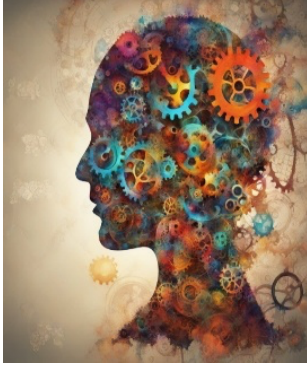


المنهج المرتكز على التعلق في العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) لاضطراب الوسواس القهري (OCD)

مقدمة في ما وراء البروتوكول القياسي



بالنسبة للمعالجين ذوي الخبرة في العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR)، فإن تكييف الممارسة العلاجية لمواجهة العروض السريرية المعقدة مثل اضطراب الوسواس القهري (OCD) يُعد خطوة أساسية في التطور المهني. يقدم هذا الكتيب نموذجًا معدّلًا يعتمد على العلاج بالـ EMDR المرتكز على التعلق (ai-EMDR).

هذا النهج يتجاوز البروتوكول القياسي للـ EMDR ليعالج بشكل مباشر الشقوق النمائية والارتباطية (Developmental and Attachment ruptures) التي غالبًا ما تكون في جوهر التجليات السريرية للوسواس القهري.

يركّز عملنا على اكتساب فهم أعمق حول كيفية تشكيل هذه الخبرات المبكرة للعالم الداخلي للمنتفع، وكيفية استخدام العلاج بالـ EMDR المرتكز على التعلق بشكل مدمج مع العلاجات المدعومة بالدلائل الخاصة بالوسواس القهري OCD، من أجل تسهيل عملية شفاء شاملة ومستدامة .

علم الأوبئة وعبء الوسواس القهري

تشير التقديرات إلى أن 2-3% من عموم السكان سيصابون باضطراب الوسواس القهري (OCD) خلال حياتهم (Kessler et al. 2005)، مع بقاء معدل الانتشار متسقًا نسبيًا عبر الثقافات (Williams & Steever, 2015).

إن التأثير المجتمعي والشخصي للوسواس القهري هائل. إذ يبلغ متوسط التأخير بين ظهور الأعراض وبدء العلاج حوالي 12 سنة، ويعود ذلك غالبًا إلى:

شعور الفرد بالخزي والخوف من العلاج والاعتقاد بأن أفكاره فريدة من نوعها، مرعبة و/أو غير قابلة للعلاج.

يمكن للطبوس القهرية في اضطراب الوسواس القهري (OCD) أن تُحدث شرخًا في العلاقة بين الآباء والأبناء، وكذلك بين الشركاء، الذين غالبًا ما يشعرون بعدم القدرة على استيعاب حجم الألم الذي يعيشه أحبائهم.

يؤثر الوسواس القهري في كل جانب تقريبًا من جوانب حياة الفرد، ويميل إلى الالتصاق بالقيم الأكثر أهمية بالنسبة له، مما يزيد من حدة معاناته وصعوبة الانفكاك عن الاضطراب.

النموذج المعرفي السلوكي وحدوده

يفترض النموذج المعرفي السلوكي (CBT) للوسواس القهري أن الضيق النفسي ينشأ من التفسير الخاطئ للأفكار التطفلية. ويهدف العلاج إلى مساعدة المنتفع على تطوير تفسير أقل تهديدًا لهذه الأفكار.

في دراسة مبتكرة، قام (Purdon & Clark 1993) بتجنيد 293 طالبًا وطلبوا منهم إكمال استبيان ذاتي مكون من 52 بندًا يستند إلى الخصائص المرتبطة بالوسواس السريرية.

وقد خلص الباحثان إلى أن 99% من هؤلاء المشاركين غير السريريين قد مرّوا بأفكار، وصور، ودوافع تسلطية مشابهة في مضمونها لتلك التي يختبرها الأفراد المصابون باضطراب الوسواس القهري (OCD).

ما يميز الأفراد المصابين بالوسواس القهري هو تقييمهم الذاتي لهذه الأفكار باعتبارها خطيرة أو غير مقبولة.

هذا يدعم النظرية القائلة بأن الوسواس القهري (OCD) هو نتيجة التقييم الذاتي للفرد للأفكار والصور التطفلية.

وهذا يثير تساؤلات مهمة:

- كيف ولماذا قام الشخص المصاب بالوسواس القهري بتقييم أفكاره/صوره بهذه الطريقة؟
- ما هي التجارب التكوينية والمعتقدات (المخططات (Schemas) التي تقف وراء هذه التقييمات؟ هناك تراكم متزايد من الأبحاث يشير إلى أن هذه التقييمات الذاتية ترتبط غالبًا بمعتقدات كامنة، مثل: الاعتقاد بوجود خلل أو شيء سيئ في داخل الفرد، أو الاعتقاد بأنه مسؤول شخصيًا عن منع الأذى عن الآخرين.

(Radomsky et al., 2014; Moulding & Kyrios, 2006; Rachman & de Silva, 1978).

تُمارس الانشغالات الوسواسية (Obsessional Preoccupations) والأفعال القهرية (Compulsions) في محاولة لتخفيف الضيق النفسي الناتج عن هذه المعتقدات .

(Clark, 2004; Rachman, 1998; Shafran et al., 1996).

التعرّض ومنع الاستجابة (ERP)

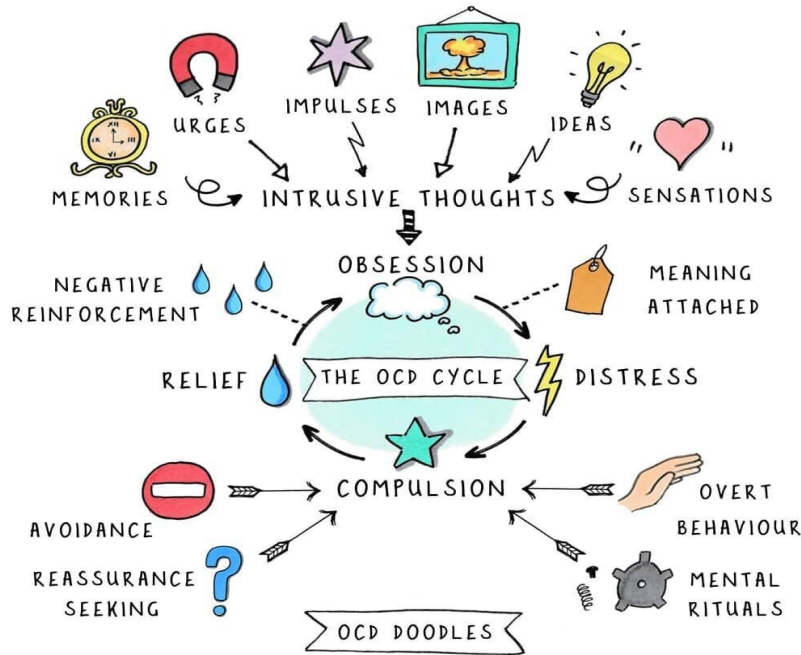
كان التعرّض ومنع الاستجابة (Exposure and Response Prevention – ERP) يُبنى تقليديًا على نموذج الاعتياد على القلق (Habituation Model of Anxiety)، حيث يتعرّض المنتفع لموقف مثير للقلق ويُطلب منه ألا يقوم بأي طقوس جسدية أو ذهنية (Compulsions) حتى ينخفض مستوى القلق لديه (Hezel & Simpson, 2019).

ورغم فعاليته لدى بعض المرضى، إلا أن التعرّض ومنع الاستجابة ERP مرهق للغاية، مما يؤدي إلى:

- معدلات انسحاب مرتفعة. (Abramowitz, 2006).

- استمرار المعاناة لدى الكثير من المرضى.

وهذا يبرز الحاجة إلى خيارات علاجية بديلة وأكثر قدرة على التحمل.



ما وراء العوامل العصبية: البُعد العلائقي في الوسواس القهري (OCD)

لا تزال المسببات العصبية الدقيقة (Neurobiological Aetiology) لاضطراب الوسواس القهري غير واضحة، كما أن النتائج المتعلقة بالعجز العصبي-النفسي لدى المصابين بالوسواس القهري غالبًا ما تكون متناقضة بين الدراسات. لا يمكن تحديد الوسواس القهري عبر فحص الدماغ أو التصوير العصبي وحده.

(Grant & Chamberlain, 2020)

ومن المثير للاهتمام أن Takahashi وآخرون (2004) وجدوا نشاطًا دماغيًا مشابهًا بين ان مرضى الوسواس القهري عند تعرضهم لمثيرات تُحدث أعراض الوسواس القهري، وأشخاص غير سريريين عند تعرضهم لمثيرات تُثير مشاعر الذنب (Guilt).

وتشير الأبحاث إلى وجود ارتباط بين السياق البيئي والمحتوى المحدد للوسواس، حيث تُظهر الدراسات أن موضوعات الوسواس غالبًا ما تتماشى مع ما يعتبره المجتمع محظورًا أو ذا دلالة أخلاقية.

(Williams et al., 2014).

على سبيل المثال: قد تتركز المخاوف المتعلقة بالتلوث حول مرض الزهري في منطقة معينة، بينما قد تتمحور حول فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في منطقة أخرى .

(Lewis-Fernandez et al., 2010).

كما أن الوسواس القهري ذو الطابع الديني أكثر شيوعًا في البلدان التي تلعب فيها الدين دورًا محوريًا في المجتمع. (Matsunaga & Seedat, 2007)

هذا التأثير الثقافي على خصائص الأعراض يشير إلى أن الوسواس القهري هو، على الأقل جزئيًا، ظاهرة علائقية (Relational Phenomenon).

وجد **Miller & Brock (2017)** أن أربعة أنواع من الصدمة العلائقية (**Interpersonal Trauma**) مرتبطة بدرجة شدة أعراض الوسواس القهري (OCD) ، وهي:

1. العنف (Violence)

2. الإساءة العاطفية (Emotional Abuse)

3. الإساءة الجنسية (Sexual Abuse)

4. الإهمال (Neglect)

وفي دراستهم، تم تعريف التعرض لحدث صادم على أنه: حدث تسبب في تهديد فعلي أو مُدرك (Perceived) لسلامة الفرد الجسدية أو لسلامة الآخرين.

أظهرت دراسة أجراها **Mancini & Gangemi (2006)** أن الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري (OCD) ، مقارنةً بالمشاركين المصابين باضطرابات القلق الأخرى، أبدوا مستويات أعلى من الضيق النفسي عند عرض صور للتعبيرات الوجهية الانفعالية الغضب والاشمئزاز (Ekman's 1976) . وقد كان هذا التأثير أوضح بشكل خاص عندما طُلب منهم أن يتخيلوا أن هذه التعابير موجهة إليهم وأنها مستحقة بحقهم.

كما وُجد أن الأفراد المصابين بالوسواس القهري كانوا أكثر ميلاً لتذكر أنفسهم كهدف لهذه التعابير العدائية مقارنةً بالمجموعة الضابطة في هذه الدراسة.

أوضح **Tenore et al. (2018)** أن الآباء الذين يحبون الحب ولا يميلون إلى المسامحة قد يرسّخون لدى الطفل تصورًا أن مجرد ارتكاب خطأ صغير يكفي لتلقي معاملة عدوانية أو مهينة من مقدم الرعاية.

هذا النمط العلائقي لا يترك للطفل فرصة لتبرير نفسه أو الحصول على الغفران، مما يجعله يعيش مع اعتقاد داخلي بأن سلوكه يمكن أن يحدد مصير العلاقة وانتهائها.

يشير (Pace et al. (2011) إلى أن السلوكيات الوسواسية القهرية قد تكون قد تكون استراتيجية تكيفية يستخدمها الطفل بغرض الحصول على القبول والموافقة، وتستمر هذه الاستراتيجيات في الظهور والاعتماد عليها خلال مرحلة البلوغ.

وصف (Hezel et al. (2012) كيف يمكن للخزي أن يؤثر بعمق في الوسواس القهري، مؤدياً إلى شعور بأن الفرد معيب أخلاقياً، مع استخدام استراتيجيات تكيفية غير سوية (Weingarden & Renshaw, 2015).

يرى (Valentiner & Smith (2008) أن الوسواس القهري يتميز بالخزي، خاصة عند ارتباطه بأفكار تسلطية مشحونة أخلاقياً (ذات طابع جنسي، عدواني، أو ديني). كما وصف (Rachman (2007) الخزي بوصفه إشارة تحذيرية للفرد لتجنب المواقف غير المواتية التي قد تؤدي إلى الرفض.

بهذا المعنى، يمكن النظر إلى الخزي كعملية تكيفية تساعد الفرد المصاب بالوسواس القهري على الوقاية من الرفض الاجتماعي.

العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) البروتوكول القياسي

"Learn the rules like a pro, so you can break them like an artist" ~ Pablo Picasso

تم تطوير إزالة التحسس بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR في البداية بواسطة Francine Shapiro لعلاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). وقد استمر في التطور مع بروتوكولات معدلة لمعالجة اضطرابات أخرى مثل: القلق، الفوبيا، والاكتئاب. من المهم للغاية أن يفهم كل معالج EMDR البروتوكول القياسي ونموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP – Adaptive Information Processing) الذي يقوم عليه.

جدول (١) نظرة عامة على العلاج بالـ EMDR ذي المراحل الثماني

المرحلة	الغرض	الإجراءات
أخذ التاريخ (History taking)	- جمع معلومات - تحديد ملاءمة العلاج بالـ EMDR - تحديد أهداف المعالجة من أحداث في حياة المنتفع وفقاً للبروتوكول ثلاثي المحاور	- استبيانات قياسية لأخذ التاريخ والمقاييس التشخيصية- مراجعة معايير الاختيار- أسئلة وتقنيات لتحديد: (1) أحداث الماضي التي أسست للاضطراب، (2) المثيرات الحالية، (3) الاحتياجات المستقبلية
التحضير (Preparation)	تهيئة المنتفعين المناسبين لمعالجة الأهداف باستخدام EMDR	- التثقيف حول صورة الأعراض- استخدام الاستعارات والتقنيات التي تعزز الاستقرار والشعور بالسيطرة الشخصية
التقييم (Assessment)	الوصول إلى الهدف للمعالجة باستخدام EMDR عبر تحفيز الجوانب الأساسية للذاكرة	- استحضار الصورة- المعتقد السلبي الحالي- المعتقد الإيجابي المرغوب- العاطفة الحالية- الإحساس الجسدي- القياسات الأساسية
إزالة التحسس (Desensitization)	معالجة الخبرات باتجاه حل تكيفي (بدون ضيق)	- بروتوكولات قياسية تتضمن حركات العين (أو النقرات أو النغمات) التي تسمح بالظهور العفوي للبصائر والانفعالات والأحاسيس الجسدية والذكريات الأخرى
التثبيت (Installation)	زيادة الروابط بالشبكات المعرفية الإيجابية	- تعزيز صلاحية المعتقد الإيجابي المرغوب ودمج التأثيرات الإيجابية بالكامل داخل شبكة الذاكرة
مسح الجسم (Body Scan)	إكمال معالجة أي اضطراب متبقٍ مرتبط بالهدف	- التركيز على ومعالجة أي إحساس جسدي متبقٍ
الإغلاق (Closure)	ضمان استقرار المنتفع في نهاية جلسة EMDR وبين الجلسات	- استخدام الصور الموجهة أو تقنيات ضبط الذات إذا لزم الأمر- توضيح التوقعات والتقارير السلوكية بين الجلسات
إعادة التقييم (Reassessment)	ضمان الحفاظ على النتائج العلاجية واستقرار المنتفع	- تقييم آثار العلاج- تقييم الاندماج ضمن النظام الاجتماعي الأوسع

من الـ EMDR القياسي إلى الـ EMDR المرتكز على التعلق

النهج العلاجي

النهج الذي نتبناه مع المنتفعين المصابين باضطراب الوسواس القهري (OCD) هو نموذج تكاملي يتمشى مع التعديلات المرتكز على التعلق في الـ EMDR كما طوّرها **Mark Brayne**، ومع نموذج الـ EMDR المرتكز على التعلق (**Attachment-Focused EMDR**) الذي طوّره **Laurel Parnell** وسنشير إلى هذه التعديلات لاحقًا باسم (ai-EMDR).

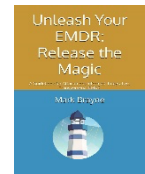
هذه التعديلات ليست بديلاً عن البروتوكول القياسي، وإنما تمثل تكييفًا متقدمًا صُمم خصيصًا للمنتفعين الذين تتبع مشكلاتهم الحالية من، تجارب تكوينية مبكرة، استجابات انفعالية مكتسبة، احتياجات غير مُلبّاة وصدّات نمائية وارتباطية.

تعديل الارتباط (Attachment Modification)

• أوضحت **Parnell (2013)** كيفية فهم صعوبات المنتفع الحالية في ضوء تاريخه التعلقي، مع تركيز المعالج على استجابات المنتفع الانفعالية للمثيرات المرتبطة بالارتباط، وكذلك على التناغم العلاجي في العلاقة العلاجية الراهنة.



• بينما يرى **Brayne (2023)** أن الهدف المركزي في الـ EMDR المرتكز على الارتباط هو ai-EMDR هو تحديد وإصلاح الشقوق الارتباطية المبكرة.



السؤالان الأساسيان لفهم صعوبات المنتفع هما:

1. "كيف أصبح هذا الشخص على ما هو عليه اليوم؟"
2. "كيف، وأين، وفي أي سياق تعلم أن يُهدَى نفسه عاطفيًا؟"

التحويلات الفلسفية الجوهرية

يشكل ai-EMDR كما صاغه Brayne (2023) و Parnell (2013) تحولاً بارغماتياً في الطريقة التي نفهم بها صعوبات المنتفع. فبدلاً من أن يكون السؤال "ما هو الحدث الصدمي المحدد الذي يجب استهدافه؟"، يصبح السؤال:

- "كيف أصبح هذا الشخص على ما هو عليه؟"
- "كيف، وأين، وفي أي سياق تعلم أن يُهدى نفسه عاطفياً؟"

مبررات الـ EMDR المرتكز على بالتعلق في علاج الوسواس القهري

يرى هذا المنظور أن الوسواس القهري ليس مجرد اعتلال مرضي، بل استجابة تكيفية لتجارب تكوينية مبكرة. فالوسواس والطقوس القهرية قد تكون في بداياتها وسيلة للطفل كي يحصل على إحساس بالسيطرة أو لحماية نفسه من انفعالات جارفة (مثل الغضب، الخزي، الحزن) في بيئة غير متسقة أو غير متناغمة مع احتياجاته.

تأتي مبررات تكييف الـ EMDR مع الـ OCD من الخبرة الإكلينيكية ومن تنامي الأبحاث التي تشير إلى أن الوسواس القهري هو اضطراب خلل في تنظيم الانفعال متجذر في خبرات نفسية-اجتماعية مبكرة. وهذه التعديلات المرتكز على بالتعلق مناسبة تماماً للتعامل مع التحديات الجوهرية في الوسواس القهري، ومنها:

١- التزويد بالموارد (Resourcing) والتهدة الذاتية (Self-Soothing)

يولي نهج الـ EMDR المرتكز على الارتباط ai-EMDR اهتماماً كبيراً بعملية تزويد المنتفع بالموارد الداخلية. فبالنسبة للمنتفعين الذين تركت خبراتهم المبكرة لديهم قصوراً في مهارات التهدة الذاتية، يُعتبر بناء هذه المهارات شرطاً أساسياً وجوهرياً قبل الشروع في أي شكل من أشكال المعالجة القائمة على التعرض ومنع الاستجابة (ERP)، سواء في إطار العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أو الـ EMDR.

إن عجز المنتفع عن التنظيم الذاتي (Self-Regulation) قد يفسر ارتفاع معدلات الانسحاب في الدراسات التقليدية حول ERP وEMDR، حيث يفنقر هؤلاء العملاء إلى القدرة الداخلية على تحمّل الانفعالات القوية الناتجة عن العمل العلاجي القائم على التعرّض.

٢- معالجة الذنب والخزي Processing Guilt and Shame

تسهّل التعديلات الارتباطية معالجة الانفعالات السلبية العميقة، مثل الذنب والخزي، وهي مركزية في العديد من ثيمات الوسواس القهري. فالإهمال العاطفي من الوالدين أو أسلوب التربية العقابي يمكن أن يرسخ إدراكًا بأن الأخطاء الصغيرة كارثية، مما يولّد شعورًا عميقًا بالخزي يستمر حتى البلوغ .

(Tenore et al., 2018).

٣- قوة التجسير: (The Power of Bridging)

يعتمد نهج الـ EMDR المرتكز على الارتباط ai-EMDR بشكل استباقي على استخدام تقنية الجسر (Bridging) أو ما يُعرف أيضًا بـ الرجوع أو "الطفو للخلف" (Floatback) ، والتي تتيح للمعالج تتبّع أعراض الوسواس القهري (OCD) ومثيراته الحالية وصولاً إلى جذورها النمائية المبكرة.

ويُعد هذا الأمر بالغ الأهمية في حالة الوسواس القهري، إذ إن المشكلة الجوهرية غالبًا لا تتمثل في حدث صادم واحد، بل في نمط طويل الأمد من:

- سوء التوافق العلائقي (Relational Misattunement) ،
- الاحتياجات غير المُلبّاة (Unmet Needs) ،
- أو الإهمال الانفعالي (Emotional Neglect).

٣- تجاوز "الضوضاء" Moving Past the Noise

يمكن أن تتشابك الوسوس والطقوس الـ ("Noise") بسهولة مع النزعة التحليلية للعقل الأيسر في البروتوكول القياسي (مثل تقييمات VoC و SUDs). بينما يسمح هيكل النهج المرتكز على التعلق ai-EMDR المبسط (عاطفة - جسد - معتقد) مع تقليل التركيز على مقاييس التقييم، للمنتفع بأن يتجاوز الطقوس المعرفية ويصل إلى معالجة أعمق عبر الدماغ الأيمن، حيث يحدث الشفاء الحقيقي.

الفروق الأساسية في الممارسة

يختلف النهج المرتكز على بالتعلق عن البروتوكول القياسي في أربع نقاط محورية (سيتم تفصيلها لاحقاً في الجدول).

مقارنة بين البروتوكول القياسي والـ EMDR المرتكز على الارتباط

المحور	البروتوكول القياسي (Standard EMDR)	الـ EMDR المرتكز على التعلق (Attachment-Informed EMDR)
1. التركيز العلاجي	يستهدف بشكل رئيسي الذكريات الصدمية المحددة والمعتقدات السلبية المرتبطة بها والانفعالات غير المعالجة.	يضع تركيزاً كبيراً على تحديد وفهم وإصلاح الشقوق الارتباطية المبكرة ونماذج العمل الداخلية والمخططات الناتجة عنها.
2. التقييم والتحضير	يركز على تحديد التاريخ والأحداث الصدمية ومحاولة ترتيب الذكريات/الأعراض لمعالجتها بالتسلسل. يستخدم مورد "المكان الهادئ (Calm Place)" كإجراء قياسي للتحضير.	بالإضافة إلى المشكلات الحالية، يركز التقييم على خبرات الطفولة المبكرة والتجارب الارتباطية لفهم تأثيرها على الصعوبات النفسية الحالية. يتم استكشاف المخططات المرتبطة بالتعلق وكيفية تعلم التنظيم العاطفي (أو الفشل فيه). يشمل التحضير مورد "المكان الهادئ" بالإضافة إلى شخصية ارتباط آمنة أو فريق موارد يضم شخصيات حامية، حنونة، وحكيمة.
3. استخدام البروتوكول والتشابكات (Interweaves)	يتبع بروتوكولاً منظماً في المرحلة الثالثة (Phase 3) باستخدام الصور المستهدفة، المعتقدات السلبية والإيجابية، والمقاييس الرقمية مثل VoC و SUDs. في مرحلة المعالجة (Phase 4) يُنصح	تُعدّل المرحلة الثالثة للتركيز على تجربة الدماغ الأيمن (الصور، العاطفة، الأحاسيس الجسدية). يتم تقليل أو إلغاء استخدام المقاييس الرقمية (VoC/SUDs) لأنها قد تُخرج المنتفع من شبكة الذاكرة العاطفية. التداخلات العلاجية هنا أكثر ثراءً

المحور	البروتوكول القياسي (Standard EMDR)	الـ EMDR المرتكز على التعلق (Attachment-Informed EMDR)
	المعالج بعدم التدخل إلا إذا تعثرت المعالجة، وتكون التداخلات قصيرة جدًا.	وتخليوية، وتستخدم بشكل متكرر لإظهار وإعادة تشكيل وإصلاح الجروح الارتباطية المبكرة.
4. تقنية الجسر / الطفو للخلف (Bridging / Floatback)	تُعرف تقليديًا باسم "الطفو للخلف" (Floatback) لتتبع الأعراض الحالية إلى الذكريات السابقة.	يُشجع (Parnell (2013) و (Brayne (2019) على استخدام أكثر استباقية لتقنية الجسر (Bridging)، لتتبع الأعراض الحالية للوسواس القهري OCD إلى الجذور النمائية والذكريات التكوينية، بدلًا من مجرد البحث عن تسلسل ذكريات محددة.
5. العلاقة العلاجية	العلاقة العلاجية مهمة لكنها ليست في مركز العمل العلاجي.	العلاقة بين المعالج والمنتفع تُعتبر آلية شفاء مركزية. بالنسبة للمنتفعين ذوي الجروح التعلقية، فإن العلاقة العلاجية المتناغمة والرحيمة نفسها تشكل تجربة إصلاحية، وتوفر حاوية آمنة لمعالجة الخبرات المبكرة.

تُبرز الفروقات السابقة كيف يقوم النهج المرتكز على التعلق ai-EMDR بتفصيل العملية العلاجية بما يتناسب مع جذور الاضطراب الحالي المرتبطة بتجارب التعلق المبكرة، مما يوفر نهجًا أكثر تخصيصًا نحو الشفاء.

تتسق هذه التعديلات المستندة إلى الارتباط مع أعمال (Schore (2003) و (Siegel (2003) اللذين وصفا كيف أن العملاء كثيرًا ما يجلبون إلى العلاج قضايا انفعالية عميقة الجذور قد لا تكون قابلة للوصول إليها بالكامل عبر التعبير اللفظي الواعي (Verbalisation) المعتمد على نصف الدماغ الأيسر.

تُعد Parnell استشارية ومدربة في العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR)، وقد تلقت تدريبها في المدرسة النفس-دينامية (Psycho-dynamic Training)، مع تركيزها بشكل أكبر على المعرفة الإكلينيكية المستندة إلى الممارسة أكثر من اعتمادها على البحث الأكاديمي في مجال علم نفس الارتباط (Attachment Psychology) وصددمات النمو. (Trauma Psychology)

تصف **Parnell (2013)** كيف أن الأفراد الذين كان آباؤهم متقلبين (**Inconsistent**) أو غير متاحين (**Unavailable**) أو مفرطين في التطفل (**Overly Intrusive**) قد يطورون أنماط استجابة تعلقية مثل:

- التعلق القَلِق/المتردد (**Ambivalent Attachment**) ،
- التعلق التجنبي (**Avoidant Attachment**) ،
- أو التعلق المنشغل (**Preoccupied Attachment**).

وقد يشعر هؤلاء الأفراد بالخزي (**Shame**) وبأن "هناك خطبًا ما في داخلي" نتيجة تلبية احتياجاتهم بشكل متقطع وغير متنسق.

بالنسبة للعديد من هؤلاء الأفراد، قد يكون سوء التوافق الأبوي (**Parental Misattunement**) قد بدأ في مرحلة ما قبل اللفظ (**Pre-verbal Stage**) من النمو، مما أدى إلى ظهور أعراض ضمنية تشبه الارتجاجات الانفعالية (**Implicit Emotional Flashbacks**) ، وهي أعراض تتسق مع بعض أشكال عرض الوسواس القهري (**Dykshoorn (OCD)**) وآخرون، 2014).

يصف **Schwartz (2018)** ان شفاء الصدمات التي تعود إلى ما قبل اللفظ يتطلب العمل مع الأعراض الحالية مثل القلق (**Anxiety**) ، نوبات الهلع (**Panic**) ، التفكك (**Dissociation**) أو الضيق الجسدي (**Somatic Distress**).

وتوضح **Parnell (2013)** كيف يمكن استخدام العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (**EMDR**) لمعالجة الإحساسات "العالقة" في الجسد، من أجل الاستجابة للاحتياجات الطفولية غير المُلبّاة. وهي تقترح أنه مع وجود معالج يتميز بـ تناغم عاطفي متعاطف (**Compassionately Attuned Therapist**) ، سيتمكن العميل من استيعاب الشفاء العلائقي إلى جانب شفاء الصدمات الأصلية.

كما تؤكد على حاجة هؤلاء المنتفعين إلى أدوات تساعد على:

- تهدئة القلق.
- تخفيف حدة النقد الذاتي والشعور بالعار.

- تطوير حوار داخلي إيجابي (Positive Self-Talk) لمواجهة الأفكار السلبية.
- وتهدة نصف الدماغ الأيمن (Right Hemisphere) بما يسمح بخلق مسارات عصبية جديدة (Neural Pathways).

الجدول 1

مقارنة بين الـ EMDR القياسي والـ ai-EMDR في المرحلة الثالثة وتدخل نصفي الدماغ

(Brayne, 2023) مقتبس ومعدل عن

EMDR القياسي	نصف الدماغ الأساسي المُفَعَّل	بروتوكول ai-EMDR كما في الجدول 2)	نصف الدماغ الأساسي المُفَعَّل
الحدث (Event)	أيمن/أيسر	الحدث (Event)	أيمن/أيسر
الصورة (Image)	أيمن	الصورة (Image)	أيمن
المعتقد السلبي (Negative Cognition – NC)	أيسر	الانفعال (Emotion)	أيمن
المعتقد الإيجابي (Positive Cognition – PC)	أيسر	الجسد (Body)	أيمن
صلاحية المعتقد (Validity of Cognition) (7-1) VoC	أيسر	الفكرة/المعتقد عن الذات (Thought/Belief about Self) – بدون مقياس رقمي	أيمن/أيسر
الانفعال (Emotion)	أيمن	الجسر (Bridge / Floatback)	أيمن
وحدة الضيق الذاتية (SUDS – 1-10)	أيسر	اختياري SUDS (1-10)	أيسر
الجسد (Body)	أيمن	الموقع في الزمان والمكان + الصورة، الانفعال، الجسد، المعتقد	أيمن/أيسر

REFERENCE LIST & FURTHER READING

- Abramowitz J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(7), 407–416.
- Brayne, M. (2023). *Unleash your EMDR: A guidebook for attachment-informed, integrative, transpersonal EMDR*. Amazon.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive–compulsive disorder: A review. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 517–528.
- Ekman, P., & Friesen, W.V. (1976). Measuring facial movement. *J Nonverbal Behav* 1, 56–75.
- Grant, J. E. & Chamberlain, S. R. (2020). Exploring the neurobiology of OCD: clinical implications. *The Psychiatric Times*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7334048/>
- Hezel D. M., Riemann B. C., & McNally R. J. (2012). Emotional distress and pain tolerance in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 43(4), pp. 981-987.
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, 61 (Suppl 1), S85–S92.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin R, Merikangas, K. R., & Walters. E. E., (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., Stein, D. J., Asnaani, A., & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 212–229.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2021). Deontological and Altruistic Guilt Feelings: A Dualistic Thesis. *Frontiers in psychology*, 12.
- Matsunaga, H., & Seedat, S. (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders: cross-national and ethnic issues. *CNS Spectrum* 12: 392–400.
- Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 29–44
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26(5), 573–583.
- Pace, S. M., Thwaites, R., & Freeston, M. H. (2011). Exploring the role of external criticism in Obsessive Compulsive Disorder: a narrative review. *Clinical psychology review*, 31(3), 361–370.

- Parnell, L. (2013). *Attachment-informed EMDR: Healing Relational Trauma*. New York: W. W. Norton & Company.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. *Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. Behaviour research and therapy, 31(8), 713–720.*
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy, 36(4), 385–401.*
- Rachman, S. (2007). Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders. *Journal of Behaviour and Experimental Psychiatry. 38, pp. 402-410.*
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16(4), 233–248.*
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., 214 Garcia-Soriano, G., Ghisi, M., Gomez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G., & Wong, W. (2014). Part 1-You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3(3), 269–279.*
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. W W Norton & Co.
- Schwartz, A., & Maiberger, B. (2018). *EMDR therapy and somatic psychology: Interventions to enhance embodiment in trauma treatment*. W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2003). An Interpersonal Neurobiology of Psychotherapy: The Developing Mind and the Resolution of Trauma. In D. J. Siegal and M. Solomon (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain (pp.1-56)*. New York: W. W Norton & Co.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 10(5), 379–391.*
- Takahashi, H., Yahata, N., Koeda, M., Matsuda, T., Asai, K., & Okubo, Y. (2004). Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study. *Neuroimage 23(3):967–74.*
- Tenore, K., & Gragnani, A. (2018). The Hystorical Vulnerability in OCD. In F. Mancini (Ed.), *The Obsessive Mind* (pp.310-322). Oxford: Routledge.
- Valentiner D. P., & Smith S. A. (2008). Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals. *Cognitive Therapy Research. 32, pp. 714-720.*

- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive-compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74–84.
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E. N., Franklin, M. E., Simpson, H. B., Liebowitz, M., & Foa, E. B. (2014). The impact of symptom dimensions on outcome for exposure and ritual prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 553–558.
- Williams M., & Steever A. (2015). Cultural manifestations of obsessive-compulsive disorder. In C. W. Lack (Ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Etiology, Phenomenology, and Treatment*. (pp.63-84). Onus Books.