أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري لدي عينة من الراشدين دراسة(وصفية-تجريبية)

د. نجوى إبراهيم عبد المنعم محمد
مدرس بقسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي
كلية التربية – جامعة عين شمس

ملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري من خلال برنامج معرفي سلوكي لدي عينة من الراشدين الذكور والإناث، تم اختيارهم من عينة كلية قوامها ١١٩ مفردة ، ممن تتراوح أعمارهم من ٣٥-٥٥عاماً، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي، وتوصلت نتائج الدراسة إلي أن الذكور الراشدين أكثر من الإناث الراشدات على مقياس التخزين المعدل(الاكتناز القهري)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الاكتناز القهري لا يتأثر بالمرحلة العمرية أو المستوي الاجتماعي- الاقتصادي، لكنه يتأثر بمستوي تعليم الفرد، وتكونت عينة الدراسة شبه التجريبية من مجموعتين المجموعة التجريبية من (١٠) أفراد، ومجموعة ضابطة(١٠) أفراد من الجنسين ممن تم اختيارهم من الإرباعي الأعلي علي مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)، وطبق البرنامج المعرفي السلوكي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وتم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام عدد من الطرق البارامترية واللابارامترية المتبعة مثل اختبار مان ويتني، وولكوكسون .وقد اثبت البرنامج فاعليته، واستغرق تطبيق البرنامج شهر ونصف بواقع جلستين أسبوعياً، وتم تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي on-line عبر برنامج تيمز، بجمهورية مصر العربية، وقد استمرت فاعلية البرنامج حتى بعد انقضاء فترة المتابعة.

الكلمات المفتاحية: برنامج معرفي سلوكي، اضطراب الاكتناز القهري، الراشدين.

أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري لدي عينة من الراشدين دراسة(وصفية-تجريبية)

نجوى إبراهيم عبد المنعم محمد
مدرس بقسم الصحة النفسية والإرشاد النفسي
كلية التربية – جامعة عين شمس

مقدمة ومشكلة الدراسة

تعد مرحلة الرشد الوسطي من أهم المراحل التي يمر بها الفرد في حياته، فهي مرحلة يعيد فيها تقويم ارتباطه بالعالم الخارجي لإيجاد توازن أفضل بين احتياجاته ومتطلبات المجتمع، أي عملية توافق بين الاستقلالية والارتباط، والحرية والتحكم في الذات، وتمثلها الفترة العمرية من (٤٠ –٦٠) عاماً. ويسميها البعض بأزمة منتصف العمر، حيث يتم فيها تحديد نمط الحياة وتشكيل نمط حياة جديدة ويرتبط بمهام جديدة، ويشير "هيرلوك" إلى مرحلة الرشد المتوسطة على أنها أكثر مراحل النمو إفزاعاً بعد مرحلة الشيخوخة ويرجع ذلك إلى ما يشيع في هذه المرحلة من أفكار سلبية، وصور نمطية غير ملائمة، ونقصان الحيوية والنشاط الجسمي والجنسي، وفقدان القدرة على الانجاب. (سليم، ٢٠٠٢).

فمرحلة الرشد الوسطي هي مرحلة تغيير في الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها الفرد بشكل يومي مثل (فقد أحد الوالدين أو كلاهما، أو القرب من التقاعد من العمل، أو فقد شريك الحياة، أو بعد الأبناء بسبب الزواج أو السفر) مما يسبب له ذلك العديد من المشاكل السلوكية والاضطرابات النفسية المختلفة، ومنها الاكتناز القهري الذي أثبتت العديد من الدراسات السابقة والأطر النظرية أنه يبدو جلياً وواضح المعالم في هذه المرحلة حيث الاستقلالية والتحرر من قيود الوالدين، كما أنها فترة تتسم بالاستقلالية وتحمل المسئولية.

فالاكتناز كظاهرة ليس حديث النشأة، حيث تمتد جذوره إلي التاريخ القديم ،فقد وجد علماء الأثار أدلة على وجود سلوك الاكتناز لدى عصور ما قبل التاريخ، متمثلة في أشياء ذكرها التراث والأدبيات في أشخاص يجمعون الأشياء ويحتفظون بها من أجل البقاء والإحساس

بالأمان النفسي وضمان الحماية من الأخطار المحتملة في المستقبل، أما الاكتناز كمصطلح فهو حديث النشأة، فقد تداوله الكثيرون تحت مسمي التخزين، والتجميع، وهو كسمة بشرية طبيعية جبل عليها الانسان، ولكن عندما تزداد وتصل إلي حد الفوضى، وعدم التنظيم، وإيذاء الذات، وإعاقة الفرد عن ممارسة حياته بشكل طبيعي، فتصبح اضطراب نفسي ويحتاج إلي اهتمام ودراسة، وبالرغم من وجود حالات كثيرة ممن يعانون من هذا الاضطراب في المجتمع اليوم، فلم يتم فحص الاكتناز والاهتمام به كاضطراب نفسي إلا في التسعينات، فقد عرفه جونز ١٩١٨ بأنه حالة نفسية يربط فيها الفرد بين ذاته، والممتلكات التي يمتلكها كرموز للعالم الخارجي.(Brien et al: 2018).

وزاد الاهتمام بهذه الظاهرة في عام١٩٤٧ في نيويورك، عندما تم العثور على شقيقين متوفيان في شقتهما، وكانت الشقة مكتظة بالأشياء والمتعلقات القديمة التي بلغ وزنها مائة وعشرون طناً، فقد توفي أحدهما نتيجة سقوط أحد الاشياء المخزنة لديهما على رأسه وهو يعد الطعام لأخيه المشلول، وتوفي الأخر نتيجة عجزه عن طلب المساعدة والقدرة على الخروج من المنزل.(Barlow:2014) .

وبدأ الاهتمام بهذا الاضطراب واضحاً من قبل الباحثين، حيث أظهرت الدراسات أنه يمكن التنبؤ به منذ مرحلة الطفولة والمراهقة، حيث تبدأ أعراضه خفيفة الملامح حتى سن الثامنة عشر، ويزداد تدريجياً إلى أعراض متوسطة في سن الشباب، وتشتد الأعراض مع التقدم في العمر، بحيث تزداد شدتها في فترة منتصف العمر، وتصبح أكثر وضوحاً لدي المسنين. (الجعافرة:٢٠١٨).

كما أوضح Grisham (2006) اختلاف أعراض الاكتناز القهري بين أفراد عينة قوامها (٥١) فرداً يعانون من صعوبة في الاكتناز القهري لتحديد أعراض الاضطراب عليهم فوجد أن السلوك الفوضوى، وصعوبة التخلص من الأشياء تبدأ معاً في نفس العمر تقريباً بينما سلوك الاكتساب يأتي في وقت لاحق.

وقد تبني الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 إعداد معايير تشخيصية لاضطراب الاكتناز القهري تمثل في النقاط التالية:

- متلازمة سلوكية أو نفسية ثابتة لدي الفرد.

- استبعاد الحالات المرتبطة بأمراض عضوية مثل (إصابة الدماغ، أمراض وعائية دماغية، أو متلازمة برادر ويلي).
- استبعاد الحالات المرتبطة بأمراض عقلية أو نفسية مثل (الوسواس القهري، الاكتئاب الحاد، اضطراب طيف التوحد، الفصام، الهلاوس، الاضطرابات العصبية المعرفية).
- يسبب الاكتناز ضعفاً في الاداء في المجالات الاجتماعية، والمهنية وغيرها.
- صعوبة التخلص من المقتنيات، وتراكمها، والاستحواذ المفرط لها.
- صعوبة التخلص من المقتنيات نتيجة الضائقة المرتبطة عند التخلص منها.

(American Psychiatric Association–APA :2013).

وتتفق الباحثة مع كل من (Brien et al ,2018 ؛ Mathesa et al ,2020) حول وجود علاقة بين أعراض الاكتناز القهري، وسمات الشخصية لدي الأفراد المكتنزين، والتي يمكن حصرها كالتالي: التردد في اتخاذ القرار، الاعتمادية، سلوك التجنب، الاكتئاب، فقدان الأمن النفسي، الميل للعزلة، الإحساس بالخجل، اللامعني، العزوف عن المشاركات الاجتماعية، التوتر، نقص الثقة بالنفس، عدم القدرة على التخطيط، ضعف الذاكرة، عدم القدرة على التصنيف والتنظيم، ونقص الانتباه .

ومن ثم تتبدى الحاجة إلى العديد من الدراسات والأبحاث العلمية والبرامج الارشادية والعلاجية لمحاولة التعرف على الأسباب الكامنة وراء اضطراب الاكتناز القهري الذى يمثل خطورة علي الفرد بصورة خاصة والمجتمع بصفة عامة.

فظاهرة الاكتناز القهري تحتاج إلى المزيد من الدراسة، حيث لم تحظ بالاهتمام الكافي حتى الأن، وفي حدود علم الباحثة وجدت ندرة في الأطر النظرية، والدراسات العربية، والأجنبية التي تناولت اضطراب الاكتناز القهري بوجه عام – وخاصة على فئة الراشدين، كما وجدت أن أغلب هذه الدراسات في الوطن العربي اتبعت المنهجية الوصفية ولم تتبع المنهج شبه التجريبي، أو الكلينيكي على الرغم من الحاجة الماسة لهذه الفئة للبرامج الوقائية، والإرشادية، والعلاجية للحد من هذا الاضطراب لما له من خطورة نفسية، واجتماعية تعود على الفرد والمجتمع.

ومن ثم تحاول الدراسة الحالية إلقاء الضوء على ظاهرة الاكتناز القهري بشكل أكثر عمقاً لدي فئة الراشدين وهي أهم شريحة في المجتمع بما لهم من أدوار اجتماعية مختلفة و

دور فعال مع الآخرين داخل المجتمع،وداخل أسرهم فهم نماذج سلوكية للأبناء والأحفاد، كما أنهم أكثر شريحة في المجتمع يبدو عليها الاضطراب واضح المعالم، ولذا تحاول الدراسة الحالية مساعدتهم على خفض حدة سلوك الاكتناز القهري لديهم من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي حيث أثبتت أغلب الدراسات والابحاث العلمية أن أنسب استراتيجية علاجية للتعامل مع المكتنزين هي العلاج المعرفي السلوكي وذلك لأنه قائم على فنيات علاجية مختلفة ومتنوعة مثل: إعادة البناء المعرفي، وفنية صرف الانتباه، والمراقبة الذاتية، والواجبات المنزلية، الاستبصار بالمشكلة...وغيرها، وهي فنيات تتناسب مع الفئة العمرية، وتتناسب مع الاضطراب كونه يتكون من عوامل معرفية خاصة بـ المعتقدات والمفاهيم الخاطئة، وعدم القدرة على التصنيف، والتنظيم، والفرز، وعوامل سلوكية خاصة بالمخاوف، والعزوف عن المشاركة المجتمعية، اللامعني، والخجل، والتردد.

ومن ثم تحاول الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل يختلف سلوك الاكتناز القهري بين الراشدين والراشدات تبعاً لـ (النوع، العمر، المستوي الاجتماعي –الاقتصادي، التعليم).
- هل للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية وأثر في خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري لدي الراشدين؟
- هل يستمر أثر البرنامج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري لدي الراشدين بعد مضي شهر ونصف بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- إلقاء الضوء على اضطراب الاكتناز القهري باعتباره اضطراباً منفصلاً تشخيصياً عن اضطراب الوسواس القهري، والعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.
- معرفة الفروق في سلوك الاكتناز القهري التي تعزى إلى: النوع، العمر، المستوي الاجتماعي –الاقتصادي، التعليم.
- خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري من خلال برنامج معرفي سلوكي.
- التأكد من استمرارية أثر البرنامج بعد مضي شهر ونصف من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

أهمية الدراسة

تتبلور أهمية الدراسة وتظهر جلية في أهمية الفئة التي تهتم بها، وهي فئة الراشدين فهم في حاجة ماسة إلي الاهتمام والعناية بهم وعدم إهمالهم وتركهم فريسة لما يتعرضون له من العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة وخاصة عندما تكون شكواهم من مشاكل نفسية لا يستطيعون التعبير عنها وذلك لأنها مرتبطة ومتداخلة مع اضطرابات نفسية أخري، أو لأنهم ليسوا على وعي ودراية بالمشكلة الأساسية كما يحدث في اضطراب الاكتناز القهري.

الأهمية النظرية:

-إلقاء الضوء على مفهوم الاكتناز القهرى.

- إلقاء الضوء على معاييرتشخيص الاكتناز القهرى(معيار تشخيصي جديد في DSM-5).

- التعريف بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي بفنياته المختلفة مع اضطراب الاكتناز القهري.

الأهمية التطبيقية

- تصميم برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة الاكتناز القهري لدي الراشدين، يستفيد منه الاخصائيين النفسيين والمرشدين والمعالجين النفسيين.

- الوصول إلى نتائج تساعد الاخصائيين النفسيين، والمعلمين، والأسر في التعامل مع المكتنزين.

- الوصول إلى توصيات ونتائج تحث الباحثين في عمل ابحاث ودراسات وقائية للتنبؤ بالعوامل المؤدية للاكتناز القهري.

مصطلحات الدراسة

- البرنامج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Program

يعرف زهران (٢٠٠٥) البرنامج العلاجي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً، بهدف مساعدة الأفراد على تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل، وتحقيق التوافق النفسي.

أما البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية هو برنامج منظم ومخطط قائم على أسس وفنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، وذلك بهدف خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري لدي عينة من

الراشدين وذلك من خلال تصحيح البنية المعرفية واكسابهم السلوك السليم باستخدام فنيات مثل (المراقبة الذاتية – صرف الانتباه– إعادة البناء المعرفي– الواجبات المنزلية– الاسترخاء).

-اضطراب الاكتناز القهري: Hoarding Disorder

هو الإسراف في تجميع وتخزين الأشياء عديمة الفائدة، وعدم القدرة على التخلص منها، رغم الفوضى و المخاطر الناتجة عنها(Frost& Gross, 1993) .

التعريف الاجرائي: هو الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوصين على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

-الراشدين Adults:

هم الأشخاص كاملى النضج، والقادرين على التوافق مع البيئة بطريقة واقعية ويكون عمرهم من أوائل العشرينات فيما فوق. (دسوقي،١٩٨٨).

ويقصد بهم في الدراسة الحالية الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٣٥–٥٥ عاماً، من النوعين ذكور، وإناث.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: اضطراب الاكتناز القهري:

الاكتناز القهري هو صعوبة مستمرة في التخلص من الممتلكات، مما يؤدي إلى تراكم المقتنيات التي تسبب فوضى شديدة وازدحام مناطق المعيشة مما يخلق ضائقة كبيرة وضعفاً كبيراً في الأداء.

.(Postlethwaitea,2019)

لقد بدأ الاهتمام باضطراب الاكتناز القهري مؤخراً– وتحديداً في عام (٢٠١٣)، ولكن تحت مسميات مختلفة فهناك العديد من الابحاث التي أدرجته تحت مسمي التجميع والتخزين القهري مثل دراسة (مخيمر، والجعافرة: ٢٠١٤، ٢٠١٨)، بينما فرقت دراسة عبد النبي (٢٠١٣) بين التجميع Collectors، وسلوك الاكتناز فالتجميع هو الأشياء المنظمة وذات قيمة للأشخاص، أم الاكتناز فهو جمع وشراء أشياء كثيرة لا قيمة لها، وموضوعة بدون نظام. وحدد الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية DSM–5 سمات تشخيصية لهذا الاضطراب وهي كالتالي: (أ) صعوبة مستمرة في التخلص من الممتلكات الشخصية حتى ذات القيمة المحدودة.

(ب) تراكم عدد كبير من الممتلكات التي تسبب فوضي في منطقة المعيشة / العمل وتمنع الاستخدام الطبيعي للمساحة.

(ج) الممتلكات تسبب ضائقة كبيرة أو ضعف في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره. (APA,2013).

ويري Williams and Viscusi (2016) أن الأعراض المميزة للمكتنزين هي: الخوف من فقدان الأشياء التي يمتلكونها، وصعوبة في اتخاذ القرار، والتنظيم، والتصنيف، والميل إلى العزلة، وإلى التسويف والتجنب السلوكي، وقد تشمل أعراض أخري مثل التسوق المفرط، أو الجمع واشكال آخري من الاستحواذ مثل: الاحتفاظ بالبريد الالكتروني والرسائل الهاتفية.

وقد أوضح Brien et al (2018) في دراسته الكلينيكية على عينة مكونة من (٥) أفراد وذلك من خلال تحليل المعلومات المستقاة من خلال المقابلات المنظمة وغير المنظمة والملاحظة، وجمع البيانات الواعية واللاواعية أن الاكتناز القهري بين أفراد العينة يرجع إلي: إخفاء الخجل، اللامعني.

وهناك فروق تشخيصية بين اضطراب الاكتناز والاضطرابات النفسية الأخرى:

هناك العديد من السمات المرتبطة والشائعة لدي الاشخاص الذين يعانون من اضطراب الاكتناز مثل: التردد، الكمال، التجنب، المماطلة، صعوبة التخطيط وتنظيم المهام، والتشتت...وغيرها، كما أن هناك العديد من السمات الأخرى التي يشترك فيها اضطراب الاكتناز مع الامراض النفسية الأخرى وهي كالتالي:

٧٥% من الأفراد المصابين باضطراب الاكتناز لديهم مزاج مرضي (اضطراب القلق).

٥٠% من الأفراد المصابين باضطراب الاكتناز لديهم اكتئاب شديد.

٢٠% من الأفراد المصابين باضطراب الاكتناز لديهم قلق اجتماعي (رهاب اجتماعي)، قلق عام.

كما أن هناك العديد من المعايير التشخيصية الأخرى لاضطراب الوسواس القهري المصاحبة لاضطراب الاكتناز وهي السبب الرئيسي للاستشارة النفسية، حيث لا يعي مريض اضطراب الاكتناز بحالته الصحية ولكنه يعاني من الأعراض المصاحبة له المشتركة مع الاضطرابات النفسية الأخرى. (APA,2013).

ويمكن توضيح المعايير التشخيصية الفارقة بينهم فيما يلي:

أ- اضطراب الاكتناز والوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder

يتم التشخيص الفارق بينهما على أن الوسواس القهري يعتمد على الهواجس والمخاوف المرضية مثال: شراء أشياء ليس للاحتفاظ بها وتخزينها ولكن لمجرد لمسها والخوف على الآخرين أن يلمسوها بعد ذلك، كما أن الضيق في الوسواس القهري هو ضيق دائم، بينما في اضطراب الاكتناز يكون بشكل مؤقت عند الشعور باحتمال فقد المقتنيات التي يمتلكها. (APA,2013).

ب-اضطراب الفصام .Schizophrenia

يختلف الفصام عن اضطراب الاكتناز في وجود الأوهام، والهلاوس، والأفكار السلبية المسيطرة على الفرد الفصامي، كما أن الفصاميين منفصلين تماماً عن الواقع بينما المكتنزين عكس ذلك تماماً.

ج-اضطراب الاكتناز والاكتئاب الحادMajor depressive episode

أكدت كل من دراسة(Mackin et al, 2010 ;Roane et al, 2017)أن الاكتئاب الحاد ناتج عن تراكمات مختلفة واجهاد وانهاك للفرد، وهو عامل مساعد لظهور الاكتناز القهري حيث معدل الارتباط بينهما ما بين ١٤-٥٤% بين حالات كبار السن، كما أكدوا أن الاكتناز القهري مرتبط بالاكتئاب بينما الاكتئاب غير مرتبط بالاكتناز القهري.

بينما أوضح(2020)Dozier et al في دراسته على عينة قوامها (٧٢) فردا، أن الاضطرابات النفسية المشتركة الأكثر انتشارا هي الاضطراب الاكتئابي الحاد (٦٩%)، واضطراب ما بعد الصدمة (٢٨ ٪)، واضطراب القلق المعمم (١٨ %).

أسباب الاكتناز القهري:

<u>أسباب جينية(وراثية)</u>

يري(2008) Samueles et al أن للعوامل الوراثية دور كبير في وجود اضطراب الاكتناز القهري، حيث أظهرت الأبحاث الجينية وجود ارتباط ايجابي بين سلوك الاكتناز القهري ونمط الجيني رقم ١٤.

كما أوضح (2020) Mathesa et al في دراسته على عينة كلينيكيه أن ٥٠% من حالات الاكتناز ترجع إلى عوامل وراثية سببها خلل وظيفي في الفص الجبهي البطيني للدماغ مما يساهم في عجز معالجة المعلومات، والمعتقدات الخاطئة عن الذات، وغيرها من قصور

القدرة على التصنيف، وصنع القرار، والتخطيط، وصعوبات الذاكرة، والتي يفترض أنها تتداخل مع قدرة المرء على التنظيم الفعال واتخاذ القرارات بشأن ممتلكاته، مما يساهم في الميل إلى حفظ الممتلكات بدلا من التخلص منها.

كما أكدت أيضاً بعض الدراسات أن الاكتناز له بعد وراثي من خلال دراسة التوائم، حيث أظهر التصوير الدماغي أن أدمغة المكتنزين لها نشاط منخفض بشكل غير طبيعي في القشرة الحزامية الأمامية مقارنة بالعاديين ومرضي الوسواس القهري. (رجيعة، ٢٠١٦).

أسباب بيئية

وتري (Mathesa et al, 2020 ; Brien et al, 2018) أن الأفراد المكتنزين لديهم صعوبة في الاستقلالية والانفصال عن والديهم في الماضي. وهو ما يمتد بعد ذلك للممتلكات والأشياء التي يكتنزونها، وهذا التعلق والتمسك بالأشياء ما هو إلا نوع من ميكانزمات الدفاع ضد الاحساس بالفراق، وبعضهم نتاج لتجارب قاسية في مرحلة الطفولة المبكرة أدت بهم إلي فقد الثقة بالنفس، والاحساس بالخجل، أو نتاج علاقات غير متزنة في الماضي، وفراغ عاطفي يحاول الفرد ملؤه من خلال البحث عن بدائل ملموسة يضفي عليها معني.

النظريات المفسرة للاكتناز القهري:

التحليل النفسي: يرجع الاكتناز إلى المرحلة الشرجية حيث يتسم الفرد بالمحافظة على النظام، والبخل الشديد، والعناد، ويري فرويد أن هذه الصفات ناتجة عن فشل تطور الأنا في المرحلة الشرجية. (الجعافرة،٢٠١٨).

وفي المدرسة السلوكية: حيث تفسر سلوكيات الفرد على أنها ناتجة عن استجابة شرطية للمثير عندما يشعر بالقلق عند اتخاذ قرارات تتعلق بالأغراض والمتعلقات التي يريد التخلص منها، وحينما يجد استجابة شرطية معززة يشعر بالرضا بوجود هذه الأغراض.

أما الاتجاه المعرفي السلوكي: فيري أن سلوك الاكتناز يظهر نتيجة خلل أو قصور في معالجة المعلومات، والارتباط الوجداني، المعتقدات المتعلقة بطبيعة وأهمية الأغراض، وسلوك التجنب. (مخيمر، ٢٠١٤).

نسبة الانتشار اضطراب الاكتناز القهري

اضطراب الاكتناز القهري ينتشر في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء فهو ظاهرة عالمية ليست مرتبطة بثقافة أو مجتمعات معينة. فهو أكثر شيوعاً في الولايات المتحدة

وأوروبا فهو يتقارب ما بين ٢%-٦%، كما أكدت الدراسات الوصفية انتشاره بين الذكور أكثر من الإناث، وعلى النقيض اثبتت الدارسات الكلينيكية أنه أكثر انتشاراً بين الإناث أكثر من الذكور، كما أنه أكثر انتشاراً بين الشريحة العمرية الأكبرسناً من(٩٥-٥٥) عاماً ما يقارب ثلاث مرات الاعمار الأصغر سناً الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣٤- ٤٤) عاماً. (APA,2013).

كما أسفرت دراسة(2019) Postlethwaite التي اعتمدت على نتائج عدد كبير من الدراسات التحليلية لمعرفة معدل الانتشار بين البالغين أنها تتراوح ما بين ١,٥%-٦%، ومن بين هذه الدراسات دراسة (2008) Samuels et al التي قامت على عينة تتراوح من ٧٤٢ مشاركاً من هوبكينز بالولايات المتحدة الأمريكية والتي أوضحت أن نسبة الانتشار بين أفراد العينة المشاركة هي ٥,٣% وأن نسبة الرجال أكبر من النساء، وأنه ينتشر بنسبة ملحوظة بين كبار العمر عن الصغار، كما أوضحت أن هناك ارتباطاً عكسياً بين اضطراب الاكتناز ومستوي الدخل في الأسرة، فكلما كان المستوي الاجتماعي – الاقتصادي مرتفع كان معدل اضطراب الاكتناز أقل وبالعكس، وهناك ارتباط بين اضطراب الاكتناز القهري وعدة اضطرابات نفسية أخري مثل(البارانويا- الفصام- الوسواس القهري- انخفاض الطاقة في اضطراب الاكتئاب الجسيم-ادمان الكحوليات -فقدان الأمن النفسي)، وهذه النتيجة تناقض ما أكدته دراسة مخيمر(٢٠١٤)على المجتمع المصري بأنه لا تأثير دال للمستوي الاجتماعي – الاقتصادي على الاكتناز القهري، وأن نسبة الاناث أكثر من الذكور.

كما اثبت دراسة البناني (٢٠١١) أن نسبة انتشاره في المجتمع السعودي ١٥,٥% وذلك على عينة من طلاب جامعة أم القري قوامها (٢٣٣) طالباً، بينما نسبته ٤١,٥% على عينة كلينيكيه مكونة من (٤١) مريضة من مرضي الوسواس القهري.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أنسب العلاجات النفسية نجاحاً مع اضطراب الاكتناز القهري، حيث يسبب اضطراب الاكتناز أثراً سلبياً كبيراً على الأفراد، بما في ذلك من ضعف نوعية الحياة، والأداء لديهم ويواجه الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتناز صعوبات في الحياة الاجتماعية والمهنية والأسرية و اتخاذ القرار والتصنيف والتنظيم والذاكرة، وعلى الرغم من أن بيوتهم قد تصبح شبه مستحيلة العيش فيها، فإن معظم الأشخاص الذين يعانون من

اضطراب الاكتناز لا يقبلون أن لديهم مشكلة مما يجعل الأفراد المحيطين بهم هم من يطلبون المساعدة لهم. (Merictan&Mortan,2019).

وقد حدد Hartl and Frost (1996) النموذج المعرفي السلوكي أربعة مجالات من الاختلالات ذات الصلة باضطراب الاكتناز القهري وهي كالتالي:

١- **المعتقدات المتعلقة بالممتلكات.** وتشمل إحساس الفرد إنها مصدر للأمان النفسي والراحة.

وأكد Wheaton et al (2013) أنه يمكن التنبؤ بسلوكيات الاكتناز من خلال المعتقدات حول الممتلكات (وخاصة الاستحواذ المفرط وصعوبة التخلص) بالإضافة إلى الضيق العام، وأن المعتقدات المختلة وأنماط السلوك غير التكيفية دور مؤثر على أعراض الاكتناز، وأن الأفراد الذين يكتنزون يحملون معتقدات مختلة حول معنى وأهمية ممتلكاتهم، ونتيجة لهذه المعتقدات فإن التخلص من الممتلكات أمر بالغ الصعوبة، مما يؤدي بهم إلى اللجوء إلى نمط السلوك التجنبي.

٢- **السلوك التجنبي.** الذي يشمل تأجيل الفرز، واتخاذ القرار بشأن التخلص من الأشياء.

وقام Ayers (2014) بدراسة على عينة من(٦٦) راشداً لمعرفة العلاقة بين السلوك التجنبي واعراض الاكتناز الشديدة من السيطرة والقلق والاكتئاب، ووجد أن السلوك التجنبي منبأً فيما بعد بصعوبة التخلص من الاشياء، وبالتالي ينبأ بسلوك الفوضى لدي الأفراد، وأن نتائج الدراسة تدعم أهمية السلوك التجنبي في النموذج المعرفي السلوكي لاضطراب الاكتناز.

كما اجري Wheaton et al (2013) دراسة مقارنة بين (٣٣) فرداً يعانون من اضطراب الاكتناز، (٣٠) فرد يعانون من مشاكل صحية مختلفة، (٣٢) يعانون اضطراب القلق، توصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التي تعاني من اضطراب الاكتناز القهري تعاني من ارتفاع في السلوك التجنبي عن المجموعتين الآخرتين ويعزي ذلك إلى وجود بعض من أعراض الاكتئاب والقلق والإجهاد داخل مجموعة اضطراب الاكتناز.

٣- **صعوبة معالجة المعلومات.** ويشمل صعوبة في التنظيم، والذاكرة، والتصنيف.

أكد كل من Kalogeraki& Michopoulos (2017) أن المكتنزين لديهم قصور في معالجة المعلومات وذلك نتيجة عوامل وراثية جينية، وعوامل بيئية ترجع إلى ضعف في سمات الشخصية، والتعرض المبكر للصدمات، وأحداث الحياة الضاغطة، ويظهر هذا

القصور المعرفي في أربعة وظائف معرفية متداخلة وهي: اتخاذ القرار، التنظيم والتصنيف، الانتباه، الذاكرة.

٤- **التعلق العاطفي بالممتلكات.** ويشمل عكس الذات على الممتلكات، وإضفاء عليها المشاعر التي يفتقدها. وقد اوضح كل من Yap & Grisham (2020) في دراستهما التجريبية على عينة قوامها (٩٣) فرداً أن مشاعر الارتباط والتعلق بالأشياء سمة طبيعية لدي البشر ولكن الأفراد المكتنزين لديهم تعلق وارتباط مبالغ فيه ومرضي بممتلكاتهم، وذلك حينما تم اجراء برنامج تجريبي على عينة ضابطة وأخري تجريبية ممن يحبون اقتناء العملات النقدية والاحتفاظ بها، فوجدا أن كلاً من المجموعتين الضابطة والتجريبية ابدوا مشاعر تعاطف وتعلق بممتلكاتهم من العملات النقدية، ولكن عندما بدأوا في التفكير في التخلص من العملات النقدية اظهر الأفراد المكتنزين صعوبة بالغة في التخلص منها مع وجود مشاعر قلق، وغضب، مقارنةً بالمجموعة الضابطة كانت أكثر استرخاءاً.

وأظهر Muroff et al (2014) في دراسته على عينة مكونه من (٣٧) فرداً تم تطبيق عليهم البرنامج المعرفي السلوكي المكون من ٢٦جلسة علاجية، واستناداً إلى النموذج المعرفي السلوكي للاكتناز الذي يفترض القصور في معالجة المعلومات، والمعتقدات المتعلقة حول الممتلكات والشعور بالضيق والتجنب، واستجابة التعلق العاطفي بالممتلكات انخفاضاً كبيراً في أعراض الاكتناز.

وأوضح Tolin et al (2015) انخفاض شدة أعراض الاكتناز القهري بشكل كبير، بعد تطبيق استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، والابعاد الأكثر تأثيراً هو صعوبة التخلص من الممتلكات، تليها الفوضى والاقتناء، بينما أظهر القصور في معالجة المعلومات تأثيراً أقل.

واشارت دراسة(2016) Sumner et al على عينة مكونه من (٢٦) فرد واستخدم معهم نوعين من الاستراتيجيات العلاجية والارشادية، منها العلاج المعرفي السلوكي واكد على تأثيره الفعال مع الافراد التي تعاني من الاكتناز القهري وذلك لأنه قائم على فنيات متعددة ومتنوعة تشمل الجانبي المعرفي والسلوكي معاً.

وأكد Rodgers et al (2021) أن الاكتناز القهري هو اضطراب جديد في DSM-5 وأن للعلاج المعرفي السلوكي بفنياته المختلفة دور فعال ومؤثر في خفض حدة الاكتناز القهري وخاصة المصحوب بالاكتئاب وذلك في دراسته على عينة قوامها (٥٠٥) فرد من الذكور

والاناث بمتوسط عمر زمني ٥٦ عام، وتم استخدام الطريقة الفردية في العلاج من خلال الزيارات المنزلية.

ويري Williams and Viscusi (2016) أنه بالرغم من التشابه بين الفنيات العلاجية لاضطراب الاكتناز واضطراب الوسواس القهري، إلا أن علاج اضطراب الاكتناز أكثر صعوبة من اضطراب الوسواس القهري. بالإضافة إلى ذلك، الدافع للعلاج منخفض والمقاومة عالية في اضطراب الاكتناز، وبالتالي معدلات التسرب هي أيضا أعلى من إضطراب الوسواس القهري.

وهذا ما اكدته أغلب الدراسات ومنها دراسة Mathesa et al (2020) ، Ayers et al (2020) على أنه لا يزال علاج الاكتناز القهري محدودا نسبياً، حيث أن العديد من الأفراد لا يستجيبون للعلاج أو لا يحافظون على مكاسب العلاج، مما يشير إلى وجود عوامل مهمة لا يتم معالجتها بشكل كاف، كما أن نسبة التحسن في البرنامج العلاجي للاكتناز تصل إلى ٤١%.(Ayers et al (2020).

ولذا أوصي Chou et al (2020) باستخدام إستراتيجيات العلاج المتمركز حول الشفقة بالذات بعد الإنتهاء من إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، وذلك في مرحلة المتابعة، رغم تأكيده على أن للعلاج المعرفي السلوكي دور فعال ومؤثر وأنه من أنسب العلاجات النفسية مع المكتنزين، ولكنه ليس كافي فهؤلاء الأفراد يحتاجون لإستراتيجيات آخري مساعدة في مرحلة المتابعة مثل العلاج المتمركز حول الشفقة بالذات التي أظهرت تحسناً على عينة دراسته أثناء مرحلة المتابعة.

- **الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي مع اضطراب الاكتناز القهري**

البرنامج: هي عملية منظمة هادفة تنشأ بين المعالج والمريض تتصف بالدفء، والود، والتقبل، والتعاون، والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على مشكلته وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب. (عبد الله، ٢٠٠٠).

الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:

- تمارين الاسترخاء والتنفس.

تهدف هذه الفنية إلى تدريب المريض على الاســـترخاء والتنفس لأنها الطريقة الوحيدة التي تقلل بها الأعراض الفســـيولوجية وهناك أكثر من طريقة وتتفاوت طريقة الاســـترخاء العضـــلي من حيث الطول وهذا يســـتند إلى خبرة الشـــخص ونجاحه في ممارســـة التدريبات. (عوض،٢٠٠٨).

- الاستبصار Insight

هي عملية إدراك العميل بوضـــوح لســـلوكه المضـــطرب وقدرته على التحكم في هذا السـلوك، ويؤدي الاسـتبصـار إلى تحقيق تعلم جديد يتغير على أسـاسـه السـلوك. (زهران، ٢٠٠٥).

- الواجبات المنزلية Assignment

هي أحد الفنيات المهمة التي يتسم بها العلاج المعرفي السلوكي؛ حيث يعمل على تثبيت وتأكيد ما اكتسـبه الفرد أثناء الجلسـات العلاجية وذلك من خلال الممارسـة العملية والتدريب على ما اكتسبه في الجلسات الإرشادية أو العلاجية.

- إعادة البناء المعرفي Cognitive re-construction

وهي إعادة البناء المعرفي للمفحوصين وتعديل الافكار الخاطئة ويتضمن البناء المعرفي تحديد المعتقدات والأفكار السلبية لدي المفحوص ومناقشة هذه الافكار وتوليد أو إيجاد نماذج أو أفكار معرفية ايجابية. (الوكيل،٢٠١٢).

- فنية المراقبة الذاتية The Technique of Self-Monitoring

هي فنية يقوم فيها المريض بملاحظة وتســـجيل ما يقوم به، ويحرص المعالج على البدء في اسـتخدام المراقبة الذاتية بأسـرع وقت ممكن، خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة المشكلة، ثم الاستمرار في استخدامها؛ لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار الســـلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته.(المحارب، ٢٠٠٠).

- **فنية صرف الانتباهDistraction Technique**

وهي من فنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تستخدم لأهداف محددة وقصيرة المدى، وفيها يطلب من العميل القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ويفضل استخدامها في بداية الجلسات العلاجية فقط؛ بحيث تساعد العميل على إدراك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل

- **ويتضمن أسلوب صرف الانتباه التالي:**

أ- التركيز على شيء معين.Focus on a Particular Object

ب- الوعي الحسيSensational Awareness

ج- التمرينات العقليةMental Exercises

د- الذكريات والخيالات السارةPleasing Memories and (المحارب، ٢٠٠٠).

بعد مراجعة الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن اقتراح الفرضيات العلمية التالية:

فرضيات البحث

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث الراشدين على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير العمر على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير المستوي الاجتماعي- الاقتصادي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب مستوي التعليم على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس التخزين المعدل(الاكتناز القهري) في اتجاه المجموعة التجريبية.

٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التخزين المعدل(الاكتناز القهري) في اتجاه القياس البعدي.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

منهج الدراسة

تستخدم الدراسة المنهجي الوصفي، الذي يهتم بوصف الظاهرة، والمنهج شبه التجريبي الذي يعتمد على مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وذلك على عينة قوامها (٢٠) من الحاصلين على أعلى إرباعي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري) وقد تم إجراء التكافؤ بينهما.

الأسلوب الإحصائي

تستخدم الباحثة في تحليل البيانات برنامج التحليل الاحصائي للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS) النسخة ١٦. والعديد من الأساليب الاحصائية مثل المتوسط الحسابي، إضافة إلى اختبار "مان ويتني" Mann-Whitney U-test لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة، واختبار "ويلكوكسون" The Wilcoxon Matched-Paris-Signed-Ranks test لدلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة.

عينة الدراسة والإجراءات

تتكون عينة الدراسة الحالية من (١١٩) من الراشدين والراشدات، بينما تكونت العينة شبة التجريبية من (٢٠) من أفراد العينة، مقسمين إلى (١٠) مجموعة ضابطة، (١٠) مجموعة تجريبية من حصلوا على الإرباعي الأعلي على مقياس التخزين المعدل(الاكتناز القهري). وقد تم التحقق من تكافؤ أفراد المجموعتين، وللتحقق من شروط التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)، والدرجة الكلية قامت الباحثة بالتالي:

جدول (١)

تكافؤ أفراد العينة على أبعاد مقياس التخزين المعدل والدرجة الكلية ن= ٢٠

المتغير	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس الاكتناز	ضابطة	١٠	١٠,١٥	١٠١,٥٠	٤٦,٥٠	٠,٢٦٧	غير دالة
	تجريبية	١٠	١٠,٨٥	١٠٨,٥٠			

يتضح من جدول (١) دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التحزين المعدل (الاكتناز القهري)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لمقياس التخزين المعدل؛ وهذا يدل على التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

أدوات الدراسة

أ – مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري) (إعداد: فروست وآخرون (٢٠٠٤)، تعريب: مخيمر)

قد تم اختيار مقياس مخيمر للتخزين المعدل لقياس الاكتناز القهري وذلك لأنه من أنسب المقاييس التي صممت لقياس الاكتناز القهري ويرجع ذلك لعدة أسباب وهي:

تم تقنين المقياس على الراشدين الكبار في البيئة المصرية عام (٢٠١٤).

وتم التحقق من كفاءة المقياس فى صورت الاجنبية بأكثر من طريقة ، حيث استخدم الصدق التلازمي وهو من اكثر طرق التحقق من الصدق ثقة، كماتحقق من الاتساق الداخلي، والصدق التمييزي ، كما تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ثبات ألفا والذي بلغ (٠,٩٤١) مما يؤكد على صدق وثبات المقياس فى البيئة الأصلية.

كما تم ترجمة المقياس وتعريبه إلى اللغة العربية وقام الباحث بإجراء بعض التعديلات البسيطة على بعض العبارات لتجنب الفهم الخاطئ، وللتحقق من كفاءة المقياس استخدم الباحث عدة اجراءات وهى صدق المحكمين، والاتساق الداخلي، والصدق التمييزي، كما استخدم أكثر من طريقة للتحقق من ثبات المقياس وهي (ألفا كرومباخ، والتجزئة النصفية حيث حساب معامل الارتباط وبين درجات (الاسئلة الفردية والزوجية)، وطريقة اعادة التطبيق) وقد تأكد من تماسكه وثباته.

ويتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٣) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية الأول هو بعد صعوبة التخلص من الاغراض(التخزين) ويقيس هذا البعد عدم الارتياح الناشئ عن التخلص من الاغراض ومكون من (٧) عبارات وهي (٤،٦،٧،١٣،١٧،١٩،٢٣)، والبعد الثاني هو بعد الفوضى ويقيس هذا البعد مقدار الفوضى والمشاكل المرتبطة بها ومكون من (٩) عبارات وهي (٢٠، ٢٢، ١، ٣، ٣، ٥، ٨، ١٠، ١٢، ١٥). والبعد الثالث هو التجميع والاقتناء ويقيس هذا البعد مدي الشراء القهري وتجميع الاشياء والاغراض المجانية ومكون من (٧) عبارات هي (٢، ٩، ١١، ١٤، ١٦، ١٨، ٢١)، ويصحح المقياس وفقاً لتدرج خماسي (ابداً– قليل– متوسط–كثير–إلى أقصى حد)، ويتم حساب الدرجة على المفردات من (٠–٤)، حيث الدرجة الأعلى تعبر عن الاكتناز القهري وهي (٩٢)، والدرجة المنخفضة تعبر عن الحد الادنى للاكتناز القهري وهي (٢٣)، وجميع درجات المقياس موجبة ماعدا العبارتين (٤–٢١) فتعكس الدرجة فيهما.

ب – برنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطراب الاكتناز القهري لدي الراشدين. إعداد الباحثة

تعريف البرنامج الإرشادي: هو برنامج مخطط ومنظم يتضمن تقديم خدمات إرشادية للراشدين بهدف خفض حدة اضطراب الاكتناز القهري، من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي، كالمحاضرة، والمناقشة، وأسلوب مراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفي، وصرف الانتباه، الاستبصار، والاسترخاء النفسي، والواجبات المنزلية.

أهداف البرنامج الإرشادي: –

- تبصير الراشدين الكبار بخطورة المشكلة التي يعانون منها.
- مساعدتهم على إدراك المشكلة، والقدرة على التعامل معها وحلها.

الاعتبارات التي أخذت في البرنامج الإرشادي: –

- وضوح وسهولة أسلوب الحوار، والمناقشة.
- تدعيم العلاقة بين الباحثة والمفحوصين.
- تطبيق البرنامج في نفس المكان الذي يعيش فيه الراشدين الكبار.
- مراعاة وجود روح الدعابة والمرح طوال الجلسات الارشادية.

الجلسات الإرشادية:

قامت الباحثة بإعداد (١٢) جلسة إرشادية فردية – وجماعية للراشدين (ذكور،إناث)، واستغرقت شهر ونصف بواقع جلستين أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة بين (٤٥-٦٠) دقيقة، وتم تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي **عبر برنامج التيمز**، بجمهورية مصر العربية، وذلك نظراً لظروف كوفيد -١٩ في فترة تطبيق البرنامج.

وفيما يلي بيان بهذه الجلسات:

جدول (٢)

جلسات البرنامج، وأهدافه، والأساليب الإرشادية والفنيات المستخدمة.

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الأساليب والفنيات الإرشادية المستخدمة
الأولى	التعارف (مرحلة البدء)	–أن تتعرف الباحثة على أفراد البرنامج في جو من المرح والدعابة. –أن يتعرف المشاركين على بعضهم البعض.	الحوار، والمناقشة، وتقديم الذات
الثانية	التهيئة للبرنامج الارشادي. (مرحلة التهيئة)	–أن يتشجع المشاركين على المشاركة في البرنامج والإفصاح عما بداخلهم بحرية.	المحاضرة والمناقشة، والحوار الجماعي، الدعابة والمرح (الإحماء الجمعي)
الثالثة والرابعة	–التدريب على مهارة التنظيم والفرز. –التحدث عن الاشياء المحببة لدي كل فرد، ودرجة التعلق بها.	–أن يعي المشاركين الفرق بين تجميع الاشياء ذات القيمة، والاحتفاظ بالأشياء عديمة القيمة. –أن يميز المشاركين بين الاقتناء، والتجميع.	الحوار، والمناقشة، المحاضرة الواجبات المنزلية، صرف الانتباه
الخامسة	محاولة التخلص التدريجي من المشاعر السلبية المتعلقة بالفقد للممتلكات. (مرحلة الحدث والفعل)	– أن يدرك المشاركين الأفكار والمعتقدات المتعلقة بالممتلكات المخزنة. – أن يكتسب المشاركين القدرة على تعديل هذه الأفكار الخاطئة، ومحاولة التخلص منها بشكل تدريجي.	إعادة البناء المعرفي، التعزيز، الاستبصار المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية.
السادسة	–الحث على التغيير، والعناية بالذات، ومراقبة أنفسهم باستمرار.	أن يعي المشاركين بخطورة الاكتناز على الفرد وعلى المجتمع. أن يشعر المشاركين بأهمية المشاركة الاجتماعية بينهم.	صرف الانتباه، ومراقبة الذات، والواجبات المنزلية.
السابعة	–تنمية الاحساس بالأمان، وتقوية الوازع الديني.	–أن يكتسب المشاركين الثقة بالنفس والاحساس بالأمان والتوكل على الله عزو جل.	إعادة البناء المعرفي، وصرف الانتباه، ومراقبة الذات، والواجبات المنزلية.
الثامنة والتاسعة	–الحث على النشاط والتجديد. –الحد من العزلة وزيادة المشاركة الاجتماعية.	–أن يمارس المشاركين الأنشطة الرياضية. –أن يدرك المشاركين أهمية التطوير والتغيير.	إعادة البناء المعرفي، وصرف الانتباه، واجبات منزلية.
العاشرة	تنمية روح الايثار، وفعل الخير لدي الأخرين.	–أن يكتسب المشاركين القدرة على فعل الخير والتبرع بالاشياء القديمة غير المستخدمة للمحتاجين.	لوم الذات، وصرف الانتباه، وإعادة البناء المعرفي، النمذجة.
الحادي عشرة	إكتساب مهارة اتخاذ القرار (مرحلة المناقشة)	–أن يشعر المشاركين بالتحسن عقب الانتهاء من البرنامج. –أن يعبر المشاركين عن أنفسهم بحرية وبدون خجل.	الحوار، والمناقشة، الدعابة، والمرح، إدراك الذات
الثاني عشر	الختامي (مرحلة الاغلاق)	التأكد من نتائج البرنامج ومناقشة المفحوصين والتعبير عن أنفسهم بحرية ، والتوصية بمراقبة الذات باستمرار.	المحاضرة والمناقشة، والتعزيز الموجب، المراقبة الذاتية.

مناقشة النتائج

مناقشة نتائج الدراسة الوصفية:

أولاً: نتائج التحقق من الفرض الأول وتفسيره:

ينص هذا الفرض على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور و الإناث الراشدين على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)"، وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) T-test .

جدول (٣)

يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مقياس التخزين المعدل

أبعاد التخزين المعدل	الذكور(٤٣)		الإناث(٧٦)		قيمة "ت"	الفروق
	م	ع	م	ع		
الدرجة الكلية	٤٧,٦٣	١٦,١١	٤٢,٣٠	١٣,٠٢	١,٩٦٤	دالة

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات الذكور والاناث الراشدين على مقياس التخزين المعدل في اتجاه أعلي متوسط وهو متوسط الذكور الراشدين حيث متوسط الذكور الراشدين (٤٧,٦٣)، ومتوسط الإناث الراشدين (٤٢,٣٠).

ويتضح من النتائج السابقة أن نسبة الاكتناز القهري لدي الذكور الراشدين أكبر من الإناث الراشدات وجاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة Samueles et al (2008) ، وذلك على عينة قوامها (٧٤٢) فرداً من الذكور والإناث، بينما جاءت مختلفة مع دراسة مخيمر(٢٠١٤).ولذا فإننا نجد الاختلافات بين العديد من الدراسات حول نسبة انتشار اضطراب الاكتناز القهري بين الذكور والاناث ويرجع ذلك إلي أن العديد من الأشخاص المصابين بالاكتناز لا يلتمسون العلاج ولذلك فإنه من الصعب التأكد من نسبتهم.

ثانياً: نتائج التحقق من الفرض الثاني وتفسيره:

وينص على" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير العمر على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)"، وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الأحادي.

جدول (٤)

تحليل التباين لبيان الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة حسب العمر على مقياس التخزين المعدل.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة	الاستنتاج
	بين المجموعات	٢٦٥,٠٥٨	2	١٣٢,٥٢٩	٠,٦٣٧	٠,٥٣١	غير دالة
	داخل المجموعات	٢٤١٢٧,٨١٦	١١٦	٢٠٧,٩٩٨			
	المجموع	٢٤٣٩٢,٨٧٤	١١٨				

ويتضح من الجدول السابق (٤)عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة حسب متغير العمر الزمني.

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة حسب متغير العمر الزمني، وتتفق هذه النتائج مع مخيمر (٢٠١٤) حيث أكد على عدم تأثير للعمر الزمني على الاكتناز القهري، وتختلف مع كل من (2008 ,Samueles et al ; 2013 , Tolin et al) حيث أكدوا أن أعراض الاكتناز القهري تظهر منذ الصغر ولكن تتدرج أعراضه في الشدة، وتبدو واضحة المعالم لدي الراشدين الكبار عن ذي قبل نتيجة تحررهم من القيود الأسرية وهم صغار، والانفصال عن الأهل وتكوين حياة مستقلة بمعزل عنهم، وبالرغم من اختلاف هذه النتيجة مع الدراسة الحالية إلا أن الباحثة تتفق مع Samueles et al حيث أن أعراض الاكتناز القهري تبدو واضحة لدي الراشدين الكبار وأكثر وضوحاً لدي المسنين. وقد يعزى ذلك الى ان المسنين قد يلتمسون الأمن النفسى فى الاحتفاظ بمقنياتهم الشخصية.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث وتفسيره:

وينص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير المستوي الاجتماعي- الاقتصادي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)"، وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الأحادي.

جدول (٥)

تحليل التباين لبيان الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة حسب المستوي الاجتماعي- الاقتصادي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة	الاستنتاج
	بين المجموعات	٥٧٢,٢٧٧	٢	٢٨٦,١٣٩	١,٣٨٤	٠,٢٥٥	غيردالة
	داخل المجموعات	٢٣٧٨١,٤٩٤	١١٥	٢٠٦,٧٩٦			
	المجموع	٢٤٣٥٣,٧٧١	١١٧				

يتضح من الجدول السابق(٥) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير المستوي الاجتماعي- الاقتصادي

ويتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير المستوي الاجتماعي- الاقتصادي، وهذه النتيجة تتفق مع ما أظهرته دراسة مخيمر (٢٠١٤) التي اجريت في البيئة المصرية وأوضحت أنه لا توجد فروق جوهرية في سلوك الاكتناز القهري بين الأفراد من ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة ، وهو ما يتناقض مع ما أظهرته نتائج دراسة Samueles et al (2008) التي أسفرت عن أن هناك علاقة عكسية بين سلوك الاكتناز، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي لهؤلاء الأفراد.

ويتضح مما سبق تباين نتائج الدراسات حول تأثير متغير المستوي الاجتماعي الاقتصادي على سلوك الاكتناز، وهو ماتعزوه الباحثة إلي قلة الدراسات العربية والاجنبية التي تناولت هذه الظاهرة بشكل مستفيض وعدم تنوع المنهجيات البحثية التي تناولت هذا الاضطراب ويؤكد على ذلك دراسة Williams and Viscusi (2016) التي أشارت إلى ندرة الدراسات في هذا المجال، وعدم الوصول لمعلومات كافية عن هذا الاضطراب وعن الأسباب الكامنة وراءه وبالتالي عدم القدرة على تعميم نتائج الدراسات السابقة.

كما ترجعه الباحثة إلي أن الاكتناز القهري يرجع إلي عوامل نفسية تؤثر على سلوكيات الفرد الخارجية، ويؤكد ذلك الجعافرة(٢٠١٨) حيث يرى أنه يتعين لفهم ظاهرة الاكتناز والتخزين الاهتمام بتقصي المتغيرات المعرفية والسلوكية التي وراءه، ولذا فهو ليس مرتبط بثقافة أو مستوي اجتماعي أو اقتصادي، فقد يظهر لدي المستويات اجتماعية -اقتصادية مرتفعة في

شكل الاقتناء وتجميع الاشياء الثمينة حتي لو لم يتم الاستفادة منها، وتظهر واضحة في هوس الشراء والتسوق، بينما يظهر في المستويات الاجتماعية –الاقتصادية المنخفضة في صورة تجميع وتخزين للأشياء التي يعتقدون بأنها مصدر أمان وحماية لهم في المستقبل سواء في شكل فوضي تخزين الملابس القديمة أو الكتب والمجلات أو غيرها.

رابعاً: نتائج التحقق من الفرض الرابع وتفسيره:

وينص على" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب مستوي التعليم على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)"، وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الأحادي.

جدول (٦)

تحليل التباين لبيان الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة حسب مستوي التعليم على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري).

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة	الاستنتاج
	بين المجموعات	٢٦٩٩,٠١٤	٣	٨٩٩,٦٧١	٤,٧٦٩	٠,٠٠٤	دالة
	داخل المجموعات	٢١٦٩٣,٨٦٠	١١٥	١٨٨,٦٤٢			
	المجموع	٢٤٣٩٢,٨٧٤	١١٨				

يتضح من الجدول السابق (٦) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير المستوي التعليم.

جدول (٧)

لبيان المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري حسب متغير المستوي التعليم.

مستوي التعلم	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
تعليم متوسط	٢٤	٤٦,٣٣	١٦,٠٨٢
تعليم جامعي	٧٦	٤٢,٩٥	١١,٥٥
تعليم فوق الجامعي	١٩	٤٢,٥٣	١٧,٩٣٣

يتضح من الجدول السابق(٧) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات الأفراد حسب متغير التعليم في اتجاه المستوي التعليم المتوسط، حيث المتوسط الحسابي (٤٦,٣٣)، وهذه النتيجة تختلف مع دراسة Sumner et al (2016) حيث أظهرت عدم وجود فروق في مستوي التعليم لدي المكتنزين.

وتري الباحثة أن لمستوي التعليم دور فعال ومؤثر في تنمية الجانب المعرفي السليم لدي الفرد، فكلما زاد مستوي تعليم الأفراد زاد مستوي وعيهم ونظرتهم للحياة بشكل ايجابي وبالتالي يؤثر على معتقداتهم وأفكارهم ومفاهيمهم وبالتالي يؤثر على مشاعرهم ودرجة تعلقهم بالأشياء.

نتائج الدراسة التجريبية:

خامساً: نتائج الفرض الخامس:

وينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري) في اتجاه المجموعة التجريبية "

للتحقق من صحة الفروض تم استخدام اختبار مان ويتني Mann–Whitney Test اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (٨)

قيم (U) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات مجموعتي الدراسة بعد تطبيق البرنامج على مقياس التخزين المعدل.

المتغير	المجموعة	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس الاكتناز	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٠٧	دال عن (٠,٠١)
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			

شكل (٨) يوضح متوسطي رتب درجات مجموعتي الدراسة في القياس البعدي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)، والدرجة الكلية له، حيث كانت قيمة (Z) المحسوبة لجميع أبعاد المقياس، والدرجة الكلية له دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) كما هو موضح بالجدول السابق.

سادساً: نتائج الفرض السادس:

وينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري) في اتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Testاللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التخزين المعدل.

جدول (٩)

قيم (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس التخزين المعدل.

المتغير	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	z	حجم التأثير	مقدار التأثير
الدرجة الكلية على مقياس الاكتناز	السالبة	١٠	٥,٥	٥٥,٠٠	٤١,٤٠٠	١٠,٣٤٠	٢,٨٠٥	٠,٨٩٢	كبير
	الموجبة	صفر	صفر	صفر	٤٠,٠٠٠	١,٠٥٤			
	المتعادلة	صفر	–	–	–	–			
	الكلي	١٠	–	–	–	–			

يتضح من الجدول (٩) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد نفس المجموعة من الراشدين والراشدات على أبعاد مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري)، والدرجة الكلية له قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي حيث كانت قيمة (Z) المحسوبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) كما هو موضح بالجدول السابق.

سابعاً: نتائج الفرض السابع:

وينص على "عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التخزين المعدل (الاكتناز القهري) ".

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Testاللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التخزين المعدل.

جدول (١٠)

قيم (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التخزين المعدل.

المتغير	اتجاه فروق الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية على مقياس الاكتناز	السالبة	٤	٣,٢٥	١٣,٠٠	٤٠,٠٠٠	١,٠٥٤	٠,١٧٢	غير دال
	الموجبة	٣	٥,٠٠	١٥,٠٠	٤٠,٥٠٠	٤,٢٩١		
	المتعادلة	٣	–	–	–	–		
	الكلي	١٠	–	–	–	–		

يتضح من الجدول (١٠) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي عن القياس البعدي، حيث كانت قيمة (Z) المحسوبة غير دالة إحصائياً كما هو موضح بالجدول السابق.

مناقشة نتائج الدراسة التجريبية:

أسفرت نتائج التحقق من الفروض المتعلقة بالدراسة التجريبية عن فاعلية البرنامج في خفض حدة السلوك الاكتنازي لدي العينة التجريبية، وهو ماتبدي من مقارنة نتائج المجموعة الضابطة بالمجموعة التجريبية جدول رقم(٨)، أو بإداء المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي جدول رقم(٩) وهذه النتائج أكدت ما سبق أن ذكرته دراسة كل من (Williams and Viscusi ,2016)؛ (Brien et al ,2018) ; (Rodgers et al,2021)، من أن العلاج المعرفي السلوكي هو أنسب العلاجات لخفض حدة السلوك الاكتنازي.

كما أظهرت الدراسة الحالية أن نتائج المجموعة الضابطة لم تحقق أي تحسن يذكر، وهو ما تم توقعه وشيء منطقي حيث أنهم لم يخضعوا للبرنامج العلاجي، بينما المجموعة التجريبية أظهرت تحسن ملحوظ وذلك نتيجة لخضوعهم للبرنامج العلاجي بفنياته المختلفة.

وتعزو الباحثة فاعلية البرنامج إلى مجموعة من الأسباب فمهما كان كفاءة البرنامج المقدم إلا أنه ما لم تتوفر عند المسترشدين (المشاركين في البرنامج) الدافعية الكافية للتخلص من مشكلاتهم فلن يحقق البرنامج الأثر المرجو منه، وهو ما تبدي للباحثة من متابعة المشاركين وانتظامهم في جلسات البرنامج أو أداء الواجبات المنزلية أو المشاركة الفعالة في المناقشات حول ما تثيره الباحثة من قضايا أثناء جلسات البرنامج وهو ماكان له دور فعال في تعديل أفكار المجموعة حول تلمس الأمن في جمع أو تخزين المقتنيات، وقد سبق وأن أكد

زهران(٢٠٠٥)على فاعلية **المناقشة** في تعديل الأفكار والاتجاهات تصل إلى ١٦ مرة مما تحققه المحاضرة من فاعلية.

كما أن العلاقة الودودة بين الباحثة وأفراد المجموعة وما أبدته من احترام وتقدير لأشخاصهم بعيداً عن أنهم ادركوا مدي الخسائر التي يسببها هذا السلوك، فقد رأت الباحثة أن تبدأ جلساتها بإستخدام فنية **صرف الانتباه** وذلك للحد من الأعراض المصاحبة لهذا السلوك وتدريبهم على التحكم في هذه الأعراض، وهو ما أكدته Miranda (2011) في دراستها على٦٧ من المكتنزين أن لفنية صرف الانتباه والتجنب دور فعال ومؤثر على مستويات الإضطراب، وخفض حدة الاكتناز القهري، والقدرة على التحكم في الأعراض المصاحبة لممارسة السلوك غير المرغوب.

كما أن استخدام الباحثة لفنية **مراقبة الذات** في الجلسات الأولي ساهم في خفض معدل تكرار السلوك الاكتنازي القهري، وهو ما أشار إليه Burgard &Gallagher(2006) أن لفنية المراقبة الذاتية تأثير فعال وتعد من أكثر الإستراتيجيات فاعلية و "حجر الزاوية" في العلاجات السلوكية المعرفية حيث تعتمد على زيادة وعي المريض بمشكلته وقدرته على التعامل معها وبالتالي إستمرارية أثر العلاج.

كما أظهرت المجموعة من خلال التدريب على فنية **الاسترخاء** فائدة كبيرة وتغير ملحوظ في خفض التوترات عامة والانضغاط لممارسة السلوك الاكتنازي بصورة قهرية.

كما كان لفنية **الاستبصار** صدي جيد، حيث يسرت لكثيرين منهم الوعي بالمشكلة، وأسبابها، مما ساهم في تغيير السلوك خاصةً وأن الباحثة ناقشت معهم مفهوم الأمن النفسي بإعتبار أن الاكتناز القهري يشبع لديهم هذه الحاجة، وساعدتهم على استبدال هذه الفكرة بأن الأمن النفسي حينما نقدم ما نحاول اكتنازه ليستفيد به آخرون فيكون أمناً نفسياً لنا يوم الدين ورصيداً من الأجر عند الله عز وجل وذلك من خلال عرض ومناقشة علي سبيل المثال أحاديث الرسول صلي الله عليه وسلم في الجلسات العلاجية حيث قوله رضي الله عنه (أحب الناس إلى الله أنفعهم للناس) ، وحديث آخر للرسول صلي الله عليه وسلم:(من كان معه فضل ظهر فليَعُدْ به على من لا ظهر له، ومن كان له فضل من زاد فليعد به على من لا زاد له، فذكر من أصناف المال ما ذكر، حتى رأينا أنه لا حق لأحد منا في فضل)، وقد أشار أيضاً Ayers) et al)2020 على فاعلية الاستبصار كفنية علاجية على تغيير السلوك غير المرغوب.

وتري الباحثة أن أيضاً من الفنيات المهمة فنية **إعادة البناء المعرفي** حيث تشير دراسة كل من Tolin et al(2019)، Mathesa et al (2020) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وفنياته المختلفة وخاصة لدي العينات صغيرة العدد، وأن من المهم تحديد الأفكار والمعتقدات السلبية والتخلص منها أو استبدالها بأفكار ايجابية، وهو ما سعت إليه الباحثة من حيث حث الأفراد على مناقشة الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار منطقية.

وتخلص الباحثة إلى أن هذا التحسن الذي تبدي في انخفاض درجات المشاركين في البرنامج يتسق مع ما أظهرته دراسة Sumner et al (2016) أن للعلاج المعرفي السلوكي دور فعال لدي الأفراد المكتنزين، وأنهم اظهروا تحسن واستجابة كبيرة من خلال استخدام الإستراتيجيات الصريحة الواضحة معهم في البرنامج العلاجي عكس الإستراتيجيات الضمنية، كما أكد على عدم وجود علاقة بين شدة، ودرجة الاكتناز والإدراك العصبي النفسي وذلك بعد استخدم العديد من المقاييس المتضمنة (الذاكرة اللفظية، الانتباه، الأداء التنفيذي، التنظيم)، والتي أظهروا فيها استجابات واضحة.

كما تشير نتائج المقارنة بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية استمرارية انخفاض حدة السلوك الاكتنازي، وذلك بعد انقضاء أكثر من شهرين، وهو مايعكس نجاح وفاعلية البرنامج في تحقيق أهدافه، كما يعكس إدراك المجموعة لما حققوه من مكاسب معنوية حرصوا على الحفاظ عليها.

كما ترى الباحثة أن لخبرتها الارشادية و العلاجية دوراً وتأثيراً فعالاً في نجاح البرنامج، وتتوقع أنه لو كان تم في ظروف طبيعية مباشرة غير الظروف التي نمر بها اليوم كان حقق نتائج أفضل، ولكن استطاعت الباحثة أن تتخطي هذه العقبات عن طريق زيادة الواجبات المنزلية وعمل مناقشات وحوارات بشكل فردي بينها وبين المشاركين من خلال تطبيق الواتس أب كما قامت الباحثة بعمل مجموعات للتواصل بين المشاركين مع بعضهم البعض والمشاركة في العديد من الأنشطة والهوايات المختلفة مثل (ممارسة الرياضات المختلفة، الاتفاق على تجميع الملابس، والكتب القديمة والتبرع بها، الاشتراك في دورات تثقيفية وتوعوية...الخ).

كما أظهر البرنامج العلاجي تغير ملموس في سلوكيات المشاركين من حيث القدرة على التصنيف والتنظيم، والفرز، و لم تكتفي الباحثة بذلك حيث أن عمليات التنظيم والتصنيف

والفرز لا تعالج سوي عواقب الاكتناز، ولكنها تهمل المشاعر والمعتقدات الكامنة وراء سلوك الاكتناز القهري.

وقد دعت الباحثة المشاركين إلي القيام بسلوكيات ايجابية ملموسة واضحة وهو ما تم بالفعل من خلال، قدرتهم على اتخاذ القرار وبالفعل قاموا بالتبرع بالملابس القديمة والأشياء القديمة وذلك بالتعاون مع بعضهم وتجميعها والتبرع بها.

كما كان للبرنامج العلاجي أثر كبير لدي أحد المشاركين ممن وجدت الباحثة معه صعوبة بالغة حيث كان يعاني من صعوبة في التعامل مع الآخرين، واحساس بالخجل والانسحابية، وخوف من الفقد وذلك بعد فقد والده والاحتفاظ بسيارته ١٧ عاماً لمجرد احساسه النفسي بوجود والده معه من خلال هذه السيارة، ولكن الأن بدأ يتعامل بشكل ودود ومتعاون مع الآخرين، ويتقبل نقدهم، وبدأ يشارك في المناسبات الاجتماعية المختلفة، وأظهر تحسن ملحوظ في سلوكياته بعد البرنامج.

كما كان للبرنامج تغيير فعال في سلوكيات المشاركين من حيث أصبحوا أكثر وعياً بمشكلاتهم ولديهم القدرة على السيطرة والتحكم في مشاعرهم السلبية اتجاه الممتلكات والمقتنيات التي يملكونها.

تعقيب

- مما سبق يتضح أن أغلب الدراسات التي تناولت الاكتناز القهري قامت على شريحة الشباب، والمراهقين من طلاب الجامعات واغفلت فئة الراشدين الكبار، مثل دراسة الجعافرة (٢٠١٨)، ورجيعه (٢٠١٦)، وعبد النبي (٢٠١٢)، والبناني (٢٠١١) رغم أن هذه الفئة أكثر تضرراً وتأثراً بالاضطراب.
- أغلب هذه الدراسات استخدمت المنهجية الوصفية للبحث العلمي ولم تتطرق إلى المنهج التجريبي ماعدا دراسة البناني (٢٠١١) استخدمت المنهج الكلينيكي، ودراسة عبد النبي (٢٠١٢) استخدمت المنهج التجريبي ولكنها اقتصرت على نوع من أنواع الاكتناز وهو الشراء القهري لدي طلاب الجامعة ولم تتطرق للاكتناز بوجه عام كاضطراب وظاهرة نفسية متعددة الأوجه والأسباب.
- عدم الاهتمام بالبرامج العلاجية والارشادية في الوطن العربي على فئة الراشدين وكبار السن بالرغم من أن هذه الفئة الأكثر تضرراً من الاكتناز القهري.

- تباين واختلاف نتائج الدراسات العربية والأجنبية حول المتغيرات الديموجرافية للمكتنزين، وبالتالي قصور هذه الدراسات والأبحاث في الوصول لملامح محددة وأسباب واضحة لظاهرة الاكتناز القهري.
- بالرغم من قدم هذه الظاهرة المرضية ولكنها لم تحظ بالاهتمام الكافي حتى الأن، ومازالت يشوبها الغموض والقصور في بعض الجوانب فهي تحتاج إلى المزيد من الدراسات السيكولوجية، والفسيولوجية.
- توصلت الدراسة الحالية إلى نتائج متفقة مع دراسة (مخيمر، ٢٠١٤) ماعدا في نتائج الفرض الأول الخاص بالنوع، وذلك لاشتراك الدراستان على نفس الشريحة العمرية وهي فئة الراشدين الكبار في المجتمع المصري.

التوصيات

- الحث على عمل ندوات ومؤتمرات علمية للتوعية بهذا الاضطراب.
- عمل دراسات تثقيفية وعلاجية للحد من اضطراب الاكتناز القهري.
- القدرة على معرفة الملامح التشخيصية المبكرة للاضطراب وعلاجها.
- نشر الوعي من خلال وسائل الاعلام المختلفة بمؤشرات والعوامل التي تنبأ باضطراب الاكتناز القهري.
- تصميم برامج ارشادية وعلاجية مختلفة للحد من سلوك الاكتناز القهري.
- إلقاء الضوء على أثر التنشئة الاجتماعية على السلوك الاكتناز القهري لدي الأطفال.
- الاهتمام بالدراسات الكلينيكية على المصابين باضطراب الاكتناز القهري لمعرفة ديناميات الشخصية المختلفة.
- عمل دراسات ارشادية وعلاجية تهتم بمقارنة أكثر من استراتيجية علاجية واثبات فاعليتهم لدي المكتنزين.
- الاهتمام بعمل دراسات حول أهمية استخدام استراتيجية العلاج المتمركز حول الشفقة بالذات أثناء فترة المتابعة.

المراجع

-البناني، أروي (٢٠١١). التحميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدي عينة اكلينكية وغير اكلينكية، *رسالة ماجستير*، كلية التربية، جامعة أم القري: المملكة العربية السعودية.

-الجعافرة، إيمان سميح (٢٠١٨). الخصائص السيكومترية لمقياس التجميع والتخزين لدى عينة منى طلبة جامعة مؤتة، *رسالة ماجستير* غير منشورة: الاردن.

- المحارب، ناصر (٢٠٠٠). *المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي*، الرياض: دار الزهراء.

- الوكيل، سيد (٢٠١٢، سبتمبر). فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي- السلوكي فى علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطراب صورة الجسم لدي عينة من طالبات الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، المجلد١٣، ع ٣، البحرين.

-دسوقي، كمال (١٩٨٨). *ذخيرة علوم النفس*، المجلد الأول، مصر: الدار الدولية للنشر.

-رجيعة، عبد الحميد عبد العظيم (٢٠١٦). الاكتناز القهري وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والنفسية والاجتماعية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية، ع٤، ١-٧١، *مجلة كلية التربية*، جامعة كفر الشيخ: مصر.

-زهران ، حامد عبد السلام (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط٤). عالم الكتب: القاهرة.

- عبد الله، عادل (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي*: أسس وتطبيقات القاهرة: دار الرشاد.

-عبد النبي، سامية محمد (٢٠١٢). فاعلية برنامج ارشادي في التخفيف من سلوك الشراء القهري لدي عينة من طلاب وطالبات الدراسات العليا بكلية التربية بجامعة بنها، *مجلة الارشاد النفسي*، ع٣٣، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس: مصر.

-عوض، حسني (٢٠٠٨). *نظرية العلاج المعرفي السلوكي*، قسم التعليم المستمر وتنمية المجتمع. غزة: جامعة القدس المفتوحة.

- مخيمر، هشام محمد (٢٠١٤). سلوك التجميع والتخزين وعلاقته ببعض الاضطرابات الانفعالية لدي الراشدين. ع١٦، ٢٠١-٢٤٢، *مجلة كلية التربية*، جامعة بورسعيد: مصر.

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, American Psychiatric Publishing.

- Ayers, R.C., Castriotta, N., Dozier, M.E., Espejo, E. (2014). Behavioral and experiential avoidance in patients with hoarding disorder**.** *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3): 408-414. DOI:10.1016/j.jbtep.2014.04.005
- Ayers, R.C., Najmi, S., Mayes, M.A., Mary, E. Dozier, B.A.(2020). *Hoarding Disorder in Older Adulthood*. Am J Geriatr Psychiatry ,23(4): 416–422. doi:10.1016/j.jagp.2014.05.009.
- Barlow(2015).” *Distress associated with non-acquisition in hoarding disorder"* Honors Project, Smith College, Northampton, MA. https://scholarworks.smith.edu/theses/1549 ,20-24.
- Brien, C., O'Connor, J., & Russell-Carroll, D. (2018). “Meaningless carrying-on”: *A psychoanalytically-oriented qualitative study of compulsive hoarding. Psychoanalytic Psychology*, *35*(2), 270–279. https://doi.org/10.1037/pap0000100v
- Burgard, M &Gallagher, K. (2006). Self-Monitoring: Influencing Effective Behavior Change in Your Clients. *thesis or dissertation Ph.D*. American College of Sports Medicine.
- Chou, C. Y., Tsoh, J. Y., Shumway, M., Smith, L. C., Chan, J., Delucchi, K., Tirch, D., Gilbert, P., & Mathews, C. A. (2020). Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects. *The British journal of clinical psychology***,** 59(1), 1–21. https://doi.org/10.1111/bjc.12228
- Dozier, M. E., Davidson, E. J., Pittman, J., & Ayers, C. R. (2020). Personality traits in adults with hoarding disorder. *Journal of affective disorders*, 276, 191–196. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.033
- Forst,R.O.&Gross,R,G,(1993).The Hoarding Of Possessions. *Behaviour Research and Therapy* vol31,367-381.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*, 34(4), 341–350. https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00071-2
- Frost, R. O., (2004). *When Hoarding Causes Suffering, Working Together to address Multifaceted Problem World Service*, New York.
- Grisham, J.R., Frost, R.O., Steketee, G., Kim, H. J., Hood, S.(2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal Anxiety Disorder*. 20, 675–686.

- Kalogeraki, L., & Michopoulos, I. (2017). *Psychiatrike*, 28(2), 131–141. https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.131
- Mathes, B. M., Timpano, K. R., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2020). Attachment theory and hoarding disorder: A review and theoretical integration. *Behaviour research and therapy*, 125, 103549. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103549
- Mackin,R., Arean,P., Delucchi, K.,& Mathews,C.(2010).Cognitive Functioning in Individuals With Severe Compulsive Hoarding Behaviors and Late Life Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,26(3),314-321.
- Merictan and Mortan (2019) .*Cognitive Behavioral Therapy for Hoarding Disorder :A Systematic Review* .Current Approaches in Psychiatry .1 (4):506-518 doi: 10.18863/pgy.538142
- Miranda, I. (2011). Coping Styles of Compulsive Hoarders and their Relationship to Psychological Distress. *thesis or dissertation. Ph.D*. The George Washington University.
- Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2014). Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: follow-up findings and predictors of outcome. *Depression and anxiety*, 31(12), 964–971. https://doi.org/10.1002/da.22222
- Roane, D., Landers, A., Sherratt, J., & Wilson, G. (2017). Hoarding in the elderly: A critical review of the recent literature. *International Psychogeriatrics*, 29(7), 1077-1084. doi:10.1017/S1041610216002465
- Rodgers, N., McDonald, S., & Wootton, B. M. (2021). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: An updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 290, 128–135. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.067
- Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behavioral Research and Therapy*, 46(7), 836-٨44. doi:10.1016/j.brat.2008.04.004
- Sumner, J.M., Noack, C.G., Filoteo, J.V., Maddox, W.T., Saxena, S.(2016). Neurocognitive performance in unmedicated patients with hoarding disorder. *Neuropsychology*, 30(2):157-168. DOI: 10.1037/neu0000234. PMID: 26301774; PMCID: PMC4766061.

- Tolin, D. F., Frost, R.O., Steketee, G. (2013). *Buried in Treasures: help for compulsive acquiring, saving, and hoarding* (2nd ed.). New York: Oxford ISBN: 978-0-19-932925-0.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 32(3), 158–166. https://doi.org/10.1002/da.22327
- Tolin, D. F., Wootton, B. M., Levy, H. C., Hallion, L. S., Worden, B. L., Diefenbach, G. J., Jaccard, J., & Stevens, M. C. (2019). Efficacy and mediators of a group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: A randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(7), 590–602. https://doi.org/10.1037/ccp0000405
- Wheaton, M.G., Fabricant, L.E., Berman, N.C. *et al.* (2013) Experiential Avoidance in Individuals with Hoarding Disorder. *Cogn Ther Res,* (**37),** 779–785. *https://doi.org/10.1007/s10608-012-9511-2*
- Williams M, Viscusi JA (2016) Hoarding disorder and a systematic review of treatment with cognitive behavioral therapy**.** *Cogn Behav Ther*, 45:93-110 doi: 10.1080/16506073.2015.1133697.
- Yap, K., & Grisham, J. R. (2020). Object attachment and emotions in hoarding disorder. *Comprehensive psychiatry*, 100, 152179. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152179

فِي ضوءِ إجراءاتِ البحثِ ، ومَا تَوَصَّلَ إِلَيهِ الباحثُ مِنْ نتائجَ، ومَا قَدَّمَهُ مِنْ تفسيراتٍ، ومَا لَمَسَهُ مِنْ صعوباتٍ واجهتْهُ مِنْ خلالِ إجراءاتِ البحثِ الحَالِي؛ فإنَّهُ يقترحُ بعضَ التوصياتِ التَّرْبَوِيَّةِ فِي مجالِ الاهتمامِ بأطفالِ اضطراب التوحد:

١-التأكيد على أهمية اعداد برامج توعوية عن البيئة ودورها في الاصابة باضطراب التوحد في وسائل الاعلام المختلفة.

٢-برامج توعوية وتثقيفية لطالبات وطلاب الجامعة عن دور البيئة في الاصابة باضطراب التوحد.

٣-توعية المجتمع المحلي عن خطورة العوامل البيئة في الاصابة باضطراب التوحد من خلال برامج التواصل الحديثة.

بحوث مقترحة:

فى ضوء نتائج الدراسة يمكن للباحث اقتراح المزيد من البحوث التالية في :

١-علاقة الاصابة باضطراب التوحد والتلوث البيئي.

٢-الاشعاعات ودورها في الاصابة باضطراب التوحد.

٣-الخمر والمخدرات ودورها في الاصابة باضطراب التوحد.

٤-التدخين ودوره في الاصابة باضطراب التوحد.

٥-اصابة الأم الحامل بلأمراض المعدية ودورها في الاصابة باضطراب التوحد.

المراجع

- الدمرداش ، عادل (١٩٨٢). *الإدمان مظاهره وعلاجه* . سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب – الكويت ، العدد ٥٦ .
- الزريقات ، إبراهيم عبد الله فرج (٢٠١٦). *التوحد السلوك والتشخيص والعلاج* .عمان : دار وائل للطباعة والنشروالتوزيع.
- العفيفي، عبد الحكيم (١٩٨٦) . *الإدمان* . القاهرة : الزهراء للإعلام العربي .
- زهران، حامد عبدالسلام (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة، عالم الكتب.
- صالح، قاسم حسين (٢٠٠٨). *الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها* .الاردن ، عمان: دار دجلة للنشر والتوزيع.
- عبد السلام ، علي زين العابدين، و عرفات ، محمد عبد المرضي (١٩٩١) . *تلوث البيئة، ثمن للمدينة* . القاهرة : عربية للطباعة والنشر .
- عبد الله ، عادل (٢٠٠٤). *الإعاقات العقلية*. القاهرة : دار الرشاد.
- عسليه ، كوثر حسن (٢٠٠٦).*التوحد* . عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- عكاشه، أحمد (٢٠١٠). *الطب النفسي المعاصر* .ط(١٥)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- فراج، عثمان لبيب (٢٠٠٢). *الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة* .القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية.
- قطب، نرمين (٢٠٠٧). برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد . *رسالة ماجستير غير منشورة*، كلية التربية، جامعة أم القرى ، المملكة العربية السعودية.
- مصطفى، أسامة فاروق ، والشربيني ، السيد كامل (٢٠١١). *التوحد(الاسباب – التشخيص–العلاج)* ، عمان : الاردن ، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
- مصطفى ، أسامة فاروق ، و الشربيني ، السيد كامل (٢٠١٣). *علاج التوحد* ، ، عمان : الاردن ، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.

- مصطفى ، أسامة فاروق ، و الشربيني ، السيد كامل (٢٠١٤). *سمات التوحد* ،ط(٢)، عمان: الاردن ، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع.
- A.O.W. Leung and B.S. Ye (2017). The association of environmental toxicants and autism spectrum disorders in children. *Environmental Pollution*, 227:234-242.
- Adams, J., Romdalvik, J., Sadagopa, Ramanujam, V., &Legator, M.(2007) Mercury, lead and zinc in baby teeth of children with autism versus controls. *J Toxicol Environ Health* Part A ,70:1046–1051.
- Alhowikan, Abdulrahman Mohammed; Al-Ayadhi, Laila Yousef; Halepoto, Dost Muhammad; (2019 Jul-Aug): Impact of environmental pollution, dietary factors and diabetes mellitus on Autism Spectrum Disorder (ASD). *Pakistan journal of medical sciences* Vol. 35, Iss. 4, 1179-1184. DOI:10.12669/pjms.35.4.269
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC**:** *American Psychiatric Association*
- Bates , , W. J .(1977) . *Mental retardation* . in Gregory , I . & Smeltzer , D . J .(eds.) , psychiatry . Boston , Little Brown and company.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, *MWR:Surveillance Summaries*,63(SS02), 1–21. Retrieved from. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020a, March 25). *Data & statistics on autisms pectrum disorder. https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html.*
- Chess, S., Fernandez, P., Korn, S. (1978). Behavioral consequences of congenital rubella. *J Pediatr* 93(4):699–703.
- Chunyan Yang & Weiwei Zhao1 & Kui Deng & Vanessa Zhou & Xiaohua Zhou & Yan Hou(2017). The association between air pollutants and autism spectrum disorders . *Environ Sci Pollut Res* 24:15949–15958 DOI 10.1007/s11356-017-8928-2.
- Chunyan Yang & Weiwei Zhao1 & Kui Deng & Vanessa Zhou & Xiaohua Zhou & Yan Hou(2017). The association between air

pollutants and autism spectrum disorders . *Environ Sci Pollut Res* 24:15949–15958 DOI 10.1007/s11356-017-8928-2.

- Corey, I., &Spear, P. (1986) Infections with herpes simplex viruses (second of two parts). *New England Journal of Medicine* 314:749–757
- Cuddihy, Martin; staff(Nov 2012) .Study finds possible air pollution link to autism; A new report has indicated that exposure to traffic-related air pollution during pregnancy and infancy may be linked to an increased risk of autism. *General Psychiatry journal.* ABC Premium News; Sydney
- Dales, L., Hammer, S., & Smith, N. (2001).*Time trends in autism and in MMR immunization coverage in California*. JAMA , 285: 1183-5
- Damasio, A., &Van Hoesen, G. (1985).The limbic system and the localization of herpes simplex encephalitis**.** *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 48:297–301
- Decker , C.A.(1988). *Children : the early years* .Illinois, Ther Goodheart - Willcox Company.
- Delong, G., Bean, S., &Brown, F.(1981) Acquired reversible autistic syndrome in acute encephalopathic illness in children**.** *Archives of Neurology* 38:194
- Disease Prevention Week; Atlanta [Atlanta](10 Dec 2019**):** *Developmental Diseases and Conditions - Autism; Findings from Lund University Broaden Understanding of Autism* (Prenatal exposure to air pollution as a potential risk factor for autism and ADHD) Disease Prevention Week. , p 196.
- Gallahue , D.(1982). *Understanding motor-development in children* .New York , John Wiley & Sons.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., Eilers, L.,& Ghaziuddin, N. (1992) Brief report: autism and herpes simplex encephalitis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* ,22:113
- Gillberg, C,& Heijbel, H(1998).*MMR and autism. Autism*, 2: 423-4
- Harris, S., MacKay, L., Osborn, J.(1995). Autistic behaviors in offspring of mothers abusing alcohol and other drugs: A series of case reports. *Alcohol Clin Exp Res*,19:660–665.

- Heron, J., &Golding, J.,(2004). Alspac Study Team. Thimerosal exposure in infants and developmental disorders: A prospective cohort study in the United Kingdom does not support a causal relationship. *Pediatrics* 114:577–583.
- Hultman, C., Spar ´en, P., &Cnattingius, S.(2002). Perinatal risk factors for infantile autism**.** *Epidemiology* ,13: 417–23.
- Iyer, Malathy (Mar 15,2014) .*High autism rates linked to environmental pollution*: Study The Economic Times; New Delhi.
- Katherine E. Pelch, Ashley L. Bolden, and Carol F. Kwiatkowski(April 2019). Environmental Chemicals and Autism: A Scoping Review of the Human and Animal Research. *Environmental Health Perspectives*, 127(4).
- Kaye, J., Melero-Montes, M., & Jick, H.(2001) Mumps, measles, and rubella vaccine and the incidence of autism recorded by general practitioners: a time trend analysis**.** *BMJ* , 322:460-3
- Kimberly Zlomke · Kristina Rossetti · Jillian Murphy · Keri Mallicoat · Hanes Swingle (2020). Feeding Problems and Maternal Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder. *Maternal and Child Health* 24:1278–1287 https://doi.org/10.1007/s10995-020-02966-8
- Lai., M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakbrabarti, B., & BaronCohen, S. (2015). Sex/gender diferences and autism: Setting the scene for future research**.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry***,** 54(1), 11–24.
- Lancioni, G. E., & Singh, N. N. (Eds.). (2014). *Assistive technologies for people with diverse abilities. Springer Science & Business Media.*
- Nanson, J.(1992). Autism in fetal alcohol syndrome: a report of six cases. *Alcohol Clin Exp Res*,16:558–565.
- Palmer, R., Blanchard, S., Stein, Z.,(2006). Environmental mercury release, special education rates, and autism disorder: an ecological study of Texas. *Health Place*,12:203–209.
- Parker, S., Schwartz, B., Todd, J., &Pickering, L.(2004) Thimerosalcontaining vaccines and autistic spectrum disorder: A critical review of published original data. *Pediatrics*, 114:793–804.

- Qin, Yanyan; Jian, Bin(Nov 2014): Impact of Mercury and Lead Pollution on Children with *Autism. Environmental Science and Management* Vol. 39, Iss. 11, 68-70.
- Qin, Yanyan; Jian, Bin(November 2016). Impact of Bisphenol A Pollution on Nervous Immune System of Children with Autism Spectrum Disease. *Environmental Science and Management* Vol. 41, Iss. 11.
- Schmeisser, M. J., & Boeckers, T. M. (Eds.). (2017). *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder* (Vol. 224). Springer.
- Sharma, Arun (January 15, 2019): Is Autism Spectrum Disorder in Early Childhood Related to Antenatal Exposure to Air Pollution?: Environmental Health Viewpoint. National Library of Medicine. *Indian pediatrics* Vol. 56, Iss. 1, 65-66.
- Sharp, W., Berry, R., McCracken, C., Nuhu, N., Marvel, E., Saulnier, C., & ... Jaquess, D. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 43(9), 2159-2173. doi:10.1007/s10803-013- 1771-5.
- Stein, J., Schettler, T., Wallinga, D., &Valenti, M.(2002) In harm's way: Toxic threats to child development. J Dev Behav *Pediatrics* ,23:S13–S22.
- Sweeten,L., Posey,D., & McDougle ,C.(2004). Brief Report: Autistic Disorder in Three Children with Cytomegalovirus Infection. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* Vol. 34, No. 5.
- Thain , W., Casto , G.,& Peterson , T.(1980**).** *Normal and handicapped children , A growth and development* , primer for Parents and professional , PSG Publishing Company , Inc et al . (1980).
- Thomson, G., Raab, G.,& Hepburn, W.(1989). Blood-lead levels and children's behaviour: Results from the Edinburgh Lead Study. *J Child Psychol Psychiatry*,30:515–528.
- Uchiyama, Y., Kurosawa, M., Inaba, Y.(2007). MMR-vaccine and regression in autism spectrum disorders: Negative results presented from Japan. *J Autism Dev Disord*,37:210–217.

- Wang, Shirley S(06 May 2013**).** *Autism Linked to Environmental Factors*; New Studies of Air Pollution, Pesticides and Iron Bolster Evidence Tying Developmental Disorder to Influences in Womb. Wall Street Journal (Online); New York, N.Y.
- Whitley, R.,Soong, S.,Linneman, C, Liu, C., Pazin, G., & Alford, C. (1982) Herpes simplex encephalitis: clinical assessment**.** *Journal of the American Medical Association* 247:317–320
- Windham, G.,, Zhang, L., Gunier, R.(2006). Autism spectrum disorders in relation to distribution of hazardous air pollutants in the San Francisco Bay area. *Environ Health Perspect***,** 114:1438–1444.
- Yamashita, Y., Chizu , F., Nakajima, Y., Isagai, T. & Matsuishi1, T. (2003). Possible Association between Congenital Cytomegalovirus Infection and Autistic Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 33, No. 4.

The effect of a cognitive-behavioral Program in reducing the severity of compulsive hoarding disorder in a semple of adults (descriptive-experimental study).

Abstract

The current study aims to develop a cognitive-behavioral program to reduce the severity of compulsive hoarding disorder in male and female adults. The sample consisted of (119) individuals aged 35 -55. The study used descriptive and quasi-experimental method. The results of the study revealed that adult males are more than adult females on the modified hoarding scale (compulsive hoarding). The study also showed that compulsive hoarding was not influenced by age group or socioeconomic level but was influenced by educational level. The sample of the quasi-experimental study consisted of two groups, the quasi-experimental group which consisted of (10) individuals and the control group which consisted of (10) individuals of both genders and the cognitive behavioral program was applied only to the members of the quasi-experimental group. The data were statistically analyzed using a number of parametric and non-parametric methods such as Mann-Whitney test and Wilcoxon test. The online counseling program through Microsoft Teams in the Arab Republic of Egypt and the effectiveness of the program remained after the follow-up period.

Keywords: cognitive behavioral program, compulsive hoarding, adults.