

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

دليل عملي تفصيلي (للمعالج)

خطوة بخطوة

حالات شارحة لأنواع مختلفة من الوسواس
مزودة بالسيناريو العلاجي



الدكتورة

أمانة يحيى عرفه



مكتبة الأنجلو المصرية

العلاج المعرفي السلوكي

لاضطراب الوسواس القهري

دليل عملي تفصيلي (للمعالج)

خطوة بخطوة

حالات شارحة لأنواع مختلفة من الوسواس

مزودة بالسيناريو العلاجي

تأليف

د. أمارة يحيى عرفه

مدرس علم النفس الإكلينيكي - كلية الآداب - جامعة القاهرة

بطاقة فهرسة

عرفه، أمارة يحيى.

العلاج المعرفى السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

دليل عملي تفصيلي (للمعالج).

تأليف: الدكتورة/ أمارة يحيى عرفه.

١٧ × ٢٤ سم . ط ١

© مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٢١

١ - اضطراب الوسواس القهري

أ - العلاج المعرفى السلوكي

ب- العنوان

رقم الإيداع: ٢٠٢١/١٦٨٦

ISBN: ٩٧٨-٩٧٧-٠٥-٣٣٤٠-٦

طبع في جمهورية مصر العربية بمطبعة محمد عبد الكريم حسان

مكتبة الأنجلو المصرية ١٦٥ شارع محمد فريد القاهرة - مصر

تليفون: ٢٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ فاكس: ٢٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail: angloebs@anglo-egyptian.com

Website: www.anglo-egyptian.com

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

تقديم

منذ عشرين عاما عندما كنت في السنة النهائية بقسم علم النفس، وكنا ندرس مقرر الطب النفسي؛ بدأ شغفي بدراسة اضطراب الوسواس القهري، وتلمست أولى خطواتي مع رسالتي للماجستير التي كان موضوعها حول المخططات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري، ثم أكرمني الله وواصلت الطريق في رسالتي للدكتوراة والتي كان موضوعها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري، وعبر تلك الرحلة؛ عملت مع مرضى الوسواس القهري في عدد من المستشفيات العامة والخاصة والعيادات الخاصة، كان السعي فيها هو الحيلة التي لا أعرف غيرها، السعي للتعلم، ثم السعي لتطبيق ما تعلمته، وكان يقيني بالله هو الأمان الوحيد الذي أثق معه أنه لن يخيب من يلجأ إليه.

وكم أدين بالفضل لجميع أساتذتي الذين علموني، وأخص بالذكر أستاذي الفاضل أ.د. جمعة سيد يوسف - رحمه الله - الذي أشرف عليّ في رسالتي للماجستير، وأستاذي الفاضل أ.د. فيصل عبد القادر يونس - رحمه الله - الذي أشرف عليّ في رسالتي للدكتوراة، وأستاذي الفاضل أ.د. هاشم بحري - متعه الله بموفور الصحة والعافية- الذي عملت في عيادته لسنوات طويلة كانبت من أعظم نعم الله عليّ.

ويقع الكتاب في خمسة فصول مقسمين إلى بابين:

يُعنى الفصل الأول في الباب الأول بتقديم الجانب النظري الخاص بالمحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري، ثم تطور العلاجات المقدمة لذلك الاضطراب بدءا بالعلاجات الدينامية وصولا إلى العلاج السلوكي ثم المعرفي ثم العلاج المعرفي السلوكي ومرورا بالعلاجات الدوائية.

ويتناول الفصل الثاني في الباب الأول تفسير النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري، والفنيات العلاجية السلوكية المنبثقة عن هذه النظرية، كما يركز بالتفصيل على أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، وكيفية تطبيقه، ثم يعرض لتفسير النظريات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري، والفنيات

العلاجية المعرفية، مع العناية بتقديم أمثلة شارحة لكيفية تطبيق تلك الفنيات المعرفية في الجلسات العلاجية.

وقد غني الإطار النظري في الباب الأول بما يصب في هدف الكتاب مباشرة، وهو الجانب العلاجي المعرفي السلوكي، دون التطرق للملامح العامة المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، أو الخلفية التاريخية له، أو النظريات الحيوية أو الدينامية المفسرة له.

ثم يأتي الباب الثاني الذي يركز على الخطوات العملية للعمل العيادي مع مرضى الوسواس القهري من منظور معرفي سلوكي، حيث يختص الفصل الثالث بتقييم الاضطراب، وقد أرفق في هذا الفصل الاستخبارات الخاصة بالأعراض الوسواسية القهرية، واستخبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري.

ثم يعرض الفصل الرابع بالتفصيل للخطة العلاجية المعرفية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري، ويتناول بالشرح كل مرحلة من مراحل هذه الخطة العلاجية، مع تطبيقها على حالة واحدة تمتد حتى نهاية الفصل، وهي حالة اندفاعات أذى وسواسية. ويكمن الفارق الجوهرى بين اضطراب الوسواس القهري وغيره من الاضطرابات الانفعالية أن العرض المرضي المميز له هو عبارة عن (أفكار)، ورغم ذلك لا يجب مطلقاً أن يتوجه العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري إلى مناقشة هذه الأفكار الوسواسية، وإنما يتوجه لمناقشة وتعديل المعتقدات الخاطئة والمخططات الكامنة خلف هذه الأفكار الوسواسية، ومن ثم يسير البرنامج العلاجي خطوة بخطوة مبيّناً كيفية التوجه نحو المعتقدات والمخططات المختلة دون الوقوع في فخ مناقشة الأفكار الوسواسية نفسها.

ويُعنى الفصل الخامس بتقديم حالات متنوعة لاضطراب الوسواس القهري؛ لتوضيح كيفية تطبيق هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي باختلاف نوع الوسواس والأفعال القهرية، وقد تناول ذلك الفصل حالات متنوعة: للاندفاعات الوسواسية الدينية، والاندفاعات الجنسية، وسواس التلوث والخوف من العدوى، وسواس الشك والمراجعة، وسواس الشك في العقيدة وإتقان العبادات، وكذلك المخاوف الوسواسية غير المنطقية، ومعظم الأمثلة

المُقدِّمة في الكتاب هي من واقع ما عايشته مع حالات فعلية، مع الحرص على إعادة صياغة rephrasing هذه الحالات، وكتابة السيناريو باللهجة الفصحى.

إن هذا الكتاب هو خلاصة ما تعلمته وما عملت به خلال تلك السنوات غير القليلة (وغير الكثيرة أيضا)، والذي أسأل الله -عز وجل- أن يجد فيه العاملون في مجال العلاج النفسي عوناً طيباً لهم في عملهم مع مرضى الوسواس القهري، وأسأله سبحانه وتعالى أن يتقبله ويباركه وينفع به، إنه سبحانه ولي ذلك والقادر عليه، والله من وراء القصد.

أمانة يحيى عرفه ٣١ - ٨ - ٢٠٢٠

إهداء

إلى والديَّ - رحمهما الله

فهرس المحتويات

١١	الباب الأول
١٣	الفصل الأول
	(مقدمة)
١٥	اضطراب الوسواس القهري
١٦	المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري
١٨	تطور العلاجات المقدمة لاضطراب الوسواس القهري
٢٥	الفصل الثاني
	(النظريات والفنيات العلاجية)
٢٧	النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري
٢٨	العلاجات السلوكية التقليدية لاضطراب الوسواس القهري
٣٠	أسلوب التعرض ومنع الاستجابة
٤٠	تفسير النظريات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري
٤٧	الفنيات العلاجية المعرفية لاضطراب الوسواس القهري
٦٧	الباب الثاني
٧١	الفصل الثالث
	(تقييم اضطراب الوسواس القهري)
٧٢	استخبار الأعراض الوسواسية القهرية OCSQ
٨٣	استخبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري DSQ
٩٦	مقياس يل - براون لشدة الأعراض الوسواسية القهرية
٩٩	الفصل الرابع
	(البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري)
١٠١	الجلسات العلاجية
١٠٣	المصادر العلمية التي ارتكز عليها البرنامج العلاجي الحالي
١٠٤	مراحل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري
١٠٥	أولاً: مرحلة التعليم النفسي
١٢٢	ثانياً: مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

١٢٦	ثالثاً: مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلة الكامنة خلفها
١٢٩	رابعاً: مرحلة تعديل المخططات المختلة وأخطاء التفكير
١٣٤	خامساً: مرحلة التجارب السلوكية كفنّية معرفية
١٣٧	سادساً: مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة:
١٤٥	منع الانتكاس
١٤٩	الفصل الخامس
	(حالات شارحة لأنواع مختلفة من الوسوس)
١٥٣	مثال تفصيلي لحالة اندفاعات وسواسية دينية
١٧٥	مزيد من الأمثلة: اندفاعات وسواسية جنسية
١٨١	مزيد من الأمثلة: أفكار وسواسية للقيام بأفعال تبدو دينية
١٨٧	مثال تفصيلي لحالة وسواس تلوث خوفاً من الإصابة بالعدوى
٢٢١	ملاحظات حول وسواس التلوث
٢٥٤	مثال تفصيلي لحالة وسواس (الشك والمراجعة)
٢٥٤	ملاحظات على وسواس الشك في إغلاق الأبواب والنوافذ والغاز
٢٥٤	ملاحظات على وسواس الشك في العقيدة وصحة أداء العبادات
٢٦٠	مثال تفصيلي لحالة مخاوف وسواسية من الموت
٢٧٣	المراجع

الباب الأول

الفصل الأول

مقدمة

الفصل الأول

مقدمة

اضطراب الوسواس القهري

اضطراب الوسواس القهري هو ذلك الاضطراب الذي يتسم بوجود وسوس^(١) و/ أو أفعال قهرية^(٢) ، والوساوس هي "أفكار"^(٣) أو اندفاعات^(٤) أو صور ذهنية^(٥) مستمرة ومعاودة، يخبرها الفرد على أنها مقحمة^(٦) وغير مرغوبة، أما الأفعال القهرية فهي أفعال تكرارية أو عقلية يشعر الفرد أنه مُساق لأدائها استجابة للوساوس، أو وفقا لقواعد تطبق بشكل متصلب " (American Psychiatric Association, 2013, 235).

ويعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات شديدة الانتشار (Rapinesi, et al., 2019)، ويحتل مرتبة متقدمة بين الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يُصنّف في المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بين الاضطرابات النفسية (In: Cimen, 2018)، وتشير التقديرات إلى وجود أكثر من ١١٤ مليون شخص يعاني من اضطراب الوسواس القهري في جميع أنحاء العالم (Williams, Chapman, Simms & Teiiawi, 2017).

ويؤثر ذلك الاضطراب بدرجة شديدة على الأسرة والحياة الاجتماعية (Cimen, 2018)، والعلاقات الشخصية، وعلى العمل والإنتاجية (Fontenelle & Yucel, 2019)، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية يعد اضطراب الوسواس القهري سادس أكثر الاضطرابات النفسية المُعَوِّقة والمُعْطِلة، وحتى الأشخاص الذين أقروا بوجود مستويات غير مرتفعة من ذلك الاضطراب؛ فإنهم يعانون من إعاقة كبيرة في حياتهم (Jaisooriya, Reddy & Thenarasu, 2017)، ويرتبط ذلك الاضطراب بكثير من

-
- (1) Obsessions
 - (2) Compulsions
 - (3) Thoughts
 - (4) Impulses
 - (5) Images
 - (6) Intrusive

مظاهر سوء التوافق كاضطراب مفهوم الذات (Doron, Kyrios & Moulding, 2007)، ونقص جودة الحياة (Moritz, et al., 2005)، والكرب الزواجي (رجز، فوا، ٢٠٠٢)، وضعف الوظيفة الجنسية (Vulink, Denys, Bus & Westenberg, 2006).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري بما يلي:

- وجود إما وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما.

وتعرف الوسواس بـ (١) و (٢)

(١) أفكار أو اندفاعات أو صور ذهنية مستمرة ومعاودة، يخبرها الفرد في وقت ما من مسار الاضطراب على أنها مقبحة وغير مرغوبة، وتتسبب في معظم الحالات في حدوث القلق والكرب.

(٢) يحاول الفرد تجاهل أو كبح تلك الأفكار أو الصور الذهنية أو الاندفاعات، أو يحاول تحييدها بأفكار أخرى أو بأفعال معينة.

وتعرف الأفعال القهرية بـ (١) و (٢)

(١) فهي أفعال تكرارية (مثل: غسل اليدين أو الترتيب أو المراجعة) أو أفعال عقلية (مثل: الدعاء أو العد أو تكرار كلمات في صمت) يشعر الفرد أنه مُساق لأدائها استجابة للوساوس، أو وفقا لقواعد تطبيق بشكل متصلب.

(٢) هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية تهدف إلى منع أو تقليل القلق أو منع بعض الأحداث والمواقف المروعة، ومع هذا فقد لا ترتبط تلك الأفعال بشكل واقعي بما جاءت لتحبيده، أو تكون مفرطة بوضوح.

- تسبب الوسواس أو الأفعال القهرية كربا ملحوظا، أو تستهلك وقتا (أكثر من ساعة يوميا)، أو تتسبب في ضعف أداء الفرد الاجتماعي أو المهني أو في أية مجالات مهمة.

- لا ترجع الأعراض الوسواسية القهرية إلى تأثير نفسي مباشر لتعاطى مواد معينة، ولا ترجع لأية حالة طبية أخرى.

- لا تُفسَّر الأعراض من خلال اضطرابات أخرى (مثل: الانزعاج الشديد في القلق المعمم، أو الاهتمام بالمظهر في اضطراب تشوه شكل الجسم، أو صعوبة رمي الأشياء كما في اضطراب التخزين، أو نتف الشعر في وجود اضطراب نتف الشعر، أو حك الجلد في اضطراب سحج الجلد، أو التتميطات في اضطراب الحركات النمطية، أو سلوك الأكل الطقسي في اضطراب الأكل^(١)، أو الانشغال بالمخدر أو المقامرة في وجود اضطراب تعاطي المواد النفسية^(٢) أو الاضطرابات الإدمانية، أو الانشغال بوجود مرض خطير في وجود اضطراب القلق من المرض^(٣)، أو الانشغال بالدفعات والتخيلات الجنسية في وجود الشذوذ الجنسي^(٤)، أو اجترارات الذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي^(٥)، أو الانشغال بالضلالات في اضطراب الطيف الفصامي، أو الاضطرابات الذهانية الأخرى، أو السلوكيات التكرارية في اضطراب الطيف التوحدي^(٦))

تحديد ما إذا كان:

- مع استبصار جيد: يدرك الفرد أن معتقداته الوسواسية القهرية ليست صحيحة مطلقاً أو نسبياً، وأنه ربما لا يكون على صواب.
- مع استبصار ضئيل: يدرك الفرد أن معتقداته الوسواسية القهرية صحيحة إلى حد ما.
- مع غياب الاستبصار/ المعتقدات الضلالية: يدرك الفرد أن معتقداته الوسواسية القهرية صحيحة تماماً (American Psychiatric Association, 2013, 237).

^(١) Eating Disorder

^(٢) Substance Use Disorder

^(٣) Illness Anxiety Disorder

^(٤) Paraphilia

^(٥) Major Depression

^(٦) Autism Spectrum Disorder

تطور العلاجات المقدمة لاضطراب الوسواس القهري

على الرغم مما تبين من ارتفاع نسب انتشار هذا الاضطراب وما يتسبب عنه من خلل اجتماعي وأسري ومهني فلم تحظ العلاجات المقدمة له على مدى سنوات عديدة بنتائج مرضية، فحتى ستينيات القرن الماضي لم يتم التوصل إلى علاج نفسي فعال لاضطراب الوسواس القهري (Wilhelm & Stekette, 2006) ، ولم يحقق العلاج النفسي - المتمثل وقتها في العلاج النفسي الدينامي - نجاحا في علاجه (Kozak, Liebowitz & Foa, 2000) ، كذلك لم تحقق العلاجات الدوائية في ذلك الوقت تحسنا مرضيا في أعراضه (Brooks & Hohagen, 2002)، ومن ثم اعتبره الباحثون اضطرابا عنيدا ومزما ومقاوما للعلاج^(١) (In: Rhéaume, Ladouceur, Freeston & Letarte, 1995; Fisher & Wells, 2005; Rees & Van Koesveld, 2008) بالإضافة إلى ذلك فقد عُدَّ من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدا نظرا لتنوع أعراضه (Huppert & Franklin, 2005; Williams & Farris, 2011).

غير أن العقدين الأخيرين من القرن الماضي قد شهدا تطورا في العلاج الدوائي لاضطراب الوسواس القهري (Storch, et al., 2008) تمثل في اكتشاف عقار الكلومبرامين^(٢) الذي يختلف عن غيره من مضادات الاكتئاب بقدرته على كف مثبطات السيروتونين^(٣)، مما يدعم قدرة هذا العقار على ممارسة تأثيرات نوعية مضادة للوسواس، واعتُبر هذا الاكتشاف خطوة جادة نحو تحسن مآل اضطراب الوسواس القهري (Brooks & Hohagen, 2002)، ومع هذا عندما خضعت العلاجات الدوائية إلى تقييم لمدى كفاءتها من خلال سلسلة من البحوث؛ أحيطت هذه العلاجات بعدد من المشكلات.

كان أبرز مشكلات العلاج الدوائي بمثبطات استرجاع السيروتونين أن معظم المرضى الذين يستجيبون للدواء يفقدون المكاسب التي تحققت لهم بعد وقف الدواء (Spiegel, 2000)، وأن تلك المكاسب العلاجية مرهونة باستمرار استخدامهم للدواء، وأن الأعراض المرضية تعاود المريض خلال أسابيع قليلة بعد وقف العلاج، وتبين أن نسبة من ٤٠% إلى ٦٠% من مرضى

(١) Treatment refractory

(٢) Clomipramine

(٣) Serotonin reuptake inhibitors

الوسواس الذين يُعالجون بمثبطات استرجاع السيروتونين نتائجهم غير مُرضية (Pallanti & Quercioli, 2006).

ونظرا للمشكلات التي أحاطت بالعلاج الدوائي؛ تجلت ضرورة الاهتمام بالعلاجات النفسية (Salkovskis, Richards & Forrester, 2000; Himle, et al., 2006) وكان العلاج السلوكي هو العلاج النفسي الأكثر شيوعا في ذلك الوقت، وتوجهت أنظار الباحثين إلى هذا العلاج الذي نشدوا فيه حلا لمشكلات العلاج الدوائي، وأجري عدد من الدراسات للوقوف على مدى فاعلية العلاج السلوكي لمرضى الوسواس القهري، وأوضحت نتائج هذه الدراسات فاعلية الأساليب السلوكية في علاج هذا الاضطراب (Salkovskis, 1983; Foa, Steketee, Grayson, Turner & Latimer, 1984; Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews & Mattick, 1987; Turner, Beidel, Stanley & Jacob, 1988; Pruitt, Miller & Smith, 1989; Krone, Himle & Nesse, 1991; Cottraux, Mollard, Bouvard & Marks, 1993; Piacentini, Gitow, Jaffer, Graae & Whitaker, 1994; O'Connor & Robillard, 1995; Van Noppen, Steketee, McCorkle & Pato, 1997; De Haan, Hoogduin, Buttelaaar & Keijsers, 1998; Owens & Piacentini, 1998; Williams, Chambless & Steketee, 1998; Brooks & Hohagen, 2002; Cougle, Wolitzky-Taylor, Lee & Telch, 2007; Haland, Vogel, Lie, Launes, Pripp & Himle, 2010) حيث تبين أن المرضى الذين يتلقون علاجاً سلوكياً يحتفظون بمكاسب العلاج الدوائي أكثر ممن يتلقون علاجاً دوائياً ثم يُسحب منهم (رجز، فوا، ٢٠٠٢)، وأن إضافة العلاج السلوكي إلى العلاج الدوائي يقلل من احتمالات الانتكاس عند وقف العلاج الدوائي (Spiegel, 2000)، وأن العلاج السلوكي وإن تساوت كفاءته مع العلاج الدوائي على المدى القصير؛ فإنه يعد أفضل من مضادات مثبطات السيروتونين على المدى الطويل، خاصة بعد سحب العلاج الدوائي (Salkovskis, et al., 2000).

وعلى الرغم من النجاح الذي حققه العلاج السلوكي في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري؛ فقد أُحيط – هو الآخر – ببعض من جوانب القصور، تمثلت في نتائج الدراسات الممحصنة التي أشارت إلى أن نسب نجاح

العلاج السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري والتي بلغت ٧٥٪ إلى ٨٥٪ إنما هي نسب استُمدت من دراسات اعتمدت على فريق ذي تدريب عالٍ، وأن هذه النسب لا تعبر عن الواقع الحقيقي لكفاءة العلاج السلوكي، وأشارت هذا الدراسات إلى أن ٢٥٪ من مرضى الوسواس القهري يرفضون العلاج السلوكي عندما يُشرح لهم، وأن ٢٥٪ من المرضى لا يجدي معهم هذا النوع من العلاج، وأن ١٢٪ ممن يبدأون العلاج السلوكي يتخلفون عنه، وقد تصل نسبة هؤلاء المتسربين من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المرضى، ويضاف إلى ذلك عدم جدوى العلاج السلوكي مع مرضى الوسواس القهري المقتنعين بمعقولية أعراضهم، وكذلك مرضى الاجترارات الوسواسية^(١) غير المصحوبة بأفعال قهرية ظاهرة (دى سيلفا، ٢٠٠٠؛ سالكوفيسكس، ٢٠٠٢؛ Foa, 1979; Salkovskis & Westbrook, 1989; O'Connor & Robillard, 1995; McKay, Todaro, Neziroglu, Yaryura-Tobias, 1996; Bouchard, Rhéaume & Ladouceur, 1999; Van Oppen & Emmelkamp, 2000; McLean, et al., 2001; Hambridge & Loewenthal, 2003; Whittal, Thordarson & McLeean, 2005) وأن نسبة مرضى الوسواس القهري الذين يستفيدون من العلاج السلوكي لا تتجاوز ٥٥٪ وذلك بعد استبعاد من يرفض هذا العلاج، والمتسربين، والذين لا يستفيدون منه (McLean, et al., 2001).

وعاد الباحثون في حيرة جديدة دفعتهم إلى البحث عن العوامل التي تحُول دون تحقيق العلاجات الدوائية والسلوكية لفاعليتها المرجوة، وافترضوا وجود وسيط معرفي^(٢) يعوق استجابة المرضى للعلاجات الدوائية والسلوكية، وعلى غرار التفسيرات المعرفية للاضطرابات النفسية الأخرى توقع الباحثون تبني مرضى الوسواس القهري لمجموعة من المعتقدات الخاطئة والمخططات قبل الشعورية^(٣) واللاتوافقية التي تحُول دون تحسن أعراضهم (Salkovskis, 1989; Clark, Purdon & Wang, 2003; Taylor, et al., 2006) ودعوا إلى ضرورة الكشف عن هذه المخططات المختلة^(٤) والمعتقدات الخاطئة ومحاولة تصحيحها، ومن ثم جاء المنحى المعرفي في تفسير وعلاج اضطراب

(١) Obsessional rumination

(٢) Cognitive mediation

(٣) Preconscious schemas

(٤) Dysfunctional schemas

الوسواس القهري لسد الثغرات ورأب الصدع الذي ظهر في الأطر النظرية والفنيات العلاجية المطروحة آنذاك (عرفه، ٢٠٠٧، ٧).

وأظهرت نتائج الدراسات التي أجريت حول دور العلاج المعرفي في تحسين أعراض اضطراب الوسواس القهري فاعلية هذا العلاج، حيث تبين حدوث تحسن واضح في الأعراض الوسواسية القهرية بعد التدخلات العلاجية التي هدفت إلى تعديل المخططات المختلة، وتغيير طرق التفكير الخاطئة، والتفسيرات السلبية للأفكار الوسواسية، وذلك لدى مجموعات من مرضى الوسواس القهري (Van Opeen, De Haan, Van Balkom, Spinhoven, Hoogduin & Van Dyck, 1995; Shafran & Somers, 1998; Rhéaume & Ladouceur, 2000; Mclean et al., 2001; Rassin, Diepstraten, Merckelbach & Muris, 2001; Zucker, Craske, Barrison & Holguin, 2002; Whittal, et al., 2005; Wilson & Chambless, 2005; Fisher & Wells, 2005) كما كان للعلاج المعرفي قيمة كبيرة لمرضى الوسواس القهري الذين لا يتحسنون بالعلاج السلوكي، أو الذين يرفضون العلاج السلوكي، أو يتسربون منه، أو مرضى الوسواس القهري أصحاب الوسواس الخالصة (Van Oppen & Emmelkamp, 2000).

وبعد ظهور المنحى المعرفي في تفسير اضطراب الوسواس القهري افترض المُنظرون أن الجمع بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي يقلل جوهريا من تسرب المرضى من الجلسات العلاجية ويمنع الانتكاس ويرفع نسب التحسن (هولاند، ٢٠٠٥)، ويشير سالكوفيسكس إلى أن المنهج الناجح في علاج الوسواس يتضمن دمجاً بين الفنيات العلاجية السلوكية والمعرفية (سالكوفيسكس، ٢٠٠٢)، وقد أضيف العلاج المعرفي إلى العلاج السلوكي في بادئ الأمر بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية التي تمنع المرضى من الانخراط في العلاج السلوكي، أو لزيادة فائدة المرضى من العلاج السلوكي، أو لتعديل المزاج القَلْبَق والاكْتئاب المصاحبين للوسواس، ولكن فيما بعد أصبح العلاج المعرفي أكثر تركيزاً على تعديل المعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى سوء تفسير^(١) الأفكار المقترحة، وأصبح الدمج بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي

(١) Misinterpretation

ضروريا (Salkovskis, et al., 2000)، وتبين أهمية تعديل المعتقدات الخاطئة في تيسير التغير السلوكي (Wilhelm, Berman, Keshaviah, Schwartz & steketee, 2015) وبات العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج النفسي الأول لاضطراب الوسواس القهري (Diefenbach, Abramowitz, Norberg & Tolin, 2007; Keeley, Storch, Merlo & Geffken, 2008 ; Mancebo, et al., 2008)

وكما اعتاد الباحثون إزاء العلاجات السابقة من تمحيص لكفاءتها؛ فقد قاموا بعدد من الدراسات لاستجلاء مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري، وتوصلت الدراسات إلى حدوث تحسن في شدة الأعراض الوسواسية القهرية لدى المرضى الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي، وكذلك حدوث تحسن في الشعور بالضيق والعجز المرتبطين باضطراب الوسواس القهري (Keeley, et al., 2008).

وأشارت التحليلات البعدية للدراسات في الفترة ما بين ١٩٨٠ إلى ٢٠٠٦ إلى كفاءة العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة وكفاءة العلاج المعرفي وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي الذي يجمع بين الاثنين (Rosa – Alcazar, Sanchez – Meca, Gomez – Conesa & Marin – Martinez, 2008)، وأكدت التحليلات البعدية الأحدث في عامي ٢٠١٥ و ٢٠١٩ النتائج نفسها (Mckay, et al., 2015; Steketee, Siev, Yovel, Lit & Wilhelm, 2019).

وأصبحت كفاءة العلاج المعرفي السلوكي مستقرة في معظم الدراسات (Fricke, al., 2006)، وبات هذا العلاج واحدا من أكثر العلاجات تأثيرا في علاج الوسواس القهري، ومدعما بالأدلة^(١) (Huppert & Franklin, 2005; Epp & Dobson, 2010; Reese, et al., 2016; Leeuwerik, Cavanagh & Strauss, 2019; Bakhshaie, et al., 2020) التحليلات البعدية للدراسات التي هدفت إلى المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي أن العلاج المعرفي السلوكي للوسواس علاج فعال ومكافئ للعلاج الدوائي (Fisher & Wells, 2005; Anand, Sudhir, Math, Thennarasu & Reddy, 2011; Uhre, et al., 2020)

(١) Evidence based

ويحتفظ كل من العلاج السلوكي والمعرفي السلوكي بفاعليتهما في علاج الوسواس سواء مع العلاج الدوائي أو بدونه (Raffin, Fachel, Ferrao, De Soueza & Cordioli, 2009).

كما أشارت بعض الدراسات إلى تفوق تأثير العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي بمثبطات استرجاع السيروتونين في تحسين الأعراض الوسواسية القهرية (Storch, et al., 2008; Meng, et al., 2019)، ولا يقتصر دور العلاج المعرفي السلوكي على تحسين الأعراض الوسواسية القهرية، بل يمتد إلى حدوث تحسن جوهري في جودة الحياة وما يشتمل عليه من تحسن في المجالات الأسرية والمهنية والاجتماعية (Diefenbach, et al., 2007; Meng, et al., 2019).

وفي واحدة من أحدث دراسات التحليل البعدي في يوليو ٢٠٢٠، أجري التحليل البعدي على ٢٣ دراسة لمرضى الوسواس القهري غير المستجيبين للعلاج الدوائي، ثم خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي، وأوضحت نتائج التحليل البعدي حدوث معدلات جوهرية للتحسن بعد خضوعهم للعلاج المعرفي السلوكي في جميع الدراسات، ولم يقتصر التحسن على انخفاض شدة الأعراض الوسواسية القهرية، وإنما امتد لخفض أعراض الاكتئاب المصاحبة وتحسين نوعية الحياة (Sijercic, Whitfield, Cassi & Antony, 2020).

وفي محاولة لمقارنة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري بالعلاجات النفسية الأكثر حداثة كالعلاج بالقبول والالتزام^(١)، أوضحت النتائج انخفاض شدة الأعراض الوسواسية في كلا المجموعتين، واستمرار ذلك الانخفاض في فترات المتابعة (Shabani, et al., 2019).

ولا تقف أهمية العلاج المعرفي السلوكي على حدوث تغييرات سلوكية أو تحسن في الأعراض فقط؛ وإنما يمتد تأثيره ليحدث تغييرات في الميكانيزمات المخية^(٢)، تلك النتيجة التي توصل لها الباحثون باستخدام التصوير الطبقي للمخ بانبعاث البوزيترون^(٣)، حيث وجدوا أن الأبنية المخية التي أظهرت نشاطا شادا لدى مرضى الوسواس القهري أصبحت تعمل بشكل سوي بعد تلقيهم للعلاج المعرفي السلوكي (Glausiusz, 1996; Fricker, 1996)، ويشير التصوير

(١) Acceptance and commitment Therapy

(٢) Brain Mechanisms

(٣) Positron emission tomography

العصبي^(١) باستخدام الرنين المغناطيسي الطيفي^(٢) لمرضى الوسواس القهري الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي دون استخدام علاج دوائي إلى حدوث تغيرات في التمثيل الغذائي^(٣) في مناطق (الجسم المخطط)^(٤)، والمهاد^(٥)، واللحاء الأمامي المطوق^(٦) في المخ بعد العلاج المعرفي السلوكي، كما ظهرت تغيرات في المنطقة المخية المسؤولة عن تنشيط عمليات الأيض^(٧) (O'Neill, Piacentini, Chang, Levitt, Rozenman, Bergman, et al., 2012).

(١) Neuroimaging

(٢) Magnetic Resonance Spectroscopic Imaging (MRSI)

(٣) Metabolic

(٤) Striatum

(٥) Thalamus

(٦) Anterior cingulate cortex

(٧) Regional brain energetic metabolism

الفصل الثاني

■ النظريات والنماذج السلوكية والمعرفية لاضطراب الوسواس القهري

■ الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري

الفصل الثاني

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن سائر أشكال السلوك المضطرب تم تعلمه في ظروف بيئية معينة وفقا لمبادئ وقوانين التعلم، وهذه المبادئ ذاتها يمكن استخدامها في التخلص من السلوك غير المرغوب وتعلم سلوك جديد مرغوب، وقد أسمى أيزنك تطبيق نظريات التعلم ومبادئها في علاج السلوك المضطرب بـ "العلاج السلوكي"، ومن ثم يُعرّف العلاج السلوكي بأنه "منحى متعدد الجوانب يُستخدم في علاج الاضطرابات اعتمادا على مبادئ التشريط والتشريط العكسي^(١) والانطفاء^(٢) والتدعيم^(٣)" (Ryckman, 2008, 369, 377).

النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري

اعتمدت النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري على عمليات التشريط، وتصدّرت نظرية مورر Mowrer ١٩٣٩ المعروفة بنظرية العاملين أو المرحلتين^(٤) في "الخوف والسلوك التجنبي" الحديث في معظم الكتابات والمراجع العلمية المعنية بتفسير النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري، ووفقا لهذه النظرية يتطور اضطراب الوسواس القهري عبر مرحلتين، في المرحلة الأولى تقتزن تنبيهات محايدة أو مواقف وأحداث طبيعية بمثيرات تثير القلق والضيق بطبيعتها، ووفقا لمبادئ التشريط الكلاسيكي تكتسب تلك التنبيهات والأحداث الطبيعية الخصائص المنفرة والمقلقة وتتحول إلى مثيرات قلق شرطية، ثم ترتبط تلك التنبيهات المنفرة الجديدة بدورها بتنبيهات طبيعية أخرى؛ فتُكسبها الخصائص المنفرة نفسها، ومن ثم تتسع دائرة التنبيهات المثيرة للقلق والخوف حتى تشمل الصور الذهنية والكلمات والأفكار وغيرها، وفي المرحلة الثانية وتبعا لمبادئ التشريط الإجرائي يسعى الفرد للتخلص من تلك المشاعر المنفرة البغيضة؛ فيصدر بعض الاستجابات كاستجابة التجنب أو الهروب والتي تنجح في خفض مشاعر القلق والتهديد وقتيا، مما يُكسب هذه الأفعال الثبات والرسوخ والاستمرار (رجز، فوا،

(1) Counterconditioning

(2) Extinction

(3) Reinforcement

(4) Two stage learning theory

٢٠٠٢؛ عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٧٨-٢٧٩؛ Foa & Tillmanns, 1980؛ 22؛ (Salkovskis & Kirk, 1997؛ Steketee, 1999).

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية للسلوك القهري على أنه سلوك غير تكيفي يعمل على إبقاء الاضطراب واستمرار المعاناة منه، فالأفعال القهرية مجرد وسيلة لتحقيق راحة مؤقتة لا تدوم إلا مدة قصيرة، ونظراً للطبيعة المتكررة والمُلحّة للأفكار الوسواسية فسيضطر الفرد لتكرار تلك الأفعال القهرية لتحقيق درجة محدودة من الراحة قصيرة المدى، وينتج عن ذلك الدخول في دائرة مرضية مفرغة (هولاند، ٢٠٠٥)، كما أن القيام بالفعل القهري يمنع الفرد من التعرض للأفكار المخيفة دون أن يهرب منها، وبالتالي يَحُول دون تعود الفرد على هذه الأفكار، ومن ثم تظل تلك الأفكار تستثير القدر نفسه من القلق والتهديد (سالكويسكس، ٢٠٠٢).

العلاجات السلوكية التقليدية لاضطراب الوسواس القهري

إذا كانت النظرية السلوكية قد فسرت اضطراب الوسواس القهري من خلال ارتباط تنبيهات وأفكار ومواقف محايدة بمثيرات تثير القلق والضيق بطبيعتها مما أكسبها الطبيعة المقلقة وفقاً لمبادئ التثريب الكلاسيكي، ثم ارتبطت استجابة التجنب أو الهروب – أو أي فعل قهري آخر - بخفض مشاعر القلق وقتياً وذلك تبعاً لمبادئ التثريب الإجرائي فإن هدف العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري هو فك هذه الروابط، بمعنى فك الارتباط بين الأفكار الوسواسية وتنبيهات القلق الشرطية وبين القلق، وكذلك فك الارتباط بين الأفعال القهرية وبين الشعور بالراحة (Steketee, 1999, 22).

وقد تعددت العلاجات السلوكية لاضطراب الوسواس القهري لتحقيق هذا الهدف، فظهرت أساليب سلوكية تهدف إلى فك الارتباط بين الأفكار الوسواسية ومثيرات القلق الشرطية وبين القلق، كان من هذه الأساليب أسلوب الاسترخاء^(١) (Rachman, Hodgson & Marks, 1971)، غير أن الدراسات أشارت إلى عدم فاعلية هذا الأسلوب في علاج اضطراب الوسواس القهري (Wilson & Chamble, 2005)، كما استخدم أسلوب التسكين المنظم^(٢) لتقليل القلق المصاحب للمثيرات، فإذا انخفض القلق المصاحب لهذه

(1) Relaxation

(2) Systematic desensitization

المثيرات لم تعد هناك حاجة للقيام بالأفعال القهرية، غير أن نتائج الدراسات حول فاعلية هذا الأسلوب العلاجي جاءت متناقضة (Foa & Tillmanns, 1980).

كما تم استخدام أسلوب وقف الأفكار^(١) وهو الأسلوب العلاجي الذي كان يتم اختياره للتعامل مع الأفكار الوسواسية خلال نهاية الستينيات والسبعينيات (Freeston, Ladouceur, Gagnon, Thibodeau, Rheume, Letarte & Bujold, 1997) ويقوم هذا الأسلوب على تدريب المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوبة بواسطة أمر بسيط يصدره، حيث يتعين على المعالج أن يجعل المريض يجلس مسترخياً، ثم يعطيه تعليمات باستحضار الأفكار موضوع المشكلة، ويطلب منه تنبيهه لظهور الفكرة بإعطائه إشارة بإصبعه مثلاً، وعندها يصيح المعالج بصوت مرتفع "توقف"، ويمكن أن يصحب هذا تنبيه صوتي آخر مثل الضرب بمسطرة على المائدة (دي سيلفا، ٢٠٠٠)، غير أن نتائج الدراسات أشارت إلى عدم فاعلية هذا الأسلوب العلاجي أيضاً (رجز، فوا، ٢٠٠٢؛ Freeston, et al., 1997; Wilson & Chamble, 2005).

وسعى إلى فك الارتباط بين القيام بالسلوك القهري والشعور بالراحة تم استخدام أسلوب التنفير^(٢)، فإذا كان السلوك القهري يستمر لارتباطه بانخفاض القلق؛ فإن أسلوب التنفير يقوم على الربط بين القيام بالسلوك القهري وزيادة القلق، حيث يُتبع السلوك القهري بمنبه منفر (كصدمة كهربية مثلاً)، ومع هذا أشارت بعض الدراسات إلى عدم فاعليته (Wilson & Chamble, 2005).

ونظراً لانخفاض فاعلية الأساليب العلاجية السلوكية السابقة خاصة إذا استُخدم كل منها بمفرده؛ توصل الباحثون إلى ضرورة اتباع أسلوب علاجي يجمع بين التعامل مع القلق الناتج عن الأفكار الوسواسية، وفي الوقت نفسه يتعامل مع الأفعال القهرية، وكان هذا الأسلوب هو أسلوب التعرض ومنع الاستجابة^(٣)، وهو الأسلوب العلاجي السلوكي الذي ثبتت فاعليته، وبات مدعماً بالأدلة.

(1) Thought stopping

(2) Aversion therapy

(3) Exposure and Response Prevention (ERP)

أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

(١) منطق أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

يعتمد أسلوب التعرض ومنع الاستجابة على تعريض المريض للتنبيهات والمواقف التي تستثير وساوسه، وتعريضه للقلق المُثار من هذه الوسواس مع إعطائه تعليمات بالامتناع التام عن التجنب أو التحييد أو أي شكل من أشكال طلب الأمان أو ممارسة أي سلوك قهري يقلل من شعوره بالقلق مهما كان الدافع لذلك، ويتم تشجيعه على تحمل الضيق والقلق الناتج عن هذا الإجراء حتى يقل القلق تلقائياً بشكل جوهري (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner & Feeny, 2002; Huppert & Franklin, 2005; Fisher & Wells, 2005; Wilhelm & Stekette, 2006; Clark & Beck, 2010, 247).

ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على افتراض مفاده أن الأشخاص عندما يتعرضون للتنبيهات المثيرة لوساوسهم وما يرتبط بها من قلق ويتم منعهم من الهروب أو التحييد فإن القلق سيتضاءل تلقائياً مع الوقت وتقل شدة إلحاح السلوك القهري، وذلك خلال فترة (نصف ساعة إلى ساعة) من الامتناع عن القيام بالفعل القهري، مما يؤدي إلى إطفاء هذه الأفعال القهرية، وتُعد هذه النتيجة هي حجر الزاوية الذي يركز عليه هذا الأسلوب العلاجي (Roper, Rachman & Hodgson, 1973; Salkovskis & Kirk, 1997; Salkovskis, Richards, & Forrester, 2000; Himle & Franklin, 2009؛ دي سيلفا، ٢٠٠٠).

ويهدف أسلوب التعرض ومنع الاستجابة إلى إمداد المريض بفرص لأن يعايش خوفه ويلاحظ نقصه بدون جهود طقسية للتجنب أو منع المترتبات المخيفة (Himle & Franklin, 2009)، كما يسمح للمريض أن يأخذ خبرة من أن مثيرات الوسواس يمكن تحديدها بدون استخدام طقوس طلب الأمان^(١) وفي الوقت نفسه لن تتحقق النتائج المخيفة التي يخشاها، ويكون التفسير الوحيد وقتها أن التنبيهات الوسواسية ليست خطيرة كما يظن (Abramowitz, 2006, 41).

(1) Safety seeking rituals

٢) مراحل ظهور أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

يُستمد الأساس المنطقي لهذا الأسلوب العلاجي من كل من دراسات الحيوان، والبحوث الإكلينيكية التجريبية (دي سيلفا، ب، ٢٠٠٠، ٨٦)، ففي عام ١٩٦٠ قام سولمون Solomon، وواين Wynne بتجارب على الحيوانات، تقوم على إكساب بعض التنبهات المحايدة الطبيعة المنقّرة من خلال عمليات التشريط الكلاسيكي، ورصد استجابات التجنب لدى الحيوانات، وتوصلت تلك الدراسات إلى ظهور سلوك التجنب لدى هذه الحيوانات بشكل نمطي يشبه سلوك مرضى الوسواس القهري (Salkovskis & Kirk, 1997)، ومثلما أكسب سولمون وواين الحيوانات سلوك التجنب عن طريق عمليات التشريط؛ قام ماير Maier وكلي Klee بإلغاء استجابة التجنب لدى الحيوانات وذلك من خلال تجربتهم على الفئران؛ حيث قاما بتوجيه الفئران يدويا إلى موقف سبق وأن تجنبوه، وقد نجحت هذه التجربة في إلغاء استجابة التجنب النمطية المستقرة لديهم (دي سيلفا، ب، ٢٠٠٠، ٨٦).

وفي عام ١٩٦٦ قدم مير Meyer أول تطبيق للنظرية السلوكية في علاج اضطراب الوسواس القهري (Salkovskis & Kirk, 1997; Huppert & Franklin, 2005)، حيث وجّه الممرضات إلى منع ١٥ مريضا من مرضى الوسواس القهري المقيمين في المستشفى من تنفيذ طقوسهم الروتينية لعدة ساعات، وقد أظهر عشرة مرضى منهم تحسنا ملحوظا (البشر، سعاد، ٢٠٠٧، ٦٠)، وافترض مير أن إطالة فترة الامتناع عن أداء الطقوس القهرية يؤدي إلى إضعاف قوة إلحاح هذه الطقوس (دي سيلفا، ب، ٢٠٠٠، ٨٦؛ Foa, 1979; Foa, Tillmanns, 1980)، كما عالج حالتين مزمنتين من حالات الوسواس القهري باستخدام الأسلوب ذاته وحقق نجاحا ملحوظا معهما، وذكر مير أن العلاج لابد وأن يركز على علاج السلوك التجنبي بشكل مباشر من خلال التأكيد على عدم تنفيذ الطقوس في الجلسة وأيضا بين الجلسات (Salkovskis & Kirk, 1997).

٣) مكونا أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

١٣) التعرض^(١)

التعرض هو معاشية تدريجية ومتكررة ومُطوّلة للموضوعات والمثيرات الداخلية والخارجية التي يتم تجنبها لأنها تثير القلق، ويستمر التعرض لتلك المثيرات حتى يقل القلق بشكل جوهري (Clark & Beck, 2010, 238, 244)، والتعرض بهذا التعريف يختلف عن أسلوب الغمر الذي يتعرض فيه المريض للتنبيهات المنفرة بأقصى درجة مرة واحدة بشكل غير تدريجي (Friedberg, McClure & Garcia, 2009)، ووفقا لأسلوب التعرض يُفترض أن يحدث التحسن من خلال التعود^(٢) (Rachman, et al., 1971; Foa & Tillmanns, 1980)، أي تعود المريض على القلق والضيق المصاحبين لهذه التنبيهات المقلقة حتى تفقد هذه المواقف والتنبيهات قدرتها على إثارة القلق.

ويتم التعرض لتلك الموضوعات والمثيرات وفقا لمدرج القلق (مدرج الخوف)^(٣)، ويُعرّف مدرج القلق أو الخوف بأنه قائمة من المواقف والتنبيهات والأفكار التي يجب على المريض تحديها خلال جلسات التعرض، ولا بد أن تكون بنود المدرج مطابقة تماما لمخاوف المريض الوسواسية الفعلية، وتكون مرتبة طبقا لمستوى الضيق التي يتوقعها المريض، وعلى المريض تسجيل تقديره الذاتي للضيق من كل بند، ثم يتم تحديد كيفية تحدي كل بند من هذه البنود، وبصفة عامة فإن أفضل تعرض هو الذي يمكن المريض من اختبار خوفه من حدوث مترتبات كارثية، ومن ثم ضحذ هذه المخاوف، ويؤدي الفشل في إثارة أسوأ درجات الخوف الوسواسي أثناء التعرض إلى تدعيم فكرة خاطئة مفادها أن هذه المواقف يجب تجنبها لأنها خطيرة فعلا (Abramowitz, 2006, 41, 42).

وتبدأ جلسات التعرض بالمثيرات التي تسبب شعورا متوسطا بالكرب بنسبة ٥٠%، ثم يتم الانتقال لمثيرات القلق الأكثر إزعاجا (Franklin, et al, 2002)، وكل بند تعرض له المريض تحت إشراف المعالج فلا بد أن يعيد التعرض له بين الجلسات (Abramowitz, 2006, 43)، إذ أن التعود نوعان:

-
- (1) Exposure
 - (2) Habituation
 - (3) Fear Hierarchy

تعود داخل الجلسة وتعود بين الجلسات، والتعود داخل الجلسة ضروري، حيث يصعب تحقيق المريض للتعود خارج الجلسة ما لم يكن حققه داخل الجلسة، ومن ثم فإن تحقيق التعود داخل الجلسة مهم ولكن ليس كافياً، (Simpson, Maher, Page, Gibbons, Franklin & Foa, 2010) ويمكن للمعالج أن يقوم بنفسه بالتعرض للسلوك الذي طلب من المريض أن يقوم به بطريقة هادئة ومضبوطة دون أي بادرة من القلق، ويُعرف هذا بالنمذجة في التعرض، ورغم أن النمذجة أمر ميسر للعلاج فإنها لا تُعد أساسية في كل الحالات (دي سيلفا، ب، ٢٠٠٠، ٨٥).

ولتحسين كفاءة التعرض يُعطى المريض تعليمات بالتركيز على عناصر الخوف في الموقف، وتقليل المشتتات الداخلية والخارجية قدر الإمكان، ثم يُسأل المريض بشكل متكرر فيما يفكر، ويتم تذكيره أن يعيد تركيزه على الأشياء التي يتعرض لها، ورغم أن ذلك يثير قلق المريض فلا بد أن يتم توجيهه إلى تجنب أي طريقة عمدية لتقليل القلق ولابد من استبعاد مؤشرات الأمان أثناء التعرض، ويُشجع المريض ألا يدخل في صراع لتقليل قلقه بمحاولة كبجه لأن ذلك قد يؤدي إلى نتائج عكسية ويزيد القلق، فتقبل الخوف هو الاتجاه الأفضل في العلاج وليس كبجه، كما يُشجّع ألا يسعى إلى تشتيت نفسه أثناء التعرض؛ حيث تشير النتائج إلى أنه حتى لو لم يؤدِ التشتيت إلى تأثير سلبي على المدى القصير فإنه يقلل فاعلية العلاج على المدى الطويل، ومع هذا ففي بعض الحالات تكون إدارة القلق ضرورية لتشجيع المريض على التعرض المطول والمتكرر لمواقف القلق العالية، ويكون ذلك ببعض الطرق مثل: إعادة البناء المعرفي لمعتقدات المريض الخاصة بالتهديد أو بتدعيم المعالج أو أحد أفراد الأسرة له (Clark & Beck, 2010, 243 : 245).

وتختلف إجراءات التعرض باختلاف نوعية الوسواس التي يعانيتها المريض، ففي وسواس التلوث يتعرض المريض للمثيرات الملوثة المنفرة له حيث يُطلب منه الإمساك بها بيده كاملة وليس لمسها بالأصابع فقط، ثم ملامسة الوجه والشعر والملابس، كما يُطلب منه تذكر التوقعات المخيفة كالإصابة بالأمراض والأضرار خلال جلسة التعرض (رجز، فوا، ٢٠٠٢)، وفي وسواس الخوف من الأخطاء يكون التعرض بأن يغلق المريض الباب أو الغاز أو يكمل الواجب المنزلي دون مراجعة، أو أن يقود سيارته في الأماكن المزدحمة، كما يشمل التعرض للأرقام ١٣، ٦٦٦ لمن يعانون من وسواس

الحظ السيء (Abramowitz, 2006, 42)، كما يتم التعرض لدى مرضى وسواس الأذى بأن يكتبوا جملاً تتضمن تمنيتهم بأن يصاب شخص عزيز ممن يحبون بالأذى (Zucker, Craske, Blackmore & Nitz, 2006)، وفي وسواس الإصابة بالأمراض يمكن أن يتعرض المريض لكلمات مثل: مرض، سرطان، إيدز، موت، جلطة... ويكتبها كثيراً عبر الجلسة، والتركيز على الصور التي تأتي لذهنه عند كتابة هذه الكلمات دون هروب منها أو استبعادها، كما يُطلب من المريض أن يدع الأفكار المخيفة تأتي إلى ذهنه، ورغم أن هذا سيسبب له الضيق ولكن هذا يعلمه أن ذكر هذه الكلمات لن يجعله يمرض، وأن القلق سيقبل دون أن يدخل في صراع مع الأفكار (Abramowitz, 2006, 48)، وفي جلسات التعرض عموماً يسأل المعالج المريض عن مقدار قلقه كل عشر دقائق (رجز، فوا، ٢٠٠٢).

وتتطلب تجارب التعرض شيئاً من الحكمة عند تصميمها فمن يخاف من أن يتلوث طعامه بالبول فلا يمكن أن يكون التعرض بوضع البول في الطعام ولكن بأخذ المخاطرة أن يأكل في الحمام (Abramowitz, 2001)، كذلك إذا كان التعرض للمثير المخيف يؤدي للضرر مثل التلوث بالمبيدات الحشرية فيمكن أن يمسك المريض علب المبيدات، وعندما يستحيل الاستمرار في التعرض لمدة ٤٥ : ٦٠ دقيقة فعليه أن يقوم بأي إجراء من شأنه أن يُعَرِّضه للموقف المقلق، مثل وضع شيء ملوث في جيبه بدلاً من البقاء في الحمام هذه المدة، وإذا قام المريض بالاستحمام فعليه بعد ذلك تلوين نفسه بما يثير قلقه (رجز، فوا، ٢٠٠٠)، أما المخاوف الوسواسية التي تدور حول حدوث كوارث في المستقبل البعيد وليست مجالاً لإمكان ضحدها في الوقت الراهن (مثل: سأذهب للجحيم عندما أموت) ففي مثل هذه الحالات تُصمم مهام التعرض بهدف تعلم تحمل مستويات مقبولة من الخطر وعدم اليقين (Abramowitz, 2006, 43).

- التعرض التخيلي

يبدو مما سبق أن التعرض الشائع في التعامل مع حالات الوسواس هو ما يُعرف بالتعرض الحي "الموقفي"^(١) والذي يتضمن التعرض لموضوعات مادية أو مواقف حقيقية يتجنبها الشخص في البيئة الخارجية، وقد أثبت أسلوب التعرض الحي فاعليته مع الوسواس المصحوبة بأفعال قهرية ظاهرة، غير أن هناك بعض الحالات لا يمكن الاعتماد فيها على التعرض الحي وإنما يتم اللجوء لما يُعرف بالتعرض التخيلي، تلك الحالات مثل: الاجترارات الوسواسية التي تكون فيها التنبيهات المثيرة للوسواس والتحديد يحدثان على المستوى المعرفي بدون أفعال قهرية ظاهرة (Salkovskis, 1983; Salkovskis & Westbrook, 1989; Freeston, Rheume & Ladouceur, 1996; Freeston, et al., 1997)؛ دي سيلفا، ٢٠٠٠، أو عندما يكون الموضوع المخيف فكرة أو صورة (مثل: التفكير في نهاية العالم، أو العذاب الأبدي...)، أو عندما يكون التعرض الحي غير واقعي أو غير أخلاقي (مثل: الخوف من إصابة شخص في حادث)، أو عندما يرفض العميل الانخراط في التعرض الحي فيتم التعرض التخيلي لتسهيل تقبل التعرض الحي، ورغم تفضيل معظم المعالجين التعرض الحي لأن التعرض التخيلي أقل قدرة على استثارة ذكريات الخوف؛ فإن هذه الحالات يكون التعرض التخيلي فيها هو التعرض الملائم (Clark & Beck, 2010, 248).

وبصفة عامة يصنف "أبرامويتز" التعرض التخيلي إلى أنماط ثلاثة:

١ - التعرض التخيلي الأولي^(٢)

وفيه يتحدى المريض الأفكار والصور والدفعات الوسواسية نفسها التي تتضمن عادة وسواس إلحادية^(٣) أو مُبتذلة^(٤) والتي قد تُستثار أو لا تُستثار بواسطة هاديات خارجية مثل: قصص عن أفعال عدوانية أو جنسية أو وصف لحوادث تحدث لأشخاص محبوبين.

(1) In vivo

(2) Primary imaginal exposure

(3) Sacriligious

(4) Vulgar

٢- التعرض التخيلي الثانوي^(١)

يتضمن تحدياً مُتخيلاً للمترتبات المخيفة في حالة عدم القيام بالطقوس القهرية، وينسجم هذا النوع من التعرض التخيلي مع التعرض الحي، فمثلاً: المريض الذي يعاني وساوس الشك في ترك موقد الغاز مفتوحاً ويقوم بالمراجعة لخشيته من احتراق منزله فإنه يتعرض تعرضاً حياً بأن يغلق الموقد دون مراجعة، ثم يتعرض تعرضاً تخيلياً لافتراض أن المنزل يحترق.

٣- التعرض التخيلي التمهيدي^(٢)

يتضمن تحدياً مُتخيلاً للمواقف والتنبيهات التي سيتعرض لها المريض بشكل واقعي، فعندما يكون المريض رافضاً للانخراط في تعرض حي معين يُقترح أن يتخيله أولاً كتمهيد للتعرض الواقعي (Abramowitz, 2006, 43, 44).

ويختلف التعرض التخيلي^(*) عن الحي في أن التعرض التخيلي يتضمن التعرض لمثيرات الخوف الأعلى مباشرة، كما أن التعرض التخيلي يستغرق فترة أقل من التعرض الحي؛ حيث لا يزيد التعرض التخيلي عن ٣٠ دقيقة إذ أن التعرض التخيلي المطول يصعب معه لدى كثير من الحالات الاستمرار في التركيز الكامل على المهمة التخيلية (Clark & Beck, 2010, 248).

ويتم تنفيذ أول تعرض تخيلي داخل الجلسة العلاجية (Clark & Beck, 2010, 249) حيث يخطط المعالج والمريض للمشهد التخيلي عن الوسواس المخيفة (Steketee, 1999, 38)، ويبدأ المريض في كتابة الموقف السردية الذي يتضمن تفاصيل لها دلالات انفعالية له، ثم يقوم بقراءة ما تم كتابته بصوت مرتفع، ثم يُغلق عينيه ويبدأ في تخيل صورة كاملة للسيناريو المقلق (Clark & Beck, 2010, 249)، ويحتوي السيناريو على المشاهد التي تستثير القلق

(1) Secondary imaginal exposure

(2) Preliminary imaginal exposure

(*) عادة ما كنت أتعتمد في تطبيق التعرض التخيلي على هذا المعنى الواسع المُشار إليه والذي يشمل على تخيل الأفكار والصور الذهنية الوسواسية، وتخيل المترتبات المخيفة للمواقف المقلقة، بل وتخيل المواقف المقلقة نفسها قبل التعرض الحي لها، ويعد هذا الفهم الواسع للتعرض التخيلي مخرجاً من كثير من المصطلحات المتعددة والمربكة التي استخدمها الباحثون في التراث دون وضع حدود فاصلة بينها، تلك المصطلحات مثل: التشبع، والاعتیاد، والتعرض المعرفي، وغيرها.

مع الحرص على حيوية الصور، ويشتمل التعرض على النتائج المخيفة (Foa & Tillmance, 1980)، ويروي المعالج أجزاء من هذا المشهد عندما يكون المريض مغلقا لعينيه، ويُطلب من المريض أن يتمسك بالصورة المتخيلة حتى يقل القلق بشكل ملحوظ (Steketee, 1999, 39)، ويحرص المعالج على سؤال المريض خلال جلسة التعرض التخيلي كل ١٠ دقائق ماذا ترى الآن؟ وما هي درجة قلقك؟ ثم يقوم المريض بتكرار هذا الإجراء يوميا حتى تفقد المنبهات قدرتها على إثارة القلق.

وترجع مشكلة تنفيذ التعرض التخيلي بهذه الطريقة إلى أن المرضى غالبا ما يعبرون عن صعوبة استحضار أفكارهم عندما يُطلب منهم (Salkovskis & Westbrook, 1989)، وحتى عند قدرتهم على استدعائها فقد تحدث بعض الاختلافات والتنوعات في تخيلهم لها من مرة لأخرى، ويرى سالكوفيسكس أنه لكي يحدث الاعتماد على الأفكار المقلقة بحيث تفقد قدرتها على إثارة القلق فلا بد أن تستثار الأفكار بالطريقة نفسها وبشكل ثابت في كل مرة، وأن حدوث بعض الاختلافات من مرة لأخرى من شأنه أن يؤثر على سرعة تعود المريض على الفكرة الوسواسية، وتلافيا لهذه المشكلة استخدم سالكوفيسكس شريطا سمعيا يقوم فيه المريض بتسجيل أفكاره بنفسه بشكل محدد ويعاود الاستماع له عدة مرات (Salkovskis, 1983; Freeston, et al., 1997; De Haan, 2001)، ويتكرر هذا التسجيل كل فترة من ١٠ ثوانٍ : ٦ دقائق (Salkovskis & Westbrook, 1989)، ويستمر من ٢٠ : ٣٠ دقيقة دون توقف (Clark & Beck, 2010, 249, 250).

٣ب) منع الاستجابة

هو المكون الثاني في أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، ويعني "منع الاستجابة" الكبح العمدي للأفعال القهرية والتحديد أو أي استجابة تحكم أخرى (Clark & Beck, 2010, 251)، ورغم أن المرضى عليهم أن يمتنعوا تماما عن كل طقوسهم وتحييداتهم من أول جلسة؛ فإن هناك بعض المرضى يحتاجون إلى أسلوب تدريجي لإيقاف الطقوس حتى يتم إيقافها تماما (Abramowitz, 2006, 45)، وإذا لم يستطع المريض الامتنال التام لمنع الاستجابة فلا بد من تدعيم الامتنال الجزئي مع التأكيد على أهمية الامتنال الكلي، ولا بد من سؤال

المرضى تفصيلاً عن امتثالهم لمنع الاستجابة لأنهم عادة لا يتطوعون بمعلومات عن إهمالهم (رجز، فوا، ٢٠٠٢)، ومن الممكن أن يكتب المريض الأشياء التي يجب عليه الامتناع عنها في كروت ليذكر نفسه بأن عليه ألا يفعلها، ويمكن تقسيمها لطقوس سهل إيقافها وطقوس يصعب إيقافها، ومن المهم ألا نعطي المريض تمرينات كثيرة أو صعبة منذ البداية لتقليل احتمالات الفشل (De Haan, 2001).

وتثير حالات الاجترارات الوسواسية - التي يتم التحديد فيها على المستوى المعرفي بدون أفعال قهرية ظاهرة - صعوبات في إجراء منع الاستجابة وذلك لعدة أسباب منها: أنه يصعب وصف أنماط التحديد غير الظاهر والتي قد تبدو في صورة تشكيل صور ذهنية مضادة^(١)، أو استخدام أسلوب العد أو أسلوب التشتيت^(٢) أو الحديث الذاتي العقلاني^(٣) أو استبدال الأفكار الإيجابية بالسلبية أو المراجعة المعرفية (Freeston, et al., 1997)، كما أنه من غير الممكن توفير ملاحظة الآخرين لتلك الطقوس (Salkovskis & Westbrook, 1989)، ورغم التأكيد التام على ضرورة المنع الكامل لتلك الطقوس ففي حالة صعوبة إيقافها يكون على الشخص التفكير في فكرة مزعجة بديلة أو أداء الطقس على نحو خاطئ (كأن يقول لنفسه: نعم لقد قلت كلمة سيئة) (Abramowitz, 2006, 45, 46)، بل قد يتم توجيهه للقيام بعكس طقوسه، فمثلاً من يتجنب التركيز على المنبهات المقلقة يُعطى تعليمات بالتركيز عليها (Clark & Beck, 2010, 254).

وهناك عدة نقاط يجب وضعها في الاعتبار عند تنفيذ منع الاستجابة:

- لا يتطلب منع الاستجابة أن يأخذ المريض أكثر من المخاطرة المقبولة.
- ألا تنتهك المعايير الثقافية أو الصحية.
- في طقوس الغسل عند منع المريض من استخدام المياه يُسمح له بالاستحمام لمدة ١٠ دقائق يومياً ويعيد بعده التعرض لمصادر التلوث.
- تعليم الأهل عدم الاستجابة لطلب التطمين.

(1) Forming a counter images

(2) Distraction

(3) Rational self - talk

- يجب الامتناع عن الطقوس الذهنية وكذلك الأدعية والصلوات إلا إذا كانت تتم وفقا لتعاليم دينية، على ألا يتم استخدامها كطقوس عقلية (Abramowitz, 2006, 45, 46).

٤) تفاصيل جلسة التعرض ومنع الاستجابة:

يختلف معدل الجلسات الأسبوعية الذي يقترحه المعالجون للعلاج بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة، فيقترح كلارك وبيك أن يتلقى المريض ٥ جلسات أسبوعيا (Clark & Beck, 2010, 242)، في حين يرى فوا وويلسون أن يكون معدل الجلسات من ٣ مرات : ٥ مرات أسبوعيا (رجز، فوا، ٢٠٠٠)، ويرى آخرون أن المرضى تكفيهم جلسة واحدة أسبوعيا (Foa, Steketee, Turner & Fischer 1980; De Haan, et al., 1998; Haland, et al., 2010) أو جلستان (Williams, et al., 1998; Rosqvist, Egan, Manzo, Baer, Jenike & Willis, 2001; Rowa, Antony, Summer - Feldt, Purdon, Young & Swinson, 2007; Tolin, Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky & Brady, 2010; Simpson, et al., 2007)، ويرى البعض أن المرضى ذوي الأعراض الطفيفة تكفيهم جلسة واحدة أسبوعيا أما المرضى ذوو الأعراض الحادة فيحتاجون إلى جلستين أو ثلاث جلسات أسبوعيا (البشر، ٢٠٠٧، ٦٨).

أما مدة جلسة التعرض فتتمدد من ٤٥ : ٩٠ دقيقة (Rachman, et al., 1971; Marks, Hodgson & Rachman, 1975; Steketee, 1999; Rosqvist, et al., 2001; Rowa, et al., 2007; Tolin, et al., 2007; Clark & Beck, 2010, 242; Simpson, et al., 2010) والعبرة هنا في تحديد مدة الجلسة بحدوث انخفاض ملحوظ في شدة الضيق (Steketee, 1999).

تفسير النظريات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري

مقدمة:

يقوم المنحى المعرفي في تفسير الاضطراب النفسي – بوجه عام - على افتراض مؤداه أن الموقف بذاته ليس هو المحدد لمشاعر الأفراد، ولكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف (بيك، ج، ٢٠٠٧، ٣٦)، وأن التقييم المعرفي^(١) للتنبيهات الخارجية هو الذي يحدد انفعالات الأفراد وسلوكياتهم (Clark, Beck & Brown, 1989; Teasdal, 1997; Samoilov & Goldfried, 2000, Arntz, Dressen, Schouten & Weertman, 2004)

وقد تأسس العلاج المعرفي للاضطراب النفسي بواسطة آرون بيك في جامعة بنسلفانيا في ستينيات القرن الماضي كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرضى الاكتئاب (بيك، ٢٠٠٧، ١٧)، وقد كان آرون بيك في بدايات العلاج المعرفي حذرا في تعميم نموذجيه على اضطرابات نفسية أخرى، غير أن العلاج المعرفي قد تم تكييفه وتعديله وتطبيقه بنجاح على عدد كبير من الاضطرابات النفسية (ليهى، ٢٠٠٦؛ بيك، ٢٠٠٧، ١٧-١٩)، وافترض بيك أن كل اضطراب نفسي يسود فيه نوعية محددة من المخططات المختلة، والتفسيرات المتحيزة، والأفكار الآلية السلبية، تلك المكونات المعرفية تميز كل اضطراب نفسي عن غيره من الاضطرابات النفسية، فيما يُعرف بافتراض خصوصية المحتوى المعرفي^(٢) (Beck, Brown, Eidelson, Steer & Riskind, 1987; Clark, et al, 1989; Laurent & Stark, 1993; Westra & Kuiper, 1997) ومن ثم فلا يوجد علاج معرفي واحد لكل الاضطرابات النفسية (ليهى، ٢٠٠٦).

وبصفة عامة يهدف العلاج المعرفي إلى مساعدة المرضى في أن لا يستمروا بقية حياتهم يفسرون الأمور بالطريقة نفسها التي اعتادوا عليها، وإنما يتعلمون طرقاً مختلفة للتفكير في الأحداث (Niekerk, 2009, 19: 20).

(1) Cognitive appraisal

(2) Cognitive content-specificity hypothesis

تفسير النظريات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري

اهتمت النظريات المعرفية على مدى أكثر من أربعين عاماً بتحديد العوامل التي تسهم في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، وبصفة عامة يرى الباحثون أن الأفكار ترد إلى أذهاننا على نحو متصل، وأن عدداً كبيراً من هذه الأفكار يندفع إلى الذهن دون اختيار أو توجيه متأنٍ من جانبنا، ولذلك عُدت الأفكار التي تقتحم الذهن فجأة جزءاً من تيار الوعي اليومي^(١)، ويراهما الباحثون مجرد ثرثرة دماغية^(٢) أو ضوضاء عقلية^(٣)، وخلال عملية ورود الأفكار هذه قد ترد بعض الأفكار غير المرغوبة إلى الذهن، هذه الأفكار غير المرغوبة قد تمر سريعاً إذا لم يلتفت الفرد إليها، ولكنه إذا انتبه إليها، وأضفى عليها معاني مقلقة، وفسرها تفسيراً سلبياً؛ تحولت هذه الأفكار العابرة إلى أفكار مقلقة لتبدأ المعاناة من اضطراب الوسواس القهري (Salkovskis, 1985, 1989; Rachman & Shafran, 1999; O'Connor, 2002; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003; Clark et al., 2003; Abramowitz, Nelson, Rygwall & Khandker, 2007).

ومن هنا كان السؤال الرئيس الذي تسعى النظريات المعرفية إلى الإجابة عنه "طالما أن الأفكار المقتحمة غير المرغوبة تُعد ظاهرة عامة، أي توجد لدى معظم الأفراد إن لم يكن جميعهم، فلماذا يعاني البعض فقط من هذه الأفكار إلى الدرجة التي تجعلهم يصابون باضطراب نفسي كاضطراب الوسواس القهري؟" (عرفه، ٢٠٠٧، ٧٨)، وحاولت النظريات المعرفية الإجابة عن هذا السؤال من خلال افتراض وجود خلل لدى هؤلاء الأفراد في بعض الأبنية المعرفية^(٤) (المخططات المختلة) تؤثر على تقييم^(٥) الفرد لأفكاره المقتحمة (Salkovskis, 1989; Turner, 2006; Moulding, Kyrios & Doron, 2007)، ويعني تقييم الأفكار المقتحمة "الطريقة التي يعطي من خلالها الفرد المعاني والدلالات لإقحاماته" (Lee & Kwon, 2003)، ويُعد التقييم السلبي للأفكار المقتحمة بمثابة العملية المفتاحية التي تؤدي إلى تصعيد

(1) Everyday stream of consciousness

(2) Brain chatter

(3) Mental noise

(4) Cognitive structure

(5) Appraisal

تكرار وشدة الأفكار الوسواسية وتعمل على استمرار المشكلات الوسواسية (Rachman, 1998; Clark, et al., 2003; OCCWG, 2003)، ويعد "سالكوفيسكس" رائد الاتجاه المعرفي في تفسير اضطراب الوسواس القهري، والذي أشار إلى أن الأفكار المقتحمة ظاهرة عامة يخبرها معظم الأفراد، ولا تحمل هذه الأفكار دلالات انفعالية تلقائية، غير أنها تكتسب خواصها الانفعالية الإيجابية أو السلبية أو المحايدة بحسب تقييم الفرد لها؛ فإذا قدمت الفكرة المقتحمة حلاً لمشكلة معينة، أو أثارت فكرة إبداعية ما؛ فستُقيم تقييماً إيجابياً، أما إذا حملت مؤشراً على الخطر أو التهديد؛ فستُقيم تقييماً سلبياً، وتتحول من فكرة عابرة إلى فكرة مهددة، وبموجب هذا الافتراض لا تُعد كل فكرة مقتحمة (تقنم الذهن فجأة) فكرة وسواسية، ولكن الفكرة الوسواسية هي فكرة مقتحمة تم تقييمها تقييماً سلبياً (سالكوفيسكس، ٢٠٠٢).

ومنذ سبعينيات القرن العشرين قدم الباحثون في إطار نظرياتهم المعرفية^(*) عدداً من المخططات المختلة التي افترضوا إسهامها في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، وفي يوليو عام ١٩٩٥ وخلال المؤتمر العالمي للمعالجين المعرفيين السلوكيين المنعقد في الدنمارك قُدمت ندوة عن المعتقدات (المخططات) المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، وقامت مجموعة من المشاركين في هذه الندوة بالاتفاق على عمل حصر للمعتقدات (المخططات) التي افترضت النماذج المعرفية إسهامها في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، ثم كانت مهمتهم تحديد أي من هذه المعتقدات يمكنه تمييز مرضى الوسواس القهري عن غيرهم من مرضى الاضطرابات النفسية الأخرى، وكذلك تقديم تعريفات مقترحة لهذه المعتقدات (المخططات)، وتصميم أدوات لقياسها، وقد عُرفت هذه المجموعة من الباحثين بمجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية^(١) (OCCWG, 1997).

(*) تم تناول النظريات المعرفية المفسرة لاضطراب الوسواس القهري تفصيلاً في رسالتي للماجستير (عرفه، ٢٠٠٧، ٧٨ : ٩٨).

(1) Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)

وقد استقر أعضاء مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية (*) على ستة مخططات مختلفة، هي:

(١) تضخيم المسؤولية عن الأذى، ويشمل:

- أ- اعتقاد الفرد بأن مجرد توقعه حدوث أذى معين يحمله مسؤولية بذل كل الجهد لمنع هذا الأذى وبأية وسيلة.
- ب- اعتقاد الفرد بأنه يتسبب في حدوث الأذى لنفسه وللآخرين.
- ج- اعتقاد الفرد بأنه يمكنه منع الأذى عن نفسه وعن الآخرين من خلال قيامه ببعض الأفعال والطقوس.
- د- اعتقاد الفرد بأن فشله في منع أذى معين يساوي تسببه عمدا في الإيذاء (Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997; OCCWG, 1997; Salkovskis, et al., 2000).

(٢) المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة^(١)، ويشمل:

- أ- إضفاء الفرد أهمية عظمى على مجيء الأفكار المقتحمة إلى ذهنه بحيث يعتقد أن مجرد اندفاع الأفكار والصور الذهنية إلى عقله يعني أنها مهمة، ويجب التفكير فيها.
- ب- الاعتقاد بأن التفكير في شيء سيئ يعني رغبة الفرد في حدوث هذا الشيء في الواقع.
- ج- الاعتقاد بأن الإقحامات السيئة التي تندفع إلى ذهن الفرد تنم عن شخصيته الحقيقية.

(*) أعضاء مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية:

N.Amir; S.Bahr; M.Bouvard; J.Calamari; C.Carmin; D.Clark; J.Cottraux; P.Emmelkamp; E.Forrester; M.Freeston; R.Frost; C.Hordern; A.Janeck; M.Kyrios; D.Mckay; F.Neziroglu; C.Novara; G.Pinard; A.Pollard; C.Purdon; J.Rhéaume; J.Riskind; P.Salkovskis; E.Sanavio; R.Shafran; C.Sica; G.Simos; I.Sochting; D.Sookman; G.Steketee; S.Taylor; D.Thordarson; P.Van-Oppen; R.Warren; M.Whittal; S.Wilhelm; J.Yaryara-Tobias; J.Eisen; E.Foa; R.Hoekstra; M.Kozak; R.Ladouceur; J.March; S.Rachman; C.Richards; F.Tallis & S.Turner.

(1) Overimportance of thoughts

د- اعتقاد الفرد أنه سيُعاقب جزاءً لوجود الأفكار والصور الذهنية السيئة في عقله.

هـ- الخلط بين التفكير والفعل (OCCWG, 1997; Rachman, Shafran, 1999; Coles, Menning & Heimberg, 2001; Barrett & Heally, 2003).

ويتكون الخلط بين التفكير والفعل من مكونين أساسيين :

١. الخلط بين التفكير واحتمال حدوث الفعل^(١)، ويعني اعتقاد الفرد أن مجرد التفكير في شيء ما يزيد احتمال حدوثه في الواقع سواء كانت هذه الأفكار تتعلق بالشخص نفسه أو بالآخرين (Cole, et al., 2001)، ويرتبط هذا الاعتقاد بما يُعرف بالتفكير السحري، والذي يشير إلى اعتقاد الفرد أن أفكاره وحدها كفيلة بأن تؤثر على الأحداث الواقعية (Einstein & Menzies, 2004; Lee, Coughle & Telch, 2005).

٢. الخلط الأخلاقي بين التفكير وتنفيذ الفعل^(٢)، ويعني اعتقاد الفرد أن أفكاره المقتحمة السيئة تكافئ من الناحية الأخلاقية القيام بالأفعال السيئة أو المحرمة (Rachman & Shafran, 1999).

٣ (المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة)^(٣)، ويشمل:

أ- اعتقاد الفرد في ضرورة تحكمه الكامل في الأفكار والصور الذهنية التي تقتحم عقله.

ب- اعتقاد الفرد في ضرورة مراقبته لأية فكرة أو صورة ذهنية تندفع إلى عقله وضرورة تعقبه لأحداثه العقلية.

ج- اعتقاد الفرد في حدوث مترربات سلبية (واقعية أو انفعالية) نتيجة فشله في التحكم في الإقحامات.

د- اعتقاد الفرد أن التحكم الكامل في كل ما يدور في ذهنه شيء ممكن، ومرغوب (OCCWG, 1997; Purdon & Clark, 1999).

(1) Likelihood thought action fusion

(2) Moral thought action fusion

(3) Overimportance of controlling thoughts

٤) المبالغة في تقدير التهديد^(١)، ويشمل:

- أ- المبالغة في تقدير احتمالات حدوث الأذى.
- ب- المبالغة في تقدير شدة الأحداث المؤذية.
- ج- اعتقاد الفرد أنه معرض أكثر من غيره للإصابة بالأذى، سواء الأذى الداخلي (مثل: المشاعر) أو الأذى الخارجي (مثل: المرض أو الحوادث) (OCCWG, 1997; Barrett & Heally, 2003).

٥) عدم تحمل الأمور غير المؤكدة^(٢)، ويشمل:

- أ- الاعتقاد في ضرورة التأكد من كل شيء وخاصة قبل اتخاذ أي قرار؛ ويتبدى هذا في اتسام هؤلاء الأفراد بأنهم أكثر حذراً، ويستغرقون وقتاً أطول عند اتخاذهم أي قرار، كما يطلبون معلومات أكثر ليتخذوا القرار الملائم، ومع هذا فإنهم يشكّون في صحة قراراتهم.
- ب- الاعتقاد في أن الأمور غير المؤكدة تؤدي إلى مترربات انفعالية سلبية؛ كالقلق والإحباط، وتؤدي إلى مترربات واقعية سلبية؛ مثل ارتكاب الأخطاء أو صعوبات في العمل.
- ج- الاعتقاد في ضرورة تجنب الأمور غير المؤكدة.
- د- اعتقاد الفرد أنه يمتلك قدرة محدودة للتعامل مع المواقف الجديدة أو الغامضة أو المتغيرة على نحو غير متوقع (OCCWG, 1997).

٦) النزعة إلى الكمال، ويشمل:

- أ- تبني الفرد معايير مثالية، والاعتقاد في ضرورة العمل وفقاً لمعايير المبالغ فيها.
- ب- الاعتقاد أن فعل الأشياء بطريقة كاملة شيء ممكن، وضروري.
- ج- الاعتقاد أن هناك حلاً كاملاً لأي مشكلة يجب البحث عنه، ولا يجب قبول حل آخر غيره.
- د- المبالغة في القلق حيال الأخطاء؛ ويشمل :

(1) Overestimation of threat
(2) Intolerance of uncertainty

- الاعتقاد في أن الأخطاء البسيطة ستؤدي لمترببات خطيرة.
- الاعتقاد في أن الخطأ الواحد أو عدم اكتمال شيء ما يساوي الفشل التام.
- الاعتقاد في أن الفرد سيفقد احترام الآخرين لو فشل في شيء ما (OCCWG, 1997).

وقد توصل الباحثون إلى مخططين إضافيين يميزان مرضى الوسواس القهري هما:

- المبالغة في المترببات السلبية للقلق

وهو مُعتقد غير عقلاني مؤداه أن الفرد غير قادر على تحمل القلق أو الضيق، ويتضمن هذا المعتقد مخاوف عديدة من أن الشخص سيفقد السيطرة على نفسه وسيصبح مريضاً عقلياً، أو أن القلق قد يؤدي إلى خلل في وظائف الشخص أو قد يتسبب في إحراجه (Wilhelm & Steketee, 2006, 11).

- الخوف من الخبرات الإيجابية

يعني اعتقاد المريض أنه لا يستحق الخبرات الإيجابية أو غير قادر على تحمل تبعاتها، وعلى الرغم من أن الاعتقاد بأن الأحداث الجيدة لا بد وأن تتبع بأحداث سيئة مجرد خرافة؛ فإن بعض الأفراد يعتقدون أنهم لا يستحقون الاستمتاع بحياتهم ببساطة، أو ربما ينفرون من الخبرات الإيجابية ليتجنبوا تنشيط المعتقدات المثيرة للقلق والذنب (Ibid, 11).

تعريف العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري

ينصب العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري على مهاجمة المعتقدات الخاطئة (المخططات المختلة) حول الأفكار الوسواسية، ولا ينصب على مناقشة الأفكار الوسواسية ذاتها (هولاند، ٢٠٠٥)، ويُعرّف العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري بأنه "ذلك العلاج الذي يؤكد على التحدي المعرفي للتقييمات الخاطئة للأفكار المقتحمة" (Whittal, Thordarson & McLeean, 2005)، وليس مواجهة الأفكار المقتحمة نفسها، فمجادلة المريض بشأن عقلانية أفكاره الوسواسية طريقة قديمة وغير

ناجحة مهما بدت جذابة (سالكوفيسكس، ٢٠٠٢)، ولا ينبغي للمعالج أن يبحث مع المريض عن ضمانات بعدم حدوث الكوارث التي يتوقعها أو أن يقدم له تأكيدا بأن أفكاره الوسواسية لن تحدث؛ فهذا نوع من الطمأنينة لا ينبغي فعله، وإنما الهدف من العلاج المعرفي هو مساعدة المريض أن يأخذ خطوة بعيدا عن أفكاره، ويبنى تفسيراً أقل تهديدا لمشكلاته الوسواسية، ويتبنى منظورا مختلفا للمواقف، مثل: قد لا يكون الموقف مخيفا ولكني أنا قلق من أن يكون مخيفا (Salkovskis, 1999).

الفنيات العلاجية المعرفية لاضطراب الوسواس القهري

١ - التساؤل السقراطي^(١) أو الاكتشاف الموجه^(٢)

هو واحد من أكثر المناهج أهمية لمعرفة وتقييم التفكير الخاطئ، وهو تكتيك أساسي لاختبار الفروض، فيه يسأل المعالج المريض سلسلة من الأسئلة بهدف مساعدته على فحص المنطق الكامن خلف معتقداته (Wilhelm & Steketee, 2006, 39)، وأيضا فحص الدليل على صحة تلك المعتقدات (بيك، ٢٠٠٧، ٢٣٧)، ومن أمثلة هذه الأسئلة: هل يوجد دليل يدعم اعتقادك؟ هل يوجد دليل يناقض اعتقادك؟ هل يوجد تفسير بديل؟ ماذا سيقول أصدقاؤك عن هذا التفسير؟ وتقوم هذه الفنية على افتراض مؤداه أن المريض يغير معتقداته بشكل أسرع وأفضل إذا اكتشف خطأ استدلالاته بنفسه، إذ لا ينبغي أن يقنع المعالج المريض بوجهة نظره ولكن يشجعه على استكشاف ومراجعة المعلومات بنفسه (Wilhelm & Steketee, 2006, 39, 69).

والتساؤل السقراطي مشتق من طريقة سقراط في التعليم والتي تعتمد على طرح الأسئلة ليستحث إنتاج الأفكار، ويتحرك التساؤل السقراطي بفضول حقيقي من المعالج لفهم وجهة نظر المريض، وليس فضولا مصطنعا، مما يساعد المريض على تقديم إجاباته هو بدلا من اعتماده على التفسيرات المقدمة من المعالج (Neenan & Dryden, 2004, 79).

(1) Socratic Questioning

(2) Guided discovery

ويعد الملمح المميز للعلاج المعرفي هو الاستخدام المثابر والحكيم لفنية التساؤل السقراطي أو الاكتشاف الموجه، وهو العملية التي من خلالها تستخدم أسئلة موجهة ولكنها أسئلة مفتوحة، لمساعدة المريض على الوصول لمنظور جديد يتحدى معتقداته الخاطئة، ويعني فن ممارسة التساؤل السقراطي أن يسير المعالج في خط وسط بين أن يوجه المريض للاتجاه الذي يريده أن يسير فيه وبين أن يسمح للمريض بالتداعي الحر، والتساؤل السقراطي الجيد يميل أكثر لأن يكون مفتوح النهاية، ومن المفيد جدا كتدريب للمعالج لتحسين استخدامه لفنية التساؤل السقراطي أن يقوم بتسجيل الجلسة، ثم يعيد الاستماع لها، ويوقف التسجيل في كل مرة يجد نفسه قد قدم عبارة تقريرية أو سأل سؤالاً مغلق النهاية، ثم يحاول تدريب نفسه على تخليق تساؤل سقراطي لتحقيق الهدف نفسه ولكن بطريقة مثمرة أكثر، ويعد التساؤل السقراطي مفيداً جداً لأن المريض يشارك في التفكير لأقصى درجة عندما تُقدم المشكلة في صورة نقاش (DeRubeis, Webb, Tang & Beck, 2010, 288).

٢- أسلوب السهم الهابط^(١)

ظهر هذا الأسلوب من خلال أعمال Greenberg ، Padesky عام ١٩٩٥، وهو مفيد على وجه الخصوص في معرفة المعتقدات الأعمق والمخاوف الكارثية، وفيه يسأل المعالج المريض بشكل متكرر عن المعنى الذي يقدمه المريض للأفكار الوسواسية والمواقف، فمثلاً يسأل المعالج المريض عن معنى فكرة معينة، ثم يسأله: "على افتراض أن تفسرك هذا صحيح فماذا يعني هذا بالنسبة لك؟ ما معنى هذا؟ ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟ ومن ثم يُعرف هذا الأسلوب أيضاً بـ (ماذا سيحدث بعد ذلك؟) (Wilhelm & Steketee, 2006, 41) ، ومن المهم للمعالج أن يدرك أن معاني الأشياء إنما هي معاني ذاتية (خاصة بكل فرد)، وبالتالي عليه أن يسعى إلى الوصول إلى هذه المعاني من المريض نفسه، وليس التنبؤ بها (DeRubeis, et al., 2010, 288).

(1) Downward arrow

ويعرض فيما يلي مثال لاستخدام أسلوب السهم الهابط للوصول للمعتقد الكامن:

المعالج: عندما ترى الشنطة الزرقاء على جانب الطريق ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟



المريض: أن الشنطة بها شيء ملوث.



المعالج: وماذا يعني هذا بالنسبة لك؟



المريض: لو سرت بسيارتي ستنلوث.



المعالج: وماذا يعني هذا؟



المريض: سأحضر التلوث لأسرتي.



المعالج: ولو حدث هذا ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟



المريض: سيموت أطفالي.



المعالج: وماذا يعني هذا؟



المريض: أنني أب سيء وإنسان سيء (Wilhelm & Steketee, 2006, 103).

٣- التعرف على الأخطاء المعرفية^(١)

يوضح المعالج للمريض أن الأخطاء المعرفية هي أخطاء في التفكير أو في المنطق، والتعرف على أنواع هذه الأخطاء يساعد المريض على النظر إلى أفكاره بطريقة ناقدة وينمي أساليب أكثر دقة في التفكير، ويقدم المعالج للمريض قائمة بهذه الأخطاء المعرفية ومعانيها كما يلي:

أخطاء التفكير	بعض التفصيلات عنها
قراءة الأفكار ^(٢)	أن يفترض الفرد نفسه يعرف ما يفكر فيه الآخرون دون دليل كافٍ على ذلك.
معرفة الغيب ^(٣)	أن يتنبأ الفرد بالمستقبل "ستسير الأمور بشكل سيئ".
التفكير المأساوي ^(٤)	الاعتقاد أن ما حدث وما سوف يحدث لا يمكن تحمله.
التسمية ^(٥)	أن ينسب الفرد لنفسه وللآخرين الصفات السلبية.
بخس الإيجابيات ^(٦)	أن يدعي الفرد أن الإيجابيات التي حققها هو أو يحققها الآخرون تافهة.
الانتقاء السلبي ^(٧)	ينتقي من الموقف السلبيات فقط ويركز عليها.
المبالغة في التعميم ^(٨)	إدراك النمط العام من السلبيات على أساس أنها أحداث خاصة بك "تحدث دائماً".
التفكير الثنائي ^(٩)	النظر للأحداث أو الناس من منظور إما كل شيء أو لا شيء.
الينبغيات ^(١٠)	تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه بدلا من التركيز على ماهية الأشياء.

-
- (1) Identifying cognitive errors
 - (2) Mind reading
 - (3) Fortunate telling
 - (4) Catastrophizing
 - (5) Labeling
 - (6) Discounting positives
 - (7) Negative filter
 - (8) Overgeneralization
 - (9) Dichotomous thinking
 - (10) Shoulds

أخطاء التفكير	بعض التفصيلات عنها
العزو الشخصي ^(١)	إرجاع الجانب الأكبر من تأنيب الضمير للنفس والمسئولية عن الأحداث السلبية.
اللوم ^(٢)	التركيز على الشخص الآخر باعتباره مصدرا للمشاعر السلبية ويرفض تحمل المسئولية في تغيير نفسه.
المقارنات المجحفة ^(٣)	تفسير الأحداث في ضوء معايير غير واقعية.
التوجه النكوصي ^(٤)	التركيز على فكرة ما كنت تستطيع أدائه في الماضي بشكل أفضل أكثر من التركيز على ما يمكن فعله الآن
السفسطة (ماذا لو؟) ^(٥)	الاستمرار في طرح الأسئلة الخاصة بماذا لو حدث كذا، وتغفل في الاقتناع بأية إجابة .
الاستدلال الانفعالي ^(٦)	أن يسمح لمشاعره أن توجه تفسيراته في الواقع.
العجز عن الموافقة	رفض أي دليل يناقض أفكاره السلبية (ليهى، ٢٠٠٦).

٤ - استعراض الأدلة بأثر رجعي^(٧)

في هذا الأسلوب يتم تشجيع المريض على استرجاع خبراته الفعلية الماضية لتدعيم الأدلة على معتقداته الحالية، فمثلا عند التعامل مع معتقد الخوف من الخبرات الإيجابية يُطلب من المريض أن يسترجع خبراته السابقة الإيجابية، وهل استمتع بتلك الخبرات والمواقف (Wilhelm & Steketee, 2006, 155).

-
- (1) Personalization
 - (2) Blaming
 - (3) Unfair comparisons
 - (4) Regret orientation
 - (5) What if
 - (6) Emotional reasoning
 - (7) Retrospective review of evidence

ويُعرض فيما يلي مثال لاستخدام أسلوب استعراض الأدلة بأثر رجعي لمراجعة خبرات المريض السابقة التي تدعم معتقداته الحالية:

- المريض: أعرف جيدا أنني شخص غير مسئول، كما ذكرت لك من قبل.
- المعالج: ما رأيك أن نراجع المواقف الواقعية التي أوكلت لك فيها مسئوليات فعلية، ونرى كيف أديتها؟ أعرف أنك الأخ الأكبر، هل كانت هناك مسئوليات تُلقى على كاهلك باعتبارك الأخ الأكبر؟
- المريض: نعم، طالما تركت لي أمي عهدة أختي الصغرى، عند خروجها لأي سبب كشراء احتياجاتنا أو زيارة الأقارب.
- المعالج: كم كان عمرك وقتها، وكم كان عمر أختك؟
- المريض: كان عمري ٨ سنوات وعمر أختي سنتان.
- المعالج: وكيف قمت بهذه المسؤولية؟
- المريض: كنت أحاول أن ألاعبها طوال الوقت وأبعداها عن أية مخاطر، ولكن هناك مرة سقطت من فوق الطاولة، وعنفنتني أمي بشدة.
- المعالج: هل قررت والدتك سحب مسؤولية أختك منك، أو نقل مسئوليتها لأخيك الذي يصغرك بعام؟
- المريض: لا لم تفعل، بل استمرت مسؤولية أختي موكلة إليّ على مدار سنوات؟
- المعالج: هل تذكر مسئوليات أخرى كانت تُلقى عليك؟
- المريض: نعم عندما كبرت أختي قليلا كنت أنا المسئول عن ذهابها إلى المدرسة وعودتها منها، على مدار سنوات أيضا.
- المعالج: عظيم، وماذا عن مسئوليتك تجاه نفسك كطالب؟
- المريض: لقد اجتزت جميع سنواتي الدراسية بنجاح حتى الآن.
- المعالج: وماذا عن الفترة الحالية أثناء دراستك الجامعية؟ لقد ذكرت لي من قبل أنك تعمل إلى جانب دراستك.
- المريض: نعم أنا أعمل حاليا بجانب دراستي لتوفير جزء من النفقات.
- المعالج: كيف ترى شخصا كان منذ صغره توكل إليه مهام كبرى: كراعية طفل أصغر منه، ثم ذهابه وعودته من المدرسة، والآن يعمل أثناء دراسته الجامعية لتوفير بعض النفقات، واجتاز جميع سنواته الدراسية السابقة بنجاح، هل تراه شخصا مسئولا أم غير مسئول؟

٥- تخليق تفسيرات بديلة^(١)

يقوم هذا الأسلوب على تعليم المريض إنتاج تفسيرات بديلة غير مقلقة للمواقف والأحداث، ويعد هذا مكونا حاسما في العلاج المعرفي لاضطرابات القلق عموما (Clark & Beck, 2010, 210).

ويُعرض فيما يلي مثال لاستخدام أسلوب تخليق تفسيرات بديلة:

- المريض: لقد استنتجت أنني شخص غير مسئول لأن والدتي كانت تلومني كثيرا على أخطائي.
- المعالج: هل كانت والدتك تلوم أخاك الأصغر وأختك الصغرى كذلك على أخطائهم؟
- المريض: نعم كان يحدث ذلك كثيرا، وأحيانا كانت تعنفنا جميعا، لم أكن أحتمل تعنيفها.
- المعالج: هل ترى أنك وأخوتك كنتم أطفالا غير مسئولين وتستحقون اللوم الشديد أم أن والدتك كانت تستخدم هذا الأسلوب المبالغ فيه لكي تصل المعلومة إليكم وتستشعرون خطورة المواقف؟ فهناك كثير من الآباء يحاولون المبالغة في إظهار الانفعال لأبنائهم كوسيلة لجعلهم يأخذون حذرهم أكثر لا لأن أبنائهم مستهترون وغير مسئولين.
- المريض: حقيقة لم أفكر في الأمر بهذه الطريقة. ولكنني كنت أنال أكبر قدر من اللوم والتأنيب.
- المعالج: وما معنى ذلك بالنسبة لك؟
- المريض: ربما كنت فعلا أستحق ذلك التأنيب وكنت غير مسئول بالفعل أكثر من أخوتي.
- المعالج: ألسنت الأخ الأكبر؟
- المريض: نعم
- المعالج: هل كانت والدتك ترى أن المسؤولية الكبرى يجب أن يتحملها الأخ الأكبر؟
- المريض: بكل تأكيد، كانت تؤكد لي دائما "أنت الأخ الأكبر يجب عليك كذا وكذا".

(1) Generating an alternative explanations

- المعالج: ما دامت والدتك كانت ترى أنك يجب أن تتحمل قدر المسؤولية الأكبر، والوسيلة التي تستخدمها في إشعارك بذلك هي اللوم والتأنيب، فهل زيادة اللوم الذي كان يقع عليك كان يتناسب مع حجم أخطائك أم يتناسب مع حجم مسؤولياتك من وجهة نظرها؟
- المريض: أظن أنها كانت تُكثر لومي لإشعاري بمسؤوليتي كأخ أكبر.

٦- التعليم النفسي^(١)

يلعب التعليم النفسي دوراً أساسياً في العلاج المعرفي، ويهدف إلى تعليم المريض - وأسرته أيضاً في حالة الأطفال - طبيعة الاضطراب وأسبابه ونسب انتشاره ومآله وعوامل استمراره والعلاجات الفعالة له، مع إيضاح التفسير المعرفي للاضطراب والمنطق الذي يقوم عليه العلاج المعرفي، مما يوفر تمهيداً جيداً للانخراط في تجارب التعرض، ويجب تقديم المعلومات الضرورية في صورة سهلة ومفهومة (Turner, 2006; Friedberg, McClure & Garcia, 2009; 55; Clark & Beck, 2010, 191, 477; Skarphedinsson & Weidle, 2018).

ويستخدم هذا الأسلوب في تعديل المخططات المختلة، مثل مخطط المبالغة في أهمية الوسواس الجنسية والدينية، فعند التعامل مع الأفكار الوسواسية الجنسية يمكن للمعالج أن يساعد المريض في تغيير تفسيراته السلبية لتلك الأفكار وذلك بتعليمه أن تلك الأفكار الجنسية المقترحة إنما هي أفكار طبيعية، وأن الاستثارة الجنسية يمكن أن تنشأ من أي تنبيه حتى وإن كان غير مرتبط بالتوجه الجنسي المفضل للشخص، كما يمكن أن يستخدم الأسلوب ذاته في مساعدة المريض على تغيير تفسيراته السلبية للأفكار الوسواسية الدينية بأن يساعد في مراجعة ما تعلمه في ديانته مما يُعتقد أنه يدعم وساوسه، ويساعده في فحص المعتقدات الدينية التي تعلمها في مرحلة الطفولة، وقد يحتاج المعالج لأن يناقش مع المريض معلوماته عن الله، وما هو ظنه في الله، وما الذي يريده الله منا، وهل يتوقع أن الله يعلم معاناته (Wilhelm & Steketee, 2006, 78, 79, 86, 87).

(1) Psychoeducation

٧- الاستعارات والقصص والتشبيهات^(١)

تُعد القصص والاستعارات والتشبيهات طرقاً مفيدة لتوصيل المعلومات بطريقة سهلة الفهم تسمح للمريض أن يصل إلى منظور جديد للمواقف بطريقة مفضلة (55, 2009, Friedberg, et al.)، فمثلاً تستخدم هذه الفنية في تعديل مخطط المبالغة في تقدير الخطر من خلال طرح التشبيه "هل المطر يعني دائماً أن الأعاصير ستحدث؟ بالمثل هل الصداع يعني دائماً وجود جلطة؟" كما تُستخدم ذات الفنية في التعامل مع مخطط المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة، حيث يصف المعالج للمريض ضرورة ألا يدخل في صراع مع الفكرة لكبحها من خلال الوصف التالي: "دع الفكرة تمر في ذهنك كأنها قطار يدخل المحطة وسيخرج منها، قف بجانب القطار وهو يمر ولكن لا تعترض طريقه حتى لا تتحطم" (Wilhelm & Steketee, 2006, 41, 94, 108).

٨- مراجعة المعطيات

يهدف هذا الأسلوب إلى مراجعة أدلة المريض على صحة أفكاره بدلاً من تحديها وحته على تبني أفكار المعالج (بيك، ٢٠٠٧، ٢٩، ٢٣٧).

ويُعرض فيما يلي مثال لاستخدام أسلوب مراجعة المعطيات لمراجعة أدلة المريض على صحة أفكاره:

- المريض: إنني لديّ كثير من الأدلة على أنني زوج وأب غير كفء؛ إن معيشتنا شديدة الضيق وبالكاد أستطيع تغطية نفقاتنا الشهرية، كذلك فلا يمكنني توفير أي شيء من رفاهيات الحياة لأولادي، كما أنني اضطررت للاستدانة عدة مرات.
- المعالج: هل ترى أن الرزق المحدود دليل على أن الرجل زوج وأب غير كفء؟
- المريض: أنا مؤمن بالله، ومؤمن أن الأمور المادية رزق من عند الله، وأن أشخاصاً قد يعملون كثيراً ولكن رواتبهم منخفضة، ولكنني أعود وأحدث نفسي بأن تدبير الأمور المادية مسئوليتي بالنهاية.

- المعالج: وما هو المطلوب فعله من الشخص ذي الرزق المحدود ليكون متحملاً للمسئولية؟
- المريض: السعي وعدم التواكل.
- المعالج: وهل تفعل ذلك؟
- المريض: إنني أعمل في عملي صباحاً ومساءً، وأحياناً أحضر بعض المهام لإنجازها في الساعات القليلة التي أقضيها في المنزل، ولا أكف عن البحث عن فرص عمل أخرى برواتب أفضل.
- المعالج: عظيم
- وماذا عن عدم قدرتك على توفير الرفاهيات لأبنائك هل تراها دليلاً على عدم كفاءتك كأب؟
- المريض: أعرف أنه أمر يتعلق أيضاً بالقدرة المادية، والرزق المحدود، ولكنني أشعر أن قلبي يتمزق عندما أجدهم أقل من أقرانهم.
- المعالج: هل حزنك الشديد لعدم قدرتك على توفير الرفاهيات لأبنائك دليل على عدم كفاءتك كأب أم دليل على شدة حبك لأبنائك؟
- المريض: أظن أنه دليل على شدة حبي لهم.
- المعالج: وماذا عن المرات التي اضطرت للاستدانة فيها، هل استطعت سداد تلك الديون؟
- المريض: نعم قمت بسدادها جميعاً.
- المعالج: هل الشخص الذي اضطرت للاستدانة بضع مرات، ولكنه سدد كل ديونه، هل يمكن أن تصفه بأنه غير كفء؟
- المريض: كنت أنظر للأمر من زاوية الاستدانة، وليس من زاوية السداد.

٩- أداء الأدوار وأخذ منظور الآخرين^(١)

وفيه يُطلب من المريض أن يقوم بدور المعالج ويقوم المعالج بدور المريض، فمثلاً: يسأل المعالج مريضه: "لو أنا مريضك وأنت معالجي ما الذي ستقوله لي عن أهمية أن أفعل كل شيء بشكل كامل؟" وتساعد هذه الطريقة المريض على تبني منظور شخص آخر (Wilhelm & Steketee, 2006, 45).

(1) Role – play & taking another's perspective

١٠ - فنية قاعة المحكمة^(١)

هذه الفنية هي أسلوب خاص من فنية أداء الأدوار، وفيها يُطلب من المريض القيام بدور وكيل النيابة ليقدم الدليل على الإدانة ويقوم المعالج بدور المحامي ليقدم الأدلة العكسية، ثم يجمع المعالج كل الأدلة المقدمة ويخمن ما الذي سيقرره القاضي (Wilhelm & Steketee, 2006, 42).

١١ - أسلوب التجارب السلوكية^(٢)

يُعد هذا الأسلوب أكثر مناهج العلاج المعرفي قوة في إحداث التغيير، وتُعرّف التجارب السلوكية بأنها "أنشطة تجريبية مخططة تعتمد على التجريب والملاحظة، ينفذها المرضى في جلسات العلاج المعرفي أو بين هذه الجلسات، وتستمد تصميماتها بشكل مباشر من الصياغة المعرفية للمشكلة، والهدف الأساسي لها هو إحراز معلومات جديدة تساعد على اختبار مدى صدق المعتقدات التي يتبناها المريض، وتكوين معتقدات توافقية واختبارها، والإسهام في التحقق من الصياغة المعرفية للحالة وتطويرها". ويتم تنفيذ هذه التجارب من خلال أربع خطوات؛ هي:

- **التخطيط**، حيث يخطط المريض والمعالج لتجربة مناسبة لاختبار معتقد معين.
- **الخبرة**، حيث يقوم المريض بتنفيذ التجربة فعليا.
- **الملاحظة**، يقوم المريض بملاحظة النتائج.
- **الانعكاس**، يتوصل المريض بمساعدة المعالج إلى تضمينات مناسبة بشأن المعتقد محل الاختبار (Bennett-Levy, Westbrook, Fennell, Cooper, Rouf & Hackmann, 2004).

والتجارب السلوكية بهذا المعنى تختلف عن العلاج السلوكي، فالعلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري يهدف إلى تحقيق التعود على القلق من خلال التعرض للمثيرات المقلقة، في حين تهدف التجارب السلوكية لاضطراب الوسواس القهري إلى اختبار صحة تقييمات المريض لأفكاره المقتحمة،

(1) Court room technique

(2) Behavioral Experiments

ومساعدته على اختبار تفسيراته المهددة مقابل تفسيرات غير مهددة جديدة (McLean, et al., 2001; Salkovskis, et al., 2000; Fisher & Wells, 2005; Salkovskis, 2007; Chosak, Marques, Fama, Renaud & Wilhelm, 2009)، حيث يصيغ المعالج والمريض معا افتراضين، ثم يضع المريض تقديرا لشدة اعتقاده في صحة كل افتراض، ثم يسعى المريض بمساعدة المعالج إلى اختبار الافتراضات (Wilhelm & Steketee, 2006, 42; Berman, Fang, Hansen & Wilhelm, 2015).

أمثلة لتجارب سلوكية لتعديل بعض المخططات

أ. تجربة تهدف لاختبار مخطط الخلط بين الفكرة والفعل

مثال: مريضة لديها فكرة مقتحمة بإيذاء ابنها، ولذلك تظهر تجنباً كبيراً لأن توجد بمفردها مع ابنها.

- الافتراض الأول: طالما أن لديّ هذه الفكرة فيحتمل أن أنفذها.
- الافتراض الثاني: هذه مجرد فكرة ولا يمكن أن تجبرني على فعلها.
- التجربة: أن تقوم المريضة بقضاء ١٥ دقيقة كل مساء مع طفلها عندما يكون نائماً، وتكرر في نفسها عبارات مثل: سأخنقه، وتتخيل نفسها تفعل ذلك فعلاً، وتقوم بتسجيل مستوى قلقها في بداية الموقف وفي نهايته، ودرجة اعتقادها في صحة كلا الافتراضين (Morrison & Westbrook, 2004).

ب. تجربة تهدف لاختبار مخطط المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة

مثال: مريض يعاني من فكرة مقتحمة حول إيذاء صغاره، ويعتقد أن الطريقة الوحيدة التي تحمي أبنائه من الأذى أن يسعى للتحكم العمدي في هذه الأفكار ويقوم بمراقبة أفكاره بشكل مستمر حتى يمنع هذه الأفكار من الدخول إلى ذهنه.

- الافتراض الأول: يجب أن أكون قادراً على التحكم في أفكاري.
- الافتراض الثاني: هذه مجرد أفكار وإذا تركتها تأتي إلى ذهني فلن يترتب على ذلك شيء خطير.

- التجربة: تم الاتفاق على أن يقوم المريض ببذل أقصى جهد في التحكم في أفكاره خلال يوم كامل، ويقوم برصد مقدار القلق، وتقييمه لقدرته على التحكم في الفكرة في ظل هذا الإجراء، ثم يقوم خلال يوم آخر بترك الأفكار تأتي إلى ذهنه بمنتهى الحرية دون منعها أو تحييدها أو مناقشتها، وعليه فقط أن يقوم بعدها، ثم يرصد مقدار القلق، وقدرته على التحكم في الفكرة (Morrison & Westbrook, 2004).

١٢ - حساب المكاسب والخسائر^(١)

يستخدم هذا الأسلوب عادة لتحديد مكاسب وخسائر التمسك بمعتقد معين أو سلوك معين مقابل تغييره بمعتقد أو سلوك جديد (Wilhelm & Steketee, 2006, 42; Clark & Beck, 2010, 205). كما يستخدم مع من لديه صعوبات في اتخاذ القرار - وعادة يكون لدى هؤلاء رغبة مفردة في التأكد - وذلك بتشجيع المريض على عمل قائمة من عمودين يوضع في الأول فوائد قرار معين وفي الثاني تكاليف هذا القرار، ويضع تقديرا لأوزان الفوائد والتكاليف (Wilhelm & Steketee, 2006, 42).

١٣ - تقديم اقتراحات^(٢)

عادة ما تأتي نقطة في مسار العلاج يجيب فيها المريض عن بعض الأسئلة بـ "لا أعرف"، وهنا يمكن للمعالج أن يقدم بعض الاقتراحات بناء على فهمه لحالة العميل (Neenan & Dryden, 2004, 83).

وفيما يلي مثال لاستخدام فنية تقديم الاقتراحات بناء على فهم الحالة:

- المعالج: لقد ذكرت لي أن وساوس الشك في الصلاة ووساوس التلفظ وتحقيق النطق السليم في القراءة بدأت عندما كان عمرك عشرين عاما، هل تذكر أحداثا معينة تزامنت مع بداية ظهور الوسواس؟
- المريض: لا، لا أذكر

(1) Advantages and disadvantages

(2) Making suggestions

- المعالج: لقد تزامن هذا العمر مع السنة النهائية لدراستك الجامعية، فهل كانت هذه السنة تحمل بعض الضغوط والتوتر؟
- المريض: نعم، ولكن لا أظن أن لها علاقة بظهور الوسواس.
- المعالج: حسناً، هل كان التزامك بالصلاة بعد فترة انقطاع طويلة له علاقة بذلك؟
- المريض: نعم نعم هذا هو العامل الرئيس، عندما عُدت للانتظام في الصلاة، ومرّ عليّ أسبوع كامل دون تفريط في أي فرض، استشعرت إحساساً لم أعده من قبل، وتخيّلت أن ثوباً شديداً السواد قد بذلت جهداً كبيراً لجعله ناصع البياض، ولن أقبل بعد اليوم ذرة سواد تلحق به، ولذا عندما كانت تراودني شكوك في أنني لم أحقق النطق السليم في قراءة القرآن كنت أعود وأكرر النطق رغبة مني في أن يظل الثوب ناصع البياض، ولا يشوبه أي نقص.

١٤ - فنية ازدواج المعايير^(١)

يفيد هذا الأسلوب مع المرضى ذوي تضخيم المسؤولية أو ذوي المعايير المرتفعة المرتبطة بالنزعة للكمال؛ لأنه يشجعهم على تبني وجهة نظر بديلة، حيث يُسأل المريض "هل سيُطبق المعايير التي يطبقها على نفسه مع الأشخاص الآخرين؟" وعند الإجابة بالنفي يُسأل عن سبب تبنيه لمعيارين مختلفين في الموقف نفسه (Wilhelm & Steketee, 2006, 43).

وفيما يلي مثال لكيفية استخدام فنية ازدواج المعايير لتبني وجهة نظر بديلة:

- المريض: إنني لم أقبل حضور دعوة الفرح لأن أعمامي وعماتي كانوا سيحضرُونَ، ولا أريد أن ألتقي بهم؟
- المعالج: لماذا؟
- المريض: هم يشعرون بـ(القرف) عندما يشاهدونني، لأنني إنسان جاحد، لا أسأل على أحد منهم، ولا أزورهم، ولا أهتمهم تليفونياً.
- المعالج: هل كانت أختك وأسرتها سيحضرُونَ الحفل؟
- المريض: نعم، كم كنت أتمنى رؤيتهم، كم كنت أشتاق لها ولأبنائها.
- المعالج: كم عمر أبنائها؟

- المريض: ١٤ سنة و ١٢ سنوات
- المعالج: هل يهاتفك أحد منهم تليفونيا؟
- المريض: لا
- المعالج: ورغم ذلك تحبهم وتشتاق إليهم وكنت تتمنى حضور الحفلة لرؤيتهم. فلماذا تتصور أن مشاعر أعمامك تجاهك بالقرف وليس الحب والشوق لرؤيتك؟
- المريض: هذه أول مرة أضع الموقفين أمام بعضهما البعض، لم أكن أتخيل أن مشاعر أعمامي تجاهي تشبه مشاعري تجاه أبناء أختي.

١٥- استشارة الخبراء^(١)

هي طريقة مستخدمة لطلب معلومات دقيقة من خبير، ويكون هذا في الأفكار الدينية وأفكار الأذى والخطر، على أنه لا ينبغي استخدام هذه الطريقة بشكل متكرر حتى لا تتحول إلى شكل من أشكال طلب التطمين (Wilhelm & Steketee, 2006, 43).

١٦- فنية المتصل^(٢)

يُعرف هذا الأسلوب أيضا بعمل التناقضات المتطرفة^(٣)، ويفيد هذا الأسلوب في تقييم التفكير المتطرف، حيث يُرسم خط ممتد من ٠ : ١٠٠، ويُطلب من المريض تحديد موقعه على المتصل (Wilhelm & Steketee, 2006, 42, 45)، ويساعد هذا الأسلوب على تعديل المريض لاعتقاداته المطلقة التي ينظر لها من منظور ثنائي فقط ليوضح له وجود درجات عديدة بين طرفي المتصل (Padesky, 1994).

(1) Consulting with experts

(2) Continuum technique

(3) Making extreme contrasts

١٧- حساب احتمالات الأذى^(١)

يُستخدم هذا الأسلوب مع المرضى الذين يبالغون في تقدير احتمالات النتائج السلبية، حيث يُطلب من المريض وضع تقدير مبدئي لاحتمال حدوث النتائج السلبية، ثم يُطلب منه ذكر كل الأحداث التي يجب أن تحدث لتتحقق توقعاته السلبية، ويضع تقديراً لاحتمال حدوث كل واحد منها، ويجمع هذه الاحتمالات معا ليقارن بين الاحتمال الفعلي والاحتمال المبدئي (Wilhelm & Steketee, 2006, 43).

١٨- إجراء المسح^(٢)

يُستخدم هذا الأسلوب مع المرضى الذين افترضوا معايير السلوك الطبيعية، فيتساءلون مثلاً: هل يغسل الآخرون أيديهم بعد لمس مقبض الباب؟ (Wilhelm & Steketee, 2006, 44)، فبعض المرضى ينفذون طقوسهم لأنهم لم يعودوا يعرفون ماذا يفعل الآخرون الأسوياء في المواقف التي يواجهونها، كما أنهم لم يستطيعوا تذكر كيف اعتادوا أن يتصرفوا قبل المرض (Morrison & Westbrook, 2004)، كما يُستخدم مع المرضى الذين يُبالغون في احتمالات الخطر (Wilhelm & Steketee, 2006, 44)، ويتم تنفيذ هذا الأسلوب بأن يقوم المريض بسؤال مجموعة من الأفراد بهدف معرفة كيف يفكر الآخرون. فمثلاً: في تعديل مخطط عدم تحمل الأمور غير المؤكدة، يقوم الطالب الذي يسعى لتحصيل ١٠٠٪ من الدرس بسؤال زملائه ما هي نسبة استيعابهم لما درسوه في درس معين؟ (Wilhelm & Steketee, 2006, 44, 106, 116).

١٩- رسم الفطيرة^(٣)

يُستخدم مع المرضى الذين يضحون المسؤولية ويلومون أنفسهم بدون سبب، وهنا يُطلب من المريض وضع تقدير مبدئي لمسؤوليته عن حدث سلبي معين، ثم يُطلب منه وضع قائمة بكل الأشخاص والظروف التي كان لها تأثير

(1) Calculating the probability of harm

(2) Conducting a survey

(3) Pie chart

في هذا الحدث السلبي، ثم يضع تقديرا لمسئولية كل واحد في هذه القائمة عن هذا الحدث من خلال تقسيم دائرة يقوم برسمها، ويترك تقديره لمسئوليته للخطوة الأخيرة، وعادة لا يتبقى له إلا جزء بسيط من المسئولية الشخصية (Wilhelm & Steketee, 2006, 45).

وفيما يلي مثال لكيفية استخدام فنية رسم الفطيرة للتعامل مع تضخيم المسئولية:

- المريض: عندما رسب ابني في الصف الثالث في كلية الهندسة كان حدثا فاصلا بالنسبة لي.
- المعالج: لماذا تصفه بأنه حدث فاصل بالنسبة لك؟
- المريض: لأنه كان استكمالا لسلسلة فشلي.
- المعالج: هل ترى أن رسوب ابنك يعتبر فشلا شخصيا لك؟
- المريض: بكل تأكيد، ومن المسئول غير الأب عن نجاح وفشل أبنائه؟ إنها مسئولتي أنا دون شك.
- المعالج: ما رأيك أن نتعلم معا أسلوبا يُسمى (رسم الفطيرة أو تقسيم الفطيرة) هذا الأسلوب نستخدمه في أي موقف نحتاج فيه إلى معرفة حدود مسئوليتنا. علينا أن نتخيل أن موقف المسئولية ١٠٠% هو عبارة عن دائرة (فطيرة)، ثم نحصر الأشخاص المسئولين في ذلك الموقف، ثم نضع نسبة تمثل مسئولية كل شخص في هذا الموقف، ويجب أن نحدد هذه النسبة بشكل واقعي، ونترك النسبة الخاصة بك لآخر خطوة بعدما تنتهي من حساب نسب الآخرين جميعا، ثم تحسب النسبة المتبقية التي تعبر عن حدود مسئوليتك أنت.
- دعنا نتبع هذه الخطوات لمعرفة حدود مسئوليتك في هذا الموقف، لنرسم الدائرة (الفطيرة)، ثم نحصر الأشخاص المسئولين في الموقف.
- المريض: الأشخاص المسئولون في الموقف أنا، وابني.
- المعالج: وأين دور والدته؟
- المريض: نعم ربما لها دور محدود.
- المعالج: ترى ما هي نسبة دور ابنك؟ علينا أن نحاول أن يكون التقدير منطقيا.

- المريض: أجد من الصعب تحديده، إنه إنسان طائش ومستهتر، فكيف أحدد مسؤوليته؟
- المعالج: ولكنه طالب في الفرقة الثالثة بكلية الهندسة، فماذا ترى نسبة مسؤولية شخص كهذا تجاه مذاكرته ونجاحه؟
- المريض: بالطبع مسؤولية كبيرة ولكني لا أستطيع تحديد نسبة لذلك.
- المعالج: أنت أيضا مهندس، عندما كنت طالبا في الفرقة الثالثة بكلية الهندسة كم كنت ترى نفسك مسئولاً عن استذكارك ونجاحك؟
- المريض: لو فكرت في الأمر بهذه الطريقة لوضعت تقديري لمسئولية ابني تتجاوز الـ ٨٠%.
- المعالج: حسنا وما هي نسبة مسؤولية والدته؟
- المريض: لا أراها تتعدى ١٠% وهي النسبة التي تعود لدورها في توفير مناخ هادئ في المنزل، أو تدبير أمور الطعام والملابس وما شابه ذلك.
- المعالج: إذن تبقى لك ١٠% فقط من المسؤولية.

تفاصيل جلسات العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري:

اختلف معدل الجلسات الأسبوعية الذي اقترحه الباحثون، فاكتفى كثير من الباحثين بجلسة واحدة أسبوعيا (Wilson & Chambless, 2005; Pleva & Wade, 2006; Rees & Vankoesveld, 2008; Chosak, et al., 2009; Jonsson, Hougaard & Bennedsen, 2011) آخرون جلستين أسبوعيا (Ladouceur, Léger, Rhéaume & Dubé, 1996) أما مدة الجلسة فتستغرق ساعة في المتوسط (Ladouceur, et al., 1996; Wilson & Chambless, 2005; Fisher & Wells, 2008; Jonsson, et al., 2011).

وأخيرا يؤكد الباحثون والمعالجون على أن الأسلوب الناجح في علاج اضطراب الوسواس القهري يعتمد على الدمج بين الأساليب السلوكية والمعرفية، ويرى سالكوفيسكس أن طرح تساؤل حول كفاءة العلاج المعرفي في مقابل العلاج السلوكي إنما هو طرح غير مفيد، فالمعالج الجيد هو من يستخدم فنيات كلا العلاجين (Freeston, et al., 1996; Salkovskis et al., 2000; Huppert & Franklin, 2005; Clark & Beck, 2010, 476) ؛ سالكوفيسكس، ٢٠٠٢.

الباب الثاني

الفصل الثالث

تقييم اضطراب الوسواس القهري

الفصل الثالث

تقييم اضطراب الوسواس القهري

يعد (تقييم الحالة) أولى الخطوات العملية التي يقوم بها المعالج مع مريضه، وذلك بعد استيفاء تاريخ الحالة بشكل جيد، حيث يشرع في تطبيق الاستخبارات التي تقيس الأعراض الوسواسية وشدتها، وكذلك الاستخبارات الخاصة بالمخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري، وقد اعتمدت في عملي على الاستخبارات التالية:

١- اختبار الأعراض الوسواسية القهرية^(١) OCSQ.
(إعداد: أمارة يحيى عرفه)

٢- اختبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري^(٢) DSQ- OCP (ترجمة وإعداد: أمارة يحيى عرفه)

٣- مقياس يل - براون لشدة الأعراض الوسواسية القهرية^(٣) (Y-BOCS).

حيث تُطبق الاستخبارات قبل بدء البرنامج العلاجي وبعد انتهائه وفي نهاية فترة المتابعة، كما يُفضل تطبيق مقياس يل - براون مرة كل أسبوع خلال مرحلة العلاج ثم مرة كل شهر خلال مرحلة المتابعة، لإعطاء صورة إجمالية عن مسار التحسن عبر البرنامج كاملاً، وفيما يلي وصف لتلك الاستخبارات:

(١) Obsessive Compulsive Symptoms Questionnaire

(٢) Dysfunction Schemas Questionnaire for obsessive compulsive patient

(٣) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

استخبار
الأعراض الوسواسية القهرية
OCSQ

١- اختبار الأعراض الوسواسية القهرية OCSQ

تم إعداد هذا الاختبار في رسالتي للماجستير، والتي ذكر فيها تفصيلاً مراحل إعداده: من اطلاع على التراث، وصياغة البنود، وتحكيم الأدوات، والتجربة الاستطلاعية، وتنقية الأدوات، وحساب معاملات الثبات والصدق (عرفه، ٢٠٠٧، ١٤٨: ١٦٦) حتى وصل الاختبار إلى صورته النهائية التي تتكون من جزئين: الجزء الأول خاص بالوسواس، ويتكون من ٣٢ بنداً وبند إضافي عن الوسواس الدينية للمسيحيين، يجيب عليه المسيحيون كبديل عن بند الوسواس الدينية للمسلمين، ويترواح مدى الإجابة على مقياس شدة مكون من ثلاث درجات (لا، أحياناً، دائماً)، وتستحق الإجابة ب(لا) درجة واحدة، و(أحياناً) درجتين، و(دائماً) ثلاث درجات. أما الجزء الثاني في الاختبار فيدور حول الأفعال القهرية، وقد اشتمل في صورته النهائية على ٢٨ بنداً، والبندان ٩ و ١٢ معكوسان.

تلي مقياس الوسواس ومقياس الأفعال القهرية أربعة أسئلة محكية حول درجة التعطيل التي تسببها هذه الأفكار والأفعال للمهام الدراسية أو المهنية للفرد، ودرجة التعطيل التي تسببها للمهام الاجتماعية، ودرجة القلق والضيق الناتجة عنها، والوقت المستغرق في الانشغال بهذه الأفكار والأفعال.

وقد أعيد تقنين المقياس في دراسة أحدث (عرفه، طه، ٢٠١٣).

OCSQ

A- التعليمات

سيُقدم لك فيما يلي عدد من العبارات تدور حول بعض الأفكار التي يمكن أن تأتي لذهن أي شخص، وأيضاً بعض الصور التي يمكن أن يتخيلها أي فرد في عقله.

والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة جيداً، وتختار بديلاً واحداً فقط من البدائل الثلاثة (لا ، أحياناً، دائماً).

➤ فإذا كانت العبارة لا تنطبق عليك أبداً فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (لا).

➤ وإذا كانت العبارة تنطبق عليك في بعض الأحيان فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (أحياناً).

➤ وإذا كانت العبارة تنطبق عليك طوال الوقت فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (دائماً).

وتذكر أن هذه الأفكار والصور يمكن أن تأتي لعقل أي فرد، وأن كل ما يهمنا هو أن تختار الإجابة التي تعبر بمنتهى الدقة عن أفكارك ومشاعرك أنت.

ابدأ الآن

دائماً	أحياناً	لا	العبارة
			١. ينتابني شك في دقة وإتقان أي عمل أقوم به.
			٢. يشغل عقلي بأفكار تافهة ليس لها معنى ولا قيمة.
			٣. تأتي في ذهني أفكار جنسية شاذة لا أريها.
			٤. تأتي لذهني أفكار عن سب الذات الإلهية أو الأنبياء أو أية رموز دينية مقدسة أو العيب فيها.
			٥. تلح على ذهني فكرة أنني أصبحت ملوثاً من الأشياء التي يستخدمها الآخرون (مثل : النقود، مقابض الأبواب، ...).
			٦. أشك أنني تركت الأبواب أو موقد الغاز أو أي شيء قد يسبب خطراً دون أن أغلقه.

العبارة	لا	أحياناً	دائماً
٧. أخشى من انتقال الجراثيم بيني وبين الآخرين عند مصافحتهم أو تقبيلهم أو التحدث معهم.			
٨. يقوم عقلي بالربط بين أمور لا علاقة بينها.			
٩. كلما رأيت الآلات الحادة أجد أفكاراً عدوانية غريبة تلح على عقلي.			
١٠. أخشى أن أفقد السيطرة على نفسي وأرتكب أفعالاً حمقاء أمام الناس.			
١١. ينشغل ذهني بأسئلة غريبة أعرف أنه ليست لها إجابة مطلقاً.			
١٢. أخشى أن أفقد السيطرة على نفسي وأؤذي نفسي أو أؤذي شخصاً آخر دون أن أتعمد ذلك.			
١٣. تسيطر على ذهني مخاوف أعرف أنه لا مبرر لها مطلقاً.			
١٤. تلح على ذهني صور شاذة وكريهة لرموز دينية مقدسة أو لشخصيات دينية.			
١٥. تتقحم ذهني صور جنسية شاذة وكريهة لا أرغبها.			
١٦. أشك أنني منافق وأن العبادات التي أقوم بها غير مقبولة.			
١٧. ينشغل عقلي بفكرة أنني نسيت شيئاً ما.			
١٨. يسيطر عليّ خوف من الإصابة بالأذى أو المرض من الجراثيم والقاذورات المحيطة بي.			
١٩. أشك أنني رميت شيئاً مهماً أو تخلصت منه دون أن أدري.			
٢٠. تلح على عقلي صور منفرة (كان أتخيل صورة شخص مشوه أو مقطوع الرأس،...).			
٢١. أنشغل بمراقبة كل كلمة أنطق بها خشية أن أتلفظ بكلمات بذيئة دون قصد.			
٢٢. تلح على ذهني فكرة أن الكلام الذي أقوله أقصد به معاني أخرى (مثل: الاستهزاء بأشياء مقدسة،...).			
٢٣. يبتابني شك أنني فعلت شيئاً مؤذياً للآخرين دون أن أدري.			
٢٤. تلح على ذهني صورة شخص عزيز أقوم بإيذائه.			
٢٥. تتقحم عقلي أفكار حول القيام بأفعال غريبة ومخجلة أمام الناس (كأن: أصرخ بدون سبب، أو أخلع ملابس، أو أبصق في وجه أحد،...).			

العبارة	لا	أحياناً	دائماً
٢٦. تورقني مخاوف بأنني سأصاب بالأذى من أشياء أعرف أنها لا تسبب أذى مطلقاً.			
٢٧. تلح عليّ أفكار حول إيذاء نفسي رغم أنني لا أريد ذلك.			
٢٨. ينتابني شك بأنني فعلت شيئاً محرماً دون أن أدري.			
٢٩. ينشغل ذهني باسترجاع كل التفاصيل التي مرت بي خلال اليوم دون توقف.			
٣٠. يعلق في ذهني كلمة أو عبارة أو نغمة معينة وتتكرد دون هدف محدد ودون رغبة مني.			
٣١. ينشغل عقلي بتخيل صور كريهة (مثل: صورة الجثث، أو التشوهات...).			
٣٢. أشك في صحة وتمام (اغتسالي أو وضوئي أو صلاتي). (للمسلمين)			
٣٢. أشك أنني نسيت ذنباً لم أعترف به أثناء الاعتراف. (للمسيحيين)			

إذا كانت لديك أفكار أخرى ترد إلى ذهنك ولا ترغبها؛ فاذكرها وحدد درجة تكرارها في ذهنك:

الأفكار	أحياناً	دائماً
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

والآن أجب عن الأسئلة الآتية باختيار بديل واحد من البدائل الخمسة المتاحة أمامك:

السؤال	لا	بدرجة بسيطة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جداً
هل تعطلك هذه الأفكار عن المهام الدراسية أو المهنية المطلوبة منك؟					
هل تعطلك هذه الأفكار عن المهام الاجتماعية المطلوبة منك؟					
هل تسبب لك هذه الأفكار شعوراً بالضيق والقلق وعدم الراحة؟					
هل تشغل بهذه الأفكار أكثر من ساعة على مدار اليوم؟					

B- التعليمات

سيُقدم لك فيما يلي عدد من العبارات تدور حول بعض التصرفات والأفعال التي يقوم بها بعض الأفراد بشكل متكرر وثابت.

والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة جيداً، وتختار بديلاً واحداً فقط من البدائل الثلاثة (لا، أحياناً، دائماً).

➤ فإذا كانت العبارة لا تنطبق عليك أبداً فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (لا).

➤ وإذا كانت العبارة تنطبق عليك في بعض الأحيان فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (أحياناً).

➤ وإذا كانت العبارة تنطبق عليك طوال الوقت فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (دائماً).

وتذكر أن كل ما يهمنا هو أن تختار الإجابة التي تعبر بمنتهى الدقة عن تصرفاتك وأفعالك أنت.

ابدأ الآن

العبارة	لا	أحياناً	دائماً
١. أقضي وقتاً طويلاً في تنظيف الأشياء المحيطة بي حتى أقتنع بنظافتها.			
٢. أحرص على إعادة ترتيب الأشياء التي تغير موضعها مهما كان هذا التغيير بسيطاً ولن تترتب عليه مشكلات.			
٣. عندما تأتي لذهني فكرة كريهة أجد نفسي مضطراً للقيام بحركات معينة (مثل: هز الرأس، الخبط باليد..الخ) لطرد هذه الفكرة.			
٤. أستغرق وقتاً طويلاً في مراجعة كل عمل أقوم به والتأكد منه.			

دائماً	أحياناً	لا	العبارة
			٥. أتجنب لمس أشياء كثيرة (مثل: التليفونات، مقابض الأبواب.. الخ) لاعتقادي أنها ملوثة.
			٦. أحتفظ بكثير من الأشياء التي لا فائدة لها خشية أن أحتاجها في يوم ما.
			٧. أجد نفسي مجبراً على عدّ أشياء لا قيمة لعدّها (مثل: عدد السلالم، أعمدة النور، خطواتي أثناء السير...).
			٨. أقضي وقتاً طويلاً لإتمام نظافتي الشخصية.
			٩. يمكنني أن أغير بسهولة أماكن الأشياء عن الترتيب الذي تعودت عليه.
			١٠. التطهر من النجاسة يستغرق مني وقتاً أطول من معظم الأفراد الآخرين.
			١١. أثناء حديثي أكرر نفس الألفاظ والعبارات والأسئلة التي ذكرتها عدة مرات.
			١٢. أستخدم الأشياء التي أحتاجها بسهولة دون أن أخشى انتقال الأمراض.
			١٣. أؤدي أعمالي ببطء شديد حتى أتأكد أن كل خطوة أقوم بها صحيحة وكاملة.
			١٤. كلما وجدت رقماً مكتوباً أجد ذهني ينشغل به (بحفظه أو جمعه أو طرحه أو ضربه...).
			١٥. أتبع طقوساً خاصة لا أغيرها عند تنظيف الأشياء أو في نظافتي الشخصية.
			١٦. أطلب من الآخرين أن يؤكدوا لي أنني لم أفعل ولن أفعل شيئاً مؤدياً أو خاطئاً.

العبارة	لا	أحياناً	دائماً
١٧. عندما تأتي لذهني فكرة كريهة فإني أضطر لترديد بعض الكلمات عدة مرات لطرد هذه الفكرة.			
١٨. أتحدث ببطء حتى يمكنني مراقبة ما أقوله من ألفاظ وعبارات.			
١٩. أجد نفسي مجبراً على لمس أشياء معينة دون هدف محدد.			
٢٠. أتجنب مصافحة الآخرين وتقبيلم حتى لا تنتقل الجراثيم بيننا.			
٢١. لي طقوسي الخاصة التي أتبعها ولا أستطيع تغييرها عند المراجعة على الأشياء.			
٢٢. اهتم بشدة بالتناسق الدقيق بين أشياء بسيطة (مثل : التساوي بين قطع الجبن... الخ).			
٢٣. أجد نفسي مجبراً على مراجعة الكلمات التي أنطق بها خوفاً من أن أتلفظ بألفاظ بذيئة دون قصد.			
٢٤. أترك لغيري مراجعة الأشياء المهمة (مثل: موقد الغاز،... الخ) حتى لا أتحمل مسؤولية أي خطأ يحدث.			
٢٥. أتجنب أشياء كثيرة في حين يستخدمها الآخرون بسهولة (مثل: استعمال المواد اللاصقة، المشي على الفروق بين البلاط، الخ).			
٢٦. عندما تزعجني فكرة غير مرغوبة فإني أكرر عدّاً أرقام معينة بطريقة ثابتة لكي أطرد الفكرة.			
٢٧. عند أدائي للعبادات فإني أكرر الخطوات التي قمت بها مرات عديدة دون ضرورة لذلك.			

العبارة	لا	أحيانا	دائما
٢٨. عندما تأتي لذهني فكرة سيئة أجد عقلي يستحضر سريعا فكرة أخرى معاكسة لها (مثل: إذا جاءت لذهني فكرة سب شيء مقدس أجد عقلي يستحضر تلقائيا فكرة سب الشيطان)			

إذا كنت تقوم بأفعال أخرى عندما تأتي لذهنك أفكار لا ترغبها؛ فاذكرها وحدد درجة تكرارها:

الأفعال	أحيانا	دائما
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

والآن أجب عن الأسئلة الآتية باختيار بديل واحد من البدائل الخمسة المتاحة أمامك:

السؤال	لا	درجة بسيطة	درجة متوسطة	درجة كبيرة	درجة كبيرة جدا
هل تعطلك هذه الأفعال عن المهام الدراسية أو المهنية المطلوبة منك؟					
هل تعطلك هذه الأفعال عن المهام الاجتماعية المطلوبة منك؟					
هل تسبب لك هذه الأفعال شعوراً بالضيق والقلق وعدم الراحة؟					
هل تشغل بهذه الأفعال أكثر من ساعة على مدار اليوم؟					

متوسط درجات المرضى على اختبار الأعراض الوسواسية القهرية

تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء مجموعة من ٣١ مريضاً، مشخصين طبياً بأنهم مرضى باضطراب الوسواس القهري (١٣ ذكراً، و١٨ أنثى)، بمتوسط عمري مقداره (٢٦.١ ± ٦.٨) سنة، ومتوسط سنوات تعليم مقداره (١٤.٨ ± ٢.٣) سنة، وتتراوح البداية المرضية لهم بين سنتين: ١٠ سنوات.

المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار الأعراض الوسواسية القهرية

لدى مجموعة من المرضى (ن = ٣١)

الاختبار	المتوسط	الانحراف المعياري
اختبار الوسواس	٥٦.١٩	٩.٨
الأسئلة المحكية للوسواس	١٥.٣٩	٤.١
اختبار الأفعال القهرية	٥٢.٦٥	٩.٢٨
الأسئلة المحكية للأفعال القهرية	١٥.٧٧	٤.٣

استخبار المخططات المختلفة لدى مرضى الوسواس القهري DSQ

٢- اختبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري

لقد قمْتُ بترجمة اختبار المعتقدات الوسواسية^(١) الذي أعدته مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية في رسالتي للماجستير، ثم تم استبعاد عدد من بنوده وإضافة عدد آخر من البنود بعضها من إعدادي وبعضها بالاستعانة باستخبارات أخرى، وقد ذُكر في رسالة الماجستير مراحل إعداد ذلك الاختبار تفصيلاً حتى وصل إلى صورته النهائية.

ويتكون الاختبار في صورته النهائية من ستة مقاييس فرعية لقياس المخططات الستة التي استقرت عليهم مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية، واعتبرتهم المخططات المميزة لاضطراب الوسواس القهري، وهي:

- المبالغة في الاهتمام بالأفكار المقتحمة ويتكون من ١٤ بنداً.
وهي البنود أرقام (٢، ٣، ٧، ١٠، ١٢، ١٤، ١٦، ١٧، ٢٤، ٢٨، ٣٠، ٣٢، ٣٣، ٣٧).
- المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة ويتكون من ١١ بنود.
وهي البنود أرقام (٤، ٨، ١٣، ٢٢، ٢٩، ٣٤، ٣٨، ٤٢، ٤٤، ٤٦، ٦٤).
- تضخيم المسؤولية عن الأذى ويتكون من ٧ بنود.
وهي البنود أرقام (٢٠، ٢٥، ٣٥، ٤٠، ٤١، ٥٠، ٦٢).
- المبالغة في تقدير التهديد ويتكون من ٩ بنود.
وهي البنود أرقام (٩، ٢١، ٢٣، ٣١، ٣٩، ٤٣، ٤٨، ٥١، ٦١).
- عدم تحمل الأمور غير المؤكدة ويتكون من ١٢ بنداً.
وهي البنود أرقام (٦، ١٥، ١٩، ٢٧، ٤٥، ٤٧، ٤٩، ٥٣، ٥٥، ٥٧، ٦٠، ٦٣).
- النزعة إلى الكمال ويتكون من ١١ بنداً.
وهي البنود أرقام (١، ٥، ١١، ١٨، ٢٦، ٣٦، ٥٢، ٥٤، ٥٦، ٥٨، ٥٩).

(١) Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)

ويتراوح مدى الإجابة على اختبار المخططات المختلفة على مقياس شدة مكون من خمس درجات (أوافق بشدة، أوافق بدرجة متوسطة، أوافق بدرجة ضئيلة، لا أوافق، لا أوافق مطلقاً)، وتستحق الإجابة بـ (أوافق بشدة) ٥ درجات، والإجابة بـ (أوافق بدرجة متوسطة) ٤ درجات، والإجابة بـ (أوافق بدرجة ضئيلة) ٣ درجات، والإجابة بـ (لا أوافق) درجتين، والإجابة بـ (لا أوافق مطلقاً) درجة واحدة. ويشتمل الاختبار على خمسة بنود معكوسة هي البنود أرقام (١٢، ٢٢، ٣٩، ٤٦، ٤٩).

وقد تم استيفاء الشروط السيكمترية لهذا الاختبار (انظر: عرفه، ٢٠٠٧، ١٤٨: ١٦٦)، كما أعيد تقنينه في دراسة أحدث (عرفه، طه، ٢٠١٣).

DSQ

التعليمات

سنقدم لك الآن عددًا من العبارات التي تعبر عن بعض الآراء والاتجاهات لدى الأفراد.

والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة بعناية، ثم تحدد مدى اقتناعك أو عدم اقتناعك بها وذلك باختيار بديل واحد من البدائل الخمسة الموجودة على يسار كل عبارة .

➤ فإذا كنت مقتنعا بالعبارة تماما فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (أوافق بشدة).

➤ وإذا كنت مقتنعا بالعبارة إلى حد ما فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (أوافق بدرجة متوسطة).

➤ وإذا كنت مقتنعا بالعبارة بدرجة ضئيلة فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (أوافق بدرجة ضئيلة).

➤ وإذا كنت غير مقتنع بالعبارة فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (لا أوافق).

➤ وإذا كنت غير مقتنع بالعبارة مطلقا فضع علامة (√) على الخانة الموجودة تحت (لا أوافق مطلقا).

لا توجد عبارة صحيحة أو خاطئة فهذه مجرد آراء ومعتقدات لدى الأفراد قد تتفق معها أو لا تتفق ، وتذكر دائماً أن ما يهمنا هو أن تختار البديل الذي يعبر بدقة عن رأيك ويصف تفكيرك في أغلب الأحيان.

ابدأ الآن

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
١. إذا قام شخص بأداء عمل ما بطريقة أفضل مني فهذا يعني أنني فشلت في هذا العمل.					
٢. إذا اقتحمت عقلي أفكار شاذة وغريبة فهذا دليل على أنني أريد تنفيذ هذه الأفكار في الواقع.					
٣. إذا طرأت على ذهني فكرة بأنني سأفقد عملي، فإن هذا يزيد من احتمال أن أفقد عملي فعلاً.					
٤. يجب أن أكون قادراً على منع دخول الأفكار الغريبة إلى ذهني.					
٥. يمكنني تحقيق الكمال في عملي لو بذلت الجهد الكافي.					
٦. إذا لم تكن الأمور واضحة تماماً فسأرتكب أخطاء لا محالة.					
٧. الأفكار الغريبة والصور الكريهة التي تأتي لذهني فجأة تكشف عن شخصيتي الحقيقية.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
٨. يجب أن أكون قادراً على طرد الأفكار والصور غير المرغوبة من عقلي.					
٩. أعتقد أن أموراً سيئة ستحدث بالرغم من حرصي على تجنبها.					
١٠. أعتقد أن وجود أفكار سيئة في عقلي يساوي ارتكابي للأفعال السيئة.					
١١. إذا لم أتمكن من فعل شيء ما بطريقة صحيحة تماماً فيجب ألا أفعله أساساً.					
١٢. إذا ألحت عليّ فكرة عدوانية تجاه أشخاص أحبهم، فهذه مجرد فكرة ولا يعني هذا أنني أريد إيذاءهم في الواقع.					
١٣. لا بد أن أكون منتبهاً لما يدور في عقلي طوال الوقت حتى لا تندفع لذهني فكرة لا أريغبها.					
١٤. إذا خطرت على ذهني فكرة أن شخصاً معيناً سيمرض فإن هذا فال سيئ بأنه سيمرض فعلاً.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
١٥. من الضروري بالنسبة لي أن يكون كل شيء واضحاً تماماً حتى في الأمور البسيطة.					
١٦. إذا جاءت لذهني فكرة حول سبب رموز وأشياء مقدسة، فهذا يعني أنني شخص غير متدين.					
١٧. الأفكار السيئة والأفعال السيئة تستحقان نفس الذنب.					
١٨. أحاول أن أؤدي مهام حياتي اليومية بشكل أفضل من الآخرين.					
١٩. لا يمكنني مواجهة التغيرات المفاجئة في حياتي.					
٢٠. أشعر أنني أتسبب في إحداث الأذى لنفسى ولغيري.					
٢١. أعتقد أنني معرض للأذى أكثر من غيري.					
٢٢. إذا عجزت عن التحكم في كل الأفكار والتخيلات التي تقترن ذهني فهذا لا يقلقني.					
٢٣. أعتقد أن الأشياء المحيطة بي ليست آمنة.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
٢٤. يُعد التفكير في سبب شخص ما شيئاً قبيحاً مثل سببه فعلاً.					
٢٥. أشعر أنني مسئول عن أخطاء يرى الآخرون أنها ليست أخطائي أنا.					
٢٦. يجب أن تكون الأشياء كاملة وفقاً لمعايير الشخصية.					
٢٧. لا يمكنني أن أتخذ قراراً حاسماً ما دام الموقف غير واضح.					
٢٨. إذا جاءت لذهني فكرة مزعجة فهذا يُنذر بتحقيق هذه الفكرة في الواقع.					
٢٩. من المهم أن أسيطر سيطرة كاملة على أفكاري طوال الوقت.					
٣٠. إذا ألحت عليّ فكرة لإيذاء شخص معين فهذا يعني أنني شخص عدواني.					
٣١. أشعر بالخطر والتهديد حتى في المواقف المألوفة في حياتي.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقا
٣٢. إذا ألحت عليّ فكرة غريبة أو شاذة، فمن المحتمل أن أفقد السيطرة على نفسي وأنفذاها.					
٣٣. إذا جاءت لذهنِي فكرة فجأة فهي بالضرورة فكرة مهمة.					
٣٤. إذا عجزت عن التحكم في أفكاري فسيحل بي العقاب.					
٣٥. لديّ قوة كافية على حماية الآخرين من الأذى.					
٣٦. لكي أكون شخصا ذا شأن فلا بد أن أكون كفئا في كل ما أفعل.					
٣٧. سأعاقب حتما على وجود الأفكار السيئة والصور المتخيلة الكريهة في ذهني.					
٣٨. إذا لم أتحكم في أفكاري وتخيالاتي الذهنية الغريبة والكريهة فسيحدث شيء سيئ لا محالة.					
٣٩. نادراً ما أتوقع أن شيئاً سيئاً سيحدث.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
٤٠. إذا توقعت حدوث خطر معين ولم أفعل شيئاً لمنعه فساكون أنا المسئول عن أية نتائج تحدث.					
٤١. لو فشلت في منع حدوث ضرر معين فكأنني تسببت عمداً في حدوثه.					
٤٢. تحكمي في أفكاري يدل على أنني ذو شخصية جيدة وقوية.					
٤٣. أعتقد أن المشكلات البسيطة تؤدي لنتائج خطيرة.					
٤٤. كلما تحكمت في أفكاري بدرجة أكبر كلما أصبحت شخصاً أفضل.					
٤٥. يجب أن أحصل على كل المعلومات المتصلة بموضوع معين قبل أن أتخذ قراراً بشأنه مهما كلفني ذلك من جهد ووقت.					
٤٦. ليس مهما أن أتحكم في كل الأفكار والصور المتخيلة التي تندفع إلى ذهني.					
٤٧. أنظر للمواقف الجديدة أو الغامضة على أنها مواقف مهددة حتى يتبين لي عكس ذلك.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
٤٨. الأحداث التي تبدو بسيطة لمعظم الناس تبدو لي وكأنها كارثة.					
٤٩. الأمور غير الواضحة لا تقلقني.					
٥٠. إذا توقعت أن شيئاً سيئاً سيحدث فإنني مسئول عن بذل كل الجهد لمنع حدوثه في الواقع.					
٥١. أعتقد أن الأمور عندما تسير بشكل جيد فلا بد أن يحدث بعد ذلك شيء سيئ.					
٥٢. أضع معايير مثالية لنفسني أكثر من معظم الأفراد الآخرين.					
٥٣. لا يمكنني أن أستمتع بحياتي في ظل وجود أمور غير واضحة فيها.					
٥٤. يوجد دائماً حل كامل لأي مشكلة لا يجب قبول حل غيره.					
٥٥. لا يمكن لعقلي أن يهدأ ما دمت لا أعرف ماذا سيحدث غداً.					
٥٦. لو فشلت في شيء معين فهذا يعني أنني شخص فاشل.					
٥٧. يقلقني الغموض الموجود في الحياة.					

العبارة	أوافق بشدة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق بدرجة ضئيلة	لا أوافق	لا أوافق مطلقاً
٥٨. لا بد أن أستمّر في أداء أية مهمة حتى تصبح صحيحة تماماً وكاملة.					
٥٩. لو لم أقم بعملتي بطريقة كاملة فلن يحترمني الناس.					
٦٠. أواجه صعوبة كبيرة عند التعامل مع المواقف الجديدة.					
٦١. أعتقد أن أخطائي البسيطة ستترتب عليها نتائج خطيرة.					
٦٢. أشعر أنني مسئول عن حماية الآخرين من الأذى.					
٦٣. لا بد أن أبعد عن كل المواقف غير الواضحة.					
٦٤. إذا كانت لديّ قوة إرادة كافية فسأكون قادراً على التحكم الكامل في أفكاري.					

متوسط درجات المرضى على اختبار المخططات المختلة

تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء مجموعة من ٣١ مريضاً، مشخصين طبياً بأنهم مرضى باضطراب الوسواس القهري (١٣ ذكراً، و١٨ أنثى)، بمتوسط عمري مقداره (٢٦.١ ± ٦.٨ سنة)، ومتوسط سنوات تعليم مقداره (١٤.٨ ± ٢.٣ سنة)، وتتراوح البداية المرضية لهم بين سنتين : ١٠ سنوات.

المتوسطات والانحرافات المعيارية لاستخبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري لدى مجموعة من المرضى (ن = ٣١)

الانحراف المعياري	المتوسط	الاستخبار
٨.٠٦	٤٣.٧١	النزعة إلى الكمال
١٣.٦٤	٣٥.٨٧	المبالغة في أهمية الإقحامات
٩.١٤	٤٣.١٩	المبالغة في ضرورة التحكم في الإقحامات
٩.٥٥	٤٣.٢٣	عدم تحمل الأمور غير المؤكدة
٩.٢٦	٣٠.٠٠	المبالغة في تقدير التهديد
٦.٢٢	٢٢.٩٧	تضخيم المسؤولية عن الأذى

مقياس يل – براون لشدة الأعراض الوسواسية القهرية

قام كل من جودمان Goodman، وبريس Price، ورامبوسين Ramussen، وماذورا Mazura، وفليسكمان Fleischmann، وهيل Hill، وهينجر Heninger، وتشارني Charney (١٩٨٩) بتصميم هذا المقياس، ويتكون من عشرة بنود تقيس شدة الأعراض الوسواسية القهرية، خمسة منها تختص بالوساوس، والخمسة الأخرى تختص بالأفعال القهرية، ويتم تقييم كل بند على متصل من صفر : ٤، والدرجة الكلية القصوى ٤٠ درجة (دي سيلفا، ٢٠٠٠).

وقد وقع الاختيار على هذا المقياس في رصد شدة الأعراض الوسواسية القهرية عبر جلسات العلاج والمتابعة لعدة أسباب، هي:

- أنه أوسع المقاييس انتشاراً في قياس شدة الأعراض الوسواسية القهرية (Pallanti & Querciogli, 2006)، إذ يكاد لا تخلو منه دراسة تهتم بقياس شدة الأعراض الوسواسية القهرية.
- أنه لا يعتمد على نوعية معينة من الوساوس والأفعال القهرية، ولكنه يقيس المظهر العام للأعراض مما يُيسر المقارنة بين المرضى المختلفين.
- أنه يتمتع بصدق تكويني، وثبات ممتاز إلى جيد باستخدام معامل ألفا وإعادة الاختبار.
- أنه يتميز بحساسيته لكفاءة العلاج (Fisher & wells, 2005).
- أنه مقياس قصير يوفر الوقت ويساعد على كسب تعاون المريض.
- أنه المقياس الذي حُسبت من خلاله درجة محكية للتحسن والاستجابة والشفاء.

فقد توصل فيشر وويلز بعد أكثر من ٣٠٠ محاولة إكلينيكية إلى أن حدوث انخفاض بمعدل ١٠ درجات بعد العلاج على مقياس يل - براون يعني حدوث تحسن ثابت^(١). وأن حصول المريض على ١٤ درجة أو أقل على المقياس ذاته بعد العلاج أو في المتابعة يعني أن المريض يقع في "محك الشفاء"^(٢)، كما وضعنا محكا شديدا الصرامة وهو حصول المريض على ٧ درجات فأقل لتحقيق محك غياب الأعراض (Ibid).

(١) Reliable improvement

(٢) Recovery cut off

Y- BOCS

اقرأ كل عبارة جيدا ثم تخير من البدائل الموجودة أمامها البديل الذي يعبر
بمنتهى الدقة عن حالتك

١- الوقت المضيق في الوسواس يوميا.	صفر	أقل من ساعة	من ١- ٣ ساعات	من ٣-٨ ساعات	أكثر من ٨ ساعات
٢- تعطيل الوسواس للمهام اليومية.	صفر	بسيط	متوسط	مُعيق	مُعجز
٣- الضيق والقلق الناتج عن الوسواس.	صفر	خفيف	متوسط	شديد	مُعجز
٤- إمكانية مقاومة الوسواس.	دائمة	كثيرة	إلى حد ما	يستسلم غالبا	يستسلم تماما
٥- إمكانية التحكم في الوسواس.	تام	إلى حد كبير	إلى حد ما	تحكم بسيط	لا يوجد تحكم
٦- الوقت المضيق في الطقوس يوميا.	صفر	أقل من ساعة	من ١- ٣ ساعات	من ٣-٨ ساعات	أكثر من ٨ ساعات
٧- تعطيل الطقوس للمهام اليومية.	صفر	بسيط	متوسط	مُعيق	مُعجز
٨- الضيق والقلق الناتج عن الطقوس.	صفر	خفيف	متوسط	شديد	مُعجز
٩- إمكانية مقاومة الطقوس.	دائمة	كثيرة	إلى حد ما	يستسلم غالبا	يستسلم تماما
١٠- إمكانية التحكم في الطقوس.	تام	إلى حد كبير	إلى حد ما	تحكم بسيط	لا يوجد تحكم

الفصل الرابع

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

لاضطراب الوسواس القهري

الفصل الرابع

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

الجلسات العلاجية

مقدمة:

لا يقوم العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري على مناقشة الأفكار الوسواسية، فمثل هذا الأمر يؤدي إلى تدهور الحالة، إن محاولة مناقشة صحة أو خطأ الأفكار الوسواسية يُدخل المريض في دائرة لا فكاك منها، ويوقعه في شرك الفكرة أكثر، ويفتح أبواباً للاحتمالات لا تنتهي.

ومن ثم يقوم المعالج بإبعاد المريض تدريجياً عن فكرته الوسواسية لينقله إلى الأرض الممهدة للعلاج المعرفي، وهي أرض المعتقدات "المخططات" المختلفة والمعاني الخاطئة للأفكار الوسواسية، فالمبدأ الأساسي الذي يسعى المعالج إلى تعليمه للمريض هو: (أن الفكرة الوسواسية مهما كانت غريبة أو فجأة أو تمس جوانب شديدة الحساسية كالدين والأخلاق والأبناء وغيرها، ومهما كانت مغرية للنقاش؛ فإنها لا تعدو كونها فكرة مقتحمة ترد إلى ذهن أي شخص دون تحكم منه، وأن كل ما علينا فعله في العلاج المعرفي هو اكتشاف المعتقدات المختلفة التي تسببت في إضفاء الفرد معاني خاطئة على تلك الأفكار، تلك المعاني الخاطئة هي السبب في إثارة القلق لديه، مما جعله يلجأ إلى تصرفات قهرية يأمل منها خفض قلقه، وعندها يكون المريض قد أُحكمت عليه قبضة الوسواس القهري).

ومن ثم يستخدم المعالج الفنيات المعرفية ليتخذ أولى خطوات إبعاد المريض عن فكرته الوسواسية التي يتركز حولها؛ بأن يبحث معه عن معنى الفكرة بالنسبة له، بعد ذلك يساعد المريض على الابتعاد خطوة ثانية عن فكرته من خلال ربط المعنى الذي تم اكتشافه بالمعتقدات "المخططات" المختلفة، ثم يجتهد مع المريض مستخدماً كل ما في وسعه من فنيات معرفية في تعديل تلك المخططات المختلفة.



فالمريض الذي يعاني من فكرة أن هناك احتمالاً بأنه صدم أحد المارة بسيارته أثناء سيره، ويرى أن هذا معناه (أن شخصاً أصيب بالأذى وربما يكون قد مات)، لا يتركز العلاج معه على مناقشة الأدلة على أنه صدم أحداً أم لا، فنجد المعالج الذي يتصور خطأً أن علاج الأفكار الوسواسية يكمن في مناقشة الفكرة الوسواسية نفسها، نجده يدخل في مناقشة من قبيل: هل سبق وسمعت صراخاً بعد مرورك في طريق ما؟ وهل سبق أن استدعتك الشرطة؟ وهل راجعت الجرائد فوجدت حادثة حدثت في المكان نفسه الذي مررت فيه في الوقت نفسه؟ مثل هذه المناقشة يتصور بها أنه ضدد الفكرة الوسواسية، وهذا ليس هدفاً للعلاج المعرفي للوسواس من الأساس، فمثل هذه المناقشات تزيد الأمر سوءاً وتوقع المريض في شرك الوسواس أكثر وتفتح عليه باباً للأفعال القهرية، وإنما تتركز مناقشته على معنى الفكرة (أن شخصاً أصيب بالأذى وربما يكون قد مات)، حيث يسأله مثلاً: هل تظن أن كل شخص تراوده فكرة عابرة بأنه صدم أحداً أثناء سيره يعتبر أن هذا معناه أنه صدم أحداً فعلاً؟ هل مجرد ورود الفكرة في الذهن يعني أن أمراً ما قد حدث في الواقع؟ ثم يتم الربط بين هذا المعنى وبين المخططات المختلفة حيث ينبع هذا المعنى من مخطط "المبالغة في أهمية الأفكار العابرة" وما ينطوي عليه هذا المخطط من عنصر الخلط بين الفكرة واحتمال حدوث الفعل (مادامت راودتني فكرة أنني صدمت أحداً أثناء سيرتي فهذا معناه أنني صدمت أحداً فعلاً، وإلا فلماذا جاءتني الفكرة أصلاً)، وبالطبع هنا يتركز الحوار العلاجي حول تعديل المبالغة في أهمية الأفكار العابرة، وتذكيره بأن الأفكار العابرة هي جزء من نشاط العقل ليس إلا، ثم تتوجه المناقشة لفك الخلط بين الفكرة واحتمال حدوث الفعل في الواقع.

ثم يأتي دور العلاج السلوكي الذي يتركز بشكل أساسي على أسلوب التعرض ومنع الاستجابة. ولكي يتمكن المعالج من تطبيق هذا الأسلوب بدرجة عالية من الثراء عليه أن يبحث مع المريض عن المواقف، والأشياء، والأشخاص، والأماكن... التي تستثير الفكرة، فالمريض الذي ذُكر في المثال السابق الذي تورقه فكرة أنه صدم أحد المارة بسيارته أثناء سيره، إذا ما حصر المعالج تركيزه في هذه الفكرة فقد لا يتمكن من تخليق مواقف كافية لإجراء التعرض التدريجي، ومن ثم فعليه أن يبحث مع المريض عن المواقف، والأشياء، والأماكن التي تستثير الفكرة، فأماكن المطبات، ومطلع الكباري، والملفات على شكل U، والطرق غير الممهدة، كلها مثيرات تساعد على تكوين

مدرج القلق، كذلك إذا ما كان يخشى من إصابة الأطفال على وجه الخصوص فقد يكون ملائماً تضمين الشوارع التي تحتوى مدارس للأطفال في مثيرات القلق، وقد يكون من أعلى المواقف إثارة لقلقه أن يقود سيارته بمفرده أمام مدرسة أطفال في وقت خروج الأطفال منها.

المصادر العلمية التي ارتكز عليها البرنامج العلاجي الحالي

في مطلع عام ٢٠٠٨ قمّت بمراسلة أعضاء مجموعة العمل العالمية المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية OCCWG لسؤالهم عن أفضل المراجع المتاحة التي توفر دليلاً عملياً للمعالج المعرفي في علاج اضطراب الوسواس القهري، وقد أوصوني بالدليل العملي الذي نشره ويلهيلم Wilhelm وستيكيتي Stekette - وهما ضمن أعضاء الفريق العالمي OCCWG - عام ٢٠٠٦

الدليل العملي لتطبيق العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري

"Wilhelm, S. & Stekette, G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*, Oakland: New Harbinger publications"

وقد كان هذا الدليل ركيزة أساسية في عملي مع مرضى الوسواس القهري، وإلى جانب هذا الدليل فقد تمت الاستعانة بالدليل العلاجي المعرفي السلوكي الذي قدمه ستيكيتي عام ١٩٩٩ "Stekette, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland: New Harbinger publications". وكذلك الدليل الذي

قدمه أبرامowitz Abramowitz عام ٢٠٠٦ والذي يشرح فيه البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يستخدمه في عيادته "Abramowitz, J. (2006). *Obsessive Compulsive Disorder*, USA : Hogrefe & Huber Publishers". كما تمت الاستعانة بعدد كبير من الدراسات التي اهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري (أكثر من ٢٠٠ دراسة). كما اعتمدت في صياغة التجارب السلوكية على "دليل أوكسفورد للتجارب السلوكية في العلاج المعرفي"

Bennet-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Muller, M. & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*, Oxford: Oxford university press.

أما فيما يخص مبادئ العلاج المعرفي بصفة عامة فقد تم الاعتماد على الدليل الذي قدمته جوديث بيك: "بيك، ج. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد، ترجمة: طلعت مطر، مراجعة: إيهاب خاطر، القاهرة: المركز القومي للترجمة. ع (١١٤١)".

ثم قمّت بإعداد برنامج العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الوسواس القهري ليتم تطبيقه عبر ست مراحل، هي:

مراحل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

لاضطراب الوسواس القهري

- ١- مرحلة التعليم النفسي
- ٢- مرحلة الوصول لمعاني الأفكار الوسواسية
- ٣- مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربطها بالمخططات المختلفة الكامنة خلفها
- ٤- مرحلة تعديل المخططات المختلفة وأخطاء التفكير
- ٥- مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية
- ٦- مرحلة العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة

وفيما يلي نعرض لتفاصيل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري.

أولاً: مرحلة التعليم النفسي

تعتمد الجلسات التمهيدية بشكل أساسي على التعليم النفسي لعدد من الجوانب، وهي: معنى اضطراب الوسواس القهري، وأنواع الوسواس والأفعال القهرية، ونسب الانتشار، وطبيعة الأفكار المقتحمة ومنشأها، وأسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري من منظور معرفي سلوكي، والمعتقدات (المخططات) المختلفة المميزة للوسواس القهري، وأخطاء التفكير.

ويعد الهدف الرئيس للجلسات التمهيدية هو إضفاء الصفة الطبيعية على الأفكار التي تعترى المريض، والوصول معه إلى تقبل مجيء الأفكار المقتحمة إلى عقله أياً كان محتواها كجزء من النشاط الطبيعي للعقل (Wilhelm & Stekette, 2006). وتستغرق هذه المرحلة جلستين في المتوسط، ويفضل دائماً إعطاء المريض ورق شارح لأهم ما تم تعلمه في الجلسة.

مثال للسيناريو العلاجي في مرحلة التعليم النفسي:

- معنى اضطراب الوسواس القهري ونسب الانتشار
- المعالج: أود الآن أن أبين لك معنى اضطراب الوسواس القهري، فماذا يعني أن يعاني شخص من اضطراب الوسواس القهري؟
(صمت.. ربما يقدم المريض إجابة وهنا تتم الاستفادة مما قدمه)
 - المعالج: يعني أنه يعاني من وساوس معينة، هذه الوسواس عبارة عن أفكار أو صور تأتي لذهنه، هذه الأفكار والصور عادة لا يحبها الفرد ولا يرغب فيها، ولكنها تفرض نفسها عليه وتفتح عقله، وكلما حاول الفرد التخلص منها تفرض نفسها عليه أكثر، وهذه الوسواس قد تلج على الفرد للقيام بتصرفات معينة.

هذه الأفكار التي لا يرغب فيها الفرد تسبب له بعض القلق والضيق، ولذلك يسعى إلى تقليل هذا القلق من خلال تصرفات معينة يجد نفسه مجبراً على القيام بها. هذه التصرفات قد تكون أفعالاً ظاهرة، فمثلاً: من يعاني من وسواس التلوث يجد نفسه مجبراً على تكرار غسل يديه ليقطل قلقه، وقد تكون هذه الأفعال أشياء يقوم بها بشكل غير ظاهر، فمثلاً: من تهاجمه فكرة

سيئة عن شخصيات دينية يجد نفسه يتصرف بشكل قهري كأن يقوم بتكرار عبارات معينة يرددها بداخله مثل: لا أقصد، أو أنا استهزئ بالشيطان، أو يعد سرا من ١: ٢٠ ليشئت ذهنه عن هذه الفكرة، وهكذا.

هذا الاضطراب اضطراب معروف ومنتشر لدى عدد ليس قليلا من الأفراد فهو موجود على الأقل لدى ٣٪ من الأشخاص، ونسبة ٣٪ ليست نسبة قليلة، فلو تصورت مثلا عدد السكان في العمارة السكنية التي تسكن فيها، وتصورت أن من بين كل ١٠٠ شخص على الأقل ٣ أشخاص يعانون من الوسواس القهري؛ لعرفت كم شخصا يعاني من الوسواس في عمارتك فقط، ومن ثم كم شخصا يعاني في شارعك وبين زملائك ...، ولكن أحيانا يظن الفرد أنه هو وحده الذي يعاني من هذه الأفكار الغريبة. ولك أن تعرف مهما كانت غرابة أفكارك أو تجاوزها للمعايير فإن هناك أشخاصا كثيرين غيرك لديهم هذه الأفكار أو ما يشبهها، ولست وحدك الشخص الذي يعاني من هذه الأفكار، ولن تصيبي أفكارك - مهما كانت - بالدهشة أو تدعو للخجل.

أمثلة لأنواع الوسواس والأفعال القهرية

- المعالج: هل تعرف أن الوسواس والأفعال القهرية متعددة ومتنوعة؟ فهل تعرف بعض أنواع لهذه الوسواس والأفعال القهرية؟
(صمت.. يتم الاستفادة من أية إجابة يقدمها المريض)
- المعالج: إن الوسواس والأفعال القهرية لها أشكال متعددة، ومن أشهرها:
 - وسواس التلوث، مثل: الخوف من تلوث الأيدي أو الملابس. ويترتب عليه فعل قهري مثل: التنظيف والغسل.
 - وسواس الشك، مثل: هل تركت موقد الغاز مفتوحا؟ ويترتب عليه فعل قهري مثل: المراجعة.
 - العدوان والأذى، مثل: أفكار ملحة تدفع الفرد لإيذاء نفسه أو إيذاء شخص عزيز. ويترتب عليه فعل قهري مثل: تجنب استخدام الآلات الحادة مثلا أو تجنب الوقوف في الشرفة.
 - الجنس، مثل: أفكار ملحة تدفع الفرد للقيام بفعل جنسي شاذ لا

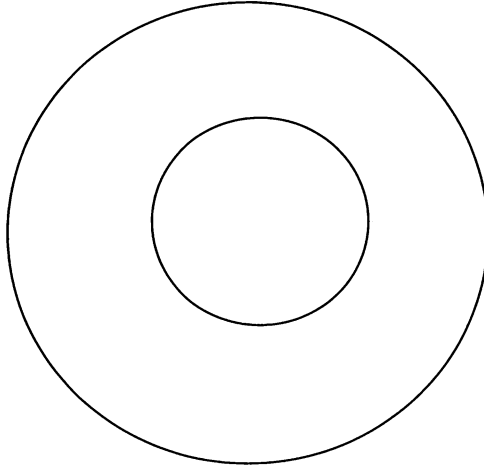
يرغبه. ويترتب عليه فعل قهري مثل: عد أرقام معينة لتشتيت
الذهن عن الفكرة، أو حركات قهرية معينة مثل: إغماض العينين
بشدة أو الخبط على الرأس.

- العقيدة (الدين)، مثل: الشك في صحة أداء العبادات، ويترتب عليه
فعل قهري مثل: تكرار العبادات، أما الأفكار الملحة التي تدفع
الفرد للإساءة لرموز دينية مثلاً فيترتب عليها فعل قهري مثل:
تغيير الفكرة المسيئة مثل: تخيل أن الإساءة موجهة للشيطان.
- التناسق والترتيب، مثل: الاهتمام المفرط بترتيب الكتب وأدراج
الملاعق.

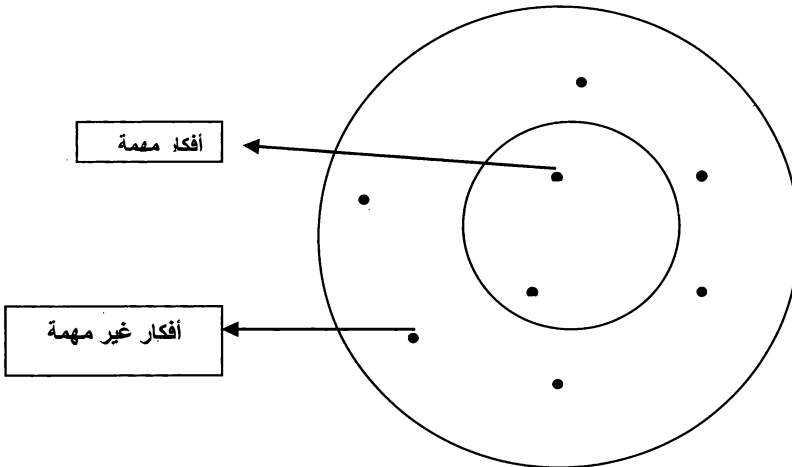
- المخاوف من فقد السيطرة، مثل: الخوف من فعل سلوك غير ملائم
مثل خلع الملابس أمام الناس أو الصراخ في وجههم أو الضحك في
مأتم. ويترتب عليه فعل قهري مثل: القيام بحركات معينة، مثل:
عقد اليدين بشدة حتى لا يقوم بأي فعل غير مناسب، أو إغلاق الفم
بشدة حتى لا يصرخ في وجه الناس أو لا يضحك في موقف لا
يناسب الضحك.

طبيعة الأفكار المقتحمة ومنشأها، وأسباب الإصابة باضطراب الوسواس
القهري من منظور معرفي سلوكي

- المعالج: يرسم المعالج دائرتين كما يلي:



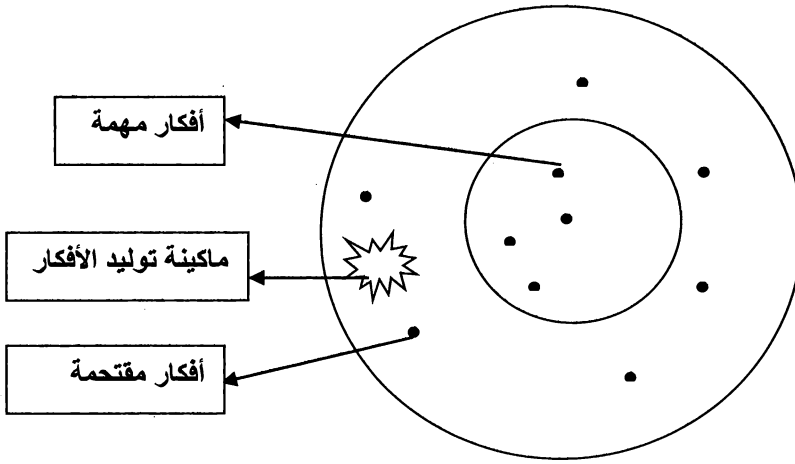
ويقول: دعنا نتصور بشكل افتراضي أن مخ الإنسان مكون من دائرتين، الدائرة الداخلية المركزية تشتمل على الأفكار المهمة والتي يريد الفرد التفكير فيها، مثل التخطيط لمشروع ما أو وضع جدول للاستذكار أو تلخيص درس معين وهكذا، أما الدائرة الخارجية يُفترض أنها تشتمل على أفكار أيضاً، ولكنها... (ينتظر قليلاً لاستثارة انتباه المريض) أفكار غير مهمة أو عابرة، وهي أفكار لا يفكر فيها بإرادته، فمن أين تأتي هذه الأفكار ما دام الفرد لا يفكر فيها بإرادته؟



إن الإنسان يعيش في عالم متغير ومتنوع ومتجدد ويتعرض لتحديات كثيرة كل يوم تتطلب منه التفكير السريع وتوليد أفكار متجددة ومتنوعة تواكب كل ما يتعرض له من أحداث وتحديات، لذا كان لزاماً أن يوجد في العقل آلية تعمل بشكل مستمر ودائم، وسنطلق عليها مجازاً **ماكينة توليد الأفكار**، تلك الماكينة تعمل بشكل آلي تلقائي لتوليد الأفكار، تلك الأفكار التي تسعف الفرد في المواقف المختلفة؛ فتقدم له حلولاً لمشكلاته أو تساعد على الإبداع والابتكار، وجميعنا يمر بهذه التجربة كثيراً جداً، وطبق هذا على نفسك، أما تذكر مرة كنت فيها في مشكلة ما لا تعرف كيف تحلها، وفجأة وجدت فكرة قد طرأت إلى ذهنك بالحل، وتقول: "نطت في دماغي فكرة"، وكأنها إلهام؟ كذلك المبدعون الذين يقولون بأن الشرارة الأولى لإبداعاتهم تنتج من فكرة أو صورة تقتحم أذهانهم فجأة.

إن وجود أفكار غريبة تقتحم ذهن الفرد فجأة وتفرض نفسها عليه أمر يحدث للناس جميعاً، وقد أثبتت الأبحاث العلمية أنه ظاهرة إنسانية عامة، فجميع الأفراد أثناء أدائهم لأعمالهم، أو مشاهدتهم للتلفزيون، أو حتى أثناء جلوسهم في حالة استرخاء قد تأتي لأذهانهم أفكار لم يعتمدوا التفكير فيها. ووجود تلك الأفكار المقتحمة أمر مهم لا غنى عنه، فلك أن تتصور لو أنك استطعت أن تغلق ذهنك عمداً على الأفكار التي لديك ولا تفكر إلا فيما تريد فقط، لن يكون هذا شيئاً جيداً؛ لأنك لن تستطيع التفكير في أي شيء جديد ولن تتمكن من مواجهة الأمور المتطورة، وسيتوقف عقلك عن الإبداع والابتكار، ذلك لأن ما هو متاح لديك من أفكار لا يكفي للتعامل مع المواقف المتجددة.

ولأن ماكينة توليد الأفكار ليس لها مفتاح لإغلاقها، ولأن هذه الأفكار تتولد تلقائياً دون تدخل أو تحكم منا، فمثلما تنتج أفكاراً إبداعية فقد تنتج أفكاراً غير مهمة، وربما تكون عكس معتقدات الفرد وقيمه، وربما كان بعضها سخيلاً وبلا معنى.



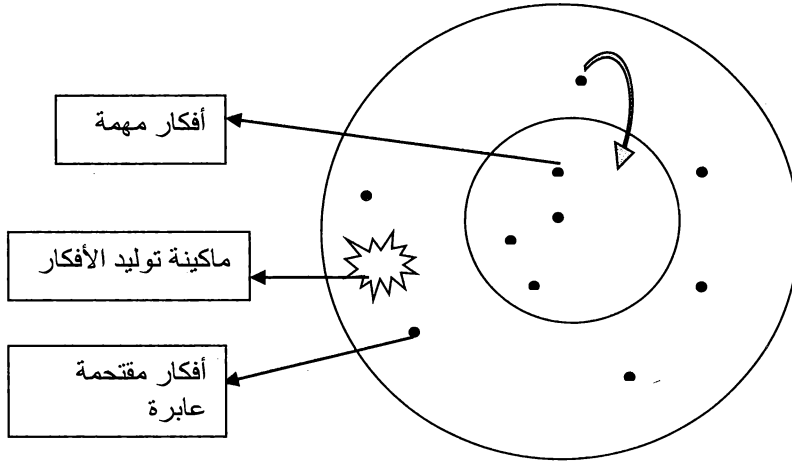
فمن الطبيعي أن تجد الأشخاص عموماً تراودهم بعد مغادرة منازلهم أفكار من قبيل، هل أغلقت الباب جيداً، هل أطفأت موقد الغاز، ومن الطبيعي أيضاً أن تمر في أذهان الأشخاص فكرة سخيفة أثناء الازدحام بأن يطيروا بسياراتهم ليعبروا ذلك الازدحام، أو يقفزوا من فوق الكوبري لاختصار الطريق، أو تجدهم وهم يقودون سياراتهم عندما يمر أمامهم شخص ما قد تطراً على أذهانهم فكرة أن يصدموها هذا الشخص المار، وربما تراودهم فكرة سخيفة عند تقديم بعض المشروبات لضيف ما أن يسكبوا الأنية على الضيف، وكثيرون عند أدائهم للعبادات تمر على أذهانهم أفكار تسيء للمقدسات، وغيرها كثير من الأفكار السخيفة، تلك الأفكار تُسمى أفكار مقتحمة، وسُميت مقتحمة لأنها تقتحم ذهن الفرد دون إرادته^(*).

وما دام الأفراد جميعاً يخبرون وجود أفكار مقتحمة سخيفة كجزء من نشاطهم العقلي؛ فلماذا يضطرب بعضهم فقط (٣% فقط) من تلك الأفكار إلى الحد الذي يجعلهم يصابون باضطراب الوسواس القهري؟

إن الأفكار المقتحمة تتسم لدى الأفراد بصفة عامة بأنها عابرة، بمعنى أنها تأتي إلى أذهانهم حقاً، لكنها لا تلبث أن تمر سريعاً دون أن يلتفتوا لها أو يُعيروها اهتماماً، في حين أن البعض القليل من الأشخاص لا تتصف تلك الأفكار لديهم بأنها عابرة، فعندما تقتحم أذهانهم فإنها لا تمر سريعاً؛ بل إنها

(*) يتضح هنا أن المعالج يسعى لإيضاح الصفة الطبيعية للوسواس، وهو ما يُعرف بـ Normalization.

تنتقل من دائرة الأفكار غير المهمة وتدخل عنوة إلى دائرة الأفكار المهمة، ومن ثم يتعاملون معها وكأنها مهمة ويوجهون كثيراً من انتباههم لها، ويعد هذا هو جوهر المشكلة، وهو انتقال تلك الأفكار غير المهمة إلى حيز الأفكار المهمة، وهنا يبدأ الاضطراب.



ولأن هذه الأفكار في حقيقتها أفكار تافهة وسخيفة وغير مهمة وتدخلت في مكان غير المكان المناسب لها؛ فإنها تصبح كالميكروب الذي يتطفل على الجسم، فيتكاثر ويزداد، وبالمثل تلك الأفكار تتزايد حتى تستحوذ على المساحة المخصصة للأفكار المهمة نفسها، وتصبح هي الشغل الشاغل للمريض على حساب اهتمامه بالأمور المهمة في حياته.

وبناء على ذلك فإن العلاج النفسي الذي سنقدمه يهدف بشكل أساسي إلى.... (صمت لاستثارة انتباه المريض، وقد لاحظت أنه عادة ما يجيب معظم المرضى الإجابة الصحيحة) يهدف إلى إعادة تلك الأفكار الهامشية غير المهمة إلى مكانها الطبيعي خارج الدائرة المهمة.

كيف يتم ذلك؟ يتم ذلك من خلال الإجابة عن سؤالين:

١- لماذا دخلت هذه الأفكار غير المهمة في دائرة الأفكار المهمة عند بعض الأفراد؟

٢- لماذا عندما دخلت تلك الأفكار في الدائرة المهمة لم يتم طردها تلقائياً؟

إجابة السؤال الأول:

لو تخيلنا أن عقل الإنسان يشبه الكمبيوتر، فإنه يشتمل على مجموعة كبيرة من البرامج، تلك البرامج هي التي تشكل طريقة عمله، فهذه البرامج هي التي تحدد له ما هي الأشياء المهمة وما هو غير المهم، ما هو الصواب وما الخطأ، ما هو الشيء الآمن وما هو الشيء المهدد، هل تصرف بشكل ملائم أم غير ملائم، وهكذا. ومن ثم إذا كان هناك برنامج أو أكثر قد تكوّن بشكل خاطئ؛ فإنه سيعطي الفرد مدلولات غير صحيحة، فقد يوجهه إلى أن شيئاً ما خطير رغم أنه آمن، وقد يجعله يرى سلوكه الملائم على أنه غير ملائم أو غير كافٍ.

إن الأفراد - الذين تدخل لديهم الأفكار غير المهمة إلى دائرة الأفكار المهمة - تتصف عقولهم بأنها تشتمل على بعض البرامج التي تكوّنت بشكل خاطئ، والتي جعلتهم يرون الأفكار غير المهمة - التي تراود الناس جميعاً ويتجاهلونها - على أنها مهمة، ومن ثم أصبحت تلك البرامج تعمل كالمغناطيس؛ تجذب الأفكار التافهة وتدخلها للدائرة المهمة.

وهنا تُطرح عدة أسئلة: ما هي هذه البرامج، وكيف تتكون من الأساس، ولماذا تكوّن بعضها بشكل خاطئ؟

هذه البرامج اسمها العلمي "المعتقدات" أو "المخططات"، والمعتقدات "هي تصوّرات الشخص عن نفسه وعن الأشياء المحيطة به، وهو يصدّق هذا التصوّر تصديقاً جازماً ويؤمن بصحته تماماً"، والفرد لديه عديد وعديد من المعتقدات "التصورات" التي يصدقها ويؤمن بها، فلديه تصوّر عن نفسه هل هو ناجح أم فاشل، محبوب أم منبوذ، ولديه تصوّر عن الآخرين هل الناس خيرون أم شريريون، ولديه تصوّر عما هي الأشياء الآمنة وما هي الخطيرة، وما هي الأشياء المهمة وما هي الأشياء التافهة، وهكذا، تلك التصوّرات يؤمن بها الفرد ويعتقد في صحتها تماماً.

تلك المعتقدات تتكون منذ الطفولة وعبر مراحل حياة الفرد، وهي تتكون من خلال أمرين: ١- تفاعل الفرد مع الأشخاص المهمين في حياته "الأسرة، والمدرسة، والأصدقاء،..." ٢- الأحداث التي يتعرض لها عبر مراحل حياته، وخاصة الأحداث المبكرة.

وعندما تتكون هذه المعتقدات فإن الشخص لا يرى نفسه والمحيطين به والأشياء من حوله والعالم كله إلا بعين هذه المعتقدات، أي أنه يرتدي نظارة معتقداته وهو ينظر لكل شيء، وتحدد له هذه المعتقدات الأشياء التي تستحق الانتباه لها والاهتمام بها، والأشياء التي تستحق أن يحتفظ بها في ذاكرته، وتحدد له الطريقة التي يفسر بها المواقف والأحداث، فمثلاً: إن كان الشخص قد كوّن اعتقاداً عن نفسه بأنه محبوب؛ فسيفسر تفاعلات الآخرين الإيجابية معه على أنهم يحبونه، ولكن إن كان قد كوّن اعتقاداً عن نفسه بأنه غير محبوب؛ فسيفسر تفاعلات الآخرين الإيجابية معه على أنها مجرد مجاملات اجتماعية وليست دليلاً على محبتهم له، كذلك: إن كوّن الفرد اعتقاداً عن الآخرين بأنهم سيئون ولا يحبون الخير لبعضهم البعض، فقد يجعله هذا الاعتقاد ينتبه بشدة - عندما يخرج في الصباح- للأشخاص الذين قابلهم مصادفة، وللتعليقات التي قالها زميله عن حلتته التي يرتديها، حتى إذا ما صادفه موقف سيئ خلال اليوم تذكّر على الفور الأشخاص الذين شاهدتهم في الصباح، والشخص الذي امتدح ملابسه، وربط بين هذا وبين الموقف السيئ الذي حدث له، وبناءً عليه فقد يلتفت الفرد لأشياء معينة ويهتم بها ويحفظها في ذاكرته لأنها تتماشى مع معتقداته، وفي الوقت نفسه يتجاهل أشياء أخرى ولا يهتم بها ولا يحفظها في ذاكرته لأنها لا تتماشى مع معتقداته.

ومن المتوقع أن الفرد الذي تعرض لخبرات حياتية سلبية، وكانت تفاعلاته مع الأشخاص المهمين في حياته تفاعلات غير سوية؛ نتوقع أن تتبنى لديه معتقدات خاطئة، تجعله يرتدي نظارة غير نقية، يرى من خلالها بعض الأشياء بشكل سلبي أو خاطئ.

وإذا انتقلنا إلى مثال يقربنا أكثر من موضوع الوسواس القهري، فسنجد أن الفكرة المقتحمة الواحدة يمكن تفسيرها (أو رؤيتها) بأكثر من طريقة باختلاف معتقدات الأشخاص، فالشخص الذي تلح على ذهنه فكرة أن يضرب أحداً بالة حادة؛ تورقه هذه الفكرة لأنه يفسرها (يراها) بأنها دليل على كونه شخصاً عدوانياً، في حين قد يفسرها شخص آخر بأنها فكرة يمكن استخدامها إذا تعرض لسارق مثلاً، وقد يفسرها بأنها شيء تافه لا يستحق الالتفات له. إذن رغم أن الفكرة واحدة إلا أن تفسيرها هو ما يصيبنا بالقلق أو يؤدي للراحة. ولو أخذنا مثلاً آخر: فكرة نكتة جديدة طرأت على ذهن شخص مرح فقد يفسر (يرى) الشخص هذا الأمر على أنه شيء جيد ودليل على إبداعه، ولكن إذا

جاءت هذه الفكرة لشخص صارم أو جاد فقد يفسرها (يراهما) على أنها شيء سخي لا يجب الحديث عنه لأنه يقلل من هيئته، وإذا جاءت لشخص ثالث أثناء وجوده في مأتم فقد يفسرها على أنها دليل على تبلد مشاعره.

لقد عرفنا الآن كيف تكونت هذه البرامج (المعتقدات)، وكيف تكوّن بعضها بشكل خاطئ، والآن يجب أن نعرف ما هي البرامج (المعتقدات) التي تكونت بشكل خاطئ وأصبحت مسئولة عن تفسير أو رؤية الأفكار غير المهمة على أنها مهمة وبالتالي تسببت في الإصابة بالوسواس القهري، سأعرضها لك الآن وأريدك أن تدقق فيها، وتخبرني أي منها تجد أنه قريب من طريقة تفكيرك.

(١) تضخيم المسؤولية عن الأذى

وهو اعتقاد تكوّن لدى الفرد يتصور وفقا له أنه:

- هو سبب الأذى لنفسه ولمن حوله، ومن ثم يشعر كثيرا بالذنب.
- كما يشعر بالتقصير لأنه يعتقد أن هذا الأذى الذي حدث كان يمكنه منعه لو بذل جهدا أكبر.
- كما أنه يتصور أن أي أذى يُحتمل – مجرد احتمال - حدوثه فلا بد أن يبذل كل الجهد في منعه، وسيستطيع فعلا منعه إذا ما بذل جهدا أكبر.

فمثلا: إذا مرّ هذا الشخص في طريق ما ووجد قطعة زجاج مكسورة مرّ عليها مئات الأفراد دون أن يلتفتوا لها؛ فإنه يعتقد أنه مسئول عن إزالتها وإلا فأى أذى سيحدث سيكون بسببه هو، وهو في ذلك لا يفكر في مسؤولية الشخص الذي رماها، ولا في مسؤولية عامل النظافة عن إزالتها، ولا في مسؤولية مئات الأشخاص الذين مرّوا عليها، ولكنه يرى أنه هو المسئول عن أي أذى يمكن أن يحدث، هذا الشخص لا يزيل قطعة الزجاج بدافع ديني من إماطة الأذى عن الطريق، وإنما بدافع الخوف من الأذى والخوف من تحمل مسؤولية هذا الأذى، وقد يتكوّن هذا الاعتقاد لدى الشخص إن كان قد تعرّض في طفولته لأشخاص مؤثرين كانوا يُحمّلونه مسؤولية المترتبات السلبية التي تحدث، أو إذا كان الفرد تعرّض فعليا لحادثة أو حوادث معينة تسبب فيها في حدوث شيء سيئ أثر عليه أو على الآخرين.

٢) المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة

وهو اعتقاد لدى الفرد بأن

- الأفكار لا تأتي إلى الذهن بالصدفة، وطالما أنها جاءت إلى الذهن فلا بد أن لها معنى وأنها مهمة ولا يجب تجاهلها.
- وأن تلك الأفكار التي تراوده لا بد وأنها تعبر عن مكنون نفسه، أو عن رغبات دفينه لديه.
- وأنه سيُحاسَب عليها ويُعاقَب عليها.
- كما يعتقد أن تلك الأفكار ربما تنذر بحدوث شيء ما في الواقع. ويُعرف هذا بالخلط بين التفكير والفعل، وهو نوعان:

● طالما راودتني فكرة سيئة فهذا معناه أنني إنسان سيء

(التفكير = الفعل). ويظهر هذا الاعتقاد مع عديد من الأفكار، مثل: الأفكار التي تسى للمقدسات، أو مع أفكار إيذاء الآخرين. فمثلا يعتقد أنه طالما راودته فكرة عن الإساءة لشيء من المقدسات فكأنه أساء بالفعل.

● طالما راودتني فكرة بحدوث شيء سيئ فسيحدث فعلا

ويظهر هذا الاعتقاد مع عديد من الأفكار، مثل: الأفكار التي تراود الفرد باحتمال إصابة أحد أولاده بمكروه، أو أفكار عن احتمال أن تكون خاتمته سيئة أو احتمال أن يخرج عن دينه. فيعتقد الفرد أن مجرد مجيء هذه الأفكار يُنذر بحدوثها فعلا.

مثل تلك الأفكار المقتحمة قد تجول في أذهان كثيرين، غير أنها تمر سريعا، ولكن وجود ذلك الاعتقاد لدى فرد ما يتسبب في اهتمامه بتلك الأفكار، ومن ثم يُحوّلها من فكرة عابرة إلى فكرة وسواسية ملحة.

٣) المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة

وفيه يعتقد الفرد بأنه

- مُطالب بإيقاف وكبح والتحكم في أي فكرة سيئة تراوده.
- وأنه يمكنه فعلا تحقيق هذا التحكم إذا بذل جهدا كافيا وإذا كان شخصا قويا.

- ويعتقد أن فشله في التحكم معناه أنه شخص ضعيف أو أنه مُتَقَبِّلٌ للفكرة السيئة.

ويعد هذا الاعتقاد اعتقاداً خطيراً لأنه يتسبب في زيادة إلحاح وشدة الأفكار الوسواسية، فقد توصل الباحثون إلى أن محاولة التحكم العمدي في الأفكار المقترحة يُعد "آلية مواجهة مضادة النتيجة" بمعنى أنها تؤدي إلى نتائج عكسية، لأن محاولة التحكم العمدي في الأفكار ومحاولة إيقافها عنوة يؤدي إلى مزيد من الانشغال بها، ومزيد من مراقبتها وتعقبها مما يؤدي إلى مزيد من إلحاحها، (فالتفكير في عدم التفكير في أمر ما هو في ذاته تفكير في هذا الأمر وانشغال به).

٤) المبالغة في تقدير التهديد

وهو اعتقاد لدى الفرد بأن

- المواقف تُعد خطيرة ومهددة طالما أن مؤشرات ودلائل الأمان غير واضحة (ما دام الأمان غير واضح في الموقف إذن فالموقف بالضرورة مهدد).

- هؤلاء الأشخاص يفترضون حدوث الأحداث المؤذية بدرجة أكبر من المحيطين بهم.

- ويتوقعون بدرجة أكبر أن الأحداث المؤذية ستكون شديدة.

- ويعتقدون أن تصوراتهم عن الخطر والتهديد حتى وإن لم تنطبق على الأشخاص الآخرين فإنها تنطبق عليهم هم؛ لأنهم مهينون للأذى والخطر أكثر من غيرهم.

وقد يظهر هذا الاعتقاد عندما تراود الفرد أفكار عن التلوث واحتمالات الإصابة بالأمراض من الجراثيم والقاذورات، أو مثلاً أفكار حول الخشية من أن يخترق أحد بريده الإلكتروني لأنه كتب كلمة السر أثناء جلوس زميل بجواره. تلك الأفكار كان من الممكن أن تمر سريعاً كما يحدث لدى الكثيرين، غير أن وجود ذلك الاعتقاد لدى الفرد تسبب في اهتمامه بتلك الأفكار، وانشغاله بها، وتوقعه حدوث أمور خطيرة، ومن ثم تحولت هذه الأفكار العابرة إلى أفكار وسواسية ملحة.

٥) عدم تحمل عدم اليقين (الأمر غير المؤكدة)

وهو اعتقاد لدى الفرد

- بضرورة التأكد بشكل قاطع يصل إلى نسبة ١٠٠٪ من كل شيء وخاصة قبل اتخاذ أى قرار.

- وضرورة التأكد من أن الأحداث السلبية لن تحدث.

- كما يعتقد في ضرورة تجنب الأمور غير المؤكدة، ولزوم الامتناع عن أي فعل يقوم على أساس أمور غير مؤكدة، وإلا فستحدث نتائج سلبية.

- كما يعتقد الفرد أنه يمتلك قدرة محدودة للتعامل مع المواقف الجديدة أو الغامضة أو المتغيرة على نحو غير متوقع.

وينشط هذا الاعتقاد مع أفكار عديدة مثل: الشك في تلوث شيء معين، أو الشك في انتهاء صلاحية أي طعام يتناوله، وكثير من أفكار الشك، تلك الأفكار التي تراود الأفراد بشكل عام وتمر سريعا، غير أن الشخص الذي يعتقد في ضرورة التأكد الجازم من كل شيء لن تمر عليه تلك الأفكار سريعا دون تمحيص وتدقيق وسعي مبالغ فيه للتأكد التام والتخلص من أية نسبة من الشك، مما يتسبب في تحول تلك الأفكار العابرة إلى أفكار وسواسية ملحة.

٦) النزعة إلى الكمال

هو اعتقاد

- بضرورة فعل الأشياء بطريقة كاملة.

- وأن هذا الأداء الكامل ممكن تحقيقه.

- وأن الأداء الكامل ضروري.

- ويتبنى هذا الفرد معايير مثالية مبالغ فيها ويعتقد في ضرورة العمل وفقا لها.

- كما يعتقد أن هناك حلا كاملا لأية مشكلة يجب البحث عنه، ولا يجب قبول حل آخر غيره.

- ورغم ذلك فإنه يرى أن جهوده دائما غير كافية وكان يجب عليه العمل بشكل أفضل.

- والدافع لديه في كل ذلك ليس الرغبة في الإنجاز وإنما الخوف من الفشل والخطأ، فهو يعتقد أن الأخطاء البسيطة تؤدي لمرتبات خطيرة، وأن الخطأ الواحد أو عدم اكتمال شيء ما يساوي الفشل التام، وأن الفرد سيفقد احترام الآخرين لو فشل في شيء ما.

٧) المبالغة في مرتبات القلق

وهو اعتقاد الفرد بأنه غير قادر على تحمل القلق أو الضيق، وأنه إذا تعرّض للقلق فستحدث له مرتبات خطيرة، فيتوقع أنه سيفقد السيطرة على نفسه أو أنه سيصبح مريضاً عقلياً، أو أن القلق قد يؤدي إلى خلل في وظائفه أو قد يتسبب في إحراجة.

٨) الخوف من الخبرات الإيجابية

ويعني اعتقاد الفرد أنه لا يستحق الخبرات الإيجابية أو غير قادر على تحمل تبعاتها، وأن الأحداث الجيدة لابد أن تتبع بأحداث سيئة.

أخطاء التفكير

وبعد أن قدمنا شرحاً للبرامج المسئولة عن رؤية الأفكار غير المهمة على أنها مهمة، من المفيد أن نعرف أشهر أخطاء التفكير التي تؤثر على رؤيتنا وتفسيرنا للمواقف بشكل عام.

أخطاء التفكير	بعض التفاصيل عنها
قراءة الأفكار	أن يفترض الفرد نفسه يعرف ما يفكر فيه الآخرون دون دليل كافٍ على ذلك.
معرفة الغيب	أن يتنبأ الفرد بالمستقبل "ستسير الأمور بشكل سيئ".
التفكير المأساوي	الاعتقاد أن ما حدث وما سوف يحدث لا يمكن تحمله.
التسمية	أن ينسب الفرد لنفسه وللآخرين الصفات السلبية.
بخس الإيجابيات	أن يدعي الفرد أن الإيجابيات التي حققها هو أو يحققها الآخرون تافهة.
الانتقاء السلبي	ينتقي من الموقف السلبيات فقط ويركز عليها.
المبالغة في التعميم	إدراك النمط العام من السلبيات على أساس أنها أحداث خاصة بك "تحدث دائماً".

أخطاء التفكير	بعض التفصيلات عنها
التفكير الثنائي	النظر للأحداث أو الناس من منظور إما كل شيء أو لا شيء.
الينبغيات	تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه بدلا من التركيز على ماهية الأشياء.
العزو الشخصي	إرجاع الجانب الأكبر من تأنيب الضمير للنفس والمسئولية عن الأحداث السلبية.
اللوم	التركيز على الشخص الآخر باعتباره مصدرا للمشاعر السلبية ويرفض تحمل المسئولية في تغيير نفسه.
المقارنات المجحفة	أن يعقد مقارنات غير متوازنة.
التوجه النكوصي	التركيز على فكرة ما كنت تستطيع أدائه في الماضي بشكل أفضل أكثر من التركيز على ما يمكن فعله الآن
السفسطة (ماذا لو؟)	الاستمرار في طرح الأسئلة الخاصة بماذا لو حدث كذا، ويفشل في الاقتناع بأية إجابة .
الاستدلال الانفعالي	أن يسمح لمشاعره أن توجه تفسيراته في الواقع.
العجز عن الموافقة	رفض أي دليل يناقض أفكاره السلبية.

والآن بعدما انتهينا من إجابة السؤال الأول وعرفنا لماذا دخلت الأفكار غير المهمة في دائرة الأفكار المهمة عند بعض الأفراد، فإننا في حاجة إلى معرفة إجابة السؤال الثاني وهو: لماذا عندما دخلت تلك الأفكار في الدائرة المهمة لم يتم طردها تلقائيا؟

إجابة السؤال الثاني

والإجابة ببساطة لأن الفرد استجاب لها، ونفذ متطلباتها، فعندما راودته فكرة عن تلوث شيء ما قام بتنظيفه، وعندما شك في عدم إغلاق باب المنزل عاد للتأكد، وعندما ألحت عليه فكرة تسيء للمقدسات ظل يؤكد لنفسه أنه لم يتفوه بها، وكلما انشغل الفرد بالفكرة أكثر أثبت لعقله أن هذه الفكرة مهمة ويجب الاهتمام بها أكثر.

ولك أن تتخيل أن شخصا سخيًا لحوحا كلما طَلَبَ منك طلبًا معينًا نفذته له، هل تتوقع أنه سيرحل عنك ويتركك، بالعكس ستزداد طلباته وإحاحه لأنه يعرف أنك تنفذ ما يطلبه منك، حتى وإن كنت تنفذه بضيق وكرب، فهذا لا يعنيه في شيء.

ولك أن تتخيل أيضًا أن أطفالًا صغارًا قاموا بالطرق على بابك كنوع من السخافة، وبدلاً من أن تعتبر أن هذا أمر سخي لا يستدعي الاهتمام؛ فإنك قمت وفتحت بابك وبدأت في مشاجرتهم، هل تتوقع أنهم سيرحلون عنك؟ بالطبع لا، سيزداد طرقهم، لقد نفذت ما يريدون وهو أن يتحول طرقهم التافه إلى شيء مهم يستدعي منك الحوار والشجار والجري وراءهم، وهم في كل ذلك يضحكون ويلهون ولا يعينهم ضيقك في شيء.

وبناء على ما سبق ما هي أهداف العلاج؟

- إن هدفنا الأول هو تعديل البرامج (المعتقدات) التي تكونت بشكل خاطئ وتسببت في سحب الأفكار التافهة وإدخالها إلى دائرة الأفكار المهمة، وبالطبع إذا قمنا بتعديل هذه المعتقدات سيكف عقلك عن النظر إلى الأفكار التافهة على أنها مهمة وبالتالي سيكف عن إدخالها للدائرة المهمة. ويعرف هذا النوع من العلاج الذي يتركز على تعديل معتقدات الفرد (بالعلاج المعرفي).

- أما هدفنا الثاني فهو التدريب التدريجي على أن تتوقف عن الاستجابة لتلك الأفكار السخيفة وتمتنع عن تنفيذ متطلباتها. هناك بعض أجهزة الكمبيوتر عندما تحفظ ملفًا معينًا على سطح المكتب desk top وتظل عدة أسابيع مثلاً لا تفتح هذا الملف تجد جهاز الكمبيوتر يرسل لك رسالة مضمونها "هناك ملفات معينة غير مستخدمة هل تريد حذفها؟" هل تعرف ماذا يعني هذا؟ (انتظر قليلاً ليفكر المريض) إن الكمبيوتر فهم أن الملفات التي لا يلتفت لها الفرد لا تستحق أن تبقى في مكان مهم كسطح المكتب وإنما مكانها الطبيعي هو سلة المهملات. وإن كان جهاز الكمبيوتر فهم ذلك؛ فالأولى أن يفهم العقل ذلك أيضاً، إن العقل يقوم بعملية الفرز نفسها، فإن وازبطت لفترة معينة على عدم الاستجابة للفكرة؛ ستجد عقلك تلقائياً

يطردها خارج الدائرة المهمة ويلقي بها في دائرة الأفكار التافهة العابرة. ويعرف العلاج الذي يهدف إلى تعديل سلوك الفرد (بالعلاج السلوكي).

ومن ثم فإن العلاج الذي نتبعه يسمى (العلاج المعرفي السلوكي)، ولا تنس كما ذكرنا مرارا أن هدفنا من العلاج ليس محو تلك الأفكار الهامشية التافهة من عقلك، ولكن هدفنا هو إعادة تلك الأفكار الهامشية غير المهمة إلى مكانها الطبيعي خارج الدائرة المهمة؛ لأن وجود مثل تلك الأفكار الهامشية المقتحمة هو جزء من نشاط العقل ومنتج من منتجاته لا يمكننا محوها ولا منعها ولكن يمكننا تجاهلها.

الخطوة العلاجية

هذا العلاج يتطلب منك بذل الجهد وتحمل بعض القلق لتحقيق الفائدة المرجوة، ولك أن تعرف أن نسب التحسن بهذا العلاج المعرفي السلوكي كبيرة ومُبشرة في حالة التزامك بالتعليمات. وسيستغرق هذا العلاج حوالي ما بين ١٦ : ٢٤ جلسة، بواقع جلستين أسبوعيا، وتستغرق الجلسة في معظم الأحوال ٦٠ دقيقة، وجلسات قليلة تستغرق ٩٠ دقيقة، يلي العلاج فترة متابعة تمتد لأربعة أشهر لمن يخضعون لبرنامج علاجي من ١٦ جلسة، وتمتد فترة المتابعة لسنة أشهر لمن يخضعون لبرنامج علاجي من ٢٤ جلسة، أما عدد جلسات المتابعة فتُقدّم جلسة كل أسبوعين في شهري المتابعة الأول والثاني وجلسة كل شهر في شهور المتابعة الباقية.

الواجبات المنزلية

يعتمد هذا العلاج على قيامك يوميا بعدد من التدريبات والواجبات وأن تخصص كل يوم جزءا من وقتك لهذه الواجبات، وذلك لأن العلاج النفسي في الأساس هو علاج تعليمي؛ بمعنى أن تتعلم كيف تصبح معالجا لنفسك، ولذلك فلا بد أن تعرف أسس العلاج وتطبقها بنفسك، ولا يكفي أن تحضر الجلسة وتستمع لما نتناقش فيه، ولا يكفي أن تقتنع بما نقول، ولكن لا بد أن تقوم بتنفيذ ما تعلمته في الجلسة في حياتك الواقعية، ولن يتحقق التحسن المرجو بدون هذا التطبيق في الواقع، كما أن هذا التطبيق يجعلك تثق أنك أتقنت خطوات العلاج بشكل جيد.

ثانياً: مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

في هذه الخطوة يبدأ المعالج في البحث عن معنى الفكرة الوسواسية، ولا ينشغل مطلقاً بأن يُثبت للمريض خطأ فكرته الوسواسية نفسها، بل ينصب تركيزه على البحث عن معنى الفكرة أو تفسير المريض لفكرته^(*)، ولتنفيذ هذه الخطوة يعتمد المعالج بشكل رئيس على فنية السهم الهابط، تلك الفنية التي تهدف – كما سبق ذكرها – إلى الوصول للافتراضات الكامنة، حيث يسأل المعالج المريض بشكل متكرر عن المعنى الذي يقدمه لأفكاره الوسواسية، ثم يسأله: على افتراض أن هذا صحيح فماذا يعني هذا بالنسبة لك؟ وما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟

ويمكن للفكرة الواحدة أن تحمل أكثر من معنى لدى المريض الواحد، وقد يختلف معناها ومن ثم يختلف المخطط الكامن وراءها من مريض لآخر، وعلى المعالج أن يهتم باكتشاف جميع المعاني التي يُضيفها المريض على فكرته الوسواسية.

وفيما يلي مثال لتوضيح كيفية الوصول لمعاني الأفكار الوسواسية^(**) (المثال لمريض يعاني من اندفاعات لإيذاء نفسه بإلقاء نفسه من أعلى الكوبري).

المعالج: لقد ذكرت لي أنك كلما صعدت إلى كوبري وأنت تقود سيارتك، ووجدت الكوبري مزدحماً، تراودك فكرة القفز من فوق الكوبري، فماذا يعني مجيء هذه الفكرة بالنسبة لك؟



المريض: يعني أن عقلي به خلل ما.



المعالج: على فرض أن هذا صحيح ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟

(*) يستخدم المنظرون والمعالجون المعرفيون مصطلح "تفسير الفكرة" أكثر من استخدامهم مصطلح "معنى الفكرة"، غير أنني لاحظت أن استخدام مصطلح "معنى الفكرة" كان أقرب لفهم المرضى.
(**) معظم الأمثلة التي سَتُقدم في هذا الكتاب هي من واقع ما عايشته مع حالات فعلية مع الحرص على إجراء إعادة صياغة للحالات rephrasing، وكتابة السيناريو باللهجة الفصحى.



المريض: ربما أفقد السيطرة على تصرفاتي.



المعالج: وما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث وقتها؟



المريضة: كارثة طبعاً، فربما فجأة أفقد صوابي وأقفز فعلاً.

وهنا يبدأ المعالج في تلخيص ما وصل إليه في "عبارة واضحة"، ثم يتحقق من انطباق هذا المعنى مع ما كان يقصده المريض بالفعل، كما يسأله عن درجة اقتناعه بصحة هذا المعنى.

ومعنى الفكرة في هذه الحالة: (أن مجيء أفكار تدفعني للقفز من فوق الكوبري يعني أن عقلي به خلل ما، ومن ثم قد أفقد صوابي وأنفذ ذلك فعلاً).

هنا يسأل المعالج: هل هذا المعنى هو ما تقصده؟

ما هي درجة اقتناعك بهذا الأمر؟

ملحوظة:

لاحظتُ أن بعض المرضى لا يستجيبون بالطريقة الملائمة لفنية السهم الهابط، أو لا يفهمون المقصود من السؤال "ما معنى هذه الفكرة بالنسبة لك؟" وهنا يُقترح استخدام فنية التساؤل السقراطي في طرح بعض الأسئلة، فإذا سأل المعالج المريض: ما معنى هذه الفكرة بالنسبة لك؟ وأجاب المريض: ليس لها معنى بالنسبة لي، أو لا أفهم المقصود من السؤال؛ يُقترح مساعدته بأسئلة من قبيل: هل هذه الفكرة لها معنى جيد أم سيئ بالنسبة لك؟ وبالطبع إذا أجاب سيئ، يبادره المعالج بسؤال: لماذا تعدها فكرة سيئة؟ وتكون إجابة المريض وقتها هي المدخل الذي يساعد على الوصول إلى معنى الفكرة.

كذلك فإن استخدام فنية إكمال الجمل يساعد المريض في الوصول لمعنى الفكرة، فمثلاً يُطلب من المريض أن يكمل جملاً معينة، مثل:

طالما جاءتني فكرة..... فهذا معناه أنني..... والمشكلة
في مجيء هذه الفكرة..... ويجب عليّ فعل..... أو
عدم فعل..... وإلا سيحدث.....

ثالثاً: مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلة الكامنة خلفها

تهتم هذه الخطوة بأن ينظر المريض بطريقة نقدية للمعنى الذي يضيفه على أفكاره، ويساعده في تحقيق ذلك أن نوجه انتباهه إلى أن الآخرين ينظرون إلى الفكرة نفسها بطرق أخرى، ويضيفون عليها معاني أخرى، كما تهتم هذه الخطوة بأن يكتشف المريض أن المعنى الذي ألحقه بالفكرة نابع من واحد أو أكثر من المخططات المختلة المسببة للاضطراب، ويُستخدم في هذا الصدد بعض الفنيات – التي سبق تناولها بالشرح – وهي: أخذ منظور الآخرين، والتساؤل السقراطي، والتعرف على الأخطاء المعرفية.

وتعتمد هذه الفنيات على توجيه مجموعة من الأسئلة للمريض، مثل:

- هل ينظر الآخرون للأمر بطريقة نفسها؟
- ما رأيهم في المعنى الذي تقدمه للفكرة؟
- ما الذي تستفيدة لو أبقيت على هذا المعنى؟
- هل ينبع هذا المعنى من أي من البرامج(*) (المعتقدات) التي سبق شرحها؟

وتعد خطوة مناقشة معنى الفكرة الوسواسية خطوة حساسة للغاية؛ لأن المعالج قد ينزلق دون قصد في مناقشة الفكرة الوسواسية نفسها – وهذا ما لا يجب أبداً - لذا فالأفضل أن يعتمد على الأسئلة التي ذُكرت آنفاً، حول رؤية الآخرين للفكرة نفسها، والمخططات -البرامج كما أسميتها للمريض- التي تقف وراء معنى الفكرة. ومن المفيد إنجاز خطوة تعديل معنى الفكرة سريعاً، والانتقال مباشرة إلى مناقشة المخططات المختلة الكامنة خلف هذا المعنى، لينتقل المعالج بالمريض إلى ما هو أبعد من فكرته الوسواسية وأبعد من معناها لينصب الجزء الأكبر من الاهتمام على مناقشة وتعديل المخططات المختلة.

(*) وجدت أن استخدام كلمة (برنامج) كانت توصل المعنى جيداً أكثر من مصطلح معتقد أو مخطط، لأن المريض يتصور عقله كأنه جهاز كمبيوتر، ويعمل فيه مجموعة من البرامج، ولذا كنت أسأله: ترى ما هو البرنامج الذي يعمل في عقلك الآن؟ فكان المعنى يصل بسهولة.

وسيعرض الآن لكيفية مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلفة الكامنة خلفها من خلال استكمال المثال الذي سبق تناوله في الخطوة السابقة

كان معنى الفكرة في المثال السابق (أن مجيء أفكار تدفعني للقفز من فوق الكوبري يعني أن عقلي به خلل ما، ومن ثم قد أفقد صوابي وأنفذ ذلك فعلا)

- المعالج: هل تعتقد أن الأفراد الآخرين الذين تراودهم فكرة مثل فكرتك ينظرون للأمر بطريقتك نفسها؟ فنية أخذ منظور الآخرين

- المريض: لا أعتقد ذلك.

- المعالج: ما الذي جعلك تعتقد أنهم يفكرون بشكل مختلف؟ فنية التساؤل السقراطي

- المريض: كثيرا ما أرى هذه الفكرة -للأسف- يتهكمون عليها، أجدها في النكات وأفلام الفكاهة وأحيانا كارتون الأطفال، وكم أتعجب كيف يمكن أن ينظر الآخرون لفكرة كهذه نظرة فكاهية، كيف يقفز أحدهم بسيارته في أفلام الكارتون وكأنه يطير، ويتعاملون مع الأمر بهذه البساطة؟

- المعالج: هل تقصد أنهم عندما راودتهم هذه الفكرة تعاملوا مع الأمر ببساطة، بل وحولوا الفكرة إلى أفلام ونكات ولكنك أنت عندما راودتك الفكرة نفسها لم تنظر لها بهذه البساطة؟

- المريض: بالفعل.

- المعالج: هل تذكر البرنامج الذي تحدثنا عنه في البداية الذي يتسبب في أن ترى الأفكار العابرة على أنها مهمة؟ فنية التعرف على الأخطاء المعرفية

- المريض: طبعاً أذكره جيدا لأنه ينطبق تماما عليّ، إنه برنامج المبالغة في أهمية الأفكار العابرة.

- المعالج: عظيم جدا.

رابعاً: مرحلة تعديل المخططات المختلفة وأخطاء التفكير

تلك هي الخطوة التي تستحوذ على معظم العمل في جلسات العلاج المعرفي، وفي هذه الخطوة يستخدم المعالج الفنيات المعرفية - التي سبق تناولها بالشرح - الهادفة إلى علاج المخططات المختلفة، ويُستخدم في هذا الصدد فنيات: التساؤل السقراطي، والمريض كمستكشف أو كعالم، والمراجعة الاسترجاعية للأدلة، ومراجعة المعطيات (فحص دقة الأدلة)، والتعرف على الأخطاء المعرفية، والتعليم النفسي، والاستعارات والقصص والتشبيهات، وفنية المتصل، وفنية ازدواج المعايير، وحساب احتمالات الأذى، وأخذ منظور الآخرين، وتخليق معاني أو تفسيرات بديلة، تخليق افتراضات ومعتقدات بديلة، وحساب المكاسب والخسائر، وتقسيم الفطيرة، وفنية قاعة المحكمة، واستشارة الخبراء، وإجراء المسح.

ويعد علاج المخططات المختلفة هو الهدف الأكثر عمقا؛ لأنه يتوجه إلى السبب الذي يُفترض ضلوعه في الإصابة باضطراب الوسواس القهري، كما أن علاج تلك المخططات يحمي المريض من احتمالات الانتكاس، وإن كانت الأفكار الوسواسية لا حصر لها فإن المخططات المختلفة الكامنة وراءها مخططات محددة ومعروفة ويمكن اكتشافها وتعديلها، وبالطبع لا تُستخدم هذه الفنيات جميعاً في كل الحالات، وإنما ينتقي المعالج منها ما يحتاجه لتحقيق هدفه. وسيُعرض الآن لكيفية تطبيق هذه المرحلة من خلال استكمال المثال الذي سبق تناوله في الخطوتين السابقتين

- المعالج: لقد تحدثنا المرة السابقة عن معنى الفكرة التي تدفعك للقفز من فوق الكوبري، وذكرت لي أنك تلاحظ أن الآخرين يتعاملون مع مثل هذه الفكرة بشكل أكثر بساطة، وأنت تهتم بالفكرة أكثر من الآخرين، وتوصلنا إلى البرنامج الذي يعمل في عقلك ويتسبب في اهتمامك بهذه الفكرة أكثر من غيرك، وكان هو برنامج (المبالغة في أهمية الأفكار المقترحة العابرة).

- المريض: تمام.

- المعالج: اليوم سنتحدث تفصيلا عن هذا البرنامج. بداية: هل تعتقد أن كل فكرة ترد إلى أذهاننا لها معنى؟
- المريض: بالطبع كنت أظن ذلك.
- المعالج: ماذا يعني (كنت)؟
- المريض: أقصد قبل أن أعرف موضوع الأفكار المهمة والهامة التي الذي حدثتني عنه في بداية العلاج.
- المعالج: هل معنى هذا أن درجة اعتقادك بأن (كل فكرة تمر إلى أذهاننا لابد أن لها معنى) قد انخفض؟
- المريض: إلى حد ما. يمكنني القول أن اعتقادي كان ٩٠% والآن أصبح ٧٠%. لا أنكر أنني شعرت ببعض الراحة عندما عرفت أن هذه الأفكار تمر في أذهان كثيرين غيري، ولكن.....
- المعالج: ولكن ماذا؟
- المريض: لا زالت تساورني الشكوك والمخاوف.
- المعالج: هذا مفهوم تماما، لقد ذكرت أنك تؤمن بصحة اعتقادك الآن بدرجة ٧٠% وهذه نسبة ليست قليلة.
- المريض: لا يمكنني أن ألغي من نفسي ما تربيت عليه بمجرد كلمات.
- المعالج: وما الذي تربيت عليه؟
- المريض: تربيت على أن تفكير الإنسان هو الدليل على شخصيته، وكلما كان تفكيري سليما ومنضبطا كان هذا دليلا على أن شخصيتي متزنة، وتربيت على أن الإنسان الذي تحمل نفسه نزعات شيطانية كالحقد والحسد فهو إنسان جوهره سيئ حتى لو بدا عكس ذلك، وأن الإنسان الذي تحمل نفسه نزعات جنونية - مثل أفكارتي التي حدثتك عنها- فهو إنسان ضعيف وغير متزن،
- لقد قرأت من قبل في كتب التنمية البشرية ومقتنع بمقولة (راقب أفكارك لأنها ستصبح أفعالا).

كيف يمكنني أن ألغي كل هذا من عقلي. إن أفكاري تلك يمكن أن تتحول لأفعال، هذا هو كلام العلم، أليس كذلك؟؟

- المعالج: أشكرك بشدة على كل ما ذكرته، إنك كلما عبّرت عما يدور بداخلك كلما كان ذلك مفيدا جدا.

لقد تحدثت عن الأسس التي انبنى عليها اعتقادك منذ الصغر، وقراءاتك التي دعمت هذا الاعتقاد، وأريد أن أقول لك أن كل ما ذكرته صحيح تماما، ولكن هناك تداخل بين بعض الأمور هو الذي يتسبب في معاناتك. "مراجعة المعطيات أو فحص دقة الأدلة"

إن مقولة (راقب أفكارك لأنها ستصبح أفعالا) مقولة صحيحة، ولكنها تنطبق على أية أفكار؟؟ تنطبق على أفكارك أنت، الأفكار المهمة التي تفكر فيها بإرادتك كما تحدثنا في بداية جلسائنا، مثل أفكارك لكي تتخذ قرارا ما أو تخطط لشيء معين، فأنت هنا تجمع بإرادتك معلومات لتتخذ قرارا، أنت تجلس بإرادتك تخطط لأمر ما، إنها كلها أمور إرادية عمدية، هذه هي الأمور التي عندما تفكر فيها قد تتحول إلى أفعال، أما الأفكار المقتحمة التي تفرض نفسها عليك وتلح على ذهنك فلا ينطبق عليها هذا الأمر، فأنت لا تملك سيطرة على مجيئها، فكيف تستدل منها على شخصيتك؟ وكيف تتوقع أنها ستوجه سلوكك وستترتب عليها أفعال؟ "فنية التعليم النفسي"، أفكار المقتحمة أشبه ما تكون بجيرانك الذين يسكنون بجوارك، هل يمكن أن تستدل على شخصيتك من حال جيرانك؟ "فنية الاستعارات والتشبيهات"

- المريض: معنى هذا أنني كنت أطبق قناعتي - بضرورة انضباط تفكيري- على كل من الأفكار المهمة والأفكار الهامشية على حد سواء؟
"اكتشاف الأخطاء المعرفية"

- المعالج: نعم نعم هذا ما قصدته تماما.

- المريض: والمطلوب مني أن أفصل بين النوعين من الأفكار.

- المعالج: بالضبط، أفكاري المهمة هي التي يجب أن تكون منضبطة ومنظمة أما الأفكار الهامشية المقتحمة فلا شأن لي بها، فلتأت كما تأتي.

- المريض: ولكن لماذا تأتيني هذه الأفكار السخيفة أساسا؟؟

- المعالج: لأن لديك عقلا مثل كل البشر. "فنية طرح تفسيرات بديلة"
- المريض: (ابتسامة.. صمت)
- المعالج: هكذا خلق الله عقلك وعقول البشر جميعا، يوجد في كل عقل مساحة من الأفكار لا يمكنه التحكم فيها. ولم يسلم من هذا الأمر أحد.
- المريض: فهمت.
- دعنا الآن نضع صياغة جديدة لاعتقادك السابق "فنية تخليق افتراضات ومعتقدات بديلة"
- الاعتقاد السابق: كل فكرة تمر إلى ذهني لها معنى وتعبر عن شخصيتي.. اقتنع بها الآن بنسبة.....%٢٠
- الاعتقاد الحالي: ليست كل فكرة تمر إلى ذهني لها معنى، أو تعبر عن شخصيتي، هناك أفكار متطفلة ليس لها معنى ولا تعبر عن شخصيتي).. اقتنع بها بنسبة.....%٢٠
- المريض: من الصعب أن أعطي نسبة دقيقة الآن، ولكن اعتقادي السابق أصبح اقتناعي به أقل من المتوسط، أما الاعتقاد الجديد فاقناعي به أعلى من المتوسط وربما مرتفع.
- المعالج: عظيم جدا علينا الآن أن نضع اعتقادنا الجديد في إطار واضح، لنساعد أنفسنا على تذكره كثيرا حتى يحل محل اعتقادنا القديم.

- ليست كل فكرة تمر إلى ذهني لها معنى، أو تعبر عن شخصيتي، هناك أفكار متطفلة ليس لها معنى ولا تعبر عن شخصيتي.
- هذه الأفكار المتطفلة تأتي إلى ذهني لأنني أملك عقلا مثل باقي البشر، وهذه هي طبيعة عمل العقل لدى الجميع.

الواجب المنزلي:

بعد الانتهاء من تعليم المريض كيفية مناقشة معتقداته الخاطئة (المخططات المختلفة)، وطرح تفسيرات ومعتقدات بديلة توافقية، يُطلب منه أن يملأ الجدول التالي في المنزل.

[illegible]

خامساً: مرحلة التجارب السلوكية كفنّية معرفية

بعد أن قام المعالج بمناقشة المخططات (المعتقدات) المختلفة مع المريض كما سبق وأوضحنا في الخطوة السابقة، عليه أن يساعد المريض على اختبار صدق المعتقد الجديد على محك الواقع، إذ لا يكفي أن يقتنع المريض بخطأ تفسيره لأفكاره الوسواسية ويتعرف على معتقداته الخاطئة ويتعلم كيف يصححها، ثم يظل سلوكه في البيئة الواقعية كما هو.

وتهدف التجارب السلوكية إلى إثبات خطأ معتقدات المريض بالدليل الواقعي، فيضع المعالج مع المريض افتراضين:

الافتراض الأول أن معتقداته حول معاني الأفكار الوسواسية وأهميتها، وضرورة القيام بالأفعال القهرية معتقدات صحيحة.

والافتراض الثاني الذي ينطلق من النموذج المعرفي السلوكي والذي يقضي بأن معتقداته هذه معتقدات خاطئة وأنها هي التي تعمل على استمرار الاضطراب.

ثم يصمم تجربة ليوضح له بالدليل الواقعي أي الافتراضين صحيح، فإما أن هناك خطراً فعلياً في الواقع أو أن ما لديه مجرد أفكار تثير القلق.

وسيعرض الآن لكيفية تطبيق مرحلة التجارب السلوكية من خلال استكمال المثال الذي سبق تناوله في الخطوات السابقة

- المعالج: لقد ناقشنا خلال المرات السابقة معنى الفكرة التي تؤرقك، وعرفنا البرنامج (المعتقد) الذي تسبب في إضفاء هذا المعنى، وحاولنا تعديل هذا البرنامج لكي يعمل بشكل أكثر توافقاً، ولكن ماذا عن تنفيذ كل ما قلناه في الواقع؟ حدثني ماذا تفعل الآن عندما تصعد بسيارتك كوبري ما؟

- المريض: إنني أجد نفسي مقتنعا بمناقشاتنا هنا في الجلسة، وربما في منزلي أيضاً، ولكن بمجرد أن أوضع في الموقف أجد كل شيء يتبدل، ويحيطني الخوف والقلق، وتسيطر الفكرة على ذهني، صحيح أنني أجد لدي بعض الأفكار الإيجابية التي تعلمتها، من قبيل: أن هذه مجرد أفكار ليس لها معنى، وأن كثيرين غيري تراودهم الفكرة نفسها ولا يهتمون، ولكن هذا لا

يجعلني أهدأ بالقدر الكافي.

- المعالج: ماذا تفعل عندما تهاجمك الفكرة ويسيطر عليك القلق؟
- المريض: بصراحة أتصرف كما اعتدت من قبل، أجدني أتحاشى السير بجانب سور الكوبري، وأحاول مزاحمة السيارات الأخرى حتى أبقى في خط المنتصف؛ حتى أطمئن أنني لن أنفذ أفكارى الجنونية.
- المعالج: أتذكر ما قلناه في بداية جلساتنا من أن مثل هذه الأفعال القهرية هي التي تتسبب في استمرار المشكلة؟
- المريض: نعم ولكني لا يمكنني أن أغامر، فالأمر يتعلق بكارثة.
- المعالج: أعرف تماما كيف يصور لك القلق كارثية الموقف، وأتفهم تماما ما تشعر به، ولكن دعني أذكر لك قصة ذكرها أحد العلماء المهمين جدا في علاج الوسواس القهري اسمه "سالكوفيسكس"، كان يحكي عن قصة رمزية أسماها "صبي البناء" وهو صبي طلب منه زملاؤه أن يسند الحائط أثناء فترة الراحة - رغم أن الحائط آمن تماما - ولكن الصبي لم يكن يعرف ذلك، وعندما كان ينصرف زملاؤه كان يظل الصبي يفكر بانزعاج في الكارثة التي يمكن أن تحدث لو توانى في إسناد الحائط، ومن ثم يستمر في دفع الحائط أكثر فأكثر، ثرى هل سند الطفل للحائط يساعده ويقلل قلقه أم يزيد متاعبه؟ إن ترك الطفل للحائط هو السبيل الوحيد لتحديد حقيقة سقوط الحائط من عدمه، وعليه أن يأخذ المخاطرة ويترك الحائط ليتأكد أن مخاوفه غير حقيقية وإلا ستستمر معاناته. لذا على الفرد أن يتحمل درجة ما من المخاطرة في لحظات معينة من حياته لتحقيق راحة طويلة المدى.
- المريض: وكيف سنختبر هذا الأمر معي؟
- المعالج: لدينا الآن احتمالان لا ثالث لهما:
 - الاحتمال الأول: أنك لو سرت بسيارتك بجانب سور الكوبري ستسيطر عليك أفكارك المفزعة وستفقد السيطرة على نفسك وتلقي بنفسك من فوق الكوبري.
 - الاحتمال الثاني: أنك لو سرت بسيارتك بجانب سور الكوبري ستراودك أفكارك المفزعة وستشعر بالقلق، ولكنك لن تفقد السيطرة

على نفسك ولن تلقي بنفسك من فوق الكوبري.

هل يمكن أن تحدد لي درجة اعتقادك في كل منهما؟

- المريض: لن أحدد درجة اعتقادي على أساس اقتناعي الآن، وإنما سأخيل نفسي أثناء سيرني فوق الكوبري، أعتقد وقتها سيكون اقتناعي بالاحتمال الأول ٨٠% والاحتمال الثاني ٢٠%.

- المعالج: هيا بنا الآن نصمم التجربة التي ستقوم بتنفيذها:

ستصعد بسيارتك إلى الكوبري الذي اعتدت السير عليه، وستكون بمفردك، وتحافظ على أن تسير بجوار السور، وأنت تردد عبارات مثل: هيا... ألق بنفسك من فوق الكوبري.. ثم سجل:

- مستوى قلقك في بداية الموقف وفي نهايته.
- ودرجة اعتقادك في صحة الاحتمال الأول والثاني.

الواجب المنزلي:

يطلب من المريض أن يكرر هذه التجربة يوميا.

وعليه أن يسجل كل يوم:

- مستوى قلقه في بداية التجربة وفي نهايتها.
- ودرجة اعتقاده في صحة الافتراض الأول والثاني.

سادسا: مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة:

- شرح منطق أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

في البداية يجب على المعالج أن يقدم شرحا وافيا لمنطق أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، فعليه أن يوضح للمريض أهمية التعرض لكل المثيرات التي تقلقه ومواجهتها، فالفرد لن يخرج من دائرة القلق إلا بالمواجهة، وعندما يتعرض للمثيرات التي تقلقه عليه أن يتمتع تماما عن كل الأفعال القهرية التطمينية والتحييدية، فقيامه بتلك الأفعال القهرية هو السبب الرئيس خلف استمرار الاضطراب، لأنها ترسخ في ذهنه الاعتقاد بأنه كان بصدد خطر حقيقي ولولا تلك الأفعال القهرية لوقع في ذلك الخطر، كما ترسخ تلك الأفعال اعتقاده بأنها الوسيلة الوحيدة في تخفيض قلقه، ومن ثم يقوم العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة بشكل أساسي على تعريض المريض للمثيرات التي تقلقه، ومنعه من القيام بالأفعال القهرية تماما، وتشجيعه على معاشة القلق، وهنا يجد المريض أن ذلك القلق -الذي كان يدفعه للقيام بالأفعال القهرية- سيقبل تدريجيا من تلقاء نفسه دون قيامه بأي فعل، وسيكتشف عند مواجهة المواقف المقلقة أنه لا توجد كوارث كما كان يعتقد.

ومن الضروري أن يشرح المعالج للمريض منحنى القلق، وأن القلق انفعال -مثل باقي الانفعالات- يولد كبيرا وينخفض تدريجيا، ولن يظل متصاعدا إلى ما لا نهاية، وأنه يقل من تلقاء نفسه دون أي تدخل منه في مدة تتراوح من ٣٠ : ٤٥ دقيقة، ومع تكرار التعرض لهذه المثيرات التي تقلقه سيحدث ما يسمى بالتعود، أي أنه سيتعود على تلك المثيرات ولن تصبح مثيرة لقلقه، وبالتالي فإن أسلوب التعرض ومنع الاستجابة مفيد جدا في مواجهة المثيرات التي تقلقه والتعود عليها والتوقف عن كل الأفعال القهرية.

التحديد الدقيق لجميع المثيرات التي تستثير الأفكار الوسواسية

سبق وأن ذكرنا أنه عند الشروع في تطبيق أسلوب التعرض ومنع الاستجابة على المعالج ألا يقف أمام الفكرة الوسواسية نفسها ويحصر تركيزه

فيها، فبعض الأفكار الوسواسية قد لا تُمكنه من سهولة إجراء التعرض ومنع الاستجابة، وإنما عليه أن ينظر إلى الفكرة بشكل أكثر اتساعاً، فيبحث مع مريضه عن المثيرات (المواقف، والأشياء، والأشخاص، والأماكن، والكلمات...) التي تستثير الفكرة، وذلك حتى يتسنى له تجميع عدد غير قليل من المثيرات التي تتيح له عمل مدرج القلق الذي سيساعد المريض على التعرض التدريجي ومن ثم تحقيق التعود.

والذي يجب التأكيد عليه هنا أنه على المعالج أن يكون دؤوباً في هذا الصدد، وألا يكتفي بما يذكره المريض – خاصة إذا كان مريضه من النوع الذي لا يُدلي بتفاصيل كثيرة – وإنما عليه أن يجتهد في اكتشاف بل واقتراح المواقف التي تثير القلق لدى المريض.

التحديد الدقيق للأفعال القهرية

من الضروري تحديد جميع الأشكال المختلفة للأفعال القهرية، فقد يتوقف المريض عن سلوك ظاهر كالمراجعة مثلاً، ولكنه يسأل شخصاً آخر ليطمئنه، أو يستمر في التطمين الذاتي من خلال المراجعات الذهنية للخطوات التي قام بها. وقد يتوقف عن غسل يديه كسلوك ظاهر، ولكنه يستمر في مسحها في ملابسه أو في فركها. وقد يتوقف من يعاني من اقترحام صور ذهنية سيئة عن العد كسلوك قهري، ولكنه لم يتوقف عن هز رأسه كنوع من رفض الصورة، أو إغماض عينيه بشدة، أو قلب الصورة في ذهنه لصورة أخرى، أو تطمين ذاته بعبارات من قبيل: لست أنا.. مستحيل.. إنه الشيطان. ولذلك من الضروري اكتشاف جميع أشكال الأفعال القهرية وتنبيه المريض أن يمتنع عنها جميعاً.

تصميم مدرج القلق

يتم الاعتماد في هذه الخطوة على المثيرات التي تم تجميعها مع المريض (المواقف، والأشياء، والأشخاص، والأماكن، والكلمات...) التي تستثير الفكرة الوسواسية، ثم نقوم بترتيبها بشكل تدريجي بحسب درجة إثارتها للقلق لدى المريض.

تصميم مواقف التعرض

وهنا يبدأ المعالج في تصميم المواقف التي تتيح للمريض التعرض لمثيرات القلق، مراعيًا المبادئ الآتية:

- أن يبدأ المريض بالتعرض للمواقف متوسطة الشدة
- أن يتعرض للموقف الذي تم البدء به يوميًا بالطريقة نفسها دون أي اختلاف أو تغيير في موقف التعرض حتى يحقق التعود عليه.
- ثم ينتقل للموقف التالي، وألا يتم الانتقال للموقف التالي إلا بعد التعود على الموقف الأول.
- الواجب المنزلي الخاص بالتعرض مدته تتحدد بناءً على انخفاض القلق، وغالبًا تكون ٣٠:٤٥ دقيقة يوميًا (وقد يزداد الوقت حتى ينخفض القلق) يتعرض فيها المريض عمداً للموقف المتفق عليه.
- قد يحدث على مدار اليوم أن يتعرض المريض لمواقف مقلقة أخرى — لم يتم الترتيب لها مسبقاً، فلا يجوز أن يكتفي بتلك المواقف (ويترك مواقف التعرض المحددة) ظناً منه أنه قد تعرض لأمر مقلقة، هذا خطأ كبير، إن موقف التعرض — الذي يتم حسب مدرج القلق — يكون محدداً ومنظماً وتدرجياً، أما التعرض الذي يتم بشكل غير منظم خلال اليوم يكون عشوائياً ولا يمكن الاكتفاء به ولا يمكن اعتباره عوضاً عن التعرض المنظم.
- إذا كان المريض في حاجة إلى تعرض تخيلي (وهذا يحدث قليلاً؛ لأن التعرض الواقعي أكثر جدوى) فلا بد أن يحدد المعالج مع المريض (الكلمات، أو النص) الذي سيستمع له في الجلسة، والذي سيعيد الاستماع إليه في المنزل يوميًا (ويفضل أن يتم تسجيل هذا النص له).

وسيعرض الآن لكيفية تطبيق مرحلة العلاج السلوكي من خلال استكمال المثال الذي سبق تناوله في الخطوات السابقة

- المعالج: بعد أن قمت بتنفيذ التجربة السلوكية (الواقعية) التي اتفقنا عليها الجلسة الماضية، هل يمكننا أن نعيد حساب درجة اقتناعك بكلا الاحتمالين السابقين؟

- المريض: وهو كذلك، الاحتمال الأول: أنني لو سرت بسيارتي بجانب سور الكوبري ستسيطر عليّ أفكاري المفزعة وسأفقد السيطرة على نفسي وألقي بنفسي من فوق الكوبري (أصبح ٤٠%). والاحتمال الثاني: أنني لو سرت بجانب سور الكوبري سترادوني أفكاري المفزعة وسأشعر بالقلق، ولكني لن أفقد السيطرة على نفسي ولن ألقي بنفسي من فوق الكوبري (أصبح ٦٠%).

- المعالج: عظيم.

- المريض: ولكنني لا زلت أشعر بالقلق.

- المعالج: وهذا هو هدفنا في هذه الجلسة والجلسات التالية، كيف نتعامل مع القلق. لقد اتفقنا في المرة السابقة أن الاقتناع العقلي لا يكفي وحده دون تطبيق ذلك في الواقع، وهدفنا من مواجهة الواقع أمران: الأول أن نتأكد أن مخاوفنا من حدوث أمور كارثية مخاوف غير حقيقية، وأن الكوارث لن تحدث، الثاني أن (نعتاد) على المواقف المقلقة حتى تصبح غير قادرة على إثارة القلق لدينا. وهذا التعود يحتاج لتكرار التعرض للمواقف المقلقة.

إن الأسلوب العلاجي الذي سنتبعه في ذلك هو (التعرض ومنع الاستجابة) بمعنى أنك ستعرض للمواقف المقلقة وستمنع أي استجابة من قبيل: التجنب أو أي أفعال قهرية، وبالطبع ما دمت ستمتنع عن أي سلوك قهري فإن القلق سيتزايد، وهنا تكون فرصتك لترى القلق على حقيقته.

إن القلق انفعال مثل باقي الانفعالات، والانفعالات لها طبيعة خاصة، فإنها تولد كبيرة ثم تقل تدريجياً (من تلقاء نفسها)، كل شيء في الحياة يُولد صغيراً ثم يكبر تدريجياً، ولكن الانفعالات تولد كبيرة وتقل وتنقص تدريجياً، خذ مثلاً الحزن لفقد شخص عزيز تجد الحزن يبدأ كبيراً ثم يقل تدريجياً. الغضب مثلاً: إذا حدث موقف جعلك غاضباً فإنك تكون في قمة

غضبك في البداية ثم تهدأ مع الوقت. هكذا القلق يبدأ كبيراً وخلال نصف ساعة تقريباً تجده قد بدأ في الانخفاض من تلقاء نفسه دون أن تقوم بأي فعل تطميني لتطمئن نفسك. ومع تكرار تعرضك للمواقف التي تقلقك سيحدث التعود ولن تستطيع تلك المواقف أن تثير قلقك بدرجة كبيرة بعد ذلك.

بالطبع يلزم أن تتوقف عن أي فعل قهري، لأن قيامك بأي فعل قهري يجعلك تتصور أن فعلك هذا هو الذي حماك، فعندما تصر على السير في منتصف الكوبري فكأنك تقول لنفسك لولا أنني فعلت هذا لكنت أقيت بنفسي من الكوبري.

- المريض: ولكني أشعر أن التعرض سيكون صعباً جداً، وقد لا ينخفض قلقي.

- المعالج: إن التعرض يتم بشكل تدريجي، بمعنى أننا سنجتهد الآن معاً لتصميم ما نسميه (مدرج القلق) وفيه نقوم بتجميع كل المواقف والأشياء والأماكن والأشخاص التي إذا تعرضت لها تثير لديك الفكرة المقلقة، ثم نرتب هذه الأشياء تدريجياً بحسب إثارتها للقلق لديك، وسنبداً بالتعرض للمواقف التي تثير درجة متوسطة من القلق، هيا بنا الآن نصمم مدرج القلق.

- المريض: بالطبع أي كوبري يثير القلق لدي.

- المعالج: هل إذا كنت واقفاً بسيارتك تقلق نفس درجة قلقك وأنت واقف خارج السيارة عند سور الكوبري؟ وهل هي نفس درجة قلقك وأنت تسير بالسيارة؟

هل كل الكباري تثير الدرجة نفسها من القلق؟ أقصد هل الكوبري الطويل الممتد مثل القصير الذي تتجاوزه سريعاً؟ هل الكوبري عالي السور مثل منخفض السور؟ هل الكوبري الضيق الذي لا يمكّنك من السير في المنتصف فتضطر للسير بجانب السور مثل الكوبري الواسع؟

- المريض: لا طبعاً هناك درجات متفاوتة بين كل ما ذكرته.

- المعالج: هذا ما قصدته في مدرج القلق، نريد أن نحدد مواقف عديدة يمكننا من التعرض بشكل تدريجي.

- المريض: فهمت قصدك.

وبعد المناقشات والاقتراحات تم تصميم مدرج القلق كما يلي:

الموقف	درجة القلق
السير بالسيارة على كوبري ذي سور عالٍ.	٥٠%
الوقوف خارج السيارة على كوبري ذي سور منخفض.	٦٠%
السير بالسيارة على كوبري ذي سور منخفض.	٧٠%
السير بالسيارة على كوبري ضيق ذي سور منخفض.	٨٠%
السير بالسيارة على كوبري ضيق ذي سور منخفض وقت الازدحام.	٨٥%
السير بالسيارة على كوبري ضيق ذي سور منخفض وقت الازدحام ومعه ابنه الصغير.	٩٠%

أما الأفعال القهرية التي يجب أن يمتنع عنها تماماً عند أي تعرض فهي:

- السير في منتصف الكوبري.
- اصطحاب أي شخص يقوم بتطمينه.
- الحديث في التليفون بهدف التشتيت عن القلق أو الحصول على تطمين.
- الحوار الذاتي التطميني مثل: لا تخاف.. لن تلقى بنفسك.. لن يحدث شيء.

فالهدف من الامتناع عن أي فعل تطميني هو أن تعايش القلق كما هو دون أي (مسكنات) خارجية، لترى بنفسك أن هذا القلق سيقول من تلقاء نفسه، وهذا ما سيساعدك على التعود بدرجة أكبر وأسرع.

ملحوظة (١)

تم الاتفاق مع المريض على أن تتم جميع مواقف التعرض على الكباري الطويلة؛ حتى يتمكن المريض من معايشة منحنى القلق كاملاً، ويرى كيف يرتفع القلق ثم يراه وهو ينخفض من تلقاء نفسه قبل أن ينزل من الكوبري.

لأن التعرض إذا تم لكوبري قصير وشعر المريض بالراحة عند نزوله من الكوبري، فهل قلقة انخفض بسبب مسار القلق الطبيعي الذي بدأ مرتفعاً وانخفض من تلقاء نفسه أم أن القلق انخفض بسبب نزوله من الكوبري (أي بسبب زوال مصدر القلق)؟

هذه نقطة في غاية الأهمية، عند تصميم مواقف التعرض يجب أن ينتبه المعالج أن المريض يعايش منحنى القلق كاملاً حتى يقل من تلقاء نفسه، ولا يوجد أي سبب خارجي هو الذي يساعد على تقليل القلق.

ملحوظة (٢)

يتم التعرض للموقف الأول في اليوم الأول، ثم يتم تسجيل درجة القلق عند بدء التعرض وفي نهاية موقف التعرض، ثم يُعاد الموقف نفسه مع تسجيل درجات القلق في اليوم الثاني والثالث وهكذا، حتى يحدث التعود على ذلك الموقف، ثم يتم الانتقال لموقف التعرض الثاني، مع تسجيل درجة القلق في بداية الموقف وفي نهايته، ويتكرر الموقف نفسه يومياً حتى يحدث التعود، وهكذا، ولا يتم الانتقال للموقف الأعلى قلماً إلا عندما يجتاز المريض الموقف الأقل قلماً ويحقق التعود.

الواجب المنزلي:

يُطلب من المريض أن يملأ الجدول التالي في المنزل.

موقف التعرض الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
موقف التعرض الثاني	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

وهكذا في باقي مواقف التعرض.

منع الانتكاس

بعدما تنتهي خطوات العلاج السابقة تخصص جلسة أو اثنتان لمنع الانتكاس (Wilhelm & Steketee, 2006, 27) بهدف التأكيد على النقاط التالية:

- ١- ضرورة مواجهة المريض لأي موقف يثير القلق.
- ٢- عدم الاستسلام للتجنب.
- ٣- المواقف والمنبهات التي كانت تثير القلق سابقا يتم التعرض لها مرتين أسبوعيا.
- ٤- عدم الاستجابة مطلقا للأفعال القهرية.
- ٥- التأكيد على أن ظهور الأفكار المقتحمة في أي وقت لا يعني انتكاسة، لأن الأشخاص الطبيعيين تأتي لهم مثل هذه الأفكار، المهم أن يتعامل معها كما تعلم خلال فترة العلاج.
- ٦- من الأفضل أن يُعطى المريض ملخصا واضحا لخطوات العلاج التي تدرب عليها.
- ٧- التأكيد على أن الحفاظ على مكاسب العلاج تحتاج مواصلة الجهد بعد العلاج، والاستمرار على الطريق الذي تعلمه.
- ٨- يجب تخطيط أنشطة اليوم حتى لا تُترك فترات فراغ طويلة.
- ٩- تحديد الاستراتيجيات السليمة التي سيستخدمها إذا لاحظ ارتفاع مستوى الأعراض لديه.
- ١٠- إذا كان المريض يعاني من نقص في المهارات فيجب تحسين مهاراته.
- ١١- إذا كان الاضطراب قد تسبب في بعض المشكلات الحياتية (الاجتماعية أو المهنية مثلا) فيجب وضع خطة للتعامل مع هذه المشكلات.

ثم يُطلب من المريض أن يكتب إجابات تفصيلية عن الأسئلة الآتية، ثم تتم مناقشتها معه:

١- ماذا تعلمت من العلاج؟

٢- كيف يمكن أن تتعرف على الأفكار الوسواسية؟

٣- كيف يمكن أن تتعرف على الأفعال القهرية أو التطمينية؟

٤- هل هناك أشياء لا زلت تتجنبها؟ وماذا تفعل حيالها؟

٥- لو كان لك صديق يعاني من الوسواس القهري فكيف يمكنك أن تساعدك ليبدأ في التعامل مع أفكاره الوسواسية؟ ماذا ستقول له؟

٦- ما هي العوامل التي تتوقع أن تسبب لك الانتكاس؟ وكيف يمكنك أن تتعامل معها؟

الفصل الخامس

حالات شارحة لأنواع مختلفة من الوسائس

الفصل الخامس

حالات شارحة لأنواع مختلفة من الوسوس

سُعرض في هذا الفصل أمثلة لأنواع مختلفة من الوسوس؛ حتى يتبين للقارئ أن الخطة العلاجية المعرفية السلوكية يمكن تطبيقها باختلاف نوعية الوسوس والأفعال القهرية. وبالطبع هذه مجرد نماذج لبعض الحالات فالأفكار الوسواسية والأفعال القهرية يصعب حصرها.

الاندفاعات الوسواسية

الاندفاعات هي "الحاح شديد يدفع الفرد للقيام بأعمال يُبغضها، ورغم أن الفرد لن يقوم بتنفيذها في الواقع إلا أنه يخشى أن يفقد السيطرة على نفسه ويقوم بها، ولذا يبذل جهداً مريراً في مقاومتها"، وعادة ما تدور هذه الاندفاعات حول موضوعات دينية أو جنسية أو إيذاء لنفسه أو لغيره أو ارتكاب حماقات.

تظهر الاندفاعات في أشكال عديدة، ومن أمثلة ذلك:

- اندفاعات السب أو الإساءة للذات الإلهية.
- اندفاعات السب أو الإساءة للأنبياء أو الرموز الدينية.
- اندفاعات ممارسة الجنس مع المحارم أو الأطفال.
- اندفاعات بممارسات جنسية غير مرغوبة.
- اندفاعات إيذاء الآخرين بالآلات الحادة أو ما شابه ذلك.
- اندفاعات إلقاء الفرد نفسه من مكان مرتفع.
- اندفاعات وقوف الفرد أمام العربات المسرعة أو القطار.
- اندفاعات إلقاء الفرد بغيره من مكان مرتفع.

- اندفاعات إلقاء الفرد بغيره أمام العربات المسرعة أو القطار.
- اندفاعات إيذاء الأم لرضيعها.
- اندفاعات تلح على الفرد لارتكاب حماقات مثل: الصراخ في مسجد أو قاعة درس، أو الضحك في مأتم، أو خلع ملابسه أمام الآخرين، أو الدعاء على نفسه كلما سمع الأذان، أو التلفظ بألفاظ بذينة في جلسة منضبطة، القيام بحركات أو إحياءات سيئة لا يريد فعلها، أو النطق بأسراره التي يريد إخفاءها،...

ومن أشهر الأفعال القهرية في هذا الأمر:

- كبح الفكرة: حيث يحاول الفرد إيقاف الفكرة عمداً، أو كأنه يريد اقتلاعها من ذهنه.
- التحديد المعرفي: حيث يحاول الفرد أن يستحضر فكرة أخرى معاكسة، فمثلاً: إذا هاجمته فكرة سب الذات الإلهية؛ فإنه يستحضر مباشرة فكرة معاكسة وهي أنه يسب الشيطان، أو إذا هاجمته فكرة أنه يؤذي ابنه بآلة حادة؛ فإنه يستحضر فوراً صورة بديلة بأنه يضرب نفسه هو بهذه الآلة الحادة.
- الحوار الذاتي التطميني: كأن يردد عبارات من قبيل: لا.. مستحيل.. أنا مؤمن.. أنا أحب ربي.. أنا أحب أبنائي.. لن أفعل ذلك
- التشبث: مثل: العد أو الانخراط في أي سلوك تكراري لفظي بهدف التشبث.
- حركات تكرارية: مثل: إغلاق العين بشدة، هز الرأس كنوع من رفض الفكرة.

ومن أكثر المخططات المختلة التي تقف وراء الاندفاعات الوسواسية^(*):

١ - المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة

وخاصة ما يتعلق بأن الأفكار السيئة تنم عن أن الفرد ذو شخصية سيئة، وأنه سيُعاقب على وجود هذه الأفكار والصور الذهنية السيئة في عقله، وكذلك اعتقاده بأن مجرد التفكير في شيء ما يزيد احتمال حدوثه في الواقع.

٢ - المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة.

مثال تفصيلي لمريضة تعاني من اندفاعات وسواسية دينية

مريضة في الخامسة والعشرين من عمرها غير متزوجة تعمل محاسبة، جاءت تطلب العلاج لأنها تعاني من اندفاعات وسواسية حول سب الذات الإلهية منذ أن كانت طالبة في المرحلة الثانوية، ورغم أنها كانت متفوقة دراسياً، فقد أثرت تلك المعاناة على تحصيلها الدراسي سواء في المرحلة الثانوية أو عبر سنوات الجامعة. وذكرت أن تلك الوسواس تكدرها بشدة وتعوق مسار حياتها.

وبعد استيفاء تاريخ الحالة والانتهااء من تقييمها، تم البدء بمرحلة التعليم النفسي التي سبق شرحها تفصيلاً، والتي لن تختلف من حالة لأخرى، ثم تم الانتقال إلى مرحلة الوصول لمعاني الأفكار كما يلي:

(*) إن كانت تلك المخططات هي الشائعة لدى مرضى الاندفاعات الوسواسية فهذا لا يعني ألا يوجد لدى هؤلاء المرضى مخططات أخرى مختلة، ولذا على المعالج أن يبذل جهداً كبيراً للوصول إلى جميع المخططات المختلة لدى المريض، وأن يتعامل معها جميعاً.

مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

- المعالج: لقد ذكرت لي أن فكرة ملحة حول سب الذات الإلهية تهاجمك، فماذا يعني مجيء هذه الفكرة بالنسبة لك؟ "قضية السهم الهابط"



- المريضة: يعني أن هذا شيء بغيض وكرهه وغير مقبول.



- المعالج: وماذا يعني هذا الشيء البغيض الكرهه غير المقبول بالنسبة لك؟



- المريضة: يعني أنني بشعة، كيف جرؤت؟ أو ربما أنني شيطانية من داخلي.



- المعالج: وعلى فرض أن هذا صحيح؟ ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟



- المريضة: يعني أن حياتي ستصبح مليئة بالتعاسة، كما في الآية "فإن له معيشة ضنكا".



- المعالج: وما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث وقتها؟



- المريضة: كأني أرى أمامي الآيات "إن ربك لبلمرصاد" و "خسر الدنيا والآخرة".



- المعالج: إذن أنت ترين أنه طالما هاجمتك أفكار ملحة حول سب الذات الإلهية، فهذا معناه أنك بشعة، وشيطانية من داخلك، وأن معيشتك ستصبح ضنكا وأنت ستخسرين الدنيا والآخرة. هل ما فهمته صحيح؟



- المريضة: نعم



- المعالج: وما هي درجة اقتناعك بهذا المعنى؟



- المريضة: ١٠٠% ولكن...



- المعالج: ولكن ماذا؟



- المريض: هذا الاعتقاد يكون ١٠٠% لو توقفت عن محاربة الفكرة واستسلمت لها، لكنني لا أتوقف عن محاربتها ومقاومتها.



- المعالج: كيف تحاربين الفكرة؟



- المريضة: إنني دائما أحاول دفعها ومنعها، إنني دائما ما أثبتت رفضي لها.



- المعالج: وماذا تعني محاولتك هذه بالنسبة لك؟



- المريضة: تعني أنها إثبات بأنني أرفض الفكرة ولا أقبلها.



- المعالج: ولو لم تفعلي هذه المحاولات، فماذا يعني هذا بالنسبة لك؟



- المريضة: وقتها ستتحقق الكارثة، فهذا معناه أنني راضية بالفكرة.



- المعالج: ما هو أسوأ شيء ممكن أن يحدث وقتها؟



- المريضة: سيحدث ما لا أطيق، سأخسر الدنيا والآخرة، إن ربك لبلمرصاد.



- المعالج: إذن فالمعنى الأدق الذي فهمته منك الآن (أنت ترين إذا هاجمك أفكار ملحة حول سب الذات الإلهية، فهذا معناه أنك بشعة، وشيطانية من داخلك، ولو لم تقومي بمقاومتها ومنعها، فهذا معناه أنك راضية بها، ولذا ستعاقبين عقابا شديدا وستخسرين الدنيا والآخرة).



- المريضة: نعم هذا هو ما اقتنع به ١٠٠%.

مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلة الكامنة خلفها

- المعالج: هل تعتقدين أنك وحدك من تهاجمها أفكار حول سب الذات الإلهية؟
- المريضة: لفترة طويلة كنت أظن ذلك، وكنت أتعذب بشدة، حتى فوجئت يوما في إحدى القنوات الدينية بسؤال من سائل يسأل عن المشكلة نفسها.
- المعالج: معنى ذلك أن هناك أشخاصا غيرك يعانون من الأمر نفسه؟
- المريضة: نعم ربما.
- المعالج: لقد توصلت الدراسات العلمية أن مثل هذه الأفكار ظاهرة عامة كما تحدثنا من قبل في الجلسات الأولى (في مرحلة التعليم النفسي)، وأظنك حتى وجدت ذلك مذكورا في الاختبارات التي قمت بإجابتها في البداية.
- المريضة: نعم، يبدو أن الأمر متكرر.
- المعالج: هل تعتقدين أن كل هؤلاء الذين تهاجمهم أفكار مثل فكرتك يعانون كما تعانين؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريضة: أظن أي شخص تهاجمه فكرة سيئة كهذه لابد أن يعاني.
- المعالج: لو كان الأمر كذلك لأصبحت المعاناة النفسية وطلب العلاج النفسي ظاهرة عامة، لأن الأشخاص جميعا تراودهم أفكار كهذه.
- المريضة: هل تقصد أن هناك أشخاصا تأتيهم مثل هذه الأفكار ولا يعانون.
- المعالج: بالطبع.. ترى كيف يرى هؤلاء الأفراد أفكارا كهذه؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريضة: بالتأكيد يرونها وسواس شيطان وليست من أنفسهم، أظنهم لا يتهمون أنفسهم، وإلا لشعروا بمعاناة شديدة.
- المعالج: إذن أنت ترين أن سبب المعاناة نابع من اتهام الفرد لذاته؟
- المريضة: بالتأكيد.

- المعالج: يبدو أننا وضعنا أيدينا على مفتاح مهم، هل تذكرين البرنامج الذي يتسبب في اعتقاد الفرد "أن الفكرة السيئة معناها أنه هو نفسه شخص سيئ" و"أنه سيُعاقب على أفكاره السيئة"؟ "فنية اكتشاف المعتقد الخاطئ"
- المريضة: نعم نعم أذكره تماما منذ أول وهلة، كنت أعرف أنه ينطبق عليّ، برنامج (المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة).
- المعالج: عظيم.
- وماذا عما ذكرتيه من أنك لو لم تقومي بمقاومة تلك الأفكار ومنعها، فهذا معناه أنك راضية بها، هل تذكرين البرنامج الذي يدور حول اعتقاد الفرد بضرورة إيقاف أفكاره الوسواسية وضرورة محاربتها ومقاومتها ومنعها.
- المريضة: أعرف هذا البرنامج جيدا، إنه (المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار) فأنا أقتنع به تماما "فنية اكتشاف المعتقد الخاطئ"
- المعالج: بالفعل هو.. عظيم جدا.

مرحلة تعديل المخططات المختلة وأخطاء التفكير

- المعالج: لقد ذكرت لي من قبل أنك إذا هاجمتك أفكار ملحة حول سبب الذات الإلهية، فهذا معناه أنك بشعة، وشيطانية من داخلك، وأريد أن أسألك سؤالا: ماذا لو راودت هذه الأفكار السيئة شخصا غير متدين؟ "تساؤل سقراطي"
- المريضة: (صمت... تفكير) لا أظن أنه سينزعج أو يستاء منها.
- المعالج: إذن فما معنى أن هذه الأفكار تضايقك؟ "تساؤل سقراطي"
- المريضة: معناها أنني أبغضها وأرفضها.
- المعالج: طالما أنك ترفضونها فهذا معناه أنك إنسانة ملتزمة دينيا أم لا؟
- المريضة: ملتزمة دينيا.
- المعالج: أتعرفين ماذا يذكر العلماء والباحثون في هذا الأمر؟ إنهم يقولون أن الأفكار الوسواسية تأتي عادة عكس ما يحب الفرد وعكس معتقداته وقيمه، فالوساوس الدينية تزعج الشخص المتدين، والوساوس الجنسية تؤذي مشاعر الشخص الحريص على الأخلاق، ووساوس الترتيب تزعج من يحرص على الترتيب والنظام، ووساوس التلوث ترهق من يهتم بالنظافة، والوساوس حول إيذاء شخص عزيز لن تزعج إلا الشخص ذا الإحساس المرهف، ووساوس الطهارة والوضوء لا تؤرق إلا الشخص الذي يحرص على العبادات، ومن ثم فإن هذه الأفكار تؤرق الفرد لأنها تدور حول موضوعات شديدة الحساسية بالنسبة له. "فنية التعليم النفسي"
- المريضة: أكاد لا أصدق ما أسمع، لقد كنت أعتقد العكس تماما.
- المعالج: تخيلي أن عضوا غريبا نُقِلَ (رُرع) إلى جسد معين، فإذا تأقلم مع ذلك الجسد كان ذلك دليلا على تماثل وانسجام أنسجة العضو مع أنسجة الجسم، ولكن إذا رُفِض كان دليلا على اختلافهما، ومن ثم إذا دخل إلى ذهنك فكرة معينة، إذا انسجمت معك ولم تستشعري أي اضطراب فهذا دليل على انسجامها مع معتقداتك وقيمك، ولكن طالما أنك رفضت هذه الفكرة واستنكرتها فهذا دليل على أن ما بداخلك من قيم وأخلاقيات يخالف هذه الفكرة. فنية الاستعارات والتشبيهات

- المريضة: فعلا .. صحيح.
- المعالج: لقد حدثتك عن رأي العلماء والباحثين، وأود أن أحدثك أيضا عما قاله رسول الله ﷺ - عن مثل هذه الأفكار(*)، لقد ذهب صحابة إلى رسول الله ﷺ - وأخبروه أنهم يجدوا في أنفسهم ما تكاد أن تخر له الجبال وتنشق له الأرض، وفي رواية مسلم في صحيحه عن أبي هريرة، قالوا: إنا نجد في أنفسنا ما يتعاظم أحدنا أن يتكلم به؟ قال ﷺ -: وقد وجدتموه؟" قالوا: نعم، قال: "ذاك صريح الإيمان"(**). وهنا لم يذكر ﷺ لهم أن هذه الأشياء التي يجدونها في نفوسهم ذنبٌ سيحاسبون عليه، ولا أنها دليل على ضعف إيمانهم، ولكن على العكس تماما أخبرهم بأنها صريح الإيمان، أي دليل على الإيمان، وكأنه صلوات الله عليه يؤكد لهم ذلك المعنى العميق بأنه طالما أُرقتهم هذه الأمور فهذا دليل على أنهم يحملون في أنفسهم عكس هذه الأفكار(***) تماما، ولذلك انزعجوا منها ووصفوها بأنها يكاد أن تنشق لها الأرض وتخر لها الجبال. تذكرني دائما (هذه شهادة من رسول الله بأن استيائك من هذه الأفكار دليل على إيمانك). "فنية التعليم النفسي"
- المريضة: أظن لو عرفت كل هذه الأمور منذ وقت مبكر لما شعرت بكل هذه المعاناة. ولكن هناك آية كلما قرأتها أفهم منها أن الله سيحاسبني على هذه الأفكار، وهي الآية "وَإِنْ تُبْذُوا مَا فِي أَنْفُسِكُمْ أَوْ تُخْفُوهُ يُحَاسِبْكُمْ بِهِ اللَّهُ".
- المعالج: جميل أنك ذكرت ذلك، سأحدثك عن هذه الآية، فهذه الآية نُسخَت، فقد جاء في تفسير محمد على الصابوني، ١٩٧٩، ١٨٠ أنه "لما نزل قول الله - تعالى - بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ "...وَإِنْ تُبْذُوا مَا فِي أَنْفُسِكُمْ أَوْ تُخْفُوهُ يُحَاسِبْكُمْ بِهِ اللَّهُ فَيَعْزِزْ لِمَنْ يَشَاءُ وَيُعَذِّبْ مَنْ يَشَاءُ وَاللَّهُ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ" [البقرة ٢٨٤]، اشتد ذلك على أصحاب رسول الله ﷺ - فأتوا رسول الله فقالوا: كَلِّفْنَا مِنَ الْأَعْمَالِ مَا نَطِيقُ: الصلاة والصيام والجهاد والصدقة، وقد

(*) بما أن المريضة تعاني من وسواس دينية، وفي الوقت نفسه ملتزمة دينيا فقد كان من الضروري الاستعانة بالاستشهادات الدينية.

(**) قرأت نص هذا الحديث الشريف لأول مرة عام ٢٠٠٤ في كتاب (سالم، ٢٠٠٤، ٨٥).

(***) نظرًا إلى أن أحاديث رسول الله ﷺ - التي تحدثت عن الوسواس لم تحدد نوع الوسواس، بل ذكرت حديث النفس بشكل عام، فمن المفيد جدا الاستشهاد بها مع أي نوع من الاندفاعات الوسواسية غير المرغوبة (دينية/ جنسية/ ...) التي تأتي على عكس معتقدات الفرد وقيمه. المهم أن يكون لدى الفرد وازع ديني، وتساعد هذه الاستشهادات في تعديل معتقداته حول الخلط الأخلاقي بين الأفكار والأفعال، وتعديل معتقداته بأنه سيحاسب على تلك الأفكار السيئة.

أنزلت عليك هذه الآية لا تُطيقها، فقال ﷺ - أتريدون أن تقولوا كما قال أهل الكتابين من قبلكم "سمعنا وعصينا" قولوا "سمعنا وأطعنا" فلما قرأها القوم وجرت بها ألسنتهم ... نسخها الله - تعالى - فأنزل " لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ..." [البقرة ٢٨٦]، وفي الشأن نفسه ما رواه البخاري ومسلم "إن الله تجاوز لأمتي عما وسوست أو حدثت به نفسها ما لم تعمل به أو تكلم". وأيضا "رُفِعَ عن أمتي الخطأ والنسيان وما استُكْرِهوا عليه". "فنية التعليم النفسي".

وبالتالي فالإنسان لا يُحاسب على أفكاره وإنما يُحاسب على أفعاله، أتعرفين هؤلاء من قاموا في الدنمارك والنرويج بتنفيذ الرسوم المسيئة للرسول - عليه الصلاة والسلام-

- المريضة: نعم.
- المعالج: مثل هذا. فهؤلاء بكل تأكيد بدأت الرسوم في البداية كفكرة أو صور تخيلوها في أذهانهم، وبالطبع لم تزعجهم ولم تؤرقهم، ولم يكتفوا فقط بكونها أفكارا أو صوراً في أذهانهم وإنما قاموا بتنفيذها ونشرها والترويج لها. هؤلاء هم من يُحاسبون على أفكارهم السيئة التي جاءت في أذهانهم، يُحاسبون عليها عندما تحدثوا عنها ورؤجوا لها ونفّذوها.
- المريضة: تمام، فهمت الفارق.
- المعالج: الآن نريد أن نصحح عمل البرنامج القديم (المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة) أليس كذلك؟ هيا بنا الآن نضع اعتقادنا الجديد الذي توصلنا إليه في إطار واضح لنساعد أنفسنا على تذكره كثيرا حتى يحل محل اعتقادنا القديم.

- الأفكار السيئة التي تهاجمني ليست دليلا على أنني بشعة أو سيئة بالعكس طالما أزعجتني فهذا دليل على الإيمان.
- الإنسان لا يُحاسب على أفكاره وإنما يحاسب على أفعاله.

الواجب المنزلي:

[illegible]

استكمال مرحلة تعديل المخططات المختلة وأخطاء التفكير

- المعالج: ذكرت لي في المرات السابقة إنك لا بد أن تستمري في محاربة الفكرة ومقاومتها، ولو توقفت عن هذا فذلك معناه أنك راضية بالفكرة.
- المريضة: نعم.
- المعالج: سنقوم بتجربة بسيطة، هل ترين هذا المكتب؟ ما رأيك فيه؟
- المريضة: نعم أراه، رأيي فيه عادي، لا يوجد شيء غريب.
- المعالج: حسنا.. أريدك أن تغمضي عينيك لمدة دقيقتين وحاولي منع نفسك من التفكير في هذا المكتب. فنية التجارب السلوكية(*)
- المريضة: (تبتسم) أنت بذلك ستجعلني أفكر فيه.
- المعالج: حسنا لنرى.. هيا اغمضي عينيك.. وبعد انتهاء الدقيقتين.. سأل المعالج هل ورد إلى ذهنك صورة المكتب؟
- المريضة: بالطبع.. وردت كثيرا جدا
- المعالج: ما تفسير ذلك؟ "تساؤل سقراطي"
- المريضة: عندما طلبت مني ألا أفكر في المكتب هذا جعلني أفكر فيه.
- المعالج: نعم، إننا إذا حاولنا عمدا استبعاد فكرة ما من أذهاننا فإنها تعاندنا، لأن محاولة التحكم العمدي في الفكرة هي في حد ذاتها انشغال بها، ومن ثم يتسبب هذا في زيادة إلحاح الفكرة وليس في تقليلها، ولذا يسمي الباحثون محاولة التحكم العمدي في الأفكار "آلية مواجهة مضادة النتيجة"، لأنك تظنين أنك تقاومين الأفكار وفي الحقيقة تأتي النتائج معاكسة لذلك تماما.
- "فنية التعليم النفسي"
- المريضة: فعلا هذا ما يحدث، ولكن أشعر أن هذا الأمر ربما يكون مختلفا مع الأفكار السيئة التي تهاجمني، فهذه الأفكار على وجه الخصوص لا يمكن أن أتركها تجول في ذهني.

(*) تمت الاستعانة بفنية التجارب السلوكية هنا بشكل عابر كتجربة قصيرة جدا للتمهيد لتعديل مخطط المبالغة في التحكم في الإقحامات، ولكن المرحلة الأساسية الخاصة بالتجارب السلوكية كفنية معرفية ستأتي لاحقا بالتفصيل.

- المعالج: وهل مقاومتك لها توقفتها فعلا؟
- المريضة: حتى الآن لم أستطع، ولكن لو بذلت جهدا أكبر أو تعلمت طرقا أفضل للتحكم في الأفكار قد أنجح.
- المعالج: دعينا نتذكر معا طبيعة الأفكار المقتحمة، فالأفكار المقتحمة هي جزء من النشاط العقلي الطبيعي، لا يملك أحد إيقافه مهما بذل من جهد، ولذلك فتوقعك بإمكانية التحكم في أفكارك هو مطلب خارج حدودك وقدراتك. "فنية التعليم النفسي"
- المريضة: معنى ذلك أنه لا توجد وسيلة لإيقاف هذه الأفكار؟
- المعالج: دعيني أوضح لك الأمر، إن حياتنا مليئة بالضوضاء، وكثير من الأشخاص قُدر لهم أن يسكنوا بجوار خط المترو أو القطار أو بجانب (ميكانيكي) أو (قهوة) أو لديهم ماكينة منزلية (مروحة مثلا أو تكييف) لها صوت مرتفع أو... فلو أن كل هؤلاء ظلوا دائما منتبهين لهذه الأصوات المزعجة التي لا يرغبونها لن يمكنهم أن يعيشوا حياة سوية؛ فلن يمكنهم النوم بهدوء، ولا استكمال أحاديثهم، ولا التركيز في المذاكرة أو العمل، أو مشاهدة التلفاز وهكذا. إننا لكي نحيا بشكل طبيعي لا نحتاج إلى سد آذاننا، ولا إلى تحطيم مصدر الضوضاء، ولكن المطلوب الاستمرار فيما نقوم به من أنشطة في ظل وجود الضوضاء دون محاولة لإيقافها حتى نتعود عليها. "فنية الاستعارات والتشبيهات"
- المريضة: وكيف يمكنني تطبيق هذا مع أفكاري السيئة؟
- المعالج: هذا هو السؤال المهم جدا (كيف أتعامل مع أفكاري المقتحمة دون أن أحاول إيقافها عمدا؟)
- عندما تهاجمك الفكرة دعيها تأتي، نعم... دعيها تماما، عليك أن تتركها تماما.
- للوهلة الأولى حافظي على هدوئك تماما واتركي الفكرة تأتي وتمر وكأنها تعبر من أمامك، كأنها طائر عَبَرَ من أمامك ومضى.
- ثم بهدوء انشغلي بشيء آخر.

● ستجدين الفكرة غالبا لا زالت تحوم حولك، حافظي على هدوئك، وواصلتي فيما تقومين به من نشاط ولا توقفيه، ولنتعلم معا أننا كل ما نعمل عليه الآن أن تبقى هذه الأفكار في **خلفية** أذهاننا، نعم الخلفية، نريد أن نشغل مركز التفكير (دائرة الأفكار المهمة كما أسميناها من قبل) بموضوع مهم نريد أن نفكر فيه وننشغل به، وأن تظل هذه الأفكار الوسواسية في الدائرة الهامشية كأنها مجرد **خلفية**.

● تدريجيا سيعتاد عقلك على هذه الأفكار في الخلفية، وتدرجيا ستصبح خلفية باهتة غير مزعجة لأن عقلك اعتاد عليها، تماما كصوت المروحة مثلا الذي كنت تشعرين به بشدة في بداية تركيبها، ثم مع تكرار التشغيل وتكرار التجاهل لصوتها واستكمال أنشطة الحياة رغم إزعاجها، لم تعد تزعجك.

— المريضة: الآن فهمت.

— المعالج: نريد الآن أن نصحح عمل البرنامج القديم (المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة). هيا بنا الآن نضع اعتقادنا الجديد الذي توصلنا إليه في إطار واضح -كما تعودنا من قبل- لنساعد أنفسنا على تذكره كثيرا حتى يحل محل اعتقادنا القديم.

— الأفكار المقتحمة هي جزء من النشاط الطبيعي للعقل، لا يملك أحد إيقافه، وأي محاولة للتحكم العمدي فيه يأتي بنتائج عكسية ويزيد إلحاح وتكرار هذه الأفكار.

— أفضل طريقة للتعامل مع هذه الأفكار أن أدعها تمر بهدوء، وأنشغل بشيء آخر، ثم أتركها في الخلفية، وتدرجيا سيعتاد عقلي على وجود هذه الخلفية ولن أزعج من وجودها.

الواجب المنزلي:

[illegible]

مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

- المعالج: لقد توصلنا خلال المرات السابقة إلى المعنى الأدق للأفكار التي تهاجمك، وأنها ليست دليلاً على ضعف إيمان ولست مُطالباً بمنعها وإيقافها، بل إن محاولتك لإيقافها هو ما يتسبب في زيادة إلحاحها عليك. واتفقنا على الطريقة التي يجب أن نتعامل بها مع هذه الأفكار عندما تراودك.

واليوم نريد اختبار هذه الطريقة التي اتفقنا عليها في الواقع، لأن البرامج التي كانت تعمل في ذهنك بشكل خاطئ لن تتغير بشكل كامل وتتحول إلى برامج تعمل بشكل طبيعي إلا إذا اخترناها في الواقع.

- المريضة: وكيف سنختبر هذا الأمر؟

- المعالج: سنصمم الآن تجربة وهي أنني:

● لمدة ١٠ دقائق سأقوم بتشغيل بعض آيات القرآن الكريم التي ذكرت لي أنك كلما سمعتها تهاجمك أفكار سب الذات الإلهية، والمطلوب منك أثناء سماع الآيات أن تحاولي بكل قوتك إيقاف هذه الأفكار السيئة. وبعد انتهاء العشر دقائق اذكري لي نسبة مئوية لإلحاح الفكرة، ونسبة مئوية لمقدار شعورك بالقلق أو الضيق.

● ثم أعيد تشغيل الآيات القرآنية نفسها لمدة ١٠ دقائق مرة أخرى، والمطلوب منك في هذه المرة أثناء سماع الآيات أن تتركي الأفكار السيئة تأتي إلى ذهنك دون أي محاولة لإيقافها، دعها تعبر كأنها طائر عَبرَ من أمامك. لا تفعل أي شيء، ولا تغلقي عينيك، ولا تقلبي الفكرة في ذهنك ولا تفعل أي شيء تصححي به الفكرة في ذهنك، توقفي عن فعل أي شيء واستمعي بهدوء. وبعد انتهاء الدقائق العشرة اذكري لي نسبة مئوية لإلحاح الفكرة، ونسبة مئوية لمقدار شعورك بالقلق أو الضيق.

بعد انتهاء التجربة كان الفرق واضحا جدا لدى المريضة بأن محاولات كبح الفكرة السيئة يزيد إلحاحها بدرجة أكبر ويزيد الشعور بالضيق.

- المعالج: الآن ما هي درجة اعتقادك في ضرورة التحكم في أفكارك؟
- المريضة: أصبحت قليلة جدا لا تتجاوز ٢٠% وربما أقل.

الواجب المنزلي

كان من الممكن أن يُطلب من المريضة تكرار هذه التجربة يوميا في منزلها حتى موعد الجلسة التالي، وهذا بالفعل يتم عندما تكون درجة اقتناع المريض بالمعتقد التوافقي الجديد لازالت متوسطة وتحتاج إلى مزيد من التدعيم والتأكيد والعمل على زيادتها بمزيد من التجارب السلوكية، ولكن في هذه الحالة لا حاجة لذلك لأن اقتناعها باعتقادها القديم -وهو ضرورة التحكم في أفكارها المقتحمة- قد انخفض بشدة، ولذلك كان الأفضل الانتقال مباشرة للخطوة التالية وهي العلاج السلوكي، دون إعطاء مزيد من الواجبات في نقطة تم تحقيقها بالفعل.

مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

لقد تحدثنا من قبل -عند تصميم مواقف التعرض- عن ضرورة عدم التقيّد بالفكرة الوسواسية في حد ذاتها، وإنما البحث عن المواقف والكلمات والأشياء والأشخاص والأماكن التي من شأنها أن تستثير الفكرة؛ حتى نتمكن من تصميم مدرج القلق.

وقد أمكن تجميع المثيرات التي تستثير الفكرة الوسواسية لدى المريضة وترتيبها في مدرج القلق كما يلي:

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن/ الكلمات	درجة القلق
صوت حيوان معين.	%٧٠
صورة حيوان معين.	%٧٥
بعض الفقرات في برامج دينية معينة.	%٨٥
مواقف الضغوط والتوتر (مثل: موقف الازدحام/ الإرهاق/...).	%٩٠
الاستماع للقرآن.	%٩٥
قراءة القرآن.	%١٠٠

أما الأفعال القهرية التي يجب أن تمتنع عنها تماماً عند أي تعرض كانت:

- إغماض عينيها وتحريك رأسها بشدة كنوع من رفض الفكرة.
- الضرب بقبضة يدها بشكل متكرر على شيء للتشتيت عن الفكرة.
- أي عبارات لفظية تكرر ها بهدف التشتيت.
- التحييد المعرفي بأن تعيد في ذهنها السبب للشيطان.

وفي المثال الحالي تم تصميم مواقف التعرض كما يلي:

موقف التعرض الأول: يتم اختيار صوت الحيوان المحفز لظهور فكرة السبب في ذهنها، ويتم تحميل صوته على هاتفها المحمول، وتكراره حيث يُعاد في التسجيل لمدة ١٥ دقيقة، وتسمعه المريضة في الجلسة ثم تعاود الاستماع له في المنزل يومياً^(*). مع التنبيه على ترك الفكرة تمر بهدوء، والتنبيه على الامتناع عن أي سلوك قهري أو تحييدي.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		

موقف التعرض الثاني: يتم التعرض لصورة الحيوان المحفز لظهور فكرة السبب في ذهنها، مع الإبقاء على النظر للصورة لمدة من (١٥ : ٣٠ دقيقة حسبما ينخفض القلق) في الجلسة، ثم تكرر ذلك في المنزل يومياً. مع التنبيه على ترك الفكرة تمر بهدوء، والتنبيه على الامتناع عن أي سلوك قهري أو تحييدي.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		

(*) تُعطى المريضة تعليمات بأنها في المنزل إذا أنهت الاستماع للتسجيل (١٥ دقيقة) ولم ينخفض القلق بشكل جوهري؛ فعليها معاودة الاستماع له مباشرة (١٥ دقيقة إضافية) حتى ينخفض القلق، إذ لا ينبغي أن تنتهي جلسة التعرض دون انخفاض القلق بشكل جوهري.

موقف التعرض الثالث: يتم اختيار فقرة معينة من أحد البرامج الدينية التي كانت تستثير ظهور فكرة السب لدى المريضة، ويتم تكرار المقطع من (١٥ : ٣٠ دقيقة حسبما ينخفض القلق)، ويتم الاستماع للمقطع نفسه (دون تغيير) يوميا حتى يحدث التعود عليه مع الامتناع التام عن أي سلوك قهري أو تحييدي أثناء الاستماع.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		

موقف التعرض الرابع: يتم اختيار أحد مواقف الضغط والتوتر (القابل للتصميم في مواقف التعرض) وهو موقف الازدحام، حيث يُطلب من المريضة الذهاب لبضعة أيام متتالية للتسوق في إحدى المناطق المزدحمة (دون تغيير المكان من يوم لآخر)، وعند ظهور فكرة السب تتركها تعبر بهدوء وتمتنع تماما عن أي سلوك قهري أو تحييدي. وتستمر في مكان التسوق لمدة حوالي ٣٠ دقيقة أو حتى تشعر أن الضيق الناتج عن فكرة السب قد انخفض بشكل جوهري (*).

(*) يجب أن يكون واضحا للمريضة أن ما يعنينا في هذا الموقف هو انخفاض الضيق الناتج عن فكرة السب. وبالتالي يمكن لها أن تنهى موقف التعرض (التسوق) عندما ينخفض الضيق الناتج عن السب، في حين أنها لا زالت تشعر بالضيق من الازدحام في حد ذاته أو لازالت تشعر بالإرهاق أو غير ذلك. فهذه الأمور الأخرى ليست موضع تركيزنا.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الخامس: يتم الاتفاق مع المريضة على تحديد عدد من السور القرآنية يتم الاستماع لها يوميا، وعند ظهور فكرة السب تتركها تعبر بهدوء وتمتنع تماما عن أي سلوك قهري أو تحييدي. وتستمر في الاستماع لمدة حوالي ٣٠ دقيقة أو حتى تشعر أن الضيق قد انخفض بشكل جوهري.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض السادس: يتم الاتفاق مع المريضة على تحديد عدد من السور القرآنية يتم قراءتها يومياً، وعند ظهور فكرة السب تتركها تعبر بهدوء وتستكمل القراءة، وتمتنع تماماً عن أي سلوك قهري أو تحييدي. وتستمر في القراءة لمدة حوالي ٣٠ دقيقة أو حتى تشعر أن الضيق قد انخفض بشكل جوهري.

درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض	
		اليوم الأول
		اليوم الثاني
		اليوم الثالث
		اليوم الرابع

منع الانتكاس

من المفيد هنا التذكرة بجلسات منع الانتكاس، فبعدما تنتهي خطوات العلاج السابقة تخصص جلسة أو اثنتان لمنع الانتكاس لتحقيق الأهداف السابق ذكرها في الجزء الخاص بمنع الانتكاس، ثم يُطلب من المريضة أن تكتب إجابة تفصيلية عن الأسئلة التالية:

- ماذا تعلمت من العلاج؟
- كيف يمكن أن تتعرفي على الأفكار الوسواسية؟
- كيف يمكن أن تتعرفي على الأفعال القهرية أو التطمينية؟
- هل هناك أشياء لا زلت تتجنبينها؟ وماذا تفعلين حيالها؟
- لو كان لك صديقة تعاني من الوسواس القهري فكيف يمكنك أن تساعدتها لتبدأ في التعامل مع أفكارها الوسواسية؟ ماذا ستقولين لها؟
- ما هي العوامل التي تتوقعين أن تسبب لك الانتكاس؟ وكيف يمكنك أن تتعاملين معها؟

ثم تتم مناقشة هذه الإجابات معها.

مزيد من الأمثلة لحالات الاندفاعات الوسواسية

الاندفاعات الوسواسية الجنسية

تأتي الاندفاعات الوسواسية الجنسية في صورة أفكار تُلح على المريض تدفعه للقيام بسلوك جنسي لا يرغبه، مثل أفكار بممارسة الجنس مع الأطفال أو المحارم أو أشخاص من نفس الجنس، أو أفكار تدفعه للقيام بإيحاءات جنسية رغم أنه لا يرغب ذلك، وهذا هو الأساس الذي يميّز مريض الوسواس الجنسية، وهو أنه لا يرغب في هذه الأفكار، ويقاومها بشدة، ويشعر بالضيق والكدر من مجرد الفكرة، ويرغب في محوها من ذهنه، وعادة ما تصاحب هذه الأفكار صوراً ذهنية جنسية لا يرغبها أيضاً.

ويجب التأكيد على أن مريض الاندفاعات الوسواسية الجنسية لا يقوم بتنفيذ هذه الاندفاعات، ويبذل جهداً جهيدا في محاربتها وإيقافها وكبحها، ومع

ذلك يكون لديه قدر كبير من الخوف من فقد السيطرة على نفسه وتنفيذها، مما يدفعه إلى تجنب كثير من المواقف.

- الخطة العلاجية:

- مرحلتا التقويم والتعليم النفسي: تتمان بالطريقة المذكورة من قبل.

- مرحلة الوصول لمعاني الأفكار:

نستخدم فيها كما اعتدنا أسلوب السهم الهابط أو إكمال الجمل، وعادة ما نصل مع مريض الاندفاعات الوسواسية الجنسية إلى تلك المعاني لأفكاره: طالما هاجمتني هذه الأفكار فهذا معناه أنني

- شاذ جنسيا.

- شخص غير مؤتمن على الأطفال.

- غير مؤتمن على المحارم.

- لدي رغبة دفينية في تنفيذ هذه الدفعات.

- قد أفقد السيطرة على نفسي وأنفذه.

- لا بد أن أقاوم هذه الأفكار وأمنعها من دخول عقلي.

ملحوظة:

قد بيني المريض اعتقاده بأنه شاذ جنسيا أو غير مؤتمن على الأطفال من أمور غير متوقعة، فهذا مريض كان يشعر بالإثارة الجنسية عند رؤية حجرات النوم وهي معروضة في معارض بيع الأثاث، واعتقد أن لديه ميولا جنسية تجاه الأطفال؛ لأنه شعر بالإثارة نفسها عند رؤية حجرات نوم الأطفال أيضا وهي معروضة للبيع. ومريض آخر كَوّن اعتقاده بأن لديه ميولا جنسية مثلية لأن ملابسه الداخلية أحيانا كانت تلامس دبره ولم يُسارع بتعديلها، فاستنتج أن هذا معناه أنه يرغب في ذلك الإحساس، إذن فإن لديه ميولا مثلية.

ويمكن للمعالج أن يكتشف تلك الاعتقادات من خلال ملاحظته لسلوك المريض، فهذا المريض الذي كان يعتقد أن لديه ميولا مثلية لم يصريح بهذا الأمر، ولكنني لاحظت تكرار وقوفه وتعديله لملابسه خلال الجلسة، وعندما سألته عن سبب سلوكه، أجاب حتى أعديل ملابسي، فاستخدمت أسلوب السهم

الهابط، وسألته ولو لم تفعل ذلك ما معنى هذا؟ وهنا ظهر اعتقاده بأنه يخشى أن تكون لديه ميول مثلية.

- مرحلة مناقشة معاني الأفكار وربطها بالمخططات المختلة

عادة ما نتوصل من خلال مناقشاتنا مع مرضى الاندفاعات الوسواسية الجنسية أن معاني الأفكار لديهم تنبع من المخططين السابق ذكرهما لدى مرضى الاندفاعات الوسواسية عموماً، وهما: مخطط المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة، وخاصة الخلط الأخلاقي بين الفكرة والفعل، فطالما فُكّر في أمر فكأنه من الناحية الأخلاقية قد نفذه، وأن الأفكار المقتحمة ليست مجرد أفكار عابرة، ولكنها تعبر عن مكنون شخصية الفرد وعن دوافعه، وأن الأفكار التي تلح على الفرد قد تجعله يفقد السيطرة على نفسه وينفذها. والمخطط الثاني هو المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة.

- مرحلة تعديل المخططات المختلة

سننتع في تعديل مخططي المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة والمبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة الخطوات نفسها التي ذكرناها في حالة الاندفاعات الوسواسية الدينية، فسواء كانت الأفكار حول سب الذات الإلهية أو الإساءة للمقدسات أو اندفاعات جنسية؛ فجميعها أفكار وصور ذهنية كريهة وبغيضة تأتي على عكس معتقدات الفرد وعلى عكس رغباته، ويشعر بالكدر والضيق منها، ويسعى جاهداً لمقاومتها وكبحها.

فنبداً بفنية التساؤل السقراطي من خلال توجيه أسئلة للمريض حول: ماذا لو راودت هذه الأفكار الجنسية شخصاً (لديه ميول جنسية مثلية بالفعل) أو شخصاً لديه رغبات بممارسة الجنس مع الأطفال بالفعل...(*) هل كان سيقلق منها أو يستاء منها؟ إذن فما معنى أن هذه الأفكار تضايقك؟ هل هذا معناه أنك ترغبها أم ترفضها؟ وغيرها من الأسئلة التي توضح رؤية أصحاب النظرية المعرفية بأن الأفكار المقتحمة غير الأخلاقية لا تؤدي إلا مشاعر من يمتلكون صفاتاً أخلاقية، وأن الأفكار الوسواسية تأتي عادة عكس معتقدات وقيم الفرد،

(*) يتحدد السؤال بحسب نوع الفكرة الوسواسية الجنسية لدى المريض.

ولذلك تسبب له هذا الضيق والمعاناة، وأن الأشخاص لا ينزعجون عادة إلا من الأفكار التي تخالف قيمهم.

كذلك إذا كان المريض ملتزماً دينياً، فسيكون من المفيد جداً استخدام فنية التعليم النفسي لتقديم الاستشهادات الدينية التي توضح أن الفرد إذا راودته فكرة سيئة واستنكرها فهذا دليل على أنه يحمل بداخله قيماً وأخلاقيات مُعاكسة لهذه الأفكار السيئة فكما قال - ﷺ -: " ذاك صريح الإيمان(*)".

ثم نركز على تعديل مخطط المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقتحمة، وينصب اهتمامنا على توضيح أن محاولة التحكم العمدي في الأفكار إنما هي آلية مواجهة مضادة النتيجة، ثم نوضح للمريض الخطوات المحددة لكيفية التعامل مع أي فكرة وسواسية بحيث لا يدخل في صراع معها لكبحها ومقاومتها، كما سبق وشرحنا تفصيلاً في حالة الاندفاعات الوسواسية الدينية.

- مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

نقوم هنا بتنفيذ تجربتين سلوكيتين:

التجربة الأولى: تهدف لاختبار دور المحاولات العمدية لكبح الأفكار الوسواسية في زيادة إلحاحها.

حيث يُطلب من المريض

- أن يتعرض لأحد المواقف المثيرة لاندفاعاته الوسواسية الجنسية (وليكن الجلوس بجوار شخص من نفس الجنس في إحدى المواصلات العامة) ثم يحاول لمدة ١٥ دقيقة إيقاف هذه الاندفاعات بكل قوته. وبعد انتهاء الـ ١٥ دقيقة عليه أن يحدد النسبة المئوية لإلحاح الفكرة، والنسبة المئوية لمقدار شعوره بالقلق أو الضيق.
- ثم يعاود التعرض للموقف نفسه مرة أخرى (الجلوس بجوار شخص من

(*) سبق ذكر نص الحديث الشريف كاملاً في الحالة السابقة.

نفس الجنس في إحدى المواصلات العامة) وفي هذه المرة عليه أن يترك الاندفاعات تأتي إلى ذهنه دون أي محاولة لإيقافها، ودون فعل أي شيء لتصحيح الفكرة في ذهنه. وبعد انتهاء الدقائق الخمس عشرة عليه أن يحدد النسبة المئوية لإلحاح الفكرة، والنسبة المئوية لمقدار شعوره بالقلق أو الضيق.

– وبعد انتهاء التجربة عليه تحديد درجة اعتقاده في ضرورة التحكم في أفكاره المقتحمة.

التجربة الثانية: تهدف هذه التجربة لاختبار اعتقاد الفرد بأنه طالما هاجمته هذه الأفكار فقد يفقد السيطرة على نفسه وينفذها(**)

وتكون التجربة أن يتعرض الفرد لأحد المواقف التي يخشى أن يفقد السيطرة على نفسه فيها (كأن يبقى مع زميله في المكتب بمفرده في حالة وسواس المثلية-) أو (يجلس لتناول الطعام مع أخته في حالة وسواس ممارسة الجنس مع المحارم-) أو (يلعب مع ابنه في حالة وسواس الجنس مع الأطفال)، ويكون هناك افتراضان:

● الافتراض الأول: طالما راودتني هذه الأفكار فقد أفقد السيطرة على نفسي وأنفذها.

● الافتراض الثاني: هذه مجرد فكرة، ولا يمكن أن تجعلني أفعل شيئاً لا أريده.

ثم يُطلب منه تسجيل مستوى قلقه في بداية التجربة وفي نهايتها، وتسجيل درجة اعتقاده في صحة كل افتراض من الافتراضين قبل التجربة وبعدها.

(**) يتم اختبار هذا الاعتقاد أيضاً لدى مرضى وسواس اندفاعات الأذى، الذين يعتقدون أنهم طالما هاجمته أفكار تدفعهم لإيذاء أحبائهم؛ فقد يفقدون السيطرة على أنفسهم وينفذونها، ويذكر مرجع أوكسفورد للتجارب السلوكية تجربة في ذلك بأن طلب من الزوجة أن تنتظر حتى يخلد زوجها للنوم، ثم تدخل غرفته وتصطحب معها الآلة الحادة التي تهاجمها الاندفاعات الوسواسية بأنها ستؤذيها، وتجلس بجوار سريره وتردد عبارات: هيا افعلي ما تريدين، ويكون لدينا افتراضان: الأول: ستجعلني الأفكار أفقد السيطرة على نفسي وأنفذ الفكرة، والثاني: هذه مجرد فكرة، ولا يمكن أن تجعلني أفعل شيئاً لا أريده.

كذلك ينصح المرجع نفسه بأن المعالج يمكنه تصميم هذه التجربة أولاً مع شخص محايد بالنسبة للمريضة (كالمعالج مثلاً) قبل تنفيذ التجربة مع زوجها، ومن ثم يطلب منها أن تحضر الآلة الحادة معها في الجلسة وتضعها على المكتب بينها وبين المعالج، وبعد أن تختبر هذا الاعتقاد في الجلسة، تنفذ التجربة الأساسية في المنزل.

- مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

هذه أمثلة للمواقف والأشياء والأشخاص والمثيرات عموماً التي تستثير الفكرة الوسواسية في حالة المريض الذي يعاني من اندفاعات جنسية مثلية، والتي سيتم تصميم مواقف التعرض على أساسها.

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن	درجة القلق
ركوب مواصلات عامة يكون جالسا مجاورا لشخص من نفس الجنس.	٨٠%
ركوب مواصلات عامة مزدحمة يضطر للوقوف وليس الجلوس.	٩٠%
الوقوف في الطوابير.	٩٠%
أن يوجد في مكان ما بمفرده مع شخص من نفس الجنس (مثل: في المكتب مع زميل).	٩٥%

- وفي حالة اندفاعات بممارسة الجنس مع المحارم

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن	درجة القلق
النظر تجاه الإناث اللواتي تدور اندفاعاته الوسواسية حولهن.	٨٥%
الحديث مع الإناث اللواتي تدور اندفاعاته الوسواسية حولهن.	٩٠%
مشاركة الإناث اللواتي تدور اندفاعاته الوسواسية حولهن في أي نشاط كالطعام.	٩٠%
أن يوجد بمفرده مع إحداهن.	٩٥%

- وفي حالة اندفاعات بممارسة الجنس مع الأطفال.

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن	درجة القلق
النظر للطفل أثناء اللعب.	٨٠%
اللعب مع الطفل.	٨٥%
أن يدخل الطفل عندما ينام إلى سريره ويبقى معه.	٩٠%
مساعدة الطفل في تبديل ملابسه.	٩٥%
مساعدة الطفل في الاستحمام.	١٠٠%
أن يترك وحده مع الطفل.	١٠٠%

أما الأفعال القهرية التي يجب أن يمتنع عنها تماما عند أي تعرض فمن أمثلتها:

- أي سلوك تكراري مثل (إغماض العين، هز الرأس، الطرق باليد).
- أي سلوك لفظي بهدف التشنيت (مثل: كلمات معينة/ أو عد أرقام).
- التحييد المعرفي مثل (قلب الأفكار والصور الذهنية واستبدالها بغيرها).
- كل محاولات الكبح العمدي للأفكار.
- أي طريقة لتجنب التفاعل أو الاقتراب من الشخص.
- التطمين الذاتي (مثل: أنا لم أفعل شيئا، لم ألمسه، لم أؤذيه) أو مراجعة الموقف.
- طلب التطمين من الآخرين (مثل توجيه أسئلة للآخرين: هل رأيته أفعل كذا؟ هل اشتكت فلانة مني في شيء؟).

- أمثلة لأفكار وسواسية ملحة للقيام بأفعال تبدو دينية

يعاني بعض مرضى الوسواس القهري من نوع من الأفكار الوسواسية تدفعهم للقيام بأفعال تبدو في ظاهرها أفعالا دينية، ولكنها تكون غير ملائمة من حيث الكم أو من حيث الموقف أو المكان:

- كأن تلح على المريض فكرة تدفعه لأن يسجد أثناء نزوله الدرج (السلم)، أو أثناء سيره في الطريق، فإذا تردد تجاهمه أفكار أخرى من قبيل أتتكبر على السجود لله الذي منحك الصحة أن تمشي وتتحرك؟ غدا ستدعى للسجود ولن تستطيع؟

- أو تلح عليه فكرة أن يشكر الله - مع كل نعمة يستشعرها - بأن ينذر صلاة عدد من الركعات، أو صيام، أو التصدق بمبلغ مالي، مما يشق عليه الوفاء بذلك.

- الخطة العلاجية:

- مرحلتا التقويم والتعليم النفسي: تتمان بالطريقة المذكورة من قبل.

- مرحلة الوصول لمعاني الأفكار:

نستخدم فيها كما اعتدنا أسلوب السهم الهابط أو إكمال الجمل، وعادة ما نصل إلى أن معنى الأفكار بالنسبة لهذا المريض:

- ما دامت راودتني فكرة القيام بفعل ديني فهذا معناه أنها فكرة مهمة فعلا، ولا يمكن تجاهلها لأنها أمور دينية.
- ما دامت راودتني فكرة القيام بفعل ديني (صلاة/ صيام/ صدقة) إذن أصبح ذلك نذر، والنذر فرض.

- مرحلة مناقشة معاني الأفكار وربطها بالمخططات المختلة

عادة ما نتوصل من خلال مناقشاتنا مع هؤلاء المرضى أن معاني الأفكار لديهم تنبع من مخطط المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة، فيحدث المريض نفسه: طالما راودتني هذه الفكرة فلا بد أنها فكرة مهمة، وبالفعل هي فكرة مهمة لأنها حول موضوع ديني، فكيف لي أن أتجاهلها، وإن تجاهلتها فهذا يعني أنني غير متدين. كما يتضح لديه الخلط بين الفكرة والفعل، من خلال الخلط بين (فكرة أن ينذر صلاة أو صيام مثلا وبين فعل النذر أي أن يقوم بالنذر فعلا برغبة وعزيمة ونية تامة منه) فيتصور أنه إذا راودته فكرة القيام بفعل ديني (صلاة/ صيام/ صدقة) فقد أصبح ذلك نذرا فعلا، وأصبح ملزما أن يفي به.

- مرحلة تعديل المخططات المختلة

لقد لاحظت أن أساس المشكلة لدى هؤلاء المرضى نوع من الخلط أسميته "الخلط بين أهمية الموضوع وأهمية الفكرة"، فعندما كنت أطرح مع هؤلاء المرضى تساؤلات حول أهمية أفكارهم العابرة، كان كثير منهم يعرفون جيدا أنه ليست كل فكرة تمر بأذهانهم تعد فكرة مهمة بشكل عام، ولكنهم يتعاملون بشكل مختلف مع الموضوعات ذات الأهمية في حياتهم وخاصة الدين، فهم يعتقدون أن الأفكار التي تدور حول الموضوعات المهمة هي بالضرورة ذات معنى وأهمية، ويبدو هنا خلط المرضى بين أهمية الفكرة الوسواسية، وأهمية الموضوع الذي ترتبط به.

ولابد هنا من فك هذا الخلط، فالوسواس أفكار لا قيمة لها حتى لو ارتدت ثياب الموضوعات المهمة، وعلى المريض ألا يندفع بالثوب الذي يرتديه الوسواس سواء ثياب الدين أو الأخلاق أو غيرها من الموضوعات المهمة، فكلها موضوعات مهمة في ذاتها ولكن الوسواس الذي يأتي في هذه الموضوعات

المهمة يظل عديم المعنى والقيمة، فليس معنى أن الوسواس يدور حول أمر مهم (الدين مثلا) يكون بذلك اكتسب أية أهمية، إن الوسواس يظل دائما أفكارا تافهة لا قيمة لها ولا معنى ولا أهمية حتى لو جاء في أكثر الأمور أهمية للفرد، وثمة سؤال كان يزيل كثيرا من اللبس: ترى عندما تهاجمك فكرة بأن (تسجد وأنت تنزل السلم وتسجد بالفعل -على سبيل المثال) هل أنت الآن نفذت أمرا دينيا أم أمر الوسواس؟

ويفضل أيضا استخدام "فنية استشارة الخبراء"، والخبير هنا يكون (متخصصا في الفقه) ليوضح للمريض أن وسواس من قبيل (اسجد في أي مكان) ليست أوامر دينية في شيء وإنما وسواس لا ينبغي الانصياع لها، ويوضح له أن النذر هو فعل إرادي يقوم به الفرد بنية ورغبة وقصد وليس مكرها عليه من جراء وسواس يلح عليه.

وبعد أن يتم تعديل مخطط المبالغة في أهمية الأفكار، علينا أن نوضح للمريض أن الخطوة التالية هي ضرورة عدم مناقشة الأفكار الوسواسية مطلقا، لأن الفرد منطقيا لا يناقش إلا الأفكار المهمة ولذلك فمناقشة الأفكار الوسواسية يُعطي مؤشرا بتحويل هذه الأفكار من نطاق الأفكار العابرة التافهة إلى نطاق الأفكار المهمة، كذلك فإن مناقشة هذه الأفكار يزيد الانتباه لها والتفكير فيها وهذا عكس ما يسعى إليه المريض.

- مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

نقوم هنا بتصميم تجربة بأن يتعرض المريض لأحد المواقف التي يكثر فيها إلحاح أفكاره الوسواسية (مثل: نزول أو صعود الدرج) وبالطبع سترأوده فكرة أن يسجد أثناء نزول الدرج، والمطلوب منه ألا يستجيب للفكرة، ويكون لدينا افتراضان:

- الافتراض الأول: سأظل قلقا من شعوري بالذنب ولن يهدأ هذا الشعور.
- الافتراض الثاني: سأشعر بالقلق في البداية ولكن سيقبل شعوري بالقلق مع الوقت، وسيهدأ شعوري بالذنب.

والمطلوب منه أن يرصد درجة شعوره بالقلق في بداية التجربة وفي نهايتها، ويسجل درجة اعتقاده في كل افتراض من الافتراضين قبل إجراء التجربة وبعده.

- مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

يتم في هذه المرحلة - كما اعتدنا- جمع المواقف والأماكن والأشياء والمثيرات التي تستثير الأفكار الوسواسية، ومن أمثلة الأماكن التي كان يتكرر فيها إلحاح فكرة السجود على المريض: عند صعود ونزول الدرج، وأثناء السير في الطريق، وفي قاعة المحاضرات بالجامعة. أما المواقف التي تستثير الفكرة الوسواسية الخاصة بنذر العبادات فكانت تدور حول كل موقف يستشعر معه المريض نعمة من الله، ومن أكثر هذه المواقف (اجتياز امتحان ما بنجاح، شراء أشياء يحبها، إنجاز أعمال متراكمة)، وهنا تندفع الوسواس إلى ذهنه بتحفيظه على نذر صلاة وصيام وصدقات.

ومن ثم كان مدرج القلق للمواقف التي تستثير الفكرة الوسواسية الخاصة بالسجود كما يلي:

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص /الأماكن	درجة القلق
عند صعود ونزول الدرج.	٨٠%
أثناء السير في الطريق.	٨٥%
في قاعة المحاضرات بالجامعة.	٩٥%

أما مدرج القلق للمواقف والمثيرات التي تستثير الفكرة الوسواسية الخاصة بنذر العبادات فكان كما يلي:

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن	درجة القلق
عند إنجاز أعمال متراكمة(*)	٩٠%
عند شراء أشياء يحبها(**)	٩٠%
عند اجتياز امتحان ما بنجاح(***)	١٠٠%

أما الأفعال القهرية التي يجب أن يمتنع عنها تماما عند أي تعرض فمن أمثلتها:

- القيام بأي سلوك استجابة للفكرة، من قبيل (السجود على الدرج أو في الطريق، أو تنفيذ الصلوات أو الصدقات وغيرها استجابة للوسواس).
- التطمين الذاتي (مثل: تكرار رأي الفقيه الذي أخبره بضرورة عدم الاستجابة للوسواس) فيظل يكرر رأيه ويعيد البرهان مرارا وتكرارا.
- طلب التطمين من الآخرين (مثل: توجيه الأسئلة لهم، ترى هل سيعاقبني الله؟ هل سأتحمل وزرا؟...).

(*) هنا يتم تصميم موقف التعرض بأن يقوم المريض بإعداد قائمة بأعمال متراكمة (مثل: إصلاح ساعته، الاتصال بزميل مريض، مراجعة عدد من الصفحات في بحث مطلوب،...) ثم يُطلب منه إنجاز عمل واحد كل يوم، وعند الانتهاء منه يشكر الله بدعاء واحد، ويمتنع نهائيا عن الاستجابة لأية فكرة تدفعه لنذر ما، ويكرر هذا يوميا حتى يحقق التعود.

(**) هنا يتم تصميم موقف التعرض بأن يقوم المريض بإعداد قائمة بأشياء يحب شراءها، ثم يُطلب منه شراء شيء بسيط كل يوم، وعند شرائه يشكر الله بدعاء واحد، ويمتنع نهائيا عن الاستجابة لأية فكرة تدفعه لنذر ما، ويكرر التجربة يوميا حتى التعود.

(***) هنا يتم تصميم موقف التعرض بأن يقوم المريض بإجراء اختبار كل يوم من الاختبارات المتاحة على الإنترنت في أي مجال يهتم به (مثل: تحديد مستوى اللغة الإنجليزية مثلا، أو حل مسائل رياضية، أو أي مجال يهتم به وتكون له اختبارات متاحة على الإنترنت)، وعند اجتياز الاختبار يشكر الله بدعاء واحد، ويمتنع نهائيا عن الاستجابة لأية فكرة تدفعه لنذر ما، ويكرر التجربة يوميا حتى يحقق التعود.

وساوس التلوث

تعد وساوس التلوث من أشهر أنواع الوسواس، سواء وساوس التلوث من التراب والفضلات والقاذورات رغبة في النظافة فقط، أو وساوس التلوث ليس رغبة في النظافة فقط وإنما خوفاً من الإصابة بالأمراض والعدوى أيضاً.

تظهر وساوس التلوث في أشكال عديدة، ومن أمثلة ذلك:

- الخوف من التلوث بالتراب أو القاذورات دون خوف من الأمراض أو العدوى.
- الخوف من التلوث بفضلات الجسم دون خوف من الأمراض أو العدوى.
- الخوف من التلوث بالتراب أو القاذورات خشية الإصابة بالأمراض.
- الخوف من التلوث بفضلات الجسم خشية الإصابة بالأمراض.

ومن أشهر الأفعال القهرية في هذا الأمر:

- تنظيف وغسل اليدين.
 - تنظيف وغسل الأشياء.
 - فرط استخدام المطهرات والمنظفات.
 - مسح اليدين والأشياء.
 - تجنب ملامسة أي شيء يُعتقد تلوثه.
 - طلب التطمين من الآخرين.
- ومن أكثر المخططات المختلة التي تقف وراء وساوس التلوث:**

- ١- المبالغة في تقدير التهديد.
- ٢- تضخيم المسؤولية عن الأذى.
- ٣- عدم تحمل عدم اليقين.

مثال تفصيلي لمريض يعاني من وسواس التلوث

خوفا من الإصابة بالأمراض

مريض في الثلاثين من عمره، متزوج ولديه طفل، جاء يطلب العلاج بسبب وساوسه حول الخوف من الإصابة بفيروس سي الكبدي، حيث بدأ الأمر منذ سبعة أشهر عندما أصيب زميل له في العمل بفيروس سي الكبدي، ثم بشكل عابر قام بمصافحته، وبعدها تذكر أن إصبعه كان قد جُرح في اليوم السابق أثناء قص أظافره، وهنا بدأ في تفحص جرح إصبعه، والتساؤل هل هو جرح سطحي أم غائر؟ وبدأت الأسئلة الاجترارية: ماذا لو كانت يد زميلي مجروحة - مثل يدي- عندما صافحتني؟ ثم بدأ بعدها في سؤال الأطباء تليفونيا هذا السؤال عدة مرات، وانخرط في طقوس تطهير يده بالكحول بشكل مفرط، ثم تجنب مصافحة زميله هذا نهائيا. وفي أحد الأيام اصطدمت يده بزجاج مكتبه وانجرحت، وهنا بلغت وساوسه ذروتها، وراح يسأل ماذا لو كانت يد زميلي اصطدمت في ذلك الزجاج من قبل؟ وكيف لي أن أتأكد؟ وازادت طقوس تطهير يده بالكحول، وسؤال الأطباء تليفونيا، والبحث عن إجابة قاطعة، حتى نصحه أحد الأطباء بإجراء التحليل ليقطع الشك باليقين، ولكن للأسف لم يدعه الوسواس، فما أن دخل معمل التحاليل إلا وراودته احتمالات انتقال العدوى إليه من مقبض باب المعمل ومن أدوات سحب العينة ومن كل شيء تعامل معه، ولذا بات معمل التحاليل مصدرا إضافيا لوساوسه، وليس مصدرا لراحته، ورغم ظهور نتيجة التحليل بأنها سلبية؛ فإنه تشكك إذ ربما نُقلت إليه العدوى بعد أن أنهى سحب العينة من الكرسي الذي كان يجلس عليه أو الطاولة التي كانت أمام الطبيب أو من أي شيء آخر في المعمل.

وبعد استيفاء تاريخ الحالة والانتهاء من تقييمها، تم البدء بمرحلة التعليم النفسي التي سبق شرحها تفصيلا، تم الانتقال إلى مرحلة الوصول لمعاني الأفكار كما يلي:

مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

- المعالج: لقد ذكرت لي أنك بعدما صافحت زميلك تذكرت أن إصبعك كان مجروحاً في اليوم السابق، فما معنى هذا بالنسبة لك؟ "فنية السهم الهابط"



- المريض: معناه أنه ربما يكون جرح يدي كان غائراً أو لا زال مفتوحاً.



- المعالج: وعلى فرض أن هذا صحيح.. ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟



- المريض: ربما كانت يد زميلي مجروحة أيضاً.



- المعالج: وعلى فرض أن هذا صحيح.. ما معنى هذا بالنسبة لك؟



- المريض: أن يكون كلا الجرحين قد احتكا معا.



- المعالج: وما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟



- المريض: إصابتي بفيروس سي طبعاً.



- المعالج: إذن أنت ترى أنك عندما صافحت زميلك المصاب بفيروس سي وهناك جرح سابق في يدك فهذا معناه أنك ربما أصبت بعدوى فيروس سي. إلى أي مدى تقتنع بهذا الأمر؟



- المريض: أليس الأمر منطقياً؟ أريدك أن توضح لي أليس لدي كل الحق في تفكيري؟



- المعالج: أريد أن أعرف درجة اقتناعك أنت.



- المريض: ليس مهما درجة اقتناعي ولكن المهم رأيك أنت، ضع نفسك مكاني، لديك طفل صغير وتتسبب باستهتارك في إيذائه، ألا ترى أن الأمر خطير؟



- المعالج: إذن أنت تخشى من إصابتك بالفيروس خشية نقل العدوى لابنك؟



- المريض: بكل تأكيد.



- المعالج: وتعتقد أن ذلك إذا حدث سيكون نتيجة استهتارك؟



- المريض: طبعاً.



- المعالج: سأعيد عليك الآن ما فهمت وأحتاج منك أن توضح لي هل ما فهمته صحيح؟ وما هي درجة اقتناعك به؟

• أنت ترى أنك عندما صافحت زميلك المصاب بفيروس سي وهناك جرح سابق في يدك فهذا معناه أنك ربما أصبت بعدوى فيروس سي.

• وأنت تخشى من إصابتك بالفيروس خشية نقل العدوى لابنك، وإذا حدث ذلك سيكون نتيجة استهتارك.



- المريض: نعم ما فهمته صحيح، أما عن اقتناعي فأنا مقتنع بكل ما ذكرته بدرجة كبيرة تتجاوز ٩٠%.

مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلفة الكامنة خلفها

- المعالج: أنت ترى أنك عندما صافحت زميلك المصاب بفيروس سي وهناك جرح سابق في يدك فهذا معناه أنك ربما أصبت بعدوى فيروس سي. هل تعتقد أن الآخرين يفكرون بالطريقة نفسه؟ دعنا نأخذ زملاءك في العمل كمثال، كيف يتصرفون مع زميلك المصاب بفيروس سي؟ "فنية أخذ منظور الآخرين".
- المريض: أراهم يتصرفون بطريقتهم المعتادة، يصافحونه ويتعاملون معه بشكل طبيعي.
- المعالج: هل تعتقد أنهم ينظرون لموضوع إصابة زميلكم من زاوية مختلفة غير زاوية نقل العدوى؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريض: لا أعرف ماذا يدور بداخلهم، ولكن على الأقل ما يبدو أمامي أنهم متعاطفون معه.
- المعالج: دعنا نفترض (مجرد افتراض أنك أفصحت لزملائك في العمل عن مخاوفك) ترى ماذا سيكون رأيهم؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريض: كثير من الناس عندما تحدثهم عن الأمراض تجدهم يقولون، اتركها لله، قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا.
- المعالج: هل هذا معناه أنهم يفترضون احتمالات الأمان بدرجة أكبر من الخوف؟
- المريض: نعم، ولكني لا أستطيع فعل ذلك
- المعالج: لماذا؟
- المريض: لأن الحذر مطلوب وخاصة في أمور خطيرة كهذه.
- المعالج: إذن نتوقع أن طريقة تفكيرك هذه حققت لك فائدة أكثر منهم؟
- المريض: (صمت.. تفكير) بالعكس فعلى مستوى المعاناة أشعر أنني أعاني أكثر منهم، وعلى مستوى الإصابة بالمرض أشعر أنني مهدد في كل وقت،

فقد عرضتني مخاوفي للذهاب لمعمل التحاليل -وهو مصدر في حد ذاته للعدوى- في حين لم يذهبوا هم لمثل هذا المكان.

- المعالج: إذن أنت تنظر لموضوع إصابة زميلك من زاوية مختلفة عن المحيطين بك، هم ينظرون أكثر من زاوية التعاطف معه وأنت تنتظر أكثر من زاوية العدوى/ هم يفترضون احتمالات الأمان أكثر من احتمالات التهديد/ وبناء عليه أنت تتخذ إجراءات للحذر والحماية أكثر منهم بكثير، ورغم ذلك لا زلت تشعر أنك مهدد في كل وقت. هل ترى أن هذه الطريقة من التفكير يقف وراءها أي برنامج من البرامج التي تحدثنا عنها في بداية جلسائنا؟ "فنية اكتشاف المعتقدات الخاطئة"

- المريض: بكل تأكيد أعرف البرنامج الذي نتحدث عنه إنه (المبالغة في تقدير التهديد) فأنا ينطبق عليّ ما ذكر فيه من أنني أقدّر الخطر بدرجة أكبر من باقي الناس، وأفترض الخطر حتى يثبت العكس.

- المعالج: عظيم جدا أننا وضعنا أيدينا على أول برنامج يقف وراء معاناتك. ولكنك ذكرت أيضا أن خوفك نابع من خشيتك أن تنقل العدوى لابنك، وإذا حدث ذلك سيكون نتيجة استهتارك.

- المريض: بالتأكيد، وهذا الأمر على وجه الخصوص لا أتصور أنني أختلف فيه عن غيري، كل الناس يخافون على أبنائهم.

- المعالج: بكل تأكيد الناس بشكل عام يخافون على أبنائهم، ولكنهم ربما يتفاوتون في نوعية الأشياء التي يخافون على أبنائهم منها.

- المريض: أنا أخشى على ابني من المرض، أظن أن الأمراض لا يختلف عليها أحد.

- المعالج: ترى هل يمكن أن يتفاوت الناس في الخوف على أبنائهم إذا كان الخوف من إصابتهم بالمرض مجرد احتمال؟

- المريض: (صمت... تفكير) الأمر لا يختلف. لابد من حمايتهم حتى إن كان الأمر مجرد احتمال.

- المعالج: حتى إن كان الاحتمال ضعيفا؟ هل علينا أن نتخذ إجراءات الحماية والحذر بأكملها سواء كان الاحتمال قويا أو كان ضعيفا؟

- المريض: هل تقصد أن احتمال الإصابة في حالتي ضعيف؟
- المعالج: أريد أن أعرف كيف تراه أنت؟
- المريض: أراه احتمالا كبيرا يصل إلى ٩٠%.
- المعالج: معنى ذلك إذا كان هناك ١٠ أدلة أو مؤشرات على الإصابة؛ ف لديك ٩ مؤشرات منهم إيجابية.
- المريض: (صمت...) ليس الأمر كذلك، ولكن ألا يجب الحذر؟ إنه ابني.
- المعالج: أتذكر برنامجا تحدثنا عنه يعمل في عقولنا؛ يجعلنا نخشى كثيرا أن نتسبب في إيذاء غيرنا، ونرى أن مجرد توقع حدوث أذى لهم يتطلب منا أن نتخذ كل الإجراءات كأن هناك خطرا فعليا. "فنية اكتشاف المعتقدات الخاطئة"
- المريض: نعم أذكره (تضخيم المسؤولية عن الأذى).
- المعالج: بالفعل.
- المريض: في الواقع حتى وإن لم يكن لدي فعليا أدلة على إصابتي، ولكني أشعر أنني مصاب، وأخاف كثيرا على ابني.
- المعالج: هذه نقطة في غاية الأهمية (ليس لدي دليل، ولكني أشعر أنني مصاب)، هل تذكر نوعا من الأخطاء المعرفية التي تحدثنا عنها في البداية يدور حول أن نستدل على الأشياء بمشاعرنا وليس بعقولنا؟ "فنية اكتشاف الأخطاء المعرفية"
- المريض: نعم أذكره ولكن لا أذكر اسم هذا الخطأ.
- المعالج: اسمه "الاستدلال الانفعالي" ومعناه أن نترك مشاعرنا هي التي توجهنا وتقودنا دون أن نُعمل تفكيرنا في مدى صدق ما نشعر به.
- المريض: أشعر كأن عقلي يحتاج إلى إعادة برمجة.
- المعالج: في برامج محددة فقط، فعقولنا تعمل فيها مئات البرامج، وبالقطع فإن لديك كثيرا جدا يعمل بكل كفاءة، ولا ضير أن نحتاج لإعادة برمجة لبعض هذه البرامج فقط.

الواجب المنزلي:

الفكرة الوسواسية أو الموقف المقلق (*)	- معنى الفكرة أو الموقف المقلق بالنسبة لك - درجة اقتناعك بهذا المعنى ... %	- هل ينظر الآخرون للموقف بطريقتك نفسها؟ - كيف تتصور نظرتهم لهذا الأمر؟	- ما هو البرنامج الكامن خلف هذا المعنى؟

(*) تم زيادة (الموقف المقلق) هنا في الواجب المنزلي؛ لأن مريض وسواس التلوث ربما ينتبه للموقف المقلق — مثل: مصافحة شخص، كرسي ملوث، وهكذا — أكثر مما ينتبه للفكرة الوسواسية نفسها؛ لذا تم زيادة (الموقف

مرحلة تعديل المخططات المختلة وأخطاء التفكير

- المعالج: نظرا إلى أن الموضوع الذي يقلقك هو موضع متعلق بالصحة، فإن المتخصصين يشيرون إلى أهمية القيام بخطوة اسمها (استشارة الخبراء^(*)). استشارة الخبراء تتم فقط عندما تتعلق الوسائس بموضوع ديني أو موضوع يرتبط بالخوف من أذى ما (مثل العدوى). ولها شروط محددة لا بد أن أوضحها لك: وهي أن اللجوء للخبير (الخبير في حالتك سيكون هو الطبيب الباطني) يتم لمرة واحدة فقط لا غير/ لا بد أن نحدد معا من البداية أسئلة قليلة عامة/ لا بد من وجودي معك أثناء سؤال الخبير حتى لا تدخل في أسئلة تفصيلية لأن ذلك سيكون ضد الهدف الذي نسعى إليه.

في حالتنا هذه تم الاتفاق مع المريض على الذهاب لطبيب متخصص في الأمراض الباطنية والكبد، وحددنا سؤالين فقط لسؤاله فيهما، وهما:

- إن كان لدي زميل في العمل مصاب بفيروس سي كيف أتعامل معه حتى لا أصاب بالعدوى؟

- هل ما أقوم به من تجنب مصافحته أو ملامسة أي شيء يُحتمل أن يكون قد لامسه -خشية أن تكون يده مجروحة- هل هذه أفعال صحية أم وسواسية؟

وكان ملخص إجابة الطبيب (تعامل مع زميلك بشكل عادي تماما كما كنت تتعامل من قبل، أما أفعالك التجنبية فهي ليست سلوكا صحيا وإنما سلوك وسواسي).

بعد انتهاء (استشارة الخبير) تم استكمال مرحلة تعديل المخططات المختلة.

(*) جدير بالذكر هنا أنه عند تطبيق خطوة استشارة الخبراء مع كثير من المرضى كنتُ أفضل أن أقوم أنا بمفردتي بزيارة الخبير -رغم أن هذا لم يتم اقتراحه في المراجع العلاجية- لتقديم الأسئلة والحصول على الإجابة ونقلها للمريض؛ خشية ألا يلتزم المريض أثناء زيارة الخبير بالأسئلة العامة المتفق عليها، ويتطرق لأمر تفصيلية تُخرج هذه الخطوة المهمة عن هدفها، وحقيقةً كان معظم المرضى يرحبون جدا بأن أقوم أنا بمفردتي بهذه الخطوة ويتقون في أنني سأنقل لهم إجابة الخبير بأمانة، أما المرضى الذين كانوا يفضلون أن يحضروا بأنفسهم مقابلة الخبير؛ فكان لزاما الاتصال بالخبير قبل موعد المقابلة وإحاطته علما بأن المريض الذي سيؤره هو مريض وسواس ولذا فرجاء أن يُقدم إجابات دقيقة ولكنها عامة ومختصرة دون دخول في أية تفاصيل.

- المعالج: في البداية أود أن أسألك في أمر، إنك عندما صافحت زميلك خشيت من العدوى بفيروس سي، وعندما جرحت يدك في الزجاج خشيت من العدوى بفيروس سي، وعندما ذهبت لمعمل التحاليل خشيت من انتقال عدوى فيروس سي لك من باب المعمل ومن الكرسي ومن الطاولة، هل من المعقول أن فيروس سي يسير وراءك بهذا الشكل أم أنك أنت الذي تحمله في رأسك وتسير به؟؟

- المريض: لا أنكر أنني منذ البداية أخشى كثيرا الإصابة بهذا الفيروس، فكثير من أقاربي أصيبوا به وساءت حالاتهم.

- المعالج: هذا ما أود أن نركز عليه في مناقشتنا اليوم، تقديرنا للتهديد (للخطر)، كيف نفرق بين تقديرنا للتهديد (الخطر) المبني على وجود أدلة حقيقية، وتقديرنا للخطر النابع من القلق ومن مخاوفنا السابقة.

بداية يمكننا تقسيم الأشياء المحيطة بنا إلى أشياء مهددة (خطيرة) لا يختلف عليها أحد.. ومن ثم فالقلق منها له مبرر واضح، وقلق صحي.

وهناك أشياء محايدة، يراها الآخرون بشكل عام أنها ليست خطيرة، ولكنك أنت تعتبرها خطيرة (مهددة).. ومن ثم القلق منها ليس له مبرر واضح. "تعليم نفسي"

إذا سألتك الآن هل يحدث معك أن ترى بعض الأشياء المحايدة -من وجهة نظر الآخرين- على أنها مهددة ؟

- المريض: بالطبع يحدث هذا كثيرا معي.

- المعالج: ترى ما السبب في ذلك؟

- المريض: صمت... لقد تعودت ألا أتعامل مع الأمور ببساطة، تعلمت أن الحذر دائما مطلوب.

- المعالج: والحذر يعني أنك تفترض -عندما تتعامل مع شيء ما- أنه ربما يكون آمنا وربما يكون خطيرا؟

- المريض: بل أكثر من هذا، أحيانا يجعلني الحذر أفترض الخطر دون الأمان.

- المعالج: هذا وصف دقيق منك لما يحدث، إذن فالسبب الذي يجعلك ترى بعض الأشياء المحايدة -من وجهة نظر الآخرين- على أنها مهددة هو زاوية الرؤية التي تنظر بها للأمور، فالآخرون يتعرضون لكثير من الأمور التي تتعرض لها: يصافحون زميلكم، يستخدمون الأشياء الموجودة في مكان العمل، يذهبون لمعامل التحاليل لأي سبب، وفي أثناء تعاملهم مع كل هذا هم ليسوا متأكدين أنه لا يوجد شخص يحمل أية عدوى تعامل مع هذه الأشياء قبلهم، غير أنهم يسيرون في حياتهم بمنطق أن الأشياء آمنة ما لم يثبت العكس، بالطبع هناك سلوكيات صحية لا خلاف عليها مثل غسل اليدين قبل تناول الطعام وعند العودة إلى المنزل، ولكن بخلاف هذه الأمور العامة المتعارف عليها لا يكادون يقومون بأفعال أخرى لأنهم يفترضون الأمان في المواقف المختلفة. "تعليم نفسي"
- المريض: أما أنا فافتراض الخطر أولا حتى يثبت العكس.
- المعالج: نعم، وهنا بداية المشكلة، ما دمت تفترض الخطر (التهديد) فستحاول منعه بتصرفات كثيرة حتى لو لم يكن الموقف خطيرا فعلا. ولكن هل من المنطقي التعامل مع الأشياء الخطيرة بالفعل التي يوجد مبرر واضح للقلق منها مثل الأشياء التي لا يوجد مبرر واضح للقلق منها. هل نتعامل بالطريقة نفسها؟ هل من المنطقي أن نتجنب هذه الأشياء كما نتجنب تلك؟ هل من المنطقي أن نتخذ الاحتياطات والحذر ونقوم بإجراءات الحماية عند التعامل مع هذه الأشياء كما نتعامل مع تلك؟
- المريض: وماذا يضيرني لو فعلت ذلك؟ مادمت أفعل ما هو أكثر من الطبيعي وليس ما هو أقل (الزيادة أفضل من النقصان).
- المعالج: أريدك أنت أن تقول لي ما الذي أضرارك عندما فعلت ذلك؟
- المريض: أعرف أنني أعاني أكثر.
- المعالج: ليست المعاناة هي الخسارة الوحيدة، ولكن ربما لا تساعدك هذه الطريقة من الأساس في حمايتك، بل ربما تؤدي لنتائج عكسية. دعني أضرب لك مثالا: إذا خرجت من بيتك وأنت تركز كل انتباهك أنك تريد تجنب (الحجارة.. الطوب) الموجودة في الطريق، ما الذي سيحدث؟ "فنية الاستعارات والتشبيهات"

- المريض: سأجد الطريق كله حجارة.
- المعالج: بالفعل.. أتعرف لماذا؟ لأنك انتبهت بدرجة أكبر للحجارة التي كان من الممكن أن تعبرها دون أي التفات لها، ومن ثم فقد زدت معاناتك وضيقك بزيادة تركيزك على الشيء الذي تبغضه.
- ولكن المشكلة أكبر من مجرد الضيق والمعاناة، إنك في رحلة تركيزك الزائد على الحجارة أغفلت مصادر الخطر الحقيقية؛ فلم تنتبه لتلك السيارة المسرعة القادمة نحوك، ولا عمود الكهرباء الذي قد تصطدم به لأنك لا تنظر أمامك. "فنية الاستعارات والتشبيهات"
- المريض: لا أنكر أن هذا يحدث معي كثيراً، وحتى عندما اصطدمت يدي بالزجاج المكسور كنت وقتها منشغلاً بمتابعة زميلي والتأكد من أنه ذهب بعيداً.
- المعالج: هذا ما أقصده بالفعل، تلك الطريقة في التفكير التي تسعى للتركيز على المخاطر لتجنبها؛ هي فعلياً لا تحمي ولا تساعدني على تجنب المخاطر، بالإضافة إلى أنها توجه انتباهي أكثر للأشياء التي تقلقني وتحول حياتي لمعاناة مستمرة.
- السؤال المهم الآن: كيف أعيد برمجة عقلي ليتوقف عن هذه المبالغة في تقدير الخطر؟
- المريض: هذا ما أريد معرفته.
- المعالج: عندما تشعر بالتهديد في أي موقف:
- اسأل نفسك مباشرة ما هي درجة الخطر (التهديد) في هذا الموقف؟ وبعد أن تضع الدرجة احتفظ بها.
- ثم اسأل نفسك: هل قلقي (هذا التهديد) له مبرر واضح أم ليس له مبرر واضح؟ وقد يساعدك في هذه الخطوة أن تتخيل كيف يرى الآخرون هذا الموقف.
- ما الدليل على أن هذا التهديد حقيقي؟ واحرص أن تكون أدلة حقيقية، ولكي تساعد نفسك على معرفة الأدلة الحقيقية التي تعتمد على الاستدلال العقلي وليس المشاعر؛ تذكر دائماً مبدأ نسيمه "قاعة المحكمة"، يقوم هذا المبدأ

على فكرة أن الدليل الذي يُعتمد به هو الدليل الذي يمكنني تقديمه لقاضٍ في قاعة محكمة*).

- أعد تقديرك لدرجة الخطر (التهديد) بناء على الأدلة العقلية.
- قارن بين تقديرك الأول للتهديد وتقديرك الذي تم بعد البحث عن الأدلة العقلانية؛ لتنبه عقلك إلى هذه المبالغة. وتنبه عقلك للفرق بين التقدير المبني على (المشاعر) الشعور بـ (القلق/ الخوف/...) والتقدير المبني على أدلة عقلانية.
- اتخذ قرارا بشأن التصرف المناسب، فإذا كان قلقي في هذا الموقف غير مبرر أي ليس له أدلة مُقنعة فيجب ألا أتخذ حياله أية إجراءات احترازية أو سلوكات تجنبية أو تطمينية، أما إذا كان قلقي في هذا الموقف له مبرر قوي وواضح فعلياً ألا أقف لأركز على القلق بل يجب تحويل هذا القلق إلى دافع للقيام بسلوك إيجابي في مواجهة الخطر، تماماً مثل الطالب الذي يخشى الفشل في الامتحان فيحول قلقه هذا إلى دافع للاجتهاد والاستذكار.

دعنا نطبق معا هذه الخطوات الآن:

- المريض:

- درجة التهديد التي كنت أستشعرها كما ذكرتها من قبل هي ٩٠% .
- بالنسبة للسؤال: هل قلقي هذا له مبرر واضح أم ليس له مبرر واضح، أنا أشعر أن له مبررا واضحا، فجرح يدي يقلقني، هذا ما أشعر به، ولكن لو حاولت البحث عن أدلة بمعنى أدلة عقلانية قد لا أجد. فليس لدي دليل على أن يد زميلي كانت مجروحة من الأساس، وكلام الخبير (الطبيب) يوضح أنه لا يوجد دليل أو مبرر لقلقي، وحتى نتيجة التحليل كانت سلبية، والأشخاص من حولي يتعاملون بشكل طبيعي. نعم لا يوجد دليل.
- وإذا أعدت تقدير درجة الخطر (التهديد) بناء على الأدلة العقلية، فقد أجد الموقف مقلقا بدرجة واهية لا تتخطى ٢٠ أو ٣٠%.

(*) إن فنية قاعة المحكمة هي فنية كبيرة تتطلب أداء الأدوار، حيث يقوم المعالج بدور المحامي الذي يعرض أدلة البراءة، ويقوم المريض بدور وكيل النيابة ليقدّم أدلة الإدانة، ثم يجمع المعالج كل الأدلة المقدمة ويخمن ما الذي سيقرره القاضي، ووفقا لهذه الفنية يتعلم المريض ألا يقدم دليلا إلا الدليل المنطقي أو الواقعي الذي يمكن أن تقبله المحكمة. ولذلك استعنت فقط بتشبيه الموقف كأنه قاعة محكمة لتوضيح معنى الدليل، والحرص على أن يكون منطقيا أو واقعيًا، ولكن لم أطبق الفنية كاملة بما تشتمل عليه من أداء الأدوار.

- المعالج: حسناً، عندما تتبع هذه الطريقة، وتُسمع عقلك صوتاً منطقياً ينبهه أن لا مبرر للمبالغة في تقدير الخطر؛ تكون هذه أولى خطوات مساعدة عقلك أن يقلل من مبالغته في تقدير التهديد.

الآن نريد أن نلخص ما وصلنا إليه ونضعه في إطار واضح، حتى تنبه عقلك أن هناك رؤية أخرى للأمور غير التي اعتاد عليها، ليحل تدريجياً هذا الاعتقاد الجديد التوافقي محل الاعتقاد القديم.

- معظم الناس يفترضون الأمان حتى يثبت العكس. طريقة تفكيري التي تفترض التهديد والخطر أولاً وتعتمد على التركيز على المخاطر لكي أتجنبها؛ هي فعلياً طريقة تفكير لا تحميني، بالعكس تؤدي لنتائج عكسية، بالإضافة إلى أنها توجه انتباهي أكثر للأشياء التي تقلقني وتحول حياتي لمعاناة مستمرة. تقديري للتهديد في المواقف التي تقلقني (مثل: مصافحة زميلي،...) تقدير مبالغ فيه، لأنه لا يوجد دليل واقعي عليه. تقديري المبالغ فيه للتهديد نابع من شعوري بالقلق، وبالتالي هو تقدير على أساس المشاعر وليس الأدلة العقلية. لن أترك تقديري للأمور يعتمد على مشاعري دون أعمال عقلي.

تابع: مرحلة تعديل المخططات المختلفة

وأخطاء التفكير

- المعالج: لقد ذكرت أنك تخشى من إصابتك بالفيروس خشية نقل العدوى لابنك.
- المريض: نعم هذا هو أهم شيء بالنسبة لي، هذا هو سبب خوفي الأساسي.
- المعالج: أنت تخشى أن تتسبب في أي أذى لابنك؟
- المريض: بكل تأكيد.
- المعالج: هل يراودك كثيرا الخوف من أن تتسبب في إيذاء الآخرين؟
- المريض: لقد تحدثت عن أمر مهم جدا بالنسبة لي، نعم كثيرا ما أتصور أنني أتسبب في الأذى، إنني أبغض هذا بشدة.
- المعالج: هل تذكر مواقف منذ صغرك تتعلق بهذا الأمر؟
- المريض: ياااااه.. أذكر بالطبع، مواقف عديدة كان يتم لومي وتأنيبي عليها لأنني أفسدت كذا، وأضعت كذا، وتسببت في كذا لأخي الصغير، مواقف كثيرة، كم كنت أكره اللوم والتأنيب البغيض، كم كنت أكره ما يترتب على ذلك من شعوري بالذنب. الأسوأ حقا أنني لم أكن أعرف أن تصرفاتي التي أفعلمها تتسبب في كل هذه المصائب، كنت أجد نفسي فجأة ألام على تصرف عابر واكتشف أن ذلك تسبب في مشكلة أو أذى ما.
- المعالج: ومن ثم تكوّن لديك اعتقاد بأنك قد تتسبب في الأذى جراء تصرفاتك العابرة.
- المريض: نعم.. تماما، إنني لسنوات طويلة —حتى الآن— أخشى بشدة أن أجد نفسي فجأة قد تسببت في إيذاء أحد، أخشى الشعور بالذنب وأخشى اللوم.
- المعالج: هل ترى أن شعور القلق أهون عندك من شعور الذنب؟
- المريض: (صمت... تفكير) بكل تأكيد القلق أهون من الشعور بالذنب.
- المعالج: إذن لقد لجأت لافتراض الخطر والتهديد في المواقف، وتحملت شعور القلق الشديد، وانخرطت في كل هذه الإجراءات الاحترازية، في

سبيل أن تقدم لنفسك حيثيات البراءة من تهمة التسبب في الأذى، وفي سبيل أن تحمي نفسك من الشعور بالذنب. لقد قُبلت أن تعيش في قلق حقيقي في سبيل حماية نفسك من شعور بذنب مُحتمل.

- المريض: (صمت...) أظن أن هذا التفسير دقيق.
- المعالج: ترى هل يمكن أن تستمر هكذا؟ هل يمكن أن تحمي نفسك من الشعور بالذنب من خلال كل هذه الدوامة؟
- نريد أن نحسب المكاسب والخسائر إذا استمر الأمر هكذا. "حساب المكاسب والخسائر"
- المريض: المكسب الذي أكسبه أن شعوري بالذنب سيكون أقل، أما الخسائر، فهي استمرار معاناتي وربما زيادتها.
- المعالج: هل ترى فعلا أن شعورك بالذنب أقل؟ هل يمكن أن تسترجع ما تشعر به مع ابنك؟ هل تخلصت من شعورك بالذنب تجاهه؟ "مناقشة المكاسب والخسائر"
- المريض: حقيقة لم أتخلص من شعوري بالذنب تجاهه بشكل عام، نعم شعوري بالذنب النابع من خوفي من نقل العدوى له نسبته قليلة، ولكني أشعر بالذنب تجاهه في عشرات الأمور الأخرى، يكفي مناخ القلق الذي يسود داخل المنزل بسبب إجراءاتي الاحترازية، ومناخ الحزن والكآبة، وعدم مشاركتي له في اللعب أو في أي نشاط، كما أنه ربما يتعلم مني الوسوسة وهذا مصدر شعور داخلي بغیض بالذنب. لذلك لا أتصور أن المكسب الذي اقترحته في البداية يُعد مكسبا حقيقيا، في الواقع الأمر كله خسائر ولا يوجد فيه أي مكسب.
- المعالج: إذن كيف يمكنك أن تحمي نفسك من الشعور بالذنب بطريقة أخرى؟
- المريض: أريد طريقة تضمن لي ألا أتسبب في إيذاء ابني، وقتها لن أشعر بالذنب.
- المعالج: وما هو الأذى الذي تريد ألا تتسبب فيه؟ الأذى الحقيقي أم الأذى الذي تفرضه دون مبرر واضح ودون دليل كاف؟

- المريض: أنا أريد أن أحمي ابني من كل أنواع الأذى مهما كان أذى ضئيلاً.
- المعالج: لقد رأينا للتو الخسائر التي تترتب على محاولتك حماية ابنك من مجرد أذى تتوقعه أنت دون دليل كافٍ، وذكرت لي أن ذلك يجعل المنزل يسوده مناخ من القلق والتوتر، وجو عام من الكآبة، وعزوف منك عن مشاركته اللعب، واحتمال كبير أن يتعلم منك طريقة التفكير الوسواسية، هذا بالإضافة إلى أننا تحدثنا من قبل أن طريقة التفكير التي تركز على التهديد والمخاطر بدافع أن التركيز على المخاطر يساعد على تجنبها؛ هذه الطريقة من التفكير تؤدي لنتائج عكسية، وأنها تؤدي إلى تركيز الفرد على مصدر واحد فقط للخطر، وبالتالي تشغله عن الانتباه لمصادر الخطر الأخرى.
- المريض: وماذا أفعل إذن؟
- المعالج: أن تعرف حدود مسئوليتك كأب، وحدود مسئوليتك كإنسان بشكل عام، وتتعامل على هذا الأساس. هذه هي وسيلتك الوحيدة للتخلص من الشعور بالذنب. أن تعرف أن مجرد توقع حدوث خطر أو أذى معين لا يحميك مسؤولية القيام بأي إجراء احترازي؛ إلا إذا كان هناك دليل فعلي على هذا الخطر أو الأذى. "تعليم نفسي"
- المريض: وماذا أفعل عندما أتوقع حدوث خطر؟
- المعالج: هل يوجد دليل عليه؟
- المريض: إذا لم يوجد دليل عليه.
- المعالج: لا تفعل شيئاً.
- إن قيامك بأي سلوك احترازي أو تطميني في مثل هذا الموقف يوصل لعقلك رسالة أنك بصدد خطر حقيقي —وليس مجرد خطر متوقع— ولولا ذلك السلوك الذي فعلته لكان الخطر داهمك، إذن هذه التصرفات التي تقوم بها تثبت لعقلك أن الأشياء التي تتعرض لها خطيرة بالفعل وأن العالم حولك مهدد بالفعل. "تعليم نفسي" فكيف تتوقع أن تخرج من هذه الدوامة إذا استمر سلوكك كما هو؟
- المريض: صمت... دموع...
- المعالج: أرى دموعك... فिम تفكر الآن؟؟

- المريض: أحب ابني كثيرا وأخشى عليه، فإن توقفت عن كل إجراءات الحماية التي أفعلها قد أموت من القلق، وفي الوقت نفسه لم أعد أستطيع الاستمرار في دوامة تصرفاتي السابقة.
- المعالج: ترى هل قلقك الشديد وتصرفاتك الاحترازية راجعة لوجود خطر حقيقي أم راجعة لشدة حبك لابنك وخوفك عليه؟ "تخليق تفسيرات بديلة"
- المريض: يمكنني الآن أن أقول: ربما لا يكون الموقف خطيرا بالفعل ولكن قلقي يرجع لشدة حبي لابني وخوفي عليه.
- المعالج: عظيم جدا... إذن مشاعر الحب والخوف هي الأساس. وعلينا ألا نعتمد على المشاعر في الحكم على الأمور، ولكن هذه المشاعر العظيمة سنعتمد عليها فيما هو أفضل كثيرا.
- المريض: ماذا تعني؟
- المعالج: سنعتمد على مشاعر الحب والخوف هذه لتكون دافعا لك لتتعلم كيف تحب ابنك بشكل إيجابي، وكيف تخاف عليه بشكل صحيح.
- المريض: وكيف ذلك؟
- المعالج: أن تتعلم كيف تعبر له عن حبك، كيف تشاركه أعباءه وأنشطته، كيف تضحك معه وتقضي معه أجمل وقت، كيف تُشعره بحبك وليس بقلقك. وسنعتمد على مشاعر خوفك على ابنك لتكون دافعا لك لتتعلم كيف تجعله قويا، إن كنت تخشى عليه حقاً فبالأكيد أنت تريده أن يكون قويا، يمكنك أن تحضر كورسات في طرق التربية الإيجابية، وفي تنمية شخصية أبنائنا، وكيف نساعدهم أن يكونوا مستقلين ومعتدين على أنفسهم ومؤثرين في الحياة. وقتها ستتحول هذه المشاعر لطاقة إيجابية تدفعنا للقيام بسلوك إيجابي.
- المريض: لا أصدق أنني يمكن أن أتحول لهذا الشخص الإيجابي الذي يشارك ابنه أنشطته ويحضر كورسات للتربية الإيجابية، إذا حدث ذلك سأكون من أسعد الناس.
- المعالج: علينا أن نخطط عمليا لذلك، ولكن في البداية علينا أن نتخلص من دوامة الوسواس، ثم نخطط لحياة أكثر إيجابية.

الآن علينا أن نلخص ما وصلنا إليه ونضعه في إطار واضح، حتى نتنبه عقلك أن هناك رؤية أخرى للأمور غير التي اعتاد عليها، ليحل تدريجياً هذا الاعتقاد الجديد التوافقي محل الاعتقاد القديم.

- إن مجرد توقع حدوث خطر معين لابني دون دليل كاف لا يُحملني مسؤولية اتخاذ أية إجراءات لمنع هذا الخطر المتوقع، لأنه ليس خطراً حقيقياً ولا يوجد دليل كاف على حدوثه.
- محاولات حماية ابني من مجرد احتمال للخطر -دون دليل كاف- يؤدي لنتائج عكسية، كأن يخلق مناخاً عاماً من القلق ويُعلمه طريقة تفكير وسواسية، ويمنعه من ممارسة حياته بشكل طبيعي ويقيّد خبراته.
- القلق الذي أشعر به في المواقف وتصرفاتي الاحترازية التي أقوم بها ليست راجعة لوجود خطر حقيقي وإنما ترجع إلى:
 - خوفي من المسؤولية عن الأذى
 - رغبتني في تجنب الشعور بالذنب
 - حبي لابني وخوفي عليه

الواجب المنزلي:

[illegible]

مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

- المعالج: اليوم نريد أن نعرف كيف نطبق ما تعلمناه معا في الواقع، إن البرامج التي كانت تعمل في ذهنك بشكل خاطئ لن تتغير بشكل كامل وتتحول إلى برامج تعمل بشكل طبيعي إلا إذا اتخذنا خطوات على أرض الواقع.

لقد توصلنا بعد مناقشتنا لبرنامج (المبالغة في تقدير التهديد) أننا لن نترك تقديرنا للمواقف تتم على أساس مشاعرنا، وإنما تتم على أساس الأدلة العقلية، وإذا تبين لنا أن الموقف غير مهدد فلا ينبغي اتخاذ أية إجراءات احترازية أو تجنبية أو تطمينية حياله.

- المريض: نعم، ولكن ماذا أفعل في القلق الذي لا زال موجودا؟ كيف أتعامل معه؟

- المعالج: دعني أحدثك عن القلق، كيف يتطور القلق وما هي حدوده؟ إن كل شيء يُولد صغيرا ويكبر بالتدريج إلا الانفعالات خُلقت كبيرة لتقل تدريجيا، ومن ثم فالقلق يبدأ كبيرا ثم يقل تدريجيا بشكل تلقائي دون تدخل منك، معنى هذا أن القلق لا يقوى على التصاعد والاستمرار في التصاعد إلى الأبد، لا بد له أن يقل دون أي إجراء تقوم به لخفضه. "التعليم النفسي"

- المريض: لا أتصور أن هذا يمكن أن يحدث، لو كان الأمر كذلك لما عانيت كل هذه الفترات الطويلة.

- المعالج: لقد عانيت هذه الفترات الطويلة لأنك لم تسمح لنفسك أن تختبر الأمر وتراه على حقيقته، أنت لم تنتظر حتى ترى بعينيك القلق يتصاعد ثم ينخفض تلقائيا، فعندما كنت تجده يتصاعد كنت تتعجل بالقيام بالأفعال القهرية التي كنت تظن أنها تقلل قلقك، وفي الحقيقة كانت هذه الأفعال توقعك في قبضة الوسواس أكثر.

حان الوقت اليوم لنختبر الأمر في الواقع ونرى ما لم نسمح لأنفسنا برؤيته من قبل.

- المريض: وماذا سأفعل؟

- المعالج: سنقوم بإجراء تجربتين: التجربة الأولى:

سنقوم بالإمساك بإحدى متعلقات زميلك المصاب بفيروس سي وليكن قلمه أو الدفتر الخاص به، وستمسك بهذا الشيء بيدك كليهما تماماً، أو تضع كلتا يديك على مكتبه، ثم تمسح يديك في وجهك ورأسك وملابسك، وتمتنع نهائياً عن أي سلوك قهري، فلن تغسل يديك^(*)، ولن تمسحهما بمناديل عادية أو مبللة، وممنوع استخدام الكحول نهائياً، وممنوع الإمساك بأي شيء باستخدام مناديل، وتكمل يومك بشكل طبيعي، وتتعامل مع الأشياء كلها بشكل طبيعي.

وسيكون هناك افتراضان:

- الافتراض الأول: أنك ستشعر بقلق شديد من فكرة إصابتك بالعدوى، وأن هذا القلق سيظل في تزايد.
- الافتراض الثاني: أنك ستشعر بقلق شديد من فكرة إصابتك بالعدوى في البداية، ثم سينخفض هذا القلق تدريجياً^(**).

ما هي درجة اقتناعك بكل افتراض من الافتراضين؟

- المريض: أقتنع بالافتراض الأول بدرجة ١٠٠%.

والافتراض الثاني بدرجة ٠%.

- المعالج: تمام، عليك عند القيام بالتجربة أن تسجل:

(*) بشكل عام لم أعتمد على منع المرضى من استخدام الماء نهائياً كما يتم في الثقافة الغربية، ولكن دائماً ما أضع معهم معايير صارمة لاستخدام الماء، وهي:

- غير مسموح بغسل اليدين إلا وفقاً للمعايير الطبيعية لغسل اليدين وهي: عند تناول الطعام، عند العودة إلى المنزل، عندما تكون اليدين لزجه، وبعد استخدام الحمام.

- كما يتم التنبيه عليهم أن غسل اليدين لا يتجاوز ١٠ ثوانٍ، والوضوء لا يتجاوز دقيقة.

- ويتم التنبيه بشدة على المريض أنه إذا كان سيغسل يديه أو سيتوضأ فلا بد أن يكون موقف التعرض تالي لغسل اليدين أو الوضوء وليس سابق عليهما، فإذا تصادف واضطر لغسل يديه بعد موقف التعرض فلا بد أن يعيد التعرض مرة أخرى فوراً بعد غسل يديه.

(**) نلاحظ هنا أننا لم نصنع الافتراضين (حول العدوى نفسها) بمعنى أنه لم تتم صياغة الافتراضين بطريقة أن الافتراض الأول: عندما تتعرض لمتعلقات زميلك ستصاب بالعدوى، والافتراض الثاني: عندما تتعرض لمتعلقات زميلك لن تصاب بالعدوى. لأننا ببساطة لكي نختبر صدق هذا سيكون المطلوب أن نذهب لنجري التحليل المعمل لنعرف أي الافتراضين تحقق، وهذا غير منطقي ولا يتماشى مع أهداف العلاج من الأساس. إن المرضى الذين ترتبط مخاوفهم بأشياء تحدث في المستقبل تتم صياغة الافتراضات في تجاربهم السلوكية حول القلق، فيكون الافتراض الأول: ستشعر بالقلق من حدوث الخطر الذي تتوقعه وسيظل القلق مستمراً، والافتراض الثاني: ستشعر بالقلق من حدوث الخطر في البداية ثم يقل القلق تدريجياً. وتكون صياغة الافتراضات بهذه الطريقة متماشية مع أهداف العلاج.

- مستوى قلقك في بداية الموقف وبعد مرور ١٥ دقيقة، وبعد مرور ٣٠ دقيقة، وبعد ٤٥ دقيقة، وفي نهاية الموقف.

- ودرجة اعتقادك في صحة الافتراض الأول والثاني.

بعد انتهاء التجربة عبّر المريض عن أن القلق بدأ شديدا بنسبة ٩٠% تقريبا، وهاجمته وساوس الإصابة بالعدوى، وشعر بكرب شديد وأنه وقع في بئر لا خلاص منه، وبعد مرور حوالي ١٠ دقائق وصل القلق إلى أقصى حد ١٠٠%، لكنه فوجئ أنه لم يتصاعد بعد ذلك، ولم يحدث ما كان يخشاه من تصاعد لا نهائي للقلق إلى حد لن يتحملة، ثم بعد مرور حوالي ٣٠ دقيقة بدأ هذا القلق في الانخفاض، حتى وصل إلى حوالي ٨٠%، وبعد مرور ٤٥ دقيقة وصل إلى ٧٠%، ثم فوجئ بعد مرور ساعة أن القلق وصل إلى درجة متوسطة ثابتة ٥٠% لم يرتفع بعدها.

- وبناء عليه أصبح اقتناع المريض بالافتراض الأول ٥٠%.

والافتراض الثاني بدرجة ٥٠%.

التجربة الثانية:

- المعالج: نريد الآن تصميم تجربة تساعدك في تطبيق ما اتفقنا عليه مع ابنك، لقد اتفقنا أن مجرد توقعك خطرا معينا لا يحمك مسئولية القيام بأي فعل احترازي أو تجنبى معه، وقد ذكرت لي وقتها أنك إن توقفت عن كل إجراءات الحماية التي تفعلها عندما تتعامل معه قد تموت من القلق، واليوم نريد أن نصمم تجربة لنرى ذلك الشبح المسمى القلق الذي يكدر علينا حياتنا ويدفعنا للقيام بكل ما هو غير منطقي، نريد أن نراه على حقيقته.

- المريض: ماذا سأفعل؟

- المعالج: سنقوم بإجراء تجربة:

سنقوم بالإمساك بإحدى متعلقات زميلك المصاب بفيروس سي كما فعلنا في التجربة السابقة، ثم تمسح يديك جيدا في منديل وتحفظ به، وعند عودتك إلى منزلك ستمسك هذا المنديل جيدا وتمسح يديك فيه، ثم تذهب إلى ابنك

وتحملة وتلاعبه، وبالطبع ستمتنع نهائيا عن أي سلوك قهري كما اتفقنا من قبل.

وسيكون هناك افتراضان:

- الافتراض الأول: أنك ستشعر بقلق شديد من فكرة نقل العدوى لابنك، وأن هذا القلق سيظل في تزايد.

- الافتراض الثاني: أنك ستشعر بقلق شديد من فكرة نقل العدوى لابنك في البداية، ثم سينخفض هذا القلق تدريجيا^(*).

ما هي درجة اقتناعك بكل افتراض من الافتراضين؟

- المريض: أقتنع بالافتراض الأول بدرجة ٩٠%.

والافتراض الثاني بدرجة ١٠%.

- المعالج: تمام، عليك عند القيام بالتجربة أن تسجل:

- مستوى قلقك في بداية الموقف وبعد مرور ١٥ دقيقة، وبعد مرور ٣٠ دقيقة، وبعد ٤٥ دقيقة، وفي نهاية الموقف.

- ودرجة اعتقادك في صحة الافتراض الأول والثاني

بعد انتهاء التجربة عبّر المريض أن:

- القلق في بداية التجربة كان ١٠٠%، وبعد مرور ١٥ دقيقة ظل ١٠٠% كما هو، وبعد مرور ٣٠ دقيقة بدأ ينخفض ووصل إلى ٨٠%، وبعد ٤٥ دقيقة وصل إلى ٧٠%، وفي نهاية الموقف بعد مرور ساعة ونصف تقريبا وصل إلى ٥٠% وظل ثابتا عند هذا الحد.

- وبناء عليه أصبح اقتناع المريض بالافتراض الأول ٥٠%.

والافتراض الثاني بدرجة ٥٠%.

(*) نلاحظ هنا أن الافتراضين تمت صياغتهما حول القلق كما ذكرنا في التجربة السابقة.

مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

أمكن تجميع المواقف المثيرة لوسواس المريض وترتيبها في مدرج القلق كما يلي:

الموقف/ الأشياء/ الأشخاص/ الأماكن/ الكلمات	درجة القلق
لافتات معامل التحاليل، ويُفط أطباء أمراض الكبد.	٦٠%
الإمساك بمنديل ممسوح به مقبض باب معمل التحاليل ^(*) .	٦٥%
اصطحاب المنديل (الممسوح به مقبض باب معمل التحاليل) لمنزله، والإمساك به ثم حمل ابنه وملاعبته.	٧٠%
الكرسي الذي يجلس عليه زميله المصاب بالفيروس.	٧٥%
اصطحاب المنديل (الممسوح به الكرسي الذي يجلس عليه الزميل المصاب بالفيروس) لمنزله، والإمساك به ثم حمل ابنه وملاعبته.	٨٠%
الأشياء التي يمسك زميله بها مثل: الأقلام، أو مقبض الباب.	٨٥%
اصطحاب المنديل (الممسوح به الأشياء التي يمسك زميله بها، مثل: الأقلام) لمنزله، والإمساك به ثم حمل ابنه وملاعبته.	٩٠%
مصافحة زميله المصاب بالفيروس مباشرة.	٩٥%
اصطحاب منديل (ممسوح به يد المريض بعد أن سلّم على زميله المصاب) لمنزله، والإمساك به ثم حمل ابنه وملاعبته.	١٠٠%

(*) قمتُ بالذهاب لمعمل التحاليل ومسحت مقبض الباب، ثم احتفظت بالمناديل، وتم الاعتماد على التعرض لتلك المناديل لتعذر ذهاب المريض يومياً للمعمل لإجراء التعرض حتى يحقق التعود. وبشكل عام إذا تعذر البقاء في مكان التعرض فإن البديل المتعارف عليه هو مسح موضوع التعرض بمنديل والاحتفاظ به، والتعرض لهذا المنديل في الوقت الذي يكون مناسباً لتنفيذ التعرض.

أما الأفعال القهرية التي يجب أن تمتنع عنها تماماً كانت:

- غسل اليدين.
- استخدام الكحول.
- مسح اليدين بالمناديل العادية والمبللة.
- فرك اليدين أو مسحهما في الملابس.
- تجنب ملامسة أي شيء يشك في تلوثه.
- تطهير كل الأدوات التي يلامسها مثل المفاتيح والهاتف المحمول والنقود.
- المراجعة الذهنية للأشياء التي لامسها.
- مراجعة النت للحصول على المعلومات الطبية

وفي المثال الحالي تم تصميم مواقف التعرض كما يلي:

موقف التعرض الأول:

أن يقوم المريض بالذهاب لإحدى البنايات المخصصة للتحاليل الطبية، وعيادات الأطباء، ويظل واقفا في الاتجاه المقابل للبناية بحيث يرى اللافتات بشكل دقيق، ويواصل النظر للافتات الخاصة بمعامل التحاليل وأطباء أمراض الكبد، وأثناء هذه الفترة يترك أية صور ذهنية تهاجمه بأنه أصيب بالمرض وأصبح بشكل معين، وأنه يتألم، عليه أن يترك في ذهنه كل تلك الصور الذهنية ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحييد معرفي (كأن يقلب الصور المقلقة لصور أخرى، أو يردد أي عبارات تطمينية)، ويستمر في هذا التعرض لمدة ٣٠ دقيقة أو حتى يشعر أن القلق انخفض بشكل جوهري.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الثاني:

أن يقوم المريض بالإمسك بكلتا يديه بمنديل تم مسح مقبض باب معمل التحاليل به، ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ويستمر لمدة ٣٠ دقيقة ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه أصيب بالمرض، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحييد معرفي، ويستمر في هذا التعرض لمدة ٣٠ دقيقة أو حتى يشعر أن القلق انخفض بشكل جوهري. وبالطبع بعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه (*). وإذا اضطر لغسل يديه لأي سبب، فعليه معاودة الإمساك بالمنديل بعد أن غسل يديه، وبالطبع ممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

(*) لا يتم غسل اليدين إلا وفقا للمعايير الطبيعية التي سبق توضيحها.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الثالث: أن يقوم المريض باصطحاب المنديل (الممسوح به مقبض باب معمل التحاليل) إلى منزله، ويمسك به ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ثم يحمل ابنه ويلاعبه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى ينخفض القلق جوهريا) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه نقل العدوى لابنه، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحييد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه أو غسل يدي ابنه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الرابع: أن يقوم المريض بالجلوس على الكرسي الذي يجلس عليه زميله المصاب بالفيروس، ويمسك بكلتا يديه مسندي الكرسي^(*)، ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ويستمر لمدة (٣٠: ٤٥ دقيقة أو حتى يشعر أن القلق انخفض بشكل جوهري) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه أصيب بالمرض، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحديد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الخامس: أن يقوم المريض باصطحاب المنديل (الممسوح به الكرسي الذي يجلس عليه الزميل المصاب بالفيروس) إلى منزله، ويمسك به ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ثم يحمل ابنه ويلاعبه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى ينخفض القلق جوهرياً) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه

(*) يمكن للمريض الذهاب للعمل مبكراً قبل حضور زملائه، أو ينتظر قليلاً بعد انصرافهم، حتى يتمكن من القيام بموقف التعرض لكرسي زميله، وإذا تعذر البقاء في مكان التعرض حتى ينتهي الموقف يمسح موضوع التعرض بمنديل ويحتفظ به.

نقل العدوى لابنه، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحديد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، أو غسل يدي ابنه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض السادس: أن يقوم المريض بالإمساك بكلتا يديه بالأشياء التي يمسك زميله بها (كالأقلام، ومقبض الباب) ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى يشعر أن القلق انخفض بشكل جوهري) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه أصيب بالمرض، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحديد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض السابع: أن يقوم المريض باصطحاب المنديل (الممسوح به بعض الأشياء التي يمسك الزميل المصاب بها كالأقلام) إلى منزله، ويمسك به ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ثم يحمل ابنه ويلاعبه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى ينخفض القلق جوهرياً) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه نقل العدوى لابنه، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحييد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		
اليوم الخامس		

موقف التعرض الثامن: أن يقوم المريض بمصافحة زميله، ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى يشعر أن القلق انخفض بشكل جوهري) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه أصيب بالمرض، ولا

يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحديد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض التاسع: أن يقوم المريض باصطحاب منديل (مسح فيه يده بعد أن سلّم على زميله المصاب) إلى منزله، ويمسك به ثم يمسح وجهه ورأسه وملابسه، ثم يحمل ابنه ويلاعبه، ويستمر لمدة (٣٠ : ٤٥ دقيقة أو حتى ينخفض القلق جوهرياً) ممعنا التركيز على شعوره بالقلق، ويترك في ذهنه أية صور ذهنية تهاجمه بأنه نقل العدوى لابنه، ولا يسعى لمقاومتها ولا إيقافها، ويتم تنبيهه بالامتناع عن أي تحديد معرفي. وبعد انتهاء موقف التعرض غير مسموح بغسل يديه، أو غسل يدي ابنه، وممنوع استخدام الكحول أو المناديل، أو أي وسيلة لتنظيف اليدين.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

منع الانتكاس

بعدما تنتهي خطوات العلاج السابقة تخصص جلسة أو اثنتان لمنع الانتكاس كما
دُكر تفصيلا من قبل.

ملاحظات حول وسواس التلوث

١- مريض وسواس التلوث الذين لا يخشون الأمراض أو العدوى قد تقف وراء معاناتهم (المبالغة في مترتبات القلق)، وهو اعتقاد الفرد بأنه غير قادر على تحمل القلق أو الضيق، وأنه إذا تعرّض للقلق فستحدث له مترتبات خطيرة. وهؤلاء تنصب التجارب السلوكية لهم على التعرض لأحد المثبرات المقلقة مع الامتناع عن أي فعل قهري.

• ويكون الافتراض الأول: أن القلق سيتزايد ولن يقل، أو أن القلق سيصيني بالجنون، أو أن القلق سيجعني أرتكب أخطاء جسيمة وسأفقد عملي.

• ويكون الافتراض الثاني: أن القلق سيتزايد في البداية ثم يبدأ في التناقص تدريجياً، أو أن القلق سيشعري بالضيق ولكن لن يصيني بالجنون، أو أن القلق ربما يؤثر على تركيزي وقد أرتكب أخطاء بسيطة يمكنني تداركها ولن تكون أخطاء جسيمة تُفقدني عملي.

٢- مريض وسواس التلوث الذي تقف وراء معاناته (النزعة إلى الكمال) ويعتقد أن أقدار التلوث البسيطة تعني أنه أصبح قذراً، وأن الآخرين سيحكمون عليه بأنه شخص غير نظيف، يجب أولاً تعديل مخطط النزعة للكمال من خلال:

• "فنية استنباط الخطأ المعرفي"، هل قدر التلوث البسيط يعني أنك أصبحت قذراً؟ ألا تلاحظ أن هذا الأمر شبيه بأي خطأ من أخطاء التفكير التي تحدثنا عنها؟ ألا يتمشى مع (الكل أو لا شيء)؟

• "فنية المقارنات المتطرفة" من هو الشخص القذر من وجهة نظرك؟ كيف يكون مظهره؟ كيف تكون ملابسه؟ كيف يكون شكل يديه ووجهه وشعره؟ ثم نسأله: ما الذي ينطبق عليك من هذه الصورة؟

• "فنية ازدواج المعايير" هل تدقق في ملابس زملائك لترى أقدار الاتساخ البسيطة؟ هل تحكم على أحدهم بالقذارة إذا ارتدى ملابسه نفسها يومين أو ثلاثة أيام متتالية؟ لو كانت الإجابة لا —وغالبا تكون لا- فلماذا إذن تضع معايير مختلفة لنفسك، وتظن الآخرين يدققون في مدى نظافة ملابسك، ويحكمون عليك بالقذارة؟

● "فنية حساب المكاسب والخسائر" إذا استمر يهتم بأقدار التلوث البسيطة ويتعامل معها باعتبارها أمراً يستوجب التنظيف.

● وبعد تعديل مخطط النزعة إلى الكمال نقوم بتنفيذ التجارب السلوكية، والتي يمكن أن تهدف إحداها لاختبار صحة اعتقاد الفرد بأن الآخرين يقيمون نظافته بناء على أقدار التلوث البسيطة، حيث يُطلب من المريض أن يقابل زملاءه بعبارة: "أه لقد سرت اليوم في طريق مزدحم كان مليئاً بالباعة الجائلين والعربات"، ثم يرصد تعليقات زملائه هل فيها ما ينصب على نظافته أو ما يعبر عن اشمزازهم من أي تلوث أصابه.

أو يُطلب من المريض أن يرتدي الملابس نفسها لمدة ٣ أيام متتالية ويرصد تعليقات زملائه، وهل ذكر أحد تعليقاتاً على نظافته؟

أو تهدف التجربة السلوكية لاختبار اعتقاد المريض بأنه لو تعامل في موضوع النظافة بغير طريقته التي اعتاد عليها؛ فسيشعر بقلق لن يتحمله. وهنا يتم التعرض لأحد المثيرات المقلقة مع الامتناع عن أي فعل قهري، ويكون الافتراض الأول: أن القلق سيتزايد ولن يقل.

ويكون الافتراض الثاني: أن القلق سيتزايد في البداية ثم يبدأ في التناقص تدريجياً.

٣- مرضى وسواس التلوث الذين يقف وراء معاناتهم افتقارهم لمعايير السلوك الطبيعي، وكيف يتصرف الأفراد بشكل عام عند غسل أيديهم، وعند تنظيف ما يقومون بشرائه، وكيف يتعاملون مع متعلقاتهم كالمفاتيح والهواتف، وما هو الوقت المستغرق لإنهاء الاستحمام، هؤلاء يمكن:

● أن يتفق معهم المعالج على نقاط محددة مكتوبة، فمثلاً غسل اليدين لا يكون إلا عند تناول الطعام، وعند العودة إلى المنزل، وعندما تكون اليدين لزجتين أو بها اتساخ واضح، وبعد قضاء الحاجة، وأن غسل اليدين لا يتجاوز ٢٠ ثانية، وأن الاستحمام مرة يومياً لا تتجاوز ١٠ دقائق، وغيرها من النقاط التي يتفق معه عليها ويكتبها.

● وتشير مراجع التجارب السلوكية إلى إمكان قضاء المريض أسبوعاً مع أحد أقربائه بهدف ملاحظة سلوكه، واكتساب معايير السلوك الطبيعي منه.

٤- كثير من مرضى وسواس التلوث المصحوب بالخوف من الأمراض أو العدوى يقف وراء معاناتهم **مخطط عدم تحمل عدم اليقين**، وهنا سيتم العمل على تعديل هذا المخطط بالخطوات التي ستوضح في الحالة التالية.

هذه الملاحظة لا تخص مرضى وسواس التلوث على وجه الخصوص، وإنما المرضى الذين يبالغون في تقدير التهديد بشكل عام، لاحظتُ لديهم نوعاً من الخلط يمكن تسميته بـ"الخلط بين الاستثناء والقاعدة"، فأحياناً تكون لدى مريض الوسواس حادثة معينة حدثت له بشكل استثنائي أو حدثت لغيره، ويبدأ في الاحتجاج بهذه الحادثة ليبرر بها كل تصرفاته القهرية، كأن يكون سمع عن حادثة لسقوط سيارة من فوق الكوبري، فيبرر بهذه الحادثة تصرفاته القهرية التي تدور حول تجنب السير تحت الكباري، أو يكون قد سمع عن حادثة سقوط "بالكونة"، فيبرر بهذه الحادثة تصرفاته القهرية التي تدور حول تجنب الوقوف في البالكونة ومنع أبنائه من استخدامها، مثل هذا المريض يجب أن نوضح له معنى الاستثناء، وكيف أن استثناءات الحياة قد تحدث إن أجلاً أو عاجلاً، ولكن هذا ليس مبرراً أن نرتب حياتنا على أساسها، فالحل في التعامل مع الاستثناءات هو تجاهلها وعدم وضعها في الحسبان، وليس السعي لاستبعادها لأنه لا يمكن استبعادها أصلاً، إننا نرتب حياتنا على أساس القاعدة ونتجاهل الاستثناءات.

وسواس (الشك والمراجعة) (*)

تعد من أشهر أنواع الوسواس وسواس (الشك والمراجعة)، وفيها يشك الفرد في صحة وإتقان الأعمال التي يقوم بها أو الكلام الذي ينطق به، مما يترتب عليه سلوك المراجعة والتكرار.

وتظهر وسواس (الشك والمراجعة) في أشكال عديدة، ومن أمثلة ذلك:

- الشك في إغلاق الأبواب والنوافذ والأدراج ومواقد الغاز أو محابس الماء.
- الشك في أداء الأعمال بالشكل الصحيح أو الدقيق.
- الشك في حدوث أخطاء.
- الشك في فهم كلام المتحدث على نحو خاطئ (عندما يكون المريض مستمعا).
- الشك في عدم سماع المتحدث بدقة (عندما يكون المريض مستمعا).
- الشك في سوء فهم المستمع لكلامه أو الشك في التعبير عما يريد بشكل دقيق (عندما يكون المريض متحدثا).
- الشك في نسيان شيء مهم.
- الشك في رمي شيء مهم بين القمامة.
- الشك في العقيدة.
- الشك في صحة أداء العبادات (نية العبادة/ الاغتسال/ الوضوء/ الصلاة/ الصيام/...).
- الشك في الأمور المتعلقة بالحلال والحرام.
- شك الفرد أنه يتصف بصفات النفاق أو الرياء أو الشرك.

(*) وجدت أنه من الأفضل تسمية هذا النوع من الوسواس (الشك والمراجعة)؛ لأن (وسواس الشك) فقط قد تجعله يتداخل مع الشك الذي يميز الضلالات لدى المرضى الذهانيين، و(وسواس المراجعة) فقط تعبر عن السلوك القهري وليس الوسواس.

ومن أشهر الأفعال القهرية في هذا الأمر:

- المراجعة والتكرار.
- المراجعة الذهنية (للخطوات التي تمت أو للأحاديث التي دارت).
- تصوير أفعاله بالهاتف مثلا ثم مراجعتها فيما بعد.
- طلب التطمين من الآخرين (أن يصطحب شخصا معه ليطمئنه ويقدم له التأكيدات التي يحتاجها).
- التجنب (كأن ينقل المريض مسؤولية غلق الأبواب مثلا لشخص آخر، أو يتوقف عن أداء العبادات مثلا).

ومن أكثر المخططات المختلة التي تقف وراء وسوس (الشك والمراجعة):

- تضخيم المسؤولية عن الأذى.
- عدم تحمل عدم اليقين.
- النزعة إلى الكمال.

مثال تفصيلي لمريض يعاني من وسوس (الشك والمراجعة)

مريض في السادسة والعشرين من العمر أعزب، يعمل مدرسا في المرحلة الإعدادية، جاء يطلب المساعدة للتخلص من وسوسه حول الشك في قدرته على إيصال المعلومات التي يشرحها لتلاميذه، حيث يقوم المريض بشرح درس ما، ثم بعد انتهاء جزء معين من الشرح تنتابه شكوك أنه لم يستطع إيصال المعلومة بالشكل الصحيح، فيبدأ في تكرار الشرح، وأحيانا يطلب من تلاميذه أن يكرروا أمامه ما تم شرحه، وبالطبع يجد بعض الأخطاء لديهم، وهنا يعتقد أن شكوكه في محلها، وأنه لم يستطع عرض ما يريد بالشكل المناسب، فيعود لتكرار الشرح، ثم يراجع ذهنيا ما قاله بعد انتهاء اليوم الدراسي، ويتشكك في بعض النقاط، ويظل في هذه المراجعات الذهنية حتى موعد اليوم الدراسي

الثاني ليقوم بتكرار شرحه لبعض النقاط الخاصة بالدرس السابق، وهكذا في دوامة لا تنتهي، تؤدي إلى تأخره الشديد عن المنهج الدراسي المحدد، وتعرضه للتأنيب والمساءلة بسبب أدائه الضعيف في العمل، كما أنه يمتنع عن إعطاء التلاميذ أي واجب منزلي خشية أن يتبين منه سوء فهمهم لجوانب معينة، فيفتح على نفسه باباً جديداً لمزيد من التكرارات التي لا تنتهي.

وبعد استيفاء تاريخ الحالة والانتهاء من تقييمها، تم البدء بمرحلة التعليم النفسي التي سبق شرحها تفصيلاً، تم الانتقال إلى مرحلة الوصول لمعاني الأفكار كما يلي:

مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

- المعالج: لقد ذكرت لي أنك عندما تقوم بشرح جزء معين من درس ما ينتابك شك في أنك ربما قدمت نقطة محددة بشكل غير دقيق، هل ما أفهمه صحيح؟
- المريض: ليس هذا ما يحدث دائماً، أحياناً أشك أنني قدمت المعلومة بشكل غير دقيق، وأحياناً أشك في سوء فهم التلاميذ لما شرحت، رغم ثقتي أنني شرحت بشكل دقيق.
- المعالج: وعندما تشك أنك قدمت المعلومة بشكل غير دقيق فهذا يعني أنك.....(*)
- المريض: هذا يعني أنني أخطأت.
- المعالج: وعلى فرض أنك أخطأت فعلاً فهذا معناه أنك.....
- المريض: هذا معناه أنني مسئول عن تصحيح خطأي.
- المعالج: وماذا يجب عليك أن تفعل لتصحيح خطأك؟
- المريض: بالطبع إعادة شرح الجزء الذي تشككت فيه.
- المعالج: وإذا لم تفعل ذلك فما هو أسوأ شيء سيحدث؟

(*) استخدمت هنا فنية إكمال الجمل والتساؤل السقراطي بديلاً عن السهم الهابط؛ نظراً لعدم استجابة المريض لفنية السهم الهابط بالشكل المناسب.

- المريض: سيجيب الطلاب عن هذه الأجزاء في الامتحان بشكل خاطئ، وسأكون أنا السبب في ذلك لأن هذه مسئوليتي أنا التي لم أقم بها.
- المعالج: حسنا، إذا انتقلنا للنقطة الثانية التي تقلقك، عندما تشك في سوء فهم التلاميذ لما شرحت فهذا يعني أنهم.....
- المريض: هذا يعني أنهم ربما أساءوا الفهم فعلا، أو سيصعب عليهم استكمال فهم باقي الدرس^(*).
- المعالج: عندما تشك في سوء فهم التلاميذ لما شرحت، فهذا يعني أنك.....
- المريض: هذا يعني أنني لابد أن أتأكد من فهمهم لما شرحت.
- المعالج: وماذا يجب عليك أن تفعل لتتأكد؟
- المريض: أقوم بسؤالهم في الأجزاء التي تشككت فيها.
- المعالج: هل تسأل كل الطلاب؟
- المريض: بالطبع لا... أسأل عددا منهم حتى أشعر بالاطمئنان أن هناك دليلا على أن المعلومة التي قدمتها فُهمت صوابا. أنا لا أسعى أن يحصل جميع الطلاب على الدرجات النهائية، فهذا أمر غير منطقي، كل ما أبحث عنه أن أتأكد وأطمئن أنني قُمت بما عليّ وقدمت المعلومة بالشكل الصحيح، ثم بعد ذلك فلتأت النتيجة كما تأتي^(**).
- المعالج: تمام فهمتك، وإذا لم تسأل عددا من الطلاب لتتأكد من فهمهم فما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث؟
- المريض: لن يمكنني الاستمرار في الشرح، ولن يمكنني الانتقال لجزء جديد، ولن أتحمل البقاء بهذا الشك، وسيعوقني هذا عن مواصلة عملي.

(*) يتضح هنا أنه حتى في حالة احتمال إساءة الطلاب لفهم ما شرحه؛ لم يُرجع المسؤولية لهم، أو لعدم تركيزهم، أو حتى لصعوبة المنهج الدراسي في هذا الموضوع، وقِيم الموقف من زاوية صعوبة فهمهم لباقي الدروس في ظل هذا الخلط.

(**) هذا المثال يوضح الفرق بين النزعة إلى الكمال وعدم تحمل عدم اليقين.

- المعالج: إذن إذا انتابك شك في أنك قدمت معلومة ما بشكل غير دقيق فلا بد أن تعيد شرحها، ولو لم تفعل ذلك ستكون مسئولاً عن إجابة تلاميذك بشكل خاطئ في الامتحان.
- أما إذا انتابك شك في سوء فهم تلاميذك لجزء معين فلا بد أن تسأل بعضهم؛ لتتأكد أن ما قدمته فهم على نحو صحيح، ولو لم تفعل ذلك فلن تستطيع تحمل هذا الشك، ولن تتمكن من مواصلة عملك.
- ما هي درجة اقتناعك بذلك؟
- المريض: أنا مقتنع تماماً بذلك، مقتنع بدرجة ١٠٠%.

الواجب المنزلي:

الافعال القهرية	- هذا يعني أنني..... - هذا يعني أنهم..... - هذا يعني أن الموقف..... - هذا يعني أنني لايد.....(*)	الفكرة الوسواسية	المواقف/ المثيرات/ الأشخاص/ الكلمات/ الأماكن التي تستثير الفكرة

(*) تم استخدام طريقة إكمال الجمل في الواجب المنزلي لأنها الطريقة التي تدرب عليها خلال الجلسة.

مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلة الكامنة خلفها

- المعالج: لقد ذكرت أنك إذا انتابك شك في أنك قدمت معلومة ما بشكل غير دقيق فلا بد أن تعيد شرحها، وإذا انتابك شك في سوء فهم تلاميذك لجزء معين فلا بد أن تسأل بعضهم لتتأكد أن ما قدمته فهم على نحو صحيح. ترى كيف يرى الآخرون طريقتك تلك التي تتبعها؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريض: لطالما أسمعني زملائي، ومدير المدرسة، وحتى موجه المادة عبارات من قبيل: "هون على نفسك"/ "الشاطر شاطر لأنه يذاكر ويحرص على الاجتهاد بنفسه"/ "مهما بذلت من جهد فكل تلميذ له مستواه"/ وعبارات كثيرة تدور كلها حول أن ما أفعله زائد عن الحد.
- المعالج: وكيف ترى رؤيتهم تلك؟
- المريض: لا أقتنع بها.
- المعالج: لماذا؟
- المريض: لأنني أكره منطق (الشماعات)، أكره أن أعلّق أخطائي على شماعات الآخرين.
- المعالج: هل ترى أنهم يفعلون ذلك؟ صف لي ماذا يفعلون هم أنفسهم في المواقف الشبيهة؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"
- المريض: لا أعرف على نحو دقيق ماذا يفعلون، ولكنني أسمعهم خلال أحاديثهم العابرة وهم يحكون مواقف شبيهة، ويروونها على نحو ساخر، والغريب أنهم يتصاحكون على مواقف سوء فهم التلاميذ، وينظرون للأمر كأنه دليل على أن المشكلة في قدرة الطلاب على الفهم، أو عدم انتباههم.
- المعالج: وما رأيك في وجهة النظر تلك؟
- المريض: هذا هو منطق (الشماعات) الذي أحدثك عنه، إنني أكره أن أعلّق أخطائي على شماعات الآخرين.
- المعالج: هل ترى نفسك أنت المسئول عن الموقف بكامله؟

- المريض: بكل تأكيد.
- المعالج: وأين دور الطالب؟
- المريض: لو فكرت بهذه الطريقة سأتعلم الاتكالية وعدم تحمل المسؤولية، سأتعلم أن أبحث عن أدوار الآخرين ومسئولياتهم، وأتخذ من ذلك مبررا لتقصيري.
- المعالج: وما دمت أنت المسئول عن الموقف بكامله من وجهة نظرك؛ فهل ساعدتك طريقتك هذه فعليا على تحمل مسؤولية الموقف، والقيام بمتطلبات العملية التعليمية؟
- المريض: بالتأكيد لا ... لماذا جئت أطلب العلاج إذن!!
- المعالج: هل تعتقد أن مسؤولية الموقف بهذا الشكل تفوق طاقتك ولذلك تعجز عن القيام بها؟
- المريض: هذا ما كنت أخشاه، أن أكون في حقيقتي شخصا غير قادر على تحمل المسؤولية.
- المعالج: ألا تلاحظ شيئا؟؟ عندما حدثك زملاؤك عن دور التلاميذ في تحمل جزء من المسؤولية؛ رفضت ورأيت أن الأمر بكامله مسئوليتك أنت، وعندما حدثك الآن عن أن الموقف نفسه بهذا الشكل يفوق طاقتك؛ نظرت للأمر على أنك غير قادر على تحمل المسؤولية. ألا تلاحظ شيئا؟
- المريض: (صمت...) هل تقصد أنني أتهم نفسي دائما؟
- المعالج: ماذا ترى أنت؟
- المريض: هذا يحدث كثيرا فعلا.
- المعالج: هل تذكر أحد البرامج التي سبق وتحدثنا عنها، والذي وفقا له يرى الفرد أنه هو المسئول دائما، ويلغي دور أي شيء وأي شخص آخر؟
"اكتشاف المعتقدات الخاطئة"
- المريض: نعم برنامج "تضخيم المسؤولية".
- المعالج: هذا صحيح فعلا.

والآن ماذا عن احتياجك للتأكد من أن ما شرحتهُ فهم على نحو صحيح، ماذا عن سؤالك للتلاميذ لتحصل على هذا التأكيد؟ هل يفعل زملاؤك ذلك؟ "فنية أخذ منظور الآخرين"

- المريض: أعرف جيداً أن لا أحد يفعل ما أفعله، وأنهم ينظرون لما أقوم به على أنه وسوسة، وواجهني بعضهم بذلك.
- المعالج: وهل ترى أنت أن ما تفعله زائد عن الحد؟
- المريض: حتى وإن كان زائداً عن الحد فإنني أكون في ضغط شديد بسبب شكّي، وأريد أن أهدأ، ولن أهدأ إلا عندما أسأل عدداً منهم، وأجدهم قد فهموا المعلومة على نحو صحيح.
- المعالج: وهل تطمئن فعلاً بعدما تسألهم، وتصل للهدوء الذي تتحدث عنه؟
- المريض: أحياناً يحدث هذا، وأحياناً كثيرة لا تريحني إجاباتهم، ولا أصل للهدوء أو الراحة التي كنت أنتظرها؛ فاضطر لإعادة الشرح.
- المعالج: هل تتوقع أن راحتك وهدوءك مرهونان فعلاً بحصولك على التأكيد واليقين التام؟ أم أن بحثك عن اليقين التام هو سبب معاناتك؟
- المريض: يبدو أنني أبحث عن شيء غير موجود ولذلك لا أصل أبداً.
- المعالج: هل تذكر ذلك البرنامج الذي تحدثنا عنه، والذي يدفعنا دائماً للبحث عن اليقين التام، وعدم تحمل الأمور غير اليقينية؟ "فنية اكتشاف المعتقدات الخاطئة"
- المريض: نعم، (عدم تحمل عدم اليقين).
- المعالج: بالفعل.

مرحلة تعديل المخططات المختلة

وأخطاء التفكير

- المعالج: لقد ذكرت لي في المرة السابقة أنك تود أن تتحمل المسؤولية كاملة، ولكن طريقته التي تتبعها لا تساعدك على القيام بمسؤوليتك كما تريد، إذن لابد أن هناك شيئاً ما خطأ، نريد أن نكتشفه سوياً حتى تتمكن من تحمل المسؤولية المنوطة بك بالشكل المناسب.
- بداية: لقد ذكرت أنك عندما تشك في أن جزءاً ما قدمته بشكل غير دقيق فإنك تُعيد شرحه.
- المريض: بالضبط.
- المعالج: معنى ذلك أنك اتخذت قراراً بإعادة الشرح بناءً على الشك؟؟ الشك هذا مجرد توقع، فهل تأخذ قراراً بإعادة الشرح بناءً على توقعات؟
- المريض: هذا ما يحدث بالفعل.
- المعالج: ترى هل إذا فاجأك موجه المادة بزيارة، ووجدك تعيد شرح الدرس السابق، وسألك عن السبب، هل ستذكر له لأنني تشككت أو لأن هناك احتمالاً؟
- المريض: بكل تأكيد لا طبعاً.
- المعالج: لماذا؟
- المريض: أعرف أنه لن يقتنع، هذا أمر غير مُقنع لأحد.
- المعالج: وبالتالي هل ترى أنه من المنطقي أن نتخذ قرارات بناءً على توقعات كما نتخذ قرارات بناءً على وجود مبررات واضحة وأدلة حقيقية؟
- المريض: وكيف أعرف أن هذا دليل؟
- المعالج: دعنا نتفق على مبدأ يسمونه (قاعة المحكمة) يقوم هذا المبدأ على أن تُعلم ذهنك ألا يُعتبر الشيء دليلاً إلا إذا كان من المقبول أن تقدمه في مكان مثل قاعة المحكمة، كأن يكون هناك سبب منطقي أو سبب واقعي (كأن يطلب منك معظم التلاميذ إعادة شرح جزء ما، أو إذا وجدت خطأ

مشتركا بين التلاميذ في سؤال محدد عند حل الواجبات المنزلية)، ترى هل يمكنك أن تذكر مثل هذه الأسباب لموجه المادة إذا سألك عن سبب إعادتك للشرح؟

- المريض: نعم من الممكن ذكر هذه الأسباب.
- المعالج: إذن أصبح واضحا لدينا الفرق بين التوقع النابع من الشك، والدليل ذي المبرر الواضح.

إن أول مشكلة يجب أن ننتبه إليها في برنامج تضخيم المسؤولية؛ أنني أعتقد أن مجرد توقعي لمشكلة ما يُحْمِلُنِي مسؤولية القيام بكل ما في وسعي لمنع هذه المشكلة، دون أن أسأل نفسي أين هي المشكلة أساسا على أرض الواقع، وما الدليل على وجودها.

- المريض: معنى ذلك أنه إذا تشككت في شرح جزء ما من الدرس السابق فلا أقوم بإعادة شرحه؟ ألا أكون بذلك مقصرا؟

- المعالج: نريد أن نحسب معا المكاسب والخسائر التي تترتب على اتخاذك قرارا بتكرار الشرح بناء على الشك (التوقع) لنعرف هل ستساعدك هذه الطريقة على ألا تكون مقصرا. "فنية حساب المكاسب والخسائر"

- المريض: المكاسب: أنني سأشعر براحة الضمير.

أما الخسائر: فهي تأخري في المنهج الدراسي، وشكوى التلاميذ من تراكم الدروس، وأحيانا يشتكون أن تكرار الشرح لم يوضح الأمر أكثر، وإنما أصابهم بالارتباك، مما يُدْخِلُنِي في دوامة أخرى بضرورة الإعادة لمرة ثالثة، وطبعاً من ضمن الخسائر تعرضي للمساءلة من الإداريين.

- المعالج: وبالنسبة للمكسب الوحيد الذي قدمته وهو شعورك براحة الضمير؛ هل فعلاً تشعر براحة الضمير؟ وهل يستمر هذا الشعور بالراحة؟ "مناقشة حساب المكاسب والخسائر"

- المريض: في واقع الأمر للوهلة الأولى أشعر أن حملاً انزاح عن كاهلي، ولكن عندما أتذكر كيف انقضى الوقت دون تقديم درس جديد، ومدى تأخري؛ سرعان ما أشعر بتأنيب الضمير، لا سيما إذا واجهني أحد التلاميذ بأنه شعر بالارتباك بعدما كررت الشرح.

- **المعالج:** إذن هل ساعدتك طريقتك ألا تكون مقصرا أم زادت من تقصيرك بالفعل؟
- **المريض:** فهمت.
- **المعالج:** إذن علينا أن نتخذ قرارا الآن، هل مجرد الشك أو التوقع يُحملك مسؤولية القيام بتصرفات معينة، أم أن ذلك هو ما يجعلك تفرط في المسؤولية ولن تستطيع القيام بها؟
- **المريض:** بالتأكيد يجعلني أفرط في المسؤولية.
- **المعالج:** الآن نريد أن ننقل لنقطة أخرى، لقد ذكرت لي أنك ترى نفسك مسئولا عن الموقف بكامله ولا دور للطالب في تحمل مسؤولية الموقف، رغم أن زملاءك والمحيطين بك يرون للطالب دورا كبيرا.
- **المريض:** كما ذكرت لك من قبل أنني أكره أن أوجد مبررات (شماعات) أتخلى بها عن مسؤوليتي.
- **المعالج:** حسنا، هل تذكر نفسك عندما كنت طالبا، هل كنت ترى المدرس مسئولا عن الموقف التعليمي كاملا، وأنت كطالب ليس لك أي دور؟
- **المريض:** (صمت...) بالعكس كنت أحمل نفسي مسؤولية المذاكرة كاملة، لقد جعلتني أتذكر الآن بعض المواقف التي كان يشتكي فيها زملائي من ضعف شرح بعض المدرسين؛ فكنت لا أوافقهم الرأي، وأقول لهم علينا أن نذاكر بأنفسنا.
- **المعالج:** رأيت؟ معنى ذلك أنك عندما كنت طالبا كنت ترى أنك يجب أن تتحمل المسؤولية كاملة، والآن وأنت مدرس ترى أنك يجب أن تتحمل المسؤولية كاملة أيضا. رأيت كيف تغيرت معاييرك؟ "فنية ازدواج المعايير"
- **المريض:** وما الحل إذن؟
- **المعالج:** أن تعرف حدود مسؤوليتك في كل موقف. هناك أسلوب سنتعلمه معا يسمى (تقسيم الفطيرة) هذا الأسلوب نحتاج أن نستخدمه دائما في أي موقف يتطلب معرفة حدود مسؤوليتنا.

- نتخيل أن موقف المسؤولية ١٠٠% هو عبارة عن دائرة (فطيرة).
- ثم نحصر الأشخاص المسؤولين أو (الجهات) (*) المسؤولة في ذلك الموقف.
- ثم نضع نسبة تمثل مسؤولية كل شخص أو (جهة) في هذا الموقف، ويجب أن نحدد هذه النسبة بشكل عقلائي وبشكل واقعي.
- وتترك النسبة الخاصة بك لآخر خطوة بعدما تنتهي من حساب نسب الآخرين جميعا.
- ثم تحسب النسبة المتبقية التي تعبر وقتها عن حدود مسؤوليتك أنت.
- دعنا نتبع هذه الخطوات لمعرفة حدود مسؤوليتك في هذا الموقف، دعنا نرسم الدائرة (الفطيرة)، ثم نحصر الأشخاص المسؤولين في الموقف.
- المريض: الأشخاص المسئولون في الموقف أنا والتلاميذ فقط.
- المعالج: ترى ما هي نسبة دور التلاميذ؟ علينا أن نحاول أن يكون التقدير منطقيا.
- المريض: أجد من الصعب تحديده.
- المعالج: دعني أساعدك، إذا تخيلت أن مدرسا قدم كل ما عليه من شرح للتلاميذ، واعتمد التلاميذ على ذلك فقط، دون استذكار لدروسهم في المنزل، ودون حل واجبات، ودون مراجعة، كيف ستكون درجاتهم في الامتحانات النهائية؟
- المريض: ربما ينجحون بالكاد، لا أظن أنهم قد يحصلون على أكثر من ٥٠%.
- المعالج: إذن ترى أن مسؤوليتهم في الموقف هي الـ ٥٠% الباقية؟
- المريض: أعتقد ذلك.
- المعالج: عظيم.. إذن مسؤولية التلاميذ ٥٠%، والباقي ٥٠% هي مسؤوليتك أنت، هل اتضح لك الآن أن المسؤولية مناصفة بينك وبين تلاميذك.

(*) أحيانا يكون المسئول في موقف معين ليس شخصا وإنما إدارة أو مؤسسة وهكذا.

- المريض: فهمت المقصود.
- المعالج: دعنا الآن نلخص ما وصلنا إليه، ونضعه في إطار واضح لتذكر نفسك به، حتى يحل هذا المنظور الجديد محل المنظور القديم، لتساعد نفسك على تعديل عمل برنامج تضخيم المسؤولية.

- توقعي لأمر ما أو تشككي في احتمال حدوثه لا يحملي مسؤولية القيام بأي فعل، ولن أتخذ على أساس ذلك قرارا بالتكرار أو المراجعة، ولو فعلت ذلك سيترتب عليه تفريط في المسؤولية.
- السبيل الوحيد لتحمل المسؤولية هو معرفة حدود مسؤوليتي، وحدود مسؤولية غيري.

استكمال مرحلة تعديل المخططات المختلة

وأخطاء التفكير

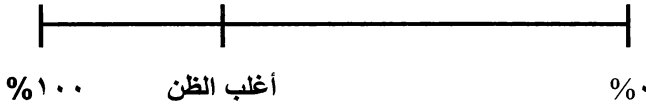
- المعالج: اليوم نريد أن نتحدث عن بحثك عن اليقين أو التأكد التام، لقد ذكرت لي من قبل أنك تكون في ضغط شديد بسبب شكك، وأن كل ما تبحث عنه وقتها أن ينتهي شكك هذا حتى تهدأ، ورغم أنك تكرر سؤال تلاميذك فيما شرحت فأحيانا تصل إلى الراحة التي تبتغيها، وأحيانا كثيرة لا تريحك إجاباتهم، وتضطر لإعادة الشرح.
- المريض: هذا ما يحدث فعلا.
- المعالج: دعنا اليوم نتفق على خطوة سنقوم بها، سنستخدم أسلوبا يُسمى "تنفيذ المسح survey" يعتمد هذا الأسلوب على أن ترجع لعدد من الأشخاص الذين يتعرضون لموقف مشابه للموقف الذي يقلقك، وتسألهم ماذا يفعلون، والهدف هنا هو معرفة معايير السلوك الطبيعي، بمعنى كيف يتصرف الآخرون في هذه المواقف بشكل طبيعي، ولكن لابد أن تعرف أن هذا الأسلوب له ضوابط:
- أن نستخدمه مرة واحدة فقط لا غير، حتى لا يتحول لفعل قهري وهو طلب التطمين من الآخرين.
- أن نسألهم سؤالا أو اثنين بصورة عامة تماما، دون الدخول في أية تفاصيل.
- المريض: وكيف يتم ذلك؟
- المعالج: سنضع الآن سؤالا عاما تسأله لعدد من زملائك المقربين: (ماذا تفعل لكي تطمئن أن التلاميذ فهموا الشرح على نحو صحيح؟)
- المريض: ولكنني أخشى الإحراج، فأنا ليس لدي زملاء مقربون سوى اثنين فقط.
- المعالج: عظيم.. أسألكم، وسأقوم أنا أيضا بسؤال ثلاثة من معارفي الذين يعملون مدرسين وأنقل لك إجاباتهم.

بعد تنفيذ المسح عدنا لاستكمال المناقشة في يوم تال

- المعالج: علينا الآن أن نرى إجابات الآخرين على سؤالنا، لقد تجمعت إجاباتهم حول النقاط التالية:
- أنهم يسألون التلاميذ في نهاية الحصة الدراسية سؤالاً عاماً من قبيل: (هل فهمتم؟ هل لديكم أسئلة؟)
- أنهم يعطونهم واجبات منزلية على كل موضوع، وغالباً يتضح من هذه الواجبات أنهم فهموا الموضوع.
- إذا وجدوا خطأ عاماً في الواجب المنزلي (ولابد أن يكون خطأ وليس مجرد طريقة مختلفة في التعبير أو أسلوب غير دقيق) هنا فقط يقومون بالتوضيح أو إعادة شرح هذا الجزء فقط مرة أخرى.
- أما إذا لم يكن الخطأ عاماً فيكون التصحيح داخل دفتر الطالب فقط.
- إذا طلب تلميذ إعادة شرح جزء معين وكان هذا مطلباً فردياً؛ تتم إعادة الشرح له بمفرده خارج الفصل الدراسي في وقت لاحق.
- المريض: لقد أوضحت لي هذه الإجابات مواطن الخطأ فيما كنت أفعل، وأرى أنها خطوات عملية، ولكن هل إذا فعلت ذلك سأصل للراحة والاطمئنان؟؟
- المعالج: هل تربط راحتك وهدوءك بأن تصل إلى نقطة من التأكد (اليقين) لا يخالطها أي شك؟
- المريض: هذا ما أحتاجه.
- المعالج: هنا تكمن المشكلة. دعنا نأخذ الأمر خطوة بخطوة، إذا نظرنا إلى الحياة بشكل عام، ما هو الشيء المؤكد فيها تماماً؟ ما هو الشيء الحتمي اليقيني الذي يُجمع عليه الجميع؟
- المريض: ربما الموت.
- المعالج: بالضبط... الموت هو الحقيقة الوحيدة، إننا جميعاً سنموت.
- أما ما عدا ذلك، إذا أردنا أن نصل إلى اليقين في أمر ما فما هي وسائلنا للوصول إلى هذا اليقين؟

- المريض: التفكير.
- المعالج: مضبوط.. إذن الوسيلة هي العقل، وماذا أيضاً؟
- المريض: الواقع.
- المعالج: مضبوط، وسيلتنا فيه هي الحواس، وأيضاً خبراتنا السابقة. إذن وسيلتنا للوصول إلى التأكد أو اليقين هو (العقل والحواس والخبرات السابقة)، هذه هي أدواتنا، تُرى هل عقولنا كاملة لا يشوبها أي قصور ولا ضعف ولا نسيان؟ هل حواسنا كاملة وليس لها حدود؟ هل خبراتنا كاملة وامتلكنا العلم والخبرة والحكمة التامة؟
- المريض: بكل تأكيد لا، عقولنا وحواسنا وخبراتنا ليست كاملة ولها حدود ويشوبها القصور.
- المعالج: فكيف إذن نطلب من أدوات قاصرة أن تجعلنا نصل إلى يقين تام؟
- المريض: (صمت)
- المعالج: دعنا نأخذ أمثلة: إنك إذا نظرت إلى المواقف الحياتية والاجتماعية تجد أن الله تعالى لحكمة منه سبحانه جعل ما يدور في عقول العباد، وما يكمن في قلوبهم عن بعضهم البعض غيباً لا يعلمه الطرف الآخر، فكيف لك أن تصل إليه؟ وحتى إن سألته كيف ستتيقن أنه أجابك بما في نفسه تماماً؟ والأمر لا يقتصر على المواقف الاجتماعية وإنما في كل جوانب الحياة، انظر إلى قوانين الطبيعة التي تحولت من الحتمية إلى النسبية، وأصبحت الاحتمالات هي اللغة الأكثر واقعية من لغة الحتمية، انظر إلى المعادلات الرياضية عند حسابها تُضرب في نسبة خطأ، انظر إلى البحوث العلمية التي دائماً ما تخرج نتائجها بدرجة ثقة، ولا بد أن يُحسب فيها مستوى الخطأ، انظر للجراحات الخطيرة التي تُجرى في المخ والقلب، يحدثونك عن نسب نجاح وليس عن يقين بالنجاح، والأمثلة لن تنتهي في هذا الأمر. "استخدام الأمثلة". إننا لكي نحقق التوافق في الحياة فعلينا أن نتعامل مع الحياة ونأخذها كما هي وكما جُلِّقت.
- المريض: يبدو أن الأمر متسع جداً، هل يعني ذلك أننا سنعيش في شك مستمر؟

- المعالج: أبدا. الأمر يعني أن علينا أن نتقبل ونتحمل قدرا من الشك، وأن نعرف أن هذه طبيعة الكون والحياة، ونعرف أننا في حياتنا وقراراتنا ومعتقداتنا نصل إلى قناعات أقرب إلى الصواب وليست يقينيات. والتفكير بهذه الطريقة المرنة يساعدنا على تقبل الحياة وتقبل عجزنا وقصورنا.
- دعني أوضح لك شيئا، إذا رسمنا خطا (يتم رسم خط بالفعل) يقع في أحد طرفيه درجة صفر في التأكد، ويقع في الطرف الآخر درجة ١٠٠٪ في التأكد، ثم سألتك: عندما يريد الأفراد بشكل عام أن يتأكدوا من أمر ما فإين يكون موقعهم على هذا الخط أو المتصل؟ "فنية المتصل"
- المريض: كنت أظن هنا، مشيرا على نقطة الـ ١٠٠٪، ولكنني فهمت أن هذا اليقين المطلق لا يمكننا الوصول إليه، لا أعرف إذن كيف يتأكد الأفراد؟
- المعالج: إن الأفراد بشكل عام لكي يتأكدوا من أمر ما؛ يقفون عند نقطة على هذا المتصل قريبة من التأكد الكامل، قريبة من الـ ١٠٠٪، وليست الـ ١٠٠٪، يمكن تسمية هذه النقطة **أغلب الظن** أو أقرب الاحتمالات للحقيقة وليست الحقيقة المطلقة. "فنية استبدال أفكار عقلانية بالخطأ المعرفي"



إن البشر بشكل عام يعتمدون على أغلب الظن بدلا من اليقين المطلق، ولكي يصلوا إلى هذه الدرجة من التأكد يعتمدون على الشواهد والأدلة، وعندما يصلون إلى درجة مقبولة من التأكد يكتفون بها ويتعاملون معها باعتبارها ١٠٠٪، ويتناسون تماما المسافة الباقية على هذا المتصل التي تفصل أغلب الظن عن اليقين، هذه المسافة لا يعتدون بها ولا يرونها ويعتبرونها تمثل صفرا. ولكن من يبحث عن اليقين التام يتناسى أغلب الظن هذا، ويتناسى كل الشواهد والأدلة، ولا ينظر إلا إلى المسافة الباقية على المتصل التي تقع بعد أغلب

الظن، ويتساءل لماذا لا يمكنني سد هذه الثغرة والتأكد منها؟ وبالطبع هذا لن يحدث أبداً.

- المريض: إذن أغلب الظن هو الحل.
- المعالج: بالضبط، وإذا رجعنا لإجابات زملائك في المسح الـ survey الذي قمنا به لوجدت أن الخطوات التي اتخذوها ليتأكدوا من فهم التلاميذ قد أوصلتهم إلى أغلب الظن وليس اليقين التام، وعندما وصلوا لأغلب الظن اكتفوا بذلك، ولذلك استطاعوا أن ينتقلوا إلى شرح درس جديد ويتقدموا خطوات للأمام.
- المريض: تمام .. فهمت .. فكرة أغلب الظن فكرة جيدة.
- المعالج: دعنا الآن نلخص ما وصلنا إليه، ونضعه في إطار واضح لتذكر نفسك به، حتى يحل هذا المنظور الجديد محل المنظور القديم، لتساعد نفسك على تعديل عمل برنامج عدم تحمل عدم اليقين.

- سأتبع الخطوات العملية التي قدمها زملائي وهي:

- سؤال التلاميذ سوّالا عاما في نهاية الشرح "هل فهمتم"؟
- إعطاء واجبات منزلية على كل موضوع، ويتم التصحيح داخل دفتر الطالب فقط، أما إذا وُجد خطأ عام؛ هنا فقط أقوم بإعادة شرح هذا الجزء مرة أخرى.
- اعتقادي أن هدؤي واطمئناني مرتبط بحصولي على اليقين التام؛ هذا الاعتقاد هو سبب معاناتي، فليس لدينا أدوات تجعلنا نصل إلى اليقين التام، ولذا يجب أن نكتفي بأغلب الظن.

مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

- المعالج: لقد توصلنا خلال المرات السابقة إلى أنه لا يجب أن تقوم بإعادة الشرح بناء على التشكك في شيء ما، ولن تطلب من التلاميذ تكرار ما شرحت لكي تتأكد من عدم حدوث سوء فهم لديهم.
- المريض: نعم أصبحت مقتنعا فعلا، ولكن ماذا أفعل عندما يهاجمني الشك؟
- المعالج: دعنا نتذكر ما قلناه في الجلسات التمهيدية الأولى، إن الشك هذا هو فكرة وسواسية، والأفكار الوسواسية تقتحم الذهن مثل طفل صغير مزعج يأخذ في الطرق على باب منزلي لإزعاجي ومضايقتي، وأية محاولة مني للاشتباك معه ستجعله يزداد في مضايقتي، وكذلك إذا حاولت أن أصم أذني فهذا معناه أنني كرسيت وقتي للتركيز على هذا الإزعاج، إن كل المطلوب مني أن أتجاهل هذا الطفل المشاغب، وأنشغل بأشياء أخرى حتى يمل ويذهب من تلقاء نفسه. ولذلك فكل المطلوب منك ألا ترد على هذه الشكوك^(*)، أن تتركها ولا تبحث عن إجابات تطمئنك، ولا تُرهق ذهنك لتتذكر كيف شرحت هذا، لا تفعل شيئا، ولا ترد نهائيا، عليك ألا تفعل شيئا.
- المريض: أشعر أن الشكوك ستستحوذ عليّ، وأن القلق سيحاصرني ولن يقل أبدا.
- المعالج: هذا ما سنقوم باختباره اليوم.
- المريض: وماذا سنفعل؟
- المعالج: سنقوم بتصميم تجربة:
- **مطلوب منك لمدة يومين:**

أن تقدم الشرح كما اعتدت من قبل، فكلما تشككت في عدم وضوح معلومة تكررهما، وكلما خشيت من فهم التلاميذ لشيء بشكل خاطئ تسأل عددا

(*) لا بد أن يكون واضحا تماما للمريض أن المطلوب هو عدم الرد على الوسواس، وعدم مناقشتها، وليس محاولة السعي العمدي لإيقاف هذه الوسواس أو الشكوك، إن محاولات الفرد العمدية لإيقاف هذه الشكوك أو انتزاعها من عقله محاولات خاطئة وتؤدي لنتائج عكسية، إنه من غير المطلوب نهائيا الاشتباك مع الوسواس ومحاولة دفعها وطردها، كل المطلوب هو تركها، وعدم الرد عليها، وعدم الدخول في مناقشات معها، وعدم الاسترسال والتمادي عمدا في التفكير فيها. المطلوب فقط هو تركها تماما مثل كل الأشياء المزجة التي تحيط بنا، لا نشتبك معها ونحطمها، ولا نحاول سد آذاننا، ولكن نتركها.. نتركها وننشغل بهدوء بشيء آخر.

منهم، ثم بعد انتهاء الحصة الدراسية تراجع في ذهنك كل ما شرحت، وتحدد الأجزاء التي تحتاج إلى إعادتها في اليوم التالي.

- ثم ترصد في كل يوم من هذين اليومين في نهاية الحصة الدراسية مقدار الوقت الذي استغرقتة في التكرار والمراجعة، ومقدار شعورك بالقلق في نهاية الحصة الدراسية وفي نهاية اليوم الدراسي.

ثم مطلوب منك لمدة يومين آخرين:

أن تقوم بتحضير درس يتم تقديمه في ٣٠ دقيقة (لأن مدة الحصة الدراسية ٤٠ دقيقة)، وعليك أن تقوم بعملية تمثيلية في المنزل كأنه فصلك الدراسي، ثم تضبط ساعتك وتقدم الدرس في الدقائق الثلاثين، وتكون بذلك قد تدربت على تقديم الدرس بشكل متكامل دون تكرار. وعندما تذهب اليوم التالي لفصلك الدراسي ستعطي ٥ دقائق في بداية الحصة لضبط انتظام التلاميذ وتحضير أدواتهم وكتبهم، ثم تبدأ في شرح الدرس لمدة ٣٠ دقيقة متواصلة دون توقف، ولا تقوم بتكرار أي جزء، ولا بسؤال التلاميذ أن يعيدوا ما شرحت، وكلما تشككت دع الشك (أي تقبله بهدوء كأنك تقول في نفسك: وليكن)، واستكمل دون توقف، وإذا طلب أحد التلاميذ سؤالاً؛ فأخبره أن هناك ٥ دقائق في نهاية الحصة لتلقي الأسئلة. وبعد انتهاء الحصة الدراسية لا تراجع عمداً في ذهنك ما شرحت، وإن هاجمتك أي شكوك فكل المطلوب منك أن تدعها، ولا ترد عليها.

- ثم ترصد في كل يوم من هذين اليومين في نهاية الحصة الدراسية مقدار الوقت الذي استغرقتة في التكرار والمراجعة، ومقدار شعورك بالقلق في نهاية الحصة الدراسية وفي نهاية اليوم الدراسي.

بعد انتهاء التجربة عبّر المريض عن أنه في اليومين الأولين استغرق أكثر من منتصف وقت الحصة الدراسية في التكرار والمراجعة، وأن القلق كان ٩٠% في نهاية الحصة، وعندما استمر في المراجعة الذهنية لما شرحه ظل القلق مرتفعاً بنسبة حوالي ٨٠% حتى نهاية اليوم الدراسي.

أما اليومان الآخرين، فلم ينفق وقتاً في المراجعة أثناء الحصة الدراسية، أما القلق فكان ٨٠% عند نهاية الحصة الدراسية، حيث هاجمته الوسائوس بأنه قدّم معلومات كثيرة، وهذه أول مرة يشرح كل هذا الكم، وكيف يمكن للتلاميذ

استيعاب كل ذلك على نحو صحيح، ولكنه تعلم أنه كلما ألح عليه شك أن يستقبله بهدوء ويدهه كما اتفقنا.

وقد فوجئ أن القلق يقل تدريجياً بالفعل، حتى وصل إلى ٣٠% في نهاية اليوم الدراسي، وأن الشكوك بات إلحاحاً ضعيفاً. ويذكر أنه ذهب إلى زيارة عائلية بعد انتهاء اليوم الدراسي في أحد اليومين- وكان يندesh كلما مرّ عليه بعض الأوقات ينشغل فيها عن الأمر تماماً حتى يكاد يكون قد نسيه. وعبر عن أنه لم يكن يتصور أن أفعاله التطمينية مثل: (انشغاله بالمراجعة الذهنية لما تم شرحه، والرد على الشكوك)، هي أسباب معاناته وليست أسباب تهدئته كما كان يتصور.

وبناء عليه: أصبح اقتناع المريض بنسبته (٣٠%) بالافتراض القائل: أن القيام بالمراجعة والبحث عن اليقين هو ما يحقق الراحة ويخفض القلق.

واقتناعه بنسبته (٧٠%) بالافتراض القائل: أن تقبّل الشك وتركه يمر بهدوء دون بحث عن اليقين هو ما يحقق الراحة ويخفض القلق.

الواجب المنزلي:

طُلب من المريض أن يقوم يومياً بتحضير الدروس المطلوب شرحها بحيث يُقدّم كل درس في ٣٠ دقيقة، وفي اليوم التالي يقوم بالشرح بالطريقة المتفق عليها دون تكرار لأي جزء، ودون سؤال للتلاميذ أن يعيدوا ما تم شرحه، ويترك ٥ دقائق في نهاية الحصة لتلقي الأسئلة. وبعد انتهاء الحصة الدراسية يتوقف عن كل الأفعال القهرية، ولا يرد على أية شكوك.

وعليه أن يسجل كل يوم مستوى قلقه في بداية التجربة وفي نهايتها، ودرجة اعتقاده في كلا الافتراضين.

مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التعرض ومنع الاستجابة

أمكن تجميع المواقف المثيرة لشكوك المريض وترتيبها في مدرج القلق كما يلي:

الموقف/ المثيرات	درجة القلق
شرح دروس بسيطة لتلاميذ الصف الأول والثاني الإعدادي.	٧٠%
شرح دروس بسيطة لتلاميذ الصف الثالث الإعدادي (*)	٧٥%
تصحيح الواجبات المنزلية للصفين الأول والثاني الإعدادي.	٨٠%
تصحيح الواجبات المنزلية للصف الثالث الإعدادي.	٨٥%
شرح دروس أكثر صعوبة لتلاميذ الصف الأول والثاني الإعدادي.	٩٠%
شرح دروس أكثر صعوبة لتلاميذ الثالث الإعدادي.	٩٥%

أما الأفعال القهرية التي يجب أن يمتنع عنها تماماً كانت:

- المراجعة الذهنية بعد انتهاء الشرح.
- إعادة شرح الدروس.
- سؤال التلاميذ أن يكرروا ما تم شرحه للتأكد من فهمهم.
- طلب التطمين من بعض الزملاء حول مدى ملاءمة ما قام به.
- تجنب إعطاء واجبات منزلية.

(*) لأنها سنة شهادة (انتقالية) فشعوره بالمسؤولية أكبر.

وفي المثال الحالي تم تصميم مواقف التعرض كما يلي:

موقف التعرض الأول^(*):

أن يقوم المريض بتقديم شرح لموضوع دراسي بسيط للصف الأول والثاني الإعدادي، يستغرق شرح الدرس ٣٠ دقيقة، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للشرح أو سؤال التلاميذ أن يقوموا بالتكرار، والامتناع عن أية مراجعات ذهنية أو طلب تطمين من أحد زملاء أو أي سلوك قهري بعد انتهاء الحصص الدراسية.

درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض	
		اليوم الأول
		اليوم الثاني
		اليوم الثالث
		اليوم الرابع

موقف التعرض الثاني: أن يقوم المريض بتقديم شرح لموضوع دراسي بسيط للصف الثالث الإعدادي، يستغرق شرح الدرس ٣٠ دقيقة، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للشرح أو سؤال التلاميذ أن يقوموا بالتكرار، والامتناع عن أية مراجعات ذهنية أو طلب تطمين من أحد الزملاء أو أي سلوك قهري بعد انتهاء الحصص الدراسية.

درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض	
		اليوم الأول
		اليوم الثاني

(*) نظرا لاحتياج المريض أن يحقق التعود على موقف التعرض الأول قبل الانتقال لموقف التعرض الثاني (وهو التدريس لتلاميذ الصف الثالث الإعدادي)؛ فقد كان من الأفضل الرجوع لمدير المدرسة؛ للسماح بقيام أحد المدرسين الزملاء بالتدريس للصف الثالث الإعدادي لمدة أربعة أيام فقط (وهي المدة المتوقعة أن يحقق فيها المريض درجة مناسبة من التعود على الموقف الأول ليتمكن من التعرض للموقف الثاني).

		اليوم الثالث
		اليوم الرابع

موقف التعرض الثالث: تصحيح الواجبات المنزلية^(*) للصفين الأول والثاني الإعدادي، ويكون التصحيح بوضع علامة فقط، أو ملحوظة لا تزيد عن ٣ : ٥ كلمات، وألا يكتب شرحاً تفصيلياً داخل دفاتر التلاميذ، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للتصحيح، أو طلب تظمين من أحد (كسؤال زميل مثلاً هل تعتقد أن هذه الإجابة صحيحة)، أو أي سلوك قهري آخر.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

(*) بالطبع كانت الواجبات المنزلية قد تأجل تصحيحها خلال الأيام الخاصة بالتعرض للموقف الأول والثاني، حتى لا يتم التعرض للموقف الثالث قبل تحقيق التعود في موقعي التعرض الأولين، ولكن لا بأس من ذلك، فالمريض كان ممتنعاً عن إعطاء الواجبات المنزلية من الأساس، كسلوك تجنب، ولا بأس أن يقوم بأدواره تدريجياً خلال عدة أيام ما دمنا نستطيع ترتيب الأمر، ولكن في أحيان أخرى لا نستطيع ترتيب الأمر، ففي أثناء تصميم مواقف التعرض بشكل عام قد لا نستطيع إعفاء المريض من التعرض لبعض المواقف الأكثر قلقاً، والتي يتعرض لها بشكل تلقائي خلال اليوم، فقد يكون المسار الطبيعي لليوم يتعرض فيه المريض بشكل تلقائي لعدد من المواقف المقلقة والتي لم يأت أوان التعرض العمدي لها بعد، وهنا يكون المطلوب منه أن يتعامل معها بقدر ما يستطيع بالمعلومات والمهارات التي تعلمها حتى الآن، حتى يأتي أوان التعرض العمدي لها، وعندها سيكون التركيز عليها أكبر، والتعرض لها مكثفاً أكثر، والامتناع عن أي سلوك قهري منضبطاً تماماً.

موقف التعرض الرابع: تصحيح الواجبات المنزلية للصف الثالث الإعدادي، ويكون التصحيح بوضع علامة فقط، أو ملحوظة في ٣: ٥ كلمات، وألا يكتب شرحاً تفصيلياً داخل دفاتر التلاميذ، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للتصحيح، أو طلب تطمين من أحد، أو أي سلوك قهري آخر.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الخامس: أن يقوم المريض بتقديم شرح لموضوع دراسي أكثر صعوبة للصف الأول والثاني الإعدادي، يستغرق شرح الدرس ٣٠ دقيقة، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للشرح أو سؤال التلاميذ أن يقوموا بالتكرار، والامتناع عن أية مراجعات ذهنية أو طلب تطمين من أحد الزملاء أو أي سلوك قهري بعد انتهاء الحصص الدراسية.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		

		اليوم الرابع

موقف التعرض السادس: أن يقوم المريض بتقديم شرح لموضوع دراسي أكثر صعوبة للصف الثالث الإعدادي، يستغرق شرح الدرس ٣٠ دقيقة، مع التنبيه على الامتناع عن أي تكرار للشرح أو سؤال التلاميذ أن يقوموا بالتكرار، والامتناع عن أية مراجعات ذهنية أو طلب تطمين من أحد الزملاء أو أي سلوك قهري بعد انتهاء الحصص الدراسية.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

منع الانتكاس

بعدما تنتهي خطوات العلاج السابقة تخصص جلسة أو اثنتان لمنع الانتكاس كما دُكر تفصيلا من قبل.

مزيد من الأمثلة لحالات وسواس الشك والمراجعة

- وسواس الشك في إغلاق الأبواب والنوافذ والغاز:

- ١- المرضى الذين يعانون من وسواس الشك في إغلاق الأبواب والنوافذ ومواقف الغاز وأي شيء يُتوقع أن يسبب خطراً عادة ما يقف وراء معاناتهم مخططاً عدم تحمل عدم اليقين^(*)، وتضخيم المسؤولية عن الأذى.
- ٢- يتم التركيز عند تعديل مخطط تضخيم المسؤولية عن الأذى على مناقشة: هل احتمال الخطر كبير حقاً أم أن شعور الفرد بالمسؤولية يجعله يُضخم الخطر^(**).

٣- أما المرضى الذين يراجعون بسبب شكهم في ذاكرتهم، ويعتقدون أنهم أصحاب ذاكرة ضعيفة مما يبرر قيامهم بالمراجعة، فهؤلاء توصي مراجع التجارب السلوكية بأن يقوموا بـ "تنفيذ المسح الـ survey"، حيث يُطلب من المريض أن يقوم بسؤال عدد من الأشخاص سؤالين عامين، وهما: هل تتذكر دائماً اللحظة التي أغلقت الباب فيها عندما تترك منزلك؟ وفي حالة الإجابة بـ لا: كيف إذن تتأكد أنك أغلقت الباب؟

وعادة ما يجد المريض أنه من الشائع ألا يتذكر الأفراد لحظة تنفيذ هذه المهمة، ومن ثم فإنه لا يختلف عنهم، ولا يرجع شكه لامتلاكه ذاكرة أضعف منهم، إنما الفارق الوحيد أنه يستنتج من عدم تأكده أنه ترك الباب مفتوحاً، في حين يفترض الآخرون أن الباب مغلق.

- وسواس الشك في العقيدة وصحة أداء العبادات

يظهر وسواس الشك في العقيدة في صور كثيرة، مثل الشك في وجود الله، والشك في الغيب (الملائكة والجن والجنة والنار ويوم الحساب والآخرة...)، والشك في صحة الأديان. أما وسواس الشك في العبادات فينصب على مدى صحة وإتقان أداء العبادات والطقوس الدينية (كالأغتسال والوضوء والصلاة والصيام...)، أو مدى قبول الله تعالى للعبادات. وقد يتركز الشك حول النفاق

(*) تم مناقشة هذا المخطط في الحالة التفصيلية لوسواس الشك والمراجعة.
(**) تم مناقشة هذا الجانب تفصيلاً في حالة وسواس التلوث، لذا يمكن الرجوع إليه.

(الشك في إخلاص النية لله، هل أنا منافق؟) أو الشك (هل ما فعلته هذا يعد شركاً؟).

وتختلف الأفعال القهرية باختلاف نوع الوسواس، فمن يعاني من الشك في العقيدة (مثل: الشك في وجود الله، أو الشك في الغيب، أو الشك في صحة الأديان...) تظهر أفعاله القهرية بشكل أساسي في التطمين الذاتي، حيث يقضي المريض ساعات يومياً في المناقشة الذاتية التي يُعيد فيها الأدلة التي يعرفها ويؤمن بها في دائرة مفرغة من السؤال وإعادة البرهان. وقد تظهر أفعاله القهرية في صورة محاولات لكبح هذه الأفكار وإيقافها، أو في صورة أفعال تكرارية حركية (مثل: إغماض العين، هز الرأس) أو أفعال تكرارية لفظية (مثل: العد، أو بعض الكلمات والعبارات)، وتهدف الأفعال التكرارية الحركية واللفظية إلى إثبات رفضه للفكرة، ومحاولة تشتيت نفسه عنها.

أما من يعاني من وسواس الشك في مدى صحة وإتقان أداء العبادات والطقوس الدينية فتتركز أفعاله القهرية في التكرار، حيث يعيد مراراً وتكراراً ما قام به، أو تظهر أفعاله القهرية في البطء، حيث يقوم بالخطوة الواحدة ببطء شديد حتى يثبت تماماً من فعلها، كما تظهر أفعاله القهرية في طلب التطمين فقد يطلب من أحد المحيطين مرافقته أثناء قيامه بالأفعال للتأكد من إتمامها بشكل صحيح.

وهنا في وسواس الشك في العقيدة والعبادات -على وجه الخصوص- نحتاج إلى اتخاذ عدد من الخطوات أولاً قبل البدء في مرحلة العلاج:

١- الخطوة الأولى: نحتاج إلى جمع معلومات دقيقة من الفرد، والاستماع إليه بإنصات شديد؛ حتى نتبين هل هذا الفرد مريض وسواس حقا أم فرد يبحث عن معلومات، فالشك في العقيدة قد يظهر لدى أشخاص عديدين لديهم احتياج حقيقي للمعرفة، وهؤلاء لا يمكن وصفهم بأنهم مرضى وسواس قهري. كما أن أفعال التكرار في العبادات قد تظهر لدى الأفراد الذين يجهلون الأحكام الفقهية الخاصة بالعبادات.

٢- الخطوة الثانية: إذا تبين أن من يعاني من الشك في العقيدة لديه نقص في المعلومات، ويبحث عن معلومات بالفعل، فيجب توجيهه مباشرة لشخص ثقة متخصص في أصول العقيدة. أما من يعاني من شك في صحة أداء

العبادات إذا تبين نقص معرفته بالأحكام الفقهية فيجب استخدام فنية "استشارة الخبير" (وسيكون في هذه الحالة متخصصا في الفقه)، حيث يقوم المعالج باتباع المبادئ الخاصة باستشارة الخبير، وهي تحديد أسئلة عامة تماما دون الدخول في تفاصيل، والرجوع للخبير مرة واحدة فقط حتى لا يتحول الأمر لطلب تظمين، ثم يصيغ مع الفرد أسئلة عامة يقدمها للخبير ليتلقى منه إجابة عامة أيضا(*) .

- من المهم جدا لمن يعاني من الشك في صحة أداء العبادات أن يعرف:

- المبادئ الدينية العامة التي تحوّل بين الفرد وبين الوسواس:

مثل: النهي عن الغلو في الدين، والنهي عن كثرة الأسئلة، والنهي عن الاستجابة للشك، فالمبدأ أن اليقين لا يزول بالشك، والنهي عن التنتع، والتفكير من الوسواس وضرورة عدم الاستسلام له، ونفى مزاعم من يعتقد في التقرب إلى الله بتلك الأفعال المبالغ فيها، والتوجيه إلى أن الإفراط (الزيادة) يؤدي إلى التفریط (للمزيد: ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر، ٢٠٠٨، ١٢٠: ٢٠١؛ النووي، محي الدين، ١٩٧٠، ٧٠: ٧٦؛ عودة، محمد، ١٩٨٩؛ سابق، السيد، ٢٠٠٠، ٧: ٣٨).

- الأحكام الفقهية المتعلقة بالأمر الذي يشك فيه على وجه الخصوص:

فمن المفيد جدا أن يعرف الفرد المقدار الهائل من التيسير في التعامل مع الشكوك في الوضوء والصلاة والاعتسّال وأداء العبادات بشكل عام، والأحكام الفقهية الميسّرة لمرضى الوسواس على وجه الخصوص.

٣- الخطوة الثالثة: بعد توفير المعلومات للأشخاص الذين كانت تنقصهم المعلومات، إذا استمرت لديهم الشكوك واستمرت طقوسهم القهرية، هنا يجب البدء في الخطة العلاجية المعرفية السلوكية، فنجد مريض وسواس العقيدة يقضي ساعات في تكرار الأدلة التي يعرفها ويقتنع بها، ونجد مريض وسواس الشك في صحة العبادات غير قادر على التوقف عن تكرار الوضوء أو الصلاة مثلا رغم معرفته بعدم صواب ما يفعل.

(*) على مدار سنوات طويلة اعتمدتُ بشكل أساسي في استشارة الخبير على مراسلة الدكتورة الفاضلة/ رفيف الصباغ، على (موقع مجانيين)، فهي متخصصة في الفقه، وفي الوقت نفسه متخصصة في جمع الأحكام الفقهية الخاصة بمرضى الوسواس القهري، وعلى معرفة جيدة بطبيعة هذا الاضطراب.

٤- عادة ما تكون المخططات المختلة الكامنة خلف معاناة هذا المريض هي المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة، وعدم تحمل عدم اليقين، والنزعة إلى الكمال.

٥- بخصوص المبالغة في أهمية الأفكار المقتحمة: يرى المريض أنه حتى وإن لم يهتم بأية فكرة عابرة تقتحم ذهنه فإن الأفكار التي تخص عقيدته أمر آخر، ولا يمكن تجاهلها، وهنا تتركز مناقشاتنا معه حول ما سبق أن أسميناه "الخلط بين أهمية الموضوع وأهمية الفكرة"، وأن الوسواس أفكار لا قيمة لها حتى لو جاءت في أكثر الأمور أهمية للفرد، ولا يجب أن ينخدع الفرد بذلك الثوب الذي يرتديه الوسواس. ومن المفيد جدا ضرب الأمثلة له من الصحابة والتابعين، وأن تلك الوسواس لم يسلم منها أحد، وأنه إن كان يدخل في تلك المناقشات إكبارًا لمقام الموضوع الذي جاءت فيه (وهو العقيدة)، فإن هذا الموضوع يتم الاهتمام به وإكباره بطرق أخرى، وليس بمناقشة الوسواس. إذ يجب علينا أن نتقرب إلى الله بالطرق التي حددها لنا سبحانه وتعالى، وليس بالطرق التي يفرضها علينا الوسواس.

٦- أما مخطط عدم تحمل عدم اليقين فقد سبق تناوله بالشرح في الحالة التفصيلية لوسواس الشك، ومن الضروري الرجوع إليها هنا، وبعد تعديل هذا المخطط نقوم بإجراء تجربة سلوكية لاختبار هل البحث عن اليقين هو ما يحقق الراحة ويساعد على مواصلة أداء العبادات، أم أن تقبل درجة من الشك والتوقف عن البحث عن اليقين هو ما يحقق الراحة ويساعد على مواصلة أداء العبادات.

وفي هذه التجربة يقوم المريض بقضاء يومين يستمر فيهما في أفعاله القهرية (مثل: طقوس المراجعة والتكرار)، ثم يرصد في نهاية اليومين الوقت الذي استغرقه في أفعاله القهرية، وشعوره بالضيق والقلق.

ثم يقضي يومين آخرين يتوقف عن أفعاله القهرية تماما، والمطلوب منه كلما هاجمته أفكاره الوسواسية أن يرصدها ويتركها تمر - كما أوضحنا من قبل- ثم يحدد في نهاية اليومين الوقت الذي استغرقه في أفعاله القهرية، وشعوره بالضيق والقلق.

٧- أما مخطط النزعة إلى الكمال فنجد أنه يقف وراء سلوك التكرار والمراجعة لدى كثير من مرضى الوسواس الديني، وهنا يمكن اللجوء لفنية التعليم

النفسي للتعرف على أنواع النزعة إلى الكمال، والفرق بين النزعة السوية للكمال، والنزعة المرضية للكمال، فالنزعة السوية للكمال تركز على السعي، والتقدم خطوة بخطوة نحو هدف أبعد، وتقدير وثمن كل خطوة يخطوها الفرد في اتجاه الهدف، في حين أن النزعة المرضية للكمال لا ترى إلا الهدف النهائي الكامل فقط، وما عدا ذلك لا تعتبره شيئاً. ويُفضل الاستشهاد بالأدلة الدينية التي تدعو للعمل بقدر المُستطاع، وعدم تكليف المرء نفسه ما لا يطيق، والنهي عن التشديد على النفس، وغيرها من التوجيهات الدينية المدعمة لفكرة الاجتهاد والسعي، كما تُستخدم فنية حساب المكاسب والخسائر؛ لحساب المكاسب والخسائر التي ستعود على الفرد إذا ظل متمسكاً بنزعته للكمال في تقييمه لنفسه، وفي أدائه للعبادات، وغيرها من مناحي حياته.

٨- تجدر الإشارة إلى أن العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة يتبع هنا الخطوات والمبادئ نفسها التي ذُكرت سابقاً، مع الأخذ في الاعتبار أن منع الاستجابة لدى مريض وسواس الاغتسال والوضوء لا يعني منع استخدامهم للماء، ولكن يعني منع سلوك التكرار، والاتفاق مع المريض على معايير الاغتسال والوضوء الطبيعي.

المخاوف الوسواسية

تظهر المخاوف الوسواسية أو (الخوف الوسواسي غير المنطقي) بأشكال عديدة، ومن أمثلة ذلك:

- مريض يخشى أنه سيموت إذا ذكر موضوع الموت أمامه أو إذا ورد إلى ذهنه.
- مريض يخشى إصابة أولاده بسوء إذا وردت إلى ذهنه فكرة أو صورة ذهنية بذلك.
- مريض يخشى من اكتساب صفات سيئة (مثل: الكذب، أو النفاق) بمجرد ذكر هذه الصفات أمامه، أو إذا تلفظ بكلمات تتعلق بهذه الصفات خلال حديثه، أو حتى إذا وردت إلى ذهنه.
- مريض يخشى أن يخرج من دينه إذا أطل النظر لشخص من دين آخر.
- مريض يخشى من (الشرك، أو من سوء الخاتمة) إذا قرأ أو سمع عن هذا الأمر.
- مريضة تخشى أن تفقد عذريتها (أو أن تصبح حاملاً) إذا جلست في المواصلات العامة، أو إذا اصطدم بها أحد المارة في الشارع.
- مريض يخشى أن تفقد طفلته عذريتها إذا أجلسها على رجله.
- مريض يخشى أن يفقد الوعي إذا شاهد شيئاً يتحرك بشكل متواصل أمام عينيه (عند النظر من شباك القطار أثناء سيره مثلاً).
- مريض يخشى أن ينسى كيف يتكلم أو كيف يمشي أو كيف يكتب.

ومن أشهر الأفعال القهرية في هذا الأمر:

- التجنب: تجنب الحديث أو الاستماع أو التعرض للموضوعات المقلقة.
- التحييد المعرفي: فمثلاً: إذا هاجمت المريض فكرة أنه سيصبح كاذباً؛ فلا بد أن يصحح الفكرة في ذهنه، كأن يذكر عكسها (أنا صادق)، أو يؤكد في ذهنه أنه ليس كذلك (لا، أنا لست كذلك).

وإذا ما هاجمته صورة ذهنية بأن ابنه أصيب بسوء فلا بد أن يعيد الصورة في ذهنه ويتخيل عكسها.

- **كبح الفكرة:** فمثلاً من تهاجمه أفكار الموت أو إصابة ابنه بسوء يحاول عمداً إيقاف الفكرة في ذهنه.

- **الأفعال التصحيحية:** إذا ما هاجمت المريض أي فكرة يخشى حدوثها في الواقع فإنه يغير الوضع الذي كان عليه أثناء مجيء الفكرة؛ فإذا كان جالساً؛ فعليه أن ينهض ثم يجلس مرة أخرى، وإذا كان يرتدي نظارته؛ فعليه أن يخلع النظارة ويرتديها مرة أخرى، وإذا كان يغلق باباً معيناً فلا بد أن يفتح الباب ويعيد إغلاقه. وكأن هذا الفعل التصحيحي معناه أنه يلغي الفكرة. وقد يغمض عينه أو يهز رأسه بشدة كنوع من الرفض، وهكذا.

وقد يطلب من الشخص الذي ذكر صفة سيئة أمامه أن يغير كلامه أو يُعيد الجملة بطريقة أخرى.

ومن أكثر المخططات المختلة التي تقف وراء المخاوف الوسواسية:

- **المبالغة في أهمية الأفكار العابرة، وخاصة العنصر الخاص بـ(الخطأ بين الفكرة وزيادة احتمال حدوثها) أي أن الفرد إذا طرأت على ذهنه فكرة معينة فهذا يزيد احتمال حدوثها في الواقع.**

- **المبالغة في ضرورة التحكم في الأفكار المقترحة.**

مثال تفصيلي لمريضة تعاني من مخاوف وسواسية من الموت

مريضة في الثلاثين من عمرها، متزوجة وأم لطفلين، غير متعلمة (أمية)، جاءت تطلب العلاج لأنها تعاني من مخاوف وسواسية حول الموت منذ سنوات، فكلما ذكرت أمامها كلمات تتعلق بالموت أو وردت إلى ذهنها؛ فإنها تتوقع أن الأمر سيتحقق على الفور، وأنها أصبحت على وشك الموت. وإذا وردت إلى ذهنها فكرة الموت وهي تقوم بأية حركة فلا بد أن تعيد هذه الحركة، فإذا كانت تمشي وهاجمتها الفكرة فلا ينبغي أن تكمل الخطوة التي تخطوها، ولا بد أن ترجع وتعيد الخطوة، وإذا كانت تطوي الملابس مثلاً؛ فعليها أن تعيد

فتح الملابس وتعيد طيها، وإذا كانت تضع كرسيها في مكانه فعليها أن تعيد رفعه ووضعه، وهكذا بشكل لا ينتهي من التكرارات.

بعد استيفاء تاريخ الحالة والانتهاه من تقييمها، تم البدء بمرحلة التعليم النفسي التي سبق شرحها تفصيلاً، ورغم أن هذه الحالة كانت أمية إلا أنها فهمت الشرح من خلال الرسوم، واستوعبت فكرة دائرة الأفكار المهمة ودائرة الأفكار الهامشية. ثم تم الانتقال إلى مرحلة الوصول لمعاني الأفكار كما يلي:

مرحلة الوصول لمعاني الأفكار

تم الاعتماد هنا على فنية التساؤل السقراطي باعتبارها أيسر من السهم الهابط في الوصول لمعاني الأفكار؛ لتتناسب مع كون المريضة (لا تقرأ ولا تكتب).

- المعالج: عندما تأتي إلى ذهنك فكرة عن الموت هل ترين أنها فكرة سيئة؟
- المريضة: طبعاً.
- المعالج: لماذا؟
- المريضة: هل يوجد شيء أسوأ من الموت؟
- المعالج: ولكن ما يلح على ذهنك أفكار فقط؟
- المريضة: هذه ليست أفكاراً عادية، إنها أفكار عن الموت، أي أنني سأموت.
- المعالج: هل تعتقدين عندما تهاجمك أفكار عن الموت أن هذا معناه إنك على وشك الموت فعلاً؟
- المريضة: نعم بكل تأكيد.
- المعالج: ولكنك والحمد لله لا زلت على قيد الحياة رغم أن الأفكار تهاجمك منذ سنوات؟
- المريضة: لأنني أحمي نفسي بتصرفات كثيرة جداً.
- المعالج: ولو توقفت عن هذه التصرفات؟

- المريضة: ساموت بالتأكيد.
- المعالج: إذن إذا هاجمتك أفكار عن الموت ولم تفعل تصرفاتك التي تحميك فهذا معناه أنك على وشك الموت فعلا.
- المريضة: نعم.
- المعالج: أنت مقتنعة بهذا الأمر بدرجة كبيرة أم متوسطة؟
- المريضة: بدرجة كبيرة جدا.
- الواجب المنزلي: كانت المريضة تقوم بتسجيل الواجب المنزلي تسجيلاً صوتياً.

المواقف/ المثيرات/ التي تستثير الفكرة	الفكرة الوسواسية	- معنى الفكرة بالنسبة لك	الأفعال القهرية

مرحلة مناقشة معاني الأفكار الوسواسية وربط تلك المعاني بالمخططات المختلفة الكامنة خلفها

- المعالج: هل تعتقد أن الناس عموماً يفكرون في الموت؟
- المريضة: أكيد، كل الناس أو معظمهم يفكرون في الموت.
- المعالج: هل كل الناس يخشون الموت؟
- المريضة: طبعا كل الناس يخشون الموت.
- المعالج: طالما أن الناس جميعاً يفكرون في الموت ويخشون الموت، ومع ذلك لم تتوقف حياتهم ولم يعانون مثلك إذن لابد أنهم يفكرون في الأمر بشكل مختلف، أليس كذلك؟
- المريضة: أكيد.
- المعالج: ماذا تتوقعين أن يكون الاختلاف بينكم؟ فنية أخذ منظور الآخرين
- المريضة: (صمت.. تفكير..) لا أعرف.
- المعالج: هل كل الناس يتوقعون أنهم على وشك الموت في الواقع لو ذكرت كلمة الموت أمامهم؟ فنية أخذ منظور الآخرين
- المريضة: (صمت) لا.. لا أظن.
- المعالج: هل تذكرين أننا تحدثنا من قبل أن هناك ماكينة(*) تعمل داخل عقولنا، هذه الماكينة لو عملت بشكل خاطئ من الممكن أن تجعلنا نخلط بين الفكرة والواقع وأسمينا هذه الماكينة بـ (الخلط بين الفكرة والواقع). (فنية اكتشاف المعتقد الخاطئ)
- المريضة: نعم.
- المعالج: هل تعرفين ما الذي نحتاجه الآن؟ إننا نحتاج أن نصلح عمل هذه الماكينة؛ حتى لا تجعلك تخطئين بين الفكرة والواقع. فالأفكار عن الموت شيء، ووقوع الموت نفسه أمر آخر.

(*) رغم أن هناك عبارات أكثر دقة كانت تستخدم في الشرح والتوضيح مع المرضى بشكل عام؛ فقد روعي تبسيط المعلومات لهذه المريضة بشكل كبير حتى وإن بدت أقل دقة؛ ليتناسب مع مستواها التعليمي.

مرحلة تعديل المخططات المختلة وأخطاء التفكير

- المعالج: هل تعتقدين أن كل فكرة تفكرين فيها تحدث في الواقع؟ بمعنى: هل لو فكرتِ أن هذا الكتاب الموجود على المكتب سيقع فهل سيقع فعلاً؟
- المريضة: لا طبعاً لن يقع.
- المعالج: لو فكرتِ أن المصباح المعلق على الحائط سيحترق هل سيحترق فعلاً؟
- المريضة: لا ليس شرطاً، ممكن أن يحترق إذا انتهت مدة استخدامه.
- المعالج: إذن لن يحترق لمجرد أنكِ فكرتِ في ذلك؟ وبالتالي هل التفكير في شيء يجعل هذا الشيء يحدث في الواقع؟
- هل مجرد التفكير في النجاح مثلاً كافٍ لتحقيق النجاح، وهل التفكير في شيء سيئ يجعله يتحقق في الواقع؟
- المريضة: لا طبعاً الموضوع ليس سحراً.
- المعالج: جيد جداً هذا التشبيه، بالفعل الأمر ليس سحراً، إذا تصورنا أن مجرد التفكير في شيء يجعله يحدث في الواقع فإننا نتحدث عن أمر خرافي وليس شيئاً واقعياً.
- المريضة: لكن موضوع الموت شيء مختلف.
- المعالج: كيف ذلك؟
- المريضة: لقد تربيت منذ صغري على الاعتقاد بالآل، كانوا يقولون دائماً عبارات من قبيل: (ما تفسرش، ما تفولش، تف من بُقك^(*)، ...).
- المعالج: جميل جداً ما ذكرته، إذن هل تعتقدين أن الموت فعلاً له وضع خاص؟ وأن مجرد الكلمات أو التفكير يكفيان لأن يحدث في الواقع، أم أن الأمر مجرد خوف نابع من المعتقدات التي ترسخت لديك منذ صغرك؟ (فنية إيجاد تفسيرات بديلة).
- المريضة: لا أستطيع التحديد.

(*) ما تفسرش: بمعنى لا تذكر الكلام صريحاً مفسراً لأنه قد يتحقق.

ما تفولش: لا تذكر كلاماً فيه فال سيئ؛ لأنه قد يتحقق.

تف من بُقك،... كلها عبارات تعني أن الكلام يحل، بمعنى (الحلول في المكان) أي يتحقق.

- المعالج: حسناً، كيف ترين الأطباء مثلاً الذين يعملون طوال الوقت مع موضوع الموت والحديث عنه، هل يموتون لأنهم يتحدثون عنه؟ وماذا عن رجال الدين الذين يتحدثون عن الموت والحياة الآخرة طوال الوقت؟ وماذا عن الصحفيين ومراسلين الأخبار وقارئى النشرات الذين يتحدثون عن أخبار الوفاة دائماً؟ هل كل هؤلاء يموتون عند الحديث عن الموت؟ وغيرهم وغيرهم.
- المريضة: هل تقصد أنني أعتقد ذلك فقط لأنني تربيت على هذا منذ صغري؟ (إيجاد تفسيرات بديلة).
- المعالج: هناك أمور كثيرة إذا ترسخت في أذهاننا منذ الصغر تجعلنا نؤمن بها بشدة، ونصبح حساسين لها، ولكننا عندما نكبر نكون قادرين على تغييرها، ونحن دائماً لدينا القدرة على التغيير للأفضل.
- هيا بنا الآن نلخص ما وصلنا إليه في عبارات موجزة، ويمكن أن أكررها معك حتى تحفظيها، أو أسجلها لك على الهاتف.

- مجرد التفكير في شيء أو الحديث عنه لا يجعله يحدث في الواقع.
- كذلك الموت، مجرد التفكير فيه أو الحديث عنه لا يجعله يحدث في الواقع، ولكن ربما أنا حساسة من الحديث في هذا الأمر أكثر من الآخرين.

مرحلة التجارب السلوكية كفنية معرفية

- المعالج: اليوم يجب أن ننتقل إلى خطوة مهمة جدا وهي اختبار ما تحدثنا عنه من قبل في الواقع.

لقد كنت تعتقدين في البداية أنك (إذا هاجمتك أفكار عن الموت ولم تفعلي تصرفاتك التطمينية فهذا معناه أنك على وشك الموت فعلا)، ولكننا خلال مناقشتنا المرات السابقة توصلنا إلى أن (مجرد التفكير في شيء أو الحديث عنه لا يجعله يحدث في الواقع، كذلك الموت مجرد التفكير فيه أو الحديث عنه لا يجعله يحدث في الواقع، ولكنك ربما أكثر حساسية من الآخرين في الحديث في هذا الأمر). واليوم نريد أن نختبر هذا بشكل واقعي.

سنقوم بتجربة: سأختار موقفا من المواقف التي تقلقك، وهو أنني سأفتح كتابا وأثناء إغلاق الكتاب بهدوء سأذكر لك العبارة التالية: يا "فلانة" ستموتين، وسأغلق الكتاب، ولن أعيد فتحه لتصحيح الفكرة كما تفعلين دائما، ولن تقومي أنت أيضا بتصحيح الفكرة بأي شكل في ذهنك، بل سترددين خلفي نعم ساموت.

- لدينا الآن احتمالان:

- الاحتمال الأول: أن قلقك من فكرة الموت سيسيطر عليك لأقصى درجة وسيستمر في التصاعد، وقد تتحقق الفكرة وتموتين.
- الاحتمال الثاني: أن قلقك من فكرة الموت سيكون مرتفعا في البداية ثم سينخفض، وسترين فكرتك على حقيقتها مجرد فكرة عابرة ولن تتحول إلى واقع.

- المريضة: لن أستطيع فعل ذلك فقد أموت فعلا، وحتى لو لم أمت من الفكرة ساموت من شدة القلق.

- المعالج: حسنا، سأبدأ بنفسي^(*)، الآن سأفتح الكتاب وأقول: يا فلان (ويذكر

(*) ملحوظة: نظرا لأنه يمكن للمعالج أن ينفذ التجربة على نفسه أولا كنوع من النمذجة أمام المريض، فقد قمْتُ بتطبيق التجربة على نفسي أولا في الجلسة. يمكن أيضا للأشخاص الذين يعانون من معتقدات خاطئة بحدوث الأذى لأعزائهم (مثل: أبنائهم) من مجرد مجيء الأفكار لهم، أن يتم صياغة الاحتمالات في التجارب السلوكية أولا على أشخاص غير أبنائهم (كالمعالج مثلا)، ثم بعد ذلك تصاغ التجارب على أبنائهم. مثال: الاحتمال الأول: إذا تخيلت إصابة معالجي بسوء ولم أصبح الفكرة ساظلا فلما أن يلحق به سوء. الاحتمال الثاني: إذا تخيلت إصابة معالجي بسوء ولم أصبح الفكرة شاعرا بالقلق في البداية ثم ينخفض ويمر الأمر، ولن يصيبه شيء من أفكارتي التي فكرت فيه.

المعالج اسمه) ستموت الآن، ثم أغلق الكتاب، وأكرر على مدى عشر دقائق كلمة سأموت نعم سأموت.

هيا الآن جاء دورك أنت.

بدأت المريضة التجربة وهي شديدة التوتر، وكان التلفظ لأول مرة بكلمة (نعم سأموت) شديد الصعوبة، ولكن بعد التكرار لعدة مرات على مدار العشر دقائق الأولى ابتسمت المريضة، وعند انتهاء العشرين دقيقة ذكرت أنها لم تكن تتوقع أبدا أن القلق سينخفض وأنها ستعتاد إلى حد ما على الفكرة، وأصبح اقتناعها بالاحتمال الأول متوسطا ٥٠٪، بعد أن كان ١٠٠٪.

الواجب المنزلي

طُلب من المريضة أن تكرر التجربة في المنزل يوميا لمدة عشرين دقيقة، وخلال الدقائق العشرين تردد عبارة (نعم سأموت)، ولا بد أن تتوقف تماما عن أي تصرف تطميني أو أي حركة تصحح بها الفكرة. ثم ترصد في التسجيل مقدار اقتناعها بكل افتراض من الافتراضين.

مرحلة العلاج السلوكي باستخدام أسلوب

التعرض ومنع الاستجابة

أمكن تجميع المثبرات التي تستثير الفكرة الوسواسية لدى المريضة وترتيبها في مدرج القلق كما يلي:

الموقف	درجة القلق
كلمات عن الموت وقرب الأجل.	٦٥%
زيارة مريض في مستشفى.	٧٠%
الاستماع لدروس دينية تتحدث عن الموت.	٧٠%
أن تخطو خطوة معينة أثناء مجيء الفكرة.	٨٠%
وضع أي شيء (كرسي/ ...) أثناء مجيء الفكرة.	٨٠%
إغلاق أي شيء (باب/ شباك/ كتاب) أو طي أي شيء (ملابس، أغطية، ...) أثناء مجيء الفكرة.	٩٠%
وضع أي شيء ثقيل (دولاب/ أثاث ثقيل/ ...) أثناء مجيء الفكرة؛ لأن إعادة تحريكه سيكون صعبا جدا.	١٠٠%

أما الأفعال القهرية التي يجب أن تمتنع عنها تماما عند أي تعرض فكانت:

- تجنب الاستماع لأي كلمات أو أحاديث مقلقة.
- تجنب أي موقف تظهر فيه الفكرة المقلقة مثل:
• كانت تتجنب أي موقف يحدث فيه تغيير الأثاث عن مكانه (مثل: أوقات تنظيف المنزل)؛ حتى لا تضطر لتكرار تحريك الأثاث عدة مرات.
• تجنب طي الملابس.
- تكرار أي حركة أو فعل بهدف تصحيح الفكرة (إذا لم تستطع تجنب الموقف).
- الحوار الذاتي التطميني مثل: لا.. لن أموت.. لن يحدث.

في المثال الحالي تم تصميم مواقف التعرض كما يلي:

موقف التعرض الأول: يقوم المعالج بكتابة عبارات قصيرة مُقلقة، تساهم المريضة في صياغتها بشكل أساسي ليتم كتابتها كما ترد في ذهنها تماماً، العبارات من قبيل: إنت هتموتي، خلاص هتموتي،... ويتم تسجيل هذه العبارات وتكرارها، حيث تُعاد في التسجيل لمدة ١٠ : ١٥ دقيقة، وتسمعها المريضة في الجلسة ثم تعاود الاستماع لها في المنزل يومياً. مع التنبيه على الامتناع عن أي سلوك قهري تحييدي أو تطميني.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الثاني: تقوم المريضة بزيارة لقريب لها كان محجوزاً في مستشفى، وذلك لمدة (١٥ : ٣٠ دقيقة حسبما ينخفض القلق) يومياً، مع الامتناع التام عن أي سلوك تطميني أثناء الزيارة أو بعدها.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الثالث: يتم اختيار مقطع معين من أحد الدروس الدينية التي تتحدث عن الموت، ويتم تكرار المقطع من (١٥ : ٣٠ دقيقة حسبما ينخفض القلق)، ويتم الاستماع للمقطع نفسه (دون تغيير) يوميا حتى يحدث التعود عليه مع الامتناع التام عن أي سلوك تطميني أثناء الاستماع أو بعده.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

موقف التعرض الرابع: تقوم المريضة بالسير في طريق ما يوميا لمدة (١٥ : ٣٠ دقيقة حسبما ينخفض القلق)، وأثناء سيرها تتعمد أن تستحضر في ذهنها العبارات التي تقلقها (أنت هتموتي، خلاص هتموتي)، مع الامتناع التام عن العودة أثناء السير لتكرار خطواتها، والامتناع التام عن أي سلوك تطميني أثناء التعرض أو بعده.

اليوم الأول	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		

		اليوم الرابع

موقف التعرض الخامس: تقوم المريضة بإغلاق شيء محدد وليكن باباً، وأثناء إغلاق الباب تذكر في ذهنها عبارة: سأموت نعم سأموت، وتستمر لمدة (١٥ : ٣٠ دقيقة أو حسبما ينخفض القلق) تردد هذه العبارة، مع الامتناع التام عن إعادة فتح الباب، والامتناع التام عن أي سلوك تطميني أثناء التعرض أو بعده.

- وبعد التعود يتم تكرار التجربة نفسها مع إغلاق الشباك، والكتب، وطي الملابس، وقطعة أثاث ثقيلة مثل السرير.

	درجة القلق عند بدء التعرض	درجة القلق عند نهاية التعرض
اليوم الأول		
اليوم الثاني		
اليوم الثالث		
اليوم الرابع		

منع الانتكاس

بعدما تنتهي خطوات العلاج السابقة تخصص جلسة أو اثنتان لمنع الانتكاس كما ذكر تفصيلاً من قبل، مع ملاحظة التسجيل الصوتي لإجابات المريضة نظراً لأنها لا تقرأ ولا تكتب.

المراجع

المراجع

أولاً: المراجع العربية والمترجمة

١. ابن قيم الجوزية، محمد بن أبي بكر (٢٠٠٨). إغاثة اللهفان من مصائد الشيطان، القاهرة : دار التقوى للنشر والتوزيع.
٢. البشر، سعاد (٢٠٠٧). كيف تتخلص من الوسواس القهري، الكويت: غراس للنشر والتوزيع.
٣. بيك، ج. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد، ترجمة: طلعت مطر، مراجعة: إيهاب خاطر، القاهرة: المركز القومي للترجمة. ع (١١٤١).
٤. دى سليف، ب. (٢٠٠٠). علاج الوسواس والسلوك القهري. فى : س.ل ليندزى، ج.ى.بول (محررين)، مرجع فى علم النفس الإكلينيكي للراشدين، (ص ص ٨١-١٠٢) (ترجمة : صفوت فرج). القاهرة : الأنجلو المصرية .
٥. رجز، د.، فواء، إ. (٢٠٠٢). اضطراب الوسواس القهري. فى: د.هـ. بارلو (محررا)، مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي، (ص ص ٤٧١-٥٧٥) (ترجمة: هبة إبراهيم، مراجعة: صفوت فرج). القاهرة: الأنجلو المصرية.
٦. سابق، السيد (٢٠٠٠). فقه السنة، ج ١، القاهرة : دار الفتح للإعلام العربى.
٧. سالكوفيسكس، ب. (٢٠٠٢). العصاب القهري. فى: جان سكوت، مارك وليامز، آرون بيك (محررين)، العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، (ص ص ٩٥-١٣٣) (ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطى). القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
٨. سالم، محمد شريف (٢٠٠٤). الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، الإسكندرية: فولكانو للطباعة.
٩. الصابوني، محمد على (١٩٧٩). صفوة التفسير، ج ١، القاهرة: المطبعة العربية الحديثة.
١٠. عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢). الوسواس القهري التشخيص والعلاج، الكويت: لجنة التأليف والتعريب والنشر بجامعة الكويت.
١١. عرفه، أمارة يحيي (٢٠٠٧). بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدى مرضى الوسواس القهري، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٢. عرفه، أمارة يحيى؛ طه، إيمان عبد الحليم (٢٠١٣). دور مخطط "المبالغة في عدم تحمل المنغصات" في التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة. الحولية التاسعة (ص ص ١ : ٦٨).*

١٣. عودة، محمد (١٩٨٩). بعض أشكال عصاب الوسواس القهري وعلاقته ببعض المعطيات الدينية. *أبحاث ندوة علم النفس (ص ص ٣٥١-٣٧٣).* القاهرة: المعهد العالمي للفكر الإسلامى بالاشتراك مع الجمعية العربية للتربية الإسلامية.

١٤. ليهي، ر. (٢٠٠٦). *تدخلات العلاج المعرفي. في: روبرت ليهي (محررا)، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (ص ص ٢٧-٤١) (ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة).* القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع .

١٥. النووى، محى الدين أبو زكريا (١٩٧٠). *رياض الصالحين من كلام سيد المرسلين، (تحقيق: عبدالله أحمد أبوزينة).* القاهرة: دار الشعب.

١٦. هولاند، س. (٢٠٠٥). *اضطراب الوسواس القهري. في: روبرت ليهي (محررا)، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (ص ص ٢١١-٢٣٧) (ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة).* القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

17. Abramowitz, J. (2001). Treatment of scrupulous obsessions and compulsions using exposure and response prevention: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 79 – 85.
18. Abramowitz, J. (2006). *Obsessive compulsive disorder*, USA: Hogrefe & Huber Publishers.
19. Abramowitz, J., Nelson, C., Rygwall, R. & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive compulsive symptoms : A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (1), 91-104.
20. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM 5th*, Washington, DC : APA.
21. Anand, N., sudhir, P., Math, S., thennarasu, K. & Reddy, Y. (2011). Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive compulsive disorder: A prospective 1- year follow up study. *Journal of Anxiety Disorders*. 25, 939 – 945.

22. Arntz, A., Dreessen, L. Schouten, E. & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders : a test with the Personality Disorders Beliefs Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215-1225.
23. Bakhshaie, J., Geller, D., Wilhele, S., McGuire, J., Small, B., Cepeda, S., Schneider, S., Murphy, T., Porth, R. & Storch, E. (2020) .Temporal precedence of the change in obsessive compulsive symptoms and change in depressive symptoms during exposure and response prevention for pediatric obsessive compulsive disorders. *Behavior Research and Therapy*, 133, 103697.
24. Barrett, P. & Healy, L. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 285-299.
25. Beck, A., Brown, G., Eidelson, J., Steer, R. & Riskind, J. (1987). Differentiating anxiety and depression : a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 179-183.
26. Bennett- Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K. & Hachmann, A. (2004). Behavioural experiment: historical and conceptual underpinnings. In: J. Bennett- Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Muller & D. Westbrook. *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (1-20). Oxford: Oxford University Press.
27. Berman, N., Fang, A., Hansen, N., & Wilhelm, S. (2015) .Cognitive- based therapy for OCD: Role of behavior experiments and exposure processes. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 6, 158-166.
28. Bouchard, C., Rhéaume, J. & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in obsessive compulsive disorder: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
29. Brooks, A. & Hohagen, F. (2002). Obsessive compulsive disorder *International Encyclopedia of the Social and behavioral sciences*. 10815 – 10822.

30. Chosak, A., Marques, L., Fama, J., Renaud, S. & Wilhelm, S. (2009) .Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 7 – 17.
31. Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G. & Mattick, R. (1987) . Behavior Therapy and Tricyclic Medication in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Quantitative Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 701 – 711.
32. Cimen, I. D. (2018) .Cognitive behavioral therapy of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In: O. Senormanci (ED.), *Cognitive behavioral therapy and clinical applications*. (27 – 47) .IntechOpen.
33. Clark, D. & Beck, A. (2010) .*Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: The Guilford Press.
34. Clark, D., Beck, A. & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 958-964.
35. Clark, D., Purdon, C. & Wang, A. (2003). The meta-cognitive beliefs questionnaire : development of a measure of obsessional belifes. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (6), 655-669.
36. Coles, M., Menning, D. & Heimberg, R. (2001). Distinguishing obsessive features and worries; the role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
37. Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M. & Marks, I. (1993) .Exposure therapy, Fluvoxamine, or combination treatment in obsessive compulsive disorder: One – year follow up. *Psychiatry Research*, 49 (1), 63 – 75.
38. Cougle, J., Wolitzky-Taylor, K., Lee, H. & Telch, M. (2007) .Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive hand washing: Does primary threat make a difference? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1449 – 1459.

39. De Haan, E. (2001) .The treatment of obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 8, 380 – 387.
40. De Haan, E., Hoogduin, K., Buttelaar, J. & Keijsers, G. (1998) .Behavior therapy versus Clomipramine for the treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (10) 1022 – 1029.
41. DeRubeis, R. J., Webb, C. A., Tang, T. Z. & Beck, A. T. (2010) .Cognitive therapy. In: K. S. Dobson (ED.) .*Handbook of cognitive behavior therapies*. (277 – 316) .New York: The Guilford Press.
42. Diefenbach, G., Abramowitz, J., Norberg, M. & Tolin, D. (2007) .Changes in quality of life following cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3060 – 3068.
43. Doron, G., Kyrios, M. & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive compulsive disorder : Further evidence for a multidimensional model of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (3), 433-444.
44. Einstein, D. & Menzies, R. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* , 42, 539-549.
45. Fisher, P. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (6) 821-829.
46. Fisher, P. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543 – 1558.
47. Foa, E. & Tillmanns, A (1980). The treatment of obsessive compulsive neurosis. In : A. Goldstein & E. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A Clinical guide* (pp. 416-500).New York: John Wiley& sons.

48. Foa, E. (1979) .Failure in treating obsessive compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 169 – 176.
49. Foa, E., Steketee, G., Grayson, J., Turner, R. & Latimer, P. (1984) .Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15 (5), 450 – 472.
50. Foa, E., Steketee, G., Turner, R. & Fischer, S. (1980b) .Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 18 (5), 449 – 455.
51. Fontenelle, L. F. & Yucel, M. (2019) .A clinical staging model for obsessive compulsive disorder: Is it ready for prime time? *E Clinical Medicine*, 7, 65 – 72.
52. Franklin, M., Abramowitz, J., Bux, D., Zollner, L. & Feeny, N. (2002). Cognitive behavior therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (2), 162 - 168.
53. Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheume, J., Letarte, H. & Bujold, A. (1997). Cognitive behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 405 – 413.
54. Freeston, M., Rhéaume, J. & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (5), 433-446.
55. Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Jacobsen, D., Kloss, M., Rufer, M. & Hand, I. (2006) .Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive compulsive disorder? A prospective 6 months follow up study. *European Psychiatry*, 21, 319 – 324.
56. Fricker, J. (1996). PET and obsessive compulsive disorder. *The Lancet*, 347 (9001), 604.

57. Friedberg, R., McClure, J. & Garcia, J. (2009) .*Cognitive therapy techniques for children and adolescents*, New York: The Guilford Press.
58. Glausiusz, J. (1996). The chemistry of obsession. *Discover*, 17 (6), 36.
59. Haland, A., Vogel, P., Lie, B., Launes, G., Pripp, A. & Himle, J. (2010) .Behavioral group therapy for obsessive compulsive disorder in Norway. An open community – based trial. *Behavior Research and Therapy*, 48, 547 – 554.
60. Hambridge, J. & Loewenthal, M. (2003). .Treating obsessive compulsive disorder: A new role for infectious diseases physicians. *International Journal of Infectious Diseases*, 7, 152-155.
61. Himle, J., Fischer, D., Muroff, J., Van Etten, M., Lokers, L., Abelson, J. & Hanna, G. (2006). Videoconferencing – based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1821 – 1829.
62. Himle, M. & Franklin, M (2009) .The More You Do It, the Easier It Gets: Exposure and Response Prevention for OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (1), 29-39.
63. Huppert, J. & Frankline, M. (2005) .Cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: An update. *Current Psychiatry Report*. 7, 268 – 273.
64. Jaisoorya, T. S., Reddy, Y. C.& Thennarasu, K. (2017) .Prevalence and correlates of obsessive- compulsive disorder among college students in Kerala, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 59 (1), 56–62.
65. Jónsson, Hougaard & Bennedsen (2011) .Dysfunctional beliefs in group and individual cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 483 – 489.

66. Keeley, M., Storch, E., Merlo, L. & Geffken, G. (2008) . Clinical predictors of response to Cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118 – 130.
67. Kozak, M., Liebowitz, M. & Foa, E. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder : The NIMH- sponsored collaborative study. In: W. K. Goodman, M. V. Radorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder, contemporary issues in treatment* (501 – 530) . London: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.
68. Krone, K., Himle, J., Nesse, R. (1991) .A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 29 (6), 627-631.
69. Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J. & Dubé, D. (1996) .Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therpay*, 34 (10), 767 – 774.
70. Laurent, J. & Stark, K. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Behaviour Research and Therapy*, 102 (2), 226-237.
71. Lee, H. & Kwon, S. (2003). Tow different types of obsession : Autogenously obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
72. Lee, H., Cougle, J. & Telch, M. (2005). Thought action fusion and its relationship to schizotype and obsessive compulsive disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 29-41.
73. Leeuwerik, T., Cavanagh, K. & Strauss, C. (2019) .Patient adherence to cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102135.

74. Mancebo, M., Greenberg, B., Grant, J., Pinto, A., Eisen, J., Dyck, I. & Rasmussen, S. (2008) .Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 43 – 50.
75. Marks, I., Hodgson, R. & Rachman, S. (1975) .Treatment of chronic obsessive compulsive neurosis by in-vivo exposure. A two-year follow up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349 – 364.
76. McKay, D., Sookman, D.,Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D., Kyrios, M., Matthews, K. & Veale, D. (2015) .Efficacy of cognitive – behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225 (3), 236-246.
77. McKay, D., Todaro, J., Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J. (1996) .Evaluation of a naturalistic maintenance program in the treatment of obsessive compulsive disorder: A Preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (3), 211 – 217.
78. Mclean, P., Whittal, M., Thordarson, D., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W., Paterson, R. & Anderson, K.(2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 205-214.
79. Meng, F., Han, H., Luo, J., Liu, J., Liu, Z., Tang, Y., Hou, X., Wei, J., Shi, L., Tang, M., Yan, Y., Huang, Y., Sun, J. & Li, Zhan. (2019) .Efficacy of cognitive behavioral therapy with medication for patients with obsessive Compulsive Disorder: A multicenter randomized controlled trial in China. *Journal of Affective Disorders*, 253 (15), 184-192.
80. Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L. & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46 (6), 453-459.

81. Morrison, N. & Westbrook, D. (2004) .Obsessive Compulsive Disorder. In: J. Bennett- Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Muller & D. Westbrook. *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (101 - 119). Oxford: Oxford University Press.
82. Moulding, R., Kyrois, M. & Doron, G. (2007). Obsessive compulsive behaviours in specific situations : the relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (7), 1693-1702.
83. Neenan, M. & Dryden, W. (2004) .*Cognitive therapy, 100 key points and techniques*. New York: Taylor & Francis e-Library.
84. Niekirk, J. V. (2009) .*Coping with obsessive compulsive disorder: A step – by – step guide using the latest CBT techniques*, Oxford: one world publications.
85. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory : Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
86. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (7), 667-681.
87. O'Connor, K. & Robillard, S. (1995) .Inference processes in obsessive compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (8), 887 – 896.
88. O'Connor, K. (2002). Intrusions and inferences in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
89. O'Neill, J., Piacentini, J., Chang, S., Levitt, J., Rozenman, M., Bergman, L., Salamon, N., Alger, J. & McCracken, J. (2012) .MRSI correlates of cognitive-behavioral therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36 (1), 161-168.

90. Owens, E. & Piacentini, J. (1998) .Case study: Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in a boy with comorbid disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 37 (4), 443 – 446.
91. Padesky, C. A. (1994) .Schema changes processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 1 (5), 267 – 278.
92. Pallanti, S. & Quercioli, (2006) .Treatment – refractory obsessive compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro – Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 400 – 412.
93. Pallanti, S. & Quercioli, (2006) .Treatment – refractory obsessive compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro – Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 400 – 412.
94. Piacentini, J., Gitow, A., Jaffer, M., Graae, F. & Whitaker, A. (1994) .Outpatient behavioral treatment of child and adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 8 (3), 277 – 289.
95. Pleva, J. & Wade, T. (2006) .Guided self – help versus pure self – help for perfectionism: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 45, 849 – 861.
96. Pruitt, S., Miller, W. & Smith, J. (1989) .Outpatient behavioral treatment of severe obsessive-compulsive disorder: Using paraprofessional resources. *Journal of Anxiety Disorders*, 3 (3), 179 – 186.
97. Purdon, C. & Clark, D. (1999).Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
98. Rachman, S. & Shafran, R. (1999). Cognitive distortion : Thought action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
99. Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.

100. Rachman, S. Hodgson, R. & Marks, I. (1971). The treatment of chronic obsessive compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237- 247.
101. Raffin, A., Fachel, J., Ferrão, Y., De Souza, F. & Cordioli, A. (2009) .Predictors of response to group cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24, 297 – 306.
102. Rapinesi, c., Kotzalidis, G. D., Ferracuti, S., Sani, G., Girardi, P. & Del Casale, A. (2019) .Brain stimulation in obsessive compulsive disorder (OCD): A sestematic review. *Current Neuropsychopharmacology*, 17, 1- 21.
103. Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H. & Muris, P. (2001). Thought action fusion and thought suppression in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
104. Rees, C. & Van Koesveld, K. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (4), 451 – 458.
105. Rees, C. & Van Koesveld, K. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39 (4), 451 – 458.
106. Reese, H., Pollard, C., Szymanski, J., Berman, N., Crow, K., Rosenfeld, E. & Wilhelm, S. (2016) The behavior therapy training institute for OCD: A preliminary report. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 8, 79 – 85.
107. Rhéaume, J. & Ladouceur, R. (2000) .Cognitive and behavioral treatments of checking behaviors: An examination of individual cognitive change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 118 – 127.
108. Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (2), 159-169.

109. Roper, G., Rachman, S. & Hodgson, R. (1973). An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 271-277.
110. Rosa – Alcàzar, A., Sànchez – Meca, J., Gòmez – Conesa, A. & Marin – Martinez, F. (2008) .Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: A meta – analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310 – 1325.
111. Rosqvist, J., Egan, D., Manzo. P., Baer, L., Jenike, M. & Willis, S. (2001) .Home-based behavior therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series with data. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 395 – 400.
112. Rowa, K., Antony, M., Summer - Feldt, L., Purdon, C., Young, L. & Swinson, R. (2007) . Office - based vs. home – based behavioral treatment for obsessive compulsive disorder : A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1883 – 1892.
113. Ryckman, R. (2008) .*Theories of personality*, United State: Thomson Wadsworth.
114. Salkovskis, P. & Kirk, J. (1997). Obsessive compulsive disorder. In : C.M. Clark & C.G. Fairburn, (Eds.), *Science and practice of cognitive behavioral therapy* (pp.179-208). Oxford : Oxford University Press.
115. Salkovskis, P. & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional rumination: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27 (2), 149 – 160.
116. Salkovskis, P. (1983).Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311 – 313.
117. Salkovskis, P. (1985). Obsessional compulsive problems : A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (5), 571-583.
118. Salkovskis, P. (1989). Cognitive behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (6), 677-682.

119. Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
120. Salkovskis, P. (2007) .Psychological treatment of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry*, 6, 6, 229 – 233.
121. Salkovskis, P., Richards, C. & Forrester, E. (2000). Psychological treatment of refractory obsessive compulsive disorder and related problems. In: W. K. Goodman, M. V. Radorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder, contemporary issues in treatment* (201 – 221) . London : Lawrence Erlbaum Associates, publishers.
122. Salkovskis, P., Richards, C. & Forrester, E. (2000). Psychological treatment of refractory obsessive compulsive disorder and related problems. In: W. K. Goodman, M. V. Radorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder, contemporary issues in treatment* (201 –
123. Salkovskis, P., Wroe, A., Gledhill, A. , Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
124. Samoilov, A. & Goldfried, M. (2000). Role of emotion in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7 (4), 373-385.
125. Shabani, M., Mohsenabadi, H., Omidi, A., Lee, E., Twohig, M., Ahmadvand, A. & Zanjani, Z. (2019) .An Iranian study of group acceptance and commitment therapy versus group cognitive behavioral therapy for adolescents with obsessive compulsive disorder on an optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 22, 100440
126. Shafran, R. & Somers, J. (1998). Treating adolescent obsessive compulsive disorder : Applications of the cognitive theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 93 – 97.

127. Sijercic, I., Whitfield, K., Cassin, S. & Antony, M (2020) .A systematic review of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 26, 100532.
128. Simpson, H., Maher, M., Page, J., Gibbons, C., Franklin, M. & Foa, E. (2010a) . Development of a Patient Adherence Scale for Exposure and Response Prevention Therapy. *Behavior Therapy*, 41 (1), 30-37.
129. Skarphedinsson, G. & Weidle, B. (2018) .Psychoeducation for children, parents, and family members about obsessive compulsive disorder and cognitive behavior therapy. In: E. A. Storch, J. F. McGuire & D. McKay (Eds.). *The clinician's guide to cognitive behavioral therapy for childhood obsessive compulsive disorder*. USA: Academic Press (29 – 54).
130. Spiegel, D. (2000). Combined drug and behavioral treatment for obsessive compulsive disorder : early findings. In: W. K. Goodman, M. V. Radorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder, contemporary issues in treatment* (485 – 499) .London : Lawrence Erlbaum Associates, publishers.
131. Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland: New Harbinger publications
132. Steketee, G., Siev, J., Yovel, I., Lit, K. & Wilhelm, S. (2019) Predictors and moderators of cognitive and behavioral therapy outcomes for OCD: A patient level Mega-Analysis of eight sites. *Behavior Therapy*, 50 (1), 165-176.
133. Storch, E., Merlo, L., Larson, M., Marien, W., Geefken, G., Jacob, M., Goodman, W. & Murphy, T. (2008) .Clinical features associated with treatment – resistant pediatric obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 35 – 42.

134. Storch, E., Merlo, I., Lehmkuhl, H., Geffken, G., Jacob, M., Ricketts, E., Murphy, T. & Goodman, W. (2008) . Cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A non randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of Anxiety Disorder*, 22 (7), 1146 – 1158.
135. Storch, E., Merlo, I., Lehmkuhl, H., Geffken, G., Jacob, M., Ricketts, E., Murphy, T. & Goodman, W. (2008) . Cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A non randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of Anxiety Disorder*, 22 (7), 1146 – 1158.
136. Taylor, S., Abramowitz, J., McKay, D., Calamari, J., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S. & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (1), 85-97.
137. Teasdal, J. (1997). The relationship between cognition and emotion : the mind-in-place in mood disorders. In :D.M.Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp.67-93), Oxford : Oxford University Press.
138. Tolin, D., Hannan, S., Maltby, N., Diefenbach, G., Worhunsky, P. & Brady, R. (2007b) .A randomized controlled trial of self – directed versus therapist – directed cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder patients with prior medication trials. *Behaviour Therapy*, 38, 179 – 191.
139. Turner, C. (2006). Cognitive behaviour theory and therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 912-938.
140. Turner, S., Beidel, D., Stanley, M. & Jacob, R. (1988) .A comparison of fluoxetine, flooding and response prevention in treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2 (3), 219 – 225.

141. Uhre, C., Uhre, V., Nolfeldt, N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K., Gluud, C., Jakobsen, J. & Pagsberg, A. (2020) .Systematic review and meta analysis: Cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59 (1), 64-77.
142. Van Oppen, P. & Emmelkamp, P. (2000). Issues in cognitive treatment of obsessive compulsive disorder. In : W.K. Goodman, M.V. Rudorfer & J.D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder, contemporary issues in treatment* (pp.117-132). London : Lawrence Erlbaum Associates.
143. Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, K. & Van Dyck, R. (1995) .Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (4), 379 – 390.
144. Van Oppen, P., Steketee, G., McCorkle, B., Pato, M. (1997) . Group and Multifamily Behavioral. Treatment for Obsessive Compulsive Disorder: A Pilot Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (4), 431 – 446.
145. Vulink, N., Denys, D., Bus, L. & Westenberg, H. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 91 (1), 19-25.
146. Westra, H. & Kuiper, N. (1997). Cognitive content specificity in selective attention across four domains of maladjustment. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (4), 349-365.
147. Whittal, M., Thordarson, D. & Mclean, P. (2005) .Treatment of obsessive compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-1576.
148. Wilhelm, S. & Stekette, G. (2006). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals, New Harbinger, Oakland, CA. Reviewed by: Karen Rowa, (2008). *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 108 – 110

149. Wilhelm, S., Berman, N., Keshaviah, A., Schwartz, R. & Steketee, G. (2015) .Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behavior Research and Therapy*, 65, 5-10.
150. Wilhelm, S., Steketee, G. (2006) .*Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder*, Oakland : New Harbinger Publications.
151. Williams, K., Chambless, D., Steketee, G. (1998) .Behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in African Americans: Clinical issues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 163 – 170.
152. Williams, M. & Farris, S. (2011) .Sexual orientation obsessions in obsessive compulsive disorder prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 187, 156 – 159.
153. Williams, M. T., Chapman, L. K., Simms, J. V. & Teiiawi, G. (2017) Cross cultural phenomenology of obsessive compulsive disorder. In: J. S. Abramowitz, D. McKay & E. A. Storch (Eds.), *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorder* (volume 1) (56-74). John Wiley & Sons Ltd.
154. Wilson, K. & Chambless, D. (2005). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (12), 1645-1654.
155. Wilson, K. & Chambless, D. (2005). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (12), 1645-1654.
156. Zucker, B., Craske, M., Barrison, V. & Holguin, M. (2002). Thought action fusion: Can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-664.
157. Zucker, B., Craske, M., Blackmaore, M. & Nitz, A. (2006). A cognitive behavioral workshop for subclinical obsessions and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (2), 289 – 304.