

فاعلية العلاج الأدلري ونموذج ساتير في معالجة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من اللاجئات السوريات

رؤى القرعان و عبد الكريم جرادات *

تاريخ قبوله 2019/10/20

تاريخ تسلم البحث 2019/8/22

Effectiveness of Adlerian Therapy and Satir's Model in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in a Sample of Female Syrian Refugees

Roa'a Alquran, Yarmouk University, Jordan.
Abdul-Kareem Jaradat, Yarmouk University, Jordan.

Abstract: The present study aimed at investigating the effectiveness of a therapeutic program based on Adlerian Therapy, and on Satir's Model in treating obsessive-compulsive disorder (OSD) among a sample of Syrian refugee female adolescents. The study population consisted of (158) students in grades (7-10), selected from a school in Irbid Governorate. In order to achieve the aims of this study, a modified version of the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory was used. The sample of the study consisted of (35) students, who scored the highest on the OCD Scale. These students were randomly assigned to three groups. two experimental groups and one control group. Each of the experimental groups consisted of (12) participants. Whereas the control group consisted of (11) participants, One of the experimental groups received Adlerian therapy, while the other received training on Satir's Model. As for the control group, students in this group did not receive any treatment. Results showed that the Adlerian therapy was significantly more effective in reducing OCD than Satir's Model and the no treatment group in the posttest, while Satir's Model was significantly more effective in reducing OCD than the no treatment group in the posttest.

(Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Adlerian Therapy, Satir's Model, Refugee Adolescents).

وفيما يلي معايير تشخيص الوسواس القهري حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) والذي قامت بنشره جمعية الطب النفسي الأمريكية.

A - وجود إما وسواس أو أفعال قهرية

تعرف الوسواس بـ (1) و(2):

1- افكار أو اندفاعات أو صور متكررة ومستديمة، يختبرها المريض، في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها اقتحامية (تطفلية) وغير مناسبة، وتسبب قلقاً أو ضائقة واضحين.

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى فحص فاعلية برنامج علاجي يستند إلى العلاج الأدلري، وبرنامج علاجي آخر يستند إلى نموذج ساتير في معالجة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من اللاجئات السوريات. تكون مجتمع الدراسة من (158) طالبة من طالبات الصفوف: السابع والثامن والتاسع والعاشر في إحدى مدارس محافظة اربد. ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدم الباحثان نسخة معدلة من قائمة مودسلي للوسواس والأفعال القهرية، وبناءً على درجات أفراد مجتمع الدراسة على مقياس الوسواس القهري، اختيرت عينة الدراسة التي تكونت من (35) طالبة، تم توزيعهن عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة. وتألقت كل من المجموعتين التجريبيتين من (12) طالبة، بينما تكونت المجموعة الضابطة من (11) طالبة. تلقت المجموعة التجريبية الأولى برنامج العلاج الأدلري، وتلقت المجموعة التجريبية الثانية برنامج علاجي يستند إلى نموذج ساتير. أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي برنامج علاجي. بينت النتائج أن البرنامج العلاجي الأدلري قد أظهر فاعلية أكبر في تخفيض الوسواس القهري من نموذج ساتير والضابطة في القياس البعدي، بينما كان نموذج ساتير أكثر فاعلية في تخفيض الوسواس القهري من الضابطة في القياس البعدي.

(الكلمات المفتاحية: الوسواس القهري، نموذج ساتير، العلاج الأدلري، المراهقات اللاجئات).

مقدمة: تؤثر العديد من المشكلات والتغيرات الحياتية الناتجة عن الحروب، سواءً الاقتصادية أو الاجتماعية أو السياسية أو غيرها، على ظهور اضطرابات نفسية متعددة لدى اللاجئين، والتي تظهر لدى جميع الفئات العمرية، وخاصةً الأطفال والمراهقين، والتي ربما تستمر وتتفاقم مع مرور الوقت. ومن الاضطرابات التي تصاحب هذه التغيرات، اضطراب الوسواس القهري والذي يعد أحد اضطرابات القلق.

وهناك العديد من الباحثين وعلماء النفس الذين قاموا بتعريف الوسواس القهري تعريفات كثيرة ومتعددة من بينها أن الوسواس القهري عبارة عن أفكار متكررة غير مرغوبة لدى الفرد تقتحم تفكيره رغماً عنه، وبشكل خارج عن سيطرته محاولاً تجاهلها والتخلص منها، حيث يقوم الفرد بتكرار أفعال لا يمتلك القدرة في التوقف عنها، إذ يدرك أن هذه الأفعال والأفكار الزائدة عن الحد تعمل على تخفيض درجة القلق والكرب التي تنتابه، إذ تستمر لفترة محددة وتظهر مرة أخرى مما تدفع الفرد للقيام بالأفعال القهرية (Mcguire, 2012).

كما تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (Diagnostic and Statistical Manual DSM-5) بأنها أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها مقترحة ومتطفلة وغير مرغوب فيها، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً، ويحاول الشخص تجاهلها أو قمعها، أو تحييدها بفكرة أو فعل قهري (American Psychiatric Association, 2013).

* جامعة اليرموك، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، اربد، الأردن.

وليتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري، لابد أن يكون مستهلكاً للوقت (يستهلك أكثر من ساعة يومياً). كما أنه يكون سبب للمحنة والضيق في الحياة اليومية لنفس الشخص ولعائلته، ولذلك فإنه من المهم معالجته بأسرع وقت، على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري يبقون كتومين لسنوات. وهذا يعني أن الشخص لن يحصل على العلاج حتى يصبح الاضطراب شديداً (Atkinson & Hornby, 2002).

وهناك نظريات فسرت ظهور الاضطراب النفسي من بينها نظرية أدلر ونموذج فرجينيا ساتير. حيث يرى أدلر أن الإنسان تدفع سلوكياته ارتباطات اجتماعية، وأن السلوك الإنساني سلوك هادف يسعى إلى تحقيق أهداف معينة، حيث إن الفرد يبدأ ببناء الصور الخيالية عن نفسه ككائن مبدع كامل. وتصيح هذه الصور هدفاً يسعى لتحقيقه في مسيرة حياته. كما أن هذا الهدف يعمل على توحيد الشخصية ويصبح هو نبع الدافعية للإنسان. ويصبح كل كفاح وكل جهد يقوم به الإنسان للتغلب على مشاعر النقص ينسجم مع هذا الهدف. كما يبدأ الفرد بتشكيل أسلوب حياته الفريد في الست سنوات الأولى من العمر، إلا أن الأحداث التي تلي هذا العمر تترك أثراً عميقاً في تطور شخصيته، والأحداث بحد ذاتها ليست هي العامل الفاصل، وإنما تفسيره لتلك الأحداث تؤثر في طبيعة شخصيته. ويؤدي التفسير الخاطئ إلى ترك آثار سلبية خاطئة في منطقه وتفكيره، ويتبع ذلك التأثير بشكل عميق على سلوكه الحاضر (Corey, 2005).

بينما ركزت نظرية ساتير على أهمية تقدير الذات كخاصية أساسية توجد عند كل فرد سوي، إذ إن وجود هذه الخاصية هو سبب رئيسي للوصول إلى اتصال وتواصل فعال، سواء بين الأفراد وأزواجهم أو أسرهم أو المجتمع ككل. وركزت ساتير في أبحاثها حول الذات من خلال نموذجهما العلاجي لتغيير النظم، حيث رأت أن الذات هي جوهر كل فرد، وتتألف من ثمانية أجزاء تشمل: الجانب الجسدي، والجانب الفكري، والجانب العاطفي، والجانب الحسي، والجانب التقاعلي، وجانب السياق، وجانب الغذاء، والجانب الروحي (Carlock, 2013).

ويشير الأدب النفسي إلى أنه من الشائع أن يرتبط اضطراب الوسواس والأفعال القهرية باضطرابات انفعالية أخرى لدى الأطفال والمراهقين، كاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد (Peterson, Pine, Cohen, & Brook, 2001) واضطرابات الأكل (Hillemacher et al., 2007; Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri, & Vertommen, 2006; Kim, Ebesutani, Wall, & Olatunji, 2012). ويتطور اضطراب الوسواس والأفعال القهرية ويصبح مزمنًا إذا لم يعالج (Cochrane & Heaton, 2017). لهذا نجد دراسات عديدة فحصت فاعلية برامج علاجية في تخفيف هذا الاضطراب.

2- يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تعطيلها باندفاعات أو أفكار أخرى.

تعرف الأفعال القهرية بـ (1) و(2):

1- سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية مثل (الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر فيها المريض أنه مساق لأدائها استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع، لكن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقه واقعية بما هي مصممه لتعطيله أو منعه أو أنها مفرطة.

B- إدراك المصاب في محطة ما من مسار الاضطراب، بأن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة.

C- سبب الوسواس والأفعال القهرية ضائقة واضحة وهي مضيعه للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً) أو تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي الروتيني الطبيعي أو المهني (أو الأكاديمي) أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية الاعتيادية.

D- إذا وجد اضطراب آخر من المحور (1)، فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية لا يكون محصوراً به (مثل الانشغال بالطعام أو بوجود احد اضطرابات الأكل، تنف الشعر بوجود هوس تنف الشعر، القلق حول المظهر بوجود اضطراب تشوه شكل الجسد، الانشغال بالمظهر في حال تعاطي العقاقير أو المخدرات، أو الانشغال بالإصابة بمرض خطير في حال توهم المرض، أو الانشغالات بالخيالات الجنسية أو وجود اضطراب اكتسابي جسيم.

E- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لماده مثل عقار أو تناول أدوية أو عن حالة طبية أخرى.

ويعد اضطراب الوسواس القهري أحد الاضطرابات العقلية (mental disorders) الأكثر شيوعاً. فنسبة انتشاره في المجتمع الأمريكي 2.3% (Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010). ويتصف بأفكار أو صور احتمالية (وسواس)، تزيد القلق، وبأعمال متكررة أو طقوسية (الأفعال القهرية)، والتي تخفف القلق. ومن أكثر الأعراض المتكررة في اضطراب الوسواس والأفعال القهرية قلق التلوث وما يتبعه من غسل، وقلق الأذى للذات أو للآخرين وما يتبعه من تفقد (Stein, 2002).

وبالرجوع إلى بداية مسار الاضطراب، فإن اضطراب الوسواس القهري شائع لدى الأشخاص تحت السن القانوني، وخصوصاً في بداية مرحلة المراهقة حيث إنهم يمرون في مرحلة الإصرار على أنواع معينة من النظام والروتين، لأن ذلك يجعلهم يشعرون بالأمان.

ومنع الاستجابة مع تدابير بناء الثقة. التحق اثنان وعشرون شخصاً بمعايير تشخيص الوسواس القهري المسجلين في برنامج العلاج لمدة (7) أسابيع. أشارت النتائج إلى أن استخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة مع تدابير بناء الثقة أدى إلى انخفاض كبير في أعراض الوسواس القهري.

كما أظهرت دراسة فاريل وزملائه (Farrell et al., 2016) فاعلية الإرشاد المختصر في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، من خلال تطبيق برنامج يستند إلى إستراتيجية التعرض ومنع الاستجابة، وتطبيقه على عينة مكونة من عشرة مصابين تتراوح أعمارهم بين (11-16) سنة في معهد مينييز للصحة في استراليا (Menzies Health Institute QLD). أشارت النتائج إلى وجود إنخفاض كبير في ظهور الأعراض، بالإضافة إلى استمرار انخفاض هذه الأعراض على مقياس المتابعة بعد (6) أشهر.

وفي دراسة أخرى قام بها سيلشن وهاولي وريجيف وريختن وريكتور (Selchen, Hawley, Regev, Richter & Rector, 2018) هدفت إلى فحص اختبار فاعلية العلاج المركز على الوعي في علاج اضطراب الوسواس القهري؛ حيث تم تصميم برنامج مكون من (8) جلسات موزعة على (8) أسابيع، وتم تطبيقه على عينة مكونة من (37) مريضاً تم تشخيصهم بحسب DSM-5 وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين؛ الأولى مكونة من (18) مريضاً تلقوا العلاج المعرفي السلوكي أولاً ثم تم تطبيق البرنامج المركز على الوعي عليهم. أما المجموعة الثانية، فقد تكونت من (19) مريضاً، تم تطبيق برنامج العلاج القائم على الوعي عليهم مباشرة دون تطبيق أي برنامج آخر عليهم. بينت النتائج وجود أثر دال إحصائياً على انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري في كلا المجموعتين على حد سواء، وما يدل على فاعلية البرنامج المركز على الوعي سواء تم إقرانه مع العلاج المعرفي السلوكي أو كعلاج مستقل.

كما قام آن وزملاؤه (Anne et al., 2019) بدراسة أثر كل من العلاج القائم على الوعي وبرنامج علاجي تربوي على المرضى الذين يعانون من الأعراض المتبقية لاضطراب الوسواس القهري بعد العلاج المعرفي السلوكي كخيار علاج تكميلي للعلاج المعرفي السلوكي. تم اختيار عينة عشوائية تكونت من (125) مريضاً من المراجعين لمجموعة من مؤسسات تقديم الخدمات النفسية في ألمانيا. تكونت مجموعة العلاج القائم على الوعي من (61) مريضاً ومجموعة البرنامج العلاجي التربوي من (64) مريضاً. وقد بينت النتائج أنه لم يكن هناك فائدة كبيرة للعلاج القائم على الوعي مقارنة بالبرنامج النفسي التربوي على الأعراض الأساسية على مقياس بيل براون للوسواس القهري بينما كان معدل الاستجابة والتحسن في النتائج الثانوية لمعتقدات الهوسية ونوعية الحياة أكبر بكثير لمجموعة العلاج القائم على الوعي.

فقد أجرى سو وزملاؤه (Soo et al., 2006)، في كوريا الشمالية دراسة هدفت إلى تطوير برنامج تدريبي معرفي للمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD) وتقييم فعاليته. تكون البرنامج من تسع جلسات تركز على تحسين الاستراتيجيات التنظيمية لمدة (60) دقيقة ل (15) مريضاً يعانون من الوسواس القهري على مدى فترة (5) أسابيع. تألفت المجموعة الضابطة من (15) مريضاً تطابقوا من حيث العمر والجنس. حيث تم تطبيق اختبار شخصية ري-أوستريث المركب (Rey-Osterrieth Complex Verbal Learning Test) واختبار التعلم اللفظي الكوري-كاليفورنيا (Korean-California Verbal Learning Test) قبل التدريب المعرفي وبعده. كما تم تقييم الأعراض السريرية بواسطة مقياس بيلبراون للوسواس القهري. كشفت نتائج الدراسة تحسن وظيفة الذاكرة في مجموعة العلاج وتم تخفيف الأعراض السريرية بعد التدريب، مقارنة بأعراض المجموعة الضابطة. كما أسهم التدريب المعرفي لمرضى الوسواس القهري ليس فقط في تحسين وظائف الذاكرة الخاصة بهم، ولكن أيضاً في تخفيف الأعراض السريرية. لذلك، فإن التدريب المعرفي، الذي يركز على تحسين الاستراتيجيات التنظيمية، يمكن أن يكون وسيلة علاج فعالة للمرضى الذين يعانون من الوسواس القهري.

أما في دراسة وروي ووايز (Wroe & Wise, 2012)، فقد قام الباحثان بفحص فاعلية العلاج الفردي مقارنة بالعلاج الجماعي حسب نظرية العلاج المعرفي السلوكي. وتم اختيار أفراد العينة من المراجعين لمركز يقدم خدمات الصحة النفسية في لندن، تكونت العينة في العلاج الجماعي من (17) شخصاً تم تقسيمهم إلى (4) مجموعات، و (11) شخصاً آخرين تلقوا العلاج الفردي، على مدار (13) شهر. أظهرت النتائج تحسناً في حال كلا الأسلوبين العلاجيين، وأظهرت تحسناً بشكل أكبر على مقياس الوسواس القهري للأفراد الذين تلقوا العلاج الجماعي.

بينما تناولت دراسة فاكيلي وغاراي (Vakili & Gharraee, 2014) أثر العلاج بالقبول والالتزام في معالجة اضطراب الوسواس القهري لحالة مفردة لرجل عمره (39) عاماً، استوفى المريض معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالوسواس القهري، وتم تقييمه قبل المعالجة وبعدها. شملت المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة ما يلي: مقياس بيلبراون الوسواس القهري، طبعة بيك اكتئاب الجرد الثاني، وجرد القلق بيك (BAI). بعد الانتهاء من العلاج، تم تطبيق جميع المقاييس مرة أخرى بعد شهر، (3) أشهر، و (6) أشهر متتابعات. أظهرت النتائج أن العلاج أدى إلى إنخفاض في أعراض الوسواس القهري والاكتئاب والقلق. كما تم الحفاظ على السلوك المكتسب في اختبار المتابعة.

وفي دراسة قام بها أمير وكوكيرتز و نجامي و كونلي (Amir, Kuckertz, Najmi, & Conley, 2015) هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج علاج للوسواس القهري الذي يدمج التعرض

خفض وإزالة اضطرابات ومشاكل متعددة، ولكنه لم يتم استخدامه مع اضطراب الوسواس القهري. بالإضافة إلى نظرية أدلر التي تركز على التشجيع والاهتمام المجتمعي وفعاليتهم في علاج اضطرابات متعددة، ولكنها أيضاً لم يتم استخدامها مع اضطراب الوسواس القهري.

وبمراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة، المتعلقة بكل من الوسواس القهري واستخدام الأساليب العلاجية تبين أنه لا يوجد دراسات اختصت باستخدام كل من نظرية أدلر أو نموذج ساتير في خفض أو إزالة أعراض اضطراب الوسواس القهري بشكل عام، ولدى اللاجنات المراهقات بشكل خاص، كما أنه لم يتم التوصل إلى أي دراسة بحثت أثر العلاج الأدلري ونموذج فرجينيا ساتير في معالجة الوسواس القهري لدى المراهقات السوريات اللاجنات. وهذا كان دافعاً للقيام بهذا البحث للتأكد من فاعلية كلتا الطريقتين في علاج اضطراب الوسواس القهري.

هدف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي باستخدام نظرية أدلر، وبرنامج إرشادي آخر باستخدام نموذج فرجينيا ساتير في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من الطالبات المراهقات السوريات اللاجنات.

فرضية الدراسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($P=0.05$) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج الأدلري، والمجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج حسب نموذج ساتير، والمجموعة الضابطة تعزى إلى البرنامجين الإرشاديين.

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحالية من الناحية النظرية في أنها تلقي الضوء على نظريات ونماذج لم يتم استخدامها مع اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقات اللاجنات؛ حيث إن نموذج ساتير الذي أثبتت فاعليته في معالجة مجموعة من المشكلات، ولكنه لم يتم استخدامه مع اضطراب الوسواس القهري، والطريقة الثانية تم فيها استخدام العلاج الأدلري والتركيز على مراحل الأربع، وهو أيضاً لم يتم استخدامه لعلاج اضطراب الوسواس القهري، على الرغم من أنه أثبتت فاعليته في علاج اضطرابات متعددة ومتنوعة. وهنا قام الباحثان باستخدام كلا الأسلوبين ومعرفة مدى تأثيرهما على خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى اللاجنات، وبالتالي كانت المقارنة ليست فقط بين أسلوبين علاجيين، إنما بين فاعلية نظرية أساسية في الإرشاد النفسي ونموذج أساسي في الإرشاد الأسري في تخفيض أعراض اضطراب الوسواس القهري وهما النظرية الأدلرية ونموذج ساتير.

يلاحظ من الدراسات التي تم عرضها أن الباحثين اهتموا باختبار فاعلية كثير من الأساليب العلاجية لتخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري. وكانت هذه الأساليب معرفية سلوكية كالتدريب المعرفي (Soo et al., 2006)، والعلاج المعرفي السلوكي (Wroe & Wise, 2012)، والعلاج بالقبول والالتزام (Vakili & Gharraee, 2014)، والتعرض ومنع الاستجابة (Amir et al., 2015; Farrell et al., 2016)، والعلاج المركز على الوعي (Selchen et al., 2018; Anne et al., 2019). كما يلاحظ عدم اهتمام الباحثين بفحص فاعلية العلاج الأدلري ونموذج ساتير في معالجة اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية.

لهذا، تهتم الدراسة الحالية بتقييم فاعلية أسلوبين لم يحظيا باهتمام الباحثين كأساليب علاجية للوسواس والأفعال القهرية، هما نموذج فرجينيا ساتير الذي يركز على تطوير تقدير الذات والاتصال الفعال لدى المسترشدين (Bani-Piddocke, 2010; Salameh & Jaradat, 2016)؛ والعلاج الأدلري الذي يركز على بناء علاقة مع المسترشدين، وإجراء تقييم شامل لحياة كل منهم للوصول إلى مرحلة التبصر التي يتعرف فيها على منطقته الخاص الذي أدى إلى أسلوب حياته الخاطئ، وضرورة العمل على تغيير أفكاره لكي يتغير أسلوب حياته نحو الأفضل (Corey, 2005).

مشكلة الدراسة

يعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية التي تنشأ عند الشعور بالقلق، حيث إن الفرد يقوم باستخدام أفكار أو سلوكيات متكررة بهدف تخفيف مستوى القلق الناشئ لديه. وفي ظل ظهور الحروب التي ينتج عنها الكثير من الاضطرابات النفسية وأهمها اضطراب القلق والذي يستمر مع الأفراد فترات طويلة، حتى وإن تم الانتقال للعيش في مكان آخر (اللجوء إلى دولة أخرى) بعيداً عن الحرب، والتي تؤثر بشكل كبير على الأشخاص في مرحلة المراهقة، حيث إن الأفراد في هذه المرحلة يميلون إلى الروتين في حياتهم والذي يشعرون بالأمان. وغالباً يعتقدون أن هذه الوسواس تساعد على تخفيف القلق الموجود لديهم، وبالتالي يشعرون بالأمان. كما أن الأعراض تكون أكثر ظهوراً لدى الإناث اللاجنات، وذلك ناتج عن طبيعة الأنثى التي تستخدم أسلوب الكبت كأسلوب دفاعي بشكل كبير، والتي تحتم عليها طبيعة الحياة عدم تفرغ انفعالها، والتعبير عن قلقها بالطريقة نفسها التي يعبر بها الذكور.

ولما لاضطراب الوسواس القهري من تأثيرات سلبية متنوعة على حياة الأفراد وبالأخص اللاجنات اللواتي في مرحلة المراهقة والتي تسبب لهن انخفاضاً ملحوظاً في مجالات الحياة المختلفة، لا بد من إلقاء الضوء على أساليب علاجية تعمل على تخفيف هذا الاضطراب، والتي سيتم فيها التركيز على استخدام نموذج ساتير الذي يركز على أهمية تقدير الذات وأهمية الاتصال الفعال في

المجموعتين التجريبتين من (12) طالبة، بينما تكونت المجموعة الضابطة من (11) طالبة. طُبِّقَ على المجموعة التجريبية الأولى برنامج علاجي أدلري، وعلى المجموعة التجريبية الثانية برنامج مبني على نموذج فرجينيا ساتير. ولم يتم تطبيق أي برنامج إرشادي على المجموعة الضابطة.

أداتا الدراسة

1. مقياس الوسواس القهري

استخدم الباحثان نسخة معدلة من قائمة مودسلي للوسواس والأفعال القهرية (The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory) ، تتكون من (30) فقرة. وتكون الاستجابة لكل من هذه الفقرات إما صح أو خطأ (Hodgson & Rachman, 1977). وقد قام الباحثان بترجمة القائمة، ومن ثم حذف (5) فقرات منها، وإضافة (12) فقرة أخرى. تكونت النسخة المعدلة الأولية من (37) فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد: النظافة، والشك، والبطء. وتم تعديل طريقة الاستجابة للفقرات، إذ أصبحت تتم وفق تدرّج خماسي (0-4)، بحيث تشير الدرجة الأعلى إلى مستوى أعلى من الوسواس والأفعال القهرية.

صدق المقياس

قام الباحثان بإجراء صدق محتوى لمقياس الوسواس القهري، وذلك بعرض المقياس على (6) محكمين، ثلاثة منهم أعضاء هيئة تدريسية في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي في جامعة اليرموك، وثلاثة آخرين من أعضاء هيئة تدريسية في قسم علم النفس في جامعة مؤتة. وقد طُلب إليهم تقديم رأيهم حول جميع فقرات المقياس من حيث نواحي الصياغة اللغوية، ومدى مناسبة كل فقرة للمقياس، ومدى مناسبة كل فقرة للبعد الذي تنتمي إليه، وقد أظهر جميعهم موافقتهم على (37) فقرة، مع إجراء تعديلات بسيطة على الصياغة اللغوية لبعض الفقرات. بعد ذلك، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (34) مراهقة سورية من خارج العينة من طالبات مدرسة الطيبة الأساسية للبنات/الفترة المسائية، ثم تم حساب معاملات الارتباط المصححة للفقرات، وتم حذف الفقرات التي كان ارتباطها ضعيفاً بالمقياس أقل من (0.30)، فأصبح المقياس بعد ذلك يتكون بصورته النهائية من (30) فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد، هي: بعد النظافة (9) فقرات، بُعد الشك (14) فقرة، بُعد البطء (7) فقرات. وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على مقياس الوسواس القهري بين (30-68). وأمثلة من فقرات بعد النظافة "أتجنب استخدام الحمامات العامة لأنها من الممكن أن تكون ملوثة"، وبعد الشك "أميل لمراجعة الأشياء أكثر من مرة واحدة"، وبعد البطء "أقضي وقتاً طويلاً في تجهيز نفسي قبل الخروج من المنزل".

وتتبع الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية من ما سيترتب على نتائجها من فوائد عملية في الميدان التربوي والنفسى والإرشادي، وتتمثل الأهمية التطبيقية في مساعدة المرشدين التربويين، والعاملين في مجالات العلاج والإرشاد النفسى والصحة النفسية للتعرف على طرق جديدة للتعامل مع اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقين اللاجئيين. كما يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تقدم أبعاداً مختلفة لأسباب الوسواس القهري، من خلال التأكد مما إذا كان من أسباب نشوء اضطراب الوسواس القهري الأسرة والمجتمع.

ويمكن لنتائج الدراسة الحالية أن تفتح الباب أمام بحوث مستقبلية تركز على نظريات ونماذج متنوعة لعلاج اضطراب الوسواس القهري، وربطها مع فئات اجتماعية وفئات عمرية مختلفة.

التعريفات الإجرائية

الطالبات المراهقات السوريات: طالبات سوريات الجنسية في الصفوف من السابع وحتى العاشر وتتراوح اعمارهن بين (13-16) عاماً.

الوسواس القهري: اضطراب نفسي يتصف بوجود أفكار وأفعال قهرية متكررة، لا يستطيع الفرد التحرر منها على الرغم من معرفته بأنها زائدة عن الحد وعن المعقول (Mcguire, 2012). ويتحدد مستوى هذا الاضطراب لدى المشاركين بالدرجة التي يحصل عليها كل منهم على النسخة المعدلة من قائمة مودسلي للوسواس والأفعال القهرية.

حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على الطالبات السوريات في الصفوف من السابع حتى العاشر، في مدرسة القصيلة الثانوية للبنات، في محافظة إربد، خلال الفصل الثاني للعام الدراسي 2019/2018. كما أقتصرت عدد الجلسات في كل برنامج على (8) جلسات، تم فيها استخدام طريقتين علاجيتين، هما العلاج الأدلري ونموذج فرجينيا ساتير.

الطريقة

مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من (158) طالبة من طالبات الصفوف السابع والثامن والتاسع والعاشر في مدرسة القصيلة الثانوية للبنات/الفترة المسائية التابعة لمديرية تربية إربد الأولى ممن تتراوح أعمارهن (13-16) سنة، خلال الفصل الدراسي الثاني 2019/2018. وتكونت عينة الدراسة من (35) طالبة في الصفوف من السابع إلى العاشر ممن حصلن على درجات أعلى من المتوسط (68) على مقياس الوسواس القهري المستخدم، وممن لديهن رغبة في المشاركة بهذه الدراسة، وبعد أخذ موافقة أولياء أمورهن. وقد تم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: تكونت كل من

ثبات المقياس

الوسواس القهري لدى اللاجئات المراهقات السوريات. وقد شملت كل جلسة على توضيح وتطبيق كل مرحلة من مراحل العلاج الأدلري، بالإضافة إلى اشتغالها على نشاطات وواجبات منزلية، يتم تزويد المشاركات بها في نهاية كل جلسة. وتتم مناقشتها في بداية الجلسة التي تليها. وفيما يلي ملخص لجلسات البرنامج العلاجي:

الجلسة الأولى (الجلسة البنائية): هدفت هذه الجلسة إلى تعريف مرشدة المجموعة بنفسها، والتعرف على أفراد المجموعة، وتوضيح القواعد العامة للجلسات الإرشادية، والتعرف على توقعات أفراد المجموعة من المشاركة في البرنامج الإرشادي، ووضع قواعد أساسية للمجموعة الإرشادية، وبناء الثقة من خلال التقدير والتقبل والاحترام والألفة المتبادلة بين كل من المرشدة وأعضاء المجموعة.

الجلسة الثانية (مفهوم الوسواس القهري و أنواعه): هدفت هذه الجلسة إلى التعرف على مفهوم الوسواس القهري، وإعطاء تصور واضح وشامل عن هذا المفهوم، والتعرف على أنواع الوسواس القهري المختلفة، وبيان أهمية البرنامج في مساعدة المراهقات على خفض مستوى الوسواس القهري، ومساعدتهن على تقليل مستوى القلق لديهن، ومناقشة الآثار المختلفة الناتجة عن الوسواس القهري (النفسية والجسمية والمعرفية).

الجلسة الثالثة (تقييم الوسواس الذي لدى كل مراهقة والتعرف على نوعه): هدفت هذه الجلسة إلى إعادة مناقشة أنواع الوسواس القهري، وأن تحدد كل مشاركة في المجموعة الوسواس القهري الذي لديها، سواء كان نظافة أو شك أو بطن، وأن تقوم بتقييم شدتها.

الجلسة الرابعة (تقييم المنطق الخاص وأسلوب الحياة لكل طالبة): هدفت هذه الجلسة بشكل أساسي إلى تعريف المشاركات بمفهومين جديدين، هما: أسلوب الحياة والمنطق الخاص، وأن تتعرف كل مشاركة على أسلوب حياتها، وعلى المنطق الخاص الذي لديها، وأن يتم توضيح طبيعة العلاقة بين ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري والمنطق الخاص وأسلوب الحياة.

الجلسة الخامسة (تشجيع فهم الذات والاستبصار): هدفت هذه الجلسة إلى أن تتعرف المشاركات على مفهوم فهم الذات ومفهوم الاستبصار، وزيادة وعي كل مشاركة بتوجهها في الحياة وبأهدافها وبمنطقها الخاص وسلوكها الحالي.

الجلسة السادسة (عادة التوجيه والتثقيف): هدفت هذه الجلسة إلى أن يتم التعرف على معنى كل من التوجيه والتثقيف، وإلى أن يتم تثقيف المشاركات حول أهمية بناء أسلوب حياة جديد، وأيضاً إلى أن يتم توجيه المشاركات لوضع خطط لحياتهن وضمن إمكانياتهن والتأكد من تنفيذها.

الجلسة السابعة (نقل الخبرة إلى الحياة الواقعية خارج الجلسات الإرشادية): هدفت هذه الجلسة إلى أن يتم التعرف على

حُساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ- الفاء، لدرجات العينة الاستطلاعية والتي تكونت من (34) مراهقة سورية، وقد بلغت قيم معاملات الثبات لأبعاد المقياس وللمقياس ككل، على النحو الآتي: بعد النظافة (0.75)، وبعد الشك (0.81)، وبعد البطن (0.70)، وللمقياس ككل (0.86).

2. المقابلات التشخيصية

تم إجراء مقابلات تشخيصية لأفراد العينة اللواتي حصلن على درجات فوق المتوسط على مقياس الوسواس القهري واللواتي يبلغ عددهن (35) مراهقة سورية، للتأكد من وجود أعراض الوسواس القهري لديهن وتشخيصهن بناءً على محكات الوسواس القهري في DSM-5، وللتأكد من موافقتهن على المشاركة في الدراسة، بالإضافة إلى طرح سؤالين عليهن، هما:

1. ما مدى تأثير الوسواس عليك من مختلف النواحي كالاقتصادية والتعليمية؟
2. ما الإجراءات والطرق التي قمت باستخدامها سابقاً للتغلب على الأفكار الملحة التي تواجهك؟

وقد أجمعت الطالبات بالإجابة عن السؤال الأول بأن الوسواس قد أثرت على حياتهن بمختلف نواحيها. وقد أشارت (24) طالبة من أصل (35) بأن الوسواس القهري كان أكثر تأثيراً على النواحي الاجتماعية. بينما تراوحت إجابة الأخريات بين النواحي التعليمية والأسرية وأيضاً النواحي الاقتصادية حيث يقمن بإنفاق المصروف في شراء المواد المعقمة والمناديل الجافة والمناديل المبللة.

أما فيما يتعلق بإجابة السؤال الثاني، فقد أشارت (21) طالبة أنهن لم يقمن بأي إجراء للتغلب على الوسواس القهري، على الرغم من أنه يؤثر على حياتهن بشكل سلبي، بينما أكدت (4) طالبات أنهن لجأن إلى المرشدة المدرسية لمساعدتهن. وقد أخبرت أن الحل هو تجاهل الأفكار ولم تكن الطريقة فعالة بشكل جيد. كما أشارت (8) طالبات إلى أنهن قرأن عن الوسواس القهري عن طريق الإنترنت لمعرفة الطرق المناسبة لعلاج هذه المشكلة، وأخبرت كل من المراهقتين المتبقيتين بأنهن كن يعتقدن بأن هذه الأعراض طبيعية لأنه لم يقم أحدٌ بتبنيهن بأن ما يقمن به شيء سيئ، بل على العكس من ذلك كن يحصلن على التعزيز من الأسرة والمدرسة لأنهن يحافظن على النظافة والنظام والترتيب.

البرنامج الإرشادي الأدلري

اشتمل هذا البرنامج على جميع مراحل العلاج عند أدلر؛ فقد تم تصميم البرنامج بحيث تكون من (8) جلسات إرشادية، كانت مدة كل جلسة تتراوح بين (60-90) دقيقة، وبمعدل جلسة كل أسبوع. وقد هدف البرنامج الإرشادي إلى خفض أعراض اضطراب

بتقييم الوضع الراهن لهن، وأن تتعلم أساليب تقدير الذات، ومحاولة إيجاد السبب الأساسي لظهور المشكلة واستمرارها لديهن، وأن يتم تعليم المشاركات وتوجيههن إلى معرفة العلاقة بين ظهور أعراض اضطرابهن واستمرارهن بالإبقاء على الوضع الراهن وعدم القيام بأي تغيير.

الجلسة الخامسة (تقديم عنصر غريب، وتقييم اختلال التوازن): هدفت هذه الجلسة إلى تقييم اختلال التوازن لدى المشاركات، وأن يتعرفن على الطريقة الصحيحة للتعامل مع العنصر الغريب، وأن يتعلمن أساليب الاتصال والتواصل الصحيحة، ومدى تأثيرها على التوازن.

الجلسة السادسة (التكامل): هدفت هذه الجلسة إلى توضيح معنى التكامل، وإلى أن يتم دمج الخبرة الجديدة مع الخبرة القديمة للتكامل مع بعضها بعضاً، وأن تتعلم المشاركات مهارات التحدث عن الذات، وأن يتعلمن مهارات التواصل غير اللفظي.

الجلسة السابعة (التطبيق): هدفت هذه الجلسة إلى أن يتم التعرف على كيفية نقل وتطبيق الخبرة من داخل الجلسة إلى خارج الجلسة، بالإضافة إلى التعرف على أهمية ممارسة التعاليم الجديدة.

الجلسة الثامنة (الجلسة الختامية): هدفت هذه الجلسة إلى مناقشة التغييرات التي حدثت لكل مشاركة منذ الجلسة الأولى حتى هذه الجلسة، والربط بين جميع جلسات البرنامج الإرشادي، وإلى أن تعبر المشاركات عن مشاعرهن تجاه إنهاء جلسات البرنامج.

الإجراءات

تم الحصول أولاً على موافقة من وزارة التربية والتعليم على إجراء الدراسة على عينة من الطالبات اللاجئات السوريات في إحدى مدارس مدينة إربد. ومن ثم تطبيق المقياس على أفراد مجتمع الدراسة واختيار المراهقات اللواتي حصلن على درجات عالية على مقياس الوسواس القهري، واللواتي لديهن الرغبة في المشاركة، كما تم أخذ الموافقة الخطية من أولياء أمورهن، وقد بلغ عددهن (35) طالبة، تم توزيعهن بشكل عشوائي إلى ثلاث مجموعات: مجموعة ضابطة. ومجموعة تجريبية باستخدام نظرية أدلر، ومجموعة تجريبية باستخدام نموذج ساتير. وقد تم استخدام أسلوب سحب الرقم دون إرجاعه، ومن ثم تم إجراء مقابلات تشخيصية لكل واحدة من أفراد العينة للتأكد من جديتهن للمشاركة في الدراسة، وللتأكد من وجود أعراض الوسواس القهري لديهن، وذلك بالرجوع إلى محكات DSM-5. بعد ذلك تلقت المشاركات في المجموعتين التجريبيتين للبرنامجين العلاجين، بينما لم تتلق المشاركات في المجموعة الضابطة أي معالجة، وقد قادت الباحثة في الدراسة الحالية المجموعتين التجريبيتين. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين العلاجين بأسبوع، تم إجراء القياس البعدي.

أسلوب الحياة الجديد الذي تشكل لدى كل عضو من أعضاء المجموعة، وأن يتم التعرف على أهمية نقل الخبرة إلى الحياة خارج الجلسات الإرشادية. بالإضافة إلى التأكيد بأن الجلسة التالية هي الأخيرة.

الجلسة الثامنة (الجلسة الختامية): هدفت الجلسة إلى مناقشة التغييرات التي حدثت لكل عضو منذ الجلسة الأولى إلى هذه الجلسة، والربط بين جميع جلسات البرنامج الإرشادي، وإلى أن تعبر المشاركات عن مشاعرهن تجاه إنهاء جلسات البرنامج.

البرنامج الإرشادي المبني على نموذج ساتير

اشتمل هذا البرنامج على جميع استراتيجيات ومراحل العلاج عند ساتير. فقد تم تصميم البرنامج بحيث تكون من (8) جلسات إرشادية، كانت مدة كل جلسة تتراوح بين (60-90) دقيقة، وبمعدل جلسة كل أسبوع، وقد هدف البرنامج الإرشادي إلى خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى اللاجئات المراهقات السوريات. وقد شملت كل جلسة على توضيح وتطبيق لكل مرحلة من مراحل نموذج ساتير، بالإضافة إلى اشتمالها على نشاطات وواجبات منزلية يتم تزويد المراهقات بها في نهاية كل جلسة، ويتم مناقشتها في بداية الجلسة التي تليها. وفيما يلي ملخص لجلسات البرنامج العلاجي:

الجلسة الأولى (الجلسة البنائية): هدفت هذه الجلسة إلى التعريف بالمرشدة، والتعرف على أفراد المجموعة وبناء الألفة، وتوضيح القواعد العامة للجلسات الإرشادية، والتعرف على توقعات أفراد المجموعة من البرنامج الإرشادي، ووضع قواعد أساسية للمجموعة الإرشادية، وبناء الثقة من خلال التقدير والتقبل والاحترام والألفة المتبادلة بين كل من المرشدة وأعضاء المجموعة.

الجلسة الثانية (مفهوم الوسواس القهري وأنواعه): هدفت هذه الجلسة إلى توضيح مفهوم الوسواس القهري، وإعطاء تصور واضح وشامل عن هذا المفهوم، والتعرف على أنواع الوسواس القهري المختلفة، وبيان أهمية البرنامج في مساعدة المراهقات على خفض مستوى الوسواس القهري، ومساعدتهن على تقليل مستوى القلق لديهن، ومناقشة الآثار المختلفة الناتجة عن الوسواس القهري (النفسية والجسمية والمعرفية).

الجلسة الثالثة: تقييم الوسواس الذي لدى كل مراهقة والتعرف على نوعه: هدفت هذه الجلسة إلى إعادة مناقشة أنواع الوسواس القهري، وأن تحدد كل مشاركة الوسواس القهري الذي لديها، وأن تقوم بتقييم شدة الوسواس لديها، والتعرف على نوع الوسواس الأكثر مرافقة لها سواء كان نظافة أو شكاً أو بطناً.

الجلسة الرابعة (الوضع الراهن، وتعليم تقدير الذات): هدفت هذه الجلسة إلى تعريف المشاركات بمعنى الوضع الراهن كما تراه ساتير والتعرف على مفهوم تقدير الذات، وأن تقوم المشاركات

منهج الدراسة

النتائج

أتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبي، الذي تمثل باختبار فاعلية برنامجين علاجيين في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، وحسب التصميم شبه التجريبي الآتي:

R EG1 O1 X1 O2

R EG2 O1 X2 O2

R CG O1 - O2

(R) تعني تعيين عشوائي، (O1) تعني القياس القبلي، (X1) برنامج العلاج حسب نظرية أدلر، (O2) القياس البعدي، (X2) برنامج العلاج حسب نموذج ساتير، (O2) القياس البعدي، (-) عدم تقديم برنامج علاجي.

الأساليب الإحصائية

تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب (-ONE WAY ANCOVA) للتعرف على الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات المجموعات الثلاث على مقياس الوسواس القهري، واستخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب المتعدد (ONE-WAY MANCOVA) للتعرف على الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات المجموعات الثلاث على أبعاد المقياس.

حاولت الدراسة الحالية أن تفحص فرضية حول فاعلية العلاج الأدلري والعلاج باستخدام نموذج ساتير في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى اللاجنات السوريات المراهقات. وفيما يأتي عرض النتائج المتعلقة بهذه الفرضية:

تم التأكد بداية من التوزيع الطبيعي للعينة باستخدام اختبار كولموغوروف سميرنوف، وتبين أن جميع قيم الدلالة الإحصائية لاختبار كولموغوروف سميرنوف للمتغيرات تراوحت بين (0.187-0.605)، وجميعها أعلى من مستوى الدلالة الإحصائية (p=0.05)، وهذا يدل على أن جميع المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي.

وللتحقق من تكافؤ المجموعات، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المراهقات السوريات على مقياس الوسواس القهري في القياس القبلي حسب متغير المجموعة، وتم استخدام تحليل التباين الأحادي، وتبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية (P=0.05) تعزى إلى أثر المجموعة على جميع الأبعاد وعلى الأداة ككل. وتشير هذه النتيجة إلى تكافؤ المجموعات، والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المراهقات السوريات على مقياس الوسواس القهري في القياس القبلي حسب متغير المجموعة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الفئات	
0.603	2.81	12	ادلر	النظافة قبلي
0.498	2.66	12	ساتير	
0.514	2.57	11	الضابطة	
0.535	2.68	35	Total	
0.400	2.63	12	ادلر	الشك قبلي
0.399	2.90	12	ساتير	
0.384	2.62	11	الضابطة	
0.404	2.71	35	Total	
0.450	3.13	12	ادلر	البطء قبلي
0.394	3.25	12	ساتير	
0.437	3.06	11	الضابطة	
0.423	3.14	35	Total	
0.336	2.80	12	ادلر	الوسواس القهري ككل
0.334	2.91	12	ساتير	
0.273	2.71	11	الضابطة	
0.316	2.80	35	Total	

القهري في القياسين القبلي والبعدي تبعاً للمجموعة، كما يتضح في الجدول رقم (2).

وللتحقق من فرضية الدراسة، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة على مقياس الوسواس

جدول (2): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة على مقياس الوسواس القهري ككل للقياسين القبلي والبعدي تبعاً لمجموعة العلاج

القياس البعدي		القياس القبلي		العدد	مجموعة العلاج
الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي		
.471	1.66	.336	2.80	12	أدلى
.431	2.27	.334	2.91	12	ساتير
.238	2.50	.273	2.71	11	الضابطة
.526	2.14	.316	2.80	35	Total

يتضح من الجدول (2) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لدرجات عينة الدراسة على مقياس الوسواس القهري ككل في القياسين القبلي والبعدي وفقاً لمجموعة العلاج. ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب للقياس البعدي لمقياس الوسواس القهري ككل وفقاً لمجموعة العلاج، بعد تحييد أثر القياس القبلي لديهم. وفيما يلي عرض لهذه النتائج كما هو مبين في الجدول (3).

جدول (3): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب للقياس البعدي لدرجات عينة الدراسة في مقياس الوسواس القهري ككل وفقاً لمجموعة العلاج بعد تحييد أثر القياس القبلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	مربع إيتا η^2
القياس القبلي	1.720	1	1.720	16.680	.000	.350
المجموعة	4.897	2	2.448	23.751	.000	.605
الخطأ	3.196	31	.103			
الكلية	9.391	34				

يتضح من الجدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات عينة الدراسة على مقياس الوسواس القهري وفقاً لمجموعة المعالجة، فقد بلغت قيمة (ف) (23.751) بدلالة إحصائية مقدارها (0.000)، وهي قيمة دالة إحصائية، مما يعني وجود أثر لمجموعة العلاج. كما يتضح من الجدول (3) أن حجم أثر مجموعة العلاج كان "كبيراً"؛ فقد فسرت قيمة مربع إيتا (η^2) ما نسبته (60.5%) من التباين المُفسر (المتنبى به) في المتغير التابع وهو مقياس الوسواس القهري. وليبيان الفروق الدالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية، أُجريت المقارنات البعدية بطريقة LSD كما هو مبين في الجدول (4).

جدول (4): المقارنات البعدية بطريقة LSD لأثر مجموعة العلاج على الوسواس القهري

المتوسط الحسابي	العلاج الأدلري	نموذج ساتير	الضابطة
1.667			
2.189	*.523		
2.571	*.904	*.382	

*دالة إحصائية (P=0.05)

والضابطة، فقد كانت درجات مجموعة نموذج ساتير على مقياس الوسواس القهري أدنى. كما تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الوسواس القهري وفقاً لمجموعة العلاج، كما هو مبين في الجدول (5).

يتبين من الجدول (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج الأدلري من جهة، وكل من مجموعة نموذج ساتير والضابطة من جهة أخرى، فقد كانت درجات مجموعة العلاج الأدلري على مقياس الوسواس القهري أدنى. كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة نموذج ساتير

جدول (5): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الوسواس القهري وفقاً للمجموعة

الأبعاد	المجموعة	العدد	القياس القبلي		القياس البعدي	
			الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
النظافة بعدي	آدler	12	2.81	.603	1.66	.672
	ساتير	12	2.66	.498	1.81	.687
	الضابطة	11	2.57	.514	2.66	.522
	Total	35	2.68	.535	2.05	.759
بعد الشك بعدي	آدler	12	2.63	.400	1.73	.424
	ساتير	12	2.90	.399	2.41	.534
	الضابطة	11	2.62	.384	2.37	.387
	Total	35	2.71	.404	2.16	.539
بعد البطء بعدي	آدler	12	3.13	.450	1.54	.585
	ساتير	12	3.25	.394	2.57	.447
	الضابطة	11	3.06	.437	2.57	.334
	Total	35	3.14	.423	2.22	.674

المصاحب الأحادي المتعدد (One-Way MANCOVA). كما هو مبين في الجدول (6).

يلاحظ من الجدول (5) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية في القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الوسواس القهري وفقاً لمجموعة العلاج، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق الظاهرية ذات دلالة إحصائية، تم استخدام تحليل التباين

جدول (6): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب المتعدد لأثر مجموعة العلاج على أبعاد مقياس الوسواس القهري في القياس البعدي بعد تحييد أثر القياس القبلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	وسط مجموع المربعات	ف	احتمالية الخطأ	حجم الأثر η^2
النظافة القبلي (المصاحب)	6.678	1	6.678	40.270	.000	.581
الشك القبلي (المصاحب)	.427	1	.427	2.367	.135	.075
البطء القبلي (المصاحب)	1.166	1	1.166	6.019	.020	.172
النظافة بعدي	9.256	2	4.628	27.908	.000	.658
بعد الشك بعدي	3.053	2	1.527	8.459	.001	.368
بعد البطء بعدي	8.130	2	4.065	20.978	.000	.591
الخطأ	4.809	29	.166			
	5.234	29	.180			
	5.619	29	.194			
الكللي المصحح	19.612	34				
	9.883	34				
	15.444	34				

إحصائياً بين المتوسطات الحسابية، تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة LSD كما هو مبين في الجدول (7).

يظهر جدول (6) وجود فروق دالة إحصائية ($P=0.05$) وفقاً لأثر المجموعة في جميع الأبعاد. ولبيان الفروق الزوجية الدالة

جدول (7): المقارنات البعدية بطريقة LSD لأثر مجموعة العلاج على أبعاد مقياس الوسواس القهري

الضابطة	ساتير	أدلر	المتوسط الحسابي		
			1.573	أدلر	
		.209	1.783	ساتير	النظافة
	*.982	*1.192	2.765	الضابطة	
			1.746	أدلر	
		*.587	2.332	ساتير	الشك
	.094	*.681	2.426	الضابطة	
			1.529	أدلر	
		*1.002	2.532	ساتير	البطء
	.082	*1.085	2.614	الضابطة	

*دالة إحصائية ($P \geq 0.05$)

وفيما يتعلق بأساليب الحياة ذات الصلة بوسواس الشك، فقد تبين أنهن يتأكدن كثيراً من إغلاق الأبواب والنوافذ وتكرار التأكد من إغلاقها حتى لا يتم اقتحام بيوتهن من أشخاص غرباء، وخاصة في الليل وأثناء النوم. وهنا تم تغيير أسلوب الحياة لدى المشاركات باستخدام أسلوب الكتابة على اليد بعد التأكد من إغلاق الباب والتشجيع على النظر إلى اليد كلما شعرن بأنهن يردن أن يتأكدن مرة أخرى، وبقناعة أنفسهن أن هذا الإجراء يعد كافياً ومطمئناً لهن.

أما بالنسبة لبعده البطء، فيظهر كثيراً في تأخر الطالبات قبل الخروج من المنزل للتأكد من أن مظهرهن جميل ومرتب، بالإضافة إلى التأخر في اللباس وتنسيق الملابس. وهنا عملت المرشدة على إحداث نوع من التبصر، بضرورة تغيير أسلوب الحياة لديهن، بحيث تقوم كل طالبة بعمل جدول أسبوعي تكتب فيه ما هي الملابس التي ستلبسها كل يوم وخاصة في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، وأن تحاول كل طالبة الالتزام بالجدول. وإذا كان بالإمكان أن تجهز كل طالبة ما ستلبسه للمدرسة قبل النوم. وهكذا، كان لا بد من استبدال أسلوب الحياة القديم الذي يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري بأسلوب حياة جديد يقوم على أفكار إيجابية وعقلانية.

كما أشارت النتائج إلى أن البرنامج العلاجي حسب نموذج ساتير أكثر فاعلية من الضابطة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الطالبات اللاجنات السوريات على بُعد النظافة، ولكن لا يوجد له أثر دال إحصائياً على كل من بُعد الشك وبُعد البطء. ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن التركيز على تقديم العنصر الغريب (المرشدة)، والذي يساعد في تقييم الوضع الراهن، وتقييم اختلال التوازن يؤدي إلى الوصول إلى مرحلة التكامل بين ما يوجد عند الطالبة من وضع راهن تقوم به في حياتها اليومية، وما يقوم المعالج بتقديمه لها من أجل الوصول إلى خفض أعراض الوسواس القهري. من خلال زيادة الاتصال والتواصل بين المعالج

يتبين من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($P=0.05$) بين درجات المجموعة الضابطة من جهة، وكل من مجموعة العلاج الأدلري ومجموعة ساتير من جهة أخرى على بعد النظافة؛ إذ كانت درجات مجموعتي العلاج الأدلري ونموذج ساتير أدنى. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($P=0.05$) بين العلاج الأدلري من جهة وكل من ساتير والضابطة من جهة أخرى على بعدي الشك والبطء، إذ كانت درجات مجموعة العلاج الأدلري أدنى.

مناقشة النتائج

أشارت النتائج إلى أن البرنامج العلاجي حسب نظرية أدلر أكثر فاعلية من نموذج ساتير ومن الضابطة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المراهقات اللاجنات السوريات. ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن التركيز على كل من أسلوب الحياة والمنطق الخاص أدى إلى فهم الذات والاستبصار. وبالتالي تم إعادة توجيههن وزيادة تثقيفهن، ما أدى إلى خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري جزاء الوعي بها والعمل على تغيير المنطق الخاص لديهن وكذلك أسلوب الحياة.

وقد تبين من خلال الجلسات العلاجية أن أكثر أساليب الحياة لدى المراهقات اللاجنات السوريات هدفت إلى السعي للوصول إلى مستوى عالٍ من الترتيب والنظافة، كي ينظر إليهن بأنهن فتيات صالحات للزواج. وأيضاً كنَّ يعتبرن أن النظافة المبالغ بها طريقة لنيل إعجاب أمهاتهن وكسب رضاهن. وقد عملت المرشدة على إعادة توجيه أساليب الحياة لديهن، بحيث ناقشتن بمثل هذه الأفكار التي تمثل المنطق الخاص لديهن، وتم التركيز على أفكار بديلة، مثلاً يمكنهن الحصول على نظرة إيجابية كفتيات صالحات للزواج من خلال وجود مجموعة من الصفات لديهن كشهادة علمية أو وظيفية، بالإضافة إلى حسن الأخلاق.

ومن ناحية إرشادية يمكن أن يستفاد من نتائج الدراسة الحالية في مواقع عمل متعددة تقوم بتقديم خدمات الإرشاد النفسي كالمدراس والمراكز والمنظمات، فالبرنامجان اللذان تم استخدامهما أثبتنا فاعليتهما في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري. كما أنهما يعدان من البرامج مختصرة الوقت التي لا تحتاج إلى جلسات إرشادية متعددة، ولا تحتاج إلى وقت طويل. كما أن لهذين البرنامجين أساليب ومراحل محددة يستطيع المرشد اتباعها أثناء تقديمه لخدمات الإرشاد فتكون كدليل له يُسهّل عليه عملية الإرشاد.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، يوصي الباحثان بما يأتي:

- اختبار فاعلية البرنامجين العلاجيين المستخدمين في الدراسة الحالية على فئات عمرية أخرى وعلى عينات من اللاجئيين وغير اللاجئيين.
- إجراء دراسات تجريبية على عينات من الذكور ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري بحيث تختبر فيها فاعلية أساليب علاجية مختلفة بما فيها الأسلوبين اللذين استخدمنا في الدراسة الحالية.
- تكرار الدراسة الحالية باستخدام أكثر من معالج، لمعرفة ما إذا كانت الفروق تعزى إلى البرنامج العلاجي أم إلى متغيرات أخرى كالمعالج.

والطالبة، ومن خلال زيادة ثقة الطالبة بنفسها وتقبلها لها دون اللجوء إلى القيام بسلوكات وسواسية بقصد زيادة ثقتها بنفسها وخفض القلق الناتج عن عدم الثقة لديها.

كما يمكن تفسير عدم وجود دلالة لنموذج ساتير على بُعدي الشك والبطء على أساس أن كلا البعدين يعتمدان على المعتقدات الراسخة لدى الأفراد، والتي نشأت لديهم بحسب عوامل متعددة منذ الصغر، وتطورت معهم إلى الآن. بينما عندما نتحدث عن وسواس النظافة، فإننا نتحدث عن سلوك ارتبط بخبرة ما غير سارة أدت إلى تشكيله، وبالتالي فإنه من الممكن معالجة وسواس النظافة باتباع أساليب متعددة من بينها نموذج فرجينيا ساتير. بمعنى أن وسواس النظافة لا يتطلب بالضرورة العمل على تغيير المعتقدات أو الاتجاهات لدى المسترشدين، وإنما هناك بدائل أخرى.

ويشير انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعتين التجريبيتين إلى فاعلية كلا البرنامجين العلاجيين. كما يشير إلى وجود تحسن في المجموعة التي تم تطبيق البرنامج الأدلري عليها بدرجة أعلى من التحسن الذي حصل لأفراد المجموعة التي تم تطبيق البرنامج المستند إلى نموذج ساتير، وذلك يعود إلى أن نظرية أدلر هي نظرية إرشادية تقوم بمعالجة السلوكات غير المرغوب بها، وتم تصميمها أساساً لمعالجة الاضطرابات والمشكلات النفسية، بينما نموذج فرجينيا ساتير تم تصميمه لمعالجة المشكلات الأسرية، فهو نموذج إرشاد أسري، لذلك لم يكن مستوى التحسن لدى أفراد مجموعة فرجينيا ساتير كما هو لدى أفراد مجموعة العلاج الأدلري.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة التي أظهرت فاعلية البرامج العلاجية بشكل عام في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، حيث أشارت دراسة أمير وزملائه (Amir et al., 2015) ودراسة فاريل وزملائه (Farrell et al., 2016) ودراسة سيلشن وزملائه (Selchen et al., 2018) ودراسة أن وزملائه (Anne et al., 2019) إلى أثر البرامج المعرفية السلوكية (الإرشاد المختصر، وطريقة التعرض ومنع الإستجابة، وطريقة الإرشاد المركز على الوعي، بالإضافة إلى طريقة التأمل المنظم) في خفض اضطراب الوسواس القهري. وكذلك دراسة سو وزملائه (Soo et al., 2006) التي بينت أثر استخدام الإستراتيجيات التنظيمية في خفض اضطراب الوسواس القهري، ودراسة وروي ووايز (Wroe & Wise, 2012) التي أظهرت أن العلاج الجماعي أكثر فاعلية في علاج مرضى اضطراب الوسواس القهري، ودراسة فاكلي وقهاري (Vakili & Gharraee, 2014) التي بينت فاعلية طريقة العلاج بالقبول والالتزام في معالجة اضطراب الوسواس القهري.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Kuckertz M., Najmi, S., & Conley, L. (2015). Preliminary evidence for the enhancement of self-conducted exposures for OCD using cognitive bias modification. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 424–440.
- Anne, K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, ... Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): A randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(2), 223–233.
- Atkinson, M. & Hornby, G. (2002) *Mental health handbook for schools*. London: Routledge.
- Bany Salameh, M., & Jaradat, A. (2016). The effectiveness of Virginia Satir's model in improving marital communication patterns among wives. *Dirasat: Educational Sciences*, 43(2), 1085-1102.
- Carlock, J. (2013). A "wheel of resources" for emergency first responders. *Satir Journal Counseling and Family Therapy*, 1, 1-9.
- Claes, L., Nederkoorn, C, Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196-203.
- Cochrane, T., & Heaton, K. (2017). Intrusive uncertainty in obsessive compulsive disorder. *Mind & Language*, 32(2), 182–208. <https://doi.org/10.1111/mila.12139>
- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (7th ed.). Thomson: Brooks/Cole.
- Farrell, L., Oar, E., Waters, A., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharran, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy maintenance. *Journal of Anxiety Disorders*, 42(1), 85-94.
- Hillemacher, T., Kraus, T., Rauh, J., Weiss, J., Schanze, A., Fheling, H., ... Bleich, S. (2007). Role of appetite-regulating peptides in alcohol craving: An analysis in respect to subtypes and different consumption patterns in alcoholism. *Alcoholism: Clinical Et Experimental Research*, 31, 950-954.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Kim, E., Ebesutani, C, Wall, D., & Olatunji, B. (2012). Depression mediates the relationship between obsessive compulsive symptoms and eating disorder symptoms in an inpatient sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 62-68.
- McGuire, J. (2012). *The role of dysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder: An examination of symptom severity, impairment and treatment outcome*. Master Thesis, University of South Florida, Florida.
- Peterson, B., Pine, D., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit /hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 685-695.
- Piddocke, S. (2010). The self: Reflections on its nature and structure according to the Satir model. *The Satir Journal*, 4(1), 109-154.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Selchen, S., Hawley, L., Regev, R., Richter, P., & Rector, N. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: Stand-alone and post CBT augmentation approaches. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(1), 58–79.
- Soo, P., Wook, S., Hyon, H., Sup, S., Youn, K., Ho, L., & Soo, K. (2006). Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 60 (6), 718-726.

- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360 (9330), 397–405. [https://doi.org/10.1016/S0140-736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-736(02)09620-4).
- Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9 (2), 115-117.
- Wroe, A., & Wise, C. (2012). Evaluation of an adapted cognitive behavioural therapy (CBT) group programme for people with obsessive compulsive disorder: a case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5(4), 112-123.