

مجلة علم النفس التطبيقي
قسم علم النفس - كلية الآداب، جامعة المنوفية

**العلاج السلوكي بفنيتي التعرض ومنع الاستجابة لوساوس
التلوث وقهر الاغتسال والنظافة
عرض نظري**

إعداد

أ. د. بشير معمريّة

أستاذ القياس النفسي ومناهج البحث النفسي (سابقاً)
جامعتا الحاج لخضر - باتنة، ومحمد الأمين دباغين - سطيف - الجزائر

يوليو ٢٠٢٣ م

العدد (١)

المجلد (١)

العلاج السلوكي بفنيتي التعرض ومنع الاستجابة لوساوس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة: عرض نظري

أ. د. بشير معمريّة

أستاذ القياس النفسي ومناهج البحث النفسي (سابقاً)

جامعنا الحاج لخضر . باتنة، ومحمد الأمين دباغين . سطيف . الجزائر

بعد أن تحوّل علم النفس إلى دراسة الخصال الإيجابية في الإنسان، هل ينبغي على علم النفس
الذي يدرس الخصال السيئة في الإنسان، أن يتوارى؟ توجد الإجابة في خاتمة هذا المقال.

المستخلص

هدفت المقالة إلى تناول فنيتين من فنيات العلاج السلوكي وهما: التعرض ومنع الاستجابة، لعلاج اضطراب الوسواس القهري، فئة: وسواس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة. وتناولت اضطراب الوسواس القهري من ناحية تعريفه وتفسيره سلوكياً، وقدمت حالات نموذجية لوسواس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة، ثم قدمت الصورة العيادية السلوكية لوسواس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة. وتناولت الورقة كذلك، العلاج السلوكي وأصوله في نظريات التعلم الشرطي، وفنياته في علاج وسواس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة. وتناولت الورقة، بعد ذلك، فنية التعرض أو المواجهة، من حيث أصلها، وتعريفها وكيف تمارس، وكثير من القضايا المتعلقة بها، وإعداد قوائم للتعرض وللمواجهة، والتعرض الواقعي والتعرض التخيلي، ودوام التعرض وتكراره، ودور المعالج كنموذج أثناء التعرض، ووصف الواجبات المنزلية. ومفهومي الإشباع/ التعود. ثم انتقلت الورقة إلى عرض فنية منع الاستجابة أو منع أداء السلوك القهري، من حيث تعريفها، وطرق تنفيذها، وكيف التعليمات للمريض في هذه الطريقة من العلاج، وقواعد منع الاغتسال، والتأكيد على عدم تقديم تنازلات للمريض فيما يتعلق بمنع القيام بقهر الاغتسال والنظافة، والدمج بين التعرض ومنع الاستجابة وكيف يكون ذلك، ومن ثم كيف

بؤثران في العملية العلاجية، مع التأكيد على دور الأسرة، وأخيرا، وأخيرا، يُعدّ كل من التعرض ومنع الاستجابة، أسلوبين علاجيين سلوكيين، لإلغاء عادة سلوكية شاذة، واكتساب عادة سلوكية عادية، بدلا منها. وتم ختم المقالة، بالإشارة إلى تبادل المهام بين علم النفس الإيجابي وعلم النفس قبل الإيجابي، في تناول السلوك المرضي.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي، التعرض، منع الاستجابة، وساوس التلوث وقهر الاغتسال والنظافة.

Summary:

Exposure and preventing response as behavioral therapy to pollution obsessions and oppression of washing and cleanliness: A theoretical review

P. Dr.. Bashir Maamria

Professor of Psychometry and Psychological Research Methods (formerly)

The Universities of El Hadj Lakhdar - Batna, and the University of
Mohamed El Amin Debaghine - Setif - Algeria

This article highlight two techniques of behavioral therapy: exposure and response prevention, for the treatment of obsessive-compulsive disorder, category: pollution obsession and oppression of washing and cleanliness. It divided into 7 parts: 1) definition of obsessive-compulsive disorder, 2) typical cases of pollution obsessiveness and the compulsion of washing and cleanliness, 3) the clinical, behavioral picture of the obsessiveness of pollution and the compulsion of washing and cleanliness, 4) origins of behavioral therapy and its techniques in treating the pollution obsession and the oppression of washing and cleanliness, 5) definition of exposure, its origin, how it is practiced, and preparing lists for realistic and imaginary exposure, its repetition, role of the therapist as a model during exposure, and the concepts of gratification/habituation, 6) definition of preventing response or preventing the performance of compulsive behavior, methods of implementation, how instructions are given to the patient, the rules of preventing abluion, and an emphasis on not making concessions to the patient with regard to preventing compulsive abluion and hygiene, 7) combination between Exposure and response prevention and how that is, its affect in therapeutic process, with an emphasis on the role of the family. The article concludes, with reference to the cross-task between positive psychology and pre-positive psychology, in addressing pathological behavior.

Keywords: behavioral therapy, exposure, response prevention, pollution obsession, and compulsion to wash and clean..

مقدمة.

تأخذ الوسواس والأفعال القهرية واحدة من الصورتين التاليتين: أولاهما هي الشخصية الوسواسية القهرية، وهي نمط مستمر ومداوم للشخصية، يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال، والنظام المفرط، ويقظة الضمير، والدقة الشديدة، والحفاظ على المواعيد، وحب العمل والإنتاج وإتقانه، وعدم القدرة على تقبل الحلول الوسطى، مع الشعور بالمسؤولية مبالغ فيه. أما الصورة الثانية، فهي اضطراب الوسواس القهري الذي يعد واحدا من اضطرابات القلق. (مدحت عبد الحميد عبد اللطيف, ١٩٨٩, ٩١).

وتعدّ الوسواس والأفعال القهرية (Obsessive – Compulsive Disorders (OCD) في تصنيفات الطب النفسي، أحد اضطرابات القلق المتعدد. وتضع الإحصاءات التشخيصية الوسواس والأفعال القهرية في الرتبة الرابعة، من حيث الانتشار، بعد اضطرابات المخاوف والاكنتاب والاضطرابات المتعلقة بالمخدرات. وتشير أغلب الدراسات إلى وجود تشابه كبير في الأعراض المرضية الخاصة باضطراب الوسواس والأفعال القهرية في مختلف الثقافات، مما يدل على أن الوسواس والأفعال القهرية لا يتسم بها شعب دون آخر، أو أنها تحدث في فترة زمنية دون أخرى. فالملامح الرئيسية والجوهرية لهذا الاضطراب، تكاد تكون واحدة في مختلف الثقافات. (سعاد البشر، صفوت فرج, ٢٠٠٢, ٢٠٧ - ٢٠٨).

وتبدأ الوسواس والأفعال القهرية في الظهور عادة في فترة المراهقة أو بداية الرشد، وقد تبدأ في الطفولة. وتبين أن حوالي النصف من المضطربين بالوسواس والأفعال القهرية، بدأت الأعراض عندهم قبل الرابعة والعشرين من أعمارهم، وأن الأغلبية قبل الخامسة والثلاثين، وكثيرا ما تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب أو شدة Stress، فيصاحبها شحوب وضعف مزمن مع تفاقم الأعراض، التي قد تعود إلى الضغوط. (توفيق عبد المنعم توفيق, ٢٠٠٠, ٦٥)

وكثير من مرضى الوسواس والأفعال القهرية، يعانون لعدة سنوات، قبل أن يسعوا إلى طلب العلاج. وظهر

من الدراسات أنهم يفضلون الإبقاء على ما يعانون منه سرا، ولا يخبرون به أحدا، مهما كانت قرابته، إلا بعد مرور حوالي سبع سنوات من المعاناة من الأعراض ذات الدلالة. كما أنهم يفشلون في طلب العلاج، أو بالأحرى يتخوفون منه. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٧٧).

وفي حالات كثيرة، يسبب الاضطراب عجزا وظيفيا، مما قد يؤدي إلى فقدان الوظيفة، وسوء العلاقات الزوجية والاجتماعية. وقد أقر أكثر من ٥٠% من مرضى الوسواس والأفعال القهرية المتزوجين، معاناتهم من الكرب الزوجي. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٧٧) (عادل صادق، ١٩٨٥، ٣٧).

ويعود عدم لجوء مرضى الوسواس والأفعال القهرية إلى طلب العلاج، إلى خوفهم من الإقلاع عن القيام ببعض الأفعال القهرية، التي من شأنها أن تخفض من حدة الضيق Stress والتوتر Tension اللذين يعانون منهما نتيجة لأفكارهم الوسواسية، أو الأفعال التي تمنع حدوث كارثة معينة يتوقعونها إن لم يقوموا بها. ولهذا يفضلون الابتعاد عن العيادات النفسية، والبقاء على ما هم عليه. وتفسر الخصائص السابقة أسباب انخفاض عدد المرضى المترددين على العلاج من هذا الاضطراب.

وتعد الوسواس والأفعال القهرية المتعلقة بالتلوث والاعتسال والنظافة، والمراجعة للتأكد، من أكثر أعراض هذا الاضطراب انتشارا بين المرضى. فقد بينت الدراسات (Ball & al, 1996)، أن وسواس النظافة والاعتسال، والتأكد، توجد لدى ٧٥% من جمهور المرضى الوسواسيين، الذين خضعوا للعلاج. وأن المرضى الذين يعانون من الأنواع المختلفة الأخرى من الوسواس والأفعال القهرية، كالعد، والسلوك النمطي، كالنظام القسري في ارتداء الملابس، وترتيب الأشياء، بشكل دقيق، وتخزين الأشياء دون هدف، يشكّلون ما نسبته ١٢% فقط. وتشير النتائج، كذلك، إلى أن نسب تحسن مرضى الوسواس القهري، أفضل بين من يعانون من وسواس النظافة، والتأكدات، مقارنة بمن يعانون من أنواع أخرى من الوسواس والأفعال القهرية. (فيصل محمد خير الزراد، ٢٠٠٥، ٥٤).

وتم الاهتمام باضطراب الوسواس والأفعال القهرية، بحثاً، وتشخيصاً، وعلاجاً. ففي حين مضت البحوث تقطع الخطوات في سبيل إيضاح أساس المرض، سايرتها في الوقت نفسه خطوات متوازية في مجال تقدم العلاج. وهناك عدة أساليب نفسية سلوكية تم إبداعها لعلاج الوسواس والأفعال القهرية، مثل طريقة الكف بالنقيض، العلاج بالاسترخاء، طريقة التحصين المنظم، طريقة إيقاف الأفكار، طريقة الضبط الذاتي، طريقة الغمر بالمشغلات المقلقة وغيرها، لكن هناك أسلوبين من العلاج أثبتا فعالتهما في علاج الوسواس والأفعال القهرية، هما العلاج الدوائي Pharmacological Treatment والعلاج السلوكي Behavior Therapy. ويبدو أن العلاج السلوكي أكثر جدوى في علاج الأفعال القهرية، مما هو في علاج الوسواس التي تُظهر علامات خارجية أقل من الأفعال القهرية. (جوديث ل. ريبوبورت، ١٩٨٩، ٦٥ - ٦٦) (فيصل محمد خير الزراد، ٢٠٠٥، ٥٨).

ونجح علماء النفس العياديون، في تطوير أساليب سلوكية، للتدخل في علاج هذا الاضطراب، اتسمت بالفعالية المتزايدة، في مساعدة المرضى للتغلب على صعوباتهم. ومن أكثر هذه الأساليب استخداماً في علاج الوسواس والأفعال القهرية، أسلوب التعرض ومنع الاستجابة Exposure and Response Prevention (ERP) الذي ساعد، إلى جانب العلاج الدوائي، في تحسن الكثير من الحالات. وأشارت معظم الدراسات إلى فعاليته في خفض الأعراض وشفاء المرضى، ومقاومة الشفاء للانتكاسة، مقارنة بأسلوب العلاج الدوائي. (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢، ٢٠٩). (Hans Reinecker، ٢٠٠٩، ١٨٥).

وبالنسبة لعلاج الوسواس والأفعال القهرية، نفسياً، فقد كان أول علاج نفسي، غير الطبي، ظهر لعلاج الأمراض النفسية، العلاج بالتحليل النفسي، الذي مارسه طبيب الأعصاب النمساوي/ س. فرويد S. Freud وطوره في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، بمعونة أتباعه في فيينا وفي زيوريخ، وغيرهما من المدن الألمانية والأوروبية، وانتشر بعد ذلك، في الكثير من البلدان، وخاصة في أمريكا، وتميز التحليل النفسي بنظرته إلى الأمراض النفسية أو العصابية، على أنها ذات منشأ داخلي، وعلى العلاج أن يتجه إلى معرفة ما يوجد في الداخل من خبرات طفلية غير سوية، فيعدلها، فيتحقق الشفاء، وما الأعراض الخارجية، إلا

دليل على اضطراب يوجد في الداخل، وإذا تم شفاء ما في الداخل، تزول الأعراض الخارجية، وصاحب هذا التوجه النفسي الجديد للأمراض العصابية، تشخيصا وعلاجاً، بناءً صرح نظري قوي وعميق، هو نظرية التحليل النفسي.

وبعد العلاج بالتحليل النفسي، ظهر توجه نفسي آخر، هو العلاج السلوكي، الذي تأسس على نظرية التعلم بالارتباط الشرطي الاستجابي، لعالم الفزيولوجيا الروسي/ إ. ب. بافلوف I. P. Pavlov (ولم يكن بافلوف سلوكياً، ولا معالجا نفسياً، ويلتقي مع السلوكيين في مفهومي التعلم والارتباط الشرطي)، وظهر العلاج السلوكي، لأول مرة، في أمريكا في العقد الثالث من القرن العشرين (١٩٢٤)، حين استطاعت ماري كوفر جونز M. C. Jones، أن تخلص الطفل بيتر Peter، من مخاوفه إزاء الأرناب، وقبل ذلك، (عام ١٩٢٠)، استطاع ج. ب. واطسن J. B. Watson بمعية روزالي راينر R. Rayner، تطوير استجابة الخوف من الفأر، لدى الصغير ألبرت Little Albert، بطريقة الارتباط الشرطي الاستجابي، وبعد حوالي أربع ثلاثين (٣٤) سنة، من ذلك، أي في سنة ١٩٥٨، طوّر الطبيب النفسي جنوب إفريقي الأصل/ جوزيف وولب J. Wolpe، فنيات العلاج السلوكي، في كتابه الشهير: "العلاج النفسي عن طريق الكف بالنقيض"، (هكذا تمت ترجمة عنوان الكتاب، وصدر باللغة العربية سنة ١٩٨٠، بمصر).

وظهر أثناء ذلك، أيضاً، العلاج المعرفي، بتطوير من الطبيب النفسي الأمريكي/ آ. ت. بيك A. T. Beck، الذي اشتهر في البداية بتشخيص وعلاج الاكتئاب، وظهر كذلك، العلاج العقلاني الانفعالي، بتطوير من السيكولوجي الأمريكي/ ألبرت إليس A. Ellis.

كما حدث تطوير آخر للعلاج النفسي، بدمج فنيات علاج سلوكي مع فنيات علاج معرفي، فظهر العلاج المعرفي السلوكي، وهو الأكثر رواجاً، حالياً.

وإذا كان العلاج بالتحليل النفسي، يركز على الخبرات الداخلية اللاسوية للفرد، ويركز العلاج المعرفي على الأفكار الخاطئة، فإن العلاج السلوكي يركز على العرض الخارجي، أي

السلوك اللاسوي، فالعرض هو المرض لدى المعالج السلوكي. وتطورت بعد ذلك، فنيات علاجية نفسية سلوكية فرعية عديدة، انبثقت من العلاج السلوكي.

وبما أن العلاج السلوكي يركز على السلوك الخارجي، مثل: سلوك التجنب، فإن أهم فنية علاجية يستعملها، هي التعرض أو المواجهة، حين يتم تعريض الفرد للمثيرات التي تسبب له الخوف والقلق، ثم بعد ذلك تمارس عليه إجراءات علاجية، الهدف منها منع أو تخفيف ظهور استجابات الخوف والقلق. وتحل محلها مشاعر الأمن والطمأنينة، إزاء المثير الذي كان مخيفاً، سابقاً.

وتنوعت العلاجات النفسية، وتعددت، بتنوع الأمراض النفسية، وتعددها، وتعددت النظريات النفسية واختلفت فيما تذهب إليه في تفسيرها للسلوك المرضي، فقد كان المبدعون لطرق العلاج النفسي وفنياته، وكأن كل واحد منهم متخصص في مرض نفسي معين، يبحثه وينظر فيه، ثم يبدع فنيات علاجية لعلاجه. فقد كان العلاج بالتحليل النفسي مهتماً بالاضطرابات النفسية/العصابية، عموماً، واهتم العلاج السلوكي في بدايته، بالقلق والخوف، واهتم العلاج المعرفي بالاكنتاب، واهتم العلاج العقلاني الانفعالي بالأفكار اللاعقلانية. أما بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري، فقد كان يعالج، في بادئ الأمر، دوائياً، وربما تحققت به بعض النجاحات، لكن لا بد من تطوير علاج نفسي لاضطراب الوسواس القهري. ويتضمن الوسواس والأفعال القهرية، اضطرابين، هما: الوسواس (عمليات عقلية) والأفعال القهرية (سلوك). وتحدث العمليات العقلية استجابة لسلوك قام به الشخص، أو تعرض له، كأن يأخذ بيده نقوداً من يد شخص آخر، فينشأ لديه وسواس التلوث، فيدفعه ذلك إلى القيام بفعل قهري (سلوك)، وهو الاغتسال بشكل مفرط، ومبالغ فيه. ومن هذا التحليل البسيط للوسواس والفعل القهري، تم إبداع فنية علاجية، تدعى: "العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة". أي يتم تعريض المريض للتلوث، ثم يمنع من قيامه باستجابة الإفراط في الغسل.

أهداف الدراسة.

تهدف الدراسة إلى ما يأتي.

١. عرض نظري للوساوس والأفعال القهرية.
٢. عرض نظري للعلاج السلوكي.
٣. عرض نظري لفنية التعرض أو المواجهة.
٤. عرض نظري لفنية منع الاستجابة،
٥. إبراز دور فنتي التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوسواس والأفعال القهرية، سلوكيا.

أهمية الدراسة.

تظهر أهمية هذه الدراسة فيما يأتي.

١. أنها تتناول أحد الاضطرابات النفسية التي بينت البحوث أنه منتشر بنسبة كبيرة في المجتمع.
٢. أنها تتولى عرض فنتيتين علاجيتين سلوكيتين للتخفيف من المعاناة من الوسواس والأفعال القهرية.
٣. أنها تقدم معلومات لا غنى عنها بالنسبة للمهتمين بالعلاج السلوكي.

أسئلة الدراسة.

تسعي الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية.

١. ما الوسواس والأفعال القهرية ؟
٢. ما التفسير السلوكي للوسواس والأفعال القهرية ؟

٣. ما الصورة العيادية لوساوس قهري فئة التلوث والنظافة ؟

٤. متى ظهر العلاج السلوكي وما أسسه التجريبية والعيادية ؟

٥. ما العلاج السلوكي، بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة ؟

٦. ما فنية التعرض، وكيف يمارس ؟

٧. ما فنية منع الاستجابة، وكيف تؤدي ؟

الوساوس والأفعال القهرية

تعريف الوساوس والأفعال القهرية.

الوساوس لغة: هو حديث النفس، يقال وسوست إليه نفسه وسوسةً. أما القهر فهو الغلبة، وقهره قهرا أي غلبه. فهو قاهر وقهار. ويقال أخذهم قهرا، أي دون رضاهم. (في: داليا محمد مؤمن، وائل محمد أبو هندي، ٢٠٠٦، ٤٧٦).

أما المفهوم النفسي للفكرة الوسواسية، فيعني أنها فكرة تقتحم وعي الإنسان، وتتعلق غالبا بما لا يحبه، أو بما لا يتفق معه فتزعجه. ومما يزيد معاناته هو اضطراره إلى عدم البوح مما يعاني، بسبب الخجل منه لكونه أمرا سخييا أو محرما، أو لا معنى له، أو غير مقبول اجتماعيا. (شلدون كاشدان، ١٩٧٢، ٦٢) (داليا محمد مؤمن، وائل محمد أبو هندي، ٢٠٠٦، ٤٧٦).

وهي أيضا عبارة عن أفكار أو صور خيالية أو اندفاعات عنيدة، تتخذ طابع الإصرار والاستمرار. ويرى الفرد أنها تقتحم فكره، وتتدخل فيه، وأنها غير ملائمة، ولا مناسبة، وتسبب له قلقا ملحوظا، وألما واضحا، وضيقا شديدا. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٦).

والوساوس المرضية أفكار مداومة مستمرة، تقتحم عقل الفرد، بشكل ملح وعنيد، بحيث لا يمكنه السيطرة عليها، أو التحكم فيها، أو استبعادها من حيز الشعور لديه. وغالبا ما يدرك المريض سخافة هذه الأفكار، أو تفاهتها، أو عدم معقوليتها، ولكنه لا يستطيع أن يوقفها أو يمنعها. وتتركز هذه الأفكار المستحوذة على عقل الفرد وإرادته حول موضوعات شتى، وأكثرها

شيوخا: التلوّث والقذارة، والخيالات العدوانية، والنظام، والأفكار الجنسية. (أحمد محمد عبد الخالق، عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ١٩٩٥، ٢).

أما القهر فهو سلوك حركي يتخذ شكلا متكررا، كغسل اليدين أو ترتيب الأشياء أو المراجعة. أو عقلي، كالعّد وتكرار الكلمات بطريقة صامتة. يشعر الفرد بأنه مدفوع إلى القيام به حتى يخفض أو يمنع القلق أو الضيق الذي يصاحب الوسواس، أو حتى يمنع حادثا معينا مفرعا أو موقفا مرّوعا. ومثال ذلك أن الفرد المصاب بوسواس التلوّث، وأنه أصبح ملوثا، ويتسبب في تلوّث غيره، ينتابه القلق والضيق بسبب ذلك. ومن أجل خفض الشعور بالقلق والضيق الذي أصابه، يغسل يديه مرات كثيرة في اليوم، كلما لمس شيئا يعتقد أنه ملوث، حتى تصاب يديه بالجروح ويتسلخ جلده ويصبح مهترئا. وأكثر أنواع القهر شيوعا هي: الاغتسال والتنظيف، العد، المراجعة والتأكيد، تكرار الأفعال، الترتيب. (شلدون كاشدان، ١٩٧٢، ٦٢ . ٦٣) (داليا محمد مؤمن، وائل محمد أبو هندي، ٢٠٠٦، ٤٧٦ . ٤٧٧).

ويتضمن القهر سلوكا ظاهرا وأنشطة قهرية، وحاجة مرضية للقيام باندفاع معين غير معقول أو تافه أو غير ذي هدف، كغسل اليدين مئة مرة كل يوم، أو عد الأشياء، أو المراجعة، أو تغيير الملابس أكثر من مرة في اليوم. (أحمد محمد عبد الخالق، عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ١٩٩٥، ٢). ورغم أن الأفعال القهرية استجابات للوسواس، وتهدف إلى منع القلق والضيق، أو التقليل منهما، إلا أن هذه الأفعال ليست متعلقة بطريقة واقعية بما يفترض أنها تمنعه. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٦٤).

وهناك مشكلتان ترتبطان بأنماط الأفعال القهرية والسلوك التجنبي وأنماط السلوك التعويضي.

وتبدو المشكلة الأولى في أن محاولة المريض عدم التفكير في شيء ما يجعله يفكر في هذا الشيء مضطرا أو مجبرا. بمعنى آخر، كلما حاول المريض تجنب التفكير في الأفكار الوسواسية التي يعاني منها، ألحت عليه وعاود التفكير فيها مرات عديدة.

أما المشكلة الثانية، فتتمثل في أن الراحة النفسية التي تسببها له الأفعال القهرية، استجابة لضغط الأفكار الوسواسية، تعد فقط راحة مؤقتة لا تدوم إلا مدة قصيرة جدا. ولأن الأفكار الوسواسية ذات طبيعة ملحة ومعاودة ومتكررة، فإن الأفعال القهرية، كعمليات تخفيف وتعويض وراحة، ستتكرر باستمرار، ومن ثم فهي دائرة تغذي بعضها بعضا ولا تنتهي (عمليات الدائرة المرضية المفرغة) والنتيجة النهائية هي المعاناة من اضطراب الوسواس القهري. (ستيفن ج. هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٦) (شلدون كاشدان، ١٩٧٢، ٦٤).

ويعد اضطراب الوسواس والأفعال القهرية من بين اضطرابات القلق. فقد ورد في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع ١٩٩٤، ضمن الفئات الفرعية العشر لاضطرابات القلق، كما يلي: (١) اضطراب الهلع. (٢) الخوف من الأماكن المتسعة. (٣) مخاوف محددة. (٤) المخاوف الاجتماعية. (٥) اضطراب الوسواس القهري. (٦) اضطراب الضغوط التالية للصدمة. (٧) اضطراب الضغوط الحادة. (٨) اضطراب القلق العام. (٩) اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية معينة. (١٠) اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣).

وفيما يأتي تعريفات أخرى للوسواس القهري، تتضمن محكات،

١. أفكار أو نزعات متكررة، بصورة مستمرة، يشعر صاحبها بأنها دخيلة عليه، ولا معنى لها، ومضیعة للوقت، أو التي تعوق نظامه اليومي، أو علاقاته الاجتماعية.
٢. فشل محاولات تجاهلها، أو السيطرة عليها، أو تحييدها، باستعمال أفكار أو أفعال أخرى.
٣. الاعتراف بأن الأفكار الوسواسية صادرة عنه.
٤. أنواع من السلوك المتكرر، والمتعمد، استجابة للأفكار الوسواسية، أو استجابة لقواعد شاذة.

٥. سلوك متكرر ومبالغ فيه، يهدف إلى تحييد، أو منع الإزعاج، أو موقف رهيب، يخشى المريض حدوثه، مع عدم ارتباط السلوك بصورة واقعية بما يهدف إلى منعه، أو تحييده.
٦. أن يدرك المريض أن السلوك التكراري، مبالغ فيه، وغير معقول. (أرثر ي. جونجسما، ل. مارك بيترسون، ١٩٩٧، ١١٢ - ١١٣).

التفسير السلوكي للوساوس والأفعال القهرية.

تفسر النظرية السلوكية الوساس والأفعال القهرية باعتبارها أحد أنماط السلوك اللاسوي، الذي ينشأ نتيجة للتعلم. فالفرد قد يتعلم خلال خبرات الحياة التي يمر بها الألم والخوف والأذى، الذي يجعله قلقا ومتوترا ومتألما. وقد يتعلم أيضا القيام بسلوك معين يؤدي إلى خفض ذلك القلق والتوتر والألم. ولأن هذا السلوك أدى إلى إزالة القلق والتوتر والألم، فإنه يتعزز ويصير بعد ذلك ثابتا وقويا ومتكررا. ومن ثم ينشأ السلوك القهري الذي يخفض القلق، ويصبح عادة لدى الفرد، يؤديه مرارًا ومرات ليخفض من قلقه وتوتره وألمه. وهناك العديد من الأدلة على أن معظم الحالات التي يعاني أفرادها من الوساس والأفعال القهرية، ينخفض لديهم القلق والتوتر الناتج عن الوساس عن طريق القيام بالفعل القهري. (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢، ٢١٠).

وبلغة نظريات التعلم، أقول: إن النموذج السلوكي يؤكد على دور الارتباط الشرطي في اكتساب الوساس والأفعال القهرية، والاحتفاظ بها كأفكار وأفعال وعادات تم تعلمها بالممارسة والتعزيز. ويمكن تفسير ذلك كما يلي،

- ١) وفقا للارتباط الشرطي الاستجابي (بافلوف) تقتحم الوساس العقل.
- ٢) فيشعر المرضى بقلق وخوف وتوتر طوال الوقت الذي تقتحم فيه هذه الوساس عقولهم.
- ٣) فيرتبط لديهم القلق والخوف والتوتر شرطيا بالوساس.
- ٤) فيحاولون مواجهتها بالعمل على تجنب التفكير فيها.

٥) وأحيانا يقومون بتصرفات محددة كمحاولة منهم لخفض أو تقليل حدة الشعور بالقلق والخوف والتوتر التي يعانون منها. إن وساوس التلوث تدفع قهريا إلى الاغتسال، أو إلى تجنب المواقف التي تثير هذه الوسواس. وينتج عن هذه الأفعال القهرية بصفة عامة، انخفاض مؤقت في حدة القلق والضيق، الأمر الذي من شأنه بعد ذلك أن يعزز السلوك المرضي (الأفعال القهرية) وفقا للارتباط الشرطي الإجرائي (سكينر).

أي أن الفكرة الوسواسية تسبب الشعور بالخوف والقلق، والقيام بالفعل القهري يخفف من حدة الشعور بالخوف والقلق، مما يعززه فيتكرر، وفق الارتباط الشرطي الإجرائي، لدى سكينر. وتم إبداع العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري لتفكيك هذه الارتباطات الشرطية بين المنبئات والاستجابات الشرطية.

وساوس التلوث وقهر الاغتسال والتنظيف (حالات نموذجية).

يرتبط التنظيف القهري غالبا بالمخاوف غير المعقولة من التلوث، وفي هذا الخصوص فإنه يحتمل تشابها كبيرا بين مخاوف شاذة Phobias معينة. وهناك ملامح سلبية وأخرى إيجابية في التنظيف القهري، فالمرضى بالتنظيف القهري يسلكون طريقا يتجنبون فيه الاتصال بالقاذورات والجراثيم وغيرها من المصادر الأخرى للتلوث، وعندما يعتقدون أنهم قد اتصلوا بمصدر من مصادر التلوث، فإنهم ينشغلون عندئذ بسلوك مرتبط بطقوس النظافة، كغسل أيديهم، والاغتسال، وتنظيف المطبخ وأوانيهم... وهكذا. وتتضمن هذه الأفعال القهرية، بشكل نمطي، عددا كبيرا من التكرارات.

وقد يغسل بعض الناس أيديهم في اليوم الواحد خمسين مرة، ويستغرقون دقائق كثيرة في حك أيديهم وغسلها حتى الكوع بالمنظفات الصناعية القوية، في حين يغتسل آخرون ساعتين أو ثلاث ساعات، فيغسلون كل جزء من أجسامهم بترتيب ثابت، ويحتاجون إلى تكرار حركة الحك عددا محددًا من المرات. (Oltmanns & Emery, 1995) في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٧٩).

وفيما يلي حالات نموذجية لعرض الغسل القهري.

١. جين Jane، فتاة عذراء في ٢٣ من عمرها، موظفة في بنك، ظلت مدة خمس سنوات قلقة ومنشغلة بفكرة أنها يمكن أن تصير حاملا بسبب ممارستها للعناق والقبلات، بالرغم من أنها عذراء. لقد صارت جين خائفة أن تدخل دورة المياه بعد أن يدخلها صديقها مخافة أن تصير حاملا منه. إضافة إلى أنها ظلت مدة ثمانية عشر شهرا تخاف من أن تتحوّل خائفة إلى صغيرة في أصبعها إلى سرطان، فكانت تتجنب أي أشياء أو مواد قد تجعلها ملوثة بجراثيم السرطان، وكانت تخشى من أن تنتقل مثل هذه الجراثيم إلى أسرتها عن طريق أصبعها، وبدأت "جين" تغسل كثيرا جدا، فكانت تغسل يديها ١٢٥ مرة كل يوم، مستعملة ثلاث قطع من الصابون كل يوم، وتغتسل مرة في اليوم مدتها ثلاث ساعات، وتغسل شعرها بشكل متكرر خوفا من التلوث بجراثيم مسببة للسرطان، ولأن السرطان يمكن أن يستغرق وقتا طويلا حتى يظهر، فإن "جين" كانت تشعر أنها لا يمكن أن تتأكد من أنها آمنة تماما. (Marks, 1987). (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٧٩ . ٨٠).

٢. دورين Doreen، سيدة، كانت تغسل يديها مئة مرة في اليوم، حتى صارتا مسلوخة جلداهما وداميتين، وكانت تتفق مبلغا كبيرا من المال لتشتري الكمية الضخمة من الصابون الذي تستعمله، ومن ثم قامت بسرقة الصابون من محل تجاري، وعندما قبضت عليها الشرطة لم تستطع أن تسجل بصمات أصابعها، لأن البصمات ضاعت بسبب كثرة الغسل.

٣. يعتمد كثير من المرضى إلى تقييد مناطق تحركهم بسبب الخوف من التلوث أو من الضرر والأذى، فيبقون في أماكن قليلة آمنة، فقد يستعمل الواحد منهم حجرة واحدة أو حجرتين من منزله، أما بقية الحجرات فيغلقها سنين طويلة لأنها تبدو ملوثة. وقد ينتقل المرضى من منزل إلى آخر كل أشهر قليلة لأن كلا منها يبدو أنه صار قذرا، ويسبب هذا الانتقال تشتيتا ومشكلات مالية.

٤. امتنع أحد المرضى تماما عن استعمال دورة المياه في منزله لأنها ملوثة، وبدلا من ذلك كان يركب سيارته ويقودها إلى مكان آمن يستطيع أن يقضي فيه حاجته، كما كان لا

يطبق الجنس، لأنه يبدو عملية قذرة، وكان يستحيل عليه أن يصافح أي شخص خوفا من التلوث. ومرضى آخرون يرمون ملابسهم ويتخلصون منها بعد لبسها مرة أو مرتين فقط، لأنهم يشعرون بأنها صارت قذرة. (Marks, 1987 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٨٠).

٥. هناك امرأة كانت تغطي مقابض الأبواب في منزلها بقطع من الورق لتحتفظها من التلوث. وحالة أخرى كانت تغسل يديها مرات ومرات حتى صار جلد يديها أحمر متسلخا. وكانت تلبس قفازات دائما، وذلك حتى تحمي نفسها من الجراثيم الموجودة في الأشياء التي لمسها الآخرون. (Kisker, 1977 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٨٠ . ٨١).

٦. من الواضح إذن، أن الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة ترتبط عادة بالخوف من التلوث، فيخاف المرضى من أنهم قد يصيرون ملوثين، ومن ثم ينظفون منازلهم وأنفسهم وأطفالهم. وكلما لمس هؤلاء المرضى أي شيء يمكن أن يكون ملوثا (مثل: مقبض الباب، الناس الآخرين، أو الطعام)، يجب أن يغسلوا أيديهم وأذرعهم، وغالبا ما يكون ذلك لمدة دقائق كثيرة، أو يغتسلون، وقد تثير الأفكار وحدها لدى بعض المرضى قهر الاغتسال والنظافة. (Emmelkamp, 1987 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٨١).

٧. ومهما كان الشيء الذي يلمسه المريض، فإنه واثق من أن مجرد اللمس يجعل يديه ملوثتين، وحيث أنه ليس في قدرته تجنب لمس الأشياء إلا قليلا، فإنه يتعين عليه أن يكرر غسل يديه، وبما أن كل شيء هو مصدر ممكن للتلوث، فإن المريض يمكن أن يفزع إلى طرق معقدة، ويلجأ إلى وسائل متعبة لتجنب لمس الأشياء. فقد يفتح الأبواب بمرفقه، أو يمسك الأشياء بققاز، أو بأي شيء يغطي به يديه. وكان أحد المرضى (مسيحي الديانة) يغسل كل يوم سبت المقعد الخشبي الذي يتوقع أن يجلس عليه في اليوم التالي في الكنيسة. ونتيجة لهذا التوتر والانشغال وغسل اليدين الذي لا يمكن مقاومته، يمكن أن تدمر قدرة الشخص على أن يشغل عملا يكتسب منه. (Kolb, 1970 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٨١).

الصورة العيادية لوساوس قهري "فئة التلوث والنظافة".

أورد فيما يلي بعض الأوصاف العيادية للوساوس القهري فئة التلوث والنظافة:

١. المعاناة من المخاوف الوسواسية والأفعال القهرية.
٢. ضعف مقاومة الوسواس والأفعال القهرية.
٣. الخوف من ارتكاب الأخطاء أو نسيان الأشياء أو الإضرار بالآخرين بدنيا ومعنويا.
٤. الخوف من التلوث بجراثيم غير محددة، ونقل هذا التلوث إلى الآخرين، مما يسبب مرضهم وموتهم، وبالتالي تحمل المسؤولية في موتهم.
٥. (ممرضة عمليات جراحية). تقلق من تلوث حجرة العمليات أثناء إجراء العمليات الجراحية وأن يؤدي هذا إلى عواقب وخيمة للمريض.
٦. فقدان القدرة على العمل بسبب أعراض مرض الوسواس القهري.
٧. قضاء جزء كبير من الوقت في غسل البدن أو أعضاء منه، وتنظيف الملابس والأواني والبيت والأشياء المحيطة، وفي بعض الأحيان يتكرر هذا السلوك بشكل نمطي.
٨. تجنب التعامل مع أي شيء يحتمل أن يكون حاملا لجراثيم كدورات المياه ومنتجات غذائية معينة والمستشفيات.
٩. تجنب التعامل مع بقية الناس وخاصة الأطفال، خوفا من نقل الجراثيم إليهم. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٧٢) (دافيد س. ريجز، إيدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٧٦).

العلاج السلوكي

بينت الدراسات المنظمة في إطار العلاج السلوكي، أن المرضى بالوسواس القهري يكشفون عن جوانب الاضطراب التالية: المستوى الفزيولوجي العام للتنبية Arousal (كما يقاس باستجابة الجلد الجلفانية GSR) مرتفعة جدا، فعندما يعتقد المرضى، كما في حالة قهر النظافة، أنهم لمسوا جراثيم أو أوساخا، فإن مستوى التنبية يرتفع، ويزداد تبعا لذلك قلق المريض، بسبب خوفه من الإصابة بعدوى. وفي هذه الحالة، يبحث المريض عن مهرب أو طريقة يدفع بها عن نفسه هذا الخوف، فينخرط في طقوس الاغتسال والتنظيف، وفي أثناء ذلك ينخفض

تماما كل من التنبيه الفزيولوجي والقلق لدى المريض، ويشعر بأنه في حالة أفضل. وإذا ما أعيق سلوك الاغتسال والتنظيف، أو إذا قوطعت طقوس الاغتسال، فإن القلق ومستوى التنبيه الفزيولوجي لا يرتفعان، وبدلا من ذلك فإنهما ينخفضان، إلا أن هذا الانخفاض يكون بطيئا جدا. وإذا لم يجد المرضى مهرا في طقوس الاغتسال، فإنهم يظلون في حالة من عدم السرور تستمر مدة طويلة. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٤).

هذه المعلومة الصغيرة والدقيقة في نفس الوقت، ساعدت على رسم خطط علاجية تعتمد على افتراض مفاده، أن طقوس الاغتسال تعد إحدى طرق السلوك الهروبي (التجنبي)، حيث يبحث المريض، بأسرع ما يمكن، عن الهروب من حالة التنبيه الفزيولوجي غير السارة. كما يعرف اختصاصيو علم النفس الآن، أنه في مثل هذه الحالات، يمكن تحقيق أسرع النتائج وأدومها بأن يقاد المريض، بشكل متكرر ولفترات طويلة من الزمن، إلى موقف محدث للقلق، ويمنع كل سلوك هروبي حتى يتلاشى القلق. وكلما زادت فترات مواجهة المريض لمواقف محدثة للقلق، دون زوالها، زاد انخفاض مستوى التنبيه الفزيولوجي، وأسرع هبوط القلق، وصار السلوك القهري غير ضروري. وأثبتت بحوث "فوا وزملاءها Foa & al"، أن معدل الشفاء نتيجة هذا الإجراء التدريبي الذي يعتمد على هذا المبدأ الأساسي، لا بأس به. (Florin & Figenbaum, 1992 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٤).

ويعتمد العلاج السلوكي على مبادئ التعلم، (وخاصة مبدئي الارتباط الشرطي والتعزيز) التي ترى أن الأمراض العصابية (القلق المعمم) تعتبر تعلمًا لعادات سيئة غير مرغوب فيها. ويسعى العلاج السلوكي إلى إطفائها أو كفها، وتكوين استجابات شرطية بديلة حسنة ومرغوب فيها. ويستعمل العلاج السلوكي فنيات، مثل: الاسترخاء Relaxation والكف المتبادل (الكف بالنقيض) بواسطة خفض الحساسية المنظم Reciprocal inhibition throphpt systematic desensitization والإشراف الفعال Operant conditioning والعلاج بالتغير Aversion therapy والإغراق أو الغمر Flooding وإيقاف الأفكار Thought stopping. ويهتم العلاج السلوكي بمشكلة المريض، كما تظهر حاليا من حيث كيف تبدو الأعراض How ولا يهتم بالسبب وراء الأعراض Why، كما يفعل التحليل النفسي. أي أن

السلوكيين لا يهتمون بالأحداث الماضية في الطفولة التي يفترض أنها هي وراء المرض، وإذا حدث أن اهتموا بالأحداث الماضية، فهو من أجل معرفة ظروف التعلم السابقة لسلوك الوسواس والأفعال القهرية. (محمد أحمد محمد إبراهيم سعفان، ١٩٩٨، ١٤٥).

ووفقاً للأسس السابقة، تم إبداع العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس والأفعال القهرية لتفكيك هذه الارتباطات الشرطية بين المثيرات والاستجابات الشرطية. وهو يتكوّن من أسلوبين علاجيين هما:

(١) التعرض المباشر للأفكار الوسواسية المخيفة Feared thoughts.

(٢) منع استجابات التجنب والأفعال القهرية المعتادة أو منع إحداها. (ستيفن ج. هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٦).

ويعرّف أسلوب العلاج السلوكي للوسواس والأفعال القهرية باسم: "التعرض ومنع الاستجابة". وأشارت تقارير العلاج السلوكي إلى أن فكتور ميير Victor Meyer، هو أول من نشر تقريراً عن استعمال هذه الطريقة عام ١٩٦٦ عن مريضين تم علاجهما بنجاح بأسلوب التعرض للمثيرات الوسواسية، ومنع حازم للأفعال القهرية. (دافيد س. ريجز، إيدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥١٢).

وهي طريقة يتم تنفيذها في الواقع الحي In vivo، أي طريقة مباشرة بدعوة المريض إلى أن يواجه المواقف المرهوبة في الواقع، وبغير الاستعانة بالخيال. وقد وصف ميير عام ١٩٦٦ هذه الطريقة، لكن تحت عنوان آخر، هو "تعديل التوقعات"، في علاج مريضين من الطقوس القهرية. فقد تم إقناعهما على الاتصال أو الإمساك بالموضوعات الفعلية (التعرض) التي تبعث القلق والأفعال القهرية، مع منعهم من القيام بالأفعال القهرية. (حسام الدين عزب، ١٩٨١، ٢١٤).

فنية التعرض أو المواجهة

أصل فنية التعرض أو المواجهة.

يعتقد الكثير من المصابين بالقلق الحاد أو المزمن، أن قلقهم في مستوى مرتفع. لكن القلق يحدث عادة ضمن مستويات ارتفاع وهبوط. فإذا تأكد المريض بالقلق أن له بداية منخفضة وقمة مرتفعة، ثم يبدأ في الانخفاض والتلاشي، فإن المريض يصير أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر. فمثلاً، قد يتعين على المريض أن يصمد في موقف اجتماعي إلى أن تمر موجة القلق وتنتهي، وهي طريقة شبيهة بالأسلوب المتبع في زيادة مستوى تحمل القلق من خلال علاج مريض رهاب الخلاء بتعريضه (أو مواجهته) للموقف الذي يستثير لديه القلق. ويكلف المريض بأن يعرض نفسه لخبرة تتزايد في مدة استئثارها للقلق، دون أن يلجأ إلى سند، مثل قرص دواء، أو القيام بمكالمة هاتفية، أو الهرب من الموقف المثير للقلق. ويجد أنه يستطيع فعلاً أن يبقى في هذه المواقف مدة أطول دون زيادة في المعاناة أو القلق. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٠، ٢٤١ . ٢٤٢).

ويصف مصطلح العلاج بالتعرض Exposure Therapy فنية من فنيات العلاج السلوكي، تقوم على صقل مجموعة من الإجراءات المعروفة أصلاً بالغمر Flooding أو التفجير الانفعالي Implosion. وتعود جذور العلاج بالتعرض أو المواجهة إلى ماسرمان Masserman عام ١٩٤٣، الذي درس ردود فعل القلق والسلوك التجنبي لدى القطط. وتضمنت دراساته إحداث "سلوك عصابي" لدى القطط من خلال توجيه الصدمة لها تحت ظروف بيئية معينة. واكتشف لاحقاً أن السلوك التجنبي يمكن إطفأؤه لدى القطط، إذا أُجبرت على البقاء في الموقف الذي تلقت فيه الصدمة سابقاً (أي عندما لم يكن الهروب أو التجنب ممكناً). (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٣٢).

وضع ماسرمان القطط في أقفاص ودرّبها على أن ترفع مزلاجاً يؤدي إلى صوت جرس متبوع بحضور الطعام الذي يسقط داخل القفص، وبعد أن يتدرب القطط على ذلك، يحدث أن يتعرض بعد ذلك إلى عصفه هواء قوية (نفحة هواء) ومفاجئة، في اللحظة التي يتناول فيها

الطعام. وهذا ما كان يؤدي إلى استجابات قوية من الخوف والقلق. وكانت النتيجة أن رفض القط تناول الطعام، حتى في حالات الجوع الشديدة، وأن درجة القلق والخوف استطاعت أن توقف إشباع الحاجة إلى الطعام. وبعد ذلك قام ماسرمان بإرغام القط على الاقتراب من تناول الطعام في الوقت الذي هو يتجنبه. وتمكن ماسرمان من إيجاد عدد من الحالات الوجدانية المضادة للقلق والخوف، واعتمد على تمرير اليد على شعر القط والربت على كتفه وإطعامه باليد. وتدرجيا تمكنت القطط المجرب عليها من تناول الطعام داخل القفص الذي كانوا يتعرضون فيه إلى العصفة القوية من الهواء. يلاحظ أن عملية إعادة تدريب القطط على تناول الطعام ثانية داخل الأقفاص، كان يتم بعناية وببطء، وإلا فإن القط سيعود إلى حالة من عدم الاستقرار الانفعالي والخوف ثانية. (هارولد ريجنالد بيتش، ١٩٩٢، ٤٨).

وكانت هذه النتائج أساسا لتطوير معالجات القلق عند الإنسان. وهناك من الأدلة التجريبية ما يدعم فعالية المعالجات بالتعرض في علاج المخاوف ذات المثيرات المحدودة، واضطرابات الهلع أو الفزع، والرهاب من الأماكن الفسيحة، والرهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري. (Chambless & others, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Emmelkamp, 1994, 2004 في: تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٣٢، ٦٣٣).

ويقترح الباحثون خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالتعرض لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض:

١. أن يكون التعرض لمدة طويلة وليس لمدة قصيرة.
٢. أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف والقلق.
٣. أن يكون التعرض تدرجيا، يبدأ من مثيرات منخفضة للقلق، وتتدرج صعودا إلى مثيرات مرتفعة القلق.
٤. أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكثر قدر ممكن.

٥. أن يثير التعرض مشاعر القلق.

ومثله مثل العلاجات السلوكية الأخرى، يمكن استعمال العلاج بالتعرض بوصفه علاجاً مستقلاً، أو كجزء من علاج متعدد النماذج. فعلى سبيل المثال، يصف بارلو، سيرني Barlow & Cerny, 1988 معالجة نفسية لاضطراب الهلع، شملت: الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، والتعرض. (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٣٣).

أهمية التعرض.

تساعد أساليب علاجية أخرى، دوائية، خاصة، على التحسن من مرض الوسواس القهري، ومن أمراض الخوف والقلق، بصفة عامة، لكن الكثير من الباحثين لاحظوا أن أعظم التحسن في التغلب على مشاعر القلق والخوف، حدث بفضل تعرض المريض للمثيرات المسببة للقلق والخوف في الحياة الواقعية. وصار شعار العلاج بالتعرض أو بالمواجهة؛ التصرف الفعلي، التصرف الحقيقي المباشر الشديد والطويل المتكرر الذي لا مهرب منه. وكانت النتيجة أن مخاوف مرضية كثيرة من النوع الذي كان يستغرق شهوراً للتغلب عليه (كالوساوس)، صار مسيطراً عليه في مدة زمنية قصيرة. فالتعرض أو المواجهة، هو العلاج المختار لشخص مصاب بخوف مرضي، صعب عليه التغلب عليه. وهناك عيب وحيد في أسلوب التعرض للمثير المخيف، وهو أن بعض المرضى في بعض الحالات قد يسيطر عليهم الخوف فلا يتعاونون مع المعالج في استعمال أسلوب التعرض. وفي مثل هذه الحالات، لا بد من استعمال التعرض بالتدرج البطيء المتأني. وقد يساعد التدريب على الاسترخاء في زيادة الدافعية واكتساب الشعور بالسيطرة على الذات وسط مواقف الشعور بالخطر. (دافيد ف. شيهان، ١٩٨٨، ١٩٣، ١٩٤).

تعريف التعرض وكيف يمارس.

يعني التعرض وضع المريض في المواقف التي تثير لديه الوسواس بقوة، بحيث يكون من الصعب عليه مقاومتها. فمثلاً، الفرد الذي لديه وساوس القذارة والتلوث، إذا لمس شيئاً متسخاً، يتم تعريضه للأشياء الوسخة والقذرة ولمسها عمداً. والفرد الذي لديه وساوس المراجعة

والتأكد فيما يتعلق بالرسائل، وملء الشيكات، وغلقت الأبواب والنوافذ وغيرها، يتم تعريضه لكتابة الرسائل ووضعها في الظرف وغلقتها، أو يتم تعريضه كذلك لملء الشيكات، وغلقت الأبواب والنوافذ... وهكذا. (Barlow & durand, 1995) في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، (٣٢٨).

ويتكون البرنامج العلاجي من تعرض طويل متكرر (من ٤٥ دقيقة إلى ساعتين) للمرضى لمواقف تثير عدم الارتياح، مع تعليمات مشددة بالامتناع عن ممارسة الفعل القهري طول مدة العلاج، بصرف النظر عن الدافع لذلك. وعادة ما يكون التعرض متدرجا فتأتي المثيرات التي تسبب شعورا متوسطا بالكرب قبل المثيرات الأكثر إزعاجا، وتشتمل جلسات العلاج نمطيا على تعرض حي وتخيلي للمثيرات المرتبطة بالتهديد، ويوجه المرضى إلى ممارسة تدريبات إضافية على التعرض بين جلسات العلاج. (دافيد س. ريجز، إينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩٠).

وقارنت إينا فوا وآخرون E. Foa & others, 1980، تأثير الجمع بين التعرض الحي In vivo (الواقعي) والتعرض التخيلي imaginary exposure مقابل التعرض الحي فقط، وشمل كل من الأسلوبين تعليمات منع الاستجابة. وعلى الرغم من عدم ظهور فروق بين العلاجين، فقد ظهر أن العلاج الذي يجمع بين التعرض الحي والعرض التخيلي كان متوقفا في الحفاظ على المكاسب العلاجية، إلا أن فحص نتائج علاج المرضى دلت على أن بعض المرضى الذين عولجوا بالتعرض الحي فقط، انتكسوا دون الآخرين. ومن المحتمل أن المرضى الذين لديهم القدرة على الوصول إلى جميع عناصر شبكة الخوف لديهم (بما في ذلك النتائج المخيفة) أثناء التعرض الحي، لا يحتاجون إلى إضافة تعرض تخيلي، لكن الأفراد الذين يميلون إلى أن يتجنبوا معرفيا مواجهة الكوارث المثيرة لمخاوفهم، يحتاجون إلى تعرض تخيلي، إضافة إلى التعرض الحي. (دافيد س. ريجز، إينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩١).

ويشير هودجسون، راخمان، ماركس Hodgson, Rachman & Marks, 1972، إلى أنه في معظم الحالات، لا يختلف الأمر بين تقديم الموضوع المثير للقلق تدريجيا، بأن

تتم البداية بأقل المنبهات إثارة للكدر في الموقف، مع التقدم إلى أشدها إثارة للكدر، أو تقديم الموضوع المثير للكدر في أعلى درجاته، منذ بداية العلاج. وعلى الرغم من ذلك، فإن الملاحظات العيادية، توحى بأن المرضى يكونون أكثر تقبلاً لبرنامج العلاج الذي يواجهون فيه المواقف المخيفة بالتدرج. ولذلك يتم استعمال تدرج هرمي من خمس أو ست خطوات في برنامج العلاج المتبع. ويحقق هذا، فيما يبدو، توازناً مقبولاً بين رغبة المريض في التعرض المتدرج، والحاجة للتعرض المتكرر (حوالي ١٠ جلسات) لأكثر المواقف استثارة للقلق. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩١).

ورغم أن كلا من راخمان، ماركس، هودجسون، Rachman, Marks & Hodgson, 1973، يرون أن تقديم نموذج لتمارين التعرض، لا يزيد من كفاءة التعرض، إلا أن بعض المرضى تزداد رغبتهم في أداء تدريبات التعرض، إذا قدم المعالج نموذجاً له. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩١).

قارنت دراستان؛ إمليكامب، فان كرانين Emmelkamp & Van Kraanen, 1977، ماركس وآخرون Marks & others, 1988 بين التعرض بمساعدة المعالج (التعرض بالمشاركة) والتعرض الذاتي. حيث قارنت الدراسة الأولى بين مجموعتين من مرضى الوسواس القهري، تلقوا عشر جلسات من التعرض الحي، قام بها المعالج مع مجموعة، وقام أفراد المجموعة الأخرى بأداء التعرض بأنفسهم، وفي كلتا المجموعتين وضع المعالج تدرجاً لعناصر التعرض، لكن المرضى هم الذين حددوا سرعة تعاملهم مع هذا التدرج، ولم تظهر فروق بين المجموعتين بعد العلاج مباشرة. وقارنت الدراسة الثانية بين المرضى الذين عولجوا بالكوميبيرامين Clomipramine والتعرض الذاتي، والذين عولجوا بالكوميبيرامين فقط والتعرض بتوجيه المعالج. فأعطى التعرض بتوجيه المعالج نتائج أفضل، لكن هذا الفرق اختفى في المتابعة في أول سنة. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩١ - ٤٩٢).

ووجد أن فترات التعرض الطويلة أكثر فعالية من التعرض القصير المتقطع. (Rabavilas, Boulougouris & Sterfanis, 1976). ولم تُجرَ بحوث لاختبار مدة

التعرض، إلا أن الملاحظات العيادية توحى بأن الشعور بعدم الارتياح لدى مرضى الوسواس القهري، يبدأ في التبدد بعد حوالي ٣٠ دقيقة، ويستمر لمدة ٩٠ دقيقة (Foa & Chambless, 1976; Rachman, De Silva & Roper, 1978). ومن المهم ألا تنتهي جلسة التعرض، طالما مستوى الشعور بالكرب لدى المريض لا يزال مرتفعا، ولذلك يجب أن تستمر جلسة التعرض لمدة ٤٥ دقيقة على الأقل. (دافيد س. ريجز، إدا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩٢).

ومن الواضح، أن أساليب التعرض لها فعاليتها في تحسين أعراض الوسواس القهري. وعندما قورنت تباينات من برامج التعرض مع بعضها، لم تظهر أي فروق باستثناء مدة التعرض؛ فالتعرض الطويل يعطي نتائج أفضل من التعرض لمدة قصيرة. ولم تُجرَ بحوث تجريبية بَعْدُ على عدد مرات تكرار جلسات التعرض لمرضى الوسواس القهري، وتشير تقارير الملاحظة العيادية إلى أنه يفضل تكرار الجلسات يوميا، إلا أنه يكفي جلستان أو ثلاث أسبوعيا للحالات الخفيفة؛ خاصة المصحوبة بطقوس قليلة. (دافيد س. ريجز، إدا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩٢).

ويكون التعرض عادة بشكل تدريجي، فالمواقف التي تثير ضيقا متوسطا يواجهها المريض قبل المواقف التي تثير قدرا كبيرا من الضيق، ويتم تحديد تمارين التعرض التي تحدث بين الجلسات العلاجية. كما يطلب من المرضى أيضا أن يمتنعوا عن القيام بالسلوك القهري بين الجلسات. (Foa & others, 1998 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٦).

ويتم إنجاز التعرض عادة بالعمل قريبا من المريض لنرى أنه لا يقوم بعملية اغتسال ولا مراجعة. لكن الحالات الشديدة من المرضى، يمكن أن تدخل إلى المستشفى وتنتزع المقابض من أحواض الغسيل في دورات المياه لفترة من الزمن لمساعدة المريض على الإحجام عن الاغتسال المتكرر. وطالما مُنعت الأفعال القهرية، فإن هذه الإجراءات يبدو أنها تسهل عملية "اختبار الواقع Reality testing"، حيث يتعلم المريض فورا، على المستوى الشعوري، أنه لن يقع ضرر أو أذى على من يحبهم المريض، سواء أقام طقوسه أم لم يقم. (Barlow & Durand, 1995 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٦).

ويساعد التعرض ومنع الاستجابة مع الأشخاص المصابين باضطراب الوسواس القهري، على أن يتعلموا تحمل القلق الذي يشعرون به، عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية، وفي النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة للتعرض المتكرر، ويشعر الفرد بإجبار أقل للقيام بالأفعال القهرية التي كان يقوم بها. ويعتقد بعض الباحثين أن مبدأ الانطفاء، أو إضعاف استجابة القلق، بعد التقديم المتكرر للمؤثرات الوسواسية، في غياب أي عواقب أو نتائج منفرة، هو الذي يكمن وراء التأثير العلاجي لهذه الطريقة.

بعض قضايا التعرض.

قد يؤدي التعرض إلى بعض الصعوبات العملية؛ فقد يقوم المريض بلمس "الجزء الآمن" من الموضوع الملوث، أو يلمسه بظهر يده فقط، وعندما يطلب من المريض أن يحمل شيئاً ملوثاً، فقد يقوم بحمله مغلفاً بقطع من القماش، مثلاً، مما يجعل ذلك الشيء غير سيء تماماً بالنسبة له. ولهذا ينبغي بذل الجهد للتأكد من حدوث تعرض كامل ومباشر للشيء الملوث. وأحياناً ما يكون اللجوء إلى إجراء مبالغ فيه مثل اللمس الكامل لداخل وخارج وعاء القمامة، مثلاً، هو الذي يضمن حدوث تعرض فعال، وحك اليدين بشدة في الأرض عدة مرات، ثم حك اليدين الملوثتين في الوجه أو في الشعر أو في الملابس، بعد ذلك. واستعمال النمذجة هنا لا قيمة له. والشيء الهام هو أن تمرينات التعرض ستؤدي إلى درجة كبيرة من عدم الراحة، ومستوى عال وواضح من الإلحاح للسلوك القهري. وينبغي ملاحظة ألا تصير العملية تعرضاً بالاسم فقط.

وينبغي أن تكون تمرينات التعرض متنوعة، فقد تكون تعرضاً للمنبه لفترة محددة (مثال ذلك جعل المريض يلمس حيواناً يعتبره ملوثاً). أو قد تكون مستمرة (يجعل المريض يحمل لفافة صغيرة من شعر كلب في جيبه طوال الوقت). ومن الممكن تعرض المريض لعدد من المنبهات في وقت واحد، سواء معاً أو بتتابع مباشر (مثال ذلك جعل المريض يلمس كلباً، ويحمل وعاء طعامه، ويحك طوق الكلب حكاً كاملاً بملابسه، ويستخدم هاتفاً عمومياً، ويمسك نقوداً من أيدي أشخاص آخرين). وفي برنامج مكثف لمريض لديه مجموعة من المنبهات

الصعبة والمعوّقة، فإن مثل هذا البرنامج للتعرض المتعدد مرغوب فيه. (ب. دي سيلفا، ٢٠٠٠، ٨٨، ٨٩).

إعداد قائمة لمواقف التعرض.

من الإجراءات العملية التي ينبغي القيام بها قبل التعرض، قيام المعالج، اعتمادا على المعلومات المفصلة التي يجمعها من المريض، حول وساوسه، بوضع قائمة لمواقف التعرض التي يجب أن يواجهها المريض، خلال البرنامج العلاجي. ويختار من ١٠ إلى ٢٠ موقفا تشمل المواقف الأساسية لوساوس المريض، التي تسبب له الضيق. وتكون ممثلة للصعوبات والمشكلات الرئيسية، التي تكون هدفا للعلاج. ويطلب المعالج من المريض أن يقدر درجة الضيق الناتجة عن كل موقف باستعمال مقياس يتراوح بين صفر إلى ١٠٠ وحدة.

إنجاز قائمة بمواقف التعرض.

لنفرض أن أحد المرضى بوساوس التلوث وقهر الاغتسال، ذكر كثيرا من المثيرات التي تثير لديه المخاوف الوسواسية بالتلوث، مثل الملابس الوسخة، وأواني الطبخ والأكل التي حطّ عليها الذباب، والأحذية، والقمامة، والقطط الضالة، وبقايا ماء الغسيل وغيرها. فإنه يقوم بمعية المعالج بإعداد عدة قوائم لهذه المثيرات. وأكتفي هنا بإعداد قائمة نموذجية للخوف الوسواسي من التلوث من قط ضال. ويبين الجدول رقم (٢) ترتيب المواقف المثيرة للخوف من التلوث من قط ضال وفق درجة قوة الإثارة.

ترتيب المواقف المثيرة للخوف من التلوث	درجة قوة الإثارة
اللمس باليدين لقط ضال	١٠٠
لمس قط ضال لثوب الحالة	٩٠
رؤية قط ضال في أحد حجرات المنزل	٨٠
رؤية قط ضال يدخل إلى المنزل	٧٠

٦٠	رؤية قط ضال بجوار باب المنزل
٥٠	رؤية قط ضال في الشارع
٤٠	مشاهدة من بعيد قط ضال ميت
٣٠	سماع مواء قط ضال
٢٠	أولادها يتحدثون عن قط ضال
١٠	سماع خبر عن قط ضال ميت
٠٠	قط ضال يوجد في مكان بعيد

قواعد عامة لاختيار مواقف التعرض.

وضعت إيدنا فوا E. Foa, 1996 مجموعة من القواعد يجب إتباعها لاختيار مواقف التعرض.

١. إجراء ١٥ جلسة للتعرض بواقع ساعتين لكل منها على مدى ثلاثة أسابيع.
٢. أثناء هذه الجلسات، يتم "تعرض" المريض للمواقف أو الأشياء التي يبدو أنها تفجر الوسواس لديه. فقد يطلب من المريض الذي تستحوذ عليه مسألة الأوساخ والجراثيم، مثلاً، أن يفرك ورقة جريدة على يديه ووجهه.
٣. إضافة إلى ذلك، يطلب من المريض أن يتخيل المواقف الوخيمة التي يتوقع حدوثها إذا لم ينخرط في السلوك القهري. وبهذه الطريقة، يمكن للمريض أن يبدأ في التفكير في "الكوارث" دون أن يخاف بشكل كبير.
٤. يتم فرض واجب منزلي، يشمل تكرار خبرات التعرض هذه.

٥. وفي الوقت الذي يتم فيه التعرض، يقوم المعالج بالتأكيد على عدم ظهور الأفعال القهرية التي تظهر عادة في وجه المخاوف الوسواسية. فقد لا يُسمح للمريض الذي تستحوذ

عليه مسألة الأوساخ والجراثيم، ويغسل يديه أو يستحم بشكل مفرد، مثلا، أن ينخرط في هذا السلوك. وفي مرحلة لاحقة، يتم الانتقال إلى غسل اليدين والاستحمام "الطبيعي".

٦. أخيرا، فإن مرحلة تعزيز النتائج العلاجية، تشتمل على ١٠ زيارات مكتبية أو اتصالات هاتفية، تهدف إلى تشجيع المريض على تعزيز الفوائد العلاجية. (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٣٧).

ووضع كذلك ريجز، فوا، إرشادات لاختيار مواقف التعرض، هي ما يأتي.

١. المواقف أو الأفكار التي تُختار للتعرض، تكون وفقا لتقرير المريض عن درجة إثارتها لوساوس الخوف لديه.

٢. يتم تعريض المريض لهذه المواقف تدريجيا، وفقا لتصاعدها في إثارة الوساس، بدءا من نقطة المنتصف تقريبا. فمثلا إذا كان أحد المواقف يثير لدى المريض الوساس بدرجة ١٠٠ وحدة من مشاعر الضيق (وهو ما يعادل أسوأ مستوى من القلق يمكن للمريض تصوره)، فينبغي البدء بموقف يثير الوساس بدرجة ٥٠ وحدة مثلا.

٣. يمكن أن يشمل العلاج المكثف على ١٥ جلسة تعرض خلال ثلاثة أسابيع. ويجب أن يواجه المريض أصعب المواقف قبل اليوم المحدد لنهاية العلاج بوقت كاف.

٤. بعد مواجهة أكثر المواقف صعوبة، يجب أن تتضمن جلسات التعرض التالية تكرارا للتعرض لأكثر المواقف صعوبة، مع تقديم تنوعات لهذا التدريب.

٥. إذا تم التعرف على مواقف جديدة، بعد جلسات التخطيط الأولية، فيجب أن تدرج في الجلسات التالية. ويمكن أن يلغى التعرض لموقف ما، إذا كان لا يثير ضيقا أو يثير ضيقا بدرجة قليلة.

٦. يعقد اتفاق واضح مع المريض على المواقف التي تمثل العناصر المحورية للوساس. والتزام المريض بمواجهة كل المواقف تبعا للجدول المتفق عليه مع المعالج، مع إمكان التعديل فيه وفقا للظروف. (دافيد س. ريجز، إدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥١٨ . ٥١٩).

دوام التعرض وتكراره.

بينت البحوث أن التعرض المستمر والممتد أفضل من التعرض المتقطع والقصير. وتشير الملاحظات العيادية إلى أن التعرض يجب أن يستمر حتى يصرح المريض بالتناقص في مشاعر القلق الناتج عن الوسواس. وبينت الدراسات أن التعرض المستمر لمدة تسعين دقيقة تقريباً، مطلوب لخفض القلق وإنقاص الاندفاع نحو القيام بالأفعال القهرية. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٢).

أما بالنسبة لتكرار التعرض، هل يكون يومياً، أو موزعاً على زمن أطول؟ فقد بينت الخبرات العيادية أنه إذا كانت الأعراض الوسواسية والأفعال القهرية بسيطة، والمريض مذعن للمعالج ويفهم فعلاً أهمية الواجبات المنزلية Homework. فإنه لا بأس أن يكون التعرض موزعاً على زمن أطول. أما إذا كانت الوسواس والأفعال القهرية من النوع الشديد، والمريض يبدي صعوبة في الإذعان للواجبات المنزلية الخاصة بالتعرض أو منع الاستجابة، فإنه لا بد من برنامج أكثر كثافة (جلسات يومية) لكي يتكوّن تأثير تراكمي خلال الجلسات المتكررة، فيؤدي إلى انخفاض تدريجي في الشعور بعدم الراحة وانتقاص في إلحاح الفعل القهري. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠، ب، ٩٠).

التعرض التدريجي والمفاجئ.

رغم أن نتائج العلاج بينت أنه سواء تم عرض المواقف أكثر إثارة للوسواس أم التي أقلها إثارة، فإن المكاسب العلاجية تكون واحدة، إلا أن المرضى يفضلون العرض التدريجي للمواقف الوسواسية، أي تكون البداية بالمواقف أقل إثارة ثم التي تليها حتى الوصول إلى أكثرها إثارة. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٢).

التعرض الشخصي مقابل التعرض بمساعدة المعالج ودور النمذجة.

تشير الخبرات العيادية، إلى أن المرضى يفضلون القيام بالتعرض بحضور المعالج كنموذج. وبينت البحوث أن نتائج التعرض بحضور المعالج أفضل من نتائج التعرض دون حضوره.

أشارت ماري كوفر جونز، عام ١٩٢٤، إلى أن الخوف قد أمكن خفضه عند طفل يعاني من الفوبيا بمشاهدته لطفل آخر في حالة عدم خوف في حضور الموضوع المخيف. (حسام الدين عزب، ١٩٨١، ١٥٢).

كما قدم ماسرمان Masserman, 1943، دليلاً مماثلاً، أوضح فيه أن حضور قطط غير عصابية يعمل، كنموذج/قدوة Model، على تسهيل تعلم الاستجابات التوافقية عند بعض القطط العصابية. (حسام الدين عزب، ١٩٨١، ١٥٢).

وأهم السلوكيون دور القدوة والنموذج، إلى أن قدم ألبرت باندورا A. Bandura, 1969, 1971، بحوثه عن دور الاقتداء بالنموذج في اكتساب السلوك. (حسام الدين عزب، ١٩٨١، ١٥٢، ١٥٣).

وبين أن التقليد، أو النمذجة، أو الملاحظة، تعد فنية أكثر فعالية للتعلم من مجرد الاعتماد على معاقبة الاستجابات غير المرغوبة، ومكافأة الصحيحة منها. إذ يمكن تعلم استجابات جديدة بطريقة أكثر فعالية، من خلال ملاحظة شخص آخر يقوم بها. كما يمكن لمشاهدة الآخرين أثناء تأديتهم لسلوك ما أن تساعد على إزالة أنماط المخاوف أو القلق المصاحبة له، أو التقليل منها. (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٤٦).

ولعل أكثر استعمالات النمذجة شيوعاً، تلك التي تستعمل في مجال إزالة المخاوف غير الواقعية. فالخوف المرضي والرهاب، يعتبران مجالاً جيداً لإثبات فنيات النمذجة، في مجال العلاج والبحث. وفي نمذجة المشارك، يقوم المريض بملاحظة أو بمشاهدة المعالج وهو يتعرض للمثير المخيف، يقف بجانبه أو يلمسه أو يحمله. وبعد ذلك، وأثناء المشاركة

الموجهة، يتم حث المريض على تجريب سلسلة من النشاطات المشابهة. (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٤٦). ويمكن إدخال نفس هذه الفنية في العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة لعلاج الوسواس القهري.

لكن ثورب، أولسون Thorpe & Olson, 1997، ذكروا أنه لكي يكون التعلم بالملاحظة أكثر فعالية، ينبغي توفر الشروط التالية.

١. انتباه المريض للنموذج (القدوة). وقد تساعد الحوافز على تسهيل الانتباه.
٢. تذكر المريض للمعلومات التي قدمها النموذج.
٣. يجب أن يؤدي المريض السلوك المنمذج. ومن المفيد تقليد السلوك وممارسته لتسهيل التعلم وتغيير السلوك.
٤. أخيراً، يجب أن يكون لدى المريض دافعية لاستعمال السلوك المنمذج. (تيموثي ج. ترول، ٢٠٠٧، ٦٤٧).

وصف الواجبات المنزلية.

في الجلسة الثانية أو الثالثة يصف المعالج للمريض الواجبات المنزلية Homework التي سوف يتضمنها البرنامج العلاجي، وهي عبارة عن تدريبات لتعرض إضافي للمواقف التي تثير الوسواس، تقع بين جلسات العلاج، يؤديها المريض في منزله أو في أماكن أخرى، مثل المتجر أو الطريق أو مكان العمل.

وتوصي الملاحظات العيادية، أن يراقب المريض نفسه مستوى استثارة الضيق لديه كل ١٠ دقائق أثناء التعرض المنزلي، ويستمر في التعرض، بعد ذلك، لمدة لا تقل عن ٤٥ دقيقة. لكن في بعض الأحيان لا يمكن قضاء هذا الوقت للتعرض في بعض الأماكن. فبدلاً من بقاء المريض جالساً لمدة ٤٥ دقيقة في دورة مياه لمقر عمله، أو في مطعم عمومي، كمصدر للتلوث، يمكن أن يقترح عليه المعالج بأن يلوّث مندبلاً بمسح قاعدة المراض ويحمله في جيبه. (دافيد س. ريجز، إدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥٢٠ . ٥٢١).

وتهدف الواجبات المنزلية إلى الحفاظ على المكاسب العلاجية، التي حققها المريض في الجلسات العلاجية. وجعل المريض ينقل هذه المكتسبات إلى حياته العامة، ويتحمل مسؤوليته في استمرارها.

التعرض التخيلي.

تبين من الناحية العيادية، أن التعرض التخيلي مفيد جدا للمرضى الذين تتركز مخاوفهم الوسواسية على العواقب الكارثية، ولمن لديهم مخاوف لا يسهل ترجمتها إلى تدريبات تُعْرَضُ في البيئة الفعلية. كما أن إضافة التعرض في الواقع الفعلي *In vivo*، يمكن أن يتغلب على طرق التجنب المعرفي التي يستخدمها المرضى الذين يتهربون من التفكير في عواقب التعرض، بينما يواجهون المواقف المخيفة في الواقع الفعلي. وَوُجِدَ أن إضافة التعرض التخيلي لبرنامج يتضمن التعرض ومنع الاستجابة في الواقع الفعلي، يزيد من الاحتفاظ بمكاسب العلاج على المدى الطويل، لدى مرضى الوسواس القهري. (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٤).

شاب عمره ٣٢ سنة. منشغل بالفحص والتأكد، حتى لا يؤدي الآخرين. فهو يوقف سيارته عدة مرات، خشية أن يكون قد دهس طفلاً. ويتفحص سيارته خشية أن تكون هناك حشرة ميتة فيها. فهو لا يريد أن يؤدي أي كائن حي. ويقوم بالتأكد من إقفال النوافذ والأبواب، حتى لا تتأذى عائلته بسلوك غير مسؤول. ويقوم بمراقبة ابنته البالغة من العمر ١٥ شهراً، حتى لا تصاب بأي أذى. ويتخيل دائماً أن ابنته ستسقط منه عندما يحملها ويمشي. وتستغرق منه هذه الأعمال، حوالي أربع ساعات في اليوم. وبدأ هذا السلوك لديه بعد عدة شهور من زواجه. وازداد بعد سنتين. واستمر يتقادم عندما كانت زوجته حاملاً بالطفلة الأولى. وتعرض للعلاج الذي تضمن قيامه بالتخيل لجميع مشاهد مخاوفه؛ منها: أنه نسي النافذة مفتوحة. ودخل لص وسرق مجوهرات زوجته، ولامته على ذلك كثيراً. أو أنه أسقط طفلته على أرض صلبة. لأنه لم يكن يحملها بطريقة صحيحة. وأصيبت بسبب ذلك بجروح خطيرة. واستمر في تخيل جميع المواقف التي يخاف منها أن تحدث حتى خفت تلك

الوساوس. وصار يؤدي تلك الأعمال مرة واحدة في اليوم، ويستغرق الفحص ١٠ دقائق فقط، بدلا من أربع ساعات. (حسين فالح حسين، ٢٠١٣، ٢٩).

إرشادات للتعرض للتخلي.

يتم إعداد قائمة متدرجة من أضعف مثير إلى أقوى مثير لعدم الراحة والدفع إلى ممارسة السلوك القهري، بحيث يكون كل موقف عبارة عن صورة تخيلية حية للمريض. ويتم في البداية عرض الصور التخيلية ذات الإثارة الضعيفة لعدم الراحة والنتائج المخيفة، ثم يتدرج عرض الصور التخيلية صعودا إلى أقواها إثارة. وكلما كانت الصور التخيلية جيدة في تفاصيلها، زادت فاعليتها في تحقيق النتائج المرجوة. وينبغي التأكيد على وضع أوصاف المواقف الخارجية والأفكار والصور والاستجابات الفزيولوجية في المشهد المخيف. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥١٩ . ٥٢٠).

طريقة إيقاف الأفكار.

تظهر الوسواس في نوعين، (١) ظاهرة، مثل: الوسوسة بالتلوث عند لمس أشياء يعتقد أنها وسخة، و (٢) مضمرة، مثل أن تقتحم أفكار سيئة عقل الفرد وتكرر، مثل: أنه سوف يصرع شخصا ما في الشارع، أو شعور مقتحم ومتكرر، بأنه سيجهر، وبصوت مرتفع، عن نشاطه الجنسي، أو يقول كلاما بذيئا في مكان عام. وتعالج هذه الوسواس بطريقة تسمى إيقاف الأفكار Thoughts stoping، وهو أسلوب سهل، يُدرَّب فيه المريض على وضع نهاية للأفكار غير المرغوب فيها، بواسطة أمر بسيط يصدره، ويتم ذلك بوحدة من الطريقتين.

في الحالة الأولى، يجعل المعالج المريض يجلس أو يستلقي مسترخيا، ثم يعطيه تعليمات باستحضار الأفكار غير المرغوبة، ويطلب منه أنه عندما تظهر هذه الأفكار، يرفع أصبعه للإعلان عنها، وعندما يحدث ذلك، يصيح المعالج بصوت مرتفع للغاية "توقف". ويمكن أن يرفق ذلك بصوت آخر مثل الضرب بمسطرة على طاولة أو ما شابه، ويكرر هذا الإجراء عدة مرات.

وفي الحالة التالية، يتعين على المريض أن يصدر بنفسه الأمر بالتوقف، ثم يصبح الأمر الذاتي شبه لفظي. ويوصي بعض المعالجين بإضافة منبه منفر للمريض لاستعماله في الأمر الذاتي بالتوقف، وعادة ما يستعمل شريط مطاطي يحيط بالرسغ، يتم شده وإطلاقه في كل مرة. وتتضمن الأشكال المتنوعة لاعتراض الأفكار إجراءات لتحويل الأفكار، يدرّب من خلالها المريض على طرد الأفكار غير المرغوبة وإحلال أخرى مرغوبة. كما يشجع المريض على التحكم في الأفكار من خلال تدريبه على طرد واستعادة الأفكار موضوع المشكلة كوسيلة للتوصل إلى تحكم اختياري في الأفكار الدخيلة. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠. ب، ٩٢. ٩٣) (رتشارد ستيرن، ٢٠٠٢، ٧٤).

الإشباع/ التعود.

عندما يكون أسلوب إيقاف التفكير غير فعال، يكون من الجدير أن نحاول استعمال فنية أخرى، لها أساس مختلف بشكل كلي، ومتناقض، لطريقة إيقاف التفكير، وتسمى الإشباع Satiation. وطريقتها أن ندرّب المريض على أن يواجه فكره الاجتراري الوسواسي الكريه. فيستحضر الفكرة ويتمسك بها دون أن يفقدها، وينشغل بالتعمق فيها. وتستمر إطالة التعرض للفكرة بهذه الطريقة لعدة دقائق في كل مرة. ويمكن إطالة فترة التمسك بالفكرة لساعة أو أكثر. ويشار إلى أنه ينبغي أن يتم ذلك والمريض في وضعية استرخاء. ويمكن مساعدة المريض على استحضار الفكرة بإثارته لفظيا أو تعريضه ماديا للمثير، إذا كان هناك مثل هذا المثير، أو إعادة استماع المريض لشريط مسجل بصوته، أو جعله يكرر كتابة الفكرة، لمدة ساعة، في كل جلسة. وهذه الفنيات العلاجية تصنف نظريا مع فنيات التعرض في الواقع. وتختلف فنية الإشباع الذي يستمر التعرض خلاله للفكرة حتى تصل إلى عدم القدرة على إثارة أي رد فعل عن فنية التعود Habituate الذي يتم التعرض فيه للفكرة مرات متقطعة ومتكررة. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠. ب، ٩٣). (رتشارد ستيرن، ٢٠٠٢، ٧٩).

فنية منع الاستجابة

(منع أداء السلوك القهري)

فنية منع الاستجابة والأفعال القهرية.

يستعمل أسلوب منع الاستجابة مع المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (Salkousks & Kirk, 1989). وبالنسبة لهذا الاضطراب بعينه، تكون التدخلات السلوكية جزءاً أساسياً من البرنامج العلاجي. وفي هذا الأسلوب، يعرض العميل لمثيرات قهرية، أو أفكار، ويحاول أن يقاوم إلحاح أداء هذه الأفعال القهرية، وبعد فترة من الوقت، يقل القلق بشكل مشابه لبرامج التعرض التدريجي، المقدمة للذين يعانون من المخاوف. ويتم استعمال يوميات الواجبات المنزلية لمراقبة التقدم، وفي المراحل المبكرة من العلاج، يطلب من المريض أن يطيل الوقت قبل أداء الأفعال القهرية، وأن يقلل من عدد مرات ممارسة الأفعال القهرية، فمثلاً، لو كان المريض لديه إلحاح أن يلمس شيئاً ما أربعين مرة، فيتم تشجيع المريض مبدئياً في هذه الحالة على لمسه ثلاثين مرة، ومعظم المرضى لو طلب منهم أن يتوقفوا عن اللمس تماماً، فمن المحتمل أن يجدوا ذلك صعباً جداً، وتزداد احتمالية حدوث التسرب. (بيبرني كوروين، بيتر رودل، ستيفين بالمر، ٢٠٠٨، ١٨٦، ١٨٧).

تعريف فنية منع الاستجابة.

في برنامج ماير العلاجي، كانت هيئة المستشفى تمنع المريض من تنفيذ أفعاله القهرية (مثال ذلك: أن يوقف مصدر الإمداد بالماء في غرفة المريض)، وتبعاً لذلك، فقد سميت هذه الإجراءات العلاجية بـ "منع الاستجابة"، ويسمونها آخرون: منع الأفعال القهرية. إذن، يعني منع الاستجابة، إيقاف السلوك القهري ومنع ممارسته بشكل واقعي عملي، أثناء تعرض المريض للمواقف المثيرة للوساوس. فمثلاً، الفرد الذي لديه وساوس القذارة والتلوث، إذا لمس شيئاً متسخاً، اندفع بسبب ذلك إلى ممارسة سلوك الاغتسال، مرات كثيرة، كفعل قهري، يتم منعه بحزم من تكرار الاغتسال. وتُعد فنية منع الاستجابة، أهم جوانب هذا الأسلوب من العلاج. ويتطلب إشرافاً مباشراً، ولصيغاً بالمريض، في بعض الأحيان، عندما يكون الاضطراب شديداً، والمريض يبدي عدم التعاون. (احمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٤).

تنفيذ فنية منع الاستجابة.

تنفذ فنية منع الاستجابة في حالة قهر غسل اليدين، مثلاً، بعدة طرق:

١. إما بالاغتسال تحت إشراف المعالج، فيغسل المريض يديه مرة واحدة فقط، مدتها ٣٠ ثانية.
٢. أو بإعطائه كمية من الماء قليلة تكفي للغسل مرة واحدة.
٣. أو بمنعه من استعمال كل الماء الموجود.
٤. أو بقطع الماء عنه نهائياً بعد أن يغسل بطريقة عادية.

ولا يتم المنع عن طريق التدخل الجسدي، من قبل المعالج أو الآخرين، بل من خلال تعليمات لفظية، وتشجيعات توجه إلى المريض بأن يتوقف عن القيام بالأفعال القهرية. لأن المنع جسدياً يعد أمراً استبدادياً وغير مقبول، فإن هناك اعتقاداً بأن الاعتماد على هذا الأسلوب، يمكن أن يحد من إمكان التعميم إلى مواقف تخرج عن نطاق العلاج، في حالة عدم وجود هيئة المستشفى لمنع الاستجابة. ويحتاج المريض إلى أن يتوقف إرادياً عن الأفعال القهرية،

بعد التعرض لمصدر وساوسه وفق البرنامج العلاجي. وتقترح إيدنا فوا وآخرون E. Foa & others, 1998، أنه يتعين على المعالج أن يساعد المريض في هذا العمل الصعب، فيمده بالعون والمساندة والتشجيع، ويقدم له اقتراحات عن كيفية التوقف عن تنفيذ الأفعال القهرية في مواقف معينة، ويستحيل علاج مريض رغم إرادته. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠. ب، ٨٦).

كثرة المواقف المسببة للوساوس مقابل غياب المعالج.

ولأن المرضى بوساوس التلوث وقهر الاغتسال، قد يتعرضون لمواقف تتعلق باضطرابهم الوسواسي، مرات عديدة في اليوم الواحد، خارج أوقات تنفيذ البرنامج العلاجي الذي ينفذ عادة بحضور المعالج، فإنه ينبغي على المعالج أن يحث المرضى على الامتناع عن القيام بالسلوك القهري في كل المواقف، والمراقبة الذاتية تساعد المريض على أن يمنع نفسه من القيام بالسلوك القهري. ويمكن لشخص آخر، كأحد أفراد الأسرة، مخصص لهذه المهمة، أن يساعد المريض ويشجعه على مقاومة سلوكه القهري. وكما ذكرنا في فقرات سابقة، فإن الامتناع عن القيام بالسلوك القهري (منع الاستجابة) بطريقة حازمة، دون تنازلات، هو الأساس في نجاح العملية العلاجية.

تعليمات للمريض للتعرض لوساوس التلوث ومنع الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة.

هناك مجموعة من التعليمات ينبغي توجيهها للمريض وعليه الالتزام بها، حتى تتوفر للعملية العلاجية فرص النجاح. وهي ما يلي:

١. الاستمرار في التعرض أسبوعياً للمواقف التي تثير الوسواس والخوف والقلق.
٢. عدم تجنب المواقف التي تثير الوسواس، وأن تكون هدفاً للمواجهة المتعمدة.
٣. عدم استعمال الماء بصورة عامة، إلا في الضرورة القصوى وتحت المراقبة.
٤. غسل اليدين بالصابون مرة واحدة لمدة ٣٠ ثانية عند الخروج من دورة المياه.
٥. غسل اليدين مرتين مدة كل واحدة ٣٠ ثانية قبل وبعد تناول الطعام.

٦. غسل اليدين مرة واحدة مدتها ٣٠ ثانية عند تعرضهما لوسخ حقيقي وواضح.
٧. غسل أعضاء الجسم عند وضوء الصلاة ويتم بنفس الصرامة.
٨. غسل الشعر ثلاث مرات في الأسبوع مدة كل مرة ٤ دقائق.
٩. غسل الجسم كله يتم ثلاث مرات في الأسبوع مدة كل مرة ١٠ دقائق.
١٠. لا يكون مع المريض في كل عملية غسل إلا الكمية الكافية من الماء.
١١. إبعاد كل كمية من الماء زائدة عن الحاجة من محيط المريض.
١٢. ينبغي أن يكون هناك شخص يراقب تنفيذ هذه التعليمات بصرامة.
١٣. إذا حدثت للمريض دفعة قهرية نحو الاغتسال، عليه أن يطلب من الشخص المساند البقاء معه حتى تتناقص تلك الدفعة وتختفي.
١٤. ينبغي أن يتم تسجيل تنفيذ التعليمات في سجل خاص بذلك ويقدم إلى المعالج.

عدم تقديم تنازلات للمريض.

ينبغي على المعالج أو أي شخص آخر يشارك في العملية العلاجية من أفراد الأسرة، مثلا، ألا يقدم أي تنازلات للمريض، فيما يتعلق بالبرنامج العلاجي، مهما كانت بسيطة، أو مهما ألح عليها المريض ووضعها شرطا لاستمرار تعاونه في عملية العلاج، لأن هذا أحد الأسباب الشائعة لفشل العملية العلاجية كلها.

أشار تقرير لمعالج سلوكي، أن فتاة عمرها ١٧ سنة لديها وساوس التلوث، وتغمس في الاغتسال وتنظيف نفسها بإفراط للقضاء على أي مخاوف من التلوث. وعلى الرغم من تعاونها مع المعالج في تنفيذ البرنامج العلاجي، إلا أنها كانت تعترض على قسوة ذلك البرنامج، وتطلب منحها تنازلات. ولما اضطر المعالج منحها تلك التنازلات، اعتقادا منه أنها لن تستمر في التعاون في عملية العلاج دونها. وهو السماح لها باستخدام المناديل الورقية المبللة لتنظيف يديها، حيث كان الاغتسال محرما عليها. ورغم أن ذلك أدى بشكل حسن إلى استمرار تعاونها،

إلا أنه أفسد البرنامج العلاجي بصورة حاسمة، حتى أنه أصبح مُجمّداً. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠ .ب، ٩١).

بعض قواعد منع الاستجابة لقهر الاغتسال.

من الناحية العملية، يعد منع الاستجابة أهم جوانب هذه الحزمة العلاجية. ويتطلب إشرافاً مباشراً ولصيقة بالمريض لمدة ساعتين إلى ثلاث ساعات، بل ولمدة أربع وعشرين ساعة في بعض البرامج. Sturgis & Meyer, 1981. ومن ناحية أخرى، فإذا كان المريض يتوفر على دافعية مرتفعة والتزام جيد بمواصلة العلاج، فإنه يمكن التوقع بأن يكون متعاوناً بصورة جيدة، بحيث لا يكون الإشراف اللصيق ضرورياً دائماً. Emmelkamp, 1982. لكن من الضروري مناقشة المريض في الصعوبات التي يمكن أن تظهر في هذه المرحلة من العلاج، مثال ذلك، قد يقوم المريض بسلوك قهري مختصر وغير ملحوظ، لكي يحصل على الراحة، أو قد يبقى المريض ممتنعاً عن الاستجابة فترة طويلة نسبياً، مضمراً في نفسه أنه سينغمس في طقوسه في نهاية الأمر. ومثل هذه الذرائع معتادة، ويحتاج المعالج لمناقشتها مع المريض ومناقشة كيفية السيطرة عليها. De Silva & Rachman, 1992. ومن الضروري أيضاً ملاحظة أنه بينما يكون الامتناع عن الاستجابة نوعياً ومحدوداً بفترة زمنية قصيرة في بعض البرامج، ومن ذلك الحالة التي يُعرّض فيها المريض للموضوعات الملوثة، ثم لا يسمح له بعد ذلك بالنظافة أو الاغتسال لفترة محدودة بنحو ساعتين أو أكثر، فإن الاستجابة في بعض البرامج الأخرى تكون عامة وغير محددة الوقت، نسبياً، مثال ذلك، عندما يمنع المريض من الانخراط في أي من الموضوعات المستهدفة، على امتداد فترة العلاج المكثف بكاملها. (ب. دي سلفا، ٢٠٠٠ .ب، ٨٨).

لا يسمح للمرضى خلال العلاج المكثف باستخدام الماء على أجسامهم، بمعنى لا غسل للأيدي، ولا أقمشة مبللة، ولا مناشف مبللة، ولا شطف أو غيره. ويسمح باستخدام كل من الكريمات وبقية أدوات التجميل (مساحيق التنظيف ومزيلات الرائحة وغيرها)، ما لم يكن استخدام هذه الأشياء يقلل من التلوث. ويمكن حلاقة الذقن باستخدام ماكينة حلاقة كهربائية.

ويمكن شرب الماء أو استعماله في غسل الأسنان مع العناية بعدم وصوله إلى الوجه أو اليدين. وملاحظة ألا يستغرق الاستحمام أكثر من عشرة دقائق مرة كل ثلاثة أيام. ويمنع المغتسلون الذين يمارسون طقوس اغتسال لأجزاء معينة من أجسامهم (المناطق التناسلية أو الشعر) من ذلك. وعلى المريض أن يتعرض للتلوث من جديد بعد الاستحمام. (دافيد س. ريجز، إدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥٢٣).

ويتم الإشراف على منع الاستجابة في المنزل بواسطة أقارب أو أصدقاء سبق تحديدهم وحصلوا على تعليمات من المعالج لأن يكونوا متاحين للمريض الذي يعاني صعوبة في التحكم في الإلحاح القوي للاغتسال. وعلى المريض أن يخبر الشخص المدعم له بأي انشغالات تضايقه، ويظل المدعم مع المريض إلى أن يتناقص الإلحاح إلى مستوى يتم التحكم فيه. ويتعين اطلاع المعالج على الملاحظات المتعلقة بمخالفات تعليمات منع الاستجابة. وعلى الشخص المدعم أن يحاول منع هذه المخالفات باستخدام تعبيرات لفظية حاسمة، دون استخدام القوة البدنية، كما يجب تجنب المجادلة. وعلى الشخص المدعم غلق الحنفيات إذا وافق المريض مقدما على هذه الخطة. ويحدد الشخص المدعم الوقت اللازم للاستحمام دون أن تجرى ملاحظة مباشرة لسلوك الاستحمام. ويمكن السماح باستثناءات في ظروف غير معتادة (كالظروف الطبية التي تتطلب نظافة ضرورية). لكن يتعين القيام بكل الجهد لتأكيد أن الاغتسال يخدم النظافة فقط، لا "منع التلوث". وقد وُجد أنه إذا كان من الضروري للمرضى أن يستحموا، فمن الضروري كذلك جعلهم يعيدون تلوين أنفسهم على الفور بعد الاستحمام. (دافيد س. ريجز، إدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٥٢٣ . ٥٢٤). (أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٣٦ . ٣٣٧).

التعرض مقابل منع الاستجابة . كيف يؤثران .

تضمنت معظم البحوث المتعلقة بفاعلية التعرض في علاج اضطراب الوسواس القهري، أيضا، منع الاستجابة، مما يربك بيان تأثير الأسلوبين. وحتى يتم فصل تأثير كل أسلوب، أجريت دراسة وزع فيها المرضى بطقوس الاغتسال على ثلاث مجموعات علاجية: مجموعة

العلاج بالتعرض فقط، ومجموعة العلاج بمنع الاستجابة فقط، ومجموعة العلاج بالجمع بين التعرض ومنع الاستجابة. وأجري كل علاج بطريقة مكثفة (١٥ جلسة مدة كل منها ساعتان عبر ثلاثة أسابيع) وتلتها زيارة إلى المنزل.

وعلى الرغم من أن تناقص الأعراض قد لوحظ في كل طريقة علاجية بعد العلاج، وفي مرحلة التتبع، فإن العلاج الذي جمع بين التعرض ومنع الاستجابة كان أفضل من العلاج بالتعرض وحده، ومن العلاج بمنع الاستجابة وحده، في كل عرض تقريبا، سواء أكان ذلك بعد العلاج أم في مرحلة التتبع.

ولوحظ أن المرضى الذين تلقوا علاج التعرض وحده، قرروا أنهم شعروا بقلق منخفض، عندما تمت مواجهتهم بالملوثات التي يخافونها، أكثر من المرضى الذين تلقوا منع الاستجابة فقط، في حين أن مجموعة المرضى الذين استعملت معهم طريقة منع الاستجابة فقط، قرروا تناقضا كبيرا في الدفعة القهرية إلى القيام بطقوسهم، أكثر مما قرر المرضى الذين عولجوا بالتعرض وحده.

ومن ثم، فقد اتضح أن التعرض ومنع الاستجابة يؤثران في الأعراض بطريقتين مختلفتين: فالتعرض يقلل من الضيق الوسواسي في المقام الأول، في حين أن منع الاستجابة يقلل من السلوك القهري أساسا.

والخلاصة من هذه النتائج، أن التعرض ومنع الاستجابة يجب أن يستعمل معا بطريقة متزامنة، وأن العلاجات التي لا تشمل على كل من العنصرين، تؤدي إلى نتائج غير جيدة. (Foa & others, 1998 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٦ . ٣٢٧).

التعرض ومنع الاستجابة ينبغي أن يحدثا معا.

دللت البحوث على أن استعمال أسلوب واحد منهما دون الآخر، أي التعرض فقط أو منع الاستجابة فقط، لم يكن له تأثير علاجي فعال، أما الجمع بين الأسلوبين معا، فقد كانت

له نتائج باهرة، لأنه من شأنه أن يفك الارتباطات الشرطية بين الوسواس والأفعال القهرية. (ستيفن ج. هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٦ . ٢١٧).

بحثت إدينا فوا وآخرون E. Foa & others, 1980, 1982, 1984، التأثير النسبي لإجراءات التعرض ومنع الاستجابة، وعولج مرضى الوسواس القهري بالتعرض فقط، أو منع الاستجابة فقط، أو بالجمع بين الأسلوبين. فوجدوا، بعد العلاج، وأثناء المتابعة، أن الجمع بين الأسلوبين أعطى مكاسب أفضل في العلاج من تلك التي تحققت باستعمال كل أسلوب على حدة. وبينت الدراسة الدقيقة للنتائج، أن عنصري العلاج أعطيا نتائج فارقة؛ فبينما أثر التعرض على الأفكار الوسواسية المثيرة للكدر، كان التأثير الأكبر لمنع الاستجابة منصبا على الأفعال القهرية. (دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩٠ . ٤٩١).

ويمكن استعمال طريقتي التعرض ومنع الاستجابة في حالات الأشخاص المصابين بالوسواس من أن أيديهم ملوثة بالجراثيم، وهم من يشعرون بأنهم مجبرون على غسل أيديهم بشكل متكرر، وقد تتطلب خطة العلاج من المريض أن يتعرض إلى مصادر التلوث؛ كالحفر في القاذورات بأيدي عارية، ويمنع من غسل يديه مباشرة بعد ذلك. ويمكن للمرضى الذين يشكون من طقوس المراجعة، أن يتعرضوا لمواقف يشعرون فيها بدفعات نحو المراجعة، مثل مغادرة منازلهم، ويمنعون من مراجعة الأجهزة المنزلية وقفل الأبواب. وتنظم محاولات التعرض عادة بطريقة هرمية تشتمل على المواقف الضاغطة بشكل متزايد. (Nevid & others, 1997 في: أحمد محمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٣٢٦ . ٣٢٧).

التعرض ومنع الاستجابة وتفاعله مع فترات الراحة.

يقوم التدريب من أجل اكتساب (تعلم) عادة سلوكية أو مهارة، على الأداء الفعلي لتلك العادة السلوكية أو المهارة، لفترات زمنية محددة. وعندما يتفاعل التدريب مع الراحة، فإن هناك أسلوبين للأداء أو التدريب، هما:

(١) الأداء أو التدريب المجمع، الذي تؤدي فيه العادة السلوكية أو المهارة لفترة زمنية محددة، دون أن تتخللها فترة راحة.

٢) الأداء أو التدريب الموزع، الذي تؤدي فيه العادة السلوكية أو المهارة لفترة زمنية محددة، تتخللها فترة راحة.

وتبين من نتائج الدراسات التي أجريت على هذين النوعين من التدريب، أن التدريب الموزع أفضل من التدريب المجمع لاكتساب العادة السلوكية. فالفرد حين يتعرض لتدريب معين، من أجل اكتساب مهارة سلوكية معينة، لفترة زمنية محددة، ويأخذ بعدها فترة زمنية محددة كراحة، ثم يعود إلى التدريب مرة أخرى، فإن الأداء، في هذه الحالة، يكون أكثر نجاحا من التدريب لفترة زمنية متواصلة، دون أن يأخذ في أثنائها فترة راحة.

وفي حالة التدريب الموزع، ذكر ايزنك، أن التدريب الذي يحدث بعد فترة راحة، أفضل بكثير جدا من التدريب الذي حدث قبل فترة الراحة مباشرة. أي أن الأداء يتحسن بعد قضاء الفرد لفترة راحة. وهذا التحسن الذي وجد، بعد ذلك، في عدد كبير جدا من الأعمال المختلفة، أعطي له اسم، يبعث على الحيرة، نوعا ما، هو "الاختزان العصبي". (ه. ج. ايزنك، ١٩٦٩، ٢٥. ٢٦). أو الذكريات Reminiscence. (ثبت بالمصطلحات، قدرتي حفني، رؤوف نظمي، ١٩٦٩، ٢٩٤). فمثلا، إذا أدى المريض بوسواس التلوث وقهر النظافة سلوكا معيناً، تمثل في التعرض لمثير كرهه منفر، بسبب الخوف وعدم الارتياح، وامتنع عن القيام باستجابة تبعد ذلك المثير الكرهه المنفر، وتدريب على ذلك لمدة ١٥ دقيقة، ثم حصل على فترة زمنية للراحة، مدتها ٣٠ دقيقة، فإنه وفقا للتفسير النظري السابق، إذا استأنف المريض التدريب على التعرض لمثير منفر وكرهه، وامتنع عن القيام باستجابة تبعد ذلك المثير المنفر الكرهه، فإن أداءه في هذه الفترة يكون أحسن بكثير جدا من التدريب الذي حدث قبل فترة الراحة مباشرة.

لكن، ووفقا للتفسير النظري السابق، ينبغي التمييز بين الأداء (التدريب) والعادة (ما تراكم في الجهاز العصبي من خبرة نتيجة للتعلم السابق، يجعل أداء السلوك المطلوب ممكنا). فالأداء لا يمكن حدوثه إلا إذا كانت العادة مدفوعة بدافع معين. ويمكن كتابة العلاقة الوظيفية بين الأداء والعادة والدافع، في معادلة كما يأتي: الأداء = العادة × الدافع. وبالتالي، فقد يكون

الفرد قادرا على أداء عادة سلوكية معينة، لكنه لا يقوم بأدائها إلا إذا توفر لديه الدافع المناسب. وكما أن هناك دوافع ذات تأثير إيجابي مشجع لأداء عادة سلوكية معينة، فهناك أيضا دوافع ذات تأثير سلبي مثبط تمنع من أداء عادة سلوكية متعلمة، ويمكن أن يمثل الشعور بالضجر دافعا سلبيا مثبطا. وعندما تتساوى الدوافع الإيجابية المشجعة في قوتها مع الدوافع السلبية المثبطة، فإن الفرد يتوقف عندئذ عن الأداء، مما يحتم أخذ فترة راحة. (هـ. ج. ايزنك، ١٩٦٩، ٢٦).

ويستحسن عند الشروع في التدريب، أن تكون فترات التدريب الموزع (التعرض الموزع) في بدايتها قصيرة

في المدة الزمنية، وفترات الراحة طويلة (ضعفها، مثلا)، لكن بعد فترات الراحة، يمكن أن تزداد فترات التدريب (التعرض) في الطول زمنيا، وتقتصر المدة الزمنية لفترات الراحة.

مشاركة الأسرة.

من المفيد والضروري بالنسبة لنجاح العلاج، أن تشارك الأسرة أو أي شخصية محورية في حياة المريض، مثل الزوج أو الزوجة أو أحد الوالدين أو صديق، وذلك لمساعدة المريض على التوافق بعد خروجه من المستشفى إذا كان يعالج فيه، أو في المنزل عند قيامه بالواجبات المنزلية ضمن البرنامج العلاجي.

وأحد أشكال السلوك القهري، التي كثيرا ما يتم إغفالها، هو تكرار طلب التطمين (إعادة التأكيد). ومع أن طلب المعلومات أو بعث الطمأنينة لا يعد دائما دفعات قهرية، فإنها عندما تتكرر وتصبح نمطية، تقوم بوظيفة الأفعال القهرية الأخرى نفسها، ويجب أن تعالج بمنع الاستجابة. وكثيرا ما يعتمد المرضى على أشخاص معينين، مثل: الزوج أو الوالدين أو أقرب الأصدقاء لبعث الطمأنينة. ومنع الاستجابة بالنسبة لطلب بعث الطمأنينة، تتكون من شقين: (١) توجيه المريض إلى الامتناع عن طلب بعث الطمأنينة، و (٢) كذلك توجيه أولئك الذين كانوا يقومون ببعث الطمأنينة في الماضي، أن يمتنعوا عن ذلك. ومن المحتمل أن يؤدي رفض تقديم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد) إلى الإحباط وتزايد القلق. ولذلك يجب على المعالج في

بداية العلاج أن يساعد المريض والشخص المدعم (المساند) أن يتبادلا استجابات لا تقدم بعث الطمأنينة (إعادة التأكيد)، ولكن لا تثير صراعات كامنة في الوقت نفسه. فعلي سبيل المثال، السيدة التي انشغلت بتلوث الطعام، وتولد لديها قهر سؤال زوجها للتأكد من عدم فساد الطعام، فقد تم الاتفاق بينهما قبل العلاج، على أنه إذا لم تستطع السيدة أن تمنع نفسها من السؤال لبعث الطمأنينة، يكون رد زوجها: "أشعر أنك عدت إلى السؤال لبعث الطمأنينة مرة أخرى، ولأنني أحبك وأريد أن أساعدك على الشفاء، لن أجب عن هذا السؤال". (دافيد س. ريجز، إدنا ب. فوا، ٢٠٠٢، ٤٩٣ . ٤٩٤).

وأخيرا، يُعدّ كل من التعرض ومنع الاستجابة، أسلوبيين علاجيين سلوكيين، لإلغاء عادة سلوكية شاذة، واكتساب عادة سلوكية عادية، بدلا منها.

وفقا لمبادئ ومسلمات العلاج السلوكي، المستند إلى نظريات التعلم، يعدّ السلوك المرضي، أو السلوك الشاذ، مكتسبا، أي متعلم عن طريق الارتباط الشرطي الاستجابي، أو الارتباط الشرطي الإجرائي، كما تم تعلم السلوك الصحيح، أو السلوك العادي، وما دام الأمر هكذا، فإنه يمكن إزالة السلوك المرضي، أو السلوك الشاذ عن طريق إعادة إحداث ارتباط شرطي جديد، يلغي السلوك المرضي، أو السلوك الشاذ من عادات الفرد السلوكية، ويكسبه السلوك الصحي أو السلوك العادي مكانه، أو بدلا منه. فمثلا، الفرد الذي من عادته أنه كلما شعر بأنه ملوث، لأنه تعرض لوسخ في بدنه أو في ملابسه أو في بيته، وشعر بالخوف من وقوع مكروه له أو لأسرته، يأتي بعادة سلوكية شاذة، وهي القيام بالغسل والتنظيف بطريقة مبالغ فيها، لأن عادة الغسل والتنظيف التي يقوم بها، تم ربطها شرطيا استجابيا وإجرائيا، بين الخوف بأن التلوث سوف يؤدي إلى نتيجة غير مرغوبة، من ناحية، وعملية الغسل والتنظيف التي تزيل ذلك الخوف، من ناحية أخرى، وعن طريق الارتباط الشرطي، كذلك، يتم إحداث علاقة شرطية جديدة وبديلة بين تعرض الفرد لوسخ في بدنه أو في ملابسه أو في بيته، من ناحية، وعدم الخوف من نتائج غير مرغوبة، من ناحية أخرى، ومن ثم القيام بعملية الغسل والتنظيف بطريقة عادية. وهذا هو جوهر العلاج السلوكي المستند في مبادئه ومسلماته إلى نظريات التعلم.

خاتمة.

من عام ١٨٧٩ إلى نهاية القرن العشرين، كان علم النفس، ومنذ ظهوره على مسرح النشاط العلمي الإنساني، معرفة وممارسة، منحازا إلى التعامل مع أنماط السلوك الشاذ والمرضي، ومع المشكلات الانفعالية، وكذلك مع العلاج النفسي للأمراض النفسية. طيلة أكثر من قرن من الزمن، حتى صار معظم المتعلمين والعلماء، من خارج تخصص علم النفس، يعتقدون أن علم النفس. هو العلم المتخصص في الاضطرابات النفسية، بل وحتى العديد من المتخصصين في علم النفس، يحملون الاعتقاد نفسه. إلى أن جاء عام ٢٠٠٠، وظهور عالم النفس الأمريكي/ مارتن سيلجمان، على مسرح البحث والإبداع في علم النفس، الذي قال: توقفوا، يكفي الاستمرار في هذا الوضع، الذي يوجد فيه علم النفس، منذ أكثر من قرن، حين كتب مقالا، بمعوية زميله عالم النفس المجري/ ميهالي شكزنتميهالي، ذكرنا فيه أن علم النفس، ليس علما لدراسة المرض والعجز والانهيار، فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس البشرية، وقيمها. ومنذ أن أشار هذان السيكولوجيان إلى أن اهتمامات علم النفس، وجهود علمائه، يجب أن تتحول من الاهتمام بما هو سيء في سلوك الإنسان، إلى الاهتمام بما هو جيد وإيجابي، في حياة الإنسان، ومن ثم ظهور علم النفس الإيجابي، أخذت البحوث النفسية تتناول موضوعات إيجابية ومشرفة في حياة البشر، كالسعادة والتفاؤل والوجود الأفضل والرفاه النفسي وحب الحياة والأمل والصبر والشجاعة والقوة والنجاح. ووجه سيلجمان الدعوة إلى دراسة جوانب القوة في الشخصية، والاهتمام بالدراسات الوقائية.

إن تنشئة الأطفال على خصلة التفاؤل تعمل كعامل وقائي من وقوعهم في التشاؤم، وتنشئتهم على خصلة السعادة تعمل كعامل وقائي من الإصابة بالاكتئاب، وتنشئتهم على خصلة الأمل تعمل كعامل وقائي من الوقوع في اليأس، وتنشئتهم على خصلة حب النجاح تعمل كعامل وقائي من الوقوع في الفشل.

وامتد الاهتمام بعلم النفس الإيجابي، كذلك، إلى مجال العلاج النفسي الإيجابي، ففي المدة الأخيرة، شاهدت إعلانا عن ملتقى بعنوان: الموجة الثالثة من العلاجات النفسية الإيجابية.

لكن، هل يمكن لعلم النفس الإيجابي، الاضطلاع بمفرده، بكل قضايا الإنسان النفسية، الجيدة والسيئة، والتخلي عن إسهامات علم النفس قبل الإيجابي، الذي كان يهتم بالاضطرابات النفسية وعلاجها، وإزاحته من الميدان ؟ الجواب، كلا. ينبغي أن يسير الاثنان معا، جنبا إلى جنب، في دراسة السلوك الإنساني، بحيث يقدم كل توجه منهما إسهاماته: (١) في إصلاح ما فسد من السلوك (ويضطلع به علم النفس قبل الإيجابي)، (٢) تنمية خصال الإنسان الإيجابية وفضائله، وقدراته وقواه (ويضطلع بها علم النفس الإيجابي)،

إن علم النفس الإيجابي يتوجه إلى دراسة السلوك البشري من خلال الاهتمام بالدراسات الوقائية والتنمية والتطوير، لجوانب القوة في الشخصية. إن علم النفس، من وجهة النظر الإيجابية، يجب أن يهتم بتطوير قوى الإنسان وفضائله، ليصير متوقفا وكفأ في معظم سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف. لكن إذا كان مآل إجراءات الوقاية والتنمية والتطوير، هو الفشل، فإن علم النفس قبل الإيجابي، في التشخيص والعلاج، ينبغي أن يؤدي دوره بفعالية.

وكتبت الورقة، التي هذه خاتمتها، في إطار علم النفس قبل الإيجابي. حين تناولت اضطرابا نفسيا، مما تم تصنيفه في الطب النفسي، وشائع في التراث النفسي، تنظيرا وتشخيصا وعلاجاً، وهو الوسواس القهري، وعلاجه سلوكيا، وفق فنيتي التعرض أو المواجهة، ومنع الاستجابة، التي تم عرضها في الفقرات السابقة، من هذه الورقة. ويؤدي العلاج السلوكي، أو العلاج النفسي، عندما يكون ناجحا (في إطار علم النفس قبل الإيجابي) إلى إكساب الفرد خصال إيجابية، ومهارات في التحكم في ضعفه وخوفه وعجزه، ومن ثم مقاومة مرضه واضطرابه، وعجزه، وتحويله إلى قوة وصحة وسلام نفسي، وهدوء وجداني. إن الجهود التي يقوم بها علم النفس قبل الإيجابي، وتكون ناجحة، تساهم في تحقيق أهداف واتجاهات علم النفس الإيجابي.

ويبقى، بعد عرض المعلومات النظرية حول فنيّتي العلاج السلوكي للوسواس القهري، أن يتوفر المعالج السلوكي الماهر، الذي يستطيع تنفيذها بكفاءة، ليحقق إسهامات علم النفس قبل الإيجابي، في تحقيق أهداف وتوجهات علم النفس الإيجابي.

المراجع

١. أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢). الوسواس القهري، التشخيص والعلاج. الكويت، مجلس النشر العلمي.
٢. أحمد محمد عبد الخالق، عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (١٩٩٥). الوسواس القهري: دراسة عاملية على عينات سعودية. دراسات نفسية المجلد الخامس العدد الأول. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
٣. آرثر ي. جونجسما، ل. مارك، بيترسون (١٩٩٧). خطة العلاج النفسي. ترجمة: عادل دمرداش. مراجعة: لطفي فطيم. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٤. ب. دي سلفا (٢٠٠٠). علاج الوسواس والأفعال القهرية. في: ستان ج. ليندساي، جراهام باول (محرران). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين. ترجمة: صفوت فرج. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٥. بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفين بالمر (٢٠٠٨). العلاج المعرفي. السلوكي المختصر. ترجمة: محمود عيد مصطفى. القاهرة، دار إتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
٦. توفيق عبد المنعم توفيق (٢٠٠٠). الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس العدد ٥٥. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٧. تيموثي ج. ترول (٢٠٠٧). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة: فوزي شاکر طعيمة داود، حنان لطفي زين الدين. الطبعة العربية الأولى. عمان. الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
٨. جوديث ل. ريبوبورت (١٩٨٩). بيولوجيا الوسواس والأفعال القهرية. الكويت، مجلة العلوم الأمريكية، المجلد ١٦ العدد ١١.
٩. حسام الدين عزب (١٩٨١). العلاج السلوكي الحديث: تعديل السلوك أسسه النظرية، وتطبيقاته العلاجية والتربوية. الطبعة الأولى. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠. حسين فالح حسين (٢٠١٣). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. الطبعة الأولى. عمان الأردن، مركز ديونو لتعليم التفكير.
١١. دافيد س. ريجز، إدينا ب. فوا، (٢٠٠٢). اضطراب الوسواس القهري. ترجمة: هبة إبراهيم. في: دافيد ه. بارلو (محرر). الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. ترجمة وإشراف ومراجعة: صفوت فرج. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
١٢. دافيد ف. شيهان (١٩٨٨). مرض القلق. سلسلة عالم المعرفة العدد ١٢٤. الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
١٣. داليا محمد مؤمن، وائل محمد أبو هندي (٢٠٠٦). إعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري. دراسات نفسية المجلد السادس عشر العدد الثالث. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
١٤. ريتشارد ستيرن (٢٠٠٢). التكنيكات السلوكية في المجال الإكلينيكي "دليل معالج". ترجمة: عباس محمود عوض. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
١٥. ستيفن ج. هولاند (٢٠٠٦). اضطراب الوسواس القهري. في: روبرت ليهي (محرر). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج المعرفي في الاضطرابات النفسية. ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة. الطبعة الأولى. القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
١٦. سعاد البشر، صفوت فرج (٢٠٠٢). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري. دراسات نفسية المجلد الثاني عشر العدد الثاني. القاهرة، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
١٧. شلدون كاشدان (١٩٨٤). علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة. مراجعة: محمد عثمان نجاتي. الطبعة الثانية. القاهرة، دار الشروق.
١٨. عادل صادق (١٩٨٥). الطب النفسي. الطبعة الأولى. القاهرة، كتاب دار الحرية.

١٩. فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٥). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. الطبعة الأولى بيروت، دار العلم للملايين.
٢٠. لويس كامل مليكة (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الطبعة الأولى. الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
٢١. مدحت عبد الحميد عبد اللطيف (١٩٨٩). نمط الشخصية القهرية لدى عينة من طلاب الجامعة: دراسة عاملية. مجلة علم النفس عدد ١٢. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٢٢. محمد أحمد محمد إبراهيم سغان (١٩٩٨). الوسواس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية، التشخيص، العلاج. الطبعة الأولى دار النهضة العربية . القاهرة.
٢٣. هـ. ج. ايزنك (١٩٦٩). الحقيقة والوهم في علم النفس. ترجمة: قدرى حفني، رؤوف نظمي. دار المعارف بمصر.
٢٤. هارولد ريجنالد بيتش (١٩٦٩). تعديل السلوك البشري. تعريب: فيصل محمد خير الزراد. الرياض، دار المريخ للنشر.
٢٥. Hans Reinecker (٢٠٠٩). علم النفس الاكلينيكي . أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد. ترجمة: سامر جميل رضوان. دار الكتاب الجامعي . غزة . فلسطين.