واختبار ستروب وgo no go.

الفصل السادس

عرض الحالات- تحليل نتائج- تفسير الفرضيات

تمهيد

1- الحالة الأولى

2- الحالة الثانية

3- الحالة الثالثة

4- الحالة الرابعة

5- تحليل النتائج على ضوء الفرضيات

الاستنتاج العام

الاقتراحات العامة

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل الثمرة التي يجنيها الباحث بعد مجهود كبير ويعتبر الخطوة الأخيرة والمهمة كذلك من البحث، و يتضمن هذا الفصل عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية حسب البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الأدوات على مجتمع الدراسة، لغرض تحليل وتفسير النتائج واختبار الفرضيات. حيث استهل هذا الفصل بعرض الحالات الأربعة، يليه تذكير بفرضيات البحث ومناقشتها على ضوء نتائج المحصل عليها، وختاما الاستنتاج العام.

1- تقديم الحالة الأولى:

1/ البيانات الشخصية:

الاسم واللقب: د محمد الأمين الجنس: ذكر السن:15 سنة

مكان ميلاد: بريان المستوى التعليمي:3 متوسط

عدد الإخوة:02 عدد الأخوات: 02 ترتيب الحالة بينهم: الأخير

أ/ المقابلة الأولى مع الأم:

2/محور خاص بفترة الحمل:

ولادة محمد الأمين طبيعية وفي المستشفى، ودامت مدة الحمل 9 أشهر، وتميزت الحالة الصحية للأم في فترة الحمل بالعادية ماعدا معاناتها من فقر الدم، أما بالنسبة للحالة النفسية فكانت تعاني من ضغوطات نفسية مصدرها العائلة لأنها كانت تعيش في عائلة ممتدة، أما بالنسبة لوزن المفحوص عند الولادة بلغ 2.5 كلغ ورضاعته طبيعية لمدة سنتين كاملتين.

3/ الجانب الصحي للحالة:

لقد كانت الحالة تعاني من صعوبة في التنفس إثر حادث سقوط من النافذة، وهذا في سن 4 سنوات ثم شفي منه بعد تلقي العلاج الذي دام عاما كاملا، في هذه الفترة حظي بالعناية والاهتمام من طرف الأسرة خاصة الوالدين، أما جانب النوم فلم يكن يعاني من أي اضطراب، أما من ناحية الغذاء الحالة عانت من نقص في الشهية.

4/محور خاص بالنمو النفسي الحركي: تميز نمو المفحوص بالطبيعي في جميع الأصعدة

5/ محور خاص الجانب التربوي:

المفحوص لم يحظى بدخول رياض الأطفال، واجتاز الطور الابتدائي بشكل طبيعي وتكيف مع الجو المدرسي ولم يبدي أي نفور أو كراهية بل بالعكس كانت له دافعية كبيرة للتعلم وتميزت نتائجه المدرسية بالمتوسطة

6/محور خاص بالجانب الأسري:

معلومات عن الأب: مستواه التعليمي 9 أساسي، يعاني من القولون العصبي، حاليا بدون مهنة في السابق كان يعمل "عون حرس بلدي"

الحالة النفسية للأب: الأب يعاني من صدمة عنيفة من جراء إنهاء مهامه بدون سابق إنذار، هذا الوضع الجديد سبب له عصبية شديدة وأصبح عدواني جدا مع أفراد عائلته خاصة الأم، وأصبح المحيط الأسري ساحة للخلافات العائلية الحادة، وبحضور الأبناء اضف إلى نقص الدخل باعتبار الأب هو الكفيل الوحيد لهذه العائلة هذه الظروف أثرت سلبا على التوازن النفسي للأسرة، وما زاد الطين بلة تعرض الأم للضرب المبرح من طرف الأب. أضف إلى ذلك أصبح للأب علاقات جنسية خارج إطار العلاقة الزوجية، وأصبح مدمن على التدخين.

علاقة محمد الأمين بالأب: علاقة سيئة، وتميزت بالضرب والعدوانية اللفظية

معلومات عن الأم: ماكثة بالبيت، مستواها التعليمي ابتدائي، تعاني من ارتفاع الضغط الدموي والكوليسترول.

الحالة النفسية للأم: الظروف الاجتماعية التي تعيشها وقساوة المعاملة من طرف الزوج جعلها تعاني من التوتر والضغوطات والخوف من مستقبل أولادها في ظل انعدام الدخل كما تمت اساءتها لفظيا وجسديا من طرف والدها، ومقارنتها بأخواتها وهذا ما جعلها تشعر بالدونية.

علاقة محمد الأمين بالأم: علاقة جيدة، والحالة متعلق بأمه بدرجة كبيرة منذ صغره و تعتبر مصدر الحنان له وهي تسعى جاهدة لتماسك أسرتها.

صلة القرابة للزوجين: توجد صلة قرابة وتتميز العلاقة الزواجية بالخلافات الحادة.

7/ محور خاص بالوضع السكني:

الأسرة تسكن في مسكن فردي وهو ملك للورثة وهو مهدد للخروج منه في أي لحظة وحالة المسكن تميزت بالهشاشة، ونقص أهم متطلبات العيش السليم.

8/ محور خاص بالوضع الاقتصادي:

لا يوجد مصدر دخل للأسرة حاليا يعيشون من مساعدات الأقرباء، وأصبح الأب يقتات قوت يومه من التسول لتلبية الحاجيات الأساسية لأبنائه وأحيانا تقابل بالرفض.

ب/مقابلة مع محمد الأمين:

9/محور خاص بالمرض الحالي:

محمد الأمين تعاني من أعراض إضطراب الوسواس القهري منذ 3 سنوات، وتتمثل في فكرة وسواسية تسيطر عليه بقوة بحيث تخبره أن أمه تتعرض للضرب المبرح ومنزلهم يتعرض للحرق ولم يستطع التخلص منها وتظهر في

الغالب في المدرسة وعند ذهابه لبيت جده، وبمجرد إحساسه بأعراض الاضطراب وتكرار عدد مرات خروجه من الإكمالية أخذته أمه للعلاج عن طريق الرقية، إلا أن الأعراض بقيت على حالها فقد كانت الحالة تشعر بالتحسن المؤقت فقط وطالما تعود الأعراض لتعكر صفو حياته خاصة في الجانب المدرسي، والمفحوص لم يتناول أي دواء واكتفى بوصفات الراقي.

10/ الشكوى الأساسية على لسان المفحوص:

« كنت لباس عليا فجأة واحد نهار وانا في القسم جات في بالي واحد فكرة في راسي أنو "بابا راه يضرب يما بقوة وتبكي بزاف و تشعل النار في الدار" وما حبتش تروحلي حتى قلقتني نعيا نقاوم فيها بصح والو نحاول نبعدها من بالي والو ما قدرتش، ولات تجيني ياسر حتى راسي نحسها رايحة تطرطق ما نركزش مليح في قرايتي كي تجيني بالي يخرج ونتقلق بزاف حتى وليت ندي الاذن من الأستاذ ونروح للإدارة وندي ورقة الخروج ونروح نجري كي المهبول للدار نوصل وأنا نلهث وقلبي يخبط ونشوف من بعيد بلاك الحماية المدنية يكون قدام الدار طفي في النار بصح ما نلقى والو ونجري ندخل للدار نشوف يما نلقاها ما بيها والو وتفضي في صوالحها عادي من الأول حرت علاه يصرالي هاك وبديت نبكي حسيت روحي راني هبلت خلاص وتبدى يما تسقسيني يا طفل واش بيك مريض نديك لسبيطار واحكيتلها واش راه يصرالي وليت بالتقريب تجيني كل يوم في لقراية وفي دار جدي كي نهرب من الدار حسيت روحي مهبول تاع الصح وليت نخرج بزاف من ليكول والأساتذة يشتكو مني وكل ساعة تروح معايا يما باش ترجعني، صح كاين بعض الأساتذة والزملاء وفقوا معايا وفهموني، وكاين بعضهم ربي يهديهم قالولي راك دير بلعاني ماراكش وجه قراية روح لتكوين مهني أحسن لك صح غاضتني هذي الكلمة بزاف – صمت يليه بكاء... أف اف تعبت اسمحيلي – تمنيت في حياتي نكون حاجة في المستقبل ونعوض يما لياامات الكحلة لي شافتهم، يما تموت عليا ما نكذبش عليك هي حياتي وما نقدرش نشوفها تتعذب وما تستاهلش مسكينة حتى ولات تمشي بالدوى بابا هبلها ما خلى فيها والو كرهت ومليت من الوضع لي راني عايشو صح بابا ماكانش هاك كي زعكوه من الخدمة

وليت نهرب لدار جدي ونقعد فيها بصح هذي الفكرة المصيبة ما تخليتش ونعاود نرجع لدار نشوف يما ونرجع.

هل يوجد فرد من أفراد عائلتك يعاني من نفس إضطراب الوسواس القهري؟ لا يوجد

مدى تأثير المرض على حياتك؟ اثر عليا ياسر خاصة قرايتي ونحس روحي راني هبلت خلاص ونحسو وقفلي حجرة في مستقبلي

هل عندك أمل في الشفاء؟ ما شكيتش خلاص هبلتني هذي الفكرة لي في راسي وليت نتقلق بزاف وعصبي نسقسيق عالجتي حالات كيما أنا؟ زعم براو من المرض وقيلة ما عنديش دوى

هل أسرتك تقدم لك يد العون؟ يما ربي يخليهالي وخويا لكبير صح راهو واقف معايا بزاف وماداببا نكون كيما هو ونوصل للجامعة ونحقق أمنيتي

ما الذي جعلك تتقدم للعلاج؟ بنت عمتي هي لي نصحتني باش نعالج عند الأخصائي النفساني كي قعدت معانا أيام وشافت معاناتي وقاتلي لازم تروح الأخصائي النفساني باش يعاونك وجيت معاها

10/محور خاص بالجانب المدرسي:

النتائج الدراسية في المرحلة الابتدائية متوسطة وله علاقات حسنة مع المحيط المدرسي أما حاليا فنتائجه الدراسية ضعيفة جدا تحصل في الفصل الأول من الموسم الدراسي 2017/2016 على معدل 20/5.60 ويعاني من تأخر دراسي، ولا يستفيد من أي دعم مدرسي.

11/ محور خاص بالجانب الاجتماعي:

حاليا محمد الأمين عنده أصدقاء عددهم قليل ويقضي وقته في الأغلبية في الشارع ولا توجد لديه أي هواية علاقاته طيبة مع أفراد أسرته ماعدا الأب، مؤخرا ارتكب جنحة تمثلت في السرقة وهو حاليا تحت الرقابة القانونية (بتصريح من إبنة عمته)

12/محور المقياس العربي للوسواس القهري:

محمد الأمين تحصل على 17 درجة في المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة في المتوسط وتتوزع هذه الدرجات حسب الأبعاد في الجدول الآتي:

جدول رقم (3) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الأولى حسب الأبعاد

البعد	البنود التي تقيسه	الدرجة
عامل عام للوساوس القهرية	8-9-10-14-16-18-20-23-26-28-30-31-32	11
النظام والدقة والترتيب	3-5-13-15-19	1
التكرار والعد	4-16-24-27-29	1
المراجعة	2-3-6-11-21	0
استحواذ الأفكار القهرية	12-27-32	2
الاجترار	7-14-18-25-26	2

البطء	22-2-1	1
التدقيق	19-17-15	0

تعليق:

من خلال الجدول نلاحظ أن المفحوص تحصل على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 84.61%، ودرجة مرتفعة كذلك في البعد الخاص باستحواذ الأفكار القهرية بنسبة 66.66% و40% يمثلها بعد الاجترار.

13/ محور خاص باختبار ستروب:

1- **الوضعية الأولى(البطاقة أ)**: قام محمد الأمين بقراءة الكلمات المكتوبة باللون الأسود بدون أخطاء ولا ترددات، لكن عملية القراءة كانت بطيئة، ولم يتمكن من قراءة كل الكلمات المقدمة له

2- **الوضعية الثانية(البطاقة ب)**: تتمثل في قراءة كلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تحمل معناها الدلالي، لاحظنا كذلك بطأ في الاجابة لم تتجاوز اجاباته النصف إضافة إلى وجود ترددات وأخطاء

3- **الوضعية الثالثة (البطاقة ج)**:التي تخص تسمية ألوان المستطيلات لمسنا كذلك بطأ في الاجابة مما جعله لم يكمل تسمية المستطيلات الموزعة في البطاقة في الوقت المحدد لذلك مع وجود ترددات وإنعدام الأخطاء.

4- **الوضعية الرابعة(البطاقة ب)**: تمثل وضعية التداخل التي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الاوتوماتيكية(القراءة). قام محمد الأمين ببعض الأخطاء والترددات مما شكل درجة خطأ مرتفعة نوعا ما مقارنة بالبطاقات السابقة، وكان زمن رد الفعل لديه بطيء جدا في هذه الوضعية، وشكلت هذه البطاقة الأخيرة المرحلة الأكثر تعقيد في هذا الاختبار بتصريح من الحالة والتوقف المستمر

التحليل الكمي لنتائج تطبيق رائز ستروب(STROOP):

البطاقة(أ): التي تنص على قراءة كلمات مكتوبة باللون الأسود، تمكنت الحالة من قراءة 50 كلمة وبتحويل هذه النقطة حسب الجداول الموضحة في دليل الاختبار المفحوص يصنف في الرتبة 0، أما درجات الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب):التي تنص على قراءة الكلمة، وكف الإجابة المنافسة التي تخص لون الحبر فتمكنت الحالة فيها من إعطاء 46 إجابة صحيحة، وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الثانية لفئة الذكور الموضح في دليل الاختبار المفحوص يصنف في الرتبة 0، أما عدد الأخطاء قدرت بـ 3 أخطاء وبتطبيق قاعدة حساب

الخطأ(2ضرب عدد الأخطاء + الترددات) نجد 9 وبتحويل هذه النقطة حسب جدول الخاص بالأخطاء للمرحلة الثانية لفئة الذكور الموضح في الدليل المفحوص يصنف في الرتبة 0

البطاقة(ج): التي تنص على تسمية ألوان المستطيلات قدرت عدد إجابات محمد الأمين 42 إجابة وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الثالثة لفئة الذكور الموضح في دليل الاختبار المفحوص يصنف في الرتبة 0، أما عدد الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب): التي تمثل التداخل، حيث يجب الحالة كف الجانب الدلالي وإعطاء الجانب اللوني، فكانت إجابة الحالة تقدر 15 إجابة، وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الرابعة لفئة الذكور الموضح في دليل الاختبار المفحوص يصنف في الرتبة 0

في حين عدد الأخطاء قدرت ب 5 أخطاء أما عدد الترددات قدرت بـ 4 وبتطبيق القاعدة درجة الخطأ تقدر بـ 14 ومنه يصنف المفحوص حسب الجدول الخاص بهذه المرحلة في الرتبة 0 أما درجة التداخل قدرت بـ 19 يصنف المفحوص في الرتبة 2 حسب الجدول الخاص بتداخل

جدول رقم(4) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الأولى

اللوحات	الدرجة	الأخطاء (E)	الترددات (H)	درجة الخطأ= (H+ E2)
اللوحة (أ) القراءة 1	50	0	0	0
اللوحة (ب) القراءة2	46	3	3	9
اللوحة (ج) تسمية	42	0	2	2
اللوحة (ب) تداخل	15	5	4	14
درجة التداخل (درجة اللوحة ج–درجة اللوحة ب)	27			

14/ محور خاص باختبار go no go :

لم يفشل المفحوص في هذا الاختبار، فكانت لديه القدرة في كف الاجابات الأوتوماتيكية

خلاصة الحالة الأولى:

من خلال المعلومات التي تم جمعها من المقابلة الأولى مع الأم والمقابلة الثانية مع محمد الأمين والبيانات الموضحة أعلاه للمقاييس التي تم تطبيقها، يتبين أن الحالة (د–محمد الأمين) عاش ظروف إجتماعية صعبة وحياة

مضطربة مليئة بالمخاوف في فترة الطفولة وقساوة في أسلوب التربية خاصة من طرف الأب، بحيث تعرض لإهانة وتعنيف و التأنيب المتواصل، أضف إلى ذلك الصراعات العائلية المستمرة نتيجة الحالة النفسية للأب بعد إنهاء مهامه من مهنته بدون سابق إنذار، والضرب الذي تتلقاه الأم وبحضور المفحوص كل هذه العوامل من الممكن أن تكون ساهمت في نشوء الاضطراب الوسواس القهري لدى الحالة حيث قدرت درجته بـ 17 درجة حسب المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة في المتوسط وتحصل المفحوص حسب الجدول الموضح أعلاه تحصل على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 84.61%، ودرجة مرتفعة كذلك في البعد الخاص باستحواذ الأفكار القهرية بنسبة 66.66%، و40% يمثلها بعد الاجترار، أما باقي الأبعاد درجاته منخفضة، ومنعدمة في البعد الخاص بالتدقيق والمراجعة.

ونستنتج كذلك من خلال تطبيق رائز ستروب أن محمد الأمين تميز ببطأ في زمن رد الفعل إتجاه المثيرات المقدمة في جميع البطاقات وفي البطاقة الأخيرة التي تمثل وضعية
التداخل والتي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر
الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الاوتوماتيكية (القراءة) قام المفحوص ببعض الأخطاء
والترددات حيث درجة الخطأ بلغت 14 وهي مرتفعة نوع ما مقارنة بالبطاقات الأخرى حسب الجدول الموضح أعلاه وعدد الإجابات في البطاقة الأخيرة بلغت 15 إجابة صحيحة في 45 ثانية وهو عدد ضئيل جدا مقارنة بعدد الإجابات في البطاقات الأخرى.

وما يمكن أن نستنتجه في هذا الاختبار هو أن وضعية التداخل هي الأكثر صعوبة بالنسبة للحالة وهذا ما يعكس مشكلا معرفيا في معالجة وانتقاء المعلومة نتيجة للنزاع الداخلي نشأ بين تسمية لون الحبر(الجانب اللوني) مع قراءة الكلمة (الجانب الدلالي)

حيث الحالة (د- محمد الأمين) لم يتمكن من إنتقاء وكف الإجابة المسيطرة في وضعية التداخل على خلاف الوضعية الثانية التي شكلت أيضا تنافسا بين مهمتين اذ تمكنت فيها الحالة من كف الإجابة غير الملائمة وانتقاء الإجابة الصحيحة وحسب درجة التداخل في البطاقة الأخيرة المفحوص يصنف في المستوى الثاني وبالتالي المفحوص يعاني من اضطراب في وظيف الكف.

وما نستنتجه من اختبار go no go الحالة (د-محمد الأمين) لديه القدرة على المراقبة الكفية.

2- تقديم الحالة الثانية:

1-البيانات الشخصية:

الاسم واللقب: ب- إيمان الجنس: أنثى السن:14 سنة

مكان ميلاد: بريان المستوى التعليمي:3 متوسط

عدد الاخوة:2 عدد الأخوات: 1 ترتيب الحالة بينهم: الأولى

أ/ المقابلة الأولى مع الأم:

2/محور خاص بفترة الحمل:

ولادة إيمان طبيعية وفي المستشفى، ودامت مدة الحمل 9 أشهر، لم تعاني الأم من أي مشاكل صحية أثناء فترة الحمل، أما بالنسبة للحالة النفسية لها فكانت تعاني من ضغوطات نفسية مصدرها العائلة لأنها كانت تعيش في عائلة ممتدة ؛ في حين بلغ وزن المفحوص عند الولادة 3.5 كلغ ورضاعتها طبيعية دامت8 أشهر لتتوقف الرضاعة لوجود حمل ثاني.

3/ الجانب الصحي لـ"ايمان":

إيمان لم تكن تعاني من أمراض عضوية، تميزت حالتها الصحية بالجيدة في فترة الطفولة الأولى ولم تتعرض لأي حوادث، أما من جانب النوم فكانت تعاني من الخوف وكانت تفضل النوم مع الأب والأم، أما الغذاء فلم تكن تعاني من أي اضطرابات.

4/محور خاص بالنمو النفسي الحركي:

تميز النمو النفسي لإيمان بالطبيعي في كل النواحي ولم تكن تعاني من أي تأخر، ما عدا الجانب الاجتماعي فكانت الحالة تعاني من الخجل الشديد والفوبيا، وغيرة شديدة اتجاه أختها الأصغر منها

5/ محور خاص الجانب التربوي:

ايمان دخلت رياض الأطفال في سن 4 سنوات، إلا أنها لم تستطيع التأقلم في 6 أشهر الأولى مع المحيط الجديد، فقد كانت كثيرة البكاء رغم محاولات المربية تهدئتها بشتى الوسائل، وكانت ترفض البقاء في القسم، كما حاولت الهروب من رياض الأطفال عدة مرات عند غياب الأم، نظرا لأنها كانت تعاني من فوبيا اجتماعية وهذا ما جعلها لم تتأقلم في سن 4 سنوات، أما في سن 5 سنوات لاحظت الأم تحسن كبير في جانب التأقلم، أما الدخول المدرسي تميز بالعادي وتكيفت مع الجو المدرسي ونتائجها المدرسية جد ممتازة.

6/محور خاص بالجانب الأسري:

معلومات عن الأب: مستواه التعليمي ثانوي، معلم بالطور ابتدائي يعاني من داء سكري.

الحالة النفسية للأب: تصفه أم الحالة بفرض السيطرة على أفراد الأسرة، وانعدام الحوار مع أبناءه خاصة المفحوصة، رغم ذلك خارج المحيط الأسري شخصيته تختلف تماما فهو يبدو إنسان محبوب ويتميز بالحس الفكاهي أو الدعابي خاصة في المحيط المدرسي وهذا ما حير أفراد الأسرة لماذا لا يكون ذلك المعلم المثالي.

علاقة المفحوصة بالأب: شعور بالحرمان العاطفي من طرفه، ولم يكن ذلك الأب الذي كانت تتمناه، ياطالما حلمت بذلك الأسلوب اللين واللطيف الذي يستعمله مع تلاميذه في المدرسة، احتياجاتها لا تطلبها مباشرة من أبيها بل تعتبر الأم هي الوسيط بينهما، وبمجرد دخوله للمنزل يعم السكوت والنظام إلى حين خروجه.

معلومات عن الأم: ماكثة بالبيت، مستواها التعليمي ابتدائي، تعاني من ارتفاع الضغط الدموي والكوليسترول.

الحالة النفسية للأم: تخضع لأوامر زوجها ولا تبدي أي اعتراض، تقوم بواجباتها المنزلية بأكمل وجه

علاقة المفحوص بالأم: علاقة سطحية نوع ما، المفحوصة متعلقة جدا بعمتها، هذه الأخيرة قدمت لها الاهتمام والرعاية منذ نعومة أظافرها، باعتبارها مطلقة وبدون أولاد، حتى للعلاج رافقتها عمتها.

صلة القرابة للزوجين: لا توجد صلة قرابة وتتميز العلاقة الزواجية بالسطحية والبرودة.

7/ محور خاص بالوضع السكني:

الأسرة تسكن في مسكن فردي وهو ملك للوالد، وهو في حالة جيدة ويحتوي على جميع المرافق ومجهز بكل الوسائل الضرورية للعيش السليم.

8/ محور خاص بالوضع الاقتصادي:

الوضع الاقتصادي لابأس به ومصدره من مهنة الأب وكل الاحتياجات متوفرة.

ب/ مقابلة مع إيمان:

9/محور خاص بالمرض الحالي:

إيمان تعاني وسواس النظافة منذ أن كان سنها 11 سنة، وأعراض المرض بدأت بالتدريج عندما سمعت فتاوى دينية فيما يخص الطهارة والاغتسال، إثر ذلك انتابتها فكرة وسواسية بأن صومها خاطيء ويلزمها القضاء، وكانت تلح عليها الفكرة الوسواسية وتدفعها للصيام فصامت مدة لا تقل عن شهرين، شعرت الأسرة بالحيرة جراء سبب الصوم، وتطورت حالتها إلى أن أصبحت تشعر بضرورة غسل جسمها، وكذلك غسل غرفة الحمام قبل الإغتسال والخوف من رفع ملابسها المستعملة لإعتقادها بأنها ملوثة أو نجسة. وبعد ذلك أصبحت تكرر الوضوء خشية أن

يكون الوضوء غير صحيح، وكانت عندما تدخل الحمام لقضاء حاجتها تخلع ملابسها وتغسلها كلها ، وكانت هذه الأعراض تشتد خلال فترة الطمث لدرجة أن سلوكها الوسواسي كان يتكرر في اليوم حوالي 4 إلى 5 مرات غسل الجسم والحمام والملابس، مع قضاء ساعات طويلة في تنفيذ الطقوس الوسواسية وشعرت الأسرة والعمة كذلك لأنها كانت تسكن معها في بعض الأحيان أن حالتها غير طبيعية وأصبحت مزعجة ولافتة للانتباه، وخاصة المفحوصة كانت تضطر إلى استعمال كميات كبيرة من المياه والبقاء لمدة زمنية طويلة في الحمام وهذا ما سبب لها قلقا لأفراد أسرتها، وقامت الأسرة بعرضها على "راقي" لاعتقادهم أن المشكلة هي سحر وحسد ومس من الجن نظرا لكون المفحوصة فائقة الجمال وفي مقتبل العمر وتقدموا لخطبتها الكثير.

إلا أن الأعراض بقيت على حالها فقد كانت الحالة تشعر بالتحسن المؤقت فقط، وطالما تعود الأعراض لتعكر صفو حياتها الخاصة.

10/ الشكوى الأساسية على لسان المفحوصة:

راني نعاني من مشكل كبير راه هددلي حياتي ، رجعت حياتي جحيم، كرهت تعبت وعلى بالي مشكلتي ماعندهاش حل راهي الأمور غير تتعقد، واليوم راني جيت عندك باش تعاونيني وزعم عندك حل مشكلتي، داويتي ناس كيما حالتي، زعم براو ولا والو، ما نكذبش عليك راني جاية خاطرش عمتي مصرة ندير جلسات معاك، بلاك نبرى وترجع حياتي كيما كانت من قبل.

راني نعاني من الوسواس وهذا المشكل بدى منين بديت صلاة بدى معايا ما قدرتش نسيطر على روحي بديت بالوضوء وليت نتوضى نقعد في الدوش فوق اللازم نغسل ونعاود يما كانت تعيط عليا بزاف بصح كانت فكرة مسيطرة عليا وتقلقني بزاف ولازم نعاود نتوضى شحال من مرة ، وبعدها وليت نعاود الصيام ونصيم ب3 أشهر جات فكرة في راسي صيامي كان غير مقبول ولابد نعاود وبعد ولى عندي وسواس النظافة والخوف من الثلوث والنجاسة نضيع وقتي ونغسل كل شيء نشك فيه جسمي- يديا-الدار-الحمام حتى كي ندخل الكوزينة نغسل بزاف لماعن –الخضر –الفواكه كلش نشوفو موسخ والمشكل تاعي تزيد في وقت الدورة الشهرية نزيد أكثر هذا ليزاد حطملي حياتي وليت ما نحبش نروح حتى بلاصة ما نحبش نروح لعراس كرهتهم تجمعات العائلية ما نحبهمش نتقلق بزاف كلش نشوفو موسخ حتى يما راهي مرضت على جالي ولا الضغط يطلع لها من سبتي أنا السبب راهي نهار كامل تخمم فيا الله غالب عليا فوق ارادتي تخيلي كل يوم راني ندوش، كل يوم نغسل حوايج ننظف الدار كل يوم خلاص كرهت ما قدرتش وتبكي...

هل سبقت المشكلة حوادث معينة؟

إيمان في فترة الطفولة حتى سن 6 سنوات كانت تنام مع والديها في نفس الغرفة نظرا لضيق المسكن وكثرة أفراد العائلة (عائلة ممتدة)، الوالد كان من نوع المدمن بالأفلام الإباحية وكان يشاهدها بوجود المفحوصة لإعتقاده أنها

نائمة ولكن للأسف كانت تشاهد كل شيء ولم تكن واعية بما كانت تشاهده في ذلك السن، إلى أن وصلت إلى سن البلوغ أصبحت تلك الصور تراودها في ذهنها كثيرا، وأصبحت تمارس العادة السرية إلى أن سمعت تلك الفتاوى الدينية قررت أن توقفها وبصعوبة جدا وشعرت بالذنب كثيرا وشعرت بأعراض الحزن وقلق واضطراب في الطعام وفي النوم كذلك عدم الرغبة في الحديث مع الآخرين والإحساس بعدم الثقة والخوف من عقاب الله .....

هل يوجد فرد من أفراد عائلتك يعاني من نفس اضطراب الوسواس القهري؟ لا يوجد

مدى تأثير المرض على حياتك؟ أثرت المشكلة بزاف على حياتي، خاصة كي بداو يتقدموا ليا للخطبة ناس بزاف وأنا راني نرفض بسبب المشكل تاعي، أما قرايتي حاليا راني لباس رغم أني نقدر نجيب حتى أكثر

هل عندك أمل في الشفاء؟ أمل ضعيف

هل أسرتك تقدم لك يد العون؟ عمتي وماما صح حسيتهم راهم معايا بزاف ويحوسو على الحلول

ما الذي جعلك تتقدم للعلاج؟ عمتي هي لي نصحتني باش نعالج عند الأخصائي النفساني وراني في مرحلة عمرية صعيبة كيفاش رايحة نتزوج والناس راهم يخطبوا فيا لازم نعالج

10/محور خاص بالجانب المدرسي:

النتائج الدراسية في المرحلة الابتدائية و المتوسطة حسنة تحصلت في الفصل الأول من الموسم الدراسي 2017/2016 على معدل 20/13

11/ محور خاص بالجانب الاجتماعي:

حاليا إيمان عندها صديقتان، وتقضي معظم وقتها في المنزل منطوية على نفسها أصبحت تكره الخروج إلى تجمعات العائلية بسبب الاضطراب الذي تعاني منه الذي يشكل لها قلق حاد وتعبت من انتقادات الناس لأن ما تفعله ليس محظ إرادتها.

12/**محور المقياس العربي للوسواس القهري:**

إيمان تحصلت على 21 درجة في المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة فوق المتوسط موزعة حسب الأبعاد في الجدول الآتي:

جدول رقم (5) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الثانية حسب الأبعاد

البعد	البنود التي تقيسه	الدرجة
عامل عام للوساوس القهرية	8-9-10-14-16-18-20-23-26-28-30-31-32	11
النظام والدقة والترتيب	3-5-13-15-19	1
التكرار والعد	4-16-24-27-29	3
المراجعة	2-3-6-11-21	2
استحواذ الافكار القهرية	12-27-32	0
الاجترار	7-14-18-25-26	4
البطء	1-2-22	3
التدقيق	15-17-19	1

تعليق:

من خلال الجدول نلاحظ إيمان تحصلت على درجة كاملة في البعد الخاص بالبطء بنسبة 100%، كما تحصل على 11 درجة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية وهي درجة مرتفعة بنسبة84.61% ودرجة مرتفعة كذلك في البعد الخاص بالاجترار بنسبة 80%، و البعد الخاص بالتكرار والعد بنسبة 60%

13/ محور خاص باختبار ستروب:

1- **الوضعية الأولى(البطاقة أ)**: إيمان قامت بقراءة الكلمات المكتوبة باللون الأسود بدون أخطاء ولا ترددات عملية القراءة كانت سريعة، وبالتقريب تمكنت من قراءة كل الكلمات المقدمة لها

2- **الوضعية الثانية(البطاقة ب)**: تتمثل في قراءة كلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تحمل معناها الدلالي، لاحظنا كذلك سرعة في الإجابة كذلك مع وجود ترددات وخطأ واحد.

3- **الوضعية الثالثة (البطاقة ج)**: التي تخص تسمية ألوان المستطيلات لمسنا كذلك سرعة في الإجابة مما جعلها تكمل تسمية المستطيلات الموزعة في البطاقة في الوقت المحدد لذلك مع انعدام ترددات و الأخطاء.

4- **الوضعية الرابعة (البطاقة ب)**: تمثل وضعية التداخل التي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الأوتوماتيكية(القراءة). ارتكبت إيمان بعض الأخطاء والترددات مما شكل درجة خطأ مرتفعة نوعا ما مقارنة بالبطاقات السابقة، رغم محاولتها ان تكون سريعة إلا أن زمن رد الفعل لديها بطيء في هذه الوضعية، وشكلت هذه البطاقة الأخيرة المرحلة الأكثر تعقيد في هذا الاختبار

التحليل الكمي لنتائج تطبيق رائز ستروب(STROOP):

البطاقة(أ): التي تنص على قراءة كلمات مكتوبة باللون الأسود، تمكنت إيمان من قراءة 69 كلمة وبتحويل هذه النقطة حسب الجداول الخاصة بالإناث للمرحلة الأولى الموضحة في دليل الاختبار إيمان تصنف في المستوى 0 أما درجات الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب): التي تنص على قراءة الكلمة، وكف الاجابة المنافسة التي تخص لون الحبر فتمكنت إيمان من إعطاء 60 إجابة صحيحة، وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الثانية لفئة الإناث الموضح في دليل الاختبار إيمان تصنف في المستوى 0، أما عدد الأخطاء قدرت خطأ واحد وبتطبيق قاعدة حساب درجة الخطأ نجد 5 وبتحويل هذه النقطة حسب جدول الخاص بالأخطاء للمرحلة الثانية لفئة الإناث الموضح في الدليل إيمان تصنف في المستوى 1

البطاقة(ج): التي تنص على تسمية ألوان المستطيلات قدرت عدد إجابات المفحوصة 63 إجابة وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الثالثة لفئة الإناث الموضح في دليل الاختبار المفحوصة تصنف في الرتبة 1، أما عدد الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب): التي تمثل التداخل، حيث يجب الحالة كف الجانب الدلالي وإعطاء الجانب اللوني، فكانت إجابة إيمان تقدر بـ 28 إجابة، وبتحويل هذه النقطة حسب الجدول الخاص بالمرحلة الرابعة لفئة الاناث الموضح في دليل الاختبار تصنف إيمان في المستوى 0

في حين عدد الأخطاء قدرت ب 4 أخطاء أما عدد الترددات قدرت ب4 وبتطبيق القاعدة درجة الخطأ تقدر ب 12 ومنه تصنف إيمان حسب الجدول الخاص بهذه المرحلة في المستوى 1 أما درجة التداخل بلغت 35 تصنف المفحوصة في المستوى 3 حسب الجدول الخاص بتداخل

جدول رقم(6) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الثانية

اللوحات	الدرجة	الأخطاء (E)	الترددات (H)	درجة الخطأ= (H+ E2)
اللوحة (أ) القراءة 1	69	0	0	0
اللوحة (ب) القراءة2	60	1	3	5
اللوحة (ج) تسمية	63	0	0	0
اللوحة (ب) تداخل	28	4	4	12
درجة التداخل= (درجة اللوحةج- درجة اللوحة ب)	35			

14/ محور خاص باختبار go no go :

لم تفشل إيمان في هذا الاختبار، وتحصلت على 3 نقاط كاملة هذا ما يدل قدرتها في كف الاجابات الأوتوماتيكية (المراقبة الكفية).

خلاصة الحالة الثانية:

من خلال ما سبق يتبين أن الحالة (ع-إيمان) في مرحلة طفولة الأولى كانت تعاني من الخجل الشديد والفوبيا والغيرة الشديدة من أختها الأصغر منها، وشعورها أن مكانتها مهددة بعد قدومها، بالإضافة إلى الجو الأسري الذي نشأت فيه وشعورها بالحرمان العاطفي من طرف الأب، وأسلوب التربية القاسي والجاف وانعدام الحوار، وشعورها بالذنب تجاه عمل مناف للأخلاق والشرع (العادة السرية، والصور الجنسية التي كانت تراودها) كل هذه العوامل من المحتمل هيأت المناخ الملائم في ظهور السلوك القهري لدى إيمان لتخلص من تأنيب الضمير وتطهير الذات من الذنوب المرتكبة، حيث قدرت درجتها بـ 21 درجة حسب المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة في المتوسط وتحصلت إيمان حسب الجدول رقم(5) الموضح أعلاه تحصل على درجة كاملة في البعد الخاص بالبطء بنسبة 100% كما تحصل على 11 درجة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية وهي درجة مرتفعة بنسبة84.61%، ودرجة مرتفعة كذلك في البعد الخاص بالاجترار بنسبة 80%، و البعد الخاص بالتكرار والعد بنسبة 60%أما باقي الأبعاد درجاتها منخفضة، ومنعدمة في البعد الخاص بالأفكار الاستحوادية.

ومن خلال تطبيق رائز ستروب لاحظنا سرعة في زمن رد الفعل اتجاه المثيرات المقدمة في جميع البطاقات ماعدا البطاقة الأخيرة التي تمثل وضعية التداخل والتي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الاوتوماتيكية (القراءة) وجدت صعوبة في الإجابة رغم محاولتها التركيز حيث ارتكبت بعض الأخطاء والترددات حيث درجة الخطأ بلغت 12 وهي مرتفعة نوع ما مقارنة بالبطاقات الأخرى حسب الجدول الموضح أعلاه وعدد الإجابات في البطاقة الأخيرة بلغت 28 إجابة صحيحة في 45 ثانية وهو عدد ضئيل جدا مقارنة بعدد الإجابات في البطاقات الأخرى.

وما يمكن أن نستنتجه في هذا الاختبار هو أن وضعية التداخل هي الأكثر صعوبة بالنسبة للحالة إيمان وهذا ما يعكس نزاع داخلي الذي نشأ بين تسمية لون الحبر(الجانب اللوني) مع قراءة الكلمة(الجانب الدلالي) حيث الحالة (ع-إيمان) لم تتمكن من انتقاء وكف الاجابة المسيطرة في وضعية التداخل على خلاف الوضعية الثانية التي شكلت أيضا تنافسا بين مهمتين إذ تمكنت إيمان من كف الإجابة غير الملائمة وانتقاء الإجابة الصحيحة وحسب درجة التداخل في البطاقة الأخيرة المقدرة بـ 35 إيمان تصنف في المستوى الثالث وهذا يعني المفحوصة تعاني من اضطراب في وظيف الكف.

وما نستنتجه من اختبار go no go الحالة (ع-إيمان) لديه القدرة على المراقبة الكفية.

3- تقديم الحالة الثالثة:

1/ البيانات الشخصية:

الاسم واللقب: و- جابر الجنس: ذكر السن:15 سنة

مكان ميلاد: الجزائر العاصمة المستوى التعليمي:4 متوسط

عدد الإخوة:02 عدد الأخوات: 02 ترتيب الحالة بينهم: الأول

أ/ المقابلة الأولى مع الأم:

2/محور خاص بفترة الحمل:

ولادة جابر طبيعية وفي المستشفى، ودامت مدة الحمل 9 أشهر، وتميزت الحالة الصحية للأم في فترة الحمل بالعادية ماعدا معاناتها من فقر الدم، أما الحالة النفسية لها فكانت تعاني من ضغوطات نفسية مصدرها العائلة لأنها كانت تعيش في عائلة ممتدة أضف الى ذلك ضيق المسكن، اما بالنسبة لوزن المفحوص عند الولادة بلغ 3.4 كلغ ورضاعته طبيعية لمدة عام وثلاثة أشهر

3/ الجانب الصحي لجابر:

تميز الجانب الصحي لجابر في فترة الطفولة بالعادي، ماعدا حالة القيء التي كان يتعرض لها من الحين للآخر، هذه الحالة كانت سبب لدخوله المستشفى لمدة يومين برفقة الأم، أما جانب النوم فلم يكن يعاني من أي اضطراب، أما من ناحية الغذاء شهيته للأكل قليلة جدا ويعتمد اعتمادا كليا على الحليب.

4/محور خاص بالنمو النفسي الحركي: تميز نمو جابر بالطبيعي في جميع الأصعدة

5/ **محور خاص الجانب التربوي:**

جابر دخل رياض الأطفال في سن مبكر جدا 3 سنوات، ولم يتقبل الذهاب، و يرجع سبب دخوله المبكر لتخفيف الضغوطات في المحيط الأسري لأنه كان كثير الحركة وشديد العناد مما خلق لها مشاكل مع أفراد العائلة على حسب قولها، لذا قررت أن تبعده عن المنزل إلا أنه لم يتقبل ذلك وكان شديد البكاء، وبصعوبة تقبل المحيط الجديد؛ أما الدخول المدرسي فكان عادي بالنسبة له وتحصل على نتائج ممتازة في الطور الابتدائي.

6/محور خاص بالجانب الأسري:

معلومات عن الأب: مستواه التعليمي 9 أساسي، تاجر بالجزائر العاصمة، لا يعاني من مشاكل صحية، من عائلة ثرية.

الحالة النفسية للأب: يتميز بانشغاله الدائم في مهنته التي أخذت منه الوقت الكثير، وحمل الأم مسؤولية شؤون المنزل من تربية الأبناء وتعليمهم وتوفير احتياجاتهم...الخ، و حين تواجده بالمنزل يشترط الهدوء التام، ليأخذ قسط من الراحة بعد عناء العمل، يفرض النظام الصارم في المنزل وعلى أبنائه باعتباره من أسرة مرموقة وهو نفس النظام الذي تعود عليه منذ نعومة أظافره في محيطه الأسري.

علاقة جابر بالأب: تتميز العلاقة بالخوف وانعدام الحوار الأسري، ويستعمل الضرب كثيرا والعنف اللفظي كوسيلة لعقاب الأبناء، ويعتبره الأسلوب الأنجح في تربية الأولاد ومقتنع به

معلومات عن الأم: ماكثة بالبيت، مستواها التعليمي 3 ثانوي، لا تعاني من أي مشاكل صحية.

الحالة النفسية للأم:

تتميز بالخوف على أبناءها من المعاملة القاسية للأب، تريد أن تكون أم مثالية لهم كي تعوضهم حنان الأب، فقدت أمها وهي في سن المراهقة، وتأثرت كثيرا بفقدانها، أضف إلى معاناة شديدة مع زوجة الأب، حينها وجدت الزواج الحل الأمثل للقضاء على معاناتها، إلا أنها لم تسلم بعد الزواج من أهل الزوج وتدخلاتهم المستمرة في حياتها الخاصة، حتى طريقة بناء المنزل الذي أسكن فيه الآن كان تحت إشرافهم سئمت من تدخلاتهم.

علاقة المفحوص بالأم: علاقة جيدة، مبنية على الحوار، وبعض الأحيان يطغى عليها العناد خاصة في جانب الواجبات المدرسية، مقارنة بالعلاقة مع الأب فهي أحسن.

صلة القرابة للزوجين: لا توجد صلة قرابة و العلاقة الزوجية نوع ما لابأس بها.

7/ محور خاص بالوضع السكني:

الأسرة تسكن في مسكن فردي وهو ملك للأب بالجزائر العاصمة، وحالته ممتازة ويتوفر على جميع مستلزمات العيش السليم

8/ محور خاص بالوضع الاقتصادي: ممتاز ومصدره من موارد عمل الأب

9/محور خاص بالمرض الحالي:

جابر يعاني من المرض منذ 4 سنوات، منذ دخوله للمتوسطة من أعراض الوسواس القهري والمتمثل في وسواس الوضوء فهو يشك عند الوضوء بوجود النجاسة ويلزمه إعادة الوضوء عدة مرات ومعاناته كبيرة، رغم ذلك لم يتقدم للعلاج من هذا الاضطراب نظرا لأن الأب يرفض بشدة التوجه من أجل العلاج عند الأخصائي النفساني، لأنه يدعي ان ابنه ليس مريض بل يدعي المرض فقط، يريد لفت انتباهه، يريد معاقبة الأب فقط، هذا نتيجة الدلال الزائد من طرف الأم.

10/ الشكوى الأساسية على لسان المفحوص:

بعد التكوين المغلق لي درتو باش نتعلم الصلاة، كي خرجت حسيت أنو كل ما نروح نتوضى تجيني فكرة وتقولي أعضاءك فيهم نجاسة ولازم تعاود الوضوء من الأول نعاود مرة ونخرج بصح الحالة ولات تمشي وتتعقد سيطرة عليا الفكرة ما وليتش نستحمل وليت نبطى بزاف في الحمام حتى وليت نقعد ساعة وزيادة وكل ما نغسل ولا نتوضى نحس بلي النجاسة راهي كاينة مازال، نعاود نغسل كلش حتى حوايجي وليت نشك فيهم وكل ما يمسوا خاوتي صغار حوايجي ولا حتى بليغتي وأنا راني متوضي نعاود نتوضى من جديد تعبت بزاف ولات هذي الفكرة تقلقني بزاف وما قدرتش نقاومها، تعبت معايا ماما، ولات توقفلي قدام الباب وتعيطلي أخرج خلاص راك توضيت يكفي، وأنا نبكي ونقولها والو مازال يدي مازال مغسلتهاش ولا رجلي، على بالي هذي الفكرة غير معقولة بصح الله غالب ما نقدرش نقاومها، حتى ولات يما تغلق الماء وتعطيلي الماء حق ما نتوضى، كي بدا الدخول المدرسي بدأت الأمور تتعقد خاصة في الفترة المسائية، وليت الساعة الأولى نجيها دائما متأخر ويعيط عليا المراقب وشحال من مرة ينبهني المراقب ويسمحولي ساعات على جال بابا وما قدرتش نقولهم على مشكل تاعي راكي تعرفي عقلية تاع الجزائريين من جهة الدين ماشي كيما أحنا. وهكذا ولات حياتي مع الوضوء وتدواش، ما نكذبش عليك راني نحس بتأنيب الضمير، وعدم الثقة في النفس وراني خايف من ربي حيث.....ما قدرتش نهضرها..... يطأطأ رأسه ويسكت والله حشمت.....

هل سبقت المشكلة حوادث معينة؟

جابر أدمن على ممارسة العادة السرية وهو في سن مبكر 11 سنة، وأصبح يتلذذ بها وتلح عليه الفكرة بشدة عدة مرات، وعندما سمع فتاوى فيما يخص هذا الموضوع شعر بتأنيب الضمير، وقرر أن يتوقف من هذا السلوك والحمد لله استطاع أن يتخلص منها.

هل يوجد فرد من أفراد اسرتك يعاني من نفس االضطراب الوسواس القهري؟ الجدة من الأم كانت تعاني من نفس الاضطراب

مدى تأثير المرض على حياتك؟ أثر عليا بزاف على قرايتي أولا راهي في تدهور كنت من قبل ندي معدلات ممتازة كي بدالي المرض وليت ننقص في المستوى حتى وصل المعدل 11.55 وهذا لي خلا بابا يزعف عليا ويضربني أحيانا، وزيد كنت منخرط في الكشافة الاسلامية ما قدرتش نروح خاصة كي يبرمجو رحلات في العطل ولات تشدني حالة رعب كيفاه رايح ندير مع الوضوء والتدواش يعودو صحابي يضحكو عليا حتى قررت أني نحبسها حتى التجمعات العائلية خاصة كي تكون في أوقات الصلاة نجيب أي سبب ونقعد في الدار، الحاجة لي راهي تريحني هي السباحة ما دابيا ما نخرج منها خلاص.

هل أسرتك تقدم لك يد العون؟ ماما لي راهي واقفة معايا تاع الصح وراهي تبحث في الانترنت على الحلول باش تعاوني واتصلت بأخصائيين نفسانيين، واليوم راهي جابتني بدون علم الأب وقاتلي لازم تعالج لمبعد يقتنع، وخالاتي كذلك واقفين معايا.

ما الذي جعلك تتقدم للعلاج؟ رغبة أمي أولا والتخلص من المعاناة والآلام وأملي التخلص من هذه الوساوس وأعيش حياة عادية كبقية الناس وأكمل دراستي بنفس المستوى الذي كنت فيه.

10/محور خاص بالجانب المدرسي: هي في تدني مقارنة بالسابق أصبح المعدل في الفصل الأول 11.55 ويعاني من صعوبات دراسية في بعض المواد ونقص التركيز وتدني الدافعية للتعلم مع شرود في الذهن والخوف من الامتحان خاصة امتحان شهادة التعليم المتوسط.

11/محور خاص بالجانب الاجتماعي: جابر لديه أصدقاء قليلون ونادرا ما يخرج من البيت إلا للضرورة، نظرا لاختلاف المحيط، يخرج فقط برفقة عائلته، يقضي وقت فراغه في السباحة وهو يحبها كثيرا، علاقته جيدة مع إخوته ما عدا أخته الأصغر منه يتشاجر معها كثيرا ويضربها لأنها تثير عصبيته.

12/**محور المقياس العربي للوسواس القهري:**

جابر تحصل على 22 درجة في المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة تفوق المتوسط موزعة حسب الأبعاد في الجدول الآتي:

جدول رقم (7) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الثالثة حسب الأبعاد

البعد	البنود التي تقيسه	الدرجة
عامل عام للوساوس القهرية	8-9-10-14-16-18-20-23-26-28-30-31-32	12
النظام والدقة والترتيب	3-5-13-15-19	1
التكرار والعد	4-16-24-27-29	3
المراجعة	2-3-6-11-21	2
استحواذ الأفكار القهرية	12-27-32	1

الاجترار	26-25-18-14-7	4
البطء	22-2-1	3
التدقيق	19-17-15	1

تعليق:

من خلال الجدول نلاحظ المفحوص تحصل على درجة كاملة في البعد الخاص بالبطء بنسبة 100%، و تحصل على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 92.30%، وبعد الاجترار بنسبة 80%، أما البعد الخاص بالتكرار والعد سجل المفحوص نسبة60%.

13- محور خاص باختبار ستروب:

1- **الوضعية الأولى(البطاقة أ)**: جابر قام بقراءة الكلمات المكتوبة باللون الأسود بدون أخطاء ولا ترددات، عملية القراءة كانت بطيئة نوع ما، وبالتقريب لم ينهي قراءة كل الكلمات.

2- **الوضعية الثانية(البطاقة ب)**: تتمثل في قراءة كلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تحمل معناها الدلالي، لاحظنا رد فعل بطيء تجاه المنبهات المقدمة له، حيث أننا في كل مرة نطلب منه مضاعفة سرعة التنفيذ في هذه البطاقة لاحظنا كف الاجابة المسيطرة والمتمثلة في الجانب اللوني، عوض أن تعطي الجانب الدلالي للكلمة، وقع في خطأين إضافة إلى الترددات.

3- **الوضعية الثالثة (البطاقة ج)**: التي تخص تسمية ألوان المستطيلات لمسنا زمن رد الفعل لديه بطيء نوع ما حيث لم يتمكن من قراءة إلا نصف الإجابة ودرجة الخطأ منعدمة.

4- **الوضعية الرابعة (البطاقة ب)**: تمثل وضعية التداخل التي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الاجابة الاوتوماتيكية(القراءة). جعلت جابر يقع في نزاع داخلي حيث في كل مرة يحاول إعطاء الإجابة تأخذ وقتا كبيرا لإيجاد رد الفعل، ناهيك عن الترددات والأخطاء، هذا ما جعل درجة الخطأ مرتفعة نسبيا عن البطاقات السابقة.

التحليل الكمي لنتائج تطبيق رائز ستروب(STROOP):

البطاقة(أ): التي تنص على قراءة كلمات مكتوبة باللون الأسود، تمكنت الحالة من قراءة 57 كلمة وبتحويل هذه النقطة في المفحوص يصنف في الرتبة 0، أما درجة الخطأ فهي منعدمة.

البطاقة(ب): التي تنص على قراءة الكلمة، وكف الاجابة المنافسة التي تخص لون الحبر فتمكن جابر من إعطاء 50 إجابة صحيحة، وبتحويل هذه النقطة جابر يصنف في المستوى 0، أما عدد الأخطاء قدرت بخطأين وبالتالي درجة الخطأ نجد 7 وبتحويل هذه النقطة جابر يصنف في المستوى 0

البطاقة(ج): التي تنص على تسمية ألوان المستطيلات قدرت عدد إجابات جابر بـ54 إجابة وبتحويل هذه النقطة المفحوص يصنف في الرتبة 0، أما عدد الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب): التي تمثل التداخل، حيث يجب على الحالة كف الجانب الدلالي وإعطاء الجانب اللوني، فكانت إجابة الحالة تقدر 15 إجابة، وبتحويل هذه النقطة يصنف في المستوى 0

في حين عدد الأخطاء قدرت ب 3 أخطاء أما عدد الترددات قدرت ب4 وبتطبيق القاعدة درجة الخطأ تقدر ب 10 ومنه يصنف المفحوص حسب الجدول الخاص بهذه المرحلة في الرتبة 0 أما درجة التداخل قدرت بـ 39 يصنف المفحوص في الرتبة 4 حسب الجدول الخاص بالتداخل.

جدول رقم(8) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الثالثة

اللوحات	الدرجة	الأخطاء (E)	الترددات (H)	درجة الخطأ= (H+ E2)
اللوحة (أ) القراءة 1	57	0	0	0
اللوحة (ب) القراءة2	50	2	3	7
اللوحة (ج) تسمية	54	0	0	0
اللوحة (ب) تداخل	15	3	4	10
درجة التداخل= (درجة اللوحةج–درجة اللوحة ب)	39			

14/ محور خاص باختبار go no go :

لم يفشل جابر في هذا الاختبار، تحصل على علامة كاملة فكانت لديه القدرة في كف الاجابات الأوتوماتيكية.

خلاصة الحالة الثالثة:

بناء على المعلومات السابقة من خلال المقابلات العيادية التي أجريت مع الأم وجابر يتبين أنه يعاني تأنيب الضمير والشعور بالذنب تجاه العادة السرية التي أدمن عليها في مرحلة البلوغ

كما أنه عاش مرحلة طفولة تميزها السيطرة والنظام الصارم في المحيط الأسري خاصة من طرف الأب، والحرص على أن يكون سلوكه مطابقا لسلوك الوالد، وأسلوبه في التربية أثر سلبا على الجانب النفسي للمفحوص.

وانشغال الأب الدائم في مهنته وشعوره بالحرمان العاطفي اتجاهه، أضف الى جانب الوراثة من الممكن كل هذا أدى خلق المناخ الملائم لنشوء الاضطراب، حيث قدرت درجة جابر في المقياس العربي للوسواس القهري بـ 22 درجة تفوق المتوسط وتحصل جابر حسب الجدول رقم (7) الموضح أعلاه على تحصل على درجة كاملة في البعد الخاص بالبطء بنسبة 100%، و تحصل على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 92.30%، وبعد الاجترار بنسبة 80%، أما البعد الخاص بالتكرار و العد سجل المفحوص نسبة60%. أما باقي الأبعاد درجاتها منخفضة، ومنعدمة في البعد الخاص بالأفكار الاستحوادية.

ومن خلال تطبيق رائز ستروب لاحظنا بطأ في زمن رد الفعل اتجاه المثيرات المقدمة في جميع البطاقات ماعدا البطاقة الأخيرة التي تمثل وضعية التداخل والتي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الاوتوماتيكية (القراءة) وجد صعوبة في الإجابة رغم محاولته التركيز حيث ارتكب بعض الأخطاء والترددات حيث درجة الخطأ بلغت 10 وهي مرتفعة نوع ما مقارنة بالبطاقات الأخرى حسب الجدول رقم (8) الموضح أعلاه وعدد الإجابات في البطاقة الأخيرة بلغت 15 إجابة صحيحة في 45 ثانية وهو عدد ضئيل جدا مقارنة بعدد الإجابات في البطاقات الأخرى.

وما يمكن أن نستنتجه هو أن البطاقة رقم (2) في المرحلة الأولى والتي تتطلب قراءة الكلمات المكتوبة بألوان مختلفة، والمرحلة الثانية التي تتطلب تسمية الألوان التي كتبت بها الكلمات كانت أكثر صعوبة لدى جابر، هذا ما جعله يقوم بزمن أكبر لإبداء رد الفعل نتيجة للتداخل الذي نشأ بين قراءة الكلمات (السيرورة الاوتوماتيكية)، وتسمية اللون الذي كتبت به الكلمات (السيرورة الارادية أو المراقبة)، وحسب درجة التداخل في البطاقة الأخيرة التي قدرت بـ 39 المفحوص يصنف في المستوى الرابع هذا يعني المفحوص يعاني من اضطراب في وظيف الكف

وما نستنتجه من اختبار go no go الحالة (د-جابر) لديه القدرة على المراقبة الكفية.

تقديم الحالة الرابعة:

1-البيانات الشخصية:

الاسم واللقب: م-ابتهال الجنس: أنثى السن:13 سنة

مكان ميلاد: بريان المستوى التعليمي:2 متوسط

عدد الاخوة:2 عدد الأخوات: 1 ترتيب الحالة بينهم: الثالثة

أ/ مقابلة الأولى مع الأم:

2/محور خاص بفترة الحمل:

ولادة ابتهال طبيعية وفي المستشفى، ودامت مدة الحمل 9 أشهر، لم تعاني الأم من أي مشاكل صحية أو نفسية أثناء فترة الحمل، بلغ وزن المفحوصة عند الولادة 3.5 كلغ ورضاعتها طبيعية دامت سنتين كاملتين.

3/ الجانب الصحي لإبتهال:

ابتهال لم تكن تعاني من أمراض عضوية، إلا أنها كانت تعاني من الهزال ونقص في الوزن، وهذا المشكل تعاني منه إلى يومنا هذا، أما من ناحية الغذاء فكانت تعاني من نقص الشهية حاد الى درجة أنها تلقت العلاج من طرف أطباء اختصاص أطفال، أما النوم فلم تكن تعاني من أي مشكل.

4/محور خاص بالنمو النفسي الحركي:

نظرا لمشكل نقص الوزن الذي كانت تعاني منه ابتهال، أثر بشكل طفيف على النمو الحركي من جانب المشي إلا أنها استدركت الأمر بعد ذلك، وواصلت نموها بشكل طبيعي أما الجوانب الأخرى كانت طبيعية

5/ محور خاص الجانب التربوي:

ابتهال دخلت رياض الأطفال في سن 4 سنوات، بحيث تكيفت مع الوضع الجديد ولم تبدي أي نفور أو كراهية بل كانت عكس ذلك تنتظر موعد الذهاب إلى الحضانة بفارغ الصبر أما الدخول المدرسي تميز بالعادي وتكيفت مع الجو المدرسي ونتائجها المدرسية جد ممتازة.

6/محور خاص بالجانب الأسري:

معلومات عن الأب: مستواه التعليمي جامعي، إطار بقطاع الرياضة والشبيبة، في السابق كان يعاني من مشاكل صحية على مستوى الرأس (ورم) حاليا تماثل للشفاء ويستمتع بصحة جيدة.

الحالة النفسية للأب: شخصية متزنة، ويقضي أوقات ممتعة في كنف عائلته، يستعمل أسلوب الحوار مع عائلته

علاقة ابتهال بالأب: تعلق شديد، علاقة طيبة يسودها الحب

معلومات عن الأم: ماكثة بالبيت، مستواها التعليمي متوسط، لا تعاني من أي مشكل صحي.

الحالة النفسية للأم: تتميز بالدقة والصرامة والنظام في أمور المنزل، حتى أسلوب تربيتها لأبنائها يطغى عليه هذه الميزة، فدائما تحثهم على النظام والدقة في كل شيء، وتذكر الأم هو نفس الأسلوب الذي نشأت فيه منذ نعومة أظافرها خاصة من طرف الأب الذي كان يتميز بالدقة لأنه كان موظف بقطاع التربية الذي عكس على شخصيته وأصبح شديد الدقة والصرامة.

علاقة ابتهال بالأم: أحيانا ابتهال تشعر أنها أمها لا تحبها، تبدي اتجاهها أحيانا العناد الشديد، نظرا لكثرة الأوامر والتدخل في شؤونها، والحرص الزائد عليها، حتى أصبحت ابتهال تحس أنها مقيدة، في غالب الأحيان لا تحب الحوار مع أمها.

صلة القرابة للزوجين: توجد قرابة بين الزوجين، والعلاقة الزواجية جيدة جدا.

7/ محور خاص بالوضع السكني:

الأسرة تسكن في مسكن فردي وهو ملك للوالد، وهو في حالة جيدة ويحتوي على جميع المرافق ومجهز بكل الوسائل الضرورية للعيش السليم.

8/ محور خاص بالوضع الاقتصادي: الوضع الاقتصادي لابأس به ومصدره من مهنة الأب وكل الاحتياجات متوفرة.

9/محور خاص بالمرض الحالي:

ابتهال منذ أوت 2016 تعاني من أعراض اضطراب الوسواس القهري والمتمثل في وسواس الصلاة بحيث تشك في عدد الركعات ولديها صعوبة كبيرة في البدء للصلاة وتشك في قراءتها لسورة القرآنية، هذا ما يجعلها تلجأ إلى إعادة الصلاة لعدة مرات عديدة، لجأت للعلاج بالرقية الشرعية لمدة 6 أشهر وحاليا تعالج عند أخصائية نفسانية منذ جانفي 2017.

10/ الشكوى الأساسية على لسان المفحوصة:

خلاص راني نحس صلاتي مانيش نصليها مليح، كل ما نبدى نصلي ندي وقت كبير باش نبدى، وكي نبدى تجيني فكرة أنو صلاتي خاطئة ولازم نعاودها باش يقبلها ربي لان الصلاة أساس الدين، اذا ما قمنا بيها كيما لازم مصيرنا الخلود في النار وأنا ما دابيا نصليها مليح، المشكل بدالي في أوت 2016 كي رحت نحضر مع

زميلاتي حلقة ذكر موضوعها حول الصلاة وهذا طلب من أمي كي حضرتها وليت مانيش أنا، خرجت من تم ضميري يأنبني على الصلاة لي كنت نصليها ماشي صحيحة ياربي كيفاه ندير نعاود صلواتي باش يقبلها ربي بديت نطرح أسئلة عديدة على روحي ونقرى كتابات في الجانب الديني، وليت نتقلق بزاف في الصلاة حتى النفس نحسها تروحلي وليت نعاود الصلاة عدة مرات ونطول بزاف ونتنهد ونشك في شحال من ركعة وتقولي حاجة في راسي أنو صلاتي خاطئة نعيا نقاوم في هذي الفكرة بصح والو، لاحظتني ماما وسقساتني واش بيك وليتي طولي بزاف ما كنتي هاك حكيتلها واش راه يصرالي، حتى ولات ماما توقف معايا كي نصلي ونصلي جهرا باش تسمعلي واش راني نقول باش تتأكد معايا وتحبسي كي نعاود اذا ما درتش هاك نقعد حتى ساعتين وأنا نصلي ونلقى صعوبة في الفترة المسائية كي نروح لمدرسة تم المشكل لكبير ونزيد نتقلق ونبدى نبكي ونشهق علاه وليت هاك ونشك في روحي وفقدت الثقة في روحي

هل سبقت المشكلة حوادث معينة؟

ابتهال من قبل وإلى يومنا هذا لديها إحساس بالنقص أنها ليست جميلة ونحيفة جدا، هذا ما جعلها تنظر كثيرا في المرآة، وهذا ماجعلها تفقد الثقة في نفسها، أضف إلى ذلك بعد أحداث الشغب التي شهدتها البلدة وعلى إثر ذلك أصبحت تعاني من مخاوف ولا تستطيع الخروج لوحدها وعند خروجها تحس بالدوار وآلام في الرأس، ذهبت للطبيب ووصف لها أدوية وإجراء تحاليل طبية، ثم وجهها إلى طبيب مختص في الأنف والأذن والحنجرة لتشخيص سبب الدوار إلا أنه لم يجد أي سبب عضوي تم توجيهها إلى الأخصائي النفساني بعد حصص علاجية استطاعت أن تتغلب على مخاوفها وأصبحت تخرج لوحدها.

هل يوجد فرد من أفراد عائلتك يعاني من نفس اضطراب الوسواس القهري؟ لا يوجد

مدى تأثير المرض على حياتك؟ أثر عليا بزاف نحس وقتي يضيع بزاف في إعادة الصلاة نقصلي التركيز بزاف وليت نشك في روحي، وليت منطوية ما نحبش نروح حتى بلاصة وليت نحب نقعد وحدي في غرفتي، وليت نتقلق بزاف وعصبية، ونقضم بزاف أظفاري.

هل عندك أمل في الشفاء؟ نعم

هل أسرتك تقدم لك يد العون؟ الحمد لله من هذه الجهة بابا واقف معايا، حتى ماما راهي تبدلت على من قبل كي قعدت مع الأخصائية النفسانية حسيتها تبدلت معايا وهي لي جابتني عندك.

ما الذي جعلك تتقدم للعلاج؟ كي عالجت الخطرة لي فاتت عند الأخصائي النفساني حسيت ريحت بزاف وتخلصت من المخاوف تاعي وليت نمشي وحدي برى ونروح لقراية وحدي رجعت باش نعالج من الوسواس ونتهنى

10/محور خاص بالجانب المدرسي:

النتائج الدراسية في المرحلة الابتدائية و المتوسطة جيدة جدا تحصلت في الفصل الثاني من الموسم

الدراسي 2017/2016 على معدل 20/14 إلا أنها تطمح أن تتحصل على معدل أكبر.

11/ محور خاص بالجانب الاجتماعي:

حاليا ابتهال عندها صديقات عددهن قليل وتقضي معظم وقتها في المنزل منطوية على نفسها أصبحت تكره الخروج إلى تجمعات العائلية بسبب الاضطراب الذي تعاني منه الذي يشكل لها قلق حاد.

12/**محور المقياس العربي للوسواس القهري:**

ابتهال تحصلت على 14 درجة في المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة أقل من المتوسط موزعة حسب الأبعاد في الجدول الآتي:

جدول رقم (9) يبين درجات المقياس العربي للوسواس للحالة الرابعة حسب الأبعاد

البعد	البنود التي تقيسه	الدرجة
عامل عام للوساوس القهرية	8-9-10-14-16-18-20-23-26-28-30-31-32	7
النظام والدقة والترتيب	3-5-13-15-19	3
التكرار والعد	4-16-24-27-29	2
المراجعة	2-3-6-11-21	0
استحواذ الافكار القهرية	12-27-32	0
الاجترار	7-14-18-25-26	3
البطء	1-2-22	2
التدقيق	15-17-19	2

التعليق:

من خلال الجدول نلاحظ ابتهال تحصلت على درجتين في البعد الخاص بالتدقيق والبطء بنسبة 66.66% وسجلت 3 درجات في بعد الإجترار وبعد النظام والدقة والترتيب بنسبة 60%، وتحصلت على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 53.84%، وباقي الأبعاد درجاته منعدمة.

– محور خاص باختبار ستروب:

1- **الوضعية الأولى(البطاقة أ)**:قامت ابتهال بقراءة الكلمات المكتوبة باللون الأسود بدون أخطاء ولا ترددات، عملية القراءة كانت سريعة، وبالتقريب تمكنت من قراءة كل الكلمات المقدمة لها

2- **الوضعية الثانية(البطاقة ب)**:تتمثل في قراءة كلمات مكتوبة بألوان مختلفة لا تحمل معناها الدلالي، لاحظنا كذلك سرعة في الإجابة كذلك مع وجود ترددات وانعدام الأخطاء.

3- **الوضعية الثالثة (البطاقة ج)**:التي تخص تسمية ألوان المستطيلات لمسنا كذلك سرعة في الاجابة مما جعلها تكمل تسمية المستطيلات الموزعة في البطاقة في الوقت المحدد لذلك مع انعدام ترددات و الأخطاء.

4- **الوضعية الرابعة (البطاقة ب)**:تمثل وضعية التداخل، ارتكبت بعض الأخطاء والترددات مما شكل درجة خطأ مرتفعة نوعا ما مقارنة بالبطاقات السابقة، رغم محاولتها أن تكون سريعة إلا أن زمن رد الفعل لديها بطيء في هذه الوضعية، وشكلت هذه البطاقة الأخيرة المرحلة الأكثر تعقيد في هذا الاختبار

الاستنتاج:

وما يمكن أن نستنتجه في هذا الاختبار هو أن وضعية التداخل هي الأكثر صعوبة بالنسبة للحالة نتيجة للنزاع الداخلي الذي نشا بين تسمية لون الحبر(الجانب اللوني) مع قراءة الكلمة(الجانب الدلالي) حيث الحالة (ب-ع) لم تتمكن من انتقاء وكف الاجابة المسيطرة في وضعية التداخل.

التحليل الكمي لنتائج تطبيق رائز ستروب(STROOP):

البطاقة(أ): التي تنص على قراءة كلمات مكتوبة باللون الأسود، تمكنت الحالة من قراءة 88 كلمة وبتحويل هذه النقطة ابتهال تصنف في المستوى1، أما درجات الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب):التي تنص على قراءة الكلمة، وكف الاجابة المنافسة التي تخص لون الحبر فتمكنت الحالة فيها من إعطاء 71 إجابة صحيحة، وبتحويل هذه النقطة ابتهال تصنف في الرتبة 0، أما عدد الأخطاء منعدمة والترددات 1 وبالتالي درجة الخطأ تقدر بـ 1 وبتحويل هذه النقطة ابتهال تصنف في الرتبة 2

البطاقة(ج):التي تنص على تسمية ألوان المستطيلات قدرت عدد إجابات ابتهال بـ63 إجابة وبتحويل هذه النقطة ابتهال تصنف في الرتبة 1،أما عدد الأخطاء فهي منعدمة.

البطاقة(ب):التي تمثل التداخل، حيث يجب الحالة كف الجانب الدلالي واعطاء الجانب اللوني، فكانت إجابة الحالة تقدر 37 إجابة، وبتحويل هذه النقطة ابتهال تصنف في المستوى 1

في حين عدد الأخطاء قدرت ب 3 أخطاء أما عدد الترددات قدرت ب4 تقدر ب 10 ومنه تصنف ابتهال حسب الجدول في المستوى1 أما درجة التداخل بلغت 26 تصنف ابتهال في الرتبة 2 حسب الجدول الخاص بتداخل

جدول رقم(10) يوضح بيانات رائز ستروب للحالة الرابعة

اللوحات	الدرجة	الأخطاء (E)	الترددات (H)	درجة الخطأ= (H+ E2)
اللوحة (أ) القراءة 1	88	0	0	0
اللوحة (ب) القراءة2	71	0	1	1
اللوحة (ج) تسمية	63	0	0	0
اللوحة (ب) تداخل	37	3	4	10
درجة التداخل= (درجة اللوحةج– درجة اللوحة ب)	26			

14/محور خاص باختبار go no go :

لم تفشل ابتهال في هذا الاختبار، وتحصلت على 3 نقاط كاملة هذا ما يدل قدرتها في كف الاجابات الأوتوماتيكية (المراقبة الكفية)

خلاصة الحالة الرابعة:

من خلال ما سبق يتبين أن الحالة (م–ابتهال) تعاني من الإحساس بالنقص والدونية لأنها تعاني من النحافة، وعدم الثقة في النفس، أضف الى معاناتها من أعراض ما بعد الصدمة النفسية نتيجة للأحداث الصادمة التي عاشتها إثر احداث الشغب التي شهدتها البلدة كما انها نشأت في محيط أسري يتميز بالدقة والنظام الصارم والحرص الشديد والتدخلات المباشرة من طرف الأم باعتقادها الأسلوب الناجح في تهيئتها للمستقبل كل هذه العوامل من المحتمل هيأت المناخ الملائم في ظهور السلوك القهري لدى الحالة حيث قدرت درجتها بـ 14 درجة حسب المقياس العربي للوسواس القهري وهي درجة أقل من المتوسط وتحصلت ابتهال حسب الجدول رقم(9) الموضح أعلاه تحصل على درجتين في البعد الخاص بالتدقيق والبطء بنسبة 66.66%، وسجلت 3 درجات في بعد الاجترار وبعد النظام والدقة والترتيب بنسبة 60%، وتحصلت على درجة مرتفعة في البعد الخاص بالعامل العام للوساوس القهرية بنسبة 53.84%، ودرجات منعدمة في البعد الخاص بالأفكار الاستحوادية و المراجعة.

ومن خلال تطبيق رائز ستروب لاحظنا سرعة في زمن رد الفعل اتجاه المثيرات المقدمة في جميع البطاقات ماعدا البطاقة الأخيرة التي تمثل وضعية التداخل والتي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الاجابة الاوتوماتيكية (القراءة) وجدت صعوبة في الاجابة حيث ارتكبت

بعض الأخطاء والترددات حيث درجة الخطأ بلغت 11 وهي مرتفعة نوع ما مقارنة بالبطاقات الأخرى حسب الجدول رقم(10) الموضح أعلاه عدد الاجابات في البطاقة الأخيرة بلغت 37 إجابة صحيحة في 45 ثانية وهو عدد ضئيل جدا مقارنة بعدد الإجابات في البطاقات الأخرى.

وما يمكن أن نستنتجه في هذا الاختبار هو أن وضعية التداخل هي الأكثر صعوبة بالنسبة للحالة وهذا ما يعكس نزاع داخلي الذي نشأ بين تسمية لون الحبر(الجانب اللوني) مع قراءة الكلمة(الجانب الدلالي) حيث الحالة (م-ابتهال) لم تتمكن من انتقاء وكف الاجابة المسيطرة في وضعية التداخل على خلاف الوضعية الثانية التي شكلت أيضا تنافسا بين مهمتين اذ تمكنت فيها الحالة من كف الإجابة غير الملائمة وانتقاء الإجابة الصحيحة وحسب درجة التداخل في البطاقة الأخيرة التي قدرت بـ 26 ابتهال تصنف في المستوى الثاني وهذا يعني ابتهال تعاني من اضطراب في وظيف الكف.

وما نستنتجه من اختبار go no go الحالة (م-ابتهال) لديها القدرة على المراقبة الكفية.

5- مناقشة الفرضيات:

الفرضية الأولى:

تذكير بالفرضيات:

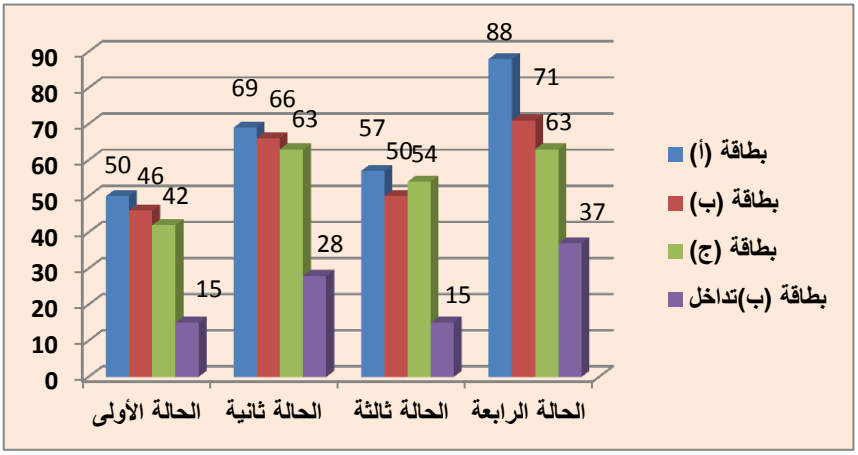
5-1 الفرضية الأولى: لإضطراب وظيفة الكف دور في ظهور اضطراب الوسواس القهري

في الجدول الموالي رقم (11) درجات الحالات الأربعة حسب البطاقات في رائز ستروب

الحالات / البطاقات	بطاقة(أ)	بطاقة(ب)	بطاقة (ج)	بطاقة (ب)
الحالة الأولى	50	46	42	15
الحالة الثانية	69	66	63	28
الحالة الثالثة	57	50	54	15
الحالة الرابعة	88	71	63	37

تعليق:

نلاحظ من خلال الجدول انخفاض متفاوت في عدد الإجابات في البطاقة (ب) التي تمثل الوضعية (4) وهي وضعية التداخل لدى الحالات الأربعة، أما البطاقة الأولى هي التي حصلت على أكبر قدر ممكن من الاجابات لدى الحالات الأربعة



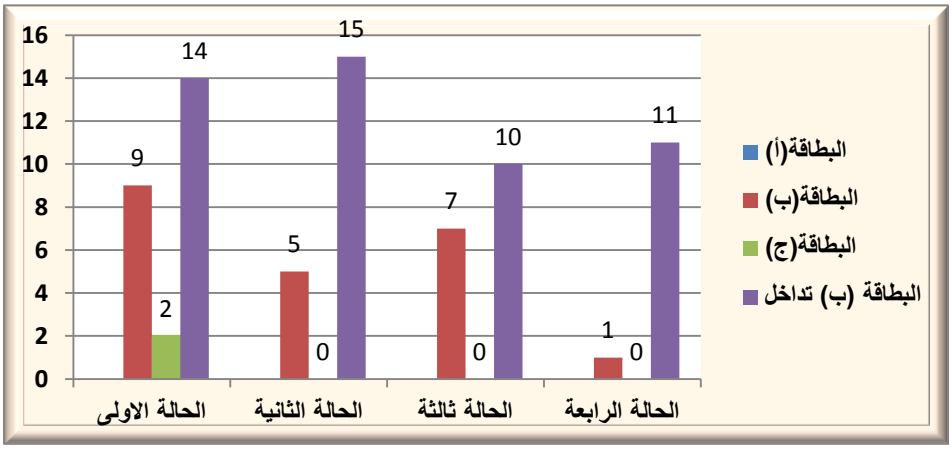
شكل (8): يمثل الدرجات المحصل عليها من خلال رائز ستروب لدى الحالات في كل البطاقات

جدول رقم(12) يبين درجة الخطأ لدى الحالات الأربعة من خلال اختبار ستروب

البطاقات / الحالات	بطاقة(أ)	بطاقة(ب)	بطاقة (ج)	بطاقة (ب)
الحالة الأولى	0	9	2	14
الحالة الثانية	0	5	0	15
الحالة الثالثة	0	7	0	10
الحالة الرابعة	0	1	0	10

تعليق:

من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع متفاوت في درجة الخطأ لدى الحالات الأربعة في البطاقة (ب) التي تمثل وضعية التداخل. وانعدام الأخطاء في البطاقة(أ)



شكل (9): يمثل درجة الخطأ المحصل عليها من خلال رائز ستروب لدى الحالات في كل البطاقات

جدول رقم (13) يبين درجة التداخل ومستوى المفحوص حسب اختبار ستروب

	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
درجة التداخل	27	35	39	26
مستوى المفحوص	2	3	4	2

التعليق:

من خلال الجدول نلاحظ تفاوت في درجة التداخل حسب اختبار ستروب حيث سجلت الحالة الثالثة أكبر درجة يليها الحالة الثانية ثم الحالة الأولى وأخيرا الحالة الرابعة التي سجلت أقل درجة.

تفسير النتائج:

من خلال الجداول والمخططات البيانية الموضحة أعلاه حول نتائج الحالات الأربعة من خلال اختبار ستروب نلاحظ أن كل الحالات وجدت صعوبة في البطاقة (ب) التي تمثل وضعية التداخل والتي تنص على إعطاء الجانب اللوني وكف الجانب الدلالي أي إعطاء لون الحبر الذي كتبت به الكلمات وكف الإجابة الأوتوماتيكية (القراءة)، ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم(12) والشكل رقم (9) درجة الخطأ لدى كل الحالات مرتفعة وبدرجات متفاوتة في الوضعية الرابعة التي تمثل البطاقة (ب) وهي وضعية التداخل حيث الحالة الثانية حققت أكبر درجة يليها، الحالة الثالثة والرابعة بنفس الدرجة، وأخيرا الحالة الثانية حققت أقل درجة الخطأ من الحالات الأخرى.

أما درجة التداخل من خلال الجدول رقم(13) نلاحظ أن درجة تداخل مرتفعة لدى كل الحالات وبدرجات متفاوتة حيث سجلت الحالة الثالثة أكبر درجة تداخل وتصنف في المستوى الرابع حسب رائز ستروب هذا يعني الحالة الثالثة وجدت صعوبة أكبر في عملية كف الجانب الدلالي للكلمات المقدمة (القراءة) و إعطاء الجانب اللوني، رغم أن في درجة الخطأ سجلت أقل درجة، يليها الحالة الثانية بدرجة أقل وصنفت في المستوى الثالث تتبعها الحالة الأولى المصنفة كذلك حسب درجة التداخل في المستوى الثاني، وأخيرا الحالة الرابعة التي سجلت أقل درجة التداخل مقارنة بالحالات الأخرى وصنفت في المستوى الثاني ونستنتج ان 100% من أفراد مجموعة الدراسة تعاني من اضطراب في وظيفة الكف بحيث 50% من أفراد مجموعة الدراسة صنفت في المستوى الثاني و25% في المستوى الثالث و25% في المستوى الرابع، وانعدام تواجد أفراد الدراسة في المستوى0 والمستوى 1 حسب رائز ستروب تصنف المستويات حسب درجة التداخل من 0 إلى 4

0 الكف مرتفع

1الكف فوق المتوسط

2الكف متوسط

3الكف تحت المتوسط

4 الكف ضعيف

أي الكف يصنف من المرتفع الذي يعني عدم وجود اضطراب في الكف إلى الكف الضعيف الذي يعني الاضطراب الشديد الذي يوافق المستوى الرابع، وبما أن كل حالات موجودة في المستوى من 2 إلى4 هذا ما يدل على إضطراب في وظيف الكف لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري وبتفاوت من المتوسط إلى الشديد.

من خلال النتائج المحصل عليها من مجموعة الدراسة المصابة باضطراب الوسواس القهري تدل هذه النتائج على اضطراب في وظيفة الكف حسب مقياس ستروب، ومنه إضطراب وظيفة الكف له علاقة بظهور اضطراب الوسواس القهري، وهذا ما يحقق من خلال الفرضية الأولى

كما جاءت نتائج الدراسة موافقة مع دراسة Dupuya et all، 2012 بعنوان دور وظيفة الكف في اضطراب الوسواس القهري التي تهدف إلى الكشف عن طبيعة الآليات العصبية الكامنة في التعبير أعراض الوسواس القهري، بحيث خصص الجزء الأول للدراسة خصص للمقاربة النظرية النفس عصبية بحيث وضع الكف والمرونة كوسيط واعد للفهم الوسواس القهري والجزء الثاني من الدراسة مراجعة الدراسات. التي تستخدم مقاييس مختلفة للكف و المرونة حيث خلصت هذه الدراسة وجود عجز في الكف والمرونة المعرفية لدى المصابين بالوسواس القهري. (Dupuy et al, 2013, p:45)

وتوافق نتائج الدراسة مع دراسة شعبان مهيمه محمد،2015، بعنوان الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كلٍ من مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب، ومن بين أهداف الدراسة فحص الأداء الوظيفي التنفيذي والتعرف على طبيعة ونوعية الخلل في الوظائف التنفيذية من منظور نفسي عصبي لدي المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب، ومن بين نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المرضى المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري، والمرضى المصابين بالاكتئاب الشديد والأسوياء في الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية. (محمد مهيمه، 2015)

وتتوافق النتائج مع Bogaell et al، (2006) حيث أكد أن أعراض القصور المعرفي لمرضى الوسواس القهري تتمثل في اضطرابات الذاكرة غير اللفظية والوظائف التنفيذية وتداخل وارتباك التشغيل والتحويل المعلوماتي. (Bogaell et al، 2006، p:92)

وتتوافق النتائج كذلك مع Molloy et al،(1990) حيث أن مرضى الوسواس القهري تظهر قصورا في الانتباه الانتقائي، كما يضعف الأداء على المهام التي من المفترض أن تتطلب تفاعل جبهي-مخطط وتوجد صعوبة في تهبيط الاستجابات المباشرة لكن غير ملائمة وذلك في مهام معرفية عصبية تتصف بحساسيتها للخلل الوظيفي الجبهي المخطط. (أحمدي الشيخ، 2003، ص:167)

كما أكد Noel،(2007) أن اضطراب وظيف الكف عامل محوري في بعض الأعراض النفسية كانفصام الشخصية، الوسواس القهري، إضافة إلى اضطراب الانتباه مع افراط في النشاط((Noel, 2007, p:124

لقد أكدت نتائج الدراسات وجود خلل لدى الوسواسي في الوظائف المعرفية، وتدهور قدرات تحول الانتباه وخلل في القدرات البصرية المكانية وانخفاض الأداء على مهام الضبط العقلي وانطلاقة اللفظية والتجريد. (Okasha et al، 2000، p:281)

5-2الفرضية الثانية: حيث تنص الفرضية على مايلي:

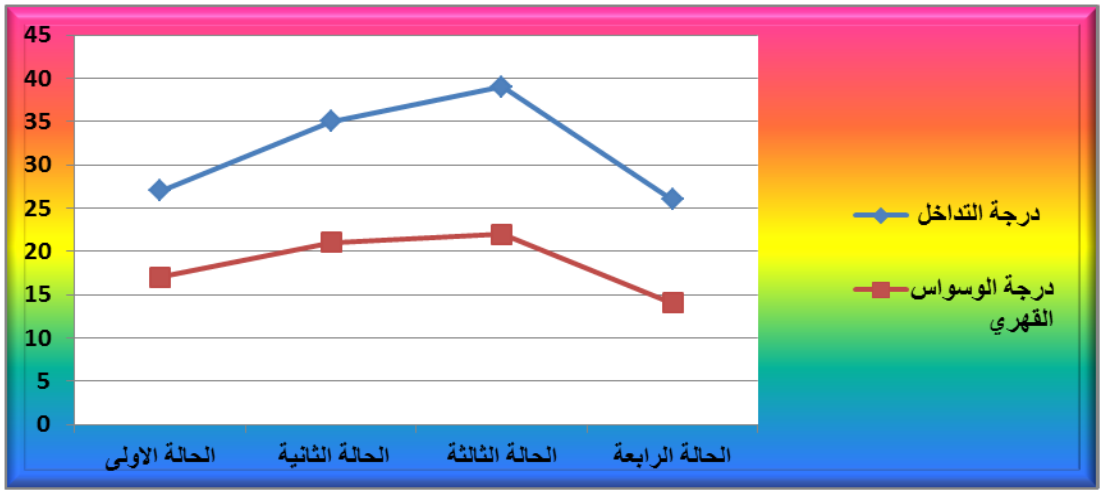
هناك علاقة بين درجة الاضطراب في وظيف الكف و درجة اضطراب الوسواس القهري انطلاقا من رائز ستروب والمقياس العربي للوسواس القهري.

في الجدول الموالي رقم(14) عرض درجات التداخل المحصل عليها ودرجة الوسواس القهري

	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
درجة التداخل	27	35	39	26
درجة الوسواس القهري	17	21	22	14

تعليق:

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة طردية بين درجة التداخل المحصل عليها عن طريق رائز ستروب ودرجة الوسواس القهري المحصل عليها حسب مقياس العربي للوسواس القهري لدى الحالات الأربعة، يحيث كلما ارتفعت درجة اضطراب الكف كلما ارتفعت درجة الوسواس القهري.



شكل رقم (10): يوضح درجة التداخل ودرجة الوسواس القهري للحالات الأربعة

من خلال الجدول رقم(14) والشكل رقم (10) نلاحظ أن كلما كانت درجة التداخل حسب رائز ستروب مرتفعة، ارتفعت درجة الوسواس القهري حسب المقياس العربي أي توجد علاقة طردية بين الدرجتين لدى كل الحالات وبالتالي الفرضية الثانية تتحقق

نتائج الدراسة المتوصل إليها تتفق مع دراسة شعبان مهيمه محمد،2015، بعنوان الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كلٍ من مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب و من بين أهدافها التعرف على العلاقة بين الأداء التنفيذي المعرفي والخصائص المرضية مثل شدة ومدة المرض، ومدى تأثره بهذه الخصائص لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب، ومن بين النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيًا بين درجات الأداء على بعض اختبارات الوظائف التنفيذية المعرفية والأداء على مقياس الاضطراب الوسواس القهري.(محمد مهيمه، 2015)

دراسة لـ Soriano-Mas, et al، (2007) استخدم فيها تقنية الرنين المغناطيسي ظهر فيها أنه كلما كانت أعراض الوسواس القهري شديدة كلما كان ظهورها في ذلك الفحص أسهل وكذلك ظهرت علاقة طردية بين درجات الشخص على مقياس يل براون للوسواس القهري Y-BOCS ووضوح صورة النمط الوسواسي في مخه.(Soriano-Mas, et al, 2007)

ومن خلال النتائج المحصل عليها حسب اختبار go no go، وتحصلت على 3 نقاط كاملة هذا ما يدل قدرتها في كف الاجابات الأوتوماتيكية (المراقبة الكفية) هذا يعني ان هذا الاختبار لم يظهر اضطراب في وظيفة الكف لدى مجموعة الدراسة المصابين بالوسواس القهري مقارنة باختبار ستروب.

الاستنتاج العام:

من خلال العمل الميداني، والدراسات السابقة حول اضطراب الوسواس القهري قمنا بطرح موضوع الإشكالية والفرضيات، وتطرقنا إلى مختلف المقاربات التي تناولت تفسير هذا الاضطراب حسب أطرها النظرية والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث وطريقة تناوله من جوانب مختلفة، في دراستنا الحالية حاولنا التركيز على المقاربة العصبية في تفسير اضطراب الوسواس القهري نظرا لقلة الدراسات في البيئة العربية على العموم والبيئة الجزائرية بشكل خاص – في حدود علم الباحثة- والمقاربة العصبية تدرس العلاقة بين السلوك والجهاز العصبي، وفي دراستنا ركزنا على دراسة وظيفة من الوظائف التنفيذية وهي وظيفة الكف لدى المراهقين (13-15) المصابين باضطراب الوسواس القهري، واعتمدنا في دراستنا على اختبار ستروب، وgo no go وهما اختبارين لتقييم نفسي عصبي لوظيفة الكف

وباستعمال كذلك المقابلة النصف موجهة كأداة لجمع البيانات عن الحالة، من الأجل الكشف عن السيرورة والديناميكية النفسية للحالة، توصلنا من خلال هذه الأداة الى أن الحالات الأربعة كانت تعاني في مرحلة الطفولة من أساليب التربية الخاطئة ، وأحداث صادمة أثرت سلبا على الجانب النفسي، وظروف اجتماعية صعبة، وحياة مليئة بالخوف وانعدام الأمن، وصراعات عائلية، والشعور بالذنب، والحرص الشديد من طرف الوالدين من أجل اتباع أنظمة صارمة والدقة والنظام الصارم، والشعور بالحرمان العاطفي وكل هذه العوامل من المحتمل أن تكون ساهمت كذلك في نشوء اضطراب الوسواس القهري.

وباستعمال الأداة كوسيلة للقياس ألا وهو رائز ستروب توصلنا إلى نتائج مهمة تتوافق مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة حيث حققت نتائج الدراسة الفرضية الأولى والتي تفترض أن وظيفة الكف لها دور في ظهور اضطراب الوسواس القهري، و ونتائج المتحصل عليها من الحالات الأربعة المصابة باضطراب الوسواس القهري حققت الفرضية الأولى من خلال درجات المحصل عليها حسب اختبار ستروب التي تؤكد اضطراب في وظيفة الكف لدى المصاب. وبالتالي اضطراب وظيفة الكف دور في ظهور اضطراب الوسواس القهري.

وهذه النتائج المتوصل إليها خلال تتوافق مع دراسة Dupuya et al (2012) ودراسة شعبان مهيمه محمد (2015)، وما أكده كذلك كلا من Bogaell et al (2006) وMolloy et al (1990) Okasha et al (2000)، وNoel (2007)

والفرضية الثانية التي تفترض هناك علاقة بين درجة الاضطراب في وظيف الكف و درجة اضطراب الوسواس القهري انطلاقا من رائز ستروب والمقياس العربي للوسواس القهري؛ توصلت نتائج الدراسة إلى وجود طردية بين درجة اضطراب وظيف الكف درجة الوسواس القهري ونتائج الدراسة تتوافق مع دراسة شعبان مهيمه محمد (2015).

وتوصلت نتائج الدراسة حسب اختبار go no go، وتحصلت على 3 نقاط كاملة هذا ما يدل قدرتها في كف الاجابات الأوتوماتيكية (المراقبة الكفية) هذا يعني ان هذا الاختبار لم يظهر اضطراب في وظيفة الكف لدى مجموعة الدراسة المصابين بالوسواس القهري مقارنة باختبار ستروب وهذا ما يختلف مع الجانب النظري الذي يعتبر اختبار go no go من بين اختبارات النفس عصبية التي تقيس وظيفة الكف

من خلال نتائج الحالات لاحظنا أن الحالة الرابعة نظرا لتشخيص المبكر للاضطراب واستفادتها من التكفل النفسي مقارنة بالحالات الأخرى سجلت في المقياس العربي للوسواس القهري و رائز ستروب درجة أقل مقارنة بالحالات الأخرى، هذا ما يدل على أهمية التشخيص المبكر والتكفل النفسي، وقد قدم العلماء تفسيرات ونماذج تكامل الاتجاهين السلوكي والمعرفي في تخفيف من أعراض الوسواس القهري وتحسين عمليات عقلية محددة مثل شكل التفكير- الذاكرة –الانتباه- الصور الذهنية.

ومن خلال الدراسة نستنتج بأن اضطراب الوسواس القهري من الناحية العصبية يتميز باضطراب وظيفة من الوظائف التنفيذية وهي وظيفة الكف، واضطراب هذه الوظيفة له دور في ظهور الأفكار والسلوكات القهرية، واضطراب هذه الوظيفة يكون بشكل متفاوت وكلما كان التشخيص مبكر كلما ساعد تخفيف في حدة الأعراض؛ ونستنتج كذلك انه توجد علاقة طردية بين شدة اضطراب وظيفة الكف وحدة الوسواس القهري.

اقتراحات:

على ضوء ما أسفرت عليه الدراسة، نود طرح بعض الاقتراحات:

– إجراء المزيد من الدراسات حول الوظائف التنفيذية الأخرى لدى المصابين بالوسواس القهري باستعمال اختبارات نفسية عصبية أخرى

– التركيز على أهمية الجانب العصبي للوسواس القهري، وإعداد على ضوئه خطط علاجية.

– إجراء دراسات أخرى للكشف عن أسباب أخرى المؤدية لتزايد عدد حالات المصابة بالوسواس القهري خاصة لدى المراهقين.

– إعداد خطط علاجية تساهم في تخفيف أعراض الوسواس القهري من خلال تحسين السيرورات النفس عصبية

– التكثيف من اللقاءات التحسيسية التوعوية في إبراز أهمية العلاج النفسي لاضطراب الوسواس القهري.

– إبراز أهمية التشخيص المبكر و العلاج النفسي في التخفيف من أعراض الاضطراب وبالتالي تخفيف من شدة المعاناة وتحسين جودة الحياة خاصة لدى المراهقين

– إبراز دور الأسرة في المساهمة في البرامج العلاجية.

– توعية الآباء حول أساليب التنشئة الصحيحة ومدى مساهمتها في التخفيف من الاضطرابات النفسية.

– توعية مختلف المؤسسات الاجتماعية التي تساهم في تعليم الأطفال والمراهقين وتثقيفهم خاصة في المجال الديني عن الأساليب الصحيحة.

– مرافقة أخصائيين نفسانيين في مختلف الدورات المبرمجة للمراهقين و الأطفال للكشف المبكر للاضطرابات النفسية وعلاجها.

المراجع

الكتب:

- أبو هندي، وائل. (2003). **الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي**. الكويت: عالم المعرفة.
- الخالدي، أديب محمد. (2006). **مرجع في علم النفس الاكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج**. الأردن: دار وائل للنشر.
- الرفاعي، نعيم. (1989). **الصحة النفسية " دراسة في سيكولوجية التكيف"** (ط2). دمشق- سوريا: مطبعة الطرابيش.
- الزغبي، أحمد محمد. (2001). **علم النفس النمو**. عمان: المكتبة الوطنية.
- الشقيرات، محمد عبد الرحمان. (2005). **مقدمة في علم النفس العصبي**. عمان –الأردن: دار الشروق للنشر.
- الطفيلي، امتثال زين الدين. (2004). **علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة** (ط1). دار المنهل اللبناني.
- الطواب، سيد محمد. (1993). **سيكولوجية النمو الارتقائي** (ط1). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- العمرية، صلاح الدين. (د.ت). **علم النفس النمو** (ط1). القاهرة – مصر: دار غريب لطباعة النشر والتوزيع.
- العيسوي، عبد الرحمان. (1995). **علم النفس النمو**. الاسكندرية-مصر: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- القائمي، علي. (1996). **الوساوس والهواجس النفسية** (ط1). بيروت: دار النبلاء.
- الوافي، عبد الرحمان. (2006). **مدخل إلى علم النفس**. الجزائر: دار الهومة.
- أنجرس، م. (2004). **منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية** (بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، مترجمون).الجزائر: دار القصبة.
- بارلو، هـ. (2002). **مرجع اكلينيكي في الاضرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي** (فرج صفوت، مترجم). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- بن اسماعيل، محمد.(1992). **سوء التوافق الدراسي لدى المراهقين الجزائريين** (ط2). الجزائر: مطبعة الكهنة.
- جبل، فوزي محمد. (2002). **محاضرات في الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** (ط1). الاسكندرية: المكتبة الجامعية.

- دويدار، عبد الفتاح. (2004). **سيكولوجية النمو والارتقاء** (ط1). عمان: دار المعرفة العربية للعلوم.
- زرواتي، رشيد. (2008). **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية** (ط1).د.ن
- زهران، حامد عبد السلام. (1995). **علم النفس النمو" الطفولة والمراهقة"** (ط5). القاهرة: عالم الكتب.
- زيدان، محمد مصطفى (1986). **نظريات التعلم وتطبيقاته التربوية**. الجزائر: دار النشر والتوزيع.
- سالم، محمد شريف. (2003). **الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء** (ط1). القاهرة: دار العقيدة.
- سرحان، وليد يوسف. (2008). **الوسواس القهري** (ط1). عمان: دار مجداوي.
- سعفان، محمد أحمد. (2003). **اضطراب الوساوس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية– التشخيص– العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.**
- شحاتة، ربيع وآخرون. (1995). **علم النفس الجنائي**.دار غريب للطباعة والنشر.
- صلاح، أحمد زكي. (1972). **الأسس النفسية للتعليم الثانوي**. القاهرة: دار النهضة المصرية.
- غانم، محمد حسن. (2006). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية** (ط 1).القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- كوفيل، والترج، وآخرون. (1986). **الأمراض النفسية** (ط2). الكويت: مكتبة الفلاح
- لونارد، ف، و كوزيو شاريس، أ، وستاتو. (2003). **الأسسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية** (محمد السيد، منصور، وسحر، عبد العزيز الكفافي، و نجلاء محمود الحبشي، مترجمون).القاهرة
- محمد قاسم، عبد الله. (1997). **الصحة النفسية**. حلب: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
- محي الدين، مختار.(1982). **محاضرات في علم النفس الاجتماعي**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- معايير DSM-5. (2014). **الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية**.(انور الحمادي، مترجم).د.ن.
- ملحم، سامي محمد. (2004). **علم النفس النمو" دورة حياة الانسان"** (ط1). عمان: دار الفكر.
- منظمة الصحة العالمية.(1999). **المكتب الاقليمي لشرق الأوسط، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10**. النسخة العربية.د.ن.
- ميخائيل، معوض خليل. (1994). **سيكولوجية النمو"الطفولة والمراهقة"** (ط2). الاسكندرية: دار الفكر الجامعي.

مجلات والدوريات:

- السقا، صباح. (2014). **العلاج الاستعرافي – السلوكي للوسواس القهري**. مجلة جامعة دمشق،30(1)، 368-393.

- جودة عبد القادر، أمال.(٢٠٠٥). **الوسواس القهري وقد أعيانه على الصحة النفسية**. مجلة جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني.365، 52-60

- فرج، صفوت. (2000). **العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري**. دراسات نفسية.9 (2). 191-224.

- كاظم، علي مهدي، و بنت تركي آل سعيد، تغريد.(2009، 26 أفريل).**الوسواس القهري لدى الاطفال والمراهقين العمانين**. مجلة الطفولة العربية، 30، 8-31.

- محمود فضة، حمدان، وابراهيم عبد العزيز الفقي، امال، ورجب سيد أحمد، سليمان. (2010، 4-6 يناير). **فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة**. قدم الى ندوة التعليم العالي للفتاة: الأبعاد والتطلعات بجامعة طيبة المملكة العربية السعودية.

مذكرات:

- أحمد الشريف، أحمد هارون محمد.(2014). **فعالية برنامج علاجي معرفي– سلوكي لتعديل التشويهات المعرفية المرتبطى باضطراب الوسواس القهري**. رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس القاهرة.

- العنزي، فهد بن سعيد .(2008). **الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية**. رسالة ماجيستير. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- باحميدة، مامة. (2007). **أثر المساعدة النفسية في التخفيف من حدة الاكتئاب عند المصابين بمرض القلب المزمن دراسة ميدانية لثمانية**. رسالة ليسانس. جامعة الجزائر

- جعفر شريف، وسام. (2011). **طبيعة الوظائف التنفيذية(التخطيط، الكف و الليونة الذهنية) عند المصابين بالفصام دراسة نفسية عصبية لسبع حالات في الوسط الاستشفائي الجزائري**. رسالة ماجيستير. جامعة الجزائر2.

- طبي، سهام. (2005). **أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة دراسة ميدانية لدى عينة من المصابين بالحروق**. رسالة ماجيستير. جامعة العقيد الحاج لخضر- باتنة.

- لوزاعي، رزيقة. (2008). **العرض الجبهي دراسة نفس عصبية لوظيفتي الانتباه الانتقائي والذاكرة العاملة**. رسالة ماجستير. جامعة الجزائر.

مواقع الانترنت:

- عبد القادر جودة، آمال. (د-ت). **الوسواس القهري**. استرجعت بتاريخ 18 نوفمبر،2016 من www.Elaph.com

- مهيمه محمد، شعبان.(2015). **الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كل من مرضى الوسواسو القهري ومرضى الاكتئاب دراسة مقارنة**. استرجعت بتاريخ 15 نوفمبر،2016 من(http://srv2.Eulc.edu)

- مصطفى عبد العظيم، علي. (2003). **تقييم الجوانب العصبية لاضطراب الوسواس القهري**. استرجعت بتاريخ 15 نوفمبر،2016 من (http://srv2.Eulc.edu)

محاضرات:

- يعقوب، مراد. (2017، 12 مارس). **محاضرة حول مشكلة الأدلة في المنهج العيادي**. ألقيت في مقياس ملتقى تدريبي. جامعة غرداية

مراجع بالأجنبية:

Livres:

-Bernard, P. (1979). **développement de la personnalité** (5éme éd). paris: mason.

-Bérubé, L. (1991). **Terminologie de neuropsychologie du comportement**. France: édition Cheneliére.

-Bourcet, S. (2001). **Les troubles de l'adolescence**. Paris: édition Marketing.

-Camus, J. (1999). **Psychologie cognitive de l'attention**. édition Armand Colin.

-Debesse, M. (1971). **L'adolescence** (1ére ed(. paris: PUF

-Denckla. M. (1996). **a theory and model of executive functions : a neuropsychology perspective . bookers publishing.**

-Eustache, F, et Fraure, S. (2000). **Manuel de neuropsychologie** (2éme éd) . paris: Dunod.

-Godefroy, O, & al. (2008). **Fonctions exécutives et pathologie neurologique et psychiatrique**. France:Solal.

-Hommet, C, & al. (2005). **Neuropsychologie de l'enfant et troubles du Développement**. France:Solal

-Jean-Laetitia, A, et Laetitia, M. **Manuel test de stroop**. Toulouse: CREAPSY.

-Le chevalier, B, et Viader, F. (2008). **Traité de neuropsychologie clinique**. Bruxele -Belgique: édition De Boeck.

-Manning, L .(2005**). la neuropsychologie clinique Approche cognitive**(2éme éd) .France: Armand Colin.

-Mazeau, M (2005). **Neuropsychologie des apprentissage (de la symptomatologie à la rééducation.)**France: Masson

-Noel, M. (2007). **Bilan neuropsychologique de l'enfant**. Belgique: Édition Mardaga.

-Pradat-Diehl, P. (2006). **Fonctions exécutives et rééducation**. France : édition Masson.

-Richards, F. (1998). **Les troubles psychiques à L'adolescence** (2éme ed). Paris: Masson.

-Seron, X. et Van Der Linden,M. (2000). **Traité de neuropsychologie clinique. Tom I et II** .France: Solal.

Revue:

-Dupuy, M, et Rouillonb, F, et Bungenera, C.(2013). **Place de l'inhibition dans le trouble obsessionnel-compulsif** .In L'Encéphale (vol. 39, pp44—50). Paris: ENCEP.

-Hardy-Baylé, M. (1997). **Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie.**In Encycl Méd Chir.(vol37. 285, pp1-7)Paris : édition scientifique et médicale Elsevier SAS, Paris.Psychiatrie

-Le gall, D. (2008). **Lobe frontal, Fonctions exécutives et contrôles cognitives**. Revue de neurologie ,Elsevier Masson, 164 , 119-127.

الملاحق

ملحق الأول

دليل المقابلة النصف الموجهة

1 – محور البيانات الشخصية:

الاسم :.....

اللقب:.....

تاريخ الازدياد ومكانه:.....

المستوى التعليمي:.....

الجنس:.....

عدد الاخوة:..... عدد الأخوات:.....

ترتيب الحالة بين الاخوة:

2 - محور خاص بفترة الحمل:

- الرغبة في الحمل: نعم ☐ لا ☐
- مدة الحمل: 9 أشهر اقل من 9 أشهر أكثر من 9 أشهر
- حالة الأم الصحية أثناء فترة الحمل: طبيعية ☐ مشاكل حمل☐ أمراض أخرى ☐
- الحالة النفسية للام أثناء فترة الحمل:جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة ☐
- نوع الولادة: طبيعية ☐ قيصرية ☐
- أين تمت الولادة : في المنزل ☐ في المستشفى ☐ أخرى ☐
- وزن المريض عند الولادة : 2-3 كيلو ☐ 3-4 كيلو ☐ 4-5 كيلو ☐ أخرى ☐
- نوع الرضاعة: طبيعية ☐ صناعية ☐ مدة الرضاعة:.....

3– محور خاص بالجانب الصحي:

– ما هي الأمراض العضوية التي يعاني منها ؟ أمراض مزمنة ☐ أمراض غير مزمنة ☐

– هل سبق مكث في المستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

- في حالة نعم مع ☐ أو بدون أم ☐

- هل سبق أن أجري للحالة أي عمليات جراحية ؟ نعم ☐ لا ☐

- هل هناك أي إصابات أو حوادث ؟

نعم ☐ أذكريها ---------- لا ☐

هل يعاني من اضطرابات في النوم ؟نعم ☐ لا ☐

هل يعاني من اضطرابات في الأكل ؟ نعم ☐ لا ☐

4- محور خاص بالنمو النفسي الحركي:

النمو الحركي: ☐عادي ☐تأخر

النمو اللغوي : ☐عادي ☐تأخر

النمو الاجتماعي: ☐ عادي ☐ تأخر

هل يشارك زملاءه اللعب : نعم ☐ لا☐

5- محور خاص بالجانب التربوي

دخل رياض الأطفال: نعم ☐ لا☐ سن الدخول:.....

في حالة نعم كيف كانت ردت فعله في أول يوم؟.....

الدخول المدرسي: كيف كانت ردت فعله في أول يوم؟.....

نتائجه الدراسية: جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐

6-التاريخ الأسري و الاجتماعي :

معلومات عن الأب و الأم :

الحالة الاجتماعية للأب:.....

عدد مرات الزواج: مرة واحدة☐ عدد الأولاد:

المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ عالي ☐

الحالة الصحية للأب: صحة جيدة يستطيع رعاية الحالة ☐ لدية بعض المشكلات الصحية التي تعيقه عن رعاية الحالة ☐

مهنة الأب:.....

الحالة النفسية للأب:.....

علاقة المفحوص بالأب:.....

الحالة الاجتماعية للأم:.....

عدد مرات الزواج : مرة واحدة ☐ عدد الأولاد:

المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ عالي ☐

الحالة الصحية: صحة جيدة تستطيع رعاية الحالة ☐ لديها بعض المشكلات الصحية التي تعيقها عن رعاية الحالة ☐

الحالة النفسية للأم:.....

علاقة المفحوص بالأم:.....

هل يوجد أي صلة قرابة بين الأب و الأم؟ توجد قرابة ☐ لا توجد قرابة☐

ما هي طبيعة العلاقة بين الأب والأم ؟ علاقة زواجيه جيده ☐ علاقة زواجيه جيده مع وجود بعض الخلافات ☐ اضطرابات في العلاقة الزوجية☐ الزوجين منفصلين☐

7- محور خاص بالوضع السكني للأسرة :

نوع السكن: فيلا ☐ شقة ☐

حالة السكن : ملك ☐ إيجار ☐

8 – محور خاص بالوضع الاقتصادي للأسرة :

الدخل الشهري :

مصادر دخل الأسرة : العمل ☐ عقارات ☐ أعمال حرة أخرى ☐

9- محور خاص بالمرض الحالي:

منذ متى تعاني من هذا المرض؟.....

هل خضعت للعلاج من المرض الذي تعاني منه؟ نعم ☐ لا ☐

في حالة تعم ما نوع العلاج ؟

طبي ☐ رقية☐ أخرى☐

منذ متى؟.....

هل شعرت بتحسن؟.....

ما هي الأدوية الموصوفة لك؟.....

الشكوى الأساسية على لسان المفحوص

.....

.....

.....

هل يوجد فرد من أفراد عائلتك يعاني من نفس الاضطراب؟.....

.....

مدى تأثير المرض على حياتك؟.....

.....

هل عندك أمل في الشفاء؟.....

.....

هل أسرتك تقدم لك يد العون؟.....

ما الذي جعلك تتقدم للعلاج؟.....

.....

10- محور خاص بالجانب المدرسي:

النتائج الدراسية :جيدة ☐ متوسطة ☐ ضعيفة ☐

تأخر دراسي :نعم ☐ **لا** ☐

صعوبات دراسية نعم ☐ **لا**☐

دعم مدرسي : نعم ☐ **لا**☐

11/محور خاص بالجانب الاجتماعي:

هل لديك زملاء ؟.....

أين تقضي وقت الفراغ ؟.....

.....

ماهي هوايتك المفضلة ؟.....

12/ محور المقياس العربي للوسواس القهري :

- عامل عام للوسواس القهري وتقيسه الفقرات التالية8-9-10-14-16-26-23-20-18-32-31-28

– النظام والدقة والترتيب وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري :
3-5-13-15-19

– التكرار والعد وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري :
4-16-24-27-29

– محور المراجعة وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري :
2-3-6-11-21

استحواذ الأفكار القهرية وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري : 12-27-32

- الاجترار وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري : 7-14-18-25-26

– البطء وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري : 1-2-22

- التدقيق وتقيسه الفقرات من المقياس العربي للوسواس القهري : 15-17-19

13/ محور خاص باختبار ستروب:

1- **الوضعية الأولى(البطاقة أ)**: سوف أعطيك ورقة مكتوبة فيها كلمات، عليك ان تقرأ ب من بصوت مرتفع من اليمين إلى اليسار، في أسرع وقت ممكن. لما تصل إلى أسفل الورقة أعد القراءة من الأول إلى أن أقول لك توقف. أي45 ثانية. وإذا أشرت لك هناك خطأ عليك أن تصححه. إذا كنت جاهزا عليك ان تبدأ.

2- **الوضعية الثانية (البطاقة ب)**: في هذه الورقة تعيد نفس ما قمت به في المرة السابقة، سوف تقرأ الكلمات ولما تصل إلى أسفل الورقة أعد من الأول

3- **الوضعية الثالثة (البطاقةج)**:هذه الورقة فيها مستطيلات ملونة، يجب ان تسمي هذه الألوان ولما تصل إلى نهاية الورقة عليك ان تعيد من الأول إلى ان أقول لك توقف.

4- **الوضعية الثالثة (البطاقةج)**:هذه الورقة فيها مستطيلات ملونة، يجب ان تسمي هذه الألوان ولما تصل إلى نهاية الورقة عليك ان تعيد من الأول إلى ان أقول لك توقف.

14/ محور خاص باختبار GO NO GO

"لما أدق مرة واحدة عليك ان تدق مرة و واحدة "للتأكد ان المفحوص فهم التعليمة جيدا، نقوم بانجاز مقاطع تكون من 3 محاولات 1-1-1

"لما أقوم بدق مرتين لا يجب ان تدق" للتأكد من ان المفحوص قهم التعليمة يقوم الفاحص بإجراء مقاطع تتكون من 3 محاولات أمام المفحوص 2-2-2

والمقطع المقترح هو 1-2-1-1-2-2-2-1-2

الملحق الثاني

المقياس العربي للوسواس القهري

إعداد أحمد عبد الخالق (1992)

فيما يلي بعض العبارات التي يمكن أن يوصف بها أي شخص، اقرأ كل عبارة بعناية واختر الإجابة التي تعبر عن رأيك بدقة، ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ولكن المهم أن تعبر عما تشعر به فعلا. أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا في المعنى الدقيق لكل عبارة.

الرقم	العبارة	نعم	لا
1-	أنجز الاعمال ببطء شديد للتأكد من انني قمت بها بطريقة سليمة		
2-	اغسل يداي عددا كبيرا من المرات		
3-	قبل أن أذهب لأنام فإنني أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد		
4-	عندما أتحدث أميل إلى تكرار الأشياء والعبارات نفسها مرات عديدة		
5-	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة		
6-	أعود أحيانا إلى المنزل بعد خروجي منه، لأتأكد من غلق الأبواب أو الحنفيات أو الأنوار وغيرها		
7-	أفكر كثيرا فيما يقوله الناس		
8-	أشك في أشياء كثيرة في هذا العالم		
9-	أنا شخص متردد في كثير من الأمور		
10	أنسى الأشياء المزعجة أو المؤلمة أو السيئة		
11-	أتأكد قبل النوم لعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ		
12-	تلح على خاطري عبارة معينة أو اسم دواء أو لحن موسيقي		
13-	كثيرا ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة		
14-	أتصور أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني		
15-	أحب النظام الصارم والدقة الشديدة		

16–	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر على تفكيري		
17–	أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو عمل		
18–	أشعر بأني مجبرة على فعل أشياء معينة		
19–	أنا شخص مدقق ودقيق جدا		
20–	تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة		
21–	مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة		
22–	أتخذ القرارات بسرعة		
23–	تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها		
24–	أقوم بتكرار أشياء معينة دون هدف محدد		
25–	عندما تصدر عني بعض الأخطاء أتضايق بشدة لدرجة أني لا أستطيع النوم		
26–	استمتع بحياتي كبقية الناس		
27–	أنا متفاءل أقوم بعملية عد الأشياء غير الهامة مثل الدرجات أو طوابق المنازل أو النوافذ أو أعمدة الكهرباء أو التليفون		
28–	أنا متفاءل		
29–	أجد نفسي مضطرا للقيام بأشياء لا قيمة لها		
30–	أنا شخص موسوس		
31–	أستطيع أن أحسم بين الأمور		
32–	تخطر على بالي بعض الأسئلة التي يستحيل الإجابة عنها		

الملحق الثالث

رائـــــز ستـــروب

TEST DE STROOP

Carte A

VERT	JAUNE	ROUGE	BLEU	JAUNE
VERT	ROUGE	BLEU	VERT	BLEU
ROUGE	JAUNE	BLEU	VERT	ROUGE
JAUNE	JAUNE	VERT	BLEU	ROUGE
VERT	JAUNE	BLEU	ROUGE	ROUGE
BLEU	JAUNE	VERT	JAUNE	ROUGE
VERT	BLEU	ROUGE	VERT	BLEU
JAUNE	JAUNE	BLEU	ROUGE	VERT
BLEU	JAUNE	VERT	ROUGE	BLEU
VERT	ROUGE	JAUNE	VERT	JAUNE

رائز Stroop – اختبار 1

أصفر	ازرق	أحمر	أصفر	اخضر
أزرق	أخضر	أزرق	أحمر	أخضر
أحمر	أخضر	أزرق	أصفر	أحمر
أحمر	أزرق	أخضر	أصفر	اصفر
أحمر	احمر	أزرق	أصفر	أخضر
أحمر	أصفر	أخضر	أصفر	ازرق
أزرق	أخضر	أحمر	أزرق	أخضر
أخضر	أحمر	أزرق	اصفر	أصفر
أزرق	أحمر	اخضر	أصفر	أزرق
أصفر	أخضر	أصفر	أحمر	أخضر

181

رائز ستروب

بطاقة ب

أزرق	أحمر	أخضر	أصفر	أزرق
أصفر	أزرق	أحمر	أصفر	أخضر
أزرق	أصفر	أخضر	أحمر	أخضر
أزرق	أخضر	أصفر	أحمر	أزرق
أخضر	أصفر	أصفر	أحمر	أخضر
أخضر	أصفر	أزرق	أزرق	أحمر
أخضر	أحمر	أزرق	أصفر	أحمر
أصفر	أصفر	أحمر	أخضر	أزرق
أحمر	أصفر	أخضر	أحمر	أزرق
أزرق	أخضر	أحمر	أزرق	أخضر

183

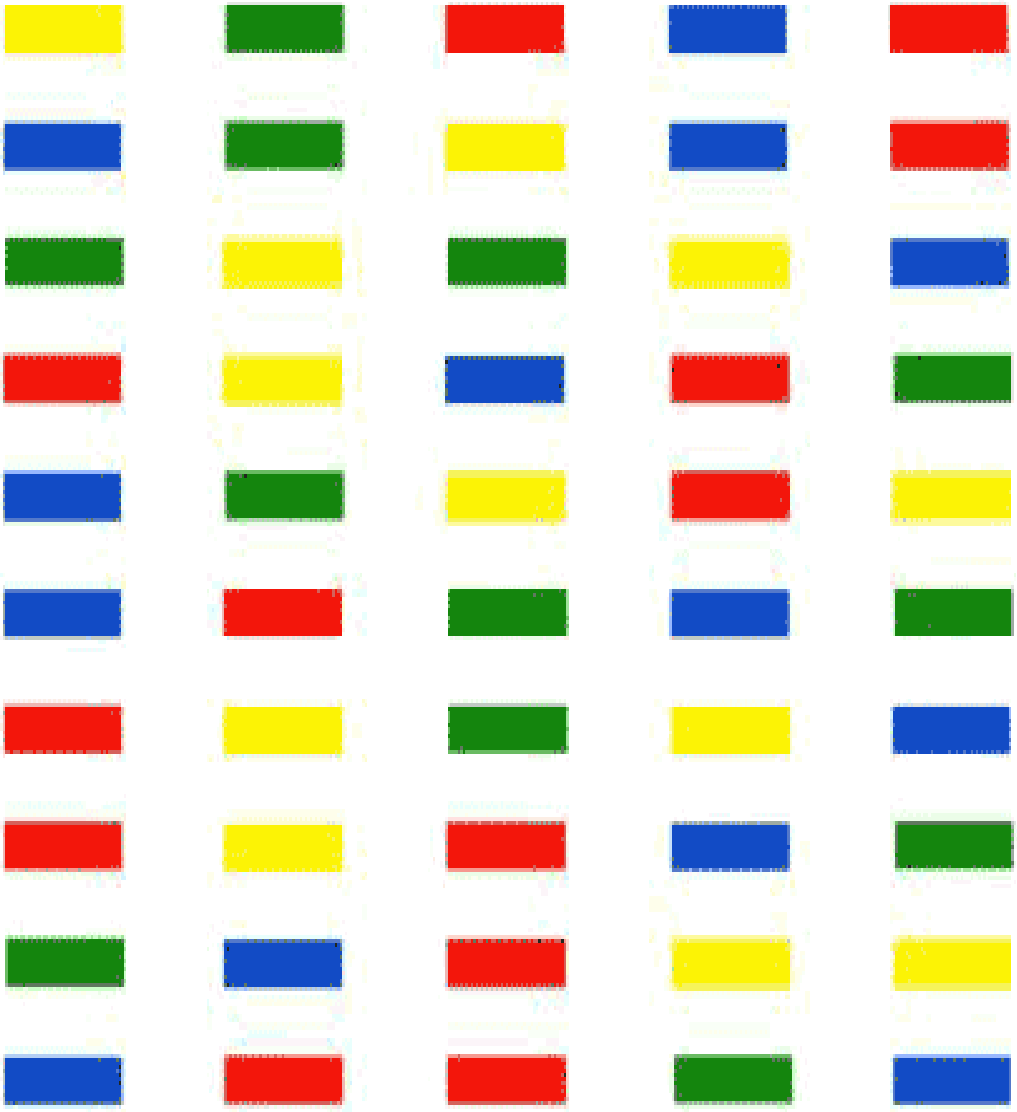
TEST DE STROOP

Carte B

BLEU	JAUNE	VERT	ROUGE	BLEU
VERT	JAUNE	ROUGE	BLEU	JAUNE
VERT	ROUGE	VERT	JAUNE	BLEU
BLEU	ROUGE	JAUNE	VERT	BLEU
VERT	ROUGE	JAUNE	JAUNE	VERT
ROUGE	BLEU	BLEU	JAUNE	VERT
ROUGE	JAUNE	BLEU	ROUGE	VERT
BLEU	VERT	ROUGE	JAUNE	JAUNE
BLEU	ROUGE	VERT	JAUNE	ROUGE
VERT	BLEU	ROUGE	VERT	BLEU

TEST DE STROOP

Carte C



TEST DE STROOP

Feuille de notation

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Date d'examen : _____

Age : _____

Epreuves	Score	Erreurs **(E)**	Hésitations **(H)**	**Score d'erreur = (2 E + H)**
Lecture 1 (Planche A)				
Lecture 2 (Planche B)				
Dénomination 3 (Planche C)				
Interférence 4 (Planche B)				
Score d'interférence (Score dénomination – Score interférence) =				

Observations :

CENTRE DE RECHERCHE D'ÉDITION ET D'APPLICATIONS PSYCHOLOGIQUES

Copyright © 2008, Centre de Recherche d'Édition et d'Applications Psychologiques. Villa N° 33, El Omrania, Dély Ibrahim - Alger
Edition d'origine: Copyright © 1999, les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, ECPA, Paris - Tous droits réservés.