

رابط المقال:

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/171708>

اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي

Obsessive-compulsive disorder in light of the cognitive-behavioral therapy modelفاطمة منقوشي¹ ، موفق كروم^{2*}¹ مخبر الخطاب التواصلية الجزائري الحديث، كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية، جامعة عين تموشنت، الجزائر،

fatimamengouchi@hotmail.com

² مخبر الخطاب التواصلية الجزائري الحديث، كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية، جامعة عين تموشنت، الجزائر، elmouaffak@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2021/08/29، تاريخ القبول: 2021/10/17، تاريخ النشر: 2021/12/22

ملخص: تهدف هذه الورقة العلمية إلى مناقشة المفاهيم السلوكية المعرفية التي كان لها أثر واضح في تطوير العلاجات المعرفية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى عرض البروتوكول العلاجي المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب، مع أمثلة توضيحية لكل تقنية وشروحات مفصلة لجميع مراحله، وصولاً إلى استعراض بروتوكول التمارين الخاصة باضطراب الوسواس القهري للتلوث (النظافة) باعتباره أكثر الاضطرابات شيوعاً وانتشاراً. واعتمد الباحثان على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب لهذا الموضوع. وخلصت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أظهر فعاليته من خلال العديد من الأدلة التجريبية المعروضة. وانتهت الدراسة إلى صياغة مجموعة من التوصيات أهمها، ضرورة تطوير بروتوكولات علاجية مبنية على هذا النوع من العلاجات وتعميم استخدامه في المصحات النفسية.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الوسواس القهري؛ علاج معرفي سلوكي؛ علاج عصبي سلوكي؛ تقنيات معرفية؛ تقنيات سلوكية.

Abstract: This scientific paper aims to discuss the cognitive behavioral concepts that had clearly influenced the development of cognitive behavioral therapies for obsessive compulsive disorder, also to presenting the protocol of cognitive-behavioral therapy, with illustrative examples of each technique and detailed explanations for all its phases, arriving to present the specific exercise protocol for obsessive-compulsive disorder contamination (cleanliness) as the most common and widespread disorder. The researchers used the descriptive approach as it is the most appropriate for this subject. The results concluded that cognitive-behavioral therapy showed its effectiveness through many empirical evidence. The study ended by a set of recommendations, the most important of which is the need to develop therapeutic protocols based on this type of therapy and to generalize its uses in psychological clinics.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; cognitive behavioral therapy; cognitive techniques; behavioral techniques.

1- مقدمة:

على الرغم من الاهتمام المتزايد باضطراب الوسواس القهري والتطور الكبير الذي شهدته كثير من طرق العلاجات النفسية القائمة على الأبحاث السريرية (Clinics) وحتى التجريبية (Empirical)، إلا أن البلدان العربية، ومنها الجزائر خاصة لم تشهد من ثمار هذا التطور إلا نصيباً ضئيلاً يظهر لنا جلياً من خلال ممارستنا الأكاديمية للعلاج الغالب هو إما علاج غير علمي كالذهاب

المؤلف المرسل

إلى المشعوذين لفك السحر والمس والعين...، وإمّا في أحسن حالته علاج دوائي والذي غالبا ما تكون فوائده محدودة خاصة مع حالات الرفض الكثيرة والتخوف من الأدوية النفسية (Psychotropic drugs) نتيجة الفكرة "الراسخة" بأنه مؤثر عقلي سيقود إلى الإدمان حتما. ومع تزايد الأمراض النفسية في المجتمع تصبح الضرورة ملحة لمعرفة آخر التطورات في هذا المجال. وتعد أعراض الوسواس القهري أو ما كان يصطلح عليه بمرض "الشك" "scrupulosity" سابقا، ثم "العصاب الوسواسي" (Obsessive neurosis) في نموذج التحليل النفسي، من أهم المشكلات التي تدعو إلى زيارة الطبيب أو طلب الفحص النفسي وخاصة بزيادة انتشاره خلال السنوات الأخيرة.

يعتبر العلاج السلوكي المبني على نظريات التعلم، السلوكيات المشكّلة كأعراض لصراع اللاوعي الأساسي. فنحن نعلّم المرضى في العلاج السلوكي كيفية حل مشاكلهم مباشرة، ونعلّمهم كيف يتعلم الإنسان العادات وكيف يتخلّى عنها. وابتاع هذا المبدأ، تم تطوير علاجات سلوكية قوية في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي لمعالجة مرضى الرهاب أو المخاوف، أثبت من خلالها فعاليته في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية التي كانت مستعصية آنذاك. لكن عندما استخدمت هذه الطرق نفسها أول مرة لعلاج اضطراب الوسواس القهري لم تكن النتائج مؤثرة (لي باير، 2010، 62). أضف إلى ذلك فشل كل الأساليب العلاجية السابقة (العلاج النفسي الديناميكي والأدوية) في الحد بشكل كبير من أعراضه. (Foa, 2010, p.199). وهو ما أدى إلى تطوير العلاج السلوكي بتضمينه للعمليات المعرفية، فمن المؤكد وجود ارتباط بين أبعاد التفكير والانفعال والسلوك، إذ أن الفرد عندما يفكر فهو يفعل ويسلك أيضا وعندما يفعل فهو يفكر ويسلك وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل أيضا (عبد الله، 2000، 11). وأتت أولى خطوات العلاج السلوكي المعرفي بداية سنة 1966 مع إدخال تقنية التعرّض ومنع الاستجابة" (Foa, 2010, p.199) لقد أثبتت العديد من الدراسات أن المرضى الوسواس القهري الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً يُشْفون بنسبة أكبر من الذين تلقوا علاجاً بالأدوية (Clair, et Trybou, 2018,19) لأن الدواء جزء يكمل العلاج وليس كل العلاج. وهو الأمر الذي جعل الهيئة العليا للصحة تعتبر العلاج المعرفي السلوكي العلاج الأمثل لاضطراب الوسواس القهري (Tazi, 2018, p. 55). وفي هذا السياق تؤكد التوصيات الأولى للهيئة العليا للصحة منذ عام 1993 على فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري بنفس مستوى فعالية المثبطات الانتقائية لإعادة أخذ السيروتونين (IRSS). وعلى الرغم من القنينة العلاجية لهذا الاضطراب، إلا أنه غالبا ما يُنظر إلى مرضى الوسواس القهري بأنهم مستعصيو العلاج، وهذا لا يعنى أن اضطرابهم غير قابل للشفاء، بل لأن علاجه عن طريق العلاج المعرفي السلوكي لا يزال يعتبر معقداً ومُخيفاً وهو ما جعلنا نبحث في هذا الموضوع ليكون هدفاً لهذه الورقة العلمية.

2- تساؤلات الدراسة:

يعتبر العلاج النفسي المعرفي السلوكي أحد الخيارات العلاجية المتاحة الناجحة التي أثبتت نجاحتها من خلال الوقوف بشكل أساسي وأولي على تعديل الأفكار المشوّهة ودحضها من خلال تقنيات المعرفية، ثم كفاء السلوكيات (المرتبطة بها) المختلفة وظيفياً وتكييفها من خلال تقنياته السلوكية. وهنا لنا أن نتساءل: لماذا تعديل الأفكار الخاطئة وليس خلق أفكار جديدة أكثر منطقاً؟ وبالرجوع إلى مصطلح "الجنون الواعي" في تاريخ الوسواس القهري لتريلات (1861) Trélat (Brunot, 2005) كيف نفسّر أن الفرد يمكنه أن يقوم بسلوكيات إرادية متكررة لساعات طويلة بينما يراها مؤلمة؟ وإذا كانت الوسواس تبرر الأفعال القهريّة، فمن أين تأتي الأفكار الوسواسية؟ هل يتعلق الأمر إذن باضطراب في الحركة؟ أم بمتلازمة طيف واسع (اندفاع، قهر)؟ أم باضطراب قلق؟ أم باضطراب في المنطق والاعتقاد؟

للإجابة على كل هذه الأسئلة، جاءت هذه الدراسة لمناقشة المفاهيم السلوكية المعرفية التي كان لها أثر واضح في تطوير العلاجات السلوكية المعرفية للوسواس القهري، وبالتالي هي محاولة جادة للإجابة على هذه التساؤلات، من خلال تعريف اضطراب الوسواس القهري، ثم التطرق بشكل خاص ومفصل إلى العلاج المعرفي السلوكي في مع أمثلة توضيحية.

3- مفهوم اضطراب الوسواس القهري:

لا يوجد شخص منا لا تراوده وساوس وأفكار مزعجة وهو أمر طبيعي نختبره جميعا من حين لآخر. لكن هذه الأفكار عند الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري لها تفسير خاص. وذلك لأن الوسواس كما يقول بيار جانيت Pierre Janet لا تتميز عن التفكير العادي من خلال محتواها ولكن بشكل كبير وخاص من خلال طابعها المفرط، المتكرر، المقلق، وغير المتحكم فيه، إنها تعيق وتعرقل الحياة اليومية للفرد (Clair, et Trybou, 2018, p. 11)، فتبدأ حلقة مفرغة رهيبية بين الفكرة المتسلطة والفعل القهري.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder أو ما يُعرف عادة بـ "OCD"، هو اضطراب نفسي شائع، يتميز بوجود وساوس و/ أو القهر، فيؤثر على نوعية الحياة. هذه الوسواس والأفعال القهرية هي إلزامية وجبرية تؤدي إلى إضاعة كبيرة لوقت وجهد المريض (Martinroche, 2020, p.16).

يُصنّف الوسواس القهري في DSM5 ضمن اضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة (Obsessive Compulsive Disorders and Related Disorders)، ويتميز بوجود وساوس (Obsessions) و/ أو القهر (Compulsions) (Charpeaud et al, 2015, pp. 92-93)، ويحتل المرتبة الرابعة بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا بعد الفوبيا، والإدمان، والاكتئاب. إنه اضطراب منتشر (Invasif) ومستمر (Persistant)، تبلغ نسبته حوالي 3% من مجموع السكان (Martinroche, 2020, p. 19).

أن يخاف الفونن نشوب حريق أو انفجار في المنزل، وأن تُلحّ وتسيطر هذه الفكرة على عقله ساعات طويلة، يسمى "وساوس". ثم أن يقضي الفرد وقتا طويلا "ذهابا وإيابا" في التحقق من غلق حنفية الغاز لتحديد (Neutralize) القلق الناجم عن هذه الوسواس، يسمى "فعلا قهريا". فالوساوس هي عبارة عن أفكار أو دوافع أو تمثيلات (Representations)، أو شكوك مستمرة ومتكررة غير مرغوب فيها، تسبب الضيق والقلق لدى المريض الذي يشعر بأنها خارجة عن إرادته، فيبذل جهدا كبيرا لتجاهلها أو قمعها أو تحييدها بواسطة أفكار أو أفعال ترتبط بالقهر (Charpeaud et al, 2015, pp. 92-93). تنير هذه الوسواس استجابات عاطفية سلبية كالاشتمزاز، الخجل، القلق، الهلع، بالرغم من اعتراف المريض بطبيعتها السخيفة والتافهة. (Tazi, 2018, p. 05). أما الأفعال القهرية التي تسمى أيضا بالطقوس (Rituals) فهي عبارة عن سلوكيات أو أفعال عقلية (Mental acts) مستمرة ومتكررة، يشعر الفرد أنه مضطر للقيام بها استجابة لأفكاره الوسواسية. يمكن للفعل القهري أن يأخذ شكل سلوكيات ملاحظة (كغسل اليدين...) أو أفكار عقلية لا يمكن ملاحظتها (كالاجترار، والحساب الذهني...) (Martinroche, 2020, p.16).

يعرف Dsm5 اضطراب الوسواس القهري وفق المعايير التشخيصية التالية:

- وجود وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما.
- تسبب الوسواس أو الأفعال القهرية في خسارة كبيرة للوقت (مثلا أكثر من ساعة في اليوم) أو قلق كبير دال اكلينيكيًا، أو تعطيل في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى مهمة.
- أن لا تكون الأعراض الوسواسية القهرية نتيجة تعاطي المواد أو أدوية أو أي إصابة طبية.

د. لا يمكن تفسير الاضطراب من خلال أعراض اضطراب آخر (مثلا قلق مفرط في حالات القلق المعمم، تنف الشعر في اضطراب التريكو تيلومانيا (Trichotillomania)، اضطراب كشط الجلد (Dermatillomania)...) (Clair, et al., 2018, pp. 11-12).

4- العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري:

أصبح العلاج المعرفي السلوكي أحد العلاجات الأساسية التي لا يمكن تجاوزها في علاج اضطراب الوسواس القهري. يقوم به مختص نفسي أو طبيب عقلي، ويأخذ شكل جلسات فردية، عائلية، أو جماعية. يركز هذا النوع من العلاج على العلاجات المعرفية التي تهدف إلى تعديل اعتقادات المريض الخاطئة، وأيضا على العلاجات السلوكية التي تهتم بسلوكياته غير المتكيفة والمرتبطة بهذه الاعتقادات (Martinroche, 2020, p. 74).

1.4 - العلاجات المعرفية السلوكية الكلاسيكية:

1.1.4 - تقنيات النموذج المعرفي:

يأخذ العلاج المعرفي شكل جلسات لمدة ساعتين، هدفه هو التشكيك في اعتقادات المريض المشوهة وتحويلها إلى أفكار منطقية (Martinroche, 2020, p. 74). هذا النموذج يميز بين ثلاثة أنواع من الظواهر التي تلعب دورا أساسيا في نشأة الاضطراب واستمراره:

- الأفكار المقتحمة (Intrusive thoughts). مثال: "ربما مشيت فوق بقعة حمراء".
 - الأفكار الأوتوماتيكية (Automatic thoughts) مثال: "أنا في خطر سأصاب بالإيدز".
 - التحييد (Neutralizations). مثال: "سوف أعود وأتبع خطواتي لأتحقق من أن البقعة الحمراء لم تكن دما".
- يفترض النموذج المعرفي أن تشوُّها في مخططات التفكير يؤدي إلى نشأة الأفكار المقتحمة لدى المصاب باضطراب الوسواس القهري. ترابط هذه المخططات مع الأفكار المقتحمة ومع حالة القلق الاكتئابي الذي ينجم عنها سيؤدي إلى الأفكار الأوتوماتيكية. يمكن توضيح ذلك في المثال التالي: "مشيت فوق بقعة حمراء، إذن هي ربما دماء، إذن ربما سأصاب بالإيدز". تشييط المخططات المعرفية المشوهة سيولد ميكانيزمات تدعى بـ "ميكانيزمات الانتباه" التي تعمل على تركيز مفرط للانتباه (Hyper Focus of attention) فتتقود المصاب نحو يقظة شديدة اتجاه بعض المثيرات، وهذا ما يؤدي إلى استمرار الاضطراب وبقائه. إن الضيق والشعور بالذنب و/أو المسؤولية في حدوث خطر ينتج عن الأفكار الأوتوماتيكية التي تقلق وتزعج المريض فتؤدي به إلى البحث عن ردود فعل عقلية أو سلوكية لتحييد هذا القلق والانزعاج.
- يشمل العلاج المعرفي خمس مراحل متعاقبة باستخدام تقنيات مختلفة كما يلي:

المرحلة الأولى: التحليل الوظيفي (Functional analysis):

يتم تطبيق التحليل الوظيفي في الجلسات الأولى من العلاج المعرفي، ويمثل خطوة أساسية تمكن المعالج من تحديد الظروف والعوامل المسببة للاضطراب، والتفصيل في سيناريو الكارثة الذي يفترضه المريض والذي يرتبط بوساوسه. كما يساعده على تحديد الطقوس المرضية بدقة، وكذلك مآل الاضطراب على المدى القصير وحتى البعيد. من خلال التحليل الوظيفي، يبحث المعالج أيضا في تاريخ الاضطراب وانعكاساته على نوعية الحياة اليومية للمريض. وعن الفترات التي تزيد فيها الأعراض وتخفض، بالإضافة إلى التاريخ العائلي لمعرفة السوابق المرضية، وما إذا كان الأفراد المحيطون بالمريض يشاركونه في طقوسه المرضية (rituals). يطلب المعالج من المريض تعداد وساوسه وأفعاله القهرية يوميا في شكل جدول، ليقوما معا بمناقشتها معا خلال الجلسة، ويعد ذلك مفتاحا جوهريا يمكن من مواصلة تطبيق التقنيات المعرفية الموالية (Clair, et Trybou, 2018, p. 36).

المرحلة الثانية: تمييز الأفكار (Differentiation of thoughts)

الفكرة المقتحمة هي موجودة أيضا عن الشخص العادي، لكن الاختلاف مع الشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري يكون من خلال وجود فكرة أوتوماتيكية مرتبطة بالفكرة المقتحمة. هذه الفكرة الأوتوماتيكية يتم إنشاؤها من خلال مخطط موجود في الذاكرة طويلة المدى تتبعها فيما بعد فكرة تقييدية.

- **الفكرة المقتحمة** ترتبط بفكرة أو صورة مؤلمة تظهر في الذهن بشكل متكرر. غالبا ما تكون مصدر قلق لدى المريض وتتسبب في ظهور أفكار أوتوماتيكية وسلوكيات التقييد. فمثلا بالنسبة لفرد يعاني من التحقق (Verification) قد تكون الفكرة المقتحمة. "لم أغلق الباب بالمفتاح".

- **الفكرة الأوتوماتيكية** تتعلق بتفسير للفكرة المقتحمة "إذا دخل سارق إلى البيت، سأكون أنا المسؤول، سأفقد كل أشياءي الثمينة".

- **الفكرة التقييدية** تتعلق بمحاولة تقييد الخوف المرتبط بالفكرة المقتحمة، إما بالقيام بطقوس حركية، أو طقوس عقلية، أو انتاج أفكار إيجابية لمطاردة الأفكار السلبية يجب عليّ أن أتحقق" (Martinroche, 2020, p. 75). تعمل هذه المرحلة من العلاج المعرفي على تعليم المريض ملاحظة أدائه العقلي وتعليمه التمييز بين الأفكار المقتحمة، والأفكار الأوتوماتيكية الناجمة عن خلل وظيفي، والأفكار التقييدية، وكذلك الطقوس المرضية التي تعمل على بقاء واستمرار الاضطراب (Tazi, 2018, p. 67).

المرحلة الثالثة: مناقشة الأفكار الأوتوماتيكية (Discussion of automatic thoughts)

بعد تحديد الأفكار الأوتوماتيكية، تأتي هذه المرحلة بمدف تعويض هذه الأفكار بأفكار أكثر عقلانية، ولأجل ذلك يستخدم المعالج "الحوار السقراطي" (The Socratic discussion)، حيث توجه أسئلة إلى المريض، تتعلق عادة بالجوانب والأفكار اللامنطقية والمختلة وظيفيا. ومن هذه الأسئلة مثلا، "ماهي أسوأ كارثة ممكنة؟ على ماذا مبنية هذه الشكوك؟". الهدف من هذا التساؤل السقراطي هو مساعدة المصاب على ملاحظة الطابع غير العقلاني لأفكاره وسيناريوهات التي تصبح طقوس فيما بعد (Clair, et Trybou, 2018, p. 37). لا يعمل المعالج على طمأنة المريض من خلال هذا الحوار حتى لا يدخل معه في طقوسه (Martinroche, 2020, p. 75). هناك عدة تقنيات يستعملها المعالج لتحقيق الهدف المطلوب، نذكر منها ما يلي:

- تقنية "مع وضد" (For and against technique): يطلب المعالج من المريض تعداد البراهين والحجج التي تتفق مع أفكاره الأوتوماتيكية (معها)، والأفكار التي تتعارض معها (ضدها): "ما الذي يثبت لي صحة أفكارك؟ وعكس ذلك، ما الذي يبطلها؟" في الحجج المؤيدة "مع" التي يقدمها المريض، يجب على المعالج أن ينبهه بأن الخوف الذي يعيشه مرتبط غالبا بتربط أفكار، أي بمخططات مرضية (Pathological patterns) وليس بوجود موضوع مخيف وخطير فعلا (Clair, et Trybou, 2018, pp. 37-38).

مثال توضيحي: "الخوف من عدم إطفاء الضوء مما يتسبب في نشوب حريق بسبب خطأ مني"

الحجج المؤيدة "مع":

- لقد سبق لي ونسيت أن أقول أمرا لزوجتي، مما يدل على أنني أستطيع أن أنسى أمرا، ولما لا الأضواء؟ وبما أنها كهربائية فهي خطيرة.

- إذا كانت مكواة الملابس الخاصة بي قد تسببت في تعطل وقطع عداد الكهرباء، فإن كل ما هو كهرباء خطير.

الحجج المعارضة "ضد":

- لم أسمع أبدا بأن الضوء تسبب في نشوب حريق.
- أقول لنفسي أنه إذا لم يكن هناك حريق عندما تكون المصابيح مضاءة لمدة ساعتين عندما أكون في البيت، فلا ينبغي أيضا أن يكون هناك حريقا عندما أكون غائبا.
- لم تتسبب الثلاجة أبدا في إشعال نيران أثناء عملها طوال اليوم، وعليه لا أرى حدوث ذلك مع الأضواء المنيرة.
- تقنية إعداد قائمة للتفسيرات (List of interpretations technique): يقوم المريض مع المعالج بإعداد قائمة لمختلف التفسيرات الممكنة للموقف ويقيم الاحتمالات الممكنة مع تحديد الاحتمال الأكثر حدوثا (Martinroche, 2020, p. 76).
- مثال توضيحي: "الخوف من المشي فوق دماء ملوثة بالإيدز في الشارع، والحاجة الملحة إلى العودة إلى الوراء وتتبع خطواتي للتحقق من ذلك".
- تفسيرات أخرى: "على الرصيف، من الشائع العثور على الأغلفة والقطع والأوراق الحمراء، قطع الزجاج... وفي المنطقة التي أعيش فيها (عين تموشنت)، حتى وإن كان هناك أشخاص مصابون بالإيدز أكثر من أي منطقة أخرى في الجزائر، فمن المرجح جدا أن نجد كل هذه الأشياء المذكورة سابقا أكثر من بقعة دم حمراء ملوثة بالإيدز على الرصيف".
- تقنية عدم التمرکز (Decentring technique): الهدف من هذه التقنية هو رؤية الموقف المخيف من وجهة نظر خارجية كما لو أن الموقف حدث لشخص آخر (Martinroche, 2020, p. 76). يقوم المعالج بسؤال المريض: "حاول أن تقول لي ما هو رأيك إذا حدث نفس الموقف لشخص آخر؟ ماذا سيقول صديقك مثلا إذا حدث له نفس الموقف؟" (Clair, et Trybou, 2018, p. 39).
- مثال توضيحي: الخوف من عدم إغلاق باب المنزل بشكل صحيح والحاجة إلى التحقق من ذلك.
- المريض: "أعتقد أنه لا يمكننا أن ننتبه انتباهنا مطلقا عند إغلاق باب منزلنا، فلدينا الكثير من الأمور التي تشغلنا عند مغادرة المنزل صباحا. عدد عمليات سطو المنازل التي تحدث لا سيما في الحي الذي أعيش فيه، يجعلني أفكر".
- من خلال هذا المثال، نلاحظ أن المريض يستخدم الاتجاه الصحيح ضد المعالج، وهذا الأمر هو كلاسيكي في التبريرات الوسواسية.
- المعالج: "بالفعل هناك الكثير من عمليات السطو، ولا يمكن إنكار ذلك، ولا أحد بإمكانه التحكم في ذلك بشكل تام. ولكن انتبه: وساوسك ليست مرتبطة باحتمالية حدوث عملية سطو، ولكن بالخوف من عدم إغلاق الباب بشكل صحيح وبالتالي التعرض للسطو بخطأ منك. هل تعتقد أن زملائك أو أصدقائك أو أفراد عائلتك يوافقون على فكرة عدم التأكد من غلق الباب بشكل صحيح في حين أنهم أمامه؟"
- المريض: "لم أسمع أبدا أي شخص يخبرني أنه يشك في إغلاق بابه بشكل صحيح بعد ثانيتين من إغلاقه".
- تقنية حساب المسؤولية (Responsibility calculation technique): يقوم المعالج مع المريض بتعداد جميع المراحل المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى أسوأ النتائج التي يخاف المريض وقوعها. ثم يحسبون معا احتمال وقوع كل مرحلة، وفي الأخير الاحتمال التراكمي (Clair, et Trybou, 2018, p. 39).
- تقنية كاممبيرت "تقاسم المسؤولية" (Camembert technique: sharing the responsibility): يقوم المعالج بمساعدة المريض على حساب نسبة مسؤوليته في حدوث الكارثة التي تخيفه. يراجع المريض جميع العوامل التي يمكن أن تساهم في

حدوث الكارثة مع تقديرات المسؤولية لكل عامل من العوامل. الهدف من هذه التقنية هو توضيح للمريض أنه ليس المسؤول عن حدوث الكارثة التي تخيفه وأن هناك عوامل أخرى يمكن أن تسببها (Martinroche, 2020, p. 76).
مثال توضيحي: الخوف من تكهرب الأطفال.

المريض: "لقد ساعدت صديقا لي على الرحيل إلى بيت جديد، وأنا أساعده أزلت بعض الأجهزة الكهرو منزلية وتركت الأسلاك الكهربائية عارية. الأمس قلت لنفسي بما أنني لم أضع شريطا لاصقا على هذه الأسلاك فإن ابن صديقي سيلمس الأسلاك الكهربائية وسيصعقه الكهرباء بسبي".

عوامل أخرى للمسؤولية:

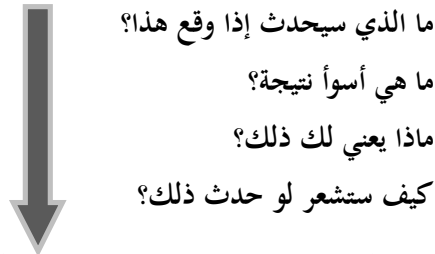
- لصديقك مسؤولية تأمين البيت ومراقبة الأسلاك الكهربائية قبل أن يسكن فيه خاصة وأنه يعلم بأن له طفل.
- من المفروض أن تنتبه الأم إلى طفلها ولا تتركه يقترب من الأسلاك الكهربائية العارية.
- إذا تم تعليم هذا الطفل عدم وضع يده على المقابس الكهربائية أو على الأسلاك الكهربائية الموجودة خلف جهاز التلفزيون أو الكمبيوتر أو على الشاحن الكهربائي للهاتف في بيتهم القديم، فلن يفعل ذلك في البيت الجديد.
- تقنية التجربة السلوكية (Behavioral experiment technique): على المريض أن يقوم بتجربة حقيقية (مع جميع الاحتمالات الممكنة) حتى يتأكد بنفسه أن السيناريو الكارثي غير ممكن وقوعه (Tazi, 2018, p. 68).

مثال توضيحي: الخوف من وقوع الأطفال على الأرض وإيذاء أنفسهم إذا وضع سجاد الأرض بطريقة غير لائقة.
يطلب المعالج من المريض وضع (أو ترك) سجاد الأرض مائلا قليلا مع البقاء حذرا ويقظا، ومستعدا للإمسك بالطفل في حالة وقوع الحادث. يقيم المريض اعتقاده مع تفكيره التلقائي على مقياس من 0 إلى 8 خلال القيام بالتجربة: "الآن بعد أن عشت التجربة، أدركت أنها سخيفة، وبإمكانني أن أتحكم في الوضع" (Clair, et Trybou, 2018, p. 41).

المرحلة الرابعة: تحديد المخططات المعرفية (Identifying cognitive patterns)

تعمل المخططات المعرفية المشوهة على ظهور الأفكار الأوتوماتيكية الكارثية، وذلك من خلال استخدام مفردات لميكانيزمات التعميم والافتراضات والتفسيرات الوهمية... في هذه المرحلة يقوم المعالج بتوجيه المريض بتحديد ما يحاول بالفعل تجنبه بدقة، وغالبا ما يستقر المريض على أول فكرة أوتوماتيكية دون الوعي بما تبقى من الأفكار. فطالما لم يتم تحديد السيناريو النهائي بشكل صحيح والمخطط المعرفي المسؤول عنه، سيبقى المريض معرض لخطر التركيز على فكرة أوتوماتيكية أخرى. تسمح تقنية السهم التنازلي (The descending arrow) بتحديد دقيق للمخطط المسؤول (Clair, et Trybou, 2018, pp. 41-42).

الشكل رقم 1: تقنية السهم التنازلي



المصدر: (Clair, et Trybou, 2018, p. 42).

مثال توضيحي: الخوف من القيام بمواقف أو من قول كلمات جارحة تُغضب الآخرين مني.

المريضة: "أخاف أن يغضب الناس مني بسبب ما قلته أو فعلته، هذا الأمر يجعلني دائما أسأل من حولي ولمرات عديدة حتى أتأكد من عدم غضبهم مني، كما أحاول دائما إنهاء كل اتصال معهم بشيء إيجابي".
إذا لم يتم استخدام تقنية السهم التنازلي، يتم فقط العمل على احتمال وقوع الحادث "قول/ فعل أشياء بالرغم مني". يجب الأخذ بعين الاعتبار النتيجة المخيفة حقا، لأنه مادام لم يتم تحديد المخطط المعرفي المسؤول عن ذلك بشكل واضح، فإن طقوسا جديدة ستظهر لتعويض الأحداث التي تم تھوينها سابقا.

المعالج: "ولكن ما الذي يمكن حدوثه إذا غضب من حولك فعلا؟".

المريضة: "سيفهمون الأمر سوءا، وسيأخذون فكرة سيئة عني".

المعالج: "وما سيحدث إذا كان لدينا فكرة سيئة عنك؟".

المريضة: "لن يرغبوا في مصاحبتني، وسيبتعدون ويتخلى الجميع عني".

المعالج: "ما الذي يمثله لك تحديدا تخلي الجميع عنك؟".

المريضة: "لن يهتم بي أحد بعد الآن، وخاصة الرجال".

المعالج: "ماذا يعنيه لك عدم اهتمام أي رجل بك؟".

المريضة: "أخاف دائما من الموت وأنا وحيدة وبدون أطفال، وكأنه ليس لدي أية أصول، ولا أي قدرة لإدارة حياتي. قبل أن أخاف من غضب الناس مني، أخاف من قول أي شيء سيء دون قصد، خاصة للرجال الذين أجدهم وسيمين".

هذه التقنية سمحت باستخراج المخطط المعرفي المسؤول عن الفكرة الأوتوماتيكية الكارثية، والذي يرتبط بخوف المريضة من "عدم الزواج وبقائها وحيدة" بالدرجة الأولى، وليس "خوفها من قول أشياء سيئة وغضب من حولها منها".

المرحلة الخامسة: التشكيك في المخططات المعرفية

بعد تحديد المخطط المعرفي المسؤول عن السيناريو الكارثي من خلال تقنية السهم التنازلي، تأتي هذه المرحلة التي تهدف إلى للتشكيك في الوقوع الحتمي لهذا السيناريو الكارثي. كل التقنيات السابقة من العلاج المعرفي تهدف إلى هذا الهدف النهائي (Tazi, 2018, p. 68).

2.1.4 تقنيات النموذج السلوكي:

يتميز سكينر Skinner لاحقا بين الاشارات الكلاسيكي الذي قدمه بافلوف Pavlov وبين الاشارات الإجرائي الذي يتضمن مفهوم العقاب والمكافأة أي من خلال المكافأة أو العقاب سيصبح السلوك مشروطا، وسيؤدي الاشارات الاجرائي إلى تحقيق أو إطفاء السلوك (سأكرر ما أكافأ عليه وسأكف عن ما أعاقب عليه). يفسر هذا النموذج اضطراب الوسواس القهري بمفهوم الاشارات الكلاسيكي لبافلوف Pavlov مع ارتباط مثير حيادي (Neutral) (مثلا الأوساخ أو الدين) بمشاعر سلبية ومولدة للقلق. فيصبح المثير الحيادي مشروطا وقادرا على توليد القلق والمشاعر المزعجة. يفسر النموذج السلوكي الوسواس المتكررة باضطراب في التعود (Habituation disorder) أصبح الفكرة المقترحة مثيرا داخليا غير مَرَضِي لا ينجح في تحقيق استجابة التعود العاطفي (Emotional habituation) بسبب القلق المفرط. يحدث استمرار الوسواس (الارتباط بين المنبه الحيادي والعاطفة المنفرة) من خلال انخفاض القلق الذي ينجم عن الطقوس التي يقوم بها المريض (التعزيز الإيجابي للطقوس) والتجنب (تعزيز الإشارات). يعني ذلك أنه كلما قام المريض بالطقوس وكلما قام بتعزيز الفكرة الوسواسية سيتجنب مواجهتها. وأما بالنسبة لاستمرار الأفعال القهرية، فهي تُعزى حسب هذا النموذج إلى عملية التعلم والاشراط، تعتبر تقنية "التعرض مع منع الاستجابة" (ERP "Exposure and response prevention") أساس تطوير تقنية أساسية في العلاجات المعرفية السلوكية، وتركز

على مبدأين أساسيين أوّهما هو تعريض المصاب بالوسواس القهري للمثير الذي يخيفه، وثانيهما هو منع الاستجابة، أي إجبار المريض على عدم القيام بالطقوس. تؤدي هذه التقنية إلى زيادة انتقالية في القلق، لتنتهي بتراجعها بعد فترة زمنية معينة (يعتمد الوقت على الشدة الأولية للقلق وعلى صعوبة التمرين). فكلما تعرض المريض أكثر، كلما انخفض القلق بشكل أسرع. كما أن تكرار هذه التقنية يسمح بالعود وبالتالي التقليل من الطقوس والاضطراب (Clair, et Trybou, 2018, pp. 43-44). تكون تمارين التعرض بشكل تدريجي بالاتفاق مع المريض (من الموقف الذي يعتبره أقل سوءاً إلى الموقف الأكثر سوءاً). يشرح المعالج للمريض بأنه سيُشعر بزيادة في القلق. الهدف من التعرض هو أن يدرك المريض أنه لا يوجد شيء خطير وأن قلقه بقدر ما يرتفع سينخفض بسرعة أكبر مع تكرار تمارين التعرض (Martinroche, 2020, p. 78).

2.4 العلاجات العصبية السلوكية الجديدة:

أصبحت التقنيات العلاجية الجديدة خلال السنوات القليلة الماضية موضوع العديد من الدراسات التي أثبتت فعاليتها في علاج اضطرابات الوسواس القهري المقاومة (OCD resistant) وذلك بفضل ظهور تقنيات العلاج العصبي السلوكي الجديدة (Tazi, 2018, p. 68). والتي تركز على كل من التقنيات المعرفية والسلوكية.

1.2.4 التقنيات المعرفية:

- التربية النفسية (Psychoeducation): تهدف التربية النفسية لشرح طريقة عمل اضطراب الوسواس القهري بأكبر قدر ممكن من البساطة. والهدف الأساسي هو أن يخرج المريض وهو يحمل انطباعاً بأنه فهم الطريقة التي يعمل بها دماغه واضطرابه: لماذا يُنتج الطقوس؟ وفيما تُستخدم؟ ومن أين تأتي صعوبة المواجهة؟ ولماذا يزداد خطورة الوسواس القهري مع مر السنين؟ ولماذا يُرسل الشكوك؟ ومن أين تأتي هذه الشكوك؟ والأهم من هذا كله هو أن هذا الشك بقدر ما هو منطقي، هو بيولوجي، وليس فكرة تستحق الاهتمام. عند قراءة هذا النص من التربية النفسية مع المريض، من المهم التأكيد على عدة نقاط مهمة:

- أن بيولوجيا الدماغ هي أساس الاضطراب الذي يعود إلى خلل في وظيفة الدماغ، مما يؤدي إلى إثارة منطقة التحكم التي تكون بحاجة إلى تفريغها، ولذلك تتطلب طقوساً وتُنتج قلقاً شديداً لممارستها. هذه الإثارة تتسبب في التحويل الميكانيكي للأفكار التافهة (Banal) إلى وسواس فينتج القلق. على المريض أن يدرك بأن هذا القلق لا يعود إلى وجود خطر بالفعل، ولكن لتفكيره المرضي الذي يسيطر عليه. هذه التقنية توفر للمريض إطاراً صارماً يهيئ له المجال: "كل شيء عصبي، وطريقة تفكيري خاطئة، وليس لدي ما أثبتته لعقلي لأنه عمداً يؤلف أشياء خاطئة". المرضى إذن ليسوا موجودين للإجابة على الشك وإثبات أن كل شيء على ما يرام، ولكن لتحديد الشك والتعرف عليه كعرض مرضي. وهذا ما يعود بنا إلى ما أسماه شوارتز Schwartz بـ"العزو attribution"، أي: "لست أنا، إنه الوسواس القهري".

وهكذا، ويقدر ما لم يركز العلاج على مناقشة موضوعات الشك، بل يعتبرها "عرض" (Symptom)، ستكون إعادة الهيكلة المعرفية (Cognitive restructuring) جد مبسطة وتستغرق وقتاً أقل.

- هذه الإثارة تؤدي إلى تعارض بين رسالتين متناقضتين، حيث يكون التعارض هو الشك الذي يختل كنظام منطقي.

- تتسبب الطقوس في آلية للاضطراب (Automating) وفي نشاط مفرط للدماغ أمام أي أمر يذكر من قريب أو بعيد بالوسواس.

تهدف التربية النفسية إذن هو إعادة المريض باستمرار إلى تشخيصه وإلى التفسير البيولوجي لاضطرابه، وتذكيره دائماً بأن الوسواس والشك، والاعتقاد، والقلق، والحاجة لممارسة الطقوس تفسرها ظاهرة "إثارة الدماغ" (Brain excitement) وليس حقيقة الشكوك. وأيضاً إقناعه بأنه ليس محتوى أفكاره الذي يهم، ولكن طريقة تفكيره نفسها هي المختلة وظيفياً

(Dysfunctional) (Tazi, 2018, p. 80). يمكن الهدف النهائي من التربية النفسية في الوصول للمريض إلى عدم تفاجئه من التفكير بهذه الطريقة المرضية: "أوووه إنها وساوسي القديمة، وليس أمرا جديدا". ولأجل هذا سنُعلم المريض خلال العلاج أن يقوم تلقائيا بالتعرف على أعراض الوسواس القهري وتحديدتها، تماما كمعرفته وتحديدته لأعراض الأنفلونزا أو اللوزتين.

مثال توضيحي لنص التربية النفسية: جعل المريض لا يتفاجأ من أعراضه

- لنأخذ أمرا مشابها: "لقد عانيت مرارا في حياتك من التهاب اللوزتين (Angina). يمكنك تخمين التشخيص حتى قبل ذهابك إلى الطبيب. هذا يرجع إلى حقيقة أن أعراض التهاب اللوزتين هي نفسها دائما: آلام في الحلق، آلام عند البلع، حمى، إرهاق... الخ". أنا أنتظر منك أن تفعل نفس الشيء مع اضطرابك (الوسواس القهري): إنها أفكار لا أساس لها، تتدفق في ذهنك دون دعوة، مصحوبة بقلق وشك قوي، ملححة على القيام بالطقوس. يقينك الوحيد من هذا الاضطراب الواسع من الشك هو أنه اضطراب وليس غير ذلك. في بداية الأمر، قد يكون من الصعب ربط الأعراض المرضية ببيولوجيا الدماغ، لكننا سنناقشها معا لعدة مرات حتى يصبح التعرف عليها تلقائيا مع التدريب: الوسواس، الشك، القلق، الطقوس، الحاجة إلى التطمين.. لقد تعرفت على الوسواس القهري! يمكنه أن يختبئ وراء كل المواضيع والسناريوهات الممكنة التي يمكن تخيلها، لكنك دائما تجد نفس المكونات. يمكنه أن يتنكر ويتغير ألف مرة، لكن نفس نبرة صوته ستخونه دائما، تعلم كيفية تحديد الأعراض بدلا من الاستماع إلى محتوى كلامه وإلى ما يردده لك" (Clair, et Trybou, 2018, p. 71). مادام لم يتم تحديد الشك ووصفه من طرف المريض بأنه "عرض" سيقتى تمارين التعرض معقدة وصعبة، وهو الأمر الذي يجعل بعض المرضى يرفضون القيام بها.

- العمل على الشك: يجب أن تركز إعادة الهيكلة المعرفية على التربية النفسية أي على الإدراك الكامل بأن الشك مبني على افتراضات مستخدمة "إراديا" من طرف الدماغ لتبرير الطقوس من أجل تفرغ نشاطه المفرط، وليس على الحجج الحقيقية، وأن التقييد بهذه الافتراضات لا يرجع إلى خطورها وأهميتها ولكن إلى إثارة الدماغ. غالبا ما يكون التمرين الذي يساعد على فهم كيفية عمل الشك مفيدا جلوبا قدام في معظم الأحيان على شكل لعب أدوار (Roleplay).

مثال توضيحي من يقول لي بأنك بالفعل امرأة؟: "لعب أدوار لكشف الشك"

المعالج: سألعب دور اضطرابك (الوسواس القهري) أنت امرأة لكنني سأفترض أنك رجل وسوف تري كيف يعمل دماغك، تفضلي، أثبت لي بأنك امرأة.

المريضة: حسنا، كما ترى لدي شعر طويل.

المعالج: هذه الحجة لا تصح. قد تكونين رجلا بشعر طويل، من يؤكد لي ذلك؟

المريضة: أنت ترى جيدا أن لدي وجه وشكل امرأة، خاصة أظفار.

المعالج: من يقول لي بأنك لم تخض لعملية جراحية؟ لا يمكنك أن تثبت لي أنك لم تجر عملية زرع أظفار. هذا النوع من العمليات يتم بسهولة في أوروبا.

المريضة: إذن يمكنني أن أريك بطاقة هويتي.

المعالج: ومن يقول لي بأنك لم تزورينها بواسطة برنامج الكمبيوتر؟

المريضة: يمكنني إحضار والديا إلى مكتبك وسيشهدون أمامك بأنني ابنتهم.

المعالج ومن يقول لي بأنهم ليسوا أناسا دفعت لهم ثمنا مقابل أن يكذبوا؟ أنا أسف، لا يمكنك أن تثبت بأنني مخطئ، وذلك ببساطة لأن تثبتي تدفع كل الحجج التي تقدمينها إلي. يمكنك أن تقضي ساعات وأنت تقدمي لي الحجج لتثبتي لي بأنك امرأة،

أنا "اضطرابك" (الوسواس القهري) وسأقضي ساعات في قول "ومن يقول لي". و "من يقول لي" وهو أمر سهل لأنني لست مضطرا لإرهاق نفسي بتقديم حجج لموازنة حججك، هل لاحظت أنني دائما لا أقدم الحجج في اتجاهك؟
المريضة: كيف ذلك؟

المعالج: حسنا، ما زلت لم تسأليني عن الحجج التي أعتمد عليها لأقول أنك من المحتمل أن تكوني رجلا.
المريضة: صحيح، ما الذي يجعلك تقول بأنني رجل؟

المعالج: لا شيء. إنه شك محض. أشك إذن أفترض أنني محق في شكّي. لن أكلف نفسي جهد إيجاد حجة. سأقوم فقط بتجميع الافتراضات. ومع ذلك، في الحياة الواقعية، أنت تعلمين مثلي بأن أي مشكلة لا تأتي فجأة في ذهنك هكذا كتساقت الأقطار. سيأتي عادة من محيطك. إذا نبج كلب عليك ستخافين أن يعضك، إذا رن الهاتف ستزدين عليه إذا نزلت دما ستستنتجين أنك جرحت نفسك. ولكن في اضطرابك (الوسواس القهري) هل كان لديك وسوسة واحدة أو شك واحد بدأ من ملاحظة أو حجة حقيقية؟

المريضة: في الحقيقة ولا أي واحد منهم. بعد 08 سنوات من الوسواس القهري، كل أفكاري كانت دائما قائمة على افتراضات وتخمينات، أفكر في الأمر فجأة، وأقول لنفسي أنني إذا فكرت في هذا الأمر، لابد أن يكون صحيحا في محل ما. وبما أن هذا الاضطراب يقصفي بالأفكار والقلق ويخبرني بأن الأمر سيكون كارثيا إذا لم أجد حلا فوريا، فأبدا لم آخذ الوقت الكافي لسؤاله عما إذا كان لديه أي حجج حقيقية لافتراضاته.

المعالج: جيد، من اليوم فصاعدا ستكون مهمتك عدم قبول أي شيء من اضطرابك الذي ليس لديه أي حجة. وهذا يعني تحديد "ومن يقول لي" ورميها مباشرة في سلة المهملات. وسترين أن الوسواس القهري غير قادر على تقديمك أي شيء آخر سوى الافتراضات. لا تنشغلي به إلا عندما يكون قادرا على تقديم حجج، لأن الواقع مبني على الحجج والأدلة: عندما تضربين أصبعك بمطرقة، فلا تشكين في أنك تتألمين، هذه حقيقة مؤكدة. "وساوسك لا تستند على أدلة وإدراكات تهمها لتبرير طقوسها المرضية. هناك تحيز كامل في انتقاء الوسواس التي يقذفها دماغك إليك". إذن الشرط الوحيد للتداول والمناقشة مع عقلك هو أن يقدم لك الأدلة والحقائق المؤكدة، وهذا الأمر لن يحدث أبدا لأن الوسواس القهري هو "حيلة كيميائية" (Chemical scam). لا دليل = سأقاطعك. عادة ما ينصح بالعمل مع المريض على تحديد الشك والافتراضات التي تغذيه بشكل منهجي ومنظم وتكرار هذا النوع من التمرين في كل جلسة مع المريض إذا تطلب الأمر ذلك (Clair, et Trybou, 2018, pp. 72-73).

الجدول الآتي يسمح بتحديد الشك وتمييزه عن اليقين والأفكار العادية. من المفيد غالبا مقارنة سيناريوهات المريض بهذا الجدول وتدريبه باستخدام الأمثلة المدونة أدناه.

جدول رقم (1): الفرق بين خطاب العقل أمام خطر حقيقي وخطاب العقل في الوسواس القهري

خطاب العقل أمام خطر حقيقي (إدراك)	خطاب العقل في اضطراب الوسواس القهري (افتراض)
خطاب واضح	خطاب غامض
يقين	شك
مبني على نتيجة ملموسة وحقيقة	مبني على تأويلات أو افتراضات
أدلة لا تتطلب أي تحقق	الحاجة إلى التحقق والتوضيح
نتائج معروفة وتم معاشتها مسبقا	خاتمة دون أدلة، استنتاج
السبب يعود لمشكلة راهنة	قلق توقعي لخطر في المستقبل

من النتيجة أستنتج السبب اجترار مكثف قلق طويل تأخر ابني، لذا لا بد أنه تعرض لحادث. علي أن أتصل بكل المستشفيات لمعرفة مكانه.	سبب يؤدي إلى نتيجة اجترار قليل خوف سريع اتصلت بي الحماية المدنية ليخبروني أن ابني تعرض لحادث وعلي القدوم إلى المستشفى
--	---

المصدر: (Clair, et Trybou, 2018, p. 74).

2.2.4 التقنيات السلوكية:

ترتكز جميع التقنيات السلوكية للنموذج العصبي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري على مبادئ التعرض والتكرار وهما العنصران الأساسيان للتعلم (Tazi, 2018, p. 81).

التقنيات الأربعة التي سنقدمها هي خاصة بالأنواع الفرعية للوسواس القهري (Subtypes of OCD).

- تقنية الاستحالة المادية (The material impossibility): عندما يكون المرضى في موقف لا يسمح بممارسة الطقوس، فإنهم يصفون ذلك بتوقف الوسواس، والقلق، والشك، والرغبة في ممارسة الطقوس. لا يعني هذا التراجع عن ممارسة الطقوس عندما يكون المريض بحاجة إليها، ولكن استحالة القيام بها. أمام هذه الاستحالة سيدرك الدماغ أنه لا يستطيع القيام بالطقوس، ويتوقف عن الدوران وبالتالي عن إنتاج الوسواس والشك والقلق.

محرك التقنية: العمل على الظروف التي تسمح بممارسة الطقوس.

إن الحاجة إلى الحماية هي المشكلة وليس ما يُقال عنه خطر. ففي الوسواس القهري للنظافة إذا لم يكن المكان نظيف (متسخاً)، فلا تصبح هناك حاجة إلى التحقق من وجود الأوساخ ومراقبتها. يقول المعالج للمريض: "في النهاية، أنت ليس لديك وسواس قهري لـ "التلوث" ولكن لديك وسواس قهري لـ "الحفاظ على النظافة". هذا الأمر يتطلب تلوين الأراضي كليا، وتحفيز المريض على مقاومة الانطلاق في ممارسة الطقوس. يتبع التلوث الكلي بروتوكولا جد صارم يتم شرحه للمريض في الجلسات المخصصة للتمرينات خطوة بخطوة. عموما تعتمد هذه التقنية على التعرض وجعل البيئة غير ملائمة لممارسة الطقوس لمنع إنتاج القلق إراديا. "سأقتل الظروف المادية للطقوس". وبالتالي العمل على الظروف والمواقف التي تسمح بممارسة الطقوس وليس على الطقوس في حد ذاتها. وهذا ما يجعلها تختلف عن تقنية منع الاستجابة. هذه التقنية هي خاصة باضطراب الوسواس القهري للتلوث (Clair, et Trybou, 2018, pp. 85-86).

- تقنية التأجيل (The shift technique): شرح Schwartz سنة 1997 الفائدة الكبيرة لهذه التقنية في إدارة الشعور بالإلحاح على القيام بالطقوس، وهي بديل مثالي لتقنية التعرض مع منع الاستجابة. إذا امتنعنا عن السيطرة، فإن القشرة الأمامية للفص الجبهي الذي هو بحاجة إلى السيطرة سيُصاب بالهلع (Panic) ويتضاعف العنف وتستسلم في وقت أو آخر. إذا كان لدينا الحق في القيام بالطقوس، ولكن مع أخذ الوقت والتريث في القيام بذلك دون الاستعجال، يصبح الدماغ الذي لديه الحق في التحكم أقل إلحاحا، وسيقلل من الإثارة وسيقوم في الأخير بطقوس أقل مما كان متوقعا. إنها تقنية مريحة مقارنة مع تقنية التعرض مع منع الاستجابة وذلك لأنها تأخذ بعين الاعتبار الفيزيولوجيا المرضية (Physiopathology) لاضطراب الوسواس القهري.

محرك التقنية: العمل على فورية وهيجان الطقوس (Immediacy and frenzy)

تكمُن أهمية تقنية التأجيل في أن المريض بإمكانه أن يمارس الطقوس قدر ما يشاء، ولكن مع فترات تأجيل (Breaks) بين الوسواس والطقس الأول، ثم بين طقسين من أجل تهدئة الإثارة في دماغه. وعليه كلما انخفضت شدة الإثارة كلما قلت قوة

الوسواس القهري. هنا نركز على الشدة العاطفية (Emotional intensity)، مع اعتبار عدم وجود مانع للاستجابة، والهدف هو أن لا يصح التعرض غير محفز والوصول إلى ظاهرة التعود. يعمل المعالج خلال هذه التقنية على تحفيز المريض والتعرف على مقاوماته. في أغلب الحالات، إذا تم احترام فترات التأجيل بين الوسواس والطقس الأول وبين الطقسين المواليين، سنلاحظ أن 50 % من الطقوس تقل في الأسبوع الأول من العلاج، و 70 % إلى 80 % في ظرف 15 يوما. وهكذا ستقل الوسواس بعد بضعة أسابيع بينما يُفرغ "مخزون الطاقة في الدماغ". تعمل هذه التقنية على تعريض المريض ومنحه الحق في ممارسة الطقوس تماما كما يريد الوسواس القهري. لكننا نؤجل تنفيذ الطقوس المسموح بها إلى وقت لاحق. "طقوس مسموح بها لكنها مؤجلة". أي نعمل على فورية وهيجان الطقس وليس على الطقس في حد ذاته. وبهذا تختلف هذه التقنية وبشكل كبير عن تقنية منع الاستجابة. وهي خاصة بالتحقق وإعادة الذكريات والاجترار (Clair, et Trybou, 2018, pp. 85-86).

- تقنية التحريض والتخريب (Provocation and sabotage): حسب النموذج الإشرافي العملي، فإن أي سلوك متكرر سيعزز المرض. وعندما يتم استبدال السلوك بشكل منتظم بموقف جديد وبشكل متكرر سيحدث تعلم جديد. إن فعل ما نخشاه أو فعل عكس ما يطلبه اضطراب الوسواس القهري (التحريض = Provocation)، أو التدمير المنهجي لما تم فعله (التخريب = Sabotage) يعتبر في الأساس تعرضا (Exposition). هذا الأمر سيؤدي حتما إلى تعلّم وبالتالي إلى تعديل دوائر الدماغ المختلفة. إذا تكرر كل هذا بشكل كبير، سيتم تشفير هذا التعلم بشكل أسرع (Aurélie, , 2015, pp. 56-57).
محرك التقنية: العمل على مكونات الطقوس في حد ذاتها.

تقتضي هذه التقنية فعل عكس ما يفرضه اضطراب الوسواس القهري (Provocation)، والالتزام بالتدمير المنهجي لأي طقس تم القيام به (Sabotage). خلالها يتم العمل على مكونات الطقوس ذاتها. هذه التقنية هي جد مفيدة للأفكار الممتحمة، إلغاء الأفكار، ترتيب الأشياء، والتلوث (Clair, et Trybou, 2018, pp. 91-92).

- تقنية التدفق والتسمية (Let flow and nomination):

إن السماح بتدفق الأحداث الداخلية بدلا من محاربتها هو التطبيق الأكثر منطقية، وبشكل في حد ذاته تعلما جديدا لا يسمح بتعزيز المزيد من الأعراض. أي استبدال السلوكيات الآلية بتعلم جديد (Tazi, 2018, p. 81). في مثال يشرح تقنية التدفق والتسمية تقول كل Clair و Trybou (2018، ص.94): "من الطبيعي أن ترغب في أكل قطعة شكولاتة، وهذا ليس لأن معدتك فارغة وتطلب ذلك، ولكن هذا راجع إلى الشره المرضي (Bulimia). ومن الطبيعي أيضا أن تغضب، لأنك تملك مزاج غاضب. إن هذا مثل منظم الحرارة الذي يرتفع بسرعة كبيرة في داخلك، إن هذا سيمر، ولا جديد في ذلك. لدينا وسواس لأنه لدينا تشخيص اسمه "اضطراب الوسواس القهري"، وليس لأن الموقف مليء بالمخاطر. إن هذا السبب يجعلنا نسمي مرضنا ونسمح بتدفق كل ما يصرخ به في آذاننا". هذه التقنية هي في النهاية طريقة مباشرة للتربية النفسية أي العزو الذي جاء به شوارتز Schwartz.

محرك التقنية: العمل على عدم تعزيز الطقوس

تعتبر تقنية التدفق والتسمية مناسبة بشكل خاص مع المرضى المجترين (Ruminators)، فترك الوسواس تتدفق بدلا من محاربتها هو تعلم جيد، ولكن من الصعب تركها تتدفق بشكل كلي: فلا أحد يستطيع "عدم التفكير" أو "منع نفسه من التفكير". ومن هنا تأتي فائدة "التسمية": أي تكرار جملة حيادية كـ "إنه اضطرابي (it is my OCD)"، "إنها فوضى في رأسي". من خلال هذه التقنية ندع الأفكار تتدفق، لأننا نعلم أن كل شيء هو "وسواس قهري" ونكرهه في حلقة "إنه مثل ضوضاء في الرأس، إنه اضطرابي، إنه ليس أمرا جديدا" هذه التقنية هي فعالة مع الاجترار الذهني (Ruminations mentales)، ومع

المرضى الذين يعانون من صور وأفكار مقتحمة يحاولون قمعها أو استبدالها بأفكار أخرى. (Clair, et Trybou, 2018, pp. 95-98).

5. بروتوكول التمارين الخاصة باضطراب الوسواس القهري للتلوث والاعتسال:

من الضروري التمييز بين نوعين من الوسواس القهري للتلوث (OCD of contamination):

1. الوسواس القهري بدون انتشار (OCD without propagation): مثلاً: "يدي متسخة لكنها لا تلوث شيئاً آخر إذا لمستها". في هذه الحالة ستكون تقنية الفارق فعالة جداً. ويبقى هذا النوع من الاضطراب نادراً.

2. الوسواس القهري مع الانتشار (OCD with propagation): مثلاً: "يدي متسخة وستلوث كل شيء ألمسه، الشيء الملوّث سيلوث كل شيء يلمسه" (Clair, et al, 2013, p. 165). هذا النوع من الوسواس القهري هو الأكثر انتشاراً ويتطلب بروتوكولاً خاصاً يتضمن أربع خطوات.

يتضمن هذا البروتوكول بشكل خاص العمل على تجنب بدلا من الطقوس. يجب القيام بالتلويث الكلي بأكثر شيء وسخ يخشاه المريض (الأرض، نعل الحذاء، سلة المهملات...) وذلك لكسر أساس الوسواس القهري. إذا شعر المعالج أن مريضه غير قادر أو مذعور من فكرة القيام مباشرة بالتلويث الكامل بأوسخ شيء يراه، فمن المهم أن يبدأ معه بالتلويث المتوسط كأرضية المنزل بدلا من أرضية الخارج أو داخل الحذاء بدلا من أسفله حتى يستطيع تدريجياً الانتقال إلى تلويث آخر أكثر صعوبة. ولكن مع ضرورة الإبقاء على التلويث الكلي (Clair, et Trybou, 2018, p. 108).

الخطوة الأولى: تجريب التلويث الكلي خلال الجلسة:

تتم الخطوة الأولى من بروتوكول التمارين الخاصة بهذا النوع من الاضطراب في عيادة المعالج، وتتم بشكل كبير بمدى إدراك المريض بفائدة تمارين التلويث الكلي. إن مطالبة المريض بلمس سلة المهملات وانتظار انخفاض القلق عن طريق منع الاستجابة لا تؤدي إلى نتيجة مرضية، وذلك بكل بساطة لأن المريض يظل جد يقظاً أمام خطر يده "لموثة" حتى لا تلوث هذه الأخيرة وجهه وملابسه وأغراضه. فما دامت منطقة الوجه والملابس نظيفة، فإن اليد تشكل خطراً يركز عليه الدماغ مع إنتاج دائم ومكثف للقلق الذي سيستمر حتى يحصل الدماغ على ما يريد، وهو القضاء على الأوساخ الموجودة في اليد (غسلها). وعلى العكس من ذلك، إذا لمس المريض سلة المهملات بيده وسارع إلى تلويث شعره hair ووجهه face وملابسه (H, F, C) clothes، سيغسل نفسه إذن في حالة تلوث كلي وفي استحالة مادية لا تسمح له بغسل نفسه بالكامل في عيادة المعالج، وحتى إذا قام بغسل يديه فلا يمكنه الاستحمام بالشامبو ولا غسل ملابسه قبل الدخول إلى منزله. في أغلب هذه الحالات ينخفض القلق والشعور بعدم النظافة بسرعة في مكتب المعالج، وسيدرك المريض أن (H, F, C) هي تقنية قوية وفعالة.

في حالات نادرة لا يزول القلق والشعور بعدم النظافة، وهي الحالات التي يكون فيها للمريض الحق الكامل في الاستحمام وغسل ملابسه عند العودة إلى المنزل. ويتم إبلاغه بذلك قبل التمرين لتحفيزه على القيام به. أما بعض المرضى، سيقلقون مما سيحدث لهم بعد ساعات قليلة من التمرين عند عودتهم إلى المنزل، فيقومون ببعض الطقوس المطمئنة كالاستحمام، تصفح الأنترنت للتحقق من خطورة التلوث، الاتصال بشخص آخر لتطمينه. وهنا سيُضاف إلى هالقلق الرّاهن قلقاً آخر إنه القلق التوقعي (Anticipatory anxiety) اتجاه تقنية (H, F, C) والامتناع عن محاولة التمرين. لتطمين المرضى الأكثر قلقاً، يقوم المعالج بعكس ما يقومون به، سيناقش معهم ما سيكون لهم الحق في القيام به في المنزل إذا أصبحوا ملوثين (بدون ذلك على ورقة لإعادة قراءتها عند الحاجة)، وإذا تم تقبل هذه الاستراتيجية، سيتم القيام بتمرين (H, F, C) بعد ذلك. هذه الاستراتيجية تعتمد على تقنية التأجيل (The shift) كالتأكيد على تأجيل أسئلة المحيطين، تأجيل التحقق من الأنترنت، وكذلك

السماح للمريض بغسل كل ما يريده، مع التذكير المنهجي بـ "التربية النفسية: كل شيء موجود في دماغه، التلوّث موجود في رأسي، لذلك لا أجهد نفسي في القيام بالطقوس لعدة ساعات، إذا كنت أعلم أن كل شيء كيميائي". على المعالج أيضا أن يشرح للمريض عدم جدوى ساعات الطقوس مساء بعد التمرين: "على أي حال، فإن جميع الطقوس التي ستقوم بها هذا المساء هي غير مجدية لأن هذه التمارين ستُعاد يوميا، ما الفائدة في ذلك إذن؟"

في هذه الخطوة الأولى من التمارين، يتم إذن الجمع بين كل من تقنية التربية النفسية، تقنية التأجيل، الاغتسال المسوح به، و "ما الفائدة إذن؟" (Clair, et Trybou, 2018, pp.109-110).

الخطوة الثانية: تجريب وتنظيم التلوّث الكلي. التنقل الأول في الحدود:

يمكن للمريض الذي يدرك الفائدة من التلوّث الكلي، أي من تقنية (H, F, C) في مكتب المعالج التي تسمح بانخفاض سريع في القلق، الوصول إلى الخطوة الثانية وهي تنظيم (H, F, C) خارج المكتب. يتم شرح ذلك للمريض على النحو الآتي: "الآن يجب عليك القيام بذلك كل يوم، أي تلمس أسفل حذاءك أو أي شيء تعتبره شديد التلوّث بشكل منتظم في الصباح عند الذهاب إلى العمل: الـ (H, F, C) لتلوّث جسمك من الرجلين إلى الرأس. إذا كنت متسحا منذ الصباح بشيء جدّ ملوث، فأنت متسخ طوال اليوم ولا شيء يمكن أن يلوّثك بعد الآن بما أنك ملوث مسبقا. وكأن الأمر يشبه تقريبا فكرة "أنا هالك هالك". لأنك لم تكن قادرا على تطهير جسمك قبل المساء أي قبل رجوعك إلى المنزل، سينعدم القلق طوال اليوم وستكون لديك الحرية في التحرك، تقريبا مع غياب اليقظة المفرطة لسلوكياتك. ونظرا لأنك ستضطر لقضاء 10 ساعات تقريبا وأنت ملوثا، سيحدث التعود بسرعة كبيرة في دماغك. في المساء، ستستحم وستضع ملابسك المتسخة جانبا في كيس في بهو المنزل حتى لا تلوّث المنزل. في الغد صباحا، بدلا من ارتداء الملابس النظيفة التي ستلوّث بتقنية (H, F, C)، سترتدي نفس ملابس اليوم السابق مما سيوفر عليك طقوس استعمال الغسالة.

لم تعد الحدود "الخارج مقابل الجسم + المنزل"، ولكن "الخارج + الجسم مقابل المنزل" (Clair, et Trybou, 2018, p. 111).

الخطوة الثالثة: تقسيم التلوّث الكلي في المنزل. التنقل الثاني في الحدود.

بعد تنظيم تقنية (H, F, C) في الخارج، ستتصبح الأوساخ أمرا طبيعيا في الخارج بالنسبة للمريض، وهذا بفضل ظاهرة التعود. بعد ذلك سيقترح المعالج على المريض تقسيم المنزل إلى أماكن مختلفة وتلوّث بعضها. غالبا ما يشعر المريض بقدرته على العودة إلى المنزل وتلوّث الصالون دون الاستحمام أو تغيير ملابسه. يتم ذلك بشكل عفوي بين جلستين دون الحديث عنه، ويكون الاستحمام عادة قبل النوم من أجل الحفاظ على نظافة الغرفة إذا نجح التعود بشكل جيد، ولكن مع استمرار المريض في خلع ملابسه والاستحمام عند وصوله إلى المنزل من أجل الحفاظ على "نظافة الداخل"، سيقترح عليه المعالج ما يلي: "ستقوم بتلوّث المنزل بيديك بأكمله باستثناء غرفة نومك، وهكذا ستشعر أن لديك مكانا آمنا. يكفي الاستحمام قبل دخول غرفتك حتى لا تلوّثها. طالما أنك لا تذهب إلى الفراش، فلست مضطر إلى الذهاب إلى غرفة النوم، لذلك يمكن أن يكون الاستحمام في وقت متأخر من المساء. لا شيء يدخل الغرفة دون غسله" (Aurélie, , 2015, p. 61). بناء على التجربة، فإن الحفاظ على نظافة الغرفة والتي غالبا ما تُعتبر أنظف مكان في المنزل، أمر يطمئن المريض ويحفّزه على تلوّث بقية المنزل. باقي المنزل يصبح إذن "ملحقا خارجيًّا" لا يصبح المريض بحاجة إلى غسل الأشياء خوفا من تلوّثها في المنزل، ويقبل غسل اليدين بين لمس الأشياء الملوّثة والأشياء النظيفة، مما يوفر الوقت والجهد بشكل كبير.

إذا كان المريض يعيش في بيت صغير دون حدود حقيقية بين الصالون والسرير، يُقترح وضع قطعة قماش فوق السرير ولن يتم إزالته حتى يستحم المريض. ويجب أن يظل السرير نظيفاً تحت القماش.

لم تعد الحدود "الخارج + الجسم مقابل المنزل"، ولكن "الخارج + الجسم + المنزل مقابل الغرفة" (Clair, et Trybou, 2018, p. 112).

الخطوة الرابعة: التلويث الكلي للمنزل.

تتضمن هذه الخطوة تلويثاً كاملاً للمنزل، أي إضافة غرفة النوم، مع تكرار تقنية الـ (H, F, C) في الخارج، واختفاء جميع الطقوس تقريباً منذ بداية تلوّث المنزل (ما عدا غرفة النوم)، تقريباً لا يصبح للدماغ أي طاقة، ومع هذا التعود على "الأوساخ" التلوث وعلى مدة استحمام قصيرة في المساء، يصبح الوسواس القهري أقل قوة. خلالها سيُشعر المريض بالقدرة على تلويث غرفة نومه وحتى الخزانة التي تحتوي على الملابس النظيفة يهدف للقضاء على طقوس استعمال غسالة الملابس وكيّها.

إذا لم يحدث هذا الأمر بشكل عفوي، يتم اقتراح ما يلي: "يجب الآن مهاجمة الغرفة، تقريباً لدى جميع المرضى حرصاً شديداً على حماية غرفة النوم أو السرير والخزانة التي تحتوي على الملابس والفرش النظيف. طالما أن هذه الغرفة، وهذا السرير، وهذه الخزانة لن تتلوث بإرادتك، فإن القلق لن يتلاشى. إذا قمت بتلويث سريرك مرة واحدة، ستري أن اضطرابك سيختفي إلى الأبد" (Clair, et Trybou, 2018, pp.113-114).

6. التوصيات:

بناءً على هذه يمكن إدراج التوصيات التالية:

- التركيز على التريضات الميدانية المعتمّقة في العلاجات المعرفية السلوكية أثناء التكوين الجامعي.
- ضرورة تكثيف الأيام الدراسية والدورات التدريبية والملتقيات العلمية لاكتساب وترهين المعارف الأساسية حول اضطراب الوسواس القهري، وللإلمام بجميع تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الخاصة به.
- ضمان لقاءات دورية بين المعالجين النفسيين والخبراء في العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري داخل الوطن وخارجه لمسايرة التطورات والمستجدات في هذا المجال.
- ضرورة تطوير بروتوكولات علاجية خاصة باضطراب الوسواس القهري وبما يتفرع عنه من أشكال فرعية أخرى، مبنية على هذا النوع من العلاجات، والعمل على تشجيع وتعميم استخدامه في المصحات النفسية.

الخاتمة:

تطرقنا من منابر هذه الورقة العلمية إلى اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، والتي أظهرت ثراء هذا النوع من العلاج بتنوع وتعدد تقنياته التي تستخدم في علاج اضطراب الوسواس القهري، والتي تهدف في مجملها إلى السيطرة على الاضطراب من خلال تحديد الأفكار السلبية وغير المنطقية، وكذلك تدريب المريض على إدارة قلقه وتفنيد شكوكه ومخاوفه بشكل تدريجي ومريح. مما يفتح الطريق نحو توجه متفائل بشأن تحسن الأعراض بطريقة منظمة ومنهجية (Systematized)، خاصة مع القفزة النوعية التي شهدتها مسار العلاج المعرفي السلوكي من صورة كلاسيكية إلى صورة جديدة تُعرف بالعلاجات العصبية السلوكية (Neuro behavioral therapies) والتي تركز على كل من التقنيات المعرفية والسلوكية، لتقدم بذلك منظوراً جديداً للقراءة وعلاج أنواع فرعية أخرى لاضطراب الوسواس القهري بكل نجاعة وفعالية.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

عادل عبد الله محمد. (2000). العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.

لي باير. (2010). الوسواس القهري: علاجه السلوكي والدوائي. تر محمد عيد خلودي. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.

المراجع باللغة الأجنبية:

AURÉLIE, Tort. (2015). *Le modèle neurocomportemental une nouvelle approche dans la prise en charge cognitivo-comportementale du trouble obsessionnel compulsif*. France: Edition HAL.

EDNA B. Foa. (2010). *Cognitive behavioral therapy of OCD. Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 12 . No. 2 . 2010, 199-207.*

BRUNOT, Chantal et al. (2005). *Névrose obsessionnelle Histoire d'un concept*. Paris, France: Edition L'Harmattan.

CHARPEAUD, Thomas et al. (2015). *Psychiatrie Pédiopsychiatrie Addictologie*. Paris, France: Edition Ellipses.

CLAIR, Anne-Hélène et al. (2013). *Comprendre et traiter Les troubles obsessionnels compulsifs*. Paris, France : Edition Dunod.

CLAIR, Anne-Hélène, TRYBOU, Vincent. (2018). *Se former à la prise en charge des TOC avec les TCC*. France: Edition Malakoff.

MARTINROCH, Clémence. (2020). *Les troubles obsessionnels compulsifs physiopathologie et prise en charge thérapeutique*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. France: Université Clermont Auvergne.

TAZI, Kenza. (2018). *Nouveautés dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Rabat, Maroc: Université Mohamed V.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
المركز الجامعي مرسلني عبد الله بتيبازة - الجزائر



الرقم: 44/2022
تيبازة في: 11 جويلية 2022

مجلة دفاتر البحوث العلمية

ISSN : 2335-1837

رقم الإيداع القانوني: 1759-2013

EISSN : 8379-2716

شهادة نشر مقال علمي

يشهد رئيس تحرير مجلة دفاتر البحوث العلمية بالمركز الجامعي تيبازة (الجزائر)، أن:

الباحث(ة): منقوشي فاطمة

الباحث(ة): كروم موفق

جامعة عين تموشنت - (الجزائر)

قاما بتقديم المقال المعنون ب:

اضطراب الوسواس القهري في ضوء النموذج العلاجي المعرفي السلوكي

وقد تم نشره في العدد الثاني/ المجلد التاسع (ديسمبر 2021)
من مجلة دفاتر البحوث العلمية الصادرة عن المركز الجامعي مرسلني عبد الله بتيبازة
مجلة دولية محكمة صنف (c) - الجزائر

رئيس تحرير المجلة

المركز الجامعي مرسلني عبد الله بتيبازة
رئيس هيئة تحرير مجلة
دفاتر البحوث العلمية
الدكتور: كريم حرز الله



البريد الإلكتروني للمجلة: madjallahtipaza@gmail.com

مجلة دفاتر البحوث العلمية على مستوى موقع جامعة مرسلني عبد الله بتيبازة: www.univ-tipaza.dz/revue

مجلة دفاتر البحوث العلمية على مستوى منصة النشر الإلكتروني للمجلات العلمية الجزائرية (ASJP): <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresntatronRevue/595>