



مذكرة التخرج من أجل نيل شهادة الماستر في العلاجات النفسية
تحت عنوان:

**فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في حالة اضطراب
الوسواس القهري**

من إعداد الطالب: سماويل مهدي تحت إشراف: أ.د. مكي محمد

أعضاء اللجنة

د. طالب سوسن..... رئيسة ومناقشة

أ. محرزى مليكة..... مناقشة

أ.د. مكي محمد..... مشرفا

السنة الجامعية: 2015-2016

إهداء

أهدي عملي المتواضع لأبي وأمي لجهدهما وصبرهما، كما أهديه
لإخوتي وعائلي وأساتذتي، وكل من له تأثير في حياتي الشخصية
والدراسية.

شكر و عرفان

أتوجه بالشكر للأستاذ المؤطر مكي محمد على كل ما بذله من جهد، كما أشكر أيضا الأستاذ فرحات عميروش على ما قدمه من نصائح فيما يخص طبيعة العلاقة العلاجية، هذا وأشكر كل أساتذتنا الذين استفدت منهم من قريب ومن بعيد.

ملخص البحث باللغة العربية:

تطرقت الدراسة لفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب الوسواس القهري، وذلك من خلال الاجابة على الاشكالية الرئيسية : هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يثبت فاعليته في علاج هذه الحالة التي لديها اضطراب وسواسي قهري؟ وذلك من خلال حالة واحدة باستعمال تقنية المراقبة الذاتية وتكييف الأفكار غير الوظيفية بهدف تليين المعتقدات غير الوظيفية والتخفيف من حدة القلق، وتقنية وقف الأفكار للحد من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، وتم ذلك في 12 حصة علاجية مدة كل واحدة منها تتراوح بين 20 و 30 دقيقة ، ولاختبار فاعلية هذه التقنيات في العلاج تم تطبيق قبلي وبعدي لكل من مقياس بييل براون لتقييم شدة الأعراض الوسواسية ومقياس بيك الثاني للإكتئاب المقنن على البيئة الجزائرية كمحك لمعرفة وجود أثر ايجابي أو عدمه، وقد أثبتت النتائج المتوصل إليها انخفاضاً في درجة شدة الأعراض الوسواسية من 28 درجة إلى 24 درجة على مقياس بييل براون ، كما هو الحال في الاكتئاب حيث انخفضت الدرجة من الحالة المتوسطة (30 درجة) إلى الخفيفة (23 درجة)، وبالرغم من أن الدلالة الكلية للأعراض الوسواسية في مقياس بييل براون تعبر عن شدة ملحوظة تؤثر على نوعية حياة الحالة بصورة كبيرة إلا أن انخفاض الشدة والدرجة يعبر عن مؤشر إيجابي في التخفيف من حدة الأعراض، ومعنى ذلك أن للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية علاجية في التخفيف من حدة أعراض الوسواس القهري المتمثلة في وساوس سوء تقدير الذات وردود قهرية على هذه الوسواس.

الكلمات المفتاحية: الفاعلية-العلاج المعرفي السلوكي-اضطراب الوسواس القهري-تقنية وقف الأفكار- تقنية المراقبة الذاتية وتكييف الأفكار غير الوظيفية.

ملخص البحث باللغة الفرنسية:

Cette étude tente de mettre en évidence l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans le trouble obsessionnel compulsif à travers la réponse sur la problématique principale : Est-il possible pour la thérapie cognitivo-comportementale prouve son efficacité thérapeutique dans ce cas qui avait le trouble obsessionnel-compulsif. En utilisant dans ce cas le tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles et la technique d'arrêt de la pensée pour l'allègement de la sévérité de croyances dysfonctionnelles et l'anxiété à travers 12 séance thérapeutique et pendant 20- 30 minute pour la séance, et pour mesurer l'efficacité de cette technique, on a appliqué l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown et l'Inventaire de dépression de Beck II en pré-test et post-test. Les résultats ont démontré une réduction de la degré de l'intensité de symptômes obsessionnel de 28 degré à 24 sur l'échelle de Yale Brown, ainsi la réduction du degré de dépression à partir de moyen cas (30 degré) à cas léger (23 degré).Cela reflète un signe positif de techniques thérapeutiques et par conséquent la thérapie

cognitivo-comportementale est son efficace dans ce cas de trouble obsessionnelle compulsif.

Les mots clé : Efficacité - la thérapie cognitivo-comportementale - trouble obsessionnel compulsif - tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles - technique d'arrêt de la pensée

قائمة المحتويات

إهداء.....	
شكر و عرفان.....	
ملخص البحث باللغة العربية:.....	
ملخص البحث باللغة الفرنسية:.....	
المقدمة.....	1
1-الإشكالية.....	1
2-أسئلة الدراسة:.....	2
3-فرضيات الدراسة:.....	2
2-3-الفرضيات الجزئية:.....	2
4-الهدف من هذه الدراسة.....	3
5- أهمية الدراسة.....	3
4-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:.....	3
6-التعاريف الاجرائية.....	4
7-ثبوت بالمختصرات.....	4

الجانب النظري

الفصل الأول: مفهوم اضطراب الوسواس القهري

تمهيد

1- تعاريف خاصة بالوسواس القهري.....	6
تمهيد:	7
1-تعاريف خاصة بالوسواس القهري.....	7

7	1-1- الوسواس Obsession
7	2-1- قهر، تسلط Compulsion:
7	3-1- الطقس
7	4-1- تعريف الاضطراب الوسواسي القهري:
7	5-1- أنواع الوسواس:
9	6-1- أنواع الطقوس القهرية:
9	2- الاختلاف بين الوسواس العادية والوسواس غير العادية
9	4- المدرسة المعرفية السلوكية و الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي الخامس:
9	5- تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي الخامس (F42) 300.3
11	6- تشخيص اضطراب الوسواس القهري والخصوصية الثقافية
11	7- التشخيص الفارقي
12	8- التطور نحو الذهان
12	9- خطر الانتحار
12	10- الاعتلال المشترك
12	11- العواقب الوظيفية للاضطراب الوسواسي القهري
13	الخلاصة
الفصل الثاني: النموذج المعرفي السلوكي المفسر لاضطراب الوسواس القهري	
15	تمهيد
15	1- الوسواس في الحضارة الاسلامية : أبو زيد البلخي نموذجاً
16	2- النموذج المعرفي لتفسير اضطراب الوسواس القهري
17	3- النموذج السلوكي

17.....1-3-اضطراب في التعود.....

17.....2-3-نظرية العاملين[ثنائية العامل] أو النظرية التجنبية.....

17.....4-النموذج المعرفي السلوكي لتفسير الاضطراب الوسواسي القهري:

17.....1-4-الدمج بين النظريتين(المعرفية والسلوكية):.....

18.....2-4-مفاهيم أساسية في النموذج المعرفي السلوكي:.....

19.....5- مضمون النموذج المعرفي السلوكي في تفسير اضطراب الوسواس القهري.....

19.....1-5-العوامل المهيئة(المؤهبة).....

19.....2-5-العوامل المسرعة.....

19.....3-5-العوامل المحافظة.....

20.....الخلاصة.....

الفصل الثالث مفاهيم أساسية في العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاتها على الاضطراب الوسواسي القهري

22.....تمهيد:.....

22.....1-جذور العلاج المعرفي السلوكي.....

22.....2-تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....

22.....3-مبادئ ومميزات العلاج المعرفي السلوكي.....

23.....4-مراحل ومكونات العملية العلاجية.....

24.....5-العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري.....

24.....1-5-التدخل على المستوى المعرفي.....

24.....1-1-5-إعادة إسناد الذنب.....

24.....2-1-5- عزل الفكرة التطفلية والكارثية.....

24.....3-1-5-عزل ومناقشة الأفكار التطفلية وعلاقتها بالطوقس.....

24.....4-1-5-عزل ومناقشة المسلمات.....

25.....2-5-التدخل على المستوى السلوكي.....

25.....1-2-5-علاج الاجترارات.....

25.....أ-تقنية توقيف الأفكار.....

25.....ب-الاشباع Satiation.....

- 26.....علاج الطقوس 2-2-5-26
أ-التعريض العملي Exposition in vivo 26
ب-التعريض التخيلي 26

27..... خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية الدراسة

30..... تمهيد

30.....1-1-المقابلة

30.....2-1-الملاحظة

30.....3-1-الاختبارات النفسي

30.....4-1-أنواع المقابلة

30.....1-المقابلة الدافعية

30.....2-المقابلة التقييمية

31.....3-المقابلة التشخيصية

32.....4-مقابلة نفسية تربوية

32.....5-المقابلة العلاجية

32.....6-مقابلة المتابعة العلاجية

32.....5-1-التقنيات المستخدمة في المقابلة المعرفية السلوكية

33..... خلاصة

الفصل الخامس: تطبيق العملية العلاجية

35..... تمهيد

35.....1-الحدود المكانية والزمانية للدراسة

35.....2-صعوبات الدراسة

35.....3-مراحل العملية العلاجية

36.....5-التشخيص

6-تاريخ الاضطراب.....36.....

7-التشويبات المعرفية للحالة:.....36.....

8-استراتيجية التحييد.....37.....

9-التجنب.....37.....

10-التحليل الوظيفي: باستخدام شبكة سيكا.....37.....

11-المقابلة العلاجية ومحتواها.....39.....

12-نتائج مقياس بيل براون وقائمة بيك:.....41.....

الفصل السادس: استخلاص النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد.....43.....

1-نتائج الدراسة.....43.....

2-مناقشة الفرضيات.....44.....

الخاتمة.....45.....

التوصيات والاقتراحات.....45.....

قائمة المراجع.....46.....

قائمة الملاحق.....50.....

فهرس الجداول

جدول 1: قائمة ثبت بالمختصرات.....4.....

جدول 2: مجال الاعتقادات الستة في اضطراب الوسواس القهري.....17.....

جدول 3: نموذج معرفي سلوكي لفهم الاضطراب الوسواسي.....21.....

جدول 4 : سجل الأفكار الأوتوماتيكية غير التكيفية.....26.....

المقدمة

الاضطراب الوسواسي القهري محل اهتمام الأوساط العلمية أين أشبع دراسة بمختلف الفروع والمناهج الطبية. ومن خلال ملاحظتي لبعض حالات اضطراب الوسواس القهري وما يعيشونه من معاناة، واهتمامي بهذا المجال مطالعة وبحثا من جهة، ومن جهة أخرى اهتمامي بالعلاج المعرفي السلوكي- نظرا لوضوح أهدافه ومبادئه وتقنياته العلاجية بالنسبة لي- فقد دفعني فضولي العلمي ورغبتني في البحث والدراسة في مجال الوسواس القهري أن أختار دراسة وعلاجة حالة تعاني من هذا الاضطراب. هذا ومن بين مجالات الاهتمام العلمي نجد علم النفس على وجه العموم وعلم النفس المرضي وعلم النفس العلاجي على وجه الخصوص أين تعاطى كلاهما مع الاضطراب وفق مقاربات مختلفة، ومن أبرزها المعرفية السلوكية، التي اهتمت بالاضطراب الوسواسي القهري من الناحية التنظيرية والتطبيقية أين قدمت تصورات نظرية لمفاهيم متعددة متعلقة بهذا لاضطراب، وطرق وآليات الكشف عنه، وكيفية بناء برنامج علاجي وكذا إقامة علاقة علاجية، كما قدمت تقنيات وأساليب علاجية متعددة أثبتت فعاليتها كما هو مذكور في العديد من الدراسات التي سنشير إليها لاحقا. وبالرجوع إلى الاضطراب نجد أنه يمس جانبي المعرفة والسلوك، وبالمقابل نجد العلاج المعرفي السلوكي يركز على هذين الجانبين، مما يجعلنا نميل في البداية إلى اعتبار هذا العلاج مناسباً لهذا الاضطراب، لكن ما يحقق هذا الميل هو الميدان، لذلك موضوع هذه الدراسة متعلق باختبار وجود فاعلية علاجية على ضوء المقاربة المعرفية السلوكية في حالة اضطراب الوسواس القهري.

سنتناول في هذه الدراسة الاضطراب الوسواسي القهري من الناحية النظرية والتطبيقية على ضوء المدرسة المعرفية السلوكية، حيث سنخصص في الجانب النظري ثلاثة فصول مسبقة بملخص الدراسة وبمقدمة تضم الاطار العام للدراسة أو مدخل لها حيث نعرض لدواعي وسبب اختبار الموضوع وتحديد للموضوع وطرح اشكاليته وتقديم التعريفات الاجرائية للمتغيرات الأساسية فيه وصياغة الفروض، هدف البحث وأصالته والخطة العامة له. وسيخصص الفصل الأول للمفاهيم المتعلقة بموضوع البحث : متناولين في هذا الفصل التشخيص، وأسباب الاضطراب حسب ماتراه المدرسة المعرفية السلوكية . والفصل الثاني سيخصص للمبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي عموماً، وللاضطراب الوسواسي القهري خصوصاً. وسيضم الجانب التطبيقي ثلاثة فصول: فصل خاص بمنهجية الدراسة وأدواتها وفصل خاص بتطبيق العملية العلاجية، ثم فصل آخر نتطرق فيه إلى عرض وتحليل وتفسير وما يمكن استخلاصه من دراسة الحالة ومناقشة الفرضيات ونختم بخاتمة عامة وتوصيات مع الإشارة إلى المراجع والملاحق.

1- الإشكالية

حسب الدراسات الوبائية في العالم فإن اضطراب الوسواس القهري تقدر نسبة انتشاره كما ورد في الدليل التشخيصي للأمراض العقلية لجمعية الطب النفسي الأمريكي (DSM5) تتراوح ما بين [1.1% إلى 1.8%]، هذا ويتساوى في حدوث الاضطراب الذكور والإناث على حد سواء، كما ورد في التصنيف الدولي العاشر للمنظمة العالمية للصحة في طبعته العاشرة (CIM 10) (1999). وقد أوردت (APA, 2015) أن اضطراب الوسواس القهري يؤثر على الحياة النفسية كما هو ملحوظ في القلق والضيق. وقد يعيق ويخل أيضاً بسير الأداء المهني والعائلي والاجتماعي كما أشار إلى ذلك (العسالي، 2001). ونظراً

لخطورة هذا الاضطراب وتعمده فقد اعتبره بعض الباحثين "... عملية دفاعية ضد الذهان" نذكر منهم (عكاشة،2009).

في الدليل التصنيفي الخامس (DSM 5) تم عزل الاضطراب الوسواسي عن اضطرابات القلق Anxiety Disorders ليأخذ تصنيفا مستقلا تحت عنوان الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة Obsessive-Compulsive and Related Disorder ، كون هذه الاضطرابات المتصلة تحتوي على "... أفكار تسلطية وأفعال تشبه أو تتطابق مع الأفعال القهرية" (أبو الهندي،2005). ولقد تم في السنوات الأخيرة تطوير علاجات فعالة في تخفيف الأعراض البسيطة والمتوسطة والشديدة، لكن القليل ممن لديهم أعراض شديدة يستجيب للعملية العلاجية (Cottraux,2004). ومن بين العلاجات النفسية التي أثبتت فاعليتها في علاج هذا الاضطراب، نجد العلاج المعرفي السلوكي كما هو ملاحظ في عدة دراسات من التحليل البعدي الاحصائي Meta analysis أهمها : (Canceil et al.,2004) والذي أورد مجموعة من الدراسات في هذا الاتجاه ومنها: أبرامowitz (1994) -فان بولكوم Van Balkom وآخرون (1997)-كوباك Kobak وآخرون (1998).

لذلك سنقوم في هذه الدراسة بتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي لحالة تعاني من اضطراب وسواسي قهري. طارحين الإشكالية الآتية:

هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يثبت فاعليته في علاج هذه الحالة التي لديها اضطراب وسواسي قهري؟

2-أسئلة الدراسة:

1-هل لاستخدام تقنية وقف الأفكار أثر في التخفيف من حدة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية؟

2-هل يمكن لسجل المراقبة الذاتية وتكييف الأفكار غير الوظيفية دور في تليين المعتقدات غير

الوظيفية والتخفيف من حدة القلق؟

3-فرضيات الدراسة:

3-1-الفرضية الأساسية: يمكن أن يعطي العلاج المعرفي السلوكي أثرا ايجابيا في علاج هذه الحالة التي لديها اضطراب الوسواس القهري.

3-2-الفرضيات الجزئية:

1- استعمال تقنية وقف الأفكار قد يؤدي إلى التخفيف من حدة الأفعال القهرية.

2-يمكن تطبيق سجل المراقبة الذاتية وتكييف الأفكار من تليين المعتقدات غير الوظيفية بما

يسمح من التخفيف من حدة الوسواس الفكرية.

4-الهدف من هذه الدراسة: يكمن الهدف في التخفيف من حدة الأعراض الوسواسية ومنه التخفيف من المعاناة النفسية، كما يهدف إلى اكتساب خبرة علاجية تفتح لي آفاقا في المستقبل للتعلم أكثر في هذا الاضطراب على المستوى النظري والتطبيقي.

5- أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي باستعمال تقنيتي وقف الأفكار وتكييف الأفكار غير الوظيفية عن طريق سجل الملاحظة الذاتية على حالة من البيئة الجزائرية بما يفتح الباب لمواصلة الدراسات في هذا الجانب لمعرفة ما إذا كان لهذه التقنيات فاعلية على البيئة الجزائرية ، أو العمل على تكييفها بما يتواءم مع الثقافة الجزائرية بما يسمح من تخفيف المعاناة النفسية لهذه الحالات.

4-الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1-5-الدراسات العربية:

1-دراسة يوسف مقدادي(2008) حول فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت (الأردن). شملت الدراسة 20 طالبا وجد لديهم أعلى درجة من مقياس الوسواس القهري (المعدل من قبل المالح سنة 1995) من أصل 1790 طالبا، قسمت إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية (4 ذكور و6 إناث) ومجموعة ضابطة(7 ذكور و3 إناث) . وخضعت المجموعة التجريبية لـ 12 جلسة علاجية بمعدل جلستين في الأسبوع لساعة واحدة، وكانت التقنيات المستعملة كالتالي:(وقف الأفكار والاسترخاء العضلي وأسلوب التحصين ضد التوتر وأسلوب الضبط الذاتي ونموذج ABC في تعديل الأفكار وأسلوب حل المشكلات)، وفي الختام تم تطبيق مقياس الوسواس القهري لمعرفة أثر العلاج وكانت النتيجة ذات فروق دالة احصائيا لصالح المجموعة التجريبية.

2-دراسة السقا صباح (سوريا ،2011)، تحت عنوان فاعلية: العلاج الاستعرافي-السلوكي للوسواس القهري والتي هدفت إلى الكشف عن فاعلية هذا العلاج في التخفيض من حدة الأعراض وذلك باستعمال تقنية التعريض (المكثف) ومنع الاستجابة(ERP) والتقنيات المعرفية المتمثلة في المراقبة الذاتية، التمثيل المعرفي، إيقاف التفكير. اشتملت العينة على 12 حالة تسع(9) إناث وثلاثة(3) ذكور أعمارهم ما بين(20-25سنة) محالين من العيادة الطبية النفسية. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات العينة لصالح القياس البعدي لمقياس بيل براونYale-Brown للأفكار والأفعال القهرية. كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات العينة في القياس البعدي وقياس المتابعة.

2-5-الدراسات الأجنبية:

1- في دراسة علاجية مقارنة قام مكلاين McLean وآخرون (2001) بدراسة مقارنة بين العلاج المعرفي المشتمل على إعادة البناء المعرفي للمعتقدات غير الوظيفية (المبالغة في أهمية الأفكار، المبالغة في الشعور بالخطر، تضخيم المسؤولية) والعلاج بالتعريض ومنع الاستجابة القهرية، حجم العينة قدر بـ63 والتي توزعت في مجموعات تضم كل مجموعة 6-8 حالات، يرافق كل مجموعة معالجان، في 12 جلسة ومدة 150 دقيقة لكل جلسة. وقد أسفرت نتائج الدراسة التتبعية المقدرتها بثلاثة

أشهر وجود فاعلية لصالح العلاج بالتعريض ومنع الاستجابة نظراً للتحسن الكبير المقدر بـ45% مقارنة بـ13% لمجموعة العلاج المعرفي (Steketee,2012)

2-دراسة ويلسون وتشامبليس(Wilson et Chambless,2005): كشفت عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من أعراض اضطراب الوسواس القهري(طقوس قهرية،مخاوف،وساوس النظافة، غلق الأبواب والإصابة بالأمراض) وذلك من خلال عينة مكونة من 10 أفراد بمعدل 10-18 جلسة لمرة واحدة في الاسبوع ولمدة لا تتجاوز الساعة، أين اعتمده إعادة الهيكلة المعرفية،وتطبيق تقنية وقف الأفكار، الاسترخاء، والتعريض ومنع الاستجابة. (السقا،2014)

5-3-تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة نلاحظ بأن العلاج المعرفي السلوكي أثبت فاعليته في العلاج أو التخفيف من حدة الأعراض، كما نلاحظ أن تقنية التعريض ومنع الاستجابة حاضرة باستمرار كتقنية سلوكية لها فعالية أكبر في العلاج كما هو في الدراسة المقارنة التي قام بها McLean وآخرون (2001) ، ومن التقنيات التي أثبتت فاعليتها أيضاً والتي تعزز اختيارنا لها في ممارستنا العلاجية: تقنيتي المراقبة الذاتية ووقف الأفكار. هذا وتوجه دراسة McLean وآخرون (2001) انتباهنا إلى الاهتمام بالمعتقدات غير الوظيفية المتميزة في حالات الوسواس القهري وكذا كيفية تعديلها من خلال عدة تقنيات من بينها: المراقبة الذاتية وكيفية وضع الفكرة البديلة.

6-التعريف الاجرائية

1-الفاعلية: وجود أثر ايجابي ملموس بعد تطبيق العلاج

2-الاضطراب الوسواسي القهري: أفكار، صور أو اندفاعات تفرض نفسها على الشخص مسببة معاناة نفسية، وللتخفيف من حدتها تلجأ الحالة مضطرة إلى القيام بأفعال يطلق عليها بالأفعال القهرية.

3-العلاج المعرفي السلوكي: مجموعة تقنيات معرفية سلوكية تهدف إلى تكييف الأفكار والسلوكيات غير المتوافقة مع البيئة.

7-ثبت بالمختصرات: هذه مجموعة من المختصرات التي سنستعمله في البحث كما هي في الجدول التالي:

الرمز المختصر	معناه	ترجمته إلى اللغة العربية
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale	العلاج المعرفي السلوكي
TOC	Trouble obsessionnel compulsif	اضطراب الوسواس القهري
ERP	Exposure and response prevention	التعريض ومنع الاستجابة
APA	American Psychiatric Association	الجمعية الأمريكية لعلم النفس
DSM 5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5 ^e)	الدليل التصنيفي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية
CIM 10	Classification internationale des maladies, 10e révision	التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة

جدول 1:قائمة ثبت بالمختصرات

الجانب النظري

الفصل الأول

مفهوم اضطراب الوسواس القهري

تمهيد

- 1- تعاريف خاصة بالوسواس القهري
 - 2- الاختلاف بين الوسواس العادية والوسواس غير العادية
 - 3- الانتشار
 - 4- المدرسة... المعرفي السلوكي والدليل التشخيص الاحصائي الأمريكي الخامس
 - 5- تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب الدليل التشخيص الاحصائي الأمريكي الخامس
 - 6- تشخيص اضطراب الوسواس القهري والخصوصية الثقافية
 - 7- التشخيص الفارقي
 - 8- التطور نحو الذهان
 - 9- خطر الانتحار
 - 10- الاعتلال المشترك
 - 11- العواقب الوظيفية للاضطراب الوسواسي القهري
- الخلاصة

تمهيد: حتى نفهم الاضطراب الوسواسي القهري ونكون نظرة شاملة عليه، ينبغي التطرق لمجموعة من المفاهيم أساسية والتي ستأخذ عناوين مختلفة كما هي في هذا الفصل.

1-تعريف خاصة بالوسواس القهري

1-1-الوسواس **Obsession**

حسب الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA(2015:ص725)، هي "فكرة، معنى، صورة، أو اندفاع ، تختبر بكونها تطفلية أو غير ملائمة وتؤدي إلى قلق ملحوظ ،ضيق، أو ازعاج.توصف الوسواس بكونها مرفوضة من الأنا، يختبر بأنها غريبة أو تتعارض مع ذاته أو خارجة عن سيطرته(على أنه لا يكون هذا بالضرورة عند الطفل)"

1-2-قهر، تسلط **Compulsion**:

يقصد بالقهر "...وجود دافع لايقاوم لتكرار القيام بعمل ما بصورة قهرية"(الشربيني،2002:ص32)، في حين تعرفه APA(2015:ص 225)بأنه:

"نمط سلوكي (على سبيل المثال: غسيل اليدين،التحقق) أو فعل عقلي (على سبيل المثال: العد،الدعاء) ملزمة للحد من القلق أو الضيق.نموذجيا،الأفراد يشعرون بأنهم مدفوعين أو مجبرين لإنجاز القهر لتخفيف الضيق المرتبط بالوسواس أو لاجتناب حدث أوضع مرعب "

1-3-الطقس **Rituel**: يعرف في APA(2015:ص922) على أنه:

1-"شكل من القهر ينطوي على فعل متصلب[قاس] أو نمطي ينفذ بتكرار و يرتكز على قواعد خصوصية[ذات طابع يتسم بالخصوصية] التي ليس لها أساس عقلائي...الطقوس قد تنفذ للحد من الضيق و القلق الناجم عن الوسوسة".

2- "عمل مراسم أو شعيرة،عادة ماتنطوي على أمر ثابت من الأفعال أو الإشارات و قول بعض الكلمات المقررة"

1-4-تعريف الاضطراب الوسواسي القهري:

حين تعرفه APA(2015:ص725) بأنه "...اضطراب يتميز بأفكار دخيلة متكررة(وسواس) تدفع بقوة لإنجاز طقوس تحييدية (القهر)"

1-5-أنواع الوسواس : تأخذ الوسواس عدة أشكال منها الوسواس الفكرية،الرهابية والاندفاعية ،وتفصيلها كالتالي:

1-5-1-وسواس فكرية **idéatives**: كلمات، أفكار، صور ذهنية متطفلة ومتكررة (Olié,

Gallarda,Duaux,2012)، "...تفرض نفسها على الذهن بشكل اجترارات فكرية وسواسية"

(Tribolet, Shahidi,2005 :P159)

1-5-1-2- أشكال الوسواس الفكرية:

أ- أفكار وسواسية Obsessions-idees: "هي فكرة ثابتة لا تتناسب مع الواقع. يمكن أن تتجه نحو تمثيلات أو جمل في غالبيتها قبيحة أو انتهاك لمقدس كشتائم متعلقة بالله، أو كل فكرة أخرى محايدة كالأرقام، كلمات اجترارية (نفس المرجع، 2005: ص160)، نغمة أو إيقاع موسيقي، أغاني (يمكن أن تتضمن انتهاكا لمقدس) (عكاشة، 2009)

ب- صور ذهنية: تسيطر على الذهن صورة تحمل دلالة مزعجة، قد يكون محتواها دينيا (كفر، إهانة أو عدم احترام مقدس)، جنسيا (مثلية، أعضاء تناسلية، زنا محارم...)، عدوانيا أو مؤذيا (يرى نفسه يؤدي في طفل أو يرى طفلا مذبحا). (وائل أبو الهندي، 2006)، يضيف (عكاشة، 2006) بأن الصور لا تختص بالصور المزعجة وإنما تضم أيضا الصور الحميدة.

ج- أسئلة وسواسية Obsessions-questions: تأخذ صيغة استفهامية، في لغة داخلية تطرح فيها أسئلة دقيقة متعلقة بجانب ميتافيزيقي أو حدث يومي أو ماهو أعم، لا يجد لها الحالة في الغالب حلا، تأخذ طابعا قهريا مؤلما (Tribolet, Shahidi, 2005).

د- وسواس الشك Obsessions-doutes: يطرح السؤال هنا بصيغة الشك (ن م).

هـ- وسواس الورع (إرضاء الضمير) Obsessions-scrupules: وسواس ذات بعد قيمي، قد تتمظهر في اجترار أخطاء سابقة، مراجعة النفس بحركة منجزة (ن م).

و- وسواس الإنجازات (الإكمال) Obsessions-accomplissements: وسواس مرتبطة بمهام ذهنية ينبغي استكمالها، منها هوس العد arithmomanie، سلسلة من الأدعية ذات صيغة معينة، هوس نسيان الكلمات onomatomanie سواء بتكرار التلفظ أو التجنب بعناية أو أحيانا البحث عن مدلولها (ن م)

ر- الحصيلة التقييمية Le bilanisme: ويعنى بها هنا " اشتغال وسواسي ناشئ عن حالة مقارنة المكاسب والخسائر في جميع مجالات الحياة: بيانات حول المخططات العضوية، النفسية، المادية". (ن م: ص 160)

1-5-1-2- الوسواس الرهابية Les obsessions phobiques: هي وسواس ذات طابع رهابي لمواضيع (النظافة، الميكروبات، الأمراض...)، يعترف الحالة بسخافتها لكنه لا يستطيع أن يقاومها، قد تحضر بحضور الموضوع أو بغيابه، وهذا ما يميزها عن الاضطراب الرهابي. (ن م)

1-5-1-3- وسواس اندفاعية Les obsessions impulsives: هو شعور الحالة "... بحث مسيطر، أو رغبة جامحة، أو اندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها، ويحاول مقاومتها". (عكاشة، 2009: ص171). الوسواس الاندفاعية تتميز عن الرهاب في كونها مرتبطة بأفكار وسواسية حول ما يحتمل من مخاطر (J. Cottraux, 2004)، وتتميز كذلك بوضوح عند تجسيد الفعل القهري كآلية تجنبية قصد التخفيف من الفلق المصاحب (Tribolet, Shahidi, 2005)، مثال ذلك: ترتيب السكاكين بنظام محدد قصد دفع الوسواس الاندفاعية المرتبطة بالقتل (J. Cottraux, 2004)، وفي نفس السياق يؤكد (عكاشة، 2006) ماسبق معتبرا الخوف الشديد من الوضعيات يمكن أن يكون وسيلة هروبية تأخذ شكلا ثانويا لاندفاع خاص بتلك المواقف كالمساجد، المطابخ. مواضيع الوسواس الاندفاعية قد تكون ذات انتحارية، ارتكاب

جرائم قتل، لفظية: كلام بذيء أو تدنيس مقدس أو أفعال لا تراعي المعايير الاجتماعية كالاستعراض الجنسي (Tribolet, Shahidi, 2005)

1-6- أنواع الطقوس القهرية:

هنالك نوعان من الطقوس القهرية:

1- طقوس حميمية: *Rituels intimes*: تقابل في DSM5 الأفعال العقلية، مثال ذلك: "طقوس مرتبطة بواسوس دينية (تكرار الصلاة وفقا لطابع شخصي)؛ هوس الحساب (جنون الأرقام)؛ الاجترارات الوسواسية النمطية المتعلقة بشك دائم (جنون الشك)". (Tribolet, Shahidi, 2005: P162)

2- الطقوس الخارجية: تقابل في DSM5 الأفعال السلوكية، مثال ذلك: "طقوس التحقق (الغاز، الكهرباء، إغلاق أقفال الأبواب والنوافذ)، طقوس غسيل اليد، طقوس اللباس من خلال احترام نظام دائم في ذلك؛ جنون اللمس؛ هوس الترتيب" (ن م والصفحة)

2- الاختلاف بين الوسواس العادية والوسواس غير العادية

تختلف الوسواس العادية عن الوسواس المرضية "... من ناحية التوتر، المدة و سهولة الإبعاد والتعود عليها" (Cottraux, 2004: P57)، كما يرى الدليل (DSM5) أن المحددات القائمة بين الوسواس العادية والمرضية تكمن في المدة الزمنية المستغرقة والتي تتجاوز حجم الساعة في اليوم، كما تكمن أيضا في الاختلال الوظيفي على الحياة الشخصية (معاناة وضيق نفسي) والعائلية، المهنية والاجتماعية.

3- انتشار الاضطراب (الدراسة الوبائية)

يقدر الانتشار العالمي للاضطراب خلال 12 شهرا بين (1,1% - 1,8%) ونسبة توزعه بين الاناث أعلى قليلا من الذكور في سن البلوغ، بينما تكون النسبة كبيرة لصالح الذكور في الطفولة (DSM5).

4- المدرسة المعرفية السلوكية و الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي الخامس:

يعتبر (DSM5) دليل وصفي شامل لمظاهر الاضطراب، مجرد عن التوجهات النظرية، وهذا مايسمحل للعلاج المعرفي السلوكي الاعتماد عليه في مجال التشخيص (Cottraux, 2009)

5- تشخيص اضطراب الوسواس القهري حسب الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي الخامس (F42)

300.3

A- حضور الوسواس، القهر، أو الاثنين معا:

تعرف الوسواس في (1) و(2):

1- أفكار مداومة ومتكررة، ملحّة، أو صور يتم اختبارها، في وقت ما خلال الاضطراب، كما تكون تطفلية وغير مرغوبة، وأنها تسبب كما هو ملاحظ لمعظم الأفراد قلق وضيق.

2- يحاول الفرد تجاهل أو صد هذه الأفكار، الإلحاحات، أو الصور، أو تحييدها ببعض الأفكار أو الأفعال (على سبيل المثال، إجراء ذو دافع قهري)

ملاحظة:الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على توضيح هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

يعرف القهر في (1) و(2):

1.سلوكيات متكررة (على سبيل المثال، غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (على سبيل المثال، الحساب، تكرار كلمات بصمت) التي يشعر الفرد بأنه مدفوع لأدائها استجابة للوساوس ووفقا لقواعد يجب أن تطبق بصرامة.

2- تسعى السلوكيات والأفعال القهرية لمنع أو الحد من القلق أو الضيق،أو توقي بعض الأحداث أو المواقف المخيفة؛مع ذلك،هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها لا تتصل بشكل واقعي بما هي مصممة لتحييده أو توقيه[منعه]،أو مفرطة بشكل واضح.

ملاحظة:الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على الإفصاح عن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

B-الوساوس أو القهر تستهلك وقتا طويلا (على سبيل المثال،تأخذ أكثر من ساعة في اليوم)أو تسبب ضائقة هامة إكلينيكية أو تدهور اجتماعي،مهني،أو غيرها من المجالات الأخرى الوظيفية المهمة.

C-أعراض الاضطراب غير ناتجة عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة(على سبيل المثال،سوء استخدام عقار،تناول دواء)أو حالة طبية أخرى.

D- (تشخيص فارقي)لا يفسر الاضطراب بالرجوع إلى أعراض اضطراب عقلي آخر:

1- المخاوف المفرطة، كما هو في القلق العام؛

2-الانشغال بالمظهر، كما هو في اضطراب تشوه صورة الجسد؛

3-صعوبة التخلص أو الانفصال عن الممتلكات، كما هو الحال في اضطراب التخزين؛

4-هوس نتف الشعر (اضطراب نتف الشعر)؛

5-اضطراب قشط الجلد القهري؛

6-اضطراب الحركة النمطي؛

7-طقوس سلوكية في الأكل، كما هو الحال في اضطراب الاكل؛

8-انشغال كامل بالمواد أو القمار،كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية والمواد المرتبطة بها؛

9-الانشغال الكامل بوجود مرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض[توهم المرض]؛

10-الإستثارات أو الهوامات الجنسية، كما هو الحال في اضطراب الخطل(الشذوذ) الجنسي ؛

11-اندفاعات، كما هو الحال في السلوكيات التخريبية ، اضطراب السيطرة على الدافع، اضطراب المسلك.

-اجترارات تأنيبية[مشاعر الذنب]، كما هو الحال في اضطراب الاكتئاب الجسيم؛

12-إدخال الأفكار أو انشغالات هذيانية، كما هو الحال في الطيف الفصامي أو اضطراب ذهاني آخر.

13- أنماط سلوكية متكررة، كما هو الحال في اضطراب الطيف التوحدي.

تحديد ما إذا كان:

مع بصيرة جيدة أو مقبولة:"يسلم الفرد بأنه يعتقد قطعاً أو احتمالاً بأن اضطراب الوسواس القهري غير صحيح أو أنه يحتمل أن يكون أو لا يكون صحيحاً".

ضعف البصيرة:"يظن الفرد بأن ما يعتقد بخصوص اضطراب الوسواس القهري يحتمل أن يكون صحيحاً".

مع غياب البصيرة/اعتقاد هذيانى:"الفرد مقتنع تماماً بأن اعتقاده صحيح في اضطراب الوسواس القهري".

تحديد ما إذا كان:

اضطراب المعرفة TIC المتعلقة بال-TOC: الفرد لديه في الوقت الراهن أو في تاريخه الماضى اضطراب المعرفة"(DSM5 :P237)

6-تشخيص اضطراب الوسواس القهري والخصوصية الثقافية:

العوامل الثقافية من شأنها أن تشكل محتوى الوسواس والأفعال القهري(DSM5).ففي دراسة حضارية مقارنة لمائة وأربعة من الحالات في دراسة حضارية مقارنة قام بها (عكاشة،2009) وجد أن العرب تطغى عليهم الوسواس الدينية من قبيل الاساءة للذات الالهية ،صور وأوضاع غريبة وجنسية مرتبط بالذات الالهية والأنبياء.

7-التشخيص الفارقي:قد تم ذكر التشخيص الفارقي في التشخيص ولكننا هنا سنحاول التركيز على بعض الاضطرابات ببعض التفصيل:

7-1-اضطرابات القلق Anxiety disorders: بالإمكان إيجاد الأفكار المتكررة، السلوكيات التجنبية وطلبات الطمأنة في اضطرابات القلق. لكن إذا ما أخذنا الأفكار المتكررة فإننا نجدنا مرتبطة في الغالب بواقع الحياة عكس الاضطراب الوسواسي القهري في العادة ،هذا ويأخذ محتوى هذا الأخير طبيعة غير عقلانية أو على ما يبدو سحريا،وتكون أيضا مرتبطة في الغالب بطقوس قهرية ،هذا ملا نجده في الرهاب المحدد أين يقتصر الخوف على موضوعات محددة دون الطقوس قهرية ،وفي الرهاب الاجتماعي تكون المخاوف مرتبطة بالتفاعلات الاجتماعية مع سلوكيات التجنب وطلبات الطمأنة"(DSM5)

7-2-اضطراب المعرفة TIC والحركات النمطية: المعرات تأخذ شكل حركات مفاجئة، سريعة،متكررة وغير متناسقة كترميش العينين، وتكون مسبوقة في الغالب بإحساس تحذيري طارئ،بينما الحركات النمطية تأخذ شكل سلوكيات متكررة غير وظيفية يظهر الحالة بأنه مدفوع لتأديتها كأن يعض أو يضرب نفسه ،هذا وكلا الاضطرابيين لا تسعى حركتهما للتحييد بعكس ما يظهر عادة في TOC ، كما أن الأفعال

القهرية تسبق الوسواس. وإذا استوفت الحالة للأعراض الوسواسية القهرية والمعرفة فإنه يمكن أن يشخصا معا. (DSM5).

7-3 الاكتئاب الجسيم (الشديد Major): عادة ما ترتبط الاجترارات الفكرية هنا بالمزاج ولا ترتبط بالطقوس القهرية (DSM5)

7-4 اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية: يشهد اضطراب الشخصية الوسواسية غياب الوسواس والأفعال القهرية (DSM5)، لكن عوضا عن ذلك، "ينطوي على ثبات و نمط غير تكيفي من الكمالية المفرطة و المراقبة الصارمة. إذا كان الفرد يظهر معا أعراض TOC واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، يمكن اعطاء التشخيصين معا " (DSM5: P242) .

8-التطور نحو الذهان: حسب راسمن وإيزن Rasmussen et Eisen التطور يكون ناذرا نحو الذهان إذ يقل عن نسبة 1% (Cottraux, 2004). هذا ويرى (أنسل، 1990) "...أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساسا عن الفصام، ويحتمل أن يكون نوعا مستقلا من الذهان، له مسبباته البيئية ومصير مختلف عن الفصام" (عكاشة، 2009: ص184)

9-خطر الانتحار: حينما تعيق الوسواس الحياة الشخصية والعلائقية بشكل كبير قد تدفع إلى التفكير في الانتحار أو السلوك نحو الانتحار (Grant, Chamberlain et Odlaug, 2014)، كما أنه قد يلعب الاشتراك مع اضطراب أخرى دورا في زيادة الخطورة كاضطراب تشوه الجسد (نفس المرجع) و اضطراب الاكتئاب الشديد (DSM5)

10-الاعتلال المشترك Comorbidity: يشترك مع الاضطراب الوسواس القهري اضطرابات القلق عند الكثير من البالغين (اضطراب الهلع، القلق الاجتماعي، اضطراب الرهاب المحدد، القلق المعمم) في 76%، كما هو الحال في 63% من اضطراب ثنائي القطب و 41% من اضطراب الاكتئاب الشديد، ويشترك معه اضطرابات الشخصية بين 23% و 32% (DSM5) وقد أثبتت دراسة (Summerfeldt) (LJ, Huta V, et al 1998) أن اضطرابات الشخصية من الصنف C تشترك في غالبيتها معه في TOC وهي كالتالي: (التجنبية 30%، الإعتمادية: 10-20%، الوسواسية القهرية: 6%، الهستيرية: 5-25%، الفصامية: حوالي 15%) (J. Cottraux, 2004)، ويشترك مع TOC أيضا اضطراب المعرفة أو اللزمات في 30% (شائع عند الذكور مع بداية الطفولة)، وتقدر نسبة انتشاره في الفصام أو الفصام الوجداني بـ 12%، تشترك معه أيضا بعض الاضطرابات التي تتميز بخاصية اندفاعية كاضطراب التحدي المعارض (DSM5). هذا وتوجد بعض الاضطرابات الأكثر تواترت مع TOC كاضطراب تشوه الجسد، اضطراب نتف الشعر، اضطراب قشط الجلد (نفس المرجع)

11-العواقب الوظيفية للاضطراب الوسواسي القهري: يؤثر TOC سلبا على الحياة الشخصية، العائلية، المهنية والاجتماعية عموما، وذلك تبعا لخصوصية المواضيع الوسواسية والقهرية التي يطرحها الاضطراب، فعلى سبيل المثال: وسواس الخطر قد تولد شعورا بالخطر عندما يكون مع العائلة أو الأصدقاء ومنه تجنب التواجد معهما (تأثير علائقي)، الطقوس التي يفرضها الحالة على العائلة كمنع قدوم أحدهم لأنه سيلوث البيت، من شأنه أن يؤدي إلى اختلال وظيفي في الأسرة، وسواس التماثل قد تقف دون اتمام المشاريع ومنه تعطيل الحياة المهنية، طقوس الغسيل قد تسبب اضطرابات جلدية (DSM5).

الخلاصة: نستطيع في نهاية هذا الفصل أن نجمل بأن الاضطراب الوسواسي القهري مركب من الوسواس التي قد تكون فكرية، رهابية أو اندفاعية، ومن القهريات التي قد تأخذ شكل أعمال عقلية (مثل العد) أو أفعال قهرية (مثل طقوس الغسيل) وغايتها تكمن في التخفيف من القلق والضيق. ولعامل المدة (أكثر من ساعة في اليوم) والشدة والتأثير الوظيفي (الشخصي والعائلي والمهني والاجتماعي) دور أساسي في عملية التشخيص، وفي التشخيص ينبغي التفريق بين TOC وبين بعض الاضطرابات ولعل من أهمها اضطرابات القلق (اضطراب الهلع، القلق الاجتماعي، اضطراب الرهاب المحدد، القلق المعمم) التي تشترك معه في 76% من الحالات. وفيما يخص انتشار الاضطراب فإن الإناث تتفوق قليلا على الذكور في مرحلة البلوغ لتقل بصفة كبيرة في مرحلة الطفولة لصالح الذكور.

الفصل الثاني النموذج المعرفي السلوكي المفسر لاضطراب الوسواس القهري

تمهيد

- 1- الوسواس في الحضارة الاسلامية : أبو زيد البلخي نموذجا
 - 2- النموذج المعرفي لتفسير اضطراب الوسواس القهري
 - 3- النموذج السلوكي
 - 3-1- اضطراب في التعود
 - 3-2- نظرية العاملين [ثنائية العامل] أو النظرية التجنبية
 - 4- النموذج المعرفي السلوكي لتفسير الاضطراب الوسواسي القهري:
 - 4-1- الدمج بين النظريتين (المعرفية والسلوكية)
 - 4-2- مفاهيم أساسية في النموذج المعرفي السلوكي
 - 5- مضمون النموذج المعرفي السلوكي في تفسير اضطراب الوسواس القهري
 - 5-1- العوامل المهيئة (المؤهبة)
 - 5-2- العوامل المسرعة
 - 5-3- العوامل المحافظة
- الخلاصة

تمهيد: في هذا الفصل سنتعرض للنموذج المعرفي السلوكي في تصوره وتفسيره للاضطراب الوسواسي القهري، ولكن قبل الولوج في ذلك سنقوم باستعراض على حدى كل من النموذجين المعرفي والسلوكي وتصورهما وتفسيرهما للاضطراب، كما سنقدم لتصور أبو زيد البلخي (كنموذج في الحضارة الإسلامية) الذي يأخذ طابعا معرفيا في فهم الاضطراب والتعامل معه .

1- الوسواس في الحضارة الإسلامية : أبو زيد البلخي نموذجا

يرى أبو زيد البلخي (236هـ/850م-320هـ/934م) كما هو في كتابه مصالح الأبدان والأنفس (1984) بأن الوسواس منها ما هو عادي يحدث لدى كل الناس ومنها ما هو مرضي يشغل الانسان عن شؤون حياته، وينقسم هذا الأخير إلى قسمين:

1- وسواس متعلقة بما يحبه الانسان (العشق) ويهواه أين ينشغل فكره فيه في كل الأوقات؛

2- وسواس متعلقة بما يخافه الانسان ويخشى وقوعه-ينشغل الفكر بها -بإمكانية تحققها على المدى القريب .(زبير بشير طه، 2011).

وعن أصل الوسواس يرى البلخي بأنها غير معروفة السبب، تخص طباع شخصية تتركز قبل الولادة ومعادلا كيميائية في البدن (ن م) إذن فهي تخص عامل الوراثة والفزيولوجيا. **تتصف هذه الطباع** بالخوف على الذات مما لا يجب أن يخاف عليه، وسوء الظن في المواضيع (ن م)، نلاحظ أن البلخي ذكر خطئين معرفيين يظهران في الوسواس وهما: التقدير المبالغ فيه للخطر والتقييم السلبي للمواضيع.

تدبير الوسواس: بمعنى كيفية مواجهة الوسواس، فيها يقدم البلخي مجموعة من الإرشادات المعرفية والدينية تهدف إلى فهم أصل الاضطراب، تقبله وبث الأمل في علاجه والحث إلى تجسيد بعض الارشادات العملية التي تمكن من مواجهة الوسواس. تتمثل هذ التدابير في الآتي:

1- أن ينظر إليه بأنه اضطراب يحوي أفكارا سخيفة عليه أن لا يلتفت إليها، وإن لم يقدر على ذلك يحاول تجاهلها؛

2- أن يفكر بأن العرض غير معروف السبب وأنه في الظاهر من مزاج بدنه (استجابة لمعادلا كيميائية في البدن)؛

3- المرض لا يعني الموت أو أنه سيدوم معه، كما أن العرض قادر أن يتعايش معه الانسان كون النفس طبية نفسها (نفس المرجع)، فالنفس من خلال تركيبها تألف البدن الذي تحل فيه إذ نجد بأن الإصابة العضوية (وجع، جرح، ألم قلع السن...) للانسان القدرة على تحمله، وكذلك في العرض (مرسي كمال إبراهيم، 1988 عن ن م).

4- أن يفكر بأن الله تبارك وتعالى خلق الدنيا وأهلها إلى قدر معلوم، وجعل أسباب البقاء لأهلها أكثر من أسباب الموت .

5- لكل داء دواء من خلال ما يستخلصه الأطباء من صنوف النبات وأبدان الحيوانات، وهذا إنما هو تسخير من الله لخلقه .

6- كما أن للصحة أسباب فإن للمرض أيضا أسباب ومقدمات منطقية فلا داعي إذن للخوف والجزع.

7- استحضار بأن لكل داء دواء وأن هذا الدواء إما يزيل العرض أو يخففه، ودواء العرض النفسي يكون بمواعظ دينية وتذكيرات، أو فعل التفكير؛

8- تجنب الوحدة كونها تهيج أحاديث النفس، إلا في حالات الخاصة التي تستلزمها الضرورة كتدبير مسائل

3-النموذج السلوكي

يرتكز تطور هذا النموذج من خلال العمل العلاجي القائم على ما يطلق عليه بالتعود Habituation الذي يتضمن التعريض التخيلي ثم الواقعي ومنع الاستجابة الطقسية. (Marks I,1987) في (J.Cottraux,2004). يتميز هذا النموذج بتفسيره للعوامل المفجرة Déclenchement و المستبقية Maintient للاضطراب الوسواسي القهري على أساس نظريات التعلم (Bouvard,2006). هنالك نظريتين مفسرتين في هذا النموذج، وهما:

3-1-اضطراب في التعود: يتحدث كل من بيتش و بيريجولت (Beech. 1974) Becch et Perrigault عن اضطراب التعود عندما لا تنجح الفكرة التطفلية كمثير طبيعي داخلي في أن تكون استجابة متعودة انفعاليا، أين تأخذ طابعا مَرَضيا. ويرجع هذا الاضطراب في التعود إلى التنشيط المرتفع للجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) والمتجاوز للعتبة، أين يصبح القلق مفرطاً. هنا يتموضع الاشراف الكلاسيكي، فيقوم الشخص بربط المثير الداخلي (الأفكار التطفلية) بمثير خارجي بيئي محايد (مثلاً: الأوساخ، الفوضى) (Bouvard,2006)، من شروط هذا الربط أن يتكرر التنشيط العصبي للقلق مع هذه الوضعية لمرات عدة (Yao,1999) ليصبح بذلك مثيراً شرطياً يقتضي وجوده وجود قلق مفرط. بينما الطقوس القهرية تأخذ بعدا ثانويا كاستراتيجية تجنبية غايتها تخفيف القلق (الاشراط العملي Opérant)، فتصبح بذلك هذه الاستراتيجية معززا سلبيا يستبقى من خلالها الاضطراب (Bouvard,2006)

3-2-نظرية العاملين [ثنائية العامل] أو النظرية التجنبية Deux facteurs ou théorie de l'évitement

l'évitement: قدمها مَوْرَر (Mowrer (1960)، فيها يركز على عاملي التعلم الاشرافي الكلاسيكي والعملي في تفسير الاضطراب الوسواسي القهري (Bouvard,2006)، أين يفسر العامل الاول نشوب الاضطراب "... باعتباره ظاهرة اشرافية كلاسيكية عندما يرتبط الموضوع صدفة مع مثيرات محايدة (على سبيل المثال الأوساخ، الفوضى) بمثيرات غير شرطية مكروهة، مؤلمة ومولدة للإنفعالات السلبية، وبالخصوص القلق. المثيرات المحايدة تصبح من ثم مثيرات شرطية قادرة على إنتاج نفس استجابة القلق كما هي في المثيرات الأصلية المكروهة" (ن م:ص13). في حين يفسر العامل الثاني استبقاء الاضطراب من خلال ظاهرة الاشراف العملي، كمعزز سلبي يقلص ويخفف من حدة القلق على المدى القصير (ن م)، ويتمثل هذا المعزز في تجنب الوضعيات المثيرة للقلق سواء بصفة احترازية (تجنب التواصل مع المواضيع كلية كالأوساخ) أو استباقية (غسل اليدين مرات متكررة مدة طويلة لمن يخشى من الأوساخ) (Dupont,2000)

4-النموذج المعرفي السلوكي لتفسير الاضطراب الوسواسي القهري:

4-1-الدمج بين النظريتين (المعرفية والسلوكية): كان في إطار مبدأ التدعيم الذاتي Self-Reinforcement - حسب عدة بحوث- الذي يعبر بأن تغير الأفكار يؤدي إلى تغيير السلوك من جهة ومن جهة أخرى الشعور الإيجابي بالتغيير يضيف قوة دافعة أكثر للتغيير في الأفكار ومن ثم دافع أقوى للتغيير في السلوك. هذا ما سمح بدمج المقاربتين في إطار متكامل. (كلثوم بلميهوب وآخرون، 2014)

4-2- مفاهيم أساسية في النموذج المعرفي السلوكي:

4-2-1- السلوك: عبارة عن: "سلسلة منسقة من الأفعال موجهة لتكيف الفرد مع الوضعية مثلما يدركها ويؤولها" (Cottraux,2011:p4)

4-2-2- المعرفة: "Cognition: المعرفة هي " فعل المعرفة"... تشمل على "اكتساب،تنظيم واستخدام المعرفة على الذات و على العالم الخارجي" (ن م والصفحة)

من المفاهيم الأساسية في المعرفة نجد:

أ- المخططات المعرفية: يعرفها كل من Beck و Emery (1985) بأنها: "... بنيات قاعدية للتنظيم المعرفي،» المساهمة في التعيين،التصنيف،التفسير،التقييم واعطاء دلالة للموضوعات والأحداث «(Mehran,2011 :P72).

ب- الأفكار الأوتوماتيكية: يعرفها بيك(1976) بأنها "...معرفة عفوية،غالبا ما تظهر بطريقة موجزة ولحظية [فترة قصيرة] وفي معظمها واعية وسهلة الوصول إليها (Cottraux,2007 :p139). تحضر هذه الأفكار بحضور الموقف في شكل خطاب ذاتي أو حوار داخلي أو مونولوج (إسماعيل،بنعيسى،2009). هذا وتسمح الأفكار الأوتوماتيكية بالوصول إلى المخطط المعرفي (Cottraux,2007).
ج- الانحراف المعرفي: هي أخطاء في الحكم أو في تقدير الواقع بما يتوافق مع المخطط (إسماعيل وبنعيسى،2009). منها التعميم،الانتقاء،تفكير الكل أو لا شيء(الأبيض والأسود)... (بيك،ج،2007).

د- معالجة المعلومات: مصطلح عام في علم النفس المعرفي، يشتمل على عملية التنظيم الإدراكي،عمل الذاكرة،آليات الاستجابة وسيرورات اتخاذ القرار (APA,2015)

هـ- العمليات (السيرورات) المعرفية: تتألف من أنشطة معرفية كالانتباه،الإدراك (APA ,2015)،تشتمل وفق ميكانيزمي الاستيعاب والموائمة (Piaget ,1964) عن (Mehran,2011):

1- الاستيعاب: "إذا بدا حدث ما غير متوافق مع خطاطات الفرد، فإن الاستيعاب هو الميكانيزم الذي سيقوم الفرد من خلاله إما بتجاهل هذا الحدث،أو القيام بقراءة محرفة/مشوهة له،لكي يتوافق مع خطاطاته" (إسماعيل وبنعيسى،2009:ص125)

2- التلاؤم: "يشكل التلاؤم الميكانيزم العكسي للاستيعاب: إذ يتعلق الأمر بتغيير قناعات الشخص العميقة،وخطاطاته المعرفية،إن لم تطابق الواقع الملاحظ" (ن م والصفحة)

د- الأحداث المعرفية: "هي نتاج معالجة المعلومات من خلال المخططات والسيرورات المعرفية" (Mehran,2011 :P74). يمكن أن تكون هذه الأحداث في شاكلة "...أفكار أوتوماتيكية، صور عقلية،الثالوث معرفي أو حوار داخلي" (ن م والصفحة). مصطلح الثالوث المعرفي قدمه بيك الذي يقصد به نظرة سلبية نحو الذات،البيئة والمستقبل(ن م)

4-2-3- الانفعالات: يعرفه جون كوترو(2007:ص2) بأنه: "...استجابة سلوكية وفزيولوجية،موجزة ومكتفة، تعكس و/أو تكشف المعاش الذاتي الذي يتأثر بالأحداث الداخلية أو الخارجية". هذا و تتصف "... بأحاسيس جسمية خاصة بالمتعة والاستياء [اللذة و الألم] مرتبطة بتعديلات فزيولوجية تستجيب لمثيرات بيئية" (Cottraux,2011 : P5) وإدراك الفرد للحدث "... يكون بالرجوع إلى الخبرات السابقة وكذا حالته الجسمية[الفيزيوية] التي تصادف في تلك اللحظة ". (ن م ص)

5- مضمون النموذج المعرفي السلوكي في تفسير اضطراب الوسواس القهري
ينطلق النموذج من ثلاثة عوامل على ضوءها يفسر هذا الاضطراب، وهي:

5-1-العوامل المهنية(المؤهبة) Les facteurs prédisposants:وتشمل المعطيات:

أ- البيولوجية(Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014)وتتضمن:(الوراثة،اختلال على مستوى
السيالة العصبية السيروتونينية،شذوذات ورمية في التصوير المقطعي (فرط وظيفي على مستوى النواة
المذنبية noyau caudé و/ أو المناطق الجبهية الأمامية والصدغية) ،نموذج PANDAS اضطراب نفسي
عصبي للمناعة الذاتية للأطفال المرتبطة بالعدوى العقدية (Cottraux,2004)
ب-البيئية: (آباء مسيطرين،صارمين أو لديهم TOC) (Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L.,
2014)

5-2-العوامل المسرعة Les facteurs précipitants:

"اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يبدأ تدريجيا دون تأثر كبير بالعوامل البيئية.لكن عموما مسببات
القلق الحادة أو المزمنة،أحيانا حتى مع خفتها،تلعب دورا أساسيا في ظهورها والتي تنميتها مستقبلا(ن
م:ص18).مزيج العوامل المهنية والمسرعة تكون أصل بروز الوسواس التي تظهر في أفكار تطفلية"
(ن م والصفحة).

5-3-العوامل المحافظة Les facteurs entretenants: وهي مجموعة العوامل المساهمة في استبقاء
أو تفاقم الاضطراب (ن م)، وهي

1-التشويهات المعرفية Les biais cognitifs:

يمكن أن تجمع التشويهات المعرفية التي تعبر عن الاختلال الوظيفي للتفسير والإدراك في مجموعتين
رئيسيتين هما:

أ-التحريفات المعرفية: "...هي مغالطات منطقية تؤدي بالشخص لإدراك المواقف والأحداث بشكل مشوه
وغير واقعي حيث غالبا ما تؤدي إلى عواقب مضرّة بالشخص."(نفس المرجع وص)،من هذه
التحريفات:التعميم،التفكير الثنائي(الأبيض والأسود)،الانتقائي....(جوديث بيك،2007)

ب-المعتقدات غير وظيفية: تعبر عن مجال للمخططات المعرفية (Clark, Beck.T.,2010) تعمل على
"... إنتاج أو تثبيت الأعراض" (ن م :ص19)،وقد سبق وأن ذكرنا في النموذج المعرفي المعتقدات الستة
غير الوظيفية .

2-استراتيجية التحديد:هي آلية تخص القلق والوسواس،تأخذ اتجاها معرفيا كاستبدال أو توقيف الوسواس
أو توجيه الفكر نحو أشياء أخرى.أو اتجاه سلوكي متمثل في أفعال قهرية وأنشطة تشتيتية،لكن يبقى
دائما مفعولها في التخفيف من القلق على المدى القصير إذ أنها ستتزايد على المدى الطويل لعدة أسباب
(ن م)،هي:

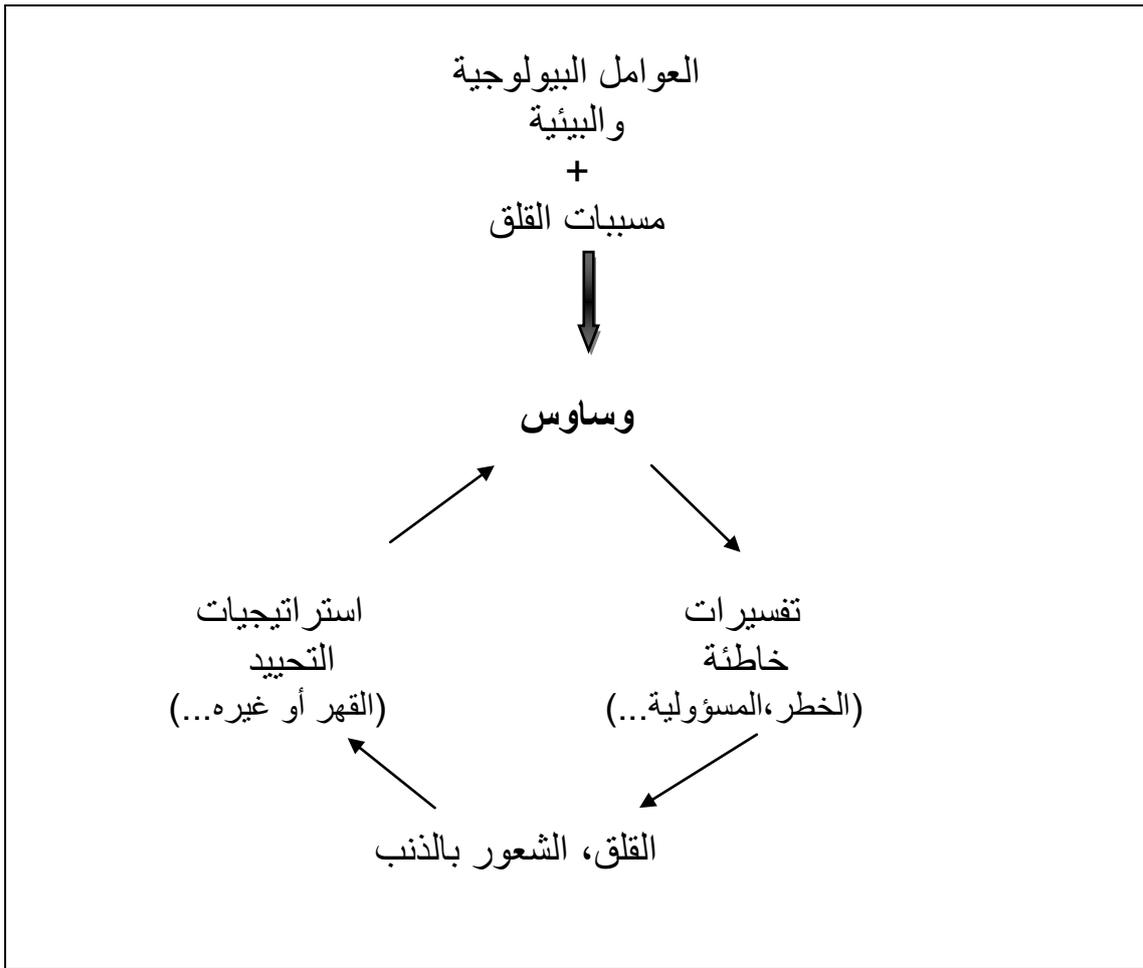
-تؤكد للفرد قناعته بكونه يتعرض لغزو أفكار غير عادية وخطيرة طالما أنه ينبغي أن يواصل
تحديدتها ينتج عن ذلك في النهاية شعور بالغرابة أو « بأنه استثنائي » مثيرة بذلك تقديرا سلبيا لذواتهم؛

-أنها تمنع من إدراك ما إذا كانت غير سارة و مثيرة للمعاناة، القلق لا يتزايد دائما وبالخصوص عدم تضمينه للخطورة.(ن م ص:20)

3-التجنب: بعد فشل استراتيجيات التحييد يتوجه الحالة إلى التجنب أين يتفادى مصدر الوسوس (الوضعيات، الأماكن، الأشياء) فالذي لديه مثلا وسوس النظافة قد يتجنب المراحيض العمومية، مقابض الأبواب وغيرها (ن م)

4-التعزيزات السلبية: الأثر الناتج عن استخدام استراتيجيات التحييد أو التجنب في التخفيف من المعاناة النفسية تلعب كمعزز يستخدم في المواجهة اللاحقة للوسوس(ن م)

و في المخطط التالي يمكن تلخيص كل ماسبق:



جدول 3: نموذج معرفي سلوكي لفهم الاضطراب الوسواسي (Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014 :P20)

الخلاصة: يخلص النموذج المعرفي السلوكي إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتمحور في ثلاثة عوامل منها العوامل المهيئة التي تضم المعطيات البيولوجية، البيئية(أساليب المعاملة)، والعوامل المسرعة في بروز الاضطراب، التي تشتمل على مسببات القلق، والعوامل المحافظة والمستيقية للاضطراب وهنا يخص بالذكر: البناء المعرفي غير التكيفي واستراتيجيات المواجهة المعززة سلبيا نظرا لأثر التخفيف الذي يحدثه كل من التحييد (العقلي أو السلوكي) أو التجنب(الموقف، المواضيع).

الفصل الثالث

مفاهيم أساسية في العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاتها على الاضطراب الوسواسي القهري

تمهيد

- 1- جذور العلاج المعرفي السلوكي
 - 2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
 - 3- مبادئ ومميزات العلاج المعرفي السلوكي
 - 4- مراحل ومكونات العملية العلاجية
 - 5- العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري
 - 5-1- التدخل على المستوى المعرفي
 - 5-1-1- إعادة إسناد الذنب
 - 5-1-2- عزل الفكرة التطفلية والكارثية
 - 5-1-3- عزل ومناقشة الأفكار التطفلية وعلاقتها بالطقوس
 - 5-1-4- عزل ومناقشة المسلمات (المخططات المعرفية)
 - 5-2- التدخل على المستوى السلوكي
 - 5-2-1- علاج الاجترارات
 - أ- تقنية توقيف الأفكار
 - ب- الاشباع Satiation
 - 5-2-2- علاج الطقوس
 - أ- التعريض العملي
 - ب- التعريض التخيلي
- خلاصة

تمهيد: التدخل العلاجي المعرفي السلوكي في اضطراب الوسواس القهري يكون على المستوى المعرفي والسلوكي باستخدام تقنيات متعددة سنأتي على ذكرها في هذا الفصل، لكن قبل هذا سنقوم بتحديد الأسس العامة للعلاج المعرفي السلوكي.

1- جذور العلاج المعرفي السلوكي

"انبثق TCC عن نظريات التعلم، كالإشراف الكلاسيكي، الإشراف العملي و التعلم الاجتماعي، وكذلك النموذج المعرفي المستند على دراسة معالجة المعلومة". (Turgeon, Parent ,2012 :p4)

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي

يعرف جون كوترو (2011:ص3) العلاج المعرفي السلوكي بأنه عبارة عن "...تطبيقات علمية سيكولوجية للعلاج النفسي. تضع علامة أساسية على استخدام المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تعيق حياة المفحوص والتي تستثيره بطلب نحو أخصائي الصحة العقلية" (Cottraux P3 : 2011)، كما يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه "...عملية تعليم teaching، وتدريب coaching، وتعزيز السلوكيات الإيجابية" Center for applied Research in Mental Health and "addiction, March , 2007: عن كلثوم بلميهوب وآخرون، 2014:ص41)

3- مبادئ ومميزات العلاج المعرفي السلوكي

1- هو عبارة عن تطبيقات علاجية تستند على المنهج التجريبي (Cottraux, 2011)؛

2- "TCC يستلهم من آخر الاكتشافات والتقنيات المستمدة من علم النفس بصفة عامة" (Turgeon, Parent, 2012 :p4)، وذلك بعد التحقق واختبار مدى فاعليتها(ن م)؛

3- يقدم TCC نتائج ملموسة وعملية تظهر على المدى القصير(ن م)؛

4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تشمل الحالات العادية وغير العادية(ن م)؛

5- ينطلق TCC من أن السلوك هو نتاج تفاعلي لعدة متغيرات "بيولوجية، جينية، عائلية، اجتماعية، ثقافية وبيئية(ن م :ص4)؛

5- "مع الأخذ بعين الاعتبار للعوامل البيولوجية، العلاجات تبحث عن تعديل العوامل المفجرة والمستبقية للاضطراب المدرك من قبل المفحوص: قلق، اكتئاب، مشاكل علائقية وجنسية" (Cottraux, 2011 : P6)؛

- 7- يهتم TCC بالجانب التاريخي الخاص بتطور الاضطراب كعمل أساسي في التحليل الوظيفي، لكن تركيزه وهدفه بالأساس هو "هنا و الآن"، الحاضر والإعداد للمستقبل (Turgeon, Parent, 2012)؛
- 8- يقدم للفرد طريقة فهم مشاكله وصعوباته التكيفية (Turgeon, Parent, 2012) من خلال الاهتمام "... بالتفاعلات بين « كيف نفكر » how we Think « كيف نشعر ونتصرف » (Center for applied Research in Mental Health and " How we feel an Behave addiction, March , 2007 في بلميهوب وآخرون، 2014:ص41)؛
- 10- "تعديل السلوك ينفذ وفقا لمقاربة بنيوية" (Turgeon, Parent, 2012 :P4) بمعنى وفقا لسيرورة علاجية منظمة سنذكر تفاصيلها في عنوان: مراحل ومكونات العملية العلاجية؛
- 11- نوع العلاقة هي "علاقة تعاونية تجريبية" (Olivier, Cottraux et all, 2004 :p181)، تتلخص في عدة مكونات من شأنها أن تكون علاقة إيجابية وهي: "الدفع، التعاطف، الصدق، المهنية، الثقة المتبادلة، تقبل المفحوص " (ن م ص)؛
- 4- مراحل ومكونات العملية العلاجية:** العلاج يمر بعدة مراحل (حسب نموذج كوترو):
- 4-1- التحليل الدافعي: "ما هو الشيء الذي يريد المفحوص تغييره؟ يحدد مع المعالج غايات العلاج؛ تسليط الضوء على المرحلة أين يتموقع الموضوع ضمن سيرورة التغيير" (Cottraux, 2011 :P11)؛
- 4-2- إقامة علاقة علاجية تعاونية (ن م)؛
- 4-3- التحليل الوظيفي: "يحمل ملاحظة السلوك المباشر وغير المباشر القابل للتكميم [القياس]. بهدف تحديد شروط تثبيت وتفجير [العوامل المثبتة والمفجرة] السلوكيات" (ن م:ص6) من خلال دراسة الجانب التاريخي للاضطراب، الأفكار، الصور الذهنية والحوار الداخلي (ن م)، كما يشتغل على تحديد السلوك المشكل؛ إقامة ربط بين السلوكيات والانفعالات والأفكار (ن م:ص11)؛
- 4-4- يتفق المعالج مع المفحوص بصفة تدريجية على وضع اشكالية خاصة بالاضطراب والعوامل المفجرة والمثبتة، ومن ثم يمكن وضع عقد علاجي بين الطرفين يحدد في إطار الأهداف (ن م:ص6): أ- المشاكل تكون مجسدة (لموسة) وعملية؛ ب- تحديد وسائل العلاج (ن م)؛
- 4-5- تنفيذ البرنامج العلاجي: يتم تطبيق البرنامج بعد تعريف المفحوص بالتقنيات والمبادئ الخاصة بهذا العلاج (ن م:ص6). والعمل على "تنمية قدرات الشفاء الذاتي autoguérison وكذا الإدارة الذاتية autogestion" (ن م:ص12)؛
- 4-6- تقييم نتائج العلاج مقارنة بالخط القاعدي المسجل قبل البدء؛ (ن م والصفحة)
- 4-7- برنامج الصيانة والمتابعة لمدة سنة بعد نهاية المرحلة النشطة من العلاج (ن م:ص11-12)، "عموما مع نقاط التقييم لشهر، ستة أشهر وسنة". (ن م:ص6-7)

5-العلاج المعرفي السلوكي للوساوس القهرية

5-1-التدخل على المستوى المعرفي

هنالك تقنيات متعددة تراعى فيها خصوصية كل مفحوص (Cottraux,2001)،تسعى لإعادة البناء المعرفي:

5-1-1-إعادة إسناد الذنب Réattribution de la culpabilité (ن م): يسند الحالة المسؤولة كلها لنفسه وهذا ما يشعره بالذنب،بينما في الواقع لا تستحق الوضعية كل هذا الاسناد ،لذا فدور المعالج هنا إعادة إسناد المسؤوليات بصفة مشتركة مع من يتحملون ذلك (إسماعيل،بنعيسى،2009)،وهذا للتخفيف من الشعور بالذنب.

5-1-2- عزل الفكرة التطفلية والكارثية والكارثية Isoler la pensée intrusive et décatastropher: تعلن الأفكار التطفلية عموما كوارث مروعة التي ترتبط مع بعضها البعض. تقنية السهم الهابط تسمح بتبسيط الضوء على العواقب المتسلسلة. أسوء العواقب إن أمكن؟ ماهي الحجج المؤيدة أو المعارضة للعواقب التي يتخيلها المفحوص؟" (Cottraux,2001 :P140) ،كما أن تقنية : ماذا-إذا تسمح بتحديد وتأطير النتائج السلبية المتوقعة (إسماعيل،بنعيسى،2009) فقد يكون السؤال على الوجه التالي على سبيل المثال: "إذا كان ذلك صحيحا،ماذا يعني ذلك؟"(ن م: ص100)

5-1-3- عزل ومناقشة الأفكار التطفلية وعلاقتها بالطقوس: تحديد سلسلة المخاطر التي قد تحدث إذا لم يتم بالتحديد والعمل على مناقشتها من خلال تقنية السهم الهابط،ومن ثم التمكن تحديث المسلمات la mise à jour de postulats (المخططات المعرفية) (Cottraux,2001)

5-1-4- عزل ومناقشة المسلمات (المخططات المعرفية) Isoler et discuter les postulats: بالاستناد على الأفكار الأوتوماتيكية يتم استخراج المسلمات ومن ثم العمل على مناقشتها(ن م)،من التقنيات المستخدمة في المناقشة يوجد تقنية الإكتشاف الموجه (الحوار السقراطي) التي تتكون من ثلاثة أسئلة لمناقشة المسلمات غير التكيفية وتبني طرق جديدة للتفكير أكثر موضوعية (إسماعيل،بنعيسى،2009)،وهي في (ن م :ص93): ماهي الدلائل على ما تعتقده؟كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟إذا كان ذلك صحيحا،ماذا يعني ذلك؟

يعتبر تعلم المراقبة الذاتية وسيلة فعالة في التعرف على المعرفيات والتعود عليها،أين يتم فيها تدوين المعرفيات في جدول يضم ثلاثة خانات : الوضعية،الانفعال والتفكير الآلي ، بغية التعود على هذه المعرفيات والتعرف عليها(إسماعيل،بنعيسى،2009)،كما أن هنالك جدول آخر كما هو في الأسفل إلى إلى ماسبق الاستجابات التكيفية المناسبة وأثرها؛ ولعل الهدف من كتابة التقرير كما يرى كل من إسماعيل وبنعيسى(2009:ص109)"... هو أن يطرح الفرد معرفياته وانفعالاته خارج ذهنه،ليعيد قراءتها من الخارج بروية،وليضع مسافة بينه وبينها،وينظر إليها نظرة مغايرة من خلال مساءلتها وتحديد مدى توافقها مع متطلبات الموقف"

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	1- ما تيار الأفكار أو احلام اليقظة أو الذكريات التي أدت إلى هذه المشاعر غير السارة؟ 2- ما (إذا وجدت) الاستجابات الجسمانية أو الأحاسيس المزعجة التي شعرت بها؟	1- ما الأفكار أو الأخييلة التي دارت برأسك؟ 2- كم كنت تعتقد في هذه الأفكار وقتها؟	1- ما المشاعر (حزن- قلق- غضب- ... وهكذا) التي كنت تشعر بها في حينها؟ 2- كم هي شدة المشاعر؟ (0-100)		1- كم تعتقد الآن في الفكرة التلقائية؟ 2- ما المشاعر التي تحسها الآن؟ وما شدتها (0-100%) 3- مالذي ستفعله بعد ذلك؟

جدول 4: سجل الأفكار الأوتوماتيكية غير التكيفية (Beck Judith, 1995) في (بيك جوديث، 2010: ص 199)

2-5- التدخل على المستوى السلوكي

5-2-1- علاج الاجترارات

أ-تقنية توقيف الأفكار

يظهر في الجدول التالي نموذج يسمح بتعليم المفحوصين آلية توقيف الأفكار وفق أربعة وحدات، ومنه تحقيق التحكم الذاتي للأفكار .

1- إيقاف خارجي (صوت المعالج) للانتقال من فكرة وسواسية مزعجة إلى فكرة مريحة فكرة وسواسية غير مريحة ← توقف ← فكرة مريحة ← فكرة وسواسية مزعجة
2- قياس الفاصل الزمني بين الفكرة المريحة وعودة الفكرة المزعجة كمقياس لأثر العلاج.
3- تعقد الجلسات على الوجه التالي: - عشر توقيفات تصدر من المعالج مرتبطة بنقر على ساعة التوقيت chronomètre. - عشر توقيفات تصدر من المفحوص بصوت مرتفع مرتبطة بنقر على ساعة التوقيت. - عشر توقيفات تصدر من المفحوص في "حوار داخلي" مرتفع مرتبط بنقر على ساعة التوقيت.
4- تعميم يمتد إلى جلسات في المنزل وفي حالة ظهور الأفكار الوسواسية المزعجة في الحياة اليومية.

جدول: تقنية توقيف الأفكار (Cottraux.J, 2001 :P138)

ب- الاشباع **Satiation**: وهو اجترار مكثف للوساوس لفترات طويلة ومتكررة من خلال التعريض التخيلي (ن م)

5-2-2-2-علاج الطقوس

من التقنيات المستخدمة في علاج الطقوس نجد: تقنيات التعرض و منع الاستجابة الطقسية: هي تقنيات لمواجهة مواقف القلق والضيق النفسي ومنع تأدية الطقوس التحييدية قصد تحقيق التعود.

أ-التعريض العملي Exposition in vivo:

يسمح التعريض العملي حسب Edna B. Foa (2012) نقلا عن Goulet J (2012) في (Chaloult et al, 2014) على تقليص القلق وتحقيق التعود، اختبار المعتقدات ومدى صحتها: التوقعات الكارثية وعدم حدوثها في المدى القصير، عدم صحة مخاوف "الجنون" المرتبطة بالضائقة النفسية، كما أن الرغبة في تجسيد الطقوس تؤدي بدورها إلى تقليصها. يقدم Chaloult وآخرون (2014:ص26-27) المبادئ المرحلية التالية لتحقيق التعريض العملي:

1-شرح للمفحوص الهدف، نموذج العمل ومراحل التعريض التدريجي العملي in vivo. التأكيد على أن الوضعيات المواجهة تكون متدرجة ؛

2-وضع هرم للوضعيات المسببة للأعراض. نبدأ بالوضعيات الأقل إثارة للقلق؛

3-بدأ التعريض الحالي من خلال مقابلة الوضعيات الأقل تسببا في القلق. بدأ تخفيف تواتر وتعقيد الطقوس ومن ثم الكف نهائيا. منع الاجتناب ؛

4-يوصى بالقيام بحصص التعريض في المنزل كل يوم. تواصل إلى أن يخف مستوى القلق لـ 50 % على الأقل، والتي تأخذ عموما من 30 إلى 50 دقيقة؛

5-ملء سجل المراقبة الذاتية للوضعيات المشكلة قبل، أثناء وبعد كل تعريض؛

6-مواصلة التعريض اليومي مادام القلق لم ينقطع أو لم يقلص بصورة كبيرة؛

7- عندما يتحكم في الوضعية الأولى بصفة نهائية، يأخذ نفس النهج مع وضعيات أخرى مسؤولة عن الوسواس، القهر والتجنب، الذهاب دائما نحو الوضعيات الأكثر سهولة إلى الوضعيات الأكثر صعوبة.

-إضافة إلى ماسبق، يتم قياس القلق كل 5 دقائق (0-8) ويتم تدوينها على ورقة أو رسم بياني.

(Cottraux, 2001)

ب-التعريض التخيلي

يتخيل المفحوص أسوء الكوارث إذا كان يعاني من وسواس التحديق أو النظافة، لمدة زمنية لا تقل عن 45 دقيقة، أين تتحقق سيرورة التعود، في العموم تكون 10 حصص كافية لتحقيق هذا الغرض

(Cottraux.J, 2001)

يضع Chaloult وآخرون (2014:ص25-26) المبادئ المرحلية للقيام بالتعريض التخيلي، وهي كالاتي:

1-شرح للمفحوص الغرض، نموذج العمل ومراحل التعريض في التخيل. تحقق من فهمه؛

- 2-تحديد المواضيع الرئيسية الأصلية في الوسوس والقهر؛
- 3-مساعدة المفحوص على إعداد سيناريو دراماتيكي في خلال دقيقة واحدة تشمل وضعية من الوضيعات. يصاغ السيناريو في الحاضر. يجب أن يكون درامي[مثير]لكن له مصداقية[معقول]؛
- 4-استخدام الصورة الذهنية،طلب من الحالة قراء السيناريو بصوت مرتفع،ببطئ وبوضوح؛
- 5-تسجيل السيناريو في المدعم الصوتي الخاص بك والخاص به.أقصى حد ممكن،يجعل أول حصة تعريض مطولة تحت إشراف المعالج.
- 6-الاستماع للسيناريو في المنزل كل يوم في حوالي 30-45 دقيقة. لا نبدأ الاستماع في المنزل مادام المراحل السابقة(الكتابة،القراءة وتسجيل السيناريو) لم تكتمل تماما؛
- 7-استئناف الاستماع للسيناريو إلى أن يضمحل مستوى القلق بشكل ملحوظ؛
- 8-بعد كل استماع،تستكمل شبكة الملاحظة الذاتية للتعرض التخيلي؛
- 9-مواصلة التعريض اليومي مادام القلق لم ينقطع أو لم يخف بدرجة كبيرة؛
- 10-عندما يتم التحكم في القلق في الوضعية الأولى على نحو كاف،نعاود استعمال نفس النهج لما يحتاجه الحالة بالنسبة للمواضيع المحددة سابقا كونها مصدر الوسوس والقهر.

خلاصة:يركز العلاج المعرفي السلوكي على ثلاثة وحدات (المعرفية-الانفعالية-السلوكية) بالعمل على تكييفها وتعديلها لتحقيق التوازن في الأداء الوظيفي(الشخصي-العلائقي) كما هو الحال في الاضطراب الوسواسي القهري،من خلال التقنيات المعرفية القائمة على تكييف المخططات غير الوظيفية والتقنيات السلوكية القائمة على التعود على المثيرات المسببة للقلق والضيق ومنه الامتناع عن الاستجابة الطقسية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية الدراسة

تمهيد

1- نوع المنهج

1-1-1- المقابلة

1-2-1- الملاحظة

1-3- الاختبارات النفسية

1-4- أنواع المقابلة:

1- المقابلة الدافعية

2- المقابلة التقييمية

3- المقابلة التشخيصية

4- مقابلة نفسية تربوية

5- المقابلة العلاجية

6- مقابلة المتابعة العلاجية

1-5- التقنيات المستخدمة في المقابلة المعرفية السلوكية

خلاصة.

تمهيد: لكل بحث منهجه ولكل منهج أدواته، وطبيعة هذا البحث ذات بعد إكلينيكي تعنتني بالأساس بالجانب النوعي ، وذلك في مقابلة ثنائية تتنوع مراحلها من مقابلة تحديد المشكل إلى العلاج.

تم اختيار الحالة خارج المؤسسة الصحية، أين لاحظت في الحالة بعض المؤشرات الدالة عن اضطراب الوسواس القهري، فتوجهة للحالة و تناقشت معه في هذا الموضوع ومن ثم تبين لي بأنه من الاضطراب فقامت بعرض المساعدة في علاج الاضطراب ليوافق بدوره في ذلك.

1-المنهجية المتبعة: هي منهجية إكلينيكية عيادي(ذا بعد كيفي تكمن أدواته في:

1-1-المقابلة: لقاء بين طرفين (المُعالج والمُعالَج) في إطار علمي محدد لهدف محدد، يأخذ مسارات متعددة في العلاج المعرفي السلوكي من دراسة الدافعية إلى المتابعة ما بعد العلاجية

1-2-الملاحظة: أدوات مصاحبة للمقابلة، يوجه فيها الانتباه إلى خاصية التفاعل، المقاومة والمسايرة وطبيعة التواصل (التناظرية أو التكاملية).

يقصد بالمسايرة رفض كلي أو جزئي من المفحوص وبصورة مباشر للمقترحات العلاجية(العناد)، أما المقاومة فترتبط بعوامل نفسية، تبطئ بناء وسير العمل العلاجي(صورة غير مباشرة للرفض)، قد تكون من المعالج أو المفحوص (Guichenez,2009)؛ ويقصد بالعلاقة التناظرية symétrique تجاذب في الأخذ والرد بين المعالج والمفحوص، بينما العلاقة التكاملية complémentaire هي توافقية بين المعالج والمفحوص.(Deneux et al,2009).

1-3-الاختبارات النفسية: أدوات تشخيصية مساعدة على تحديد الاضطراب، قياس شدته، تمكن أيضا من خلالها تقييم أثر العلاج. وفي العلاج المعرفي السلوكي يتم استخدام الاختبار الموضوعي(مجموعة بنود تقيس خاصية أو اضطراب نفسي محدد).

1-4-أنواع المقابلة: بالرجوع إلى المقابلة، يمكن تقسيمها إلى عدة أنواع تعبر عن مراحل علاجية مختلفة، وهي:

1-المقابلة الدافعية : هي عملية تحضير المفحوص للسيرورة العلاجية، أين المفحوص يعي خاصية الاضطراب وعواقبه (Mirabel-Sarron,et Vera,2009).تهدف إلى "... زيادة الدافعية وتقليل المقاومة للتغيير"(Lejoyeux.2013 :p195)

2-المقابلة التقييمية: وفيها

1-2-التحليل الوظيفي(شبكة سيكا): وضعت هذه الشبكة من قبل جون كوترو، وهو نموذج تستخدمه الجمعية الفرنسية للعلاج المعرفي السلوكي في اضطرابات نفسية محددة، من بينها اضطراب الوسواس القهري(Deneux et al,2009). هنالك شبكة سيكا معدلة من قبل Cottraux(2010) التي سنعتمد عليها في التحليل الوظيفي.

تضم شبكة "سيكا" جانبين، الجانب الأول يسمى Synchronie ويخص تحليل المشكل في الوقت الراهن "الآن"، أما الجانب الثاني فيسمى Diachronie ويعنى بالسياق التاريخي بمختلف العوامل التي تقف وراء السلوك المشكل ، تفصيل هما كالآتي:

2-1-1-1- الأنية Synchronie:

Anticipation التوقعات: " يتعلق بمجموعة من الأفكار، الصور، الانفعالات والسلوكيات التي تقع قبل مواجهة الوضعية المشكلة والتي يمكن أن ترتبط بعواقب السلوك المشكل على المدى الطويل فيما يخص الموضوع" (Cottraux, 1985) في (Deneux et al:p179)؛

Situation الوضعية أين يظهر السلوك المشكل؛

Emotions الانفعالات المرتبطة بالسلوك المشكل؛

Pensées automatiques الأفكار الأوتوماتيكية المرتبطة بالانفعالات؛

Schémas cognitifs المخططات المعرفية؛

Comportements: " السلوك المفتوح الملاحظ، والسلوك المحجوب غير الملاحظ. تفاصيل بشأن التواتر، المدة، الشدة، الطوبوغرافيا، الكمية (Cottraux, 1985) في (Deneux et al:p179)؛

Environnement البيئة: علاقة السلوك بالمحيط من خلال نتائج هذا السلوك على المحيط من ناحية الخطورة أو من ناحية طبيعة التعامل التي تسمح باستبقاء السلوك المشكل (نفس المرجع)؛

2-1-1-2 التسلسل الزمني Diachronie: وفيه كما جاء عن (Cottraux, 1985) في (Vera,2009 :p179)

–"العوامل الأولية المفجرة déclenchants للمشكل المثار من الحالة. الأسئلة التي يتم طرحها: متى، أين، كيف حدث هذا المشكل لأول مرة؟ ما كان أصلها؟"

–العوامل التاريخية المستقبلية maintien للمشكلة. المعالج يمكن أن يطلب: " لماذا المشكل لم يتحسن...؛ لماذا لم تعالج؛ بالنسبة إليك لماذا العلاج السابق لم يقدم تحسنا؛ ماهي عواقب المشكلة عليك، حياتك، محيطك، إلخ؛

– العوامل المهيئة prédisposant المحتملة: "العوامل النمائية والبنوية (الجينية، البيولوجية، الشخصية)، المعطيات العائلية (تشمل التاريخ والمعايير العائلية، السوابق الطبية العقلية)؛

–"العوامل المسرعة précipitant للاضطراب، تتطابق مع الأسباب التي تعزز طلب العلاج. يمكن أن نطرح كذلك: مالذي يدفعك للفحص الآن؟ ولماذا الآن وليس قبل أوفي وقت لاحق؟ الإجابة عن هذه الأسئلة يسمح بتقييم درجة الدافعية و العوامل التي ينطوي عليها طلب التغيير وتقييم كذلك الحاجة الطارئة للرعاية (أدوية و/أو العلاج النفسي)؛"

–العلاجات السابقة.

–مشاكل أخرى: تعيق حياة المفحوص.

3-المقابلة التشخيصية: هي عملية تحديد الاضطراب و ذلك من خلال:

3-1- تشخيص الاضطراب النفسي بالاعتماد على DSM5

3-2- تطبيق مقياس بيل براون Yale-Brown لتقييم شدة الوسواس والأعراض القهري. وهو مقياس أعده Goodman et coll (1889) في (Mirabel-Sarron, Vera, 2011). يتكون من 10 بنود (5 للوسواس و 5 للقهر) كل بند يحوي إجابة من متعدد [0-4]، والتقييم النهائي هو: [0-7=خفيف جدا؛ 8-15=خفيف؛ 16-23=متوسط؛ 24-31=ملحوظ؛ 32-40=شديد] في (www.cbtarabia.com).

3-3- قائمة بيك الثانية للاكتئاب

قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب المقننة على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، صورة الراشدين B.D.I-II من قبل البروفسور بشير معمريّة من جامعة الحاج لخضر-باتنة (2010). تضم القائمة 21 بندا تتوزع الدرجات في كل بند بين [0-3]، ليعطي المجموع في النهاية مستويات الاكتئاب حسب الذكور أو الإناث. النتائج كما هي عند الذكور (بما أن الحالة ذكر) هي: [0-16 غياب الاكتئاب؛ 17-24 اكتئاب خفيف؛ 25-32 اكتئاب متوسط؛ 33-63 اكتئاب شديد] الهدف من استخدام هذه القائمة نابع من الارتباط القائم (الاعتلال المشترك) بين الاكتئاب واضطراب الوسواس القهري، فقد يكون الاكتئاب عرضا ثانويا نابع من المعاناة النفسية التي تصفيها الأعراض الوسواسية القهرية، كما قد يكون مؤشرا صحيا على مدى تقدم العمل العلاجي إذا تراجعت درجات الاكتئاب في هذه الحالة.

4-مقابلة نفسية تربوية: شرح المفاهيم المتعلقة باضطراب الوسواس القهري، وتصور النموذج المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب وكذا كيفية التدخل العلاجي.

5-المقابلة العلاجية: وفيها يتعلم المفحوص رصد المعتقدات غير التكيفية وارتباطها بالانفعال ومن ثم العمل على تليينها، وتقنية وقف الأفكار الوسواسية.

6-مقابلة المتابعة العلاجية: بعد العلاج يتم تقييم مدى استمرار التحسن وتفاذي الانتكاس.

1-5- التقنيات المستخدمة في المقابلة المعرفية السلوكية

تتلخص المقابلة في سبع تقنيات فعالة كما يصفها (Cottraux, 2011 : P16) في الآتي :

1-إعادة الوضع في سياق RECONTEXTUALISER: أسئلة مفتوحة تطرح من أجل استعراض ما يعيشه المفحوص ووضع رابط بين الاجتماعي والشخصي: ما الذي فجر هذا السلوك أو هذا الانفعال؟

2-إعادة تشكيل REFORMULER: استجابات معكوسة بنمط مختلف

3-تلخيص وتوضيح ما قيل.

4-تدعيم RENFORCER: اعطاء قيمة للشخص ولما يقوله.

5-**اللف والمقاومة ROULER AVEC LA RESISTANCE**: استجابة دون نقد، دون حكم أخلاقي، قبول المفحوص كما هو.

6-**إعادة تأطير RECADRER**: يعرض المعالج إطار جديدا كما يقدم اضاءة جديدة، تفسيراً جديداً، يفتح زاوية واسعة لوضع المشكل في منظور معين

7-**الرجوع إلى التاريخ الشخصي**: التركيز على الصعوبات الحالية والجانب التاريخي للمخططات المعرفية.

خلاصة: العلاج المعرفي السلوكي باعتباره منهجا اكلينيكيًا فإنه يعتمد على المقابلة والملاحظة والاختبار النفسي الموضوعي. هذا ويمر العلاج بعدة مراحل تختص كل مرحلة بنوع خاص من المقابلة تستدعي تقنيات مناسبة لهذه الخصوصية.

الفصل الخامس

تطبيق العملية العلاجية

تمهيد

- 1- الحدود الزمانية والمكانية
- 2- صعوبات الدراسة
- 3- مراحل العملية العلاجية
- 4- وصف الحالة
- 1-4- نمط الحياة
- 2-4- الفحص الاكلينيكي العام
- 5- التشخيص
- 6- تاريخ الاضطراب
- 7- المخططات غير الوظيفية للحالة
- 1-7- المعتقدات غير الوظيفية
- 2-7- التحريفات المعرفية
- 8- استراتيجيات التحييد
- 9- التجنب
- 10- التحليل الوظيفي: باستخدام شبكة سيكا
- 11- المقابلة العلاجية ومحتواها

تمهيد: يختص هذا الفصل بالوصف الشامل لسيرورة العمل العلاجي وما يتضمنه من محتوى.

1- الحدود المكانية والزمانية للدراسة: أجريت الدراسة بمدينة وهران بمنزل المُعالج في الغالب، أين بدأ العلاج من تاريخ 2016/3/4 إلى 2016/5/15.

2- صعوبات الدراسة: من الصعوبات التي واجهتها في الدراسة: الحصص العلاجية أين كانت في الغالب متباعدة وغير منتظمة، قد تشكل مقاومة للتغيير وخوف من التطرق لقضايا متعلقة بجوانب شخصية، هذا بالخصوص في المقابلات الأولى من العلاج، لكن مع انتصاف المقابلات العلاجية العلاقة العلاجية بدت أكثر توطيذاً، كما هو الحال في وجود تفاعل أكثر في الحصة العلاجية.

الحالة لديها صعوبة أكبر في تذكر الخبرات السابقة، وفي بعض الأحيان قد يستغرق وقتاً أكبر مما هو في المعتاد لاسترجاع المعلومات، هذا ما يعيق في تحديد الأفكار غير الوظيفية المرتبطة بالمواقف المتعددة.

3- مراحل العملية العلاجية: مرت العملية العلاجية بالمراحل التالية

1- بناء علاقة وتحديد المشكل والعمل على التحفيز: في عدة مقابلات وجيزة

2- التحليل الوظيفي و بناء التشخيص

3- تربية نفسية: مفاهيم حول: اضطراب الوسواس القهري-التصور المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب- العلاج المعرفي السلوكي.

4- تطبيق العلاج .

4- وصف الحالة

الحالة "ك" ذكر في 40 من العمر، متزوج، تاجر.

4-1- نمط الحياة:

يتسم الحالة بالانطواء، الخجل وقلة العلاقات الاجتماعية. يسعى في الفترة الراهنة في أن يخرج من هذا الانطواء من خلال الانغماس في العلاقات الاجتماعية من خلال النشاط الجمعي أو التجاري.

4-2- الفحص الاكلينيكي العام

لباس مرتب منظم، يوجد تفاعل داخل الجلسة كما يلاحظ ذلك في الإيماءات وحركات العين وكذا الردود سواء من أجل التوضيح أو الإجابة عن السؤال، تفكير ولغة واضحتين ومنطقيتين كما هو الحال في استعراض الأفكار وتسلسلها وبساطتها، وعي واستبصار بالمشكل من خلال محاولة فهم الاضطراب والبحث عن سبل العلاج على شبكة الأنترنت، لكن نلاحظ بأن الحالة لديها صعوبة في استذكار واستحضار المعلومة في مختلف الجوانب الحياتية وبالخصوص فيما يتعلق بالعوامل التي كانت أصل ظهور الاضطراب والعوامل التي صاحبت ظهوره.

4-3-طبيعة العلاقة العلاجية: اتسمت العلاقة العلاجية في البداية بوجود مقاومة جزئية من قبل الحالة كما هو الحال في عدم انتظام المواعيد العلاجية، صعوبة وتخوف في استذكار منشأ الاضطراب والظروف التي أحاطت به، وكذلك في عدم قيام الحالة بأعمال الواجب المنزلي بسبب شعوره بالعجز أحيانا أو انخفاض الرغبة في انجازها أو شعوره بأن التقنيات التي يتخللها هذا الواجب تافهة ولن تقدم أي تحسن علاجي، لكن مع مرور الحصوص توطدت العلاقة العلاجية حيث أصبح الحالة يستشعر العلاقة التعاونية ويضمن أكثر للمعالج، كما بدأ يقوم بتطبيق الواجب المنزلي. أما عن شكل التواصل فقد كان متوازنا نوعا ما بين التناظري والتكاملي، إذ أنه في بعض الأحيان يأخذ شكلا تناظرياً عندما يأخذ الحالة في وصف السلوك المشكل، أو في حالة التربية النفسية من قبل المعالج، وفي الأحيان الأخرى يأخذ شكلا تكامليا يظهر بصفة أكبر في التشخيص وشبكة سيكا للتحليل الوظيفي وعند مناقشة الأفكار غير الوظيفية.

5-التشخيص: بالرجوع إلى الدليل 5 (DSM5): الحالة لديها أفكار تطفلية غير مرغوبة متمثلة في احتقار الذات وضعف في الكفاءة على التواصل الاجتماعي، تكون مستمرة ومتكررة لأكثر من ثمانية ساعات في اليوم، تسبب ضائقة ومعاناة نفسية، يسعى الحالة لتجاهلها وتحبيدها من خلال أفعال عقلية متمثلة في ألفاظ ترد على الأفكار التطفلية أين يشعر بعدها بالتخفيف من الضيق والمعاناة النفسية. تسبب هذه الوسواس والأفعال العقلية خللا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية. هذا ويدرك الحالة بأن هذه الأفكار من نفسه وبأنها خاطئة لذا فهو يقاومها من خلال محاولة السيطرة عليها.

6-تاريخ الاضطراب

بدأ الاضطراب منذ 21 سنة بصفة تدريجية بداية من دراسة الحالة في الجامعة. حينما بدأ يشعر بخوف وقلق شديد) عند التحدث مع الناس وبالخصوص الغرباء سواء في الجامعة، الإدارة... هذا مادفعه للتفكير بصورة مستمرة عن سبب هذا القلق والخوف غير الطبيعي، ليأخذ هذا الانشغال الفكري بالامر تدريجيا شكل اجترارات فكرية وسواسية لا يستطيع مقاومتها أو السيطرة عليها، وليخفف من حدتها التجأ بصفة قهرية لأفعال عقلية قصد التخفيف من حدتها. هذا وقد أخذت هذه الوسواس ذروتها في الشدة سنة 2011 لمدة ستة أشهر، حتى ظن -على حد قوله- بأنه "سيجن"، وللتخفيف من حدتها استعان بالدعاء والصلاة وقرآنة القرآن، ورقية نفسه، كما أنه يذكر بأنه استعان بدواء من الصيدلية للتخفيف من حدة الام الرأس.

يشك الحالة في أن شدة هذه الأخيرة في أن تكون "مسا شيطانيا" نظرا لشدها غير الطبيعية ولعثوره على قرائن متمثلة في مواد سحرية في بيته.

هذه الاجترارات الوسواسية تطورت لمواضيع أخرى وبالخصوص الدينية منها(أفكار سب الله، الوضوء، تكبيرة الأحرام). كل هذه الوسواس في الغالب الأعم لا يستطيع مقاومتها.

الحالة عرفت حالة من الاكتئاب أين اشتدت عليه في مرحلة معينة، لكنها بدأت في الانخفاض حينما بدأ يحدث نفسه بأنها ابتلاء من الله وعليه أن يصبر على هذا الحال.

7-التشويهاات المعرفية للحالة:

7-1-المعتقدات غير الوظيفية

من المعتقدات غير الوظيفية كما هي عند الحالة نجد **المسؤولية المضخمة** المعبرة عن شعور بتحقق الأفكار التطفلية المزعجة بمجرد وجودها في الذهن والتي ستعكس فعلا ضعف في تقدير الذات وكذا الكفاءة الاجتماعية ، هذا الشعور مرتبط أيضا بمعتقد **المبالغة في تقدير الأفكار** أين يعطي أهمية كبيرة لهذه الوسوس التي بإمكانها أن تحقق وأنه ماينبغي أن تراود ذهنه الذي عليه أن يكون صافيا من هذه الأفكار المزعجة **"معتقد الكمالية"**، لذلك فهو **يبالغ في تقدير الخطر** المنعكس على الذات، هذه المبالغة في التقدير تصبح مصدرا للقلق والضيق النفسي ومن ثم ضرورة السيطرة على هذه الأفكار **"أهمية التحكم في الأفكار"**.

في هذه الحالة لم يرتبط معتقد **عدم تحمل الشك (عدم اليقين)** بالفكرة الوسواسية، لكنه نجد يرتبط بشخصيته كما هو في الخوف من الأنشطة الجديدة نظرا -حسبه- للمخاطر المحتملة ، لذلك يفضل الأنشطة الروتينية التي يتحكم في زمامها، وهذا مايعكس عجزا شخصيا في مواجهة التغير غير المتوقع وصعوبة وظيفية في الوضعيات الغامضة، هذا ويظهر أيضا هذا المعتقد في الاهتمام الكثير بالتفاصيل غير المهمة والتردد في اتخاذ القرارات بما يعيق حياة الحالة.

2-7- التحريفات المعرفية

- عبارات الالزام "يجب-ينبغي" التحكم في الأفكار، انجاز الأشياء بكمالية، تأدية الأفعال العقلية حتى يخفف من القلق والضيق النفسي.

- تفكير بالكل أو لا شيء (الأبيض أو الأسود): إما أن أنجح في التحكم في الأفكار وإما أن أفشل.

- التفكير الكارثي: بمجرد وجود الفكر فإنها يمكن أن تتحقق ويكون لها انعكاس سلبي على حياتي، سأشعر بالقلق والضيق إذا لم أتحكم في هذه الفكرة التطفلية، سأصاب "بالجنون" أو اضطراب في الدماغ إذا استمرت هذه الوسوس الشديدة.

8- **استراتيجية التحديد:** تتمثل في قيام الحالة بأفعال عقلية ذات طابع قهري لتخفيف القلق والضيق النفسي.

9- **التجنب:** تشتد الوسوس أحيانا في بعض المواقف الاجتماعية وأمام الأشخاص الغرباء، وهذا ما يدفعه إلى تجنب مثل هذه الوضعيات لتفادي القلق والخوف الشديد الناجم عن هذه المواجهة، وهذا ما يسبب اختلالا وظيفيا (طلب بعض الملزمات الادارية، مقابلة التوظيف المهني...)

10- **التحليل الوظيفي:** باستخدام شبكة سيكا

10-1- **الآنية Synchronie :**

- سأصاب "بالجنون" إذا استمرت هذه الوسواس الشديدة

- سأصاب باضطراب في الدماغ إذا استمرت هذه الوسواس الشديدة

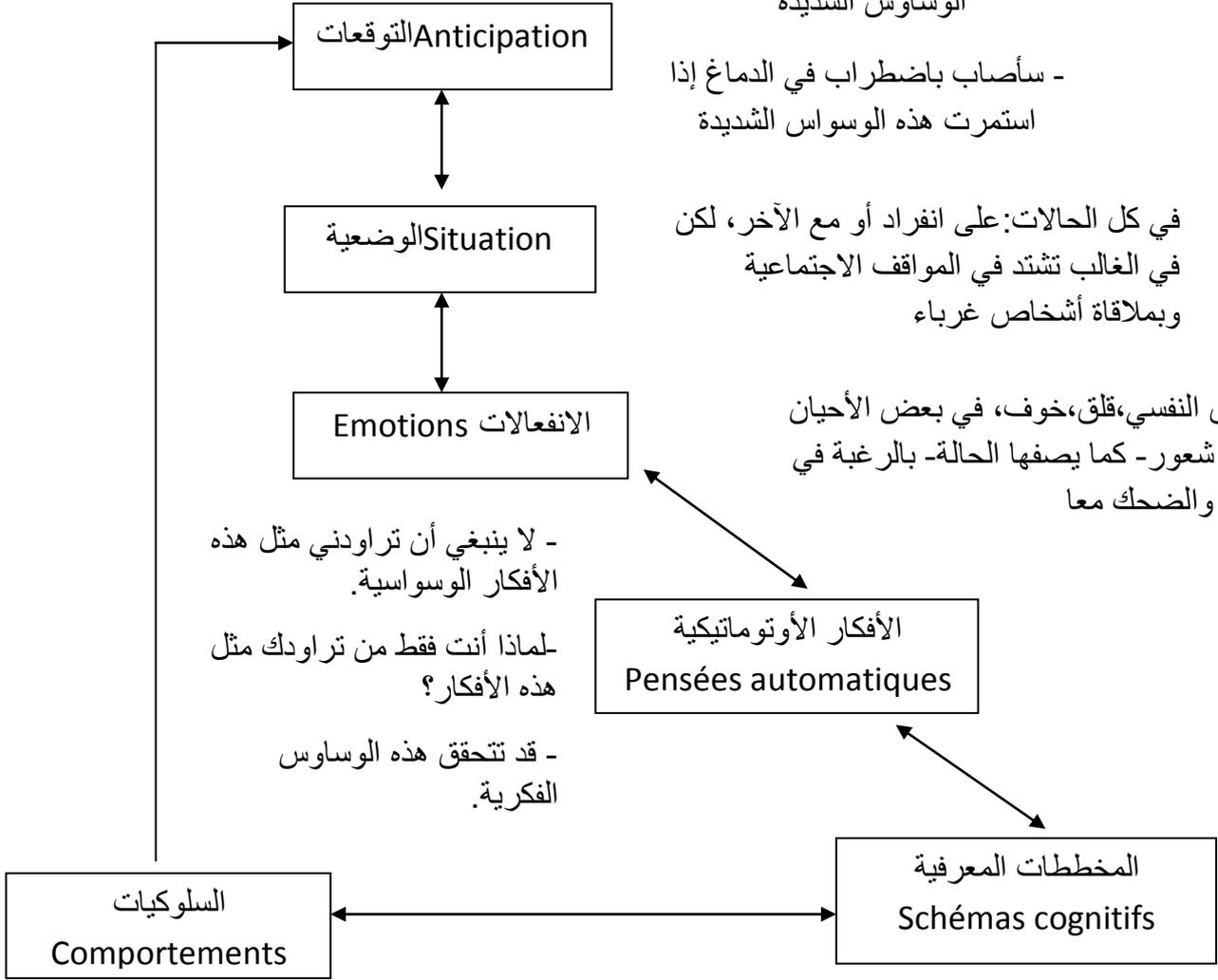
في كل الحالات: على انفراد أو مع الآخر، لكن في الغالب تشتد في المواقف الاجتماعية وبملاقة أشخاص غرباء

الضيق النفسي، قلق، خوف، في بعض الأحيان أحيانا شعور - كما يصفها الحالة - بالرغبة في البكاء والضحك معا

- لا ينبغي أن تراودني مثل هذه الأفكار الوسواسية.

- لماذا أنت فقط من تراودك مثل هذه الأفكار؟

- قد تتحقق هذه الوسواس الفكرية.



- استراتيجيات التحييد: تتمثل في قيام الحالة بأفعال عقلية ذات طابع قهري يرد فيها على الأفكار الوسواسية: "لا، أنا لذي شخصية، أنا لست دون الآخرين، أستطيع التكلم مع الناس دون خوف أو قلق."

- التجنب: أحيانا تجنب بعض الوضعيات الاجتماعية كالذهاب للإدارة، السوق لتفادي الوسواس الشديدة التي تظهر فيها.

معتقدات:

- المسؤولية المضخمة.
- المبالغة في تقدير الأفكار.
- المبالغة في تقدير الخطر.
- أهمية التحكم في الأفكار
- الكمالية

لا يوجد

البيئة Environnement

10-2-التعاقبي (التسلسل الزمني) Diachronie

المعطيات البنيوية الممكنة

1-المعطيات الجينية: الأب (متوفي) كان لديه اضطراب في ضغط الدم المرتفع

2-المعطيات الشخصية:

-شخصية: - تتسم بالخجل،الانطواء،نزعة نحو الكمالية،الدقة والصرامة المفرطة في انجاز المهام والأنشطة،ضمير أخلاقي شديد(صارم)،تردد شديد في اتخاذ القرارات،حساسية شديدة للنقد.

- شخصية وسواسية قهرية حسب (DSM5)

العوامل التاريخية المستقبلية الممكنة:

-غياب الرعاية العلاجية :غياب التدخل العلاجي النفسي.

-غياب دعم المحيط :فضل الحالة التكتم عن معاناته.

-العزلة

-ضعف تأكيد الذات.

العوامل الأولية المفجرة:

وجود خوف وقلق الذي ينتاب الحالة عند مواجهة الطلبة في الجامعة أو التحدث إليهم، أو خارج الجامعة سواء ممن يعرفهم أحيانا أو الغرباء.

العوامل المسرعة للاضطراب: الدخول الدخول إلى وسط جديد (الجامعة) أين تخلله صعوبة في التواصل مع الطلبة الغرباء، الإدارة، بسبب شدة الخوف والقلق.

العلاج: لا يوجد أي تدخل علاجي.

مشاكل أخرى: رهاب اجتماعي؛اكتئاب ثانوي ناتج عن الاضطراب الوسواسي القهري(درجة متوسطة حسب قائمة بيك الثانية للاكتئاب).

11-المقابلة العلاجية ومحتواها : يلخص محتوى المقابلات العلاجية الجدول التالي:

الحصص	التاريخ	المدة	محتواها
1	2016/3/4	25دقيقة	1-تحديد الوضعية المشكلة. 2-إقامة التشخيص 3-العقد العلاجي: المتضمن لسيروورة الحصص العلاجية : -حوالي عشرة حصص،المدة زمنية 30 دقيقة،حصتين في

الأسبوع،الثلاثاء والجمعة، المكان في بيتي العائلي، العمل على احترام المواعيد والمواظبة على العمل العلاجي			
-تحديد ومناقشة العرض الوسواسي الذي يرغب الحالة في معالجته والذي يسبب معاناة نفسية كبيرة. - الشروع في القيام بشبكة سيكا للتحليل الوظيفي	27دقيقة	2016/3/15	2
-الاستمرار في إقامة شبكة سيكا للتحليل الوظيفي	21دقيقة	2016/3/27	3
- تم تطبيق: 1- مقياس بيل براون 2- قائمة بيك الثانية للاكتئاب - الاستمرار في القيام بشبكة سيكا للتحليل الوظيفي	36دقيقة	2016/4/7	4
-تربية نفسية:تعريف بتقنية وقف الأفكار و فاعليتها وكيفية اجرائها. -تطبيق تقنية وقف الأفكار. -واجب منزلي حول تقنية وقف الأفكار.	31دقيقة	2016/4/15	5
-مراجعة الواجب المنزلي(تقنية وقف الأفكار). -مناقشة العلاقة القائمة بين (الأفكار-الانفعالات والسلوكيات). -واجب منزلي : الاستمرار في تطبيق تقنية وقف الأفكار.	27دقيقة	2016/4/18	6
- مناقشة أسباب تجنب الوضعيات الاجتماعية و علاقتها بالأفكار والانفعالات .	34دقيقة	2016/4/25	7
-تحديد المعتقدات غير الوظيفية. -شرح وتوضيح بعض المعتقدات المختلة في الاضطراب الوسواسي وكذا المخاوف الاجتماعية وكيفية تأثيرها على السلوك	25دقيقة	2016/4/27	8
-مراجعة الواجب المنزلي السابق(تقنية وقف الأفكار وجدول الأفكار غير الوظيفية) - تفعيل الدافعية للعلاج:بهدف بذل مجهود للتغيير الذي يعتبر قراره الوحيد،وأنه يمكن أن يتحسن في علاج إذا واطب على القيام بالواجبات المنزلية. --تربية نفسية: المعتقدات غير الوظيفية في مجال الاضطراب الوسواسي، وكيفية استعمال جدول التقييم الذاتي وتعديل الأفكار غير الوظيفية -مناقشة الأفكار والانفعالات المنبعثة في المواقف الاجتماعي نظرا لاشتداد الوسواس فيها. -واجب منزلي: - تقنية وقف الأفكار - جدول التقييم الذاتي وتعديل الأفكار غير الوظيفية	27دقيقة	2016/4/28	9
- مراجعة الواجب المنزلي: جدول التقييم الذاتي وتعديل الأفكار غير الوظيفية. - مناقشة التحريفات المعرفية وأثرها على السلوك.	20 دقيقة	2016/5/4	10
- مواصلة مناقشة التحريفات المعرفية وأثرها على السلوك	20	2016/5/8	11

	دقيقة		
جلسة ختامية: مناقشة سيرورة العمل العلاجي ، التقنيات ومدى فاعليتها ، ملاحظة الحالة على العلاج وكفاءة المعالج -تطبيق المقياس البعدي لكل من : 1- مقياس بيل براون 2-قائمة بيك الثانية للاكتئاب	41 دقيقة	2016/5/15	12

12-نتائج مقياس بيل براون وقائمة بيك:

12-1-مقياس بيل براون: 28 درجة في التطبيق القبلي و 24 درجة في التطبيق البعدي.

12-2- قائمة بيك الثانية للاكتئاب: 30 درجة في التطبيق القبلي و 23 درجة في التطبيق البعدي.

الفصل السادس استخلاص النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد

- 1- نتائج الدراسة
- 2- مناقشة الفرضيات

تمهيد: سنستعرض في هذا الفصل الخلاصة النهائية للدراسة من دراسة النتائج ومناقشة الفرضيات.

1- نتائج الدراسة

فيما يخص تقييم اضطراب الوسواس القهري باستخدام مقياس بييل براون Yale-Brown : فإن مجموع الدرجات في التطبيق القبلي هو 28 درجة أين تدل على أن شدة الاعراض هي فوق المتوسط وفيها أن الأعراض ملحوظة ومن المحتمل أن تفسد نوعية حياة الحالة بصورة كبيرة، أما في التطبيق البعدي انخفضت الدرجة إلى 24 لكن مع هذا تبقى لها نفس الدلالة السابقة.

وبمقارنة نتائج التطبيق القبلي والبعدي لمقياس بييل براون نجد أن الوقت المستغرق للأفكار الوسواسية المقدر بأكثر من 8 ساعات بقي كما هو ولم يطرأ بشأنه أي تغيير، أما مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع النشاطات الاجتماعية و العملية فقد أخذ شكلا واضحا أمكن السيطرة عليه في التطبيق البعدي، في حين كان التطبيق القبلي متعارضاً مسبباً لخلل كبير يصعب السيطرة عليه، كما أن مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية شهد انخفاضا من حالة الشدة والإنزعاج الشديد إلى حالة من التوسط والانزعاج لكن مع امكانية السيطرة عليها. هذا وأصبح بإمكان الحالة السيطرة على الأفكار الوسواسية حيث أخذت هذه السيطرة درجة متوسطة في بعض الأحيان بعدما كانت السيطرة قليلة ونادرة. ومنه يمكننا القول بأن هذه التقنيات المعرفية كان لها دور في تليين المعتقدات غير الوظيفية مما انعكس إيجاباً على تخفيض شدة الأفكار الوسواسية، فبعدما قدرت الشدة بـ 15 درجة انخفضت إلى 12 درجة. وفي الأفعال العقلية نجد أن الوقت المستغرق لها قد ازداد لأكثر من 8 ساعات في اليوم بعدما كان لأكثر من 3 ساعات، وقد يرجع هذا الازدياد إلى أن الحالة عرف انقطاع- لما يزيد عن الأسبوع- عن النشاط المهني الذي يعتبره الحالة عاملاً مساعد في التخفيف من حدة الأفعال العقلية، حيث يشتت انتباهه لهذه الوسواس ويجعله أكثر تركيزاً واهتماماً للنشاط المهني. وفيما يخص التعارض الذي تحدثه الأفعال العقلية في الحياة الاجتماعية والعملية نجدها تأخذ شكلا واضحا معيقاً لهذه الجوانب لكن مع امكانية السيطرة عليها على حد سواء في المقياس القبلي أو البعدي، بينما القلق قد انخفض في المقياس البعدي حيث أصبح بإمكان الحالة أن يتحملة بعدما كان مزعجاً وواضحاً للغاية، هذا ونظراً لبعض المحاولات في مقاومة تجسيد الأفعال العقلية كما هو الحال في المقياس القبلي والبعدي فإن الحالة أصبح بإمكانه أن يوقف الأفعال العقلية بصعوبة في المقياس البعدي بعدما كان يؤخرها بصعوبة لفترة وجيزة ليقوم بها فيما بعد حتى النهاية. وهذا ما يدل على أن تقنية وقف الأفكار كبديل للأفعال العقلية أتى بثماره ولو بدرجة طفيفة، وأن لتقنية المراقبة الذاتية ولفت الانتباه للمعتقدات غير الوظيفية وتكييفها مكن من التركيز بدرجة طفيفة أيضاً على طبيعة الأفكار التطفلية بدلاً من التوجه نحو تجسيد الأفعال العقلية. على وجه العموم انخفضت شدة الأفعال العقلية بدرجة واحدة من 13 درجة إلى 12 درجة.

النتائج النهائية لمقياس بييل براون تظهر انخفاض درجة المقياس البعدي عن المقياس القبلي بفارق أربعة درجات وذلك من 28 إلى 24 درجة، هذا ما يدل على وجود تحسن طفيف للحالة.

وبمقارنة نتائج التطبيق القبلي والبعدي لقائمة بيك الثانية للإكتئاب نجد أن الاكتئاب انخفض من الدرجة 30 التي تعبر عن مستوى متوسط إلى الدرجة 23 والتي تعبر عن مستوى خفيف، وهذا ما يعتبر مؤشراً يمكن من خلاله إثبات أثر العمل العلاجي على المستوى الانفعالي بتخفيف الضيق والمعاناة النفسية.

وبمراجعة: 1- المعتقدات غير الوظيفية والانحرافات المعرفية: نجد أن المؤشرات السابقة الدالة على الانخفاض في كل من مقياس بيل براون وقائمة بيك الثانية للاكتئاب تعبر عن وجود نوع من الوعي بهذه المعتقدات ومحتوى الأفكار الأوتوماتيكية الدالة عن انحرافات معرفية تساهم في شدة الأعراض واستبقائها، تجلى هذا الوعي من خلال الملاحظة الذاتية برصد الأفكار غير الوظيفية وتقييمها.

2- استراتيجية التحييد: تم وضع تقنية وقف الأفكار كتقنية سلوكية تقف دون القيام بالأعمال العقلية والتوجه المباشر للوساوس الفكرية، لكن نظرا لعدم المواظبة اليومية في استخدام التقنية فإن وقف الأعمال العقلية لم تحقق أي أثر ايجابي معتبر.

3- التجنب: انخفض التعارض الذي تحدته الأفكار الواسوسية مع النشاطات الاجتماعية والعملية ليصبح كما في مقياس بيل براون واضحا مع مكانية السيطرة عليه، وهذا الانخفاض راجع للاشتغال على المعتقدات غير الوظيفة والتعريفات المعرفية وربطها بالانفعال أين نتج عنه انخفاض في مستوى القلق والضيق النفسي ومنه تقليل تجنب الوضعيات المثيرة للوساوس الشديدة.

4- التعزيزات السلبية: نظرا لغياب أثر ايجابي لتقنية وقف الأفكار فإن الأفعال العقلية تبقى دائما معززة لبقاء واستمرار الأفكار الواسوسية.

2- مناقشة الفرضيات:

بالرجوع إلى الفرضيتين الجزئيتين للدراسة، فإننا نجد أن الفرضية الأولى المتمثلة في دور تقنية وقف الأفكار في التخفيف من حدة الأفعال القهرية لم تحقق النتائج المتوقعة، فحدة الأفعال القهرية ونخص بالذكر الفعل العقلي بقيت على نفس المستوى من الشدة ومنه فإن هذه الفرضية الجزئية لم تتحقق، لكن ماينبغي الإشارة إليه أنه لا يمكننا في الواقع أن نحكم على مدى فاعلية هذه التقنية نظرا لعوامل ذاتية مرتبطة بالحالة، منها عدم المداومة على تطبيق هذه التقنية وشعوره في الغالب بالعجز في تنفيذها، كما يشعر في بعض الأحيان أن هذه التقنية -كتوقع مسبق- لا يمكن أن تقدم نتائج ايجابية، وفي بعض الأحيان تكون الوسواس شديدة لدرجة يعجز عن مقاومتها.

أما الفرضية الجزئية الثانية المتمثلة في دور سجل المراقبة الذاتية وتكييف الأفكار في تليين المعتقدات غير الوظيفية بما يسمح من تخفيف حدة الوسواس الفكرية قد تحققت، وذلك لانخفاض المعاناة النفسية من قلق وضيق نفسي من المستوى الشديد إلى المتوسط، كما هو الحال في الاكتئاب بانخفاضه من الدرجة المتوسطة إلى الخفيفة، ويرجع هذا لطبيعة التقنية التي تربط بين الأفكار والانفعالات، حيث تنخفض حدة الانفعالات بحسب الأفكار التي تفسر الوضعية، هذا ويعبر عن دور هذه التقنية في التخفيف من حدة الوسواس انخفاض مقدار التعارض الذي تحدته الأفكار الواسوسية مع النشاطات الاجتماعية والمهنية من الخلل الكبير إلى تعارض واضح يمكن السيطرة عليه. وكتعليق للتليين الطفيف للمعتقدات غير الوظيفية يمكننا القول بأن الحالة اعتمدت في غالب الأحيان على التجريد الذهني في عمل سجل المراقبة والتقييم بدل التدوين الكتابي الذي يسمح بطرح الأفكار خارج الذهن ومناقشتها ومقارنة النتائج المختلفة بما يسمح بتقييم جيد للأفكار والمعتقدات.

على العموم شدة الأعراض انخفضت كما هو في مقياس بيل براون من الدرجة 28 التي تعبر عن مستوى فوق المتوسط (شدة ملحوظة) ومن المحتمل أن تنعص حياة الحالة بصورة كبيرة إلى الدرجة 24 والتي لها نفس الدلالة السابقة، لكن تبقى قريبة بفارق درجة واحدة عن المستوى المتوسط الواقع درجاتها

مابين[16 و23] ، ومنه يمكننا أن نقول أن الأعراض الوسواسية القهرية خفت من حدتها عموماً بدرجات طفيفة بفعل العلاج المعرفي السلوكي، وهو تحقيق للفرضية الأساسية المتمثلة في أنه يمكن أن يعطي العلاج المعرفي السلوكي أثراً إيجابياً في علاج هذه الحالة التي لديها اضطراب الوسواس القهري. وهنا نقول أن الإشكالية القائلة: هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يثبت فاعليته في علاج هذه الحالة التي لديها اضطراب وسواسي قهري؟ قد تحققت.

الخاتمة:

قد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فاعليته في التخفيف من حدة الأعراض الوسواسية لكن بدرجة طفيفة، إذ يتطلب الأمر مزيداً من الوقت، فحدود الدراسة تفرض علينا الإلتزام بوقت محدد، لكن مع المتابعة العلاجية يمكن أن تتحسن الحالة أكثر وتكون الفاعلية كبيرة جداً.

التوصيات والاقتراحات

- 1- الحالة بحاجة إلى مزيد من الحصص العلاجية والتي قد تتطلب مزيد من الوقت شريطة أن يضاعف الحالة المجهود وكذا الاستمرارية في تطبيق التقنيات العلاجية التي تعلمها.
- 2- ضرورة إشراك المحيط (العائلة، صديق...) في العمل العلاجي قصد المتابعة في أداء الواجب المنزلي وكذا التحفيز على الاستمرار والتخفيف من المعاناة كدعم اجتماعي.
- 3- ضرورة أن يكون هنالك فريق طبي متكامل، قد يكون معالج نفسي مع طبيب نفسي (العلاج الدوائي) وأخصائي اجتماعي (التركيز على المهارات الاجتماعية) حتى يفي العلاج بغرضه.

قائمة المراجع

1- المراجع باللغة العربية:

- 1- بيك جوديث، ترجمة طلعت مطر. (2007). العلاج المعرفي "الأسس والأبعاد" المركز القومي للترجمة، القاهرة.
- 2- دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية. (2001)، وزارة الصحة، دمشق. أخذ من: www.moh.gov.sy/edc/site/pdf/nafsia/nafsia01.pdf (16:03-2014/6/13)
- 3- الزبير بشير طه. (2011). علم النفس في التراث العربي الإسلامي، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية. سلسلة الكتاب الإلكتروني، العدد 21. أخذ من: <http://arabpsynet.com/apneBooks/eB21ZBTCont&Pref.pdf>
- 4- السقا صباح. (2014). فاعلية العلاج الاستعرافي- السلوكي للوسواس القهري. 40(1)، ص367-393. أخذ من: <http://www.damascusuniversity.edu.sy/mag/edu/2010-02-14-13-53-20/63> 23:04--2015/11/ 8
- 5- الشربيني لطفي (2002). معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية - جامعة الدول العربية، الكويت.
- 6- ع كاشة أحمد. (2009). الطب النفسي المعاصر، المكتبة الأنجلوسكسونية، القاهرة
- 7- كلثوم بلميهوب، د. زناد دليلة، د. سايل حدة وحيدة، أ. قاصب بوعلام، أ. بوخاري سهام، أ. عيشوني شهرزاد. (2014). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات النفسية، DGRSDT المديرية العامة للبحث العلمي والتطوير التكنولوجي - CRASC مركز البحث في الأنتروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، طبع في المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية، وحدة الرغبة (الجزائر)
- 8- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية - الإكلينيكية - و الدلائل الإرشادية التشخيصية. (1992). (عكاشة أحمد، مشرف على الترجمة)، منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، الإسكندرية، مصر.
- 9- يوسف موسى فرحان مقداي. (2008). فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، ع2، (جويلية)، ص263-324.
- 10- أبو الهندي وائل. (2015/8/16). نطاق الوسواس القهري: المفهوم؟ أخذ من: <http://www.maganin.com/ocds/articlesview.asp?key=4> -11:55—2015/10/17-

2- المراجع الأجنبية:

- 1- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5^e). American Psychiatric Association, Washington, DC .

- 2- American Psychological Association.(2015). APA dictionary of psychology(2^e) . American Psychiatric Association,Washington, DC.
- 3- Canceil,O .Cottraux,J. Falissard,B. Flament,M. Miermont,J. Swendsen,J. Teherani,M. et Thurin,J.(2004). Psychothérapie:Trois approches évaluées, Inserm, Paris.
- 4- Chaloult ,L. Goulet. et Ngô Thanh-Lan.(2014).Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif (toc). Repéré à <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/guide-de-pratique-toc.pdf>
- 5- Clark.D. A., and Beck.A.T.(2010)Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice,The Guilford Press,New York.
- 6- Cottraux ,J.(2009).TCC et Neurosciences,Elsevier Masson ,Paris.
- 7- Cottraux,J.(2001).les thérapies comportementales et cognitives (3^e), Masson ,Paris.
- 8- Cottraux,J.(2004). Trouble obsessionnel compulsif,EMC-Psychiatrie ,1(January),52-74. Repéré à <http://www.researchgate.net/publication/240192311>
- 9- Cottraux,J.(2007).Thérapies cognitives et émotions La troisième vague, Elsevier Masson,Paris
- 10- Cottraux,J.(2011).les thérapies comportementales et cognitives (5^e), Masson ,Paris.
- 11- Cottraux,J.(2010). Grille SECCA. Repéré à <http://www.meditecc.fr/index.php/ressources/telechargements/func-startdown/9/> . 4/11/2015---17h :40
- 12- Deneux, A. Poudat François-Xavier.Servillat,T.et Venisse,J .(2009). Les psychothérapies : approche plurielle ,Elsevier-Masson,Paris.
- 13- Dupont,H.(Mai,2000).Evaluation dimensionnelle de l'impulsivite dans le trouble obsessionnel-compulsif,Thèse de doctorat, Université lumière à Lyon 2.

14- Grant, J.E., Chamberlain, S.R. et Odlaug, B.L. (2014). Clinical Guide to Obsessive Compulsive and Related Disorders, OXFORD university Press, New York. Repéré à

https://books.google.dz/books?id=9dRFAwAAQBAJ&pg=PR4&lpg=PR4&dq=Clinical+Guide+to+Obsessive+Compulsive+and+Related+Disorders,OXFORD&source=bl&ots=r2SDBtuVBM&sig=eyTa3f-LQc_wgIJmYHwXJ2H0emA&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwi_mbWHhMjMAhVGXBoKHSgVDR8Q6AEINzAD#v=onepage&q=Clinical%20Guide%20to%20Obsessive%20Compulsive%20and%20Related%20Disorders%2COXFORD&f=false

15- Guichenez, P. (2009). Établir une alliance thérapeutique en tabacologie dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives. Revue des Maladies Respiratoires, 26(3), pp 339-345 Repéré à

<http://www.em-consulte.com/rmr/article/208489> 10/5/2016—31 :41

16- Lejoyeux, M. (2013). Addictologie, 2^e, Elsevier-Masson, Paris. Repéré à

https://books.google.dz/books?id=-IH2habHmxYC&pg=PA195&dq=entretien+motivationnel&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=entretien%20motivationnel&f=false

17- Martine Bouvard. (2006). Les troubles obsessionnels compulsifs: principes, thérapies, applications, 2^e, Elsevier Masson S.A.S, Paris. Repéré à

https://books.google.dz/books?id=r7TsQ6H2sc4C&printsec=frontcover&dq=Martine+Bouvard+++obsession&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Martine%20Bouvard%20%20%20obsession&f=false

18- Mehran, F. (2011). Traitement du trouble de la personnalité borderline : Thérapie cognitive émotionnelle, Approche intégrative, 2^e, Elsevier Masson, Paris

19- Mirabel-Sarron, C. et Vera, L. (2011) 3^e. L'entretien en thérapie comportementale et cognitive, Dunod, Paris.

20- Olié, J; Gallarda, T; Duaux, E. (2012) Le Livre de l'Interne En Psychiatrie 2^e, Lavoisier Médecine-sciences, Paris. Repéré à

https://books.google.dz/books?id=t4w6Gkq1_H4C&pg=PA270&lpg=PA270&dq=les+obsessions+id%C3%A9atives+et+image&source=bl&ots=9z_R75SNp8&sig=d8MqnHCLyXVvtu0i0ZlitzVIQQ&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjpwJi5tcXMAhUL1

BoKHW3hCZw4ChDoAQgvMAQ#v=onepage&q=les%20obsessions%20id%C3%A9atives%20et%20image&f=false

21- Steketee ,G.(2012, Current Online Version).The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders,Oxford University Press,USA.

Repéré à

https://books.google.dz/books?id=7lpoAgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=The+Oxford+Handbook+of+Obsessive+Compulsive+and+Spectrum+Disorders&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiMg_Dy0rjMAhVDbz4KHYWnAnwQ6wElGzAA#v=onepage&q=The%20Oxford%20Handbook%20of%20Obsessive%20Compulsive%20and%20Spectrum%20Disorders&f=false

22- Tribolet,S.et Shahidi.M.(2005). Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques,Heures De France

23- Turgeon,L.et Parent,S.(2012) Tome 1.Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents : Troubles intériorisés ,Presses de l'université du Québec,Canada.

24- Van der Linden .M,et Ceschi.G.(2008) Tome II .Traité de psychopathologie cognitive États psychopathologiques. Tome II,Marseille Solal DL. Repéré à <https://books.google.dz/books?id=3DopAwAAQBAJ&pg=PA7&lpg=PA7&dq=Van+der+Linden+Martial,+Ceschi+Grazia&source=bl&ots=jNTWBzwSqT&sig=VXuPU9CBx dxVwYI uL3xQj5sw6A&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwi63Z pr8jMAhUK1xoKHU04ByYQ6AEITAB#v=onepage&q=Van%20der%20Linden%20Martial%20Ceschi%20Grazia&f=false>

25- Vera,L.et Leveau,J. (2009).TCC chez l'enfant et l'adolescent, Elsevier-Masson.

26- Yao,Sain-Nan.(1999).Troubles cognitifs dans les obsessions-compulsion .Thèse de doctorat,Université Lumière,Lyon2.

قائمة الملاحق:



www.cbtarabia.com

مقياس ييل براون للوسواس القهري Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المريض: رقم الملف: التاريخ:

رجاءاً .. ضع علامة (✓) على بعين الجملة التي توضح معدل حدوث كل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت هذه الجلسة.

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

0	لا يوجد
1	أقل من ساعة في اليوم، أو تتكرر أحياناً (بمعدل 8 مرات فأقل يومياً)
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيراً (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية)
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم، أو تحدث كثيراً جداً (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من معظمها وتتراها ما مائت ساعة بتون وسواس كثيرة)

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
3	تسبب عطلاً كبيراً في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
4	تسبب عطلاً كلياً

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية

0	لا يوجد
1	خفيف (أحياناً)، ليس مزعجاً
2	متوسط (غالباً) ومزعجاً ولكن يمكن السيطرة عليه
3	شديد (أغلب الوقت) ومزعج جداً
4	توتر كبير (دائم) لحد الإعاقة تقريباً

4- مقدار الجهد الذي المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة)

0	لا أبتل حيناً حتى أقوم دائماً (أو أن الأفكار قليلة جداً بحيث لا حاجة للمقاومة)
1	أحاول أن أقوم معظم الوقت
2	أبتل بعض المجهود حتى أقوم
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بتون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد
4	أستسلم كلية وبلا تردد للأفكار الوسواسية كلها

5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	سيطرة تامة
1	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أسرف انتباهي عن الوسواس عند بطل بعض الجهد والتركيز
2	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس
3	سيطرة قليلة، نادراً ما أتحج في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصوتية
4	لا سيطرة، نادراً ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو لمعظمت قليلة

مجموع الدرجات = ()

6- مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأعمال القهرية

0	لا شيء.
1	أقل من ساعة في اليوم ، أو تقوم بالأعمال لحيثاً (لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
2	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأعمال كثيراً (أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تنظر من الأعمال القهرية)
3	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأعمال كثيراً جداً (أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم) .
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأعمال بشكل دائم (أكثر من أن تخصصها وانرا مائتس ساعة لا تقوم فيها بالأعمال)

7- مقدار التعارض الذي تحدثه الأعمال القهرية في نشاطك الاجتماعية والعملية

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع التفاعلات الاجتماعية أو العملية ، ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	تعارض واضح مع التفاعلات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
3	تسبب عطلاً كبيراً في أداء التفاعلات الاجتماعية أو العملية
4	تسبب عجزاً كبيراً

8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأعمال القهرية

0	لا يوجد
1	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأعمال .
2	تظهر القلق لكن يمكن تحمله.
3	قلق واضح ومزعج للغاية.
4	قلق شديد بسبب عجزاً كبيراً.

9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأعمال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)

0	أبداً جيداً حتى أقوم دائماً (أو إن الأعمال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)
1	أحاول أن أقوم معظم الوقت
2	أصل بعض المحاولات للمقاومة.
3	أستسلم لكل الأعمال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها ، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	أستسلم كلية وبارادتي لكل الأعمال القهرية.

10- مقدار سيطرتك على الأعمال القهرية

0	سيطرة تامة.
1	عادة ما أوقف الأعمال القهرية بسمية
2	أحياناً أستطيع إيقاف الأعمال القهرية بسمية.
3	أستطيع بسمية أن أؤخر - فقط - الأعمال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.
4	نظراً ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأعمال القهرية وتو كسحطات.

مجموع الدرجات = ()

مجموع الدرجات الكلي = ()

قائمة آرون بيك وآخرون الثانية للاكتئاب BDI-II

ظهرت عام 1996-تطبق على 16 سنة من العمر فأكثر

العمر.....الجنس.....المهنة.....المستوى التعليمي.....

التخصص التعليمي.....

تعليمات

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموع، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

1	الحزن	0- لا أشعر بالحزن. 1- أشعر بالحزن معظم الوقت. 2- أشعر بالحزن طول الوقت. 3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 1- لم أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا
3	الفشل السابق	0- لا أشعر بانني شخص فاشل. 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3- أشعر بانني شخص فاشل تماما
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0- استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالذنب. 1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2- أشعر بالذنب معظم الأوقات. 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للأذى	0- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى. 1- لا أشعر بأنني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. 2- أشعر بأنني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.

		3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
7	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي عادي. 1- فقدت الثقة في نفسي. 2- أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3- لا أحب نفسي.
8	نقد الذات ولومها	0- لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0- ليس لدي أي أفكار للإنتحار. 1- لدي أفكار للإنتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2- أريد أن أنتحر. 3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	البكاء	0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أشعر بالرغبة في البكاء. 2- أبكي أكثر مما تعودت. 3- أبكي بكثرة جدا.
11	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. 1- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهدج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. 3- أتهدج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
13	التردد في اتخاذ القرارات	0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انعدام القيمة	0- لا أشعر أنني عديم القيمة. 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.
15	فقدان الطاقة على العمل	0- لدي نفس القدرة من الطاقة كما تعودت. 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.
16	تغيرات في نظام النوم	0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي. 1 أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1 ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.

		<p>2-أ-أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير.</p> <p>2-ب-أنام أقل مما تعودت بشكل كبير.</p> <p>3-أ-أنام معظم اليوم.</p> <p>3-ب-أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر،ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.</p>
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	<p>0-أغضب بدرجة عادية.</p> <p>1-أغضب أكبر مما تعودت.</p> <p>2-أغضب أكبر بكثير مما تعودت.</p> <p>3-أكون في حالة غضب طول الوقت.</p>
18	تغيرات في الشهية	<p>0-لم يحدث أي تغير في شهيتي.</p> <p>1-أ-شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>1-ب-شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما.</p> <p>2-أ-شهيتي أقل كثيرا مما تعودت.</p> <p>2-ب-شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت.</p> <p>3-أ-ليست لدي شهية على الإطلاق.</p> <p>3-ب-لدي رغبة قوية إلى الطعام طوال الوقت.</p>
19	صعوبة التركيز	<p>0-أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت.</p> <p>1-لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت.</p> <p>2-من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.</p> <p>3-أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.</p>
20	الإرهاق أو الإجهاد	<p>0-لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت.</p> <p>1-أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها.</p> <p>2-يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.</p> <p>3-أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.</p>
21	فقدان الاهتمام بالجنس	<p>0-إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام.</p> <p>1-أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت.</p> <p>2-أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.</p> <p>3-فقدت الإهتمام بالجنس تماما.</p>