

مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي لتخفيف أعراض اضطراب الوسواس
القهري لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية

إعداد

د/ رمضان محمود أحمد درويش

قسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة الأزهر

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وتضمنت عينة الدراسة ٢٠ تلميذاً وتلميذة ذوي الإعاقة البصرية، وتراوح عمر العينة من ١٤-١٦ سنة، وقسموا إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=١٠) ومجموعة ضابطة (ن=١٠) وتم استخدام الأدوات التالية: برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي إعداد (الباحث) واستبيان الوسواس القهري إعداد (الباحث)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للتطبيق القبلي والبعدي في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أعراض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة (التطبيق البعدي) وبعد نهاية خمسة أشهر من تطبيقه (المتابعة) في أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتم تفسير نتائج هذه الدراسة في ضوء ما توصلت إليه الكتابات النظرية والدراسات السابقة، وتبع ذلك ما أثارته الدراسة الحالية من توصيات، وما اقترح من موضوعات لدراسات تالية.

Abstract: The purpose of this study was to identify the effectiveness of rational emotive behavioral counseling program (REBGCP) in the treatment of the obsessive-compulsive disorder (OCD) The study included 10 adolescents with visual impairment between 14-17 years of age. The were divided into an experimental group and a control one, each of which consisted of 10 subjects (REBGCP) and Obsessive-Compulsive Scale (OCS) were used. Results indicated that there were significant differences between the mean scores attained by the experimental group on the pre-post tests of obsessive-compulsive symptom reduction in favor of the post-test. There were significant differences between the mean scores attained by the experimental and control groups on the post-test of obsessive-compulsive symptom reduction in favor of the (REBGCP) group. In addition, there were no significant differences between the mean scores attained by the experimental group on the post-test and that of the same group on the 5 month follow-up test of obsessive-compulsive. Limitations of the current study and suggestions for further research were discussed.

Keywords: obsessive - compulsive disorder - visual impairment- adolescents- rational emotive behavioral counseling.

مقدمة:

بعد اضطراب الوسواس القهري ضمن فئة الاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب والخوف المرضي وغيرها من الاضطرابات الأخرى، ويحتوي اضطراب الوسواس القهري على التفكير في أشياء معينة (وساوس) كما يتضمن ممارسة سلوكيات محددة (قهار) إلا أن اضطراب الوسواس القهري ما هو إلا عرض ظاهري لمخاوف وتهديدات داخلية مقنعة بهذا الاضطراب، والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لا يتأثرون وحدهم به ولكن يؤثر أيضاً في المحيطين بهم.

ويعتبر اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات التي لها جذور عميقة في مرحلة الطفولة والمراهقة، ولهذا بحث هذا الاضطراب في مجتمع الطفولة والمراهقة تأثر كثيراً باعتبار أن هذا الاضطراب نادر الحدوث في مجتمع الصغار كما كانت تشير إلى ذلك الإحصاءات القديمة، في حين قررت الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين أعلى بكثير مما أشارت إليه الإحصاءات القديمة، وهذا الاضطراب له تأثير سلبي كبير على حياة الصغار الاجتماعية والأسرية والدراسية (وانل أبو هندي، ٢٠٠٣: ٢٤٨)

ويعاني الأفراد المضطربون بالوسواس القهري من انعدام الرؤية الصحيحة للذات وإدراكها كما هي عليه، ويرجع ذلك إلى أن اضطراب الوسواس القهري يؤدي إلى تشوه معرفي لدى الفرد، وهذا بدوره يؤدي إلى أفكار سلبية ومعتقدات لا عقلانية وأنماط تفكير غير سوية، والكمالية العصابية، والمبالغة، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، مما يجعل الفرد الذي يعاني من الوسواس القهري غير قادر على إدراك ذاته وخصائصها ونقاط القوة والضعف في شخصيته، لأن سيطرة وتسلط الأفكار على ذهن الفرد الذي يعاني من الوسواس القهري تجعل إدراكه لذاته منخفضاً وغير واقعي، مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد في التخلص من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. (Sobin, et al, 1999: 265)

وبدأ العلاج العيادي لاضطراب الوسواس القهري منذ زمن طويل، وبسبب انتشار هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة والمراهقة، بدأ الأطباء النفسيون **Psychiatrists** يهتمون به في مجال الطفولة، وأثبتت الدراسات التصنيفية أن حوالي ثلث المراهقين لديهم بشكل أو بآخر اضطراب الوسواس القهري كما أن هذا الاضطراب يظهر لدى الأطفال والمراهقين على السواء. (محمد أحمد سفان، ١٩٩٦: ٩٩)

ويمكن تمييز اضطراب الشخصية الوسواسية عن اضطراب الوسواس القهري بأن اضطراب الشخصية الوسواسية لا يوجد لديها الخلل الوظيفي المصاحب لاضطراب الوسواس القهري كما أن اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية يتضمن اتجاهات متوافقة من الأنا، وسلوكيات غير مقاومة للتغيير، أو لا تخبر بواسطة الفرد على أنها إلزامية، كما لا ينطبق اضطراب الوسواس القهري على سلوك الفحص والتدقيق العادي لأنه لا يخبر من الفرد بوصفه سيئاً إلزامياً أو مصدر ضيق من الصعب مقاومته، أو أنه يستهلك وقت الفرد لدرجة التداخل مع النشاطات المضادة. (Kaplan & Sadock, 1998: 615) (غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٩: ٤٢٣)

ويعاني المعاقون بصرياً من بعض الاضطرابات النفسية نظراً لما تشكله الإعاقة من ضغوط مختلفة عليهم، تؤثر في توافقه النفسي والاجتماعي، وهذا بدوره يؤثر سلباً على أفكارهم وسلوكهم مما يجعلهم يقعون فريسة سهلة للأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية، مما يؤثر على جميع جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية والتعليمية، وهذه الجوانب تتفاعل مع الإعاقة البصرية في حد ذاتها مما يجعل المعاقين بصرياً يشعرون بالمعاناة والضغوط في جميع مجالات حياتهم.

وتؤثر الإعاقة البصرية على المعاقين بصرياً، وتسبب ضيقاً واختلالاً نفسياً وسوء توافق نفسي واجتماعي، كما أن ٥١% من المعاقين بصرياً يعانون من الاضطرابات النفسية وضعف المستوى التعليمي والاضطرابات الصحية، كما أن الإعاقة البصرية لها تأثيرات نفسية عميقة تتجاوز أثارها الفرد إلى الأسرة والمجتمع، مما تسبب تغييرات كبيرة في نمط حياة المعاق بصرياً وعاداته، وهذا بدوره يؤدي إلى مشكلات في التوافق النفسي والاجتماعي. (Barron, et al, 1992: 86)

ويعيش المعاقون بصرياً في عالمين مختلفين من الناحية النفسية، فهم كأى أفراد آخرين يعيشون في عالم الغالبية العظمى فيه من العاديين، وفي نفس الوقت يعيشون في عالم سيكولوجي خاص تفرضه عليهم الإعاقة، إلا أن هذين العالمين متداخلان، فالعالم الخاص بهم يبدو طبيعياً بالنسبة لهم، وهو عالمهم الوحيد إذا لم يكن عليهم أن يكونوا على اتصال مستمر بعالم آخر من الخبرات مختلف تماماً هو عالم العاديين من الناس، ولكن سرعان ما يدركون أن عالم العاديين هو الأكثر أهمية. (فتحي عبد الرحيم، حلیم بشاي، ١٩٨٨: ١٦٨)

وينتاب الأفراد ذوي الإعاقة البصرية العديد من المواقف التي يشعرون فيها بالاضطرابات النفسية، فهم يخشون أن يرفضوا ممن حولهم بسبب عجزهم، ويخشون أن تُستهجن تصرفاتهم، وهم في خشية دائمة من أن يفقدوا حب الآخرين الذين يعتمد أمنهم على وجودهم واستمرار حبهم لهم، ويخشون كذلك أن تقع لهم حوادث لا يمكنهم أن يتفادوها لأنهم غير مبصرين، ثم يخشون من الوحدة رغم أنها تشعرهم بنوع من الاستقلالية إلا أنها تشعرهم من ناحية أخرى بفراغ قد تملؤه أو هام تخيفهم وترعبهم. (لطفی بركات، ١٩٨٨: ٨٥)

وتؤدي الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية على شخصية المعاقين بصرياً وعلى صحتهم النفسية، مما يجعل المعاقين بصرياً يشعرون بسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، وانتشار الاضطرابات النفسية نتيجة للشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥: ١٧٦)

ويعد الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي من أكثر الأساليب والطرق الإرشادية التي ركزت على جميع جوانب الشخصية، سواء من الناحية المعرفية والانفعالية والسلوكية، لأن هذا الأسلوب في الإرشاد النفسي اعتمد على النظرة التكاملية لشخصية الفرد لأن الجانب المعرفي في شخصية الفرد يؤثر على الجانب الانفعالي وهما دورهما يؤثران على الجانب السلوكي عند الفرد، لأن سلوك الفرد - غالباً - يكون مؤشراً فعلياً للجانب المعرفي والانفعالي لديه، وهذا يؤدي إلى النظرة المتكاملة إلى شخصية الفرد، لأن هذه الشخصية تتسم بالشمولية والدينامية في تصرفاتها وسلوكياتها.

وظهر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية التي ركزت على السلوك دون اهتمام للناحية المعرفية للفرد، كما زاد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية، ولعبت جهود العلماء دوراً بارزاً في توضيح دور البنية المعرفية في تغيير السلوك، كما أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يقوم على بعض التصورات المتعلقة بطبيعة الإنسان، والتي تتمثل في أن التفكير العقلاني يؤدي إلى كفاءة الفرد، وأن الاضطراب النفسي يكون نتيجة للتفكير غير العقلاني لأن التفكير يصاحب الانفعال، والتفكير غير العقلاني يؤدي إلى الاضطرابات النفسية، وهذه الاضطرابات ينبغي مهاجمتها من خلال إعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً ومتعلقاً، وهذا ما يهدف إليه الإرشاد النفسي الذي يوضح للعميل أن الحديث غير المنطقي مع الذات يعد مصدراً أساسياً للاضطرابات الانفعالية، وينبغي تعديل أفكار العميل غير المنطقية حتى يتم التخلص من السلوك الإحباطي والانفعالات السلبية.

(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢١١) (س. هـ. باترسون، ١٩٩٢: ١٧٦)

ويعتبر الإرشاد النفسي من المجالات المهمة والتي لها دور لا ينكر في رعاية الأفراد ذوي الإعاقة بصفة عامة وذوي الإعاقة البصرية بصفة خاصة، فالإرشاد النفسي أصبح جزءاً لا يتجزأ من برامج الرعاية لذوي الإعاقة البصرية، سواء كانت هذه الرعاية نمائية أو وقائية أو علاجية.

وترجع أهمية الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة البصرية إلى المشكلات العديدة الناتجة عن الإعاقة البصرية، وما تولده داخل الفرد من الشعور بالدونية، وتكوين صورة سلبية عن ذاته وعن الآخرين، ويعاني من الاضطرابات النفسية مثل القلق والانطواء والانسحاب من المجتمع، ولهذا تعتبر حاجة أفراد هذه الفئة ضرورية لا ينبغي إغفالها في برامج التأهيل. (عادل صادق، ١٩٨٥: ٣-٢)

ويؤكد الميثاق العالمي لحقوق ذوي الحاجات الخاصة على ضرورة الاهتمام بإعادة التأهيل **Rehabilitation** كمدخل أساسي لتنمية السلوك التفاعلي للأفراد ذوي الإعاقة البصرية، ومن أهم هذه الحقوق التدريب على أنشطة العناية بالذات، والقدرة على الحركة والتنقل، والقدرة على الاتصال بالآخرين، والتمرس على مهارات الحياة اليومية مع توفير الاحتياجات الخاصة التي تتطلبها الإعاقة البصرية، وذلك من خلال المكان الملائم مع المتابعة النفسية والإرشادية. (سيد محمد صبحي، ١٩٨٥: ٢٣-٢٤)

ويهدف الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الإعاقة البصرية إلى تنمية شخصياتهم، وأن يتقوا في البيئة التي يعيشون فيها، وذلك من خلال إشباع حاجاتهم الأساسية من الأمن والطمأنينة، والاعتماد على النفس، والحصول على الإعجاب والتقدير من الآخرين حتى يشعروا بالكفاءة، ويتطلب إشباع هذه الحاجات لذوي الإعاقة البصرية تدخلات إرشادية أو علاجية، لأن الإرشاد النفسي الجماعي يؤدي إلى كثير من النتائج الإيجابية لذوي الإعاقة البصرية وتعديل اتجاهاتهم السلبية، بالإضافة إلى القدرة على الاستقلالية والمنافسة في البيئة التي يعيشون فيها. (Johnson & Johnson, 1991: 168)

يتضح من العرض السابق أن الوسواس القهري يعد ضمن فئة الاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب والخوف المرضي وغيرها من الاضطرابات الأخرى، واضطراب الوسواس القهري له جذور عميقة في مرحلة الطفولة والمراهقة، كما أشارت إلى ذلك الإحصاءات الحديثة، ويختلف اضطراب الوسواس القهري عن اضطراب الشخصية الوسواسية، لأن الشخصية الوسواسية ليس لديها خلل وظيفي كما هو الحال في اضطراب الوسواس القهري، كما أن المعاقين بصرياً يعانون من ضغوط متنوعة تؤثر سلبياً على أفكارهم وسلوكياتهم، كما أنها تسبب ضيقاً واختلالاً نفسياً يؤثر على توافقهم الشخصي والاجتماعي، ويعيش الأفراد المعاقون بصرياً في عالمين مختلفين من الناحية النفسية، فهم كأى فرد في المجتمع يعيشون في عالم الغالبية العظمى فيه من العاديين، وفي نفس الوقت يعيشون في عالم نفسي خاص بهم، تفرضه إعاقتهم، مما يجعلهم يشعرون بالدونية والإحباط والتوتر وفقدان الشعور بالأمن، ويعد الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي من أكثر الطرق الإرشادية التي ركزت على جميع جوانب الشخصية، فهذا الأسلوب من الإرشاد يعتمد على النظرة التكاملية في الشخصية، لأن التفكير يصاحب الانفعال وهما بدورهما يؤثران على سلوك الفرد، ومهمة الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي مساعدة الفرد على التخلص من السلوك الإحباطي والانفعالات السلبية.

مشكلة الدراسة:

تشير بعض الدلائل إلى أن التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية أكثر عرضه للاضطرابات النفسية بصفة عامة واضطراب الوسواس القهري بصفة خاصة، وانبثقت مشكلة الدراسة الحالية من خلال ملاحظات الباحث للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية وذلك من خلال قيامه بعمل بحث عن المخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وكذلك من خلال تتبع الباحث لبعض الدراسات السابقة في مجال الوسواس القهري لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، حيث تبين أن هؤلاء التلاميذ يعانون من الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية أكثر من أقرانهم المبصرين.

ومما يعمق من حدة هذه المشكلة الافتقار للبرامج الإرشادية التي تخفف حدة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، لأن البرامج الإرشادية تسهم في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية ومنها الوسواس القهري، وفي نفس الوقت تحسن التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاء التلاميذ، وهذا يساعد على تجنب المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها التلاميذ ذوو الإعاقة البصرية، حيث تقوم البرامج الإرشادية بغرس الخصائص الإيجابية في التكوين الاجتماعي للشخصية، مما يؤدي إلى تكوين شخصية قوية غير متصدعة قادرة على التفاعل الإيجابي مع البيئة المحيطة بهؤلاء التلاميذ، ولذلك من المهم القيام بالبرامج الإرشادية لتخفيف أعراض الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وهذا ما سعى إليه البحث الحالي، وذلك من خلال برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وذلك عن طريق مجموعة من الجلسات الإرشادية مع هؤلاء التلاميذ.

وتتحدد مشكلة البحث الحالي في توضيح مدى فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتخفيف أعراض الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطات درجات التطبيق القبلي ومتوسطات درجات التطبيق البعدي في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية؟
- ٢- هل توجد اختلافات بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في أعراض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي؟
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة (فترة التطبيق البعدي) وبعد نهاية خمسة أشهر من تطبيقه (فترة المتابعة) في أعراض اضطراب الوسواس القهري؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتخفيف أعراض الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية لمساعدتهم على أن يكونوا متوافقين مع ذواتهم ومع المجتمع الذي يعيشون فيه، حتى يستطيعوا أن يتفاعلوا تفاعلاً إيجابياً مع البيئة المحيطة بهم في حدود قدراتهم وإمكاناتهم.

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

تتمثل أهمية الدراسة النظرية في إلقاء الضوء على مفهوم اضطراب أعراض الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية، والأساليب الإرشادية التي استخدمت مع التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، ومدى تأثيرها في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية، وتنمية الخصائص الإيجابية لدى هؤلاء التلاميذ، وكذلك تهتم الدراسة الحالية بتوضيح أساليب الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في ضوء نموذج ABC من خلال نظرية Ellis للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، لأن البرنامج الإرشادي الحالي قائم على هذه النظرية، ومحاولة توضيح المتغيرات والمفاهيم المرتبطة بهذا الأسلوب الإرشادي، ومدى علاقته بالأساليب الإرشادية الأخرى.

ب- الأهمية التطبيقية:

يمكن الاستفادة من نتائج البحث الحالي في توضيح الرؤية أمام المهتمين بالتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية من إخصائيين نفسيين واجتماعيين ومعلمين وآباء لكي يسهموا في مساعدة هؤلاء التلاميذ- كل حسب موقعه- حتى يستطيعوا أن يهيئوا البيئة النفسية والاجتماعية والتعليمية السليمة لدى هؤلاء التلاميذ، كما يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في عملية التوجيه والإرشاد النفسي، وذلك من خلال وضع خطط إرشادية ملائمة للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية للاستفادة منها في الحقل التربوي، وذلك لمحاولة تخفيف الاضطرابات النفسية التي يعاني منها هؤلاء التلاميذ، وكذلك تنمية الخصائص الإيجابية لديهم.

مصطلحات الدراسة:

الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعد الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إرشاداً مباشراً وموجهاً، يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة الفرد على تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل معرفي وانفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط معرفي وانفعالي وسلوكي. (Ellis, 1997: 17)

ويهدف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إلى الإقلال من المعاناة النفسية والسلوكيات اللاتوافقية، والإقلال من الاضطرابات وحل مشكلات الحياة، كما أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يقوم على تغيير الجانب المعرفي والوجداني والسلوكي، ويعتبر Ellis أن هذا النوع من الإرشاد يؤدي إلى إعادة بناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة. (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤: ١٨٥)

وتعتبر العلاقة الإرشادية - بين المرشد والمسترشد - هي المحور الأساسي الذي يرتكز عليه العمل الإرشادي، والتي تسمح لكل من المرشد بعلمه ومهاراته وخصائصه والتزاماته الأخلاقية والمسترشد بما لديه من مشكلات ومما له من طاقات وإمكانيات وخصائص، تسمح لهما أن يتفاعلا في صورة بناءة، بما يخدم أهداف المرشد، ويساعده على النمو السليم، كما أن العلاقة الإرشادية - بين المرشد والمسترشد - هي عملية متفردة ودينامية، يساعد من خلالها فرد (المرشد) فرداً آخر (المسترشد) في أن يستخدم إمكانياته الداخلية، لينمو في اتجاه إيجابي محققاً طاقاته في حياة لها معنى. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٦: ٥٥-٦٥)

ويقصد بالبرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية بأنه مجموعة من الفنيات والممارسات والخبرات المنظمة والقائمة على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ Ellis، وفي

ضوء نموذج ABC والتي قدمت للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية (عينة الدراسة الحالية) من خلال مجموعة من الجلسات الإرشادية، أعدت خصيصاً لهدف معين، وهو تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة الحالية.

الوسواس القهري Obsessive – Compulsive:

يشتمل اضطراب الوسواس القهري على أفكار وسواسية وأفعال قهرية متكررة، والأفكار الوسواسية هي عبارة عن أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الفرد المرة تلو الأخرى بشكل متكرر ونمطي، وهي مثيرة للإزعاج، ويحاول الفرد - عادة - أن يقاومها ولكن دون جدوى، ومع ذلك تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة، أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية، تتكرر المرة تلو الأخرى، وهي لا تحمل في ذاتها متعة، ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، أما الفرد فيرى فيها - غالباً - وقاية من حدوث ما لا يحتمل وقوعه موضوعياً، وتتضمن - أحياناً - أذى موجهاً من الشخص أو إليه، ويدرك الفرد - غالباً - أن سلوكه هذا لا معنى له، ولا تفسير له، ويبدل محاولات عديدة لمقاومته، وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة في الحالات المستمرة لفترات طويلة، وعادة ما يكون هناك قلق لا إرادي، ويكثر وجود مشاعر مزعجة من التوتر الفسيولوجي والنفسي بدون سبب واضح (التصنيف الدولي للأمراض، د.ت: ١٥٢)

ويعرف اضطراب الوسواس القهري بأنه انقياد الفرد دون وعي ودون إرادة فعلية للتفكير في أشياء معينة (وسواس) أو ممارسات سلوكية (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منه لتخفيف وطأة الاضطراب أو القلق، وكل الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري يعترفون بعملية الاستحواذ، أي تمتلئهم أفكار غريبة تستحوذ على ذهنهم ولا يستطيعون التخلص منها، والشعور بالإلزام أو الإجبار على السلوك وقد تكون الأعراض شديدة بدرجة كافية لتحديث أماً نفسياً واضحاً، كما أنها تستهلك الوقت أو تشوش على النظام المعتاد للفرد أو على أدائه الوظيفي أو أنشطته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين. (DSM-IV, 1994: 418)

يعرف الوسواس القهري بأنه يتضمن التفكير في الأشياء التي تحدث أثناء النوم أو فكرة ملحة على أنه سيصاب بمرض خطير، والتفكير في أشياء غريبة، والانشغال كثيراً بالإعاقة البصرية، والتفكير في أشياء تافهة وغير مهمة، والإحساس بمطاردة أفكار مزعجة وسخيفة وسيئة، وإحاح فكرة الإصابة بالمرض، والتفكير كثيراً في الجنس، وإحاح فكرة الرسوب في الامتحان، والتمسك بالأفكار السخيفة والتي لا وجود لها في الواقع، كما يتضمن عد الأرقام باستمرار، وترتيب السرير عدة مرات قبل النوم، وتكرار جملة معينة مرات عديدة في اليوم، ومسح الكرسي قبل الجلوس عدة مرات، والعد حتى رقم معين في الحمام قبل الاستحمام، والتأكد من غلق الباب أكثر من مرة، والقيام بعمل أشياء عديمة القيمة، وتحريك الرأس معظم الوقت، وهز الأكتاف معظم الوقت، وغسل الصابونة عدة مرات قبل الاستحمام، وهرش العين في أغلب الأحيان، ومراجعة الأعمال بصورة متكررة، والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة لأي عمل يقوم به أو قضاء فترات طويلة في الحمام، وغسل الأيدي مرات عديدة عند لمس أي شيء، وسيطرة اللزمات الخاصة مثل هز الرأس. وذلك كما يقاس بمقياس الوسواس القهري في الدراسة الحالية، الذي أعده الباحث.

التلاميذ ذوو الإعاقة البصرية:

تلعب حاسة البصر دوراً كبيراً في حياة الفرد والجهاز البصري، ينفرد دون غيره من الحواس الأخرى بأنه الجهاز المهيمن على الحواس الأخرى والذي يمكن الفرد من الإدراك الكلي للموقف، ويشعر الأفراد المعاقون بصرياً بعدم الثقة والعجز في كثير من المواقف التي يواجهونها،

مما يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس والإحباط والانسحاب والانطوائية وربما العدوانية وذلك يؤدي إلى نمو بذور الاضطرابات النفسية في شخصيته. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥: ٣٧)

ولا يختلف النمو النفسي لدى المعاقين بصرياً عنه لدى المبصرين، ولكنهم يكونون أكثر من أقرانهم المبصرين عرضة للاضطرابات النفسية وبصفة خاصة في مرحلة المراهقة، كما أن الصراعات النفسية التي يعيشها المعاقون بصرياً تلعب دوراً كبيراً في عدم ثبات انفعالاتهم، وقد يلجئون إلى الحيل اللاشعورية وآليات الدفاع من تبرير ونكوص وانسحاب وغيرها من الحيل الدفاعية، وقد تكون لديهم مشاعر متناقضة نحو الأشياء والناس، فهم قد يتوجهون على عالم المبصرين ليخرجوا من عزلتهم، وقد يتوجهون إلى عالم المعاقين بصرياً لينسحبوا وينعزلوا عن الآخرين، وفي تلك الحالتين يجدون مشاكل قد يقبلونها أو يرفضونها. (أماني أحمد فتحي، ٢٠١١: ٢٤)

ويقصد بالمعاق بصرياً بأنه الذي يفقد بصره كلية أو بلغت حدة الأبصار لديه أقل من (٦٠/٦) في كلتا العينين، سواء كانت الإعاقة بصرية موجودة منذ خروجه للحياة (ولادية) أو قبل بلوغه سن السادسة من عمره (مكتسبة) والتي لا يستطيع من خلالها الحصول على المعرفة، ويعتمد على حواسه الأخرى في الحصول عليها، ولا يستطيع قراءة الكتابة العادية، ولكن يعتمد على طريقة برايل في تعلم القراءة والكتابة.

الإطار النظري:

الوسواس القهري Compulsory Obsession:

يعد اضطراب الوسواس القهري مصدراً للاضطرابات الانفعالية الأخرى، ويؤثر سلبياً على التوافق الشخصي والاجتماعي، فهو المصدر الرئيس لكل من القلق والاكتئاب والخوف المرضي وغيرها من الاضطرابات الأخرى، ويقيد الوسواس القهري شخصية الفرد، ويحصرها في نطاق ضيق، ويؤثر في المجال الحيوي للفرد، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل إرادة الفرد بشكل تام.

ويتضمن الوسواس القهري كلمتين، أفكار وأفعال، والأفكار الوسواسية هي أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص المرة تلو الأخرى بشكل متكرر ونمطي، وهذه الأفكار مثيرة للإزعاج، لأنها غالباً تكون عنيفة أو خارجة عن اللائق، أو عديمة المغزى، ويحاول الفرد عادة أن يقاومها ولكن دون جدوى، وهي أفكار لا إرادية، وغالباً تكون كريهة، أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات نمطية، تتكرر المرة تلو الأخرى، وهي لا تحمل في ذاتها متعة، ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، ويرى الفرد فيها غالباً وقاية من حدث ما، لا يحتمل وقوعه موضوعياً، وتتضمن غالباً أذى موجه من الشخص أو إليه، ويدرك الفرد أن سلوكه هذا لا معنى ولا تفسير له، ويبدل محاولات عديدة لمقاومته، وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة في الحالات المستمرة لفترات طويلة، ويكون هناك عادة قلق لا إرادي، ويكثر وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي. (التصنيف الدولي للأمراض، دبت: ١٥٢)

ويبدأ اضطراب الوسواس القهري في مرحلة الطفولة، ويصيب الذكور والإناث على السواء، وأشارت التقديرات المتاحة أن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين يتراوح ما بين ١% إلى ٤%، وذلك من خلال الأبحاث المسحية، وارتبطت زيادة الوعي بانتشار اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين بزيادة الاهتمام البحثي والعلاجي لهذا الاضطراب. (عبد المنعم الميلادي، ٢٠٠٦: ٧٥) (Turner, 2006: 912)

وتتضمن الأفكار الوسواسية وساوس سائدة، يقاسي فيها الفرد أفكاراً تراوده رغماً عنه، وفي معظم الأوقات، وهذا النوع بمفرده نادراً ما يفتن إليه الآخرون إلا إذا اشتكى من وجوده المصاب ذاته، في حين تتضمن الأفعال القهرية سلوكيات قهرية سائدة، وتكون السمة الحركية التسلطية للمصاب هي المؤشر الواضح على إصابته، ويتضمن الفعل القهري طقوساً عملية يكررها المصاب بدون حرج أو توقف بالرغم من اعترافه بعدم منطقيتها، ومن أكثر هذه الطقوس شيوعاً تكرار غسل الأيدي بمناسبة وبدون مناسبة. (ألفت حقي، ٢٠٠٠: ٨٦-٨٧)

ويمثل اضطراب الوسواس القهري مشكلة كبيرة للمصابين بهذا الاضطراب، وفي نفس الوقت يمثل مشكلة للأفراد المحيطين بهم، فعواقب اضطراب الوسواس القهري تؤثر على الطرفين (المصابين بهذا الاضطراب والمحيطين بهم) وهو يحدث نتيجة لصراعات داخلية وخارجية، وهذا الاضطراب يحول حياة المصابين به إلى جحيم لا يطاق، ويستنفذ طاقتهم في أفكار وأفعال لا فائدة منها. (رمضان محمود درويش، تحت النشر، ٦٣-٦٤)

وهناك بعض الإحصائيات التي تقدر معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري في السكان بصفة عامة ما بين ٢% إلى ٣%، كما أن هذا الاضطراب يوجد بنسبة ١٠% من مرضى العيادات الخارجية، وهذه الأرقام تجعل اضطراب الوسواس القهري في الترتيب الرابع بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً بعد الفوبيا والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات، واضطراب الاكتئاب، وقد أثبتت الدراسات الوبائية عبر الثقافية في آسيا وأوروبا وأمريكا هذه المعدلات السابقة، كما وجدت هذه الدراسات أن اضطراب الوسواس القهري يكون متساوياً ومتشابه التأثير بين الرجال والنساء، أما بين المراهقين فيكون أكثر شيوعاً في الأولاد عن البنات.

(Kaplan & Sadock, 1998: 609)

أما فيما يتعلق بالارتباط بين الأفعال القهرية والأفكار التسلطية فإن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠% - ٩٥%) من حالات الأفعال القهرية تكون مصحوبة بأفكار تسلطية والعكس أيضاً صحيح، ففعل غسل الأيدي مثلاً يكون مصاحباً لأفكار تسلطية متعلقة بالنظافة أو التلوث، ويكون غسل الأيدي المتكرر هو السبيل الوحيد ليستريح الفرد من تلك الأفكار، وأفعال إعادة التأكد والتحقق القهرية، تكون مصاحبة لأفكار وشكوك تتعلق بإتمام فعل ما على أكمل وجه، وإعادة التأكد والتحقق هنا هو السبيل الوحيد للتقليل من حدة وإحاح الشكوك على وعي الفرد، ولكن الرابطة بين الفعل القهري والأفكار التسلطية لا تكون دائماً متممة بشئ من المنطق، وأحياناً تكون الرابطة المنطقية مبالغاً فيها، بل يحدث أيضاً ألا يكون هناك أي نوع من الربط المنطقي بين الوسواس التسلطية والأفعال القهرية، فمثلاً شخص يعاني من الوسواس القهرية يجد نفسه مضطراً إلى البقاء واقفاً على أطراف أصابع قدميه طوال الليل لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده في ظلام البحر. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ٧٠-٧١)

ويمكن تصور المسار النفسي من الفكرة التسلطية إلى الفعل القهري بشكل آخر، فهناك أولاً الفكرة التسلطية على المستوى المعرفي، وهي تولد على مستوى المشاعر إحساساً بالقلق المؤلم ثم يولد هذا القلق رغبة شديدة تدفع الشخص ناحية فعل أي شئ لتقليل إحساسه بالقلق المؤلم، فيكون هذا الفعل هو الفعل القهري، الذي يعطي إحساساً مؤقتاً بالراحة والخلاص من القلق، لكن هذا الإحساس لا يدوم طويلاً لأنه لا يزيل الفكرة التسلطية، كما أنه يولد لدى الشخص إحساساً بعدم كفاية الفعل القهري نفسه مما ينتج عنه تعاضد جديد للقلق وهكذا تعاد الدورة النفسية ما بين الفكرة التسلطية على المستوى المعرفي أو العقلي وبين الفعل القهري على مستوى السلوكيات.

(Kaplan, & Sadock, 1998: 110)

واستطاع فرويد فيما بين عام ١٨٩٤ - ١٨٩٥م أن يعزل تصنيفاً مرضياً قائماً بذاته بجانب الهستيريا وهو اضطراب الوسواس القهري، في وقت كان معظم المؤلفين يدرجون الوسواس ضمن زملة أعراض **Syndrome** تشكل الانحلال العقلي، أو يخلطونه مع النيراستينيا على حد قوله في مقالته المبكرة "الوراثة واقتصاص أسباب الأعصاب" وفي مقالته عن الأعصاب والأذنه كدفاع، قام فرويد بتحليل الميكانزمات النفسية للوسواس، ثم اتجه بعدها لضم تلك الأعراض الوسواسية المتنوعة من قبل المشاعر والأفكار الوسواسية بل والسلوك القهري ضمن عصاب مميز، تحدد شيئاً فشيئاً باعتباره وسواساً قهرياً، وهو يقوم على قهر تكرار الأفعال أو الأفكار، وأضاف فرويد أن انتظام الدوافع الغريزية لدى الوسواس القهري مماثل لانتظامها لدى طفل في المرحلة الشرحية السادية من النمو، وهذا يشير إلى طبيعة النكوص لدى الوسواسيين القهريين، والذي يشكل المرحلة الشرحية السادية حجر الزاوية في نكوصهم، ومن المعروف أن واحداً من ميكانزمات الدفاع الشائعة لدى هؤلاء هو التكوين العكسي، فالنظافة الزائدة لديهم هي رد فعل لقدارة المرحلة التي نكصوا إليها. (فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣: ٨٤٥-٨٤٦)

وطبقاً للتصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة **ICD - 10** فإن هناك معايير تحدد السواء واللاسواء في الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، وهي تتمثل فيما يلي:

- تكرار حدوث الأعراض في أغلب الأيام ولمدة أسبوعين متتاليين على الأقل.
- أن تكون هذه الأعراض مصدراً للإزعاج في النشاطات العادية للشخص.
- اعتراف الفرد بهذه الأعراض سواء كانت أفكاراً أو أفعالاً - ربما يعترف الفرد بوجود عرض واحد على الأقل - ويرفضها ويحاول مقاومتها بطرق غير ناجحة، وأحياناً يعترف الفرد بهذه الأعراض ولكن لا يكثرث بها، ولا يعمل على مقاومتها.

(التصنيف الدولي للأمراض، مرجع سابق، ١٥٣) (وائل أبو هندي، مرجع سابق: ٦٧)

وتعتبر الخاصة الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري هو انقياد الفرد دون وعي ودون إرادة فعلية للتفكير في أشياء معينة (وسواس) أو ممارسة سلوكيات (أفعال قهرية) المرة تلو الأخرى في محاولة منه لتخفيف وطأة هذا الاضطراب أو القلق، وكل الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري تقريباً يعترفون بعملية الاستحواذ، أي تمتلكهم أفكار غريبة تستحوذ على ذهنهم، ولا يستطيعون التخلص منها، ويشعرون بالإلزام أو الإجبار على التصرف، وقد تكون الأعراض شديدة بدرجة كافية لتحدث ألماً نفسياً واضحاً، كما أنها تستهلك الوقت أو تشوش على النظام المعتاد للفرد، أو على أدائه الوظيفي أو أنشطته وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين. (DSM - IV, 1994: 418)

وأما عن علاقة اضطراب الوسواس القهري بالاضطرابات النفسية الأخرى، فتعتبر الحدود التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري غير واضحة إلى حد كبير، فهناك تداخل بين اضطراب الوسواس القهري وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى، وذلك على النحو التالي:

تعد الأفكار المضخمة والسلوكيات القهرية من الملامح المميزة لكل من اضطراب الوسواس القهري واضطراب التشوه الوهمي للجسد، وذلك لأن كلا من المصابين باضطراب الوسواس القهري واضطراب التشوه الوهمي للجسد يعانون من الأفكار المقتحمة والسلوكيات القهرية بنفس الدرجة. (سامي محمد ملحم، ٢٠١٢: ٦)

كما أن اضطراب الوسواس القهري يتزامن في الحدوث - غالباً - مع اضطراب الخوف المرضي، كما أن المراهقين الذين كانوا يعانون من اضطراب الوسواس القهري أظهروا مستويات

مرتفعة في القلق، الاندفاعية، الاكتئاب الرئيسي. (هارولد، ١٩٩٢: ١٥٤) (Steven, et al, 2006: 249) (Alan, et al, 2003: 181)

ووجدت علاقات ارتباطية بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الأكل، والاضطرابات الوجدانية الثنائية، وفقدان الشهية العصبي، واضطرابات الشخصية النرجسية، واضطرابات الشخصية التجنبية، كما أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري يعانون من الانطواء والكف والعصبية. (Kaye, (Castle, Deale, Marks, 1995: 114) (Ronnongstam, 1996: 326) (Skodal, et al, 1995: 361) (1997: 335) (صفوت فرج، ١٩٩٩: ٣١٥)

بعض النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

* النظرية البيولوجية:

يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة اضطراب الوسواس القهري فقد وجد أن بعض الأبناء الذين يعاني أبائهم من اضطراب الوسواس القهري أنهم يعانون من نفس الاضطراب، ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي، فتأثير الأم أو الأب غير المرنين وأصحاب المثل العليا اللذين تظهر الوسوسة في تصرفاتهما ينعكس ذلك على شخصية أبنائهما، ويرجع ذلك إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها، وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ، لذا يتبين للفرد عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٣٨-١٣٩)

وتظهر دراسات رسم المخ أثناء النوم لدى مرضى الوسواس القهري سرعة دخول المريض في نوم حركة العين بسرعة، وهو ما يحدث أيضاً لدى مرضى الاكتئاب الجسيم، كما أظهرت دراسات رسم المخ وجود اختلافات في نشاط المخ الكهربائي بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري والأشخاص العاديين، كما أن الدراسات المتعددة التي طبقت على الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أشارت إلى وجود خلل في النشاط الكهربائي لأدمغة الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. (وائل أبو هندي، مرجع سابق: ١٤٢-١٤٣)

* نظرية التحليل النفسي:

يشير فرويد إلى أن انتظام الدوافع الغريزية لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري مماثل لانتظامها لدى طفل في المرحلة الشرجية السادية من النمو، مما يشير إلى طبيعة النكوص لدى الوسواسيين القهريين، الذي تشكل المرحلة الشرجية السادية حجر زاوية في نكوصهم، ومن المعروف أن واحداً من ميكانزمات الدفاع الشائعة لدى هؤلاء هو التكوين العكسي، فالنظافة الزائدة لديهم إنما هي رد فعل لقدارة المرحلة التي نكصوا إليها، وكثير من حالات الوسواس القهري يترجم القهر فيها أوامر الأنا الأعلى، مما يشير إلى إمكانية تكثيف القوى المضادة للدافع الغريزي في الأفعال أو الأفكار الوسواسية، في حين يظهر في حالات أخرى إشباع محرف للدافع الغريزي، وفي حالة ثالثة قد يعبر العرض عن طورين: يمثل أحدهما الدفعة الغريزية المستهجنة ويمثل الآخر الدفاع ضدها وهو ما يظهر بوضوح في حالة رجل الفئران، فعندما يستشعر فرد أنه يجبر على إبعاد حجر عن الطريق حتى لا يعرض حبيته للخطر إذا ارتطمت عربتها بهذا الحجر، وما أن تمر دقائق حتى يقول لنفسه، ما هذا السخف؟ ويجد نفسه مجبراً على العودة ثانية وإعادة الحجر لمكانه في منتصف الطريق، وهذا يشير إلى ميكانزم الفعل والمحو **Doing Undoing**، وهو ميكانزم مميز للوسواس

القهري وهناك ميكانزم آخر يظهر أساسياً في اضطراب الوسواس القهري وهو العزل **Isolation** عندما ينصب الكبت على الروابط بين المركبات النفسية ويعزل الوجدانات عنها. (فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣: ٨٤٦)

ويرى فرويد أن ميكانزم العزل يكون لحماية الشخص من القلق من تأثيرات الحفزات الغريزية، أما الإبطال فيرجع إلى التهديد الدائم، كما أن الحفزة قد تهرب من خط الدفاع الأول وهو العزل، وتصبح طليقة، فيواجه الشخص القلق، ولهذا يتكون خط الدفاع الثاني في أبطال الحفزة الغريزية بفعل الوسواس، وقد تختل وظائف الأنا والغرائز بالنكوص، ويتصور الوسواسي أن مجرد تفكيره في حدث ما في العالم الخارجي سوف يوقع الحدث دون فعل مباشرة، وهذا يجعل مجرد الشعور بنزعة العدوان مخيفاً لذوي اضطراب الوسواس القهري. (محمود حموده، ١٩٩١: ٣٦٢-٣٦٣)

وأشار فرويد أن الشخصيات التي تم تثبيتها على المرحلة الشرجية لديها استعداد وتقبل لأن ينمو لديها اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، كما حاول التحليل النفسي أن يميز بوضوح بين سمات الشخصية الوسواسية القهرية وبين الأعراض، فسمات الوسواس وجدت من أجل إعلاء الليبدو **Libido** في الوظيفة العادية للأفراد، أما أعراض الوسواس فهي تنمو بعد حدوث تعطل أو انتكاس في الميكانزمات الدفاعية. (Emmelkamp, et al, 1990: 56)

* النظريات السلوكية:

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن الفكرة عندما تصبح وسواسية تسبب القلق والتوتر بسبب ارتباطها بفكرة أخرى، تحدث القلق والتوتر بطبيعتها، كما أن الفعل القهري ينشأ من خلال اكتشاف الفرد أن قدرة فعل معين تؤدي إلى تقليل القلق والتوتر المرتبطين بفكرة تسلطية ما، ويجد الفرد نفسه يكرر ذلك الفعل إلى أن يصبح فعلاً قهرياً بالتدريج، وهذا يفسر بعض الظواهر التي تحدث لدى الفرد المصاب باضطراب الوسواس القهري. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٤٤)

واعتبرت المدرسة السلوكية أن اضطراب الوسواس القهري سلوكاً متعلماً معزراً بالعواقب، وأن القيام بمثل هذا السلوك يسهم في تقليل الخوف، فغسل الأيدي القهري يمثل استجابة انسحابية واضحة، تقلل من المخاوف الوسواسية للتلوث بالقذارة أو الجراثيم، فالقلق والاستجابات السيكوفسيولوجية يمكن أن تسهم أيضاً في تقليل الاضطراب عن طريق مثل هذا السلوك القهري. (حسن مصطفى، ١٩٩٨: ١٢٨)

وتفسر النظريات السلوكية الوسواس القهري باعتباره أحد الاضطرابات النفسية التي تكتسب من خلال التعلم، فالفرد قد يتعلم من خلال الخبرات التي يمر بها، فعندما يمر الفرد بالتوتر والقلق إزاء بعض الأمور فهو يتعلم القيام بسلوكيات معينة (قهرية) تؤدي إلى خفض هذا القلق، وقد يصبح هذا السلوك بعد ذلك قوياً ومعوذاً، ومن ثم ينشأ السلوك القهري الذي يخفف القلق، ويصبح عادة لدى الفرد. (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢: ٢١)

* النظرية المعرفية:

تقوم هذه النظرية لدى ممثلها مثل **Beck** و **Ellis** على مجموعة من الافتراضات التي تتركز حول الإمكانات التي يولد بها الفرد، والتي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً، فالفرد أما أن يميل إلى تحقيق الذات والاهتمام بالآخرين، أو قد يصبح من ناحية أخرى مدمراً لذاته، ويتهرب من المسؤولية، ويكره الآخرين، ويعتبر تفكير الفرد عملية لا شعورية تنتج من خلال انفعالاته ودوافعه وسلوكه، وعندما يدرك ويفكر فهو يفعل ذلك بطريقة تلقائية، تتفاعل فيها العمليات السابقة، والتي تحدد بدورها أسباب السلوك. (محمد سعفان، ١٩٩٨: ٣٨)

وتكون أفكار المضطربين بالوساوس القهرية متعلقة بفعل يعتقدون أنه كان يجب القيام به، أو أفكارهم متعلقة بفعل قاموا به، ولم يكن ينبغي القيام به، فالقلق الذي يعاني منه المضطربون بالوساوس القهري غير متعلق بموقف معين ولا بفكرة معينة بقدر ما هو متعلق بعواقب أن يكون الفرد في هذا الموقف أو بعواقب أن يفكر هذه الفكرة، فالأفكار التي تقحم نفسها في وعي الفرد عموماً من الممكن أن تمر مرور الكرام كما يحدث عند معظم البشر، إلا أن الفرد الذي يعاني من اضطراب الوسواس القهري يشعر بفداحة هذا الاقتحام، ويعطيه وزناً نفسياً وفكرياً كبيراً وهذا يؤدي إلى المزيد من اقتحام الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. (وائل أبو هندي، مرجع سابق، ١٧٦-١٧٧)

ويعاني المضطربون بالوساوس القهرية من التشوه المعرفي والذي يؤدي بدوره إلى معتقدات لا عقلانية وأفكار سلبية وأنماط تفكير غير سوية، وهذا يجعل الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري غير قادرين على التمييز بين السلوكيات المنطقية وغير المنطقية، وهذا يجعلهم عاجزين على التخلص من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية. (Sobin, et al, 1999: 265)

وتصبح الأفكار الوسواسية – في ضوء النظرية المعرفية – مشوشة ومزعجة ومضخمة، وتكون محرضة **Urge** لتصبح طبيعية وحقيقية أما السلوك القهري فهو سلوك علني مثل تكرار الاغتسال، ويأخذ شكل من السلوك المعرفي، ويقود هذا التابع من الأفكار والسلوك إلى آلام وبؤس واضطراب، ويؤدي إلى السلوك المزعج، وتقوم الفروض المعرفية في هذا الجانب على أمرين: الأول أن الوسواس القهري يعمل على خفض القلق، والثاني يظهر عندما يكتشف الفرد أن معارفه هذه لها قيمة بالفعل. (Jan, et al, 1989: 50)

ويحدث مسار نفسي بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، فالأفكار الوسواسية تكون على المستوى المعرفي، ثم تولد على المستوى الانفعالي إحساساً بالقلق المؤلم، وهذا الإحساس بالقلق يولد رغبة شديدة لدى الفرد للقيام بأفعال قهرية تعطي إحساساً مؤقتاً بالراحة والتخلص من القلق، وهذا الإحساس لا يدوم طويلاً لأنه لا يزيل الفكرة الوسواسية تماماً، مما يولد لدى الفرد إحساساً بعدم كفاية الفعل القهري نفسه، وهذا بدوره ينتج عنه تعاضم جديد للقلق، وهكذا تعاد الدورة النفسية ما بين الفكرة الوسواسية على المستوى المعرفي والفعل القهري على المستوى السلوكي. (Kaplan & Sadock, 1998: 110)

يتضح من العرض السابق أن هناك العديد من النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب الوسواس القهري مثل النظرية البيولوجية التي ركزت على العامل الوراثي، ونظرية التحليل النفسي التي ركزت على النواحي الدينامية، والنظرية السلوكية التي ركزت على التعلم، والنظرية المعرفية التي ركزت على الجانب المعرفي لدى الفرد الذي يقود إلى السلوك المنحرف لأنه عندما يصبح هناك تشوه معرفي في أفكار الفرد يؤدي هذا إلى اضطراب في الوجدان وخلل في السلوك، وعلى ذلك يمكن الاستفادة مما سبق خفض أعراض الوسواس القهري.

* الإعاقة البصرية Visual handicap:

تنوعت المسميات التي أطلقت على المعاقين بصرياً، والتي تمثلت في الأطفال الشواذ، والأطفال المعوقين، والأطفال غير العاديين ثم ظهرت اتجاهات جديدة لتعديل تلك المسميات مثل المعاقين بصرياً على أساس تحديد القصور في جانب محدد، ويشكل المعاقون بصرياً فئة غير متجانسة، فبعضهم يعاني من إعاقة كلية، بينما تعاني مجموعة أخرى من إعاقة بصرية جزئية، وقد تكون هذه الإعاقة ولادية أصيب بها الجنين في بطن أمه، وقد تكون بعد الميلاد لأي سبب من

الأسباب، ولذلك قد تكون الإعاقة البصرية وراثية أو مكتسبة ويتم تناول الأفراد ذوي الإعاقة البصرية من عدة جوانب وذلك على النحو التالي:

فمن الناحية اللغوية هناك عدة ألفاظ في اللغة العربية تستخدم للتعريف بالشخص الذي فقد بصره مثل الأعمى، الأكمه، الكفيف، الضرير، العاجز، فكلمة الأعمى وردت في قول الله - سبحانه وتعالى- (عبس وتولى أن جاءه الأعمى) (عبس، ١١-١٢) كما ورد لفظ الأكمه في قوله تعالى (...وأبرئ الأكمه والأبرص وأحيي الموتى بإذن الله...) (آل عمران، ٤٩) أما الضرير والعاجز فتطلقان على ذوي الإعاقة البصرية في الريف العربي.

ويعرف المعاقون بصرياً - من وجهة النظر التربوية - بأنهم من فقدوا القدرة كلية على الإبصار، أو الذين لم تتح لهم البقايا البصرية القدرة على القراءة والكتابة العادية حتى بعد استخدام المصححات البصرية، مما يحتم عليهم استخدام حاسة اللمس لتعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل، كما تتعارض إعاقة البصرية مع تعلمه وإنجازه بشكل طبيعي ما لم تتم تعديلات في طرق تقديم خبرات التعلم، وطبيعة المواد المستخدمة، وبيئة التعلم. (عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٨: ٤٥)

(Barrage, 1983: 35)

كما يعرف المعاق بصرياً من الناحية التربوية بأنه كل من يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة، ويعجز عن تلقي العلم في المدارس العادية، وبالطرق العادية والمناهج الموضوعية للفرد العادي. (زينب شقير، ٢٠٠٥: ١٥١)

ويعد الفرد معاقاً بصرياً من المنظور الاجتماعي عندما تمنعه هذه الإعاقة من التفاعل بصورة ناجحة مع العالم المحيط به، وتحد من قيامه بالوظائف الاجتماعية المختلفة، وطبقاً لهذا الاتجاه ينظر للفرد المعاق بصرياً على أساس قدرته البصرية الضعيفة أو المنعدمة، واحتياجه إلى المساعدة الأدبية والمادية من المجتمع، وتعطي هذه المساعدة لمن يقل بصره عن ٦/٦٠، وهذه المساعدة لا ترتبط فحسب بحدة الإبصار، ولكن أيضاً يؤخذ في الاعتبار اتساع أو ضيق مجال البصر، والتي على أساسها تتحدد الحاجة إلى المساعدة. (Dodds, 1986: 49) (لطفى بركات، ١٩٨٧: ٥)

وقد يلجأ ذوو الإعاقة البصرية لبعض من الحيل الدفاعية لمواجهة الصراعات الداخلية، ومن أهم هذه الحيل التبرير، فهم حينما يقومون بسلوكيات لا توافقيّة، يبررون ذلك بأنهم معاقون بصرياً وعاجزون، رغم أن إعاقتهم قد لا يكون لها دخل كبير فيما ارتكب من سلوكيات لا توافقيّة، وهو يلجأ لهذا الأسلوب حينما يحدث له نفور من قبول التفسير الصحيح عما يفعل، وهو تفسر قد يشير إليه بأصابع الاتهام. (إيهاب عبد العزيز، ١٩٩٩: ٣٠)

هذا وتنتشر الاضطرابات النفسية في مرحلة المراهقة بصفة عامة وتكون أكثر انتشاراً لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية نظراً لطبيعة الإعاقة البصرية التي تقيد الفرد في جميع أحواله فذوو الإعاقة البصرية من الناحية الفسيولوجية يعانون عجزاً خلقياً المتمثل في العجز عن الرؤية، وخاصة أن القصور في النواحي الجسمية لدى الفرد يؤثر على النواحي النفسية، وهذا ما يعاني منه ذوو الإعاقة البصرية.

ويعاني التلاميذ ذوو الإعاقة البصرية كثيراً من المشكلات النفسية والاجتماعية، وذلك بسبب الاضطرابات النفسية التي يعانون منها مثل القلق الاجتماعي، الخوف المرضي، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، كما يعانون من القصور في المهارات الاجتماعية، والخوف الاجتماعي. (Thyer & Stocks, 1986: 1001) (Schelver & Gutsch, 1983: 658) (روحية على

حسين، ١٩٨٨: ٢٥) (Gelernter, et al, 1991: (Bieber – Schut, 1991: 340) (أمني أحمد حامد، ٢٠٠٥: ١٢٥) (938)

وكذلك يعانون من الشعور بالوحدة النفسي، والخوف من المجهول، والالزمات الحركية. كما يتسم ذوو الإعاقة البصرية من العزلة والسلوك الانطوائي، ويعاني التلاميذ ذوو الإعاقة البصرية من الاغتراب النفسي والاجتماعي، كما ينتشر الشعور بأزمة الهوية لدى المراهقين المعاقين بصرياً، كما يعاني بعض التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية من الأعراض الذاتية. (autism) (أمني عبد المقصود، ١٩٩٣: ١٢٤) (King, et al, 1994: 377) (سهام علي عبد الحميد، ١٩٩٧: ٦٨) (بهجات محمد عبد السميع، ٢٠٠٣: ١٢٠) (فتحي عبد الرحمن الضبيع، ٢٠٠٦: ١١٨) (سامح أحمد سعادة، ٢٠١٠: ١٧٦) (مصطفى عبد المحسن الحديبي، ٢٠١١: ١١٥) (Williams, et al, 2011: 53) (علي عبد الله علي، ٢٠١٥: ٣٧٠)

كما يظهر المعاقون بصرياً مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب والاضطراب والإحساس بالدونية وعدم التوافق والوحدة النفسية والخوف من المجهول والخوف من الإصابة بالمرض والخوف من الحيوانات الصغيرة. (سامية لطفي، ١٩٩٨: ١٧٥) (McDonald, 1996: 983) (Beaty, 1992: 707) (Knight, 2007: 1512) (King, et al, 1994: 225)

ويتضح مما سبق أن التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية يعانون من بعض الاضطرابات النفسية، والتي تتمثل في القلق الاجتماعي، والخوف المرضي، وسوء التوافق الشخصي والقصور في المهارات الاجتماعية، والشعور بالوحدة النفسية والعزلة والسلوك الانطوائي والاضطراب النفسي، والشعور بأزمة الهوية، والأعراض الذاتية، وهذا يدل على أن التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية يعانون من الاضطرابات النفسية أكثر من التلاميذ العاديين.

الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعتبر الإرشاد النفسي مهماً بالنسبة للعاديين ويصبح أكثر أهمية لذوي الاحتياجات الخاصة، وبصفة خاصة الأفراد ذوي الإعاقة البصرية، ويعد الإرشاد النفسي من مطالب النمو النفسي للفرد، ويعد حقاً من حقوق كل فرد حسب حاجته في أي مجتمع متقدم.

ويقوم الإرشاد النفسي على توفير الفرص للمسترشدين لتنمو طاقاتهم وإمكانياتهم، وذلك عن طريق استخدام قدراتهم وميولهم إلى أقصى درجة ممكنة ليحسن من الفاعلية الشخصية فالإرشاد النفسي يبحث أولاً في زيادة حرية الفرد في حدود ذاته وبيئته، ويبحث ثانياً في العمل على زيادة فاعلية الفرد، وذلك من خلال إعطائه إمكانيات الضبط للبيئة وللإستجابات التي تولدها البيئة فيه، وهذا يعني أن المرشدين يعملون على مساعدة المسترشدين في أن يتعلموا كيف يتغلبون على السلوكيات اللاسوية. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٦: ٢٧٩)

ويعد الإرشاد النفسي مؤثراً وفعالاً، سواء في تنمية متغيرات إيجابية في الشخصية أو في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية، ويعتمد البرنامج الإرشادي الحالي على فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ Ellis، والتي تعتمد على الافتراضات الرئيسية لنظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي باعتبارها نظرية في الشخصية وطريقة في الإرشاد النفسي، حيث صاغ Ellis هذه النظرية، وتعهدها بالإضافة والتطوير والتحديث لفترة طويلة، والتي وصلت إلى آخر تعديل لتلك النظرية، والذي يؤكد فيه Ellis على استخدام مسمى الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بدلاً من الإرشاد العقلاني الانفعالي فقط.

وتعد نظرية ABCDEF هي جوهر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وقدم Ellis نموذج ABC ليوضح تطور الاضطراب الانفعالي، واستند في بنائه لهذا النموذج على افتراض

رئيسي، وهو أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي تبناه الفرد، لذا فهو يعتقد أن السبيل إلى الحد من المعاناة النفسية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، ويرى **Ellis** أن المشكلات النفسية لا تتجم عن الأحداث والظروف في حد ذاتها، وإنما عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف. (**Ellis, 1994: 56-60**)

ويقدر **Ellis** وفقاً لنموذج **ABC** أن الفرد عندما يتعرض لأحداث (**As**)⁽¹⁾ يفسر تلك الأحداث على أساس أنها تسبب النتائج (**Cs**)⁽²⁾ إلا أن هذه الأحداث المنشطة (**As**) تتفاعل مع نظام الاعتقادات (**Bs**)⁽³⁾ كما يتفاعل نظام الاعتقادات (**Bs**) مع النتائج (**Cs**) وعندما يفسر **Ellis** نموذج **ABC** يكون كالاتي: على الرغم من الحدث المنشط (**A**) هو الذي يقع قبل ظهور الاضطراب الانفعالي، إلا أنه ليس السبب الرئيسي المباشر للنتيجة (**C**) (الاضطراب الانفعالي)، وإنما تحدث هذه النتيجة بسبب نظام الاعتقادات (**B**) الموجود لدى الفرد، فإذا كان نظام الاعتقاد منطقياً (**rB**)⁽⁴⁾ فإن النتيجة ستكون غير مضطربة، أما إذا كان هذا الاعتقاد غير عقلاني (**iB**)⁽⁵⁾ فإن الاضطراب الانفعالي هو المتوقع. (**Ibid: 77**) (محمد محروس الشناوي، دبت: ١٠٤)

وما زال التدرج مستمراً وفقاً لنموذج **ABC** على النحو التالي: حدث منشط (**A**) قد يكون له جزء من التأثير على النتيجة (**C**) ولكن التأثير الأكبر على النتيجة هو نظام الاعتقاد (**B**) ولذلك عندما تحدث عاقبة غير مرغوبة مثل الاضطراب الانفعالي، فإن ذلك يرجع عادة إلى المعتقدات اللاعقلانية (**iBs**) للفرد، فإذا وجهت هذه الاعتقادات اللاعقلانية بنقد وتفنيد (**D**)⁽⁶⁾ فإن النتيجة المزعجة تختفي من خلال الوصول للأثر المعرفي الإيجابي (**cE**)⁽⁷⁾ ثم يتبع الأثر المعرفي أثر سلوكي (**bE**)⁽⁸⁾. (لويس مليكة، ١٩٩٤: ٢٠٧-٢٠٨)

وحدد **Ellis** مجموعة من الأفكار اللاعقلانية، والتي إذا تبناها الفرد في حياته يمكن أن تسبب له اضطرابات نفسية، وهي كالاتي:

- من الضروري أن يكون الفرد محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به.
- يجب على الفرد أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز، وإذا لم يتحقق ذلك يعتبر شخصاً عديم القيمة.
- بعض الناس يتصفون بالدناءة والجبن ولذلك فهم يستحقون العقاب والتوبيخ.
- إنه من الأمور المرعبة أن تسير الأشياء بعكس ما يتمنى الفرد لها.
- إن المصائب والتعاسة تحدث بسبب ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.
- الأشياء الخطيرة أو المخيفة تسبب انشغال كبير وهم دائم ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.

¹ Accidents.

² Consequences.

³ Beliefs.

⁴ Rational beliefs.

⁵ Irrational beliefs.

⁶ Disputing.

⁷ Cognitive effect.

⁸ Behavior effect.

- من الأفضل للفرد أن يتجنب بعض مسؤوليات حياته وأن يتحاشى بعض الصعوبات ويعتبر هذا أفضل من مواجهتها.
- يجب على الفرد أن يعتمد على الآخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند إليه في حياته الخاصة.
- الأحداث والخبرات الماضية هي التي تحدد السلوك الحاضر للفرد. وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده، وهو أمر محتوم.
- يجب على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات.
- هناك دائماً حل صحيح وثابت وكامل لمشكلات الإنسان، وهذا الحل يجب التوصل إليه حتى لا تصبح النتائج مؤلمة.

(Ellis, 1994: 107-129)

وينبغي على المرشد في عملية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أن يستمر في تعديل الأفكار غير المنطقية التي تكمن وراء الاضطراب النفسي كما يوضح المرشد للمسترشد بصورة حوارية كيف ولماذا تنسم هذه الاضطرابات النفسية باللاعقلانية؟ وإنها سوف تؤدي حتماً إلى نتائج سيئة، ولذا ينظر **Ellis** إلى هذه المشاعر السالبة على أنها معوقات تحول دون إقامة الفرد لأية أهداف جديدة، وبالتالي فإنه في إطار الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تعني العقلانية كيفية مساعدة المسترشد على تحقيق أهدافه وغاياته الأساسية، كما تعني العقلانية الأسلوب المتسق والمنطقي والمرن في التعامل مع الواقع، في حين تعني اللاعقلانية إعاقه الفرد عن تحقيق الأهداف والغايات الأساسية الخاصة به، كما تتضمن اللاعقلانية أسلوب غير متسق وغير منطقي وجامد في التعامل مع الواقع، وكذلك تنسم المفاهيم غير العقلانية بأخطاء التفسير والتكرار. (محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨١: ١٢٧) (**Dryden, 1996: 306**)

ويستخدم الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية، وتتمثل الطرق المعرفية في التحليل الفلسفي والمنطقي للأفكار غير العقلانية، وتفنيد الاستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار والإيحاءات والتشتيت المعرفي. (محمد محروس الشناوي، دت: ١١٤-١١٥)

وفيما يتعلق بالطرق الانفعالية للإرشاد العقلاني الانفعالي فإنها تستخدم للمساعدة في تغيير قيم العميل المحورية - موجهة للعمل مع مشاعر المسترشد - ويتم الاستعانة بعمليات مختلفة في الطرق الانفعالية مثل لعب الدور، النمذجة، الفكاهة، التقبل غير المشروط للعميل، حث العميل على ترك التفكير اللاعقلاني واستبداله بأفكار أكثر جدوى. (لويس مليكه، ١٩٩٤: ١٩٥)

وفيما يختص بالأساليب السلوكية المستخدمة في الإرشاد العقلاني السلوكي فتتضمن الواجبات المنزلية النشطة، وأساليب الإشراف الإجرائي، مثل التعزيز، العقاب، التشكيل، الاسترخاء، التخيل الذي يشتمل على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية. (محمد محروس الشناوي، مرجع سابق، ١١٦)

وبدأ استخدام الإرشاد النفسي مع الأفراد الذين يعانون من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية منذ فترات طويلة، وبسبب انتشار هذا الاضطراب بنسبة عالية في مرحلة الطفولة والمرهقة بدأ الأطباء النفسيون **Psychiatrists** يهتمون به في مجال الطفولة والمرهقة، وأثبتت طرق الإرشاد المعرفي السلوكي نجاحاً لدى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بصفة

خاصة، والاضطرابات النفسية الأخرى بصفة عامة. (محمد إبراهيم سعفان، ١٩٩٦: ٩٩) (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٤٤)

ويهدف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إلى أن يكون إرشاداً مختصراً، ويفضل بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات شديدة أن يستمر الإرشاد لفترة أطول لكي تتاح لهم فرصة لممارسة ما يتعلمونه ولكن بالنسبة للأفراد الذين لا يستطيعون مواصلة الإرشاد لفترات طويلة يمكن استخدام نموذج ABC لتخفيف أي مشكلة انفعالية، والعمل على تغيير الاتجاهات الأساسية التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي. (لويس مليكه، مرجع سابق: ٢٠٦)

وبعد وقف الأفكار الوسواسية ومنع الاستجابة هدفاً رئيسياً للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وتم استخدام التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوسواس القهري، والجلسات الطويلة من خلال برامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تكون أكثر فاعلية من الجلسات القصيرة، كما أن المواقف الحية في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تكون أكثر فعالية من المواقف المتخيلة. (إبريني سمير، ٢٠٠١: ٥٥)

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت برامج إرشادية معتمدة على الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لتخفيف حدة بعض الاضطرابات النفسية المتنوعة، فتناول **Schelver & Gutsch, 1983** برنامجاً إرشادياً عقلانياً انفعالياً سلوكياً لخفض القلق الاجتماعي، في حين تناول هشام إبراهيم عبد الله، ١٩٩١ برنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لخفض مستوى الاكتئاب، بينما تناول **Freeston & Robert, 1997** الإرشاد المعرفي السلوكي لتخفيف حدة الأفكار الوسواسية، واستخدم **Van – Balkom, et al, 1998** العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب الوسواس القهري، في حين استخدم إيهاب عبد العزيز البيلاوي، ١٩٩٩ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لتخفيف اضطراب القلق، بينما استخدم كل من سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢ أسلوب التعرض ومنع الاستجابة لتخفيف أعراض الوسواس القهري، وكذلك استخدمت دراسة إبريني سمير عوض، ٢٠٠١ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لخفض مستوى الوسواس القهري، كما استخدم وحيد مصطفى كامل، ٢٠٠٥ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لخفض أحداث الحياة الضاغطة وتناولت إيمان أحمد أبو النور ٢٠٠٩ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لتخفيف حدة الضغوط النفسية، واستخدم **Williams, et al, 2011** التعرض ومنع الاستجابة لتخفيف الأفكار الوسواسية المتعلقة بالجنس، واستهدفت دراسة أحمد حسنين أحمد، ٢٠١٢ خفض الضغوط النفسية باستخدام الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وكذلك استخدم علي موسى صبحيين، محمد فرحان القضاة، ٢٠١٢ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لتخفيف سلوك العنف.

دراسات سابقة:

تم عرض الدراسات السابقة في البحث الحالي في ضوء الدراسات التي تناولت برامج إرشادية سواء لتخفيف الاضطرابات النفسية بصفة عامة أو تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري بصفة خاصة، وذلك على النحو التالي:

حاولت دراسة (**Schelver, & Gutsch, 1983: 658-666**) التعرف على كفاءة العلاج العقلاني الانفعالي المؤدي ذاتياً في خفض القلق الاجتماعي المرتفع والمزمن، وتضمنت عينة الدراسة ٤٥ طالباً جامعياً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأولى: تجريبية، والثانية: ضابطة واستخدمت الدراسة الأدوات التالية مقياس القلق الاجتماعي، ومقياس القلق العام، ومقياس التقييم السلبي، وبرنامج علاجي، وتم تطبيق أدوات الدراسة قبل البرنامج وبعده، وأشارت نتائج الدراسة

إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي أدى إلى تخفيف القلق الاجتماعي، كما أدى البرنامج إلى تقليل الخوف من التقييم السلبي، وكذلك أدى إلى انخفاض سمة القلق بشكل كبير لدى المجموعة التجريبية.

واستخدم كل من (Thyer & Stocks, 1986: 1001-1003) العلاج الإظهارى لتخفيف الخوف المرضي لدى عينة من المكفوفين، وخاصة الذين يعانون من خواف ركوب المصاعد سريعة الحركة، واستخدم العلاج المختصر من خلال تعرض أفراد العينة التجريبية للمثيرات المرتبطة بالخوف في الحياة الواقعية، ونجح البرنامج العلاجي في تخفيف حدة الخوف الذي تبناه البرنامج وذلك لمقابلة متطلبات الأفراد ذوي الإعاقة البصرية الذين يعانون من المخاوف اللاعقلانية.

واستهدفت دراسة (Gelernter, et al, 1991: 938-945) المقارنة بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الفارماكولوجي باستخدام العقاقير والعلاج الوهمي لتخفيف حدة الخواف الاجتماعي، وتضمنت عينة الدراسة ٥٩ مريضاً، واستخدمت الدراسة مقياس الخواف الاجتماعي وثلاثة برامج علاجية (برنامج سلوكي معرفي، برنامج باستخدام العقاقير، برنامج علاجي وهمي)، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين مجموعة العلاج الطبي ومجموعة العلاج السلوكي المعرفي في مستوى الخواف الاجتماعي والمجموعة التي استخدم معها البرنامج المعرفي السلوكي استمرت على تحسنها خلال فترة المتابعة.

وقامت دراسة (هشام إبراهيم عبد الله، ١٩٩١) ببحث أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من ٢٠ طالباً وطالبة، قسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية مقياس ضغوط الحياة إعداد: الباحث، القائمة المعرفية للاكتئاب لـ Beck ترجمة الباحث استبيان الأحكام التلقائية السلبية إعداد: ممدوحة سلامة مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لـ Zong ترجمة: رشاد عبد العزيز، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأحكام التلقائية ومقياس التشويه المعرفي في الاكتئاب، ومقياس شدة أعراض الاكتئاب ومقياس ضغوط الحياة في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، وقد أظهرت نتائج الدراسة أيضاً فعالية العلاج العقلاني الانفعالي الفردي في تعديل الأحكام التلقائية السلبية، وجوانب التشويه المعرفي وخفض شدة أعراض الاكتئاب وصدمة ضغوط الحياة، وظهر ذلك من خلال الدراسة الإكلينيكية التي أجريت في هذا البحث.

وحاولت دراسة (أماني عبد المقصود، ١٩٩٣) بحث مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفي البصر، وتضمنت عينة الدراسة ٧٦ طالباً وطالبة من طلاب الصف الثاني الإعدادي المكفوفين كلية، وتم تقسيم العينة إلى أربع مجموعات (مجموعة تجريبية ذكور، مجموعة ضابطة ذكور، مجموعة تجريبية إناث، مجموعة ضابطة إناث)، وتراوح عمر العينة ما بين ١٢-١٦ سنة، وتكونت أدوات الدراسة من دليل تقدير الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إعداد: عبد العزيز الشخص اختبار الذكاء الاجتماعي إعداد: عماد الدين إسماعيل، سيد مرسى اختبار الشعور بالوحدة النفسية إعداد: إبراهيم قشقوش، وبرنامج إرشادي إعداد الباحثة، وأشار نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطين على مقياس الشعور بالوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وكانت الفروق لصالح المجموعتين التجريبيتين في الاتجاه الأفضل، في حين لم توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبيتين بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهم في القياس التتبعي على اختبار الشعور بالوحدة النفسية.

استهدفت دراسة (محمد أحمد سفعان، ١٩٩٦: ٩٥-١٣٦) تقييم مدى فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج الوسواس والأفعال القهرية، وتضمنت عينة الدراسة شخصاً واحداً فقط، واشتملت أدوات الدراسة على استمارة المقابلة الشخصية إعداد: صلاح مخيمر، المقابلة الحرة الطليقة، ومقياس السيكاثينيا المقتبس من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، تعريف: لويس كامل مليكه، عماد الدين إسماعيل، عطية هنا، اختبار ساكس لتكملة الجمل، اختبار تفهم الموضوع وبرنامج علاجي متضمناً البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في خفض الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية عندما تمت مقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي، كما استمر التحسن في فترة المتابعة الأولى والثانية.

وبحثت (سهام علي عبد الحميد، ١٩٩٧: ٦٧١-٦٨٨) أثر برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى المعاقين بصرياً، وتضمنت عينة الدراسة ٥٠ طفلة من المعاقات بصرياً تراوحت أعمارهن ما بين (١٠-١٢) سنة، ثم أخير من هذه العينة (٢٠) طفلة معاقة بصرياً كعينة للبرنامج الإرشادي، وقسمت هذه العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة)، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس السلوك الانطوائي للمعاقين بصرياً إعداد: الباحثة، استمارة المستوى الاقتصادي - الاجتماعي إعداد: عبد السلام عبد الغفار، إبراهيم قشقوش، اختبار عين شمس للذكاء الابتدائي إعداد: عبد العزيز القوسي، هدى برادة، حامد زهران، البرنامج الإرشادي إعداد: الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في السلوك الانطوائي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، وأن انخفاض السلوك الانطوائي استمر لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة.

وهدفت دراسة (Abramowitz, 1997: 44-52) إلى المراجعة الكمية للدراسات التي قامت بالعلاج النفسي والعلاج بالأدوية لاضطراب الوسواس القهري، وتضمن العلاج النفسي، المواجهة ومنع الاستجابة والعلاج المعرفي، كما تضمنت الدراسات المستعرضة العلاج الدوائي، وكانت المقاييس المستخدمة في هذه الدراسات، مقياس يلو- براون للوسواس القهرية وقائمة ليتون للوسواس، وقائمة مودسلي للوسواس القهرية، وأظهرت نتائج الدراسات المستعرضة أن أسلوب المواجهة ومنع الاستجابة كان له تأثير كبير في خفض اضطراب الوسواس القهرية، كما أن أسلوب المواجهة مع العلاج المعرفي كان لهما تأثير كبير في خفض اضطراب الوسواس القهري، وعند مقارنة المواجهة ومنع الاستجابة مع أسلوب الاسترخاء، كان أسلوب المواجهة ومنع الاستجابة أفضل في علاج اضطراب الوسواس القهري من أسلوب الاسترخاء، وعند مقارنة أسلوب المواجهة ومنع الاستجابة مع العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري كان أسلوب العلاج المعرفي أفضل في علاج اضطراب الوسواس القهري من أسلوب المواجهة ومنع الاستجابة في حين أظهر أسلوب المواجهة ومنع الاستجابة مع عقار **Serotonergic** تأثير فعالاً في علاج اضطراب الوسواس القهري.

وهدفت دراسة (Freeston & Robert, 1997: 405-413) إلى بحث مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف حدة الأفكار الوسواسية، متضمناً الملاحظة الذاتية، مراقبة الذات، المواجهة، منع الاستجابة، إعادة البناء المعرفي، وتضمنت عينة الدراسة ٢٩ شخصاً يعانون من الأفكار الوسواسية، قسموا إلى مجموعتين، ١٥ شخصاً مجموعة تجريبية، ١٤ شخصاً مجموعة ضابطة، وتكونت أدوات الدراسة من البرنامج العلاجي، ومقياس الوسواس القهري لـ **Yale - Brown**، وقائمة اختبار يادو للوسواس (**PI**) وقائمة بيك للاكتئاب (**BDI**) وقائمة بيك للقلق

(BAI) وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأفكار الوسواسية والقلق والاكتئاب في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

درس (Moritz, 1998: 423) أثر فعالية برنامج علاجي سلوكي باستخدام اللعب في علاج اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال، واعتمدت الدراسة على برنامج يسمى التخلص من الوسواس القهري، وتضمن هذا البرنامج عدة فنيات، مثل التعرض، منع الاستجابة، الحماية، التدفق واشتمل البرنامج أيضاً على ٢٤ لعبة أعدت بواسطة الأطباء النفسيين بمشاركة الآباء، وكان الواجب المنزلي جزءاً من هذا البرنامج، وتضمنت عينة الدراسة أربعة أطفال، واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج السلوكي، المقياس العالمي للوسواس القهري مقياس الكرب، قائمة المراجعة لآباء الأطفال المصابين بالوسواس القهري، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج العلاجي انخفض لديهم اضطراب الوسواس القهري، وأظهروا مستويات منخفضة في القلق والاكتئاب والنشاط الزائد والعدوان.

وهدفت دراسة (Van- Balkom, et al, 1998: 492-499) إلى معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي منفرداً في مقابل العلاج المعرفي السلوكي مع عقار الفلوفوكسمين لخفض اضطراب الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة ١١٧ فرداً يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتم تقسيمهم إلى خمس مجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى: تعرضت للعلاج المعرفي لمدة ١٦ أسبوعاً.

المجموعة الثانية: تعرضت للمواجهة الواقعية ومنع الاستجابة لمدة ١٦ أسبوعاً.

المجموعة الثالثة: تعرضت لعقار الفلوفوكسمين إلى جانب العلاج المعرفي لمدة ثمانية أسابيع.

المجموعة الرابعة: تعرضت لعقار الفلوفوكسمين **Fluvoxzmine** إلى جانب المواجهة الواقعية ومنع الاستجابة لمدة ١٦ أسبوعاً.

المجموعة الخامسة: المجموعة الضابطة ولم تتعرض لأي نوع علاجي.

وتم استخدام الأدوات التالية: العلاج المعرفي السلوكي، مقياس يلو - براون للوسواس القهرية، قائمة بادو للوسواس، ومقياس القلق، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعات التجريبية الأربعة وإن اشترك دواء الفلوفوكسمين مع كل من العلاج المعرفي أو مع المواجهة الواقعية ومنع الاستجابة ليس له دور رئيسي في العلاج، حيث لم تكن هناك فروق بين العلاج المعرفي وحده أو المواجهة الواقعية ومنع الاستجابة فقط وبين هذه الأساليب مترامناً مع دواء الفلوفوكسمين.

استهدفت دراسة (إيهاب عبد العزيز الببلاوي، ١٩٩٩) بحث مدى فعالية كل من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالتحصين التدريجي في خفض مستوى القلق لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من (١٨) طالباً قسموا إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تتكون من (٦) طلاب، وهي تمثل مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والمجموعة الثانية تتكون من (٦) طلاب هي مجموعة العلاج بالتحصين التدريجي، والمجموعة الثالثة تتكون من (٦) طلاب وهي المجموعة الضابطة، وتمت المجانسة بين المجموعات الثلاث في العمر الزمني والذكاء والجنس (ذكور) ونوع الإقامة ودرجة الإقامة، ومستوى القلق والمستوى الاقتصادي - الاجتماعي، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس القلق إعداد: الباحث، وبرنامجين علاجيين إعداد: الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق

لدى المجموعتين التجريبيتين بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل سواء لدى مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أو مجموعة التحصين التدريجي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق لدى المراهقين المعاقين بصرياً ترجع لاختلاف نوع البرنامج.

واستهدفت دراسة (إيريني سمير عوض، ٢٠٠١) التعرف على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠ طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، وقسموا إلى مجموعتين (١٠ طلاب مجموعة تجريبية، ١٠ طلاب مجموعة ضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: اختبار بادو للوسواس والأفعال القهرية إعداد: أزيوسانافيو، ترجمة: محمد سعفان، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي على اختبار الوسواس والأفعال القهرية لصالح البعدي في الوضع الأفضل، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي على اختبار الوسواس والأفعال القهرية لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على اختبار الوسواس والأفعال القهرية في التطبيق البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي في الوضع الأفضل.

وحاولت دراسة (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢) المقارنة بين العلاج السلوكي من خلال أسلوب التعرض ومنع الاستجابة والعلاج الدوائي لتخفيف أعراض الوسواس القهري، كما استهدفت الدراسة استخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة والأسلوب الدوائي كل على حدة، ومقارنتهما باستخدام الأسلوبين معاً، وتضمنت عينة الدراسة ٢٠ فرداً مصابين باضطراب الوسواس القهري، وقسمت العينة إلى أربع مجموعات: تلقت المجموعة الأولى: أسلوب التعرض ومنع الاستجابة بمفرده، بينما تلقت، المجموعة الثانية: علاج دوائي فقط، في حين تلقت، المجموعة الثالثة: أسلوب التعرض ومنع الاستجابة متزامناً مع العلاج الدوائي، أما المجموعة الرابعة: فكانت ضابطة لم تتلق أي نوع من العلاج، وتم استخدام قائمة مودزلي للوسواس القهري، ترجمة: صفوت فرج، وثلاثة برامج علاجية إعداد الباحثين، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة كان فعالاً في خفض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي مقارنة بأسلوب العلاج الدوائي، وأسلوب التعرض ومنع الاستجابة والأسلوب الدوائي معاً، واستمر التحسن في فترة المتابعة.

واستهدفت دراسة (عزت عبد الله كواسه، محمود يوسف رسلان، ٢٠٠٢: ٢٠٠-٢٣٨) استخدام الإرشاد النفسي الديني لتخفيف اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من الطلاب الجامعيين، واشتملت عينة الدراسة على ٤٠ طالباً، قسموا إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: تضمنت ٢٠ طالباً كعينة تجريبية، بينما اشتملت المجموعة الثانية: ٢٠ طالباً كمجموعة ضابطة، واستخدم الباحثان الأدوات التالية: مقياس الوسواس القهري، إعداد: أحمد عبد الخالق، وبرنامج نفسي ديني من إعداد: الباحثين، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج النفسي الديني كان فعالاً في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الذي استمر لمدة شهرين.

أجرى (السعيد غازي رزق، ٢٠٠٣: ٢-٨١) دراسة تهدف إلى استخدام برنامج معرفي سلوكي لخفض اضطراب الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة ١٥ مفحوصاً، واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية شبه المقننة، مقياس الوسواس القهري، قائمة القلق لـ

سبيلبرجر، مقياس بك للاكتئاب، برنامج معرفي سلوكي قائم على فنيتي المواجهة ومنع الاستجابة إعداد الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي، واستمر التحسن في فترة المتابعة بعد أربعة أشهر من انتهاء البرنامج.

وقامت (بهجات محمد عبد السميع، ٢٠٠٣) ببحث مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي في التخفيف من الشعور بالاغتراب لدى عينة من المراهقين المكفوفين وتضمنت عينة الدراسة ٢٠ طالباً وطالبة من المكفوفين، تراوحت أعمارهم من ١٦-١٩ سنة، وتضمنت أدوات الدراسة برنامجاً إرشادياً إعداد: الباحثة ومقياس الشعور بالاغتراب لدى المراهقين المكفوفين إعداد: الباحثة، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاغتراب بين التطبيق القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه المفضل.

واستهدفت دراسة (أماني أحمد حامد، ٢٠٠٥) بحث أثر برنامج للعلاج بالتحسين التدريجي كأحد الإستراتيجيات السلوكية لخفض مستوى المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال من ذوي الإعاقة البصرية، وتضمنت عينة الدراسة ١٢ تلميذاً، قسموا إلى مجموعتين، ٦ تلاميذ مجموعة تجريبية، ٦ تلاميذ مجموعة ضابطة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي للمخاوف المرضية لصالح المجموعة التجريبية في الوضع الأفضل، كما وجدت فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وكانت الفروق لصالح التطبيق البعدي في الوضع الأفضل، عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة لدى المجموعة التجريبية.

وقام (وحيد مصطفى كامل، ٢٠٠٥: ٥٦٩-٥٩٨) بدراسة مدى فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلاب الجامعة، وتضمنت عينة الدراسة ٤٠ طالباً وطالبة جامعيين، وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد: الباحث، مقياس أحداث الحياة الضاغطة، إعداد: إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب، وبرنامج إرشادي إعداد: الباحث، وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي في خفض آثار أحداث الحياة الضاغطة لدى أفراد مجموعتي الدراسة التجريبية في التطبيق البعدي.

هدفت دراسة (فتحي عبد الرحمن الضبع، ٢٠٠٦) إلى بحث مدى فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، وتضمنت عينة الدراسة ١٨ طالباً من المعاقين بصرياً، قسموا إلى مجموعتين، ٩ طلاب في المجموعة التجريبية، ٩ طلاب في المجموعة الضابطة، واستخدم الباحث الأدوات التالية: مقياس أزمة الهوية، إعداد: الباحث، مقياس معنى الحياة إعداد: الباحث، وبرنامج العلاج بالمعنى إعداد: الباحث، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في رتب الهوية، ومعنى الحياة في التطبيق البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، عدم وجود فروق في رتب الهوية ومعنى الحياة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة.

وحاول (Freeman, et al, 2008: 593) بحث مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في مقابل العلاج بالاسترخاء في خفض اللزمات لدى عينة من التلاميذ الذين يعانون من الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة من ٤٢ تلميذاً يعانون من الوسواس القهري الأولى، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي السلوكي بينما تلقت المجموعة الأخرى العلاج بالاسترخاء، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس الوسواس القهري، وبرنامجين علاجيين

أحدهما يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي، والآخر يعتمد على العلاج بالاسترخاء، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن كلا البرنامجين العلاجيين كانا فعالين في خفض اللزومات لدى المجموعتين، واستتبع ذلك انخفاض في اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعتين التجريبيتين.

وهدفت دراسة (إيمان أحمد أبو النور، ٢٠٠٩) إلى التعرف على الأثر الذي يمكن أن يحدثه برنامج في الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من ٤٠ طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، قسموا إلى مجموعتين ٢٠ طالباً وطالبة في المجموعة التجريبية و ٢٠ طالباً وطالبة في المجموعة الضابطة، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس الضغوط النفسية إعداد: الباحثة، وبرنامجاً إرشادياً قائماً على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي كان فعالاً في خفض الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية في مرحلة التطبيق البعدي، كما استمر أثر فعالية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي لدى أفراد المجموعة التجريبية في خفض الضغوط النفسية في فترة المتابعة.

وقام (سامح سعادة، ٢٠١٠) بالتحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض حدة بعض أعراض الذاتوية لدى عينة من الأطفال المكفوفين، وتضمنت عينة الدراسة مجموعتين من الأطفال المكفوفين الأولى: مجموعة تجريبية وعددها خمسة أطفال، والثانية: المجموعة الضابطة وعددها خمسة أطفال أيضاً، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس جليام لتشخيص الذاتوية، قائمة تقدير السمات التوحدية لدى الأطفال المكفوفين إعداد: خالد النجار، مقياس الطفل التوحدي، إعداد: عادل عبد الله، مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (الجزء اللفظي) استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي، والبرنامج الإرشادي إعداد الباحث، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في الأعراض الذاتوية والسمات التوحدية لصالح القياس البعدي، كما وجدت فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأعراض الذاتوية والسمات التوحدية لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتبقي في الأعراض الذاتوية والسمات التوحدية لدى المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة (مصطفى عبد المحسن الحديبي، ٢٠١١) إلى بحث مدى فعالية برنامج علاجي قائماً على العلاج بالمعنى في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً، وتضمنت عينة الدراسة مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس الوحدة النفسية إعداد: الباحث، برنامج علاجي إعداد: الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في الوحدة النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتطبيق في فترة المتابعة لدى المجموعة التجريبية.

واستهدفت دراسة (Williams, et at, 2011: 53-66) إلى بحث أثر برنامج علاجي باستخدام التعرض ومنع الاستجابة لتخفيف الأفكار الوسواسية المتعلقة بالجنس لدى حالة تعاني من الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة فرد واحد فقط، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس بيل - براون للوسواس القهري، وبرنامج علاجي تضمن ١٧ جلسة بمعدل جلستين أسبوعياً، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض أعراض الأفكار الوسواسية المتعلقة بالجنس، كما تبعه تحسن في المزاج وجودة الحياة.

وهدفت دراسة (أحمد حسنين أحمد، ٢٠١٢: ٤٩-١٠٤) إلى بحث مدى فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من ١٠ طلاب من المراهقين، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس تقدير مستوى الضغوط

النفسية، إعداد: الباحث، وبرنامج إرشادي عقلاني انفعالي إعداد: الباحث، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي حيث كان فعالاً في خفض الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج، واستمرت الفاعلية في القياس التتبعي في فترة المتابعة.

وقامت دراسة (علي موسى صبحيين، محمد فرحان القضاة، ٢٠١٢: ٣٠٧-٣٤٧) بالتحقق من مدى فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض سلوك العنف لدى عينة من الطلاب، وتضمنت عينة الدراسة ٢١ طالباً وطالبة في المجموعة التجريبية، ٢٢ طالباً وطالبة في المجموعة الضابطة، وتكونت أدوات الدراسة مقياس السلوك الاستقرائي، إعداد: الباحثين، وبرنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي، إعداد: الباحثين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض حجم العنف لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي أكثر من المجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج وجود تفاعل بين أسلوب المعالجة والجنس، حيث انخفضت درجة العنف لدى الطلبة الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالطلبة الذكور والإناث من أفراد المجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة (Armstrong, 2012) إلى بحث مدى فعالية العلاج النفسي القائم على التقبل والالتزام **Acceptance and commitment therapy** في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المراهقين، وتضمنت عينة الدراسة ثلاثة أفراد من المراهقين تراوحت أعمارهم من ١٢-١٧ سنة، وتضمنت أدوات الدراسة برنامجاً علاجياً تكون من ١٠ جلسات، ومقياس الوسواس القهري لـ **Yale- Brown** وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة في التطبيق البعدي.

واستهدفت دراسة (Armstrong, et al, 2013: 175-190) التحقق من مدى فعالية العلاج النفسي القائم على التقبل والالتزام في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة مجموعة من المراهقين تراوحت أعمارهم من ١٢-١٣ سنة، وتكونت أدوات الدراسة من برنامج نفسي علاجي، ومقياس الوسواس القهري لـ **Yale- Brown** ، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة في مرحلة التطبيق البعدي، كما استمر هذا الانخفاض بعد ثلاثة أشهر من تطبيقه في مرحلة المتابعة.

وحاولت دراسة (Safak, et al, 2014: 225-233) بحث مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة المبدئية من ٨٢ مفحوصاً، تم اختيار ٣٧ مفحوصاً منهم الذين تنطبق عليهم أعراض اضطراب الوسواس القهري، واستخدم الباحث مجموعة من الأدوات، تمثلت في البرنامج- العلاج المعرفي السلوكي، والمقابلة الإكلينيكية المقننة، ومقياس الوسواس القهري لـ **Yale- Brown** ومقياس بيك للقلق (**BAI**) ومقياس بيك للاكتئاب (**BDI**)، وأشارت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي الذي استمر ١٤ أسبوعاً كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري والقلق والاكتئاب في مرحلة التطبيق البعدي.

بحنت دراسة (علي عبد الله علي، ٢٠١٥: ٣٤٤-٣٧٧) مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي لتعزيز السلوك البديل وأثره على خفض اللزمات المصاحبة للإعاقة البصرية، واشتملت عينة الدراسة على ١٠ تلاميذ مكفوفين بالمرحلة الإعدادية، قسموا إلى مجموعتين ٥ تلاميذ مجموعة تجريبية، ٥ تلاميذ مجموعة ضابطة، وتضمنت أدوات الدراسة استمارة ملاحظة اللزمات المصاحبة للإعاقة البصرية، إعداد: الباحث، برنامج التعزيز الرمزي إعداد: الباحث، وأشارت نتائج الدراسة أن البرنامج الإرشادي لتعزيز السلوك البديل (المشاركة الصفية والهدوء) كان فعالاً في خفض اللزمات المتمثلة في الحركات والألفاظ السريعة والمتكررة والنمطية وحل محلها السلوك

البديل للزمات المتمثل في المشاركة الصفية والهدوء لدى أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي واستمر هذا التحسن في مرحلة المتابعة.

وهدفت دراسة (Moritz, et al, 2015: 315-330) إلى بحث مدى فعالية العلاج القائم على الاستدلال في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، واشتملت عينة الدراسة على ٥٠ مشاركاً، وقسموا إلى مجموعتين عشوائياً، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وتضمنت أدوات الدراسة برنامجاً علاجياً، ومقياس اضطراب الوسواس القهري لـ **Yale- Brown**، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية فقط.

وبحثت دراسة (Kumar, et al, 2016: 366) مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة ٢٧ مفحوصاً، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: برنامجاً معرفياً سلوكياً قائماً على اليقظة العقلية، ومقياس الوسواس القهري لـ **Yale- Brown**، وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض اضطراب الوسواس القهري لدى العينة التجريبية في مرحلة التطبيق البعدي، كما استمر هذا التحسن في مرحلة المتابعة بعد فترة ثلاثة أشهر من تطبيقه.

واستهدفت دراسة (Lenhard, et al, 2016: 10) بحث مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عبر الإنترنت في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، وتضمنت عينة الدراسة ٦٧ مفحوصاً من المراهقين، تراوحت أعمارهم من ١٢-١٧ سنة، وقسموا إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وتكونت أدوات الدراسة من برنامج علاجي استمر لمدة ١٢ أسبوعياً، ومقياس الوسواس القهري، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية في مرحلة التطبيق البعدي، كما استمر التحسن لدى هذه المجموعة بعد نهاية ثلاثة أشهر من تطبيقه في فترة المتابعة.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

يتضح من عرض الدراسات السابقة أن هناك دراسات حاولت تخفيف حدة الاضطرابات النفسية بصفة عامة مثل خفض القلق الاجتماعي، والخوف المرضي، والاكتئاب، وتقليل حدة السلوك الانطوائي، وتخفيف الشعور بالاغتراب، وخفض أحداث الحياة الضاغطة، وتخفيف أزمة الهوية، وخفض حدة الضغوط النفسية، وتخفيف حدة أعراض الذاتوية، وخفض حدة الشعور بالوحدة النفسية، وتخفيف حدة الضغوط النفسية، وخفض سلوك العنف، وذلك مثل دراسة (Schelver, Gutsch, 1983، ودراسة (Thyer, & Stock, 1986، ودراسة (Gelernter, et al 1991، ودراسة هشام إبراهيم عبد الله ١٩٩١، ودراسة أماني عبد المقصود ١٩٩٣، ودراسة (King, et al, 1994، ودراسة سهام علي عبد الحميد ١٩٩٧، ودراسة إيهاب عبد العزيز البيلالوي ١٩٩٩، ودراسة بهجات محمد عبد السميع ٢٠٠٣، ودراسة أماني أحمد حامد ٢٠٠٥، ودراسة وحيد مصطفى كامل ٢٠٠٥، ودراسة فتحي عبد الرحمن الضبع ٢٠٠٦، ودراسة إيمان أحمد أبو النور ٢٠٠٩، ودراسة سامح سعادة ٢٠١٠، ودراسة مصطفى عبد المحسن الحديبي ٢٠١١، ودراسة أحمد حسنين أحمد ٢٠١٢، ودراسة علي موسى صبحيين، محمد فرحان القضاة ٢٠١٢.

بينما هناك دراسات أخرى تناولت برامج إرشادية لتخفيف حدة أعراض الوسواس القهري، مثل دراسة محمد أحمد سعفان ١٩٩٦، ودراسة (Abramowitz, 1997، ودراسة (Freeston & Robert, 1997، ودراسة (Moritz, 1998، ودراسة (Van-Balkom, et al 1998،

ودراسة إيريني سمير عوض ٢٠٠١، ودراسة سعاد البشر، صفوت فرج ٢٠٠٢، ودراسة عزت عبد الله كواسه، محمود يوسف رسلان ٢٠٠٢، ودراسة السعيد غازي رزق ٢٠٠٣، ودراسة **Freeman, et al, 2008**، ودراسة **Williams, et al, 2011**، ودراسة **Armstrong, 2012**، ودراسة **Armstrong, et al, 2013**، ودراسة **Safak, et ql, 2014**، ودراسة **Lenhard, et al, 2015**، ودراسة **Moritz, et al, 2016**، ودراسة **Kumar, t al, 2016**، ودراسة **2016**.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للتطبيق القبلي والبعدي في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أعراض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة (التطبيق البعدي) وبعد نهاية خمسة أشهر من تطبيقه (المتابعة) في أعراض اضطراب الوسواس القهري.

أدوات الدراسة:

١- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث):

قام الباحث الحالي بإعداد هذا البرنامج انطلاقاً مما أشارت إليه الأدبيات والدراسات من أن بعض التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية يعانون من بعض أعراض اضطراب الوسواس القهري، مما يؤدي إلى العديد من الصعوبات في حياة التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، أهمها عدم التوافق الشخصي والاجتماعي، ولا يتألم باضطراب الوسواس القهري المعاقون بصرياً لوحدهم، بل يتأثر به أسرهم والمتعاملون معهم.

وقام البرنامج الإرشادي الحالي على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي لـ **Ellis**، وبصفة خاصة نموذج **ABC** للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، الذي يقوم على الربط بين المثبرات والاستجابات من خلال الأفكار اللاعقلانية كمتغير وسيط بين هذه المثبرات وتلك الاستجابات.

وتبعاً لنموذج **ABC** في الإرشاد العقلاني - الانفعالي - السلوكي يساعد المرشد العميل في التعرف على الاعتقادات القاهرة للذات، وكيف تسهم تلك الاعتقادات اللاعقلانية في الاضطراب الانفعالي، ثم يتعلم العميل كيف ينقد ويفند الاعتقادات اللاعقلانية، وذلك من خلال التفكير في تلك الاعتقادات ونقدها، ثم يستخدم المرشد عدداً من الطرق المعرفية والانفعالية والسلوكية لتغيير الاعتقادات اللاعقلانية، وبناء أفكار عقلانية صحيحة بديلة. (**Ellis, 1994: 68-69**)

واستهدف البرنامج الإرشادي العقلاني - الانفعالي - السلوكي الحالي إلى تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، وهذا من خلال توضيح العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وأعراض الوسواس القهري الذي يعتبر في حد ذاته اعتقادات لا عقلانية، وكذلك من خلال توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك، كما يتم تنفيذ ونقد الاعتقادات اللاعقلانية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري واستبدالها بأفكار عقلانية، وذلك يؤدي إلى إعادة البناء المعرفي بطريقة سليمة.

وقام هذا البرنامج على مجموعة من الأسس، فمن ناحية الأساس المعرفي، تضمن هذا البرنامج مجموعة من المعلومات اللازمة التي قدمت للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية عن أعراض الوسواس القهري والمقارنة بينها وبين الأفكار والأفعال العادية، وتمثل الأساس الوجداني في التركيز على الاهتمامات والميول التي تدعم الاتجاهات السلبية نحو أعراض الوسواس القهري، وذلك من خلال أسلوب القصة وتغيير الاتجاهات وتخفيف حدة الانفعالات السالبة، وأهتم الأساس السلوكي بتنمية الممارسات التي تؤدي إلى تخفيف أعراض الوسواس القهري، وتشجيع السلوك الذي يساعد على ذلك من خلال الأنشطة التي كلف بها المسترشدون في فترة تنفيذ البرنامج.

وتم في هذا البرنامج استخدام مجموعة من الفنيات الإرشادية المرتبطة بالإرشاد العقلاني – الانفعالي – السلوكي في ضوء نموذج ABCDE مثل المحاضرة، لعب الدور، الإقناع المنطقي، التخيل، المشاركة الوجدانية ... وغيرها من الفنيات المتنوعة، بالإضافة إلى مناقشة بعض الأفكار اللاعقلانية لـ Ellis المرتبطة بأعراض اضطراب الوسواس القهري لتفنيدها واستبدالها بالأفكار العقلانية المقابلة لها، وتضمن البرنامج الحالي ١٧ جلسة، وزعت على فترة زمنية لمدة شهرين، بمعدل جلستين أسبوعياً، وذلك بمقدار ٧٥ دقيقة للجلسة، ويتخلل الجلسة فترة استراحة لمدة عشر دقائق، ويلخص الجدول التالي جلسات البرنامج الإرشادي الحالي من حيث عددها وموضوعها والهدف منها، كما هو موضح في جدول (١) التالي:

جدول (١)

ملخص جلسات البرنامج الإرشادي من حيث عددها وموضوعها وهدفها

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة
الأولى	تمهيد.	التعارف بين الباحث والمشاركين.
الثانية	التعريف باضطراب الوسواس القهري.	شرح وتوضيح اضطراب الوسواس القهري.
الثالثة	نموذج ABC.	توضيح العلاقة بين مكونات هذا النموذج.
الرابعة	التحكم في الأفعال القهرية.	توضيح الأفعال القهرية في ضوء نموذج ABC
الخامسة	نظرة الفرد للآخرين.	مناقشة الفكرة اللاعقلانية الخامسة لـ Ellis
السادسة	خبرات الماضي وعلاقتها بالحاضر.	مناقشة الفكرة اللاعقلانية التاسعة لـ Ellis
السابعة	المسئولية والمواجهة.	مناقشة الفكرة اللاعقلانية السابعة لـ Ellis
الثامنة	الجمود وعدم المرونة.	مناقشة الفكرة اللاعقلانية الحادية عشر لـ Ellis
التاسعة	وقف الأفكار الوسواسية.	استخدام فنية إيقاف الأفكار لإبطال الفكر الوسواسي.
العاشرة	وقف الأفعال القهرية.	تقليل درجة تدخل الأفعال القهرية في حياة الفرد.
الحادية عشر	التعريض ومنع الاستجابة للأفكار الوسواسية.	مواجهة الأفكار الوسواسية واقعياً مع منع الاستجابة.
الثانية	التعريض ومنع الاستجابة للأفعال القهرية.	مواجهة السلوك القهري والتعرض له ومنعه

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	هدف الجلسة
عشر		من الظهور.
الثالثة عشر	التخفيف من تأنيب الضمير والمصاحب للفكر الوسواسي.	مواجهة تأنيب الضمير بطريقة عقلانية بناءة.
الرابعة عشر	التخفيف من تأنيب الضمير الذي يصاحب السلوك القهري.	التخلص من الشعور بالذنب وتأنيب الضمير بطريقة عقلانية.
الخامسة عشر	تشجيت الانتباه أثناء اقتحام الفكر الوسواسي والسلوك القهري.	تدريب المشاركين على كيفية تشجيت انتباههم أثناء اقتحام الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية على التفكير والسلوك.
السادسة عشر	تجنب الشك في الأعمال التي يقوم بها الفرد.	تدريب المشاركين على تجنب الشك والتردد في الأفكار والسلوكيات التي يقومون بها.
السابعة عشر	تقييم وتطبيق.	التطبيق البعدي للأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

وطبق هذا البرنامج بعد الانتهاء من التطبيق القبلي لأدوات الدراسة، وذلك من خلال اختيار كل من المجموعة التجريبية والضابطة عشوائياً من الأفراد الذين حددوا في الربيعي الأعلى من العينة الكلية، ثم تركت المجموعة الضابطة في قائمة الانتظار بدون تدخل، واستخدم مع المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي، والذي تم تنفيذه في أحد فصول مدرسة النور للمكفوفين بالزقازيق، محافظة الشرقية، بينما حددت المجموعة الضابطة من مدرسة النور للمكفوفين بشبين الكوم، محافظة المنوفية، ومدرسة النور للمكفوفين بأسوان، محافظة أسوان.

٢- استبيان الوسواس القهري (إعداد الباحث):

أعد هذا الاستبيان الباحث الحالي، ويتكون من ٤٥ عبارة، بعض العبارات تقيس الأفكار الوسواسية، والعبارات الأخرى تقيس السلوكيات القهرية، وذلك لأن الأفكار الوسواسية تتزامن - غالباً- مع السلوكيات القهرية، وهناك نسبة كبيرة تتعدى حوالي ٩٥% من الأفراد الذين يعانون من سلوكيات قهرية يتزامن معها أفكار وسواسية، وتم القيام بعمل الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق لاستبيان الوسواس القهري، وذلك على النحو التالي:

صدق الاستبيان:

قام الباحث الحالي بحساب صدق استبيان الوسواس القهري من خلال الصدق التمييزي، وذلك من خلال المقارنة بين المرتفعين والمنخفضين على هذا الاستبيان، وتكونت العينة من (٥٠) تلميذاً وتلميذة من ذوي الإعاقة البصرية، والجدول التالي (٢) يوضح دلالة الفروق بين المرتفعين والمنخفضين على استبيان الوسواس القهري، وذلك على النحو التالي:

جدول (٢)

دلالة الفروق بين المرتفعين والمنخفضين في استبيان الوسواس القهري

المستوى	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
المنخفضين	٢٢	٦٤,٧٧	٤,٤٢	١٦,٩٥٢	٠,٠١
المرتفعين	٢٤	٨٥,٦٦	٣,٩٣		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" بلغت ١٦,٩٥٢، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ لصالح المرتفعين، وهذا يدل على أن استبيان الوسواس القهري يتمتع بدرجة تمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الوسواس القهري، وذلك يعزز الثقة في هذا الاستبيان لاستخدامه في الدراسة الحالية.

ثبات الاستبيان:

تم حساب ثبات هذا الاستبيان باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة مكونة من (٥٠) تلميذاً وتلميذة من ذوي الإعاقة البصرية حيث أخذت استجابة العينة السابقة على استبيان الوسواس القهري، وقسمت إلى جزئين: تضمن القسم الأول العبارات الفردية، بينما احتوى القسم الثاني على العبارات الزوجية، ووصل معامل الثبات بين الجزئين باستخدام معادلة الفاكرونباخ إلى ٠,٦١ وهو دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يعزز استخدام هذا الاستبيان في الدراسة الحالية.

تقدير درجات الاستبيان:

يعتبر هذا الاستبيان متدرجاً تدريجاً ثلاثياً وفقاً لطريقة ليكرت، حيث إن الإجابة إما (نعم) في حالة الموافقة التامة، ويأخذ المفحوص في هذه الحالة ثلاث درجات، وإما (لا) في حالة عدم الموافقة التامة، ويأخذ المفحوص في هذه الحالة درجة واحدة، وإما (أحياناً) في حالة التردد بين الموافقة وعدم الموافقة، وفي هذه الحالة يأخذ المفحوص درجتين، ويحدث هذا في حالة العبارات الإيجابية، بينما يحدث العكس في حالة العبارات السلبية حيث يأخذ المفحوص ثلاث درجات إذا أجاب (لا) ويأخذ درجة واحدة إذا أجاب (نعم) ويأخذ درجتين إذا أجاب (أحياناً).

عينة الدراسة:

تكونت العينة الأولية للدراسة الحالية من ١١٥ تلميذاً وتلميذة من ذوي الإعاقة البصرية من مدارس النور للمكفوفين بمحافظة الشرقية والمنوفية وأسوان، وتراوح أعمار العينة من ١٤-١٧ سنة بمتوسط قدره ١٥ سنة و ١٠ شهور وانحراف معياري ١,٤٥، وطبق على هذه العينة استبيان الوسواس القهري من إعداد الباحث، وتم التطبيق على عينة الدراسة بطريقة فردية من خلال قراءة الباحث لعبارات المقياس، ثم يختار المفحوص الإجابة التي تناسبه، وتم تحديد الربيعي الأعلى في هذه العينة، واختير التلاميذ الذين وجدت درجاتهم في مدى الربيعي الأعلى، وكان عددهم عشرين تلميذاً وتلميذة، قسموا إلى مجموعتين: عشرة مجموعة تجريبية (٦ ذكور، ٤ إناث)، وعشرة مجموعة ضابطة (٧ ذكور، ٣ إناث) وتم التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لاستبيان الوسواس القهري، ويوضح جدول (٣) دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في استبيان الوسواس القهري باستخدام اختبار (Mann-Whitney) للعينات المستقلة في التطبيق القبلي، كما هو موضح في جدول (٣) التالي:

جدول (٣)

تكافؤ المجموعة التجريبية والضابطة في استبيان الوسواس القهري في التطبيق القبلي

المجموعتان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	٨,٣٠	٨٣-	٢٨,٠-	١,٦٨١	غير دالة
الضابطة	١٠	١٢,٧٠	١٢٧-			
المجموع	٢٠					

يتضح من الجدول السابق أن قيمة Z بلغت ١,٦٨١، وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على أن المجموعة التجريبية والضابطة متكافئتان في التطبيق القبلي لاستبيان الوسواس القهري، وقبل تطبيق البرنامج الإرشادي الذي طبق على المجموعة التجريبية فقط لمدة شهرين بمعدل جلستين أسبوعياً، ثم تركت المجموعة الضابطة في قائمة الانتظار دون التعرض لأي مؤثر خارجي، ثم طبق استبيان الوسواس القهري تطبيقاً بعدياً على المجموعتين (التجريبية والضابطة) لمعرفة أثر البرنامج على المجموعة التجريبية، ثم طبق استبيان الوسواس القهري تطبيقاً ثالثاً (فترة المتابعة) على المجموعة التجريبية فقط لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية بعد مضي خمسة أشهر من تطبيقه.

نتائج فروض الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للتطبيق القبلي والبعدي في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي".

وتم اختبار هذا الفرض لمعرفة مدى تحققه أو عدم تحققه، وذلك من خلال حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب التطبيق القبلي ومتوسطات رتب التطبيق البعدي في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك باستخدام اختبار **Wilcoxon** للعينات المرتبطة، ويوضح جدول (٤) التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسط القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في استبيان اضطراب الوسواس القهري باستخدام ويلكوكسون

القياس	البيان	العدد	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلي/بعدي	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٠٥-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	صفر				
	الكلي	١٠				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط التطبيق البعدي ٥٠,٧٠ في حين بلغ متوسط التطبيق القبلي ٨٩,٤٠، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي ساهم في خفض معدل اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية في فترة التطبيق البعدي، والذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي القائم على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ **Ellis**، وبصفة خاصة نموذج **ABC** وذلك من خلال تنفيذ ودحض بعض الأفكار اللاعقلانية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، والتي تم تنفيذها والتوصل إلى الأفكار العقلانية المقابلة لها.

وتشير النتيجة السابقة إلى أن المجموعة التجريبية من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية الذين خضعوا للبرنامج الإرشادي حدث لهم تحسن ملحوظ في انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء البرنامج الإرشادي، حيث إن جلسات البرنامج وما تضمنته من أساليب وأنشطة ومواقف ساعدت هؤلاء التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية، والذين يعانون من أعراض اضطراب الوسواس القهري، حيث ساعدتهم على التخلص من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، والتي تعتبر غير منطقية، وليس لها ما يبررها، لأنها أفكار وممارسات لاعقلانية، وبشيء من التعقل والتبصر والتأمل في هذه الأفكار، وتلك الأفعال يمكن تخفيفها.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه بعض الدراسات السابقة، حيث ذكرت هذه الدراسات أن الإرشاد النفسي كان مؤثراً وفعالاً في خفض اضطراب الوسواس القهري، وذلك مثل دراسة محمد أحمد سعفان ١٩٩٦، ودراسة **Abramowitz, 1997**، ودراسة **Freeston & Robert, 1997**، ودراسة **Moritz, 1998**، ودراسة **Van- Balkom, et al, 1998** ودراسة إيريني سمير عوض ٢٠٠١، ودراسة سعاد البشر، صفوت فرج ٢٠٠٢، ودراسة عزت عبد الله كواسه، محمود يوسف رسلان ٢٠٠٢، ودراسة السعيد غازي رزق ٢٠٠٣، ودراسة **Freeman, et al, 2008**، ودراسة **Williams, et al, 2011**، ودراسة **Armstrong, 2012**، ودراسة **Moritz, et al, 2013**، ودراسة **Armstrong, et al, 2013**، ودراسة **Safak, et ql, 2014**، ودراسة **Lenhard, et al, 2016**، ويتضح مما سبق أن الإرشاد النفسي كان مؤثراً وفعالاً في تخفيف حدة أعراض اضطراب الوسواس القهري، سواء عن طريق أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أو عن طريق الأساليب الإرشادية الأخرى.

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

ينص الفرض الثالث على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أعراض اضطراب الوسواس القهري في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية".

ولمعرفة مدى تحقق هذا الفرض أو عدم تحققه، قام الباحث بحساب دلالة الفروق بين متوسطات الرتب في التطبيق البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة، وذلك من خلال استخدام اختبار **Mann - Whitney** للعينات المستقلة، ويوضح جدول (٥) التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (٥)

دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لاستبيان الوسواس القهري باستخدام مان - ويتني

المجموعتان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠-	٣,٧٨٤	٠,٠١
الضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠-		
المجموع	٢٠				

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ في التطبيق البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في أعراض اضطراب الوسواس القهري لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، حيث بلغ متوسط المجموعة التجريبية ٥,٧٠، بينما بلغ متوسط المجموعة الضابطة ١٥,٦٠، حيث ظهر تحسن ملحوظ للمجموعة التجريبية في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد نهاية البرنامج الإرشادي أكثر من أفراد المجموعة الضابطة، وهذا يشير إلى أن البرنامج الإرشادي الجماعي القائم على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ **Ellis** كان مؤثراً وفعالاً في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري للمجموعة التجريبية التي تعرضت لهذا البرنامج، بينما لم يحدث أي تحسن في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعة الضابطة لأنها لم تتعرض لهذا البرنامج، وهذا يتفق مع ما ذكره **Ellis** حينما ذكر أنه وفقاً لنموذج **ABC** في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يساعد المرشد العميل في التعرف على الاعتقادات القاهرة للذات، والتي بدورها تسهم في الاضطرابات الانفعالية، ثم يتعلم العميل كيفية نقد وتقنين هذه الاعتقادات من خلال إعادة التفكير فيها ودحضها، ثم يستخدم المرشد عدداً من الطرق المعرفية والانفعالية والسلوكية لتغيير هذه الاعتقادات اللاعقلانية، ثم يقوم ببناء أفكار عقلانية بديلة. (**Ellis, 1994: 68-69**)

وتتفق هذه النتيجة التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية مع مجموعة من الدراسات التي استخدمت البرامج الإرشادية مع الأفراد ذوي الإعاقة البصرية، وكانت هذه البرامج مؤثرة وفعالة مع هؤلاء الأفراد سواء في تخفيف بعض الاضطرابات النفسية، وذلك مثل دراسة **Thyer & Stock, 1986**، ودراسة أماني عبد المقصود ١٩٩٣، ودراسة سهام علي عبد الحميد ١٩٩٧، ودراسة إيهاب عبد العزيز الببلاوي ١٩٩٩، ودراسة بهجات محمد عبد السميع ٢٠٠٣، ودراسة أماني أحمد حامد ٢٠٠٥، ودراسة فتحي عبد الرحمن الضبع ٢٠٠٦، ودراسة سامح سعادة ٢٠١٠، ودراسة مصطفى عبد المحسن الحديبي ٢٠١١، ودراسة علي عبد الله علي، ٢٠١٥.

نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

ينص الفرض الرابع على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة (فترة التطبيق البعدي) وبعد نهاية خمسة أشهر من تطبيقه (فترة المتابعة) في أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وقام الباحث باختبار هذا الفرض لمعرفة مدى تحققه أو عدم تحققه من خلال حساب دلالة الفروق بين متوسطات الرتب للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وبعد نهاية خمسة أشهر من تطبيقه في استبيان اضطراب الوسواس القهري، وذلك بواسطة اختبار **Wilcoxon** للعينات المرتبطة، ويوضح جدول (٦) التالي نتيجة هذا الإجراء.

جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسط رتب القياسين البعدي والتتبعي في استبيان أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية باستخدام اختبار ويلكوكسون

القياس	البيان	العدد	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعدي/ تتبعي	الرتب السالبة	٤	٥,١٣	٢٠,٥٠	٠,٧١٥	غير دالة
	الرتب الموجبة	٦	٥,٧٥	٣٤,٥٠		
	التساوي	صفر				
	الكلية	١٠				

يتضح من الجدول السابق أن قيمة **Z** بلغت ٠,٧١٥ وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وهذا يدل على استمرار فعالية البرنامج الإرشادي النفسي في خفض معدل أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد العينة التجريبية في مرحلة فترة المتابعة، وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي القائم على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لـ **Ellis** والمتضمنة بعض الفنيات الإرشادية المتمثلة في نموذج **ABC**، وذلك مثل الدحض والإقناع، المناقشة والتخلي عن الأفكار اللاعقلانية، والدعاية المضادة للاعتقادات المولدة لقهر الذات كل هذا يدل على أن البرنامج الإرشادي استمرت فعاليته في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري عند مستوى التطبيق البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية المشاركة في هذا البرنامج، حيث حدث لهؤلاء الأفراد استقرار في انخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد توقف عملية الإرشاد.

وتعتبر فترة المتابعة مهمة للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي، لأن الهدف من البرامج الإرشادية أن يظل أثرها فعالاً مستمراً حتى بعد نهاية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية، وليس الهدف من هذه البرامج هو إحداث تغيرات طارئة ومؤقتة سرعان ما تزول، لأن استمرارية فعالية مثل هذه البرامج يعطي مبرراً لتطبيقها على قطاعات أوسع من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.

ويتضح من خلال عرض نتائج فروض الدراسة الحالية أن هذه الفروض قد تحققت، فبالنسبة للفرض الأول، والذي يشير إلى وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية في أعراض اضطراب الوسواس القهري لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وقد تحقق هذا الفرض أيضاً، ويعتبر هذا طبيعياً، لأن المجموعة التجريبية تلقت البرنامج الإرشادي، وفيما يختص

بالفرض الثاني الذي يقرر وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في التطبيق البعدي لاستبيان اضطراب الوسواس القهري لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل، وقد تحقق هذا الفرص أيضاً، وهذا يشير إلى أن البرنامج الإرشادي القائم على أسس ومبادئ الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي كان مؤثراً وفعالاً في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تعرضت لهذا البرنامج، أما بالنسبة للفرض الثالث الذي يقرر عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين التطبيق البعدي، والتتبعي وبعد خمسة أشهر من نهاية تطبيق البرنامج في أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المجموعة التجريبية، وقد تحقق هذا الفرض أيضاً، وهذا يوضح أن البرنامج الإرشادي النفسي المستخدم في الدراسة الحالية لم يحدث تغيرات مؤقتة فقط لدى أفراد المجموعة التجريبية، وإنما استمرت فعاليته عند مستوى التطبيق البعدي حتى بعد توقفه، وهذا يعزز من فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.

توصيات الدراسة:

- من خلال نتائج الدراسة الحالية يمكن عرض بعد التوصيات والتطبيقات التربوية التالية:
- ضرورة عمل برامج إرشادية لتنمية المتغيرات الإيجابية في الشخصية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
- الاهتمام بالألعاب والأنشطة اللاصفية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
- توفير إقامة داخلية مناسبة ومريحة للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
- العناية بالرحلات والبرامج الترفيهية التي تمكن التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية من إدراك البيئة التي يعيشون فيها.
- محاولة توفير بيئة أكثر تفاعلية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية في البيئة المحلية.
- توفير الإخصائين النفسيين بمعدلات مناسبة لعدد التلاميذ في مدارس النور.
- الاهتمام بعمل مراكز إرشادية خاصة، تقدم الخدمات النفسية للمعاقين بصرياً.
- القيام بعمل دورات إرشادية للمعلمين الذين يعملون في مدارس النور لكي يساهموا في تقديم الخدمات الإرشادية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
- الاهتمام بتنمية المهارات غير الأكاديمية اللازمة للتفاعل مع الآخرين للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
- العناية بالإشراف والمتابعة للإقامة الداخلية للتلاميذ ذوي الإعاقة البصرية على مدار ٢٤ ساعة.
- توفير الأخصائي الاجتماعي المؤهل علمياً وتدريبياً في مدارس النور لكي يكون همزة وصل فعالة بين المدرسة والأسرة.
- الحاجة إلى ضرورة استخدام الإرشاد النفسي طويل المدى مع الأفراد ذوي الإعاقة البصرية لتقليل حدة الاضطرابات النفسية لديهم.
- ضرورة محاولة القضاء على المعوقات الإدارية التي تواجه الباحثين الذين يتعاملون مع عينات من المعاقين بصفة عامة ومع المعاقين بصرياً بصفة خاصة.

بحوث مقترحة:

- من خلال نتائج الدراسات السابقة ونتائج الدراسة الحالية، تم اقتراح بعض الموضوعات التي يمكن بحثها، وذلك على النحو التالي:
- مدى فعالية التدريب التوكيدي على تنمية التفاعل الاجتماعي لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
 - أثر برنامج إرشادي نفسي طويل المدى لتنمية بعض المتغيرات الإيجابية في الشخصية لدى عينة من ذوي الإعاقة البصرية.
 - أثر برنامج إرشادي نفسي لتنمية تقبل الذات لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
 - دراسة الصفحات النفسية لدى عينات متباينة من ذوي الإعاقة البصرية (دراسة إكلينيكية).
 - مقارنة برنامج إرشادي نفسي لدى عينات مختلفة من ذوي الإعاقة البصرية في ضوء بعض المتغيرات لتعديل بعض الخصائص السلبية.
 - بحث مقارنة أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والإرشاد المتمركز حول العميل لتخفيف حدة بعض الاضطرابات النفسية.
 - أثر الإرشاد النفسي في تعديل السلوك اللاتوافقي لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية.
 - بحث أثر المزاجية بين أسلوب الإرشاد النفسي والدراسة الإكلينيكية لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المعاقين بصرياً.
 - أثر برنامج إرشادي نفسي فردي لتقليل المخاوف المرضية لدى عينة من إعاقات متعددة (بصرية - سمعية).

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية:

- ١- أحمد حسنين أحمد حسن (٢٠١٢): فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من المراهقين، مجلة الطفولة والتربية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية، العدد العاشر، الجزء الثاني، ص ص ٤٩-١٠٤.
- ٢- أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣- أحمد محمد الدبور، أيمن رمضان زهران (٢٠١٣): فاعلية العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، مجلة التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد الخامس، ص ص ٣٠٦-٣٤٦.
- ٤- ألفت حقي (٢٠٠٠): الاضطراب النفسي: التشخيص والعلاج والوقاية مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- ٥- أماني أحمد حامد (٢٠٠٥): فعالية التحصين التدريجي في خفض درجة بعض المخاوف المرضية لذوي الإعاقة البصرية، ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ٦- أماني عبد المقصود حسنين (١٩٩٣): مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفي البصر، ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٧- إيريني سمير عوض (٢٠٠١): فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ٨- إيمان أحمد أبو النور (٢٠٠٩): فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي وعلاقته بتحقيق الذات، دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة بني سويف.
- ٩- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (١٩٩٩): فعالية العلاج المعرفي والسلوكي في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ١٠- بهجات محمد عبد السميع زامل (٢٠٠٣): مدى فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من الشعور بالاغتراب النفسي لدى عينة من المراهقين المكفوفين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- ١١- التصنيف الدولي للأمراض (دب) المراجعة العاشرة (ICD - 10) تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية (ترجمة) وحدة الطب النفسي، كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة (إشراف) أحمد عكاشة.
- ١٢- حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨): علم النفس العلاجي، الطافر للطباعة والنشر، الزقازيق.
- ١٣- حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٢): العلاج المعرفي بين النظرية والتطبيق، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

- ١٤- رمضان محمود درويش (تحت النشر): الاتجاهات المعاصرة فى الاضطرابات النفسية فى مرحلة المراهقة (التشخيص - العلاج).
- ١٥- زينب محمود شقير (٢٠٠٥): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل - التدخل المبكر - التأهيل المتكامل)، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، الطبعة الثانية.
- ١٦- س. هـ. باترسون (١٩٩٢): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ترجمة) حامد عبد العزيز الفقي، الطبعة الثانية، دار القلم، الكويت.
- ١٧- سامح أحمد سعاده (٢٠١٠): فاعلية برنامج إرشادي فى خفض حدة بعض الأعراض الذاتية لدى الأطفال المكفوفين، دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، كلية التربية بالقاهرة، قسم الصحة النفسية.
- ١٨- سامي محمد ملحم (٢٠١٢): أثر اضطرابات الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات فى الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين فى الأردن، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، العدد ٩٠، ص ١-٣٢.
- ١٩- سامية لطفي داوود (١٩٩٨): العلاقة بين الاغتراب ومفهوم الذات لدى المكفوفين، ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٢٠- سعاد البشر، صفوت فرج (٢٠٠٢): المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، العدد الثاني، المجلد الثاني عشر.
- ٢١- السعيد غازي محمد رزق (٢٠٠٣): فاعلية برنامج المواجهة ومنع الاستجابة فى علاج اضطراب الوسواس القهري (العلاج السلوكي - المعرفي)، مجلة التربية، كلية التربية بالقاهرة، جامعة الأزهر، ص ٢-٨١.
- ٢٢- سهام علي عبد الحميد (١٩٩٧): برنامج إرشادي لتخفيف حدة السلوك الانطوائي لدى المعاقين بصرياً، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٢-٤ ديسمبر، المجلد الثاني، ص ٦٧١-٦٨٨.
- ٢٣- سيد محمد صبحي (١٩٨٥): التفاؤل والتشاؤم: دراسة نفسية بين الكفيف والمبصر، القاهرة، من منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين.
- ٢٤- صفوت فرج (١٩٩٩): العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، العدد الثاني، المجلد التاسع، ص ١٩١-٢٢٤.
- ٢٥- عادل صادق (١٩٨٥): دور العلاج الطبي النفسي فى إدماج المعوقين فى الحياة العامة، القاهرة، المؤتمر الثالث لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
- ٢٦- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٨): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- ٢٧- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الرابعة.

- ٢٨- عبد المنعم عبد القادر الميلادي (٢٠٠٦): سيكولوجية المراهقة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
- ٢٩- عزت عبد الله كواسه، محمود يوسف رسلان (٢٠٠٢): فعالية برنامج نفسي ديني لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلال الجامعة، مجلة التربية، كلية التربية بالقاهرة، جامعة الأزهر، ص ص ٢٠٠-٢٣٨.
- ٣٠- علي عبد الله علي (٢٠١٥): فعالية تعزيز السلوك البديل في خفض اللزمات المصاحبة للإعاقة البصرية، مجلة التربية الخاصة، مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد الثاني عشر، الجزء الثاني، ص ص ٣٤٤-٣٧٧.
- ٣١- علي موسى صبحيين، محمد فرحان القضاة (٢٠١٢): فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض سلوك العنف لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، مجلة دراسات تربوية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد الخامس والسبعون، ص ص ٣٠٧-٣٥٣.
- ٣٢- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩): علم الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣٣- فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاوي (١٩٨٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، إستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت.
- ٣٤- فتحي عبد الرحمن الضبع (٢٠٠٦): فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة سوهاج.
- ٣٥- فرج عبد القادر طه، شاكرا عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت.
- ٣٦- لطفي بركات أحمد (١٩٧٨): الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف، مكتبة الخانجي، القاهرة.
- ٣٧- لطفي بركات أحمد (١٩٨٨): الرعاية التربوية للمكفوفين، مكتبة النشر والتوزيع، الرياض.
- ٣٨- لويس كامل مليكه (١٩٩٤): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت، الطبعة الثالثة.
- ٣٩- محمد أحمد سعفان (١٩٩٦): فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج الوسواس والأفعال القهرية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد السابع والعشرين، الجزء الأول، ص ص ٩٥-١٣٦.
- ٤٠- محمد أحمد سعفان (١٩٩٨): الوسواس والأفعال القهرية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- ٤١- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨١): تيارات جديدة في العلاج النفسي، دار المعارف، القاهرة.
- ٤٢- محمد محروس الشناوي (١٩٩٦): العملية الإرشادية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٤٣- محمد محروس الشناوي (د.ت): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- ٤٤- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
- ٤٥- محمود حمودة (١٩٩١): النفس أسرارها وأمراضها، قسم الطب النفسي، كلية الطب بجامعة الأزهر، القاهرة، الطبعة الثالثة.
- ٤٦- مصطفى عبد المحسن الحديبي (٢٠١١): فعالية العلاج بالمعنى في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين بصرياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.
- ٤٧- هارولد، د. ب (١٩٩٢): تعديل السلوك البشري (ترجمة) فيصل محمد الزراد، دار المريخ، الرياض.
- ٤٨- هشام إبراهيم عبد الله (١٩٩١): أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ٤٩- وائل أبو هندي (٢٠٠٣): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، عالم المعرفة، العدد ٢٩٣، الكويت.
- ٥٠- وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥): فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة، مجلة دراسات نفسية، رابطة الإخصائين النفسيين المصرية (رانم) العدد الرابع، المجلد الخامس عشر، ص ٥٦٩-٥٩٨.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 51- Abramowitz, J.S. (1997): Effectiveness of Psychological and pharmacological treatment for obsessive – Compulsive disorder: A Quantitive review, Journal of consulting and clinical psychology, Vol.65, No.1, PP.44-52.
- 52- Alan, A., Nett, H., Doron, G., Gil, Z., Zippy, E., Noam, S. & Abraham, W. (2003): Depression and suicidal behavior in adolescent inpatient with obsessive compulsive disorder. Journal of affective disorder, Vol. 75, No.2, PP181-189.
- 53- Armstrong, A, B. (2012): Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive- compulsive disorder. (Doctoral Dissertation) Utah State University, United States.
- 54- Armstrong, A. B., Morrison. K. L., & Twohig, M.P. (2013): A prelimomary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive- compulsive disorder. Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol. 37, No.2, PP.175- 190.
- 55- Barrage, N. (1983): Visual handicaps and learning. (Rev.ed.) Austin, Tx: Exceptional resources.

- 56- Barron, C., Foxall, M., Von- Dollen, K., Shull, K. & Jones, P. (1992): Prediction of loneliness on low vision adults. Western journal of nursing research, Vol.14, PP.86-89.
- 57- Beaty, L. (1992): Adolescent self perception as a function of vision loss. Adolescence, Vol.27, N.107, P.707.
- 58- Beieber – schut, R. (1991): The use of drama to help visually impaired adolescents acquire social skills. Journal of visual impairment and blindness, Vol.85, No.8, PP.340-342.
- 59- Castle, D., Deale, A., Marks, I. (1995): Gender differences in obsessive compulsive disorder. Australian and New – Zealand, Journal of psychiatry, Vol.29, No.1, PP. 114-117.
- 60- Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-IV (1994): American Psychiatric association, Washington, DC.
- 61- Dodds, A. (1986): Handicapping conditions in children. Bill Gill ham, London.
- 62- Dryden, W. (1996): Handbook of individual therapy. Sage publications, London.
- 63- Ellis, A. (1994): Reason and emotion in psychotherapy. A birch lane press book, New york.
- 64- Ellis, A. (1997): Using rational emotive behavior therapy techniques to cope disability. Professional Psychology research and practice, Vol.28, No.1, PP.17-22.
- 65- Emmelkamp, P. (1982): Phobic and obsessive compulsive disorder. Plenum press, New Yourk.
- 66- Emmelkamp, P. dehaan, E. Hoogduin, C. (1990): Marital adjustment and obsessive- compulsive disorders. British journal of psychiatry, Vol. 56, PP.55-60.
- 67- Freeman, J., Garcia, A., Coyne, I., Ale, C. & Przeworski, A. (2008): Early childhood OCD: Preliminary findings from a family – based cognitive approach. Journal of the American academy of child and adolescent Psychiatry, Vol.47, P.593.
- 68- Freeston, M. & Robert, L. (1997): Cognitive – behavioral treatment of obsessive thoughts. Journal of counseling and clinical psychology. Vol.65, No.3, PP.405-413.

- 69- Gelernter, C., Ubde, T. & Cimbolic B. (1991): Cognitive – behavioral and pharmacological treatment of social phobia: A controlled study, *Journal of archives of general psychiatry*, Vol.48, No.10, PP938-945.
- 70- Jan, S. Mark, G., Williams, J. & Aron, B. (eds) (1989): *Cognitive therapy in clinical practice*. Rutledge. London.
- 71- Jhnsn, C. & Johnson, J. (1991): Using short- term group counseling with visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment & blindness*, Vol, 85, No.4, PP.166-170.
- 72- Johnson, C. (1990): Using group procedure to improve self- concept attitudes toward blind adolescents. *Dissertation abstract International*, Vol.50, No.9, P.223.
- 73- Kaplan, H., & Sadock, B. (1998): *Obsessive compulsive disorder: In synopsis of psychiatry*, Baltimore Williams & Wilkins, eight edition.
- 74- Kaye, W. (1997): Anorexia nervosa obsessional behavior and serotonin. *Psychopharmacology bulletin*, Vol.33, No.3, PP.335-344.
- 75- King, N., Gullone, E., & Stafford, C. (1994): Fears in visually impaired and normally sighted children and adolescents. *Journal of school psychology*, Vol.28, No.3, PP.225-231.
- 76- Knight, J. (2007): Loneliness and self- esteem of visually impaired and blind adults. *Dissertation Abstract International*, Vol. 39, No.6A, P.1512.
- 77- Kumar, A., Sharma, M. P., Narayanaswamy, J. C., Kandavel, T., & Reddy, Y. J., (2016): Efficacy of mindfulness- integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian Journal of Psychiatry*, Vol.58, No.4, P.366.
- 78- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix- Cols, D., Ruck, C., Vigerland, S., Hogstrom, J., & Serlachius, E. (2016): Terapist- Guided, Internet- Delivered Cognitive- Behavioral Therapy for Adolescents With Obsessive- Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol, 56, No.1, P.10.
- 79- Mc- Donald, G (1996): Psychological Functioning of adults with visual impairments: A study of assessment methodology. *Dissertation Abstract International*, Vol.58, No.2, P. 983.

- 80- Moritz, E. (1998): Behavior therapy in game format for the treatment of childhood obsessive compulsive disorder, Dissertation abstract International (B), Vol.59, No.1, P.423.
- 81- Moritz, S., Dietl, C., Kersten. G., Aardema, F., & O'Connor, KK.(2015): Evaluation of inference-based therapy (doubt therapy) as a self- help tool for obsessive- compulsive disorder. Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol.25, No.4, PP.315-330.
- 82- Romongstam, E. (1996): Pathological narcissism and personality disorder in axis 1 disorders. Harvard review of psychiatry, Vol.3, No.6, PP.326-340.
- 83- Safak, Y., Karadere, M. E., OZDEL, K., OZCAN, T., TURKCAPAR, M. H., Erkan, K. U. R. U., & YUCENS, B, (2014): The effectiveness of cognitive behavioral group psychotherapy for obsessive-Compulsive disorder. Turk Psikiyatri Dergisi, Vol.25, No.4, PP.225-233.
- 84- Schelver, S.& Gutsch, K. (1983): The effect of self – administration cognitive therapy on social evaluative anxiety. Journal of clinical psychology, Vol.39, No.5, PP.658-666.
- 85- Skodal, A., Oldham, J., Hyler, S., Stein, D. (1995): Pattern of anxiety and personality disorder Comorbidity. Journal of psychiatric research Vol. 29, No.5, PP.361-374.
- 86- Sobin, C. Blundell, M., Weill, F., Gavigane, H., & Karayiorgou, M. (1999): Phenotypic characteristics of obsessive compulsive disorder ascertained in adulthood. Journal of Psychiatric research, Vol.33, No.3, PP.265-273.
- 87- Steven, C., Hegop, S., Kareen, K., & Franco, B. (2006): Dose – response relationship between number of co morbid anxiety disorder in adolescent bipolar unipolar disorders and psychosis sociality substance abuse and familiarity. Journal of affective disorder, Vol.26, PP.912-938.
- 88- Thyer, B. & Stocks, J. (1986): Exposure therapy in the treatment of a phobic blind person. Journal of visual impairment and blindness, vol.80, No.10, PP.1001-1003.
- 89- Turner, C. (2006): Cognitive- behavioral theory and therapy for obsessive- Compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. Clinical Psychology review, Vol.26, PP.912-938.

- 90- Van – Balkom, A., De-Haan, E., Van- Open, P., Spin oven, P. & Hoogduing, K. (1998): Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. Journal of nervous and mental disease, Vol.186, PP.492-499.
- 91- Williams, M. Crozier, M. & Powers, M. (2011): Treatment of sexual – orientation obsession in obsession – Compulsive disorder using exposure and ritual prevention. Clinical case studies Vol.10, No.1, PP.53-66.