

إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)
علاج للمعلومة – علاج للمشاعر
نوبيات قدور^{1*} وردة بلحسيني²
جامعة قاصدي مرباح ورقة- الجزائر

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Information therapy -
Emotions therapy

تاريخ الاستلام: 2019/04/05؛ تاريخ القبول: 2019/11/04؛ تاريخ النشر: 2023/02/28

Abstract. The scientific clinical community has known a paradigm shift in the treatment of the disorders following a trauma, and that since the emergence of the creative therapeutic model named eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), which combines the ease of application and the effectiveness of the result. This article aims to; at once explain the therapy that uses the bilateral sensory stimulation, to clarify the theoretical assumptions on which it is based on, and the components of the therapeutic protocol and also to offer a critical and accurate review for a more efficient treatment and finally to get the recognition of capable scientific bodies led by the American Psychiatry Association (A.P.A) in (2004), and the World Health Organization (W.H.O) in 2013.

Keywords. Removal of allergy , re-treatment , eye movement

ملخص. عرفت الأوساط العلمية العيادية نقلة نوعية في مجال علاج اضطراب الضغوط التالي للصدمة، وذلك منذ ظهور نموذج الإبداع العلاجي المسى إزالة الحساسية وإعادة البرمجة بحركة العينين (EMDR)، والذي جمع بين سهولة التطبيق وفعالية النتيجة. يهدف هذا المقال إلى شرح طريقة المعالجة باستخدام التحفيز الحسي الثنائي وتوضيح الافتراضات النظرية التي يقوم عليها والعناصر المكونة للبروتوكول العلاجي، ونظرة نقدية متمحصة لعلاج افتك أخيرا اعتراف هيئات علمية قديرة على رأسها الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة (2004) ومنظمة الصحة العالمية سنة (2013). الكلمات المفتاحية. إزالة الحساسية، إعادة المعالجة، حركة العينين

*corresponding author

مقدمة:

ينشأ اضطراب الضغوط التالي للصدمة عقب حادث صادم نفسياً خارج نطاق الخبرة الإنسانية المعتادة، حيث تتم معالجة انفعالية غير فعالة للأحداث الصادمة، وتؤثر بدرجة جوهرية على كيفية إدراك الأحداث التالية، وتفسيرها وترميزها واستدعائها.

وقد تطورت الأساليب العلاجية لهذا الاضطراب بظهور آليات تأثير غير مسبوقه، ولعل أهمها على الإطلاق هو طريقة (EMDR) وتعني إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بواسطة حركة العينين، حيث تعتبر من العلاجات الأكثر حداثة، والتي تعمل على إزالة الانفعالات السلبية المخزنة في الجهاز العصبي، وإعادة تركيب البنية المعرفية بما يسمح بظهور تقييم جديد معرفي تكيفي أكثر إيجابية للحادثة الصدمية، مما يفقد الذاكرة الراضة شحنتها الانفعالية السلبية المؤلمة.

حيث تسمح التقنية بإعادة برمجة ذكرى راسخة لحادثة عنيفة باستخدام آلية التحفيز الحسي (سمعي، بصري أو لمسي)، وتقديم تفسير جديد إيجابي لأحداث الصدمة المرضية، أي إعادة البناء باستخدام الآليات الطبيعية للعلاج الذاتي للدماغ. وعلى الرغم من هذه الخصائص الدقيقة والآلية المعقدة التي تعمل من خلالها هذه الطريقة، إلا أن التاريخ يسجل لنا أنها ظهرت بطريقة الصدفة، حيث أن مكتشفها عالمة النفس فرانسيس شاييرو (Shapiro.F) قد لاحظت أثناء سيرها في أحد المتنزعات أن تحريكها لعينها يمينا ويسارا قد خفف من الآثار الانفعالية السلبية للحادثة الصدمية التي كانت تسترجعها من ذاكرتها. فقد بدأت بتجربة ما لاحظته على أفراد آخرين فحصلت على نتائج علاجية فعّالة، ومن هنا بدأت رحلة البحث في هذه الطريقة سنة (1987)، وقد نشرت أول ورقة علمية لها حول هذا العلاج بعد سنتين من العمل الجاد.

ومنذ ذلك الحين تزايدت أعداد الأبحاث وأعداد المستخدمين لهذا العلاج، حيث وصل عدد المعالجين النفسانيين الذين تدربوا على هذا العلاج بدورات رسمية (12000) عام (1995)، ودرّب المعالجون الكروات وفي البوسنة المسلمة سنة (1995) في سراييفو لمساعدة المتضررين من الحرب. كما استخدم هذا العلاج عندما تضرر آلاف من الناس بسبب عاصفة هاريكين سنة (1992)، حيث عولجت رضوضهم النفسية بواسطة تقنية (EMDR) من قبل معالجين تدربوا على هذه التقنية في عيادات الطوارئ (الحجار، 1996).

وقد أستخدم هذا النوع من العلاج في اضطراب الضغوط التالي للصدمة، واضطرابات القلق وحالات الثكل والفقدان، والاضطرابات الجسدية، كما طبق على الراشدين والأطفال والمراهقين.

كما امتد تأثير هذه الطريقة إلى اضطرابات أخرى غير كرب ما بعد الصدمة وتشمل اضطراب قلة الانتباه/ وفرط النشاط والاضطرابات الانفصالية، واضطراب الهلع ومخاوف الحديث أمام الجمهور، وقلق الاختبار، وأنواع المخاوف النوعية (Lohr,Tolin, & Lilienfeld,1998).

ومن خلال خاصية تعديل الماضي التي يتميز بها هذا العلاج، فإنه يسمح للمستفيدين منه من اختبار الواقع بطريقة أكثر ملاءمة وعيش الحاضر وتوقعات المستقبل بأكثر إيجابية.

الفرضيات المفسرة للتقنية العلاجية (EMDR):

يفترض أن العناصر المشكلة لهذه الطريقة المتضمنة تحفيز الانتباه الثنائي، تستحث حالة فيزيولوجية تنشيط نظام معالجة المعلومات، وقد فصلت فرانسيس شاييرو (Shapiro.F,2007,38) آلية عمل (EMDR) عن طريق نموذج معالجة المعلومات التكييفي (TAI)(Traitement adaptation de l'information)، والذي قدمته كنموذج تفسيري سنة (1995) والذي راجعته وطوّرتة سنة (2001) و (2006).

يفترض هذا النموذج أن اضطراب الضغوط التالي للصدمة ناتج عن معلومات مضطربة مخزنة في الجهاز العصبي، حيث تخزن هذه المعلومة على شكلها الأولي والأصلي الذي عاشه المريض، وذلك لأن علاج المعلومة لسبب أو لآخر قد تم إيقافه وعرقلته. حتى بعد مرور عدة سنوات فإن ضحية اغتصاب مثلا تشعر دوما بالخوف، ترى وجه الشخص الذي قام باغتصابها، وتشعر كذلك بيديه على جسدها، كما لو كان الاعتداء يتكرر من جديد.

ففي الواقع، تكون المعلومة عالقة وجامدة في الزمن، معزولة في شبكة الجهاز العصبي ومخزنة على شكل حالة معينة ومحددة، جد مضطربة، بما أن حدة الشعور قد حبست بفاعلية الذكرى داخل شبكة ترابطية ضيقة، فإن الشبكة العصبية التي كانت هذه المعلومة القديمة مخزنة بداخلها، تصبح حقا معزولة.

يقترح النموذج العلاجي المتكيف للمعلومة، بأن التوعية والإدماج يحصلان عندما ترتبط الشبكتين العصبيتين، وعندما ينشط نظام علاج المعلومة ويحفظ على شكل ديناميكي فإنه يمكن أن تحدث الارتباطات المناسبة بين الشبكتين (Shapiro.F,2007,41).

فالصدمة النفسية كما افترضتها شايبرو تحدث عزلا عصبونيا لمجموعة عصبونات تعمل بمعزل عن مجرى نشاط الدماغ وأنّ طريقتهما تزيل هذا العزل العصبوني وتجعل العصبونات المعزولة تستعيد وظيفتها ضمن نطاق النشاط الدماغي المتكامل، ومن خلال إزالة هذا العزل تصحح كيميائية الدماغ، وتزول الصدمة النفسية الحبيسة.

فعن طريق إعادة تركيب البنية المعرفية، وظهور تقييم جديد تكيفي معرفي للحادثة الصدمية ذاتها تفقد الذاكرة الصدمية قوتها وشحنها المؤلمة، ويحل المعتقد الجديد الذي تثبتت خلال الجلسة العلاجية محل المعتقد الخاطئ السابق الذي كان يخلد الاضطراب الصدمي ويبقيه نشطا فعلا (الحجار، 1996).

وفي هذا السياق تؤكد شايبرو (Shapiro.F,2007,43) أن المعالجين المدربين لاحظوا بأنه في أغلبية الوقت، خلال العلاج بـ (EMDR) تصبح الصور والعواطف والمعارف السلبية أقل فعالية، وغير سارية المفعول؛ في حين أنّ الصور والعواطف والمعارف الإيجابية تصبح هي في المقابل أكثر فعالية واستمرار، ويمكن لنا استعمال استعارة توضح هذا بطريقة أبسط للمعالجين، والتي تتمثل في قطار يتابع طريقته:

تنطلق المعلومة مبدئيا على شكلها المختل وغير الوظيفي، وعندما يتم تحفيز علاج المعلومة، فهي تتقدم كقطار السكة الحديدية، و خلال مرحلة العلاج السريعة التي تتم عند كل محطة، فإن القطار يتقدم دون توقف على طول خط السكة الحديدية، وعند كل مستوى أو محطة تزول معلومة مختلة لتحل مكانها أخرى أكثر تكيفا. وهذا بالتحديد كما يحصل في القطار عندما ينزل ركاب ويصعد آخريين في مكانهم عند كل محطة، ففي نهاية العلاج يتم إصلاح المعلومة المستهدفة بأكملها، ويتوصل المريض إلى حالة تسمح له باتخاذ القرارات وتكييفها حسب الظروف التي يتواجد فيها.

وفي سياق آخر يوجه روك (Rooques.J,2007,59) انتباهنا إلى فرضيات أخرى ذات توجه متعلق بعلم الفينومينولوجي (Phénoménologique) فعلى الرغم من أنه يدعم القاعدة العصبية لعمل هذا النوع من العلاج إلا أنه يؤكد على الأبعاد الظاهرية التي تنطوي عليها طريقة المعالجة باستخدام (EMDR)، حيث أن الصدمات النفسية عادة ما تولد الكثير من المشاعر والعواطف، فتحريك العينين واسترجاع ذكرى الحادثة المؤلمة في الوقت ذاته، يسمح بالحفاظ على بعد معين وبتأسيس خطة تسلسلية لعلاج المعلومة المعطلة وبذلك فهو يعرقل الميل إلى المعالجة العقلانية (آلية التحكم).

ونوعا ما فإن هذا التحفيز يلعب دورا إيجابيا في انشغال المرضى عن التركيز المفرط على أمراضهم ويظهر هذا بوضوح لدى المرضى الذين يعانون من الكآبة، حيث أنه في أغلبية الوقت عندما يعربون عن كآبتهم يكون ذلك بنظر ثابت موجه نحو الأسفل وإلى اليسار، حيث يرافق هذا السلوك اجترار عقلي، ليست أعينهم هي الوحيدة المتواجدة في حالة جماد وثبوت ولكن

أفكارهم هي أيضا عاطلة داخل مجال واحد. فحتم على تحريك العينين يضع حدا لنظام التفكير الخاص هذا ويدفعهم إلى الأخذ في الاعتبار وجهات نظر أخرى والقيام بروابط جديدة.

ومن ناحية أخرى فإن إعادة معالجة المعلومة المعطلة هو في حد ذاته ينشط ويسهل من خلال التوجيه المضاعف الذي يبديه المريض (ظاهرة "انتباه مزدوج"). فهو في نفس الوقت في حالة إحياء لذكريات الماضي وفي حالة ملاحظة حالية وأنية للذي يحدث بداخله عندما يسترجع تلك الذكريات. فهو في الوقت ذاته هنا وفي مكان آخروها والآن، وهذا مبدأ التأمل. نحن نمتلك دماغين الأول يدرك والثاني يدرك ما يدركه الأول، وخلال جلسات العلاج بـ(EMDR) نوظفهما في نفس الوقت. ولتجسيد ذلك نستطيع القول بأننا نأخذ موقف الشخص الذي يتواجد على سطح شرفته يتفرج على نفسه وهو يمشي في الشارع.

وعلى كل فإن الأبحاث النفسية العصبية تميل إلى تأكيد الخصائص العصبية للألية التي تعمل بها (EMDR)، وتؤكد لنا أن الذكريات الصادمة تعاد معاشتها كما كانت في التجربة الأصلية، وتكون مخزنة على شكل خاطئ، أي تخزن في حالتها غير المعالجة في شبكة عصبونية مغلقة، وتصبح غير قادرة على التواصل مع شبكات الذاكرة ذات المعلومات المتكيفة، وهذا يصعب من عملية تعامل الدماغ بطريقة صحية مع هذه الذكريات. لهذا فإن الخاصية الرئيسية للعلاج بـ(EMDR) كما تؤكد شاييرو (Shapiro.F,2007,41) تتمثل في ربط التحفيز الحسي بإحياء واسترجاع مستهدف للمعلومة المختلة المغلقة والمعزولة، ومن ثم تقوم بمعالجتها وإعادة البنية المعرفية لتلك المعلومة، ثم تخزن بالشكل الصحيح في شبكات الدماغ، فاقدة بذلك الشحنات الانفعالية الصدمية المثيرة للكرب والانزعاج.

هل يمكن أن تكون (EMDR) مجرد صورة من العلاج المعرفي؟:

يساعد العلاج بتقنية (EMDR) بإعادة برمجة ذكرى راسخة لحادثة عنيفة وإلغاء شحنة الأحاسيس السلبية المرتبطة بتلك الذكرى. فمن خلال مراجعة وتعديل الماضي تسمح هذه الطريقة للمرضى بخلق إدراك ملائم للواقع، وبالتالي خفض التشوّهات المعرفية، وعليه فإن جانب مهم من سيرورة العلاج يمكن أن يقترب جدا من سيرورات علاجية أخرى مثل إعادة البناء المعرفي، والتعرض التخيلي، والتي استخدمت كعلاجات فعّالة لاضطراب الصدمة، وميزة هذه المعالجة أنها تعتمد على الحزمات المتكررة من التحفيز الثنائي، والتي تصاحبها استجابات فيزيولوجية من قبيل انخفاض ضربات القلب والضغط الشرياني.

ويبدو جليا أن تقنية (EMDR) لا تتمحور حول عملية التعرض ذاتها، ولا تنبني على غمر المريض طويلا في الوضعية المقلقة، غير أنها تتضمن عناصر معرفية بارزة تخص تقييم معتقدات المريض كجزء هام من بروتوكول العلاج، واستخراج المعتقد السلبي المرتبط بالحدث الصادم، والمعتقد الإيجابي الذي يمكن أن يحل محله خلال عملية النسيج المعرفي في سياق المعالجة.

إلا أنه يمكن أن نسجل أن لتقنية (EMDR) بنية تتضمن اختلافات واضحة مقارنة بالتعرض الحي وتخفيض الحساسية التدريجي والعلاج المعرفي ويتعلق الأمر بميكانيزم التحفيز الثنائي الحسي المتعاقب الذي يساعد ويسهل عملية تخفيض الحساسية للصدمة، حيث أظهرت دراسة لي وآخرون (Lee & Coll,2006) على أفراد يعانون من اضطراب الضغوط التالي للصدمة تأكد فيها جليا مفعول (EMDR) بشكل أقوى مما حققته طريقة التعرض التقليدية. حيث أن حركات العين استنارت بقعة خامدة، وانتباه مزدوج، وهو ما يسمح للفرد بإعادة تذكر الصدمة، وفي ذات الوقت تكوين أحاسيس لا تنتهي إليها بحيث تكون منفصلة، وهذا الإدراك "التباعدي" الذي يتم تقييمه لدى المرضى يرتبط بشكل دال مع التحسن الإكلينيكي لاضطراب الضغوط التالي للصدمة (Lee & coll, 2006).

وهذا ما يدفعنا لطرح السؤال الملح هل هناك تأثير حقيقي للتحفيز الثنائي؟

أهمية التحفيز الثنائي في سيرورة العلاج بـ (EMDR): إن الخاصية الرئيسية للعلاج بـ (EMDR) تتمثل في ربط التحفيز الحسي بإحياء واسترجاع مستهدف للمعلومة المختلة وظيفيا.

حيث أن ذكريات الصدمة المرضية مجزأة، وعندما نقوم بتحريك عيني المريض أو عندما نقوم بتحفيز حسي عن طريق الأصوات أو القرع بالتناوب من اليمين إلى اليسار، فإن هذا يؤدي إلى تحفيز نصفي الكرة المخية (الدماعية)، مثلما يحدث أثناء الحلم أين تتحرك العينين باستمرار مما يسمح (حسب اعتقاد العلماء) للذكريات بالاندماج وبفقدان أثرها السلبي (Roques, J., 2007, 57). وفي ذات السياق يؤكد روك 2007:

بالنسبة لي شخصيا، فأنا أعتبر أن التحفيز الحسي جد مهم، خاصة أن هذا النوع من العلاج يستخدم التحفيز الحسي بالتناوب والذي ظهرت أهميته في دراسة لدافيد سيرفن شريبر (David Servan- Shreiber, 2001) بين من خلال ثلاث أنماط تحفيز حسي (متعاقبة، متوازنة، أو متواصلة) بأن هذه الطرق الثلاث كانت كلها فعالة ولكن التحفيز المتعاقب كان أكثر فعالية. بعبارة أخرى فإننا نحصل على نتائج بالقيام بتحفيز بسيط، ولكنها نوعا ما أقل فعالية من التحفيز المتعاقب (Roques, J., 2007, 58). كما لاحظت شاييرو (Shapiro, F.) أن العديد من الأبحاث تؤكد أن الحركات البصرية يرافقها نشاط كوليني، مما يعني بكل بساطة بأن تحريك العينين يتمثل في عملية استرخاء تكون في حد ذاتها مريحة ومهدئة (ومن دون شك، فإن السياق ونطاق العلاقة يلعبان أيضا دورا مهما).

ومن الناحية العصبية يفترض أنه: عندما يقوم شخص يعاني من صدمة بتحريك عينيه خلال جلسة (EMDR) فإن لوزته المخية التي هي المركز العصبي للخوف، تستقبل معلومتين متناقضتين تتجسد المعلومات الناتجة عن الصدمة وعن المعلومة غير المعالجة، والثانية في المعلومات الحالية التي لها القدرة على حل التوترات الداخلية الناتجة عن الحركات البصرية. إذن فهذا الشخص يعيد عيش الحدث المؤلم، لكن وفي نفس الوقت، فإن دماغه يستقبل تحفيز حسي ثنائي متعاقب جد مهدئ، في مكان هادئ، مع معالج ودي ومشجع (Roques, J., 2008, 123).

وفي دراسات عشوائية محكمة اهتمت بتحديد تأثير التحفيز الثنائي أجريت على عينة من الطلبة بيّنت حصول تحسن هام بالنسبة للضغوط عندما استخدمت حركات العينين مقارنة مع المعالجات التي تمت بعيون ثابتة (lee&Drumond , 2008). كما بيّنت دراسة كريستمان وآخرون (Chistman et coll, 2003) أن حركات العينين تسهل تذكر الذكريات الصدمية. وفي دراسة على أفراد غير مصابين باضطراب الضغوط التالي للصدمة بيّنت النتائج أن حركات العينين تخفف العواطف السلبية، وذلك بتقليل وضوح الصورة السلبية (Antrade&al, 1997; Barrowcliff&al, 2003).

وهذا يتأكد الدور الذي يلعبه التحفيز الثنائي المتعاقب كميكانيزم أساسي في سيرورة العلاج بتقنية (EMDR)، وقد أكدت الخبرة العيادية أن التحفيز الحسي سواء كان سمعيا أو بصريا يعطي نفس الفعالية إذا ما ترافق مع إتقان كاف لسيرورة العلاج كما سيتم تقديمه في العنصر الموالي.

سيرورة بروتوكول العلاج بـ (EMDR): على الرغم من كل ما تناقلته وسائل الإعلام حول هذه التقنية على أساس أنها بسيطة إلى حد ما فإن المدافعين عن هذه التقنية يعتبرونها طريقة علاج تتطور بشكل ثابت قدمت صورة تكاملية جديدة للعلاج النفسي.

نجد مؤسسة هذه الطريقة شاييرو (Shapiro, F.) قد أضافت منذ البداية إلى هذه التقنية العناصر الإدراكية، وعناصر تشغيل المعلومات العقلية المركزية لزيادة فعالية العلاج (Shapiro, F., 1991)، ومنه يتضمن الشكل النهائي للعلاج ثلاث مستويات وضّحها (Madoun, S., Dumontil, D. 2005, 90) كما يلي:

1. إزالة حساسية ذكرى الصدمة المرضية (الأليمة).

2. إعادة ربط الحادثة بمجموع الوظائف النفسية.

3. استبدال اعتقاد معيق لحياة المريض بمعرفة وإدراك إيجابيين.

حيث تسمح (EMDR) بتقديم تفسير جديد لأحداث الصدمة المرضية بالإضافة إلى تخفيف وحتى إزالة وقعها وأثرها على الصورة الذاتية التي تراود ذهن المريض عن نفسه وعن أقاربه وعن الحياة بصفة عامة.

وبما أن هذا العلاج يهدف إلى إزالة الحمولة الانفعالية المتعلقة بصدمة مرضية فإنه يندرج عنه تجديد وتصحيح للصورة الذاتية للمريض، مما يؤدي إلى نشأة حالة من الثقة بالنفس.

وذلك لأنه من خواص الصدمة النفسية المرضية هو انخفاض معتبر في الثقة بالنفس يرافقها:

- شعور بفقدان التحكم وعدم الأمان والطمأنينة.
- الشعور بالمسؤولية تجاه أحداث الصدمة المرضية.

لذا يهدف هذا النوع من العلاج إلى تسريع عملية إعادة البناء والبرمجة باستعمال الآليات الطبيعية للعلاج الذاتي للعقل

(Madoun.S, Dumonteil.D,2005,91).

العلاج ب(EMDR) ما هي الخطوات؟:

يمر البروتوكول الأساسي للعلاج بثمانية خطوات (مراحل) جوهرية حسب ما وصفته شاييرو(Shapiro.F,2007) مشار إليه

في(بلحسني، 2018).

المرحلة الأولى: تاريخ الحالة والتخطيط للعلاج: تهدف هذه المرحلة إلى الاستطلاع والتعرف على حياة المريض من أجل تفهم وإدراك واضح وصائب لمشاكله، والمعاناة التي يواجهها، وإجراء مسح شامل لفهم مدى استعداد المريض للاستفادة من العلاج، ولتحديد الأهداف العلاجية الملائمة، حيث في هذه المرحلة يتم الحصول على المعلومات الشخصية، الحالة الاجتماعية ومسببات الاضطراب الانفعالي، والتعرف على الحدث "الهدف" أي الحدث السابق المرتبط بمشاعر المريض الحالية. وقد يكون الأمر حادثاً واحداً أو مجموعة من الأحداث، ويتم التعامل مع أكثرها تأثيراً أو حسب الترتيب الزمني.

ويتم التعرف على محتوى عناصر الذاكرة المتعلقة بالحدث الصدمي، وهي (الصورة، والإدراك السلبي والعواطف والأحاسيس الجسمية).

يقوم الأخصائي النفسي عادة بمشاركة انطباعاته مع المريض والتي يتم وفقها اتخاذ القرار بشأن طريقة تطبيق العلاج. حينها يوضح الأخصائي للمريض طريقة سيران الجلسات ويعطيه معلومات حول عملية العلاج ب(EMDR) ونشير هنا إلى أنه بالنسبة لعلاج الأطفال فإنه من الضروري حضور الوالدين خلال الجلسات.

المرحلة الثانية: البناء والتحصين: تمثل هذه المرحلة أساس عملية بناء العلاقة الملائمة مع المريض، وتحديد الأهداف العلاجية ممكنة التحقيق، حيث يتم خلال هذه المرحلة تعليم المريض مهارات الضبط والتحكم، مما يخلق لديه شعوراً بالسيطرة والأمان، أين يتعلم المريض خلق "المكان الآمن" الذي يمكنه من الرجوع إليه كلما احتاج إلى ذلك، ومن المهم تشجيع المريض على تكوين مكان هادئ وآمن في مخيلته والاستعانة به حال بروز الاضطرابات الانفعالية أثناء العلاج أو بين الجلسات العلاجية. وهذا يساعد المريض على الشعور بالسيطرة والأمان كما يجب تعليمه استخدام "إشارة التوقف" كلما أراد إيقاف العلاج.

المرحلة الثالثة التقييم: تركز هذه المرحلة على استرجاع الذكرى المتعلقة بالصدمة بكل عناصرها (أفكار، مشاعر، أحاسيس جسمية، صور) ومحاولة ربطها والتعبير عنها بكلمات لها علاقة مباشرة بخبرة المريض وإدراكه لذاته. ووفق نظام التقييم المعتمد في (EMDR) يتم التعريض التدريجي للمريض والاتصال بالحادثة المؤلمة كاملة (الصور والعواطف المرتبطة بها) ويتم مساعدة المريض على استدعاء فكرة سلبية والتي تعبر عن رأي المريض عن ذاته بطريقة غير وظيفية، أو غير توافقية وتتضمن تأكيدات مثل "أنا عديم الفائدة لا أستحق الحب..." والهدف من ذلك هو تمييز الجانب غير العقلاني في الفهم المعرفي للحادثة.

كما يقوم المعالج بمساعدة المريض بعد ذلك بتحديد معتقد إيجابي والذي يستخدم فيما بعد عوضاً عن الفكرة السلبية في المرحلة الخامسة. مثال (أنا لذي قيمة، أنا أمتلك السيطرة) وذلك لتزويد المريض بالأمل ويقوم المريض بتقييم صدق الفكرة الإيجابية باستخدام سلم مدى صحة الإدراك (VOC) ذو السبعة (7) درجات، كما يدرّب المريض على قياس الانفعالات السلبية المرتبطة بالصورة الصدمية. ويتم قياس ذلك من خلال سلم وحدة الاضطراب الذاتي (SUD) ذو الدرجات الإحدى عشر (11)، وعلى المفحوص أن يعيّن شدة انفعالاته بحسب درجة معينة.

وأخيراً يتم التحديد الجسدي للاضطراب، أي التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالتجربة المؤلمة، إذ أن مرحلة التقييم هذه تسمح لنا بتكوين قاعدة للمقارنة مع الاستجابات المرتبطة بالذكريات المستهدفة.

المرحلة الرابعة: إزالة الحساسية: هذه المرحلة علاجية وتتمحور حول تخفيض الانفعال السلبي للعميل، كما يعبر عنه في السلم (SUD). حيث يكون مستوى الكدر متزايد، متناقص أو مستقر.

يبدأ العلاج باستخدام تحفيز الانتباه الثنائي المتضمن لمجموعة من حركات العين أو النغمات أو النقر على الجانبين، حيث يطلب الأخصائي النفسي من المريض أن يحتفظ في ذات الوقت بالصورة التي تعبر عن الحدث، والفكرة السلبية المتعلقة بها والأحاسيس التي يشعر بها في جسده.

ثم يطلب منه أن يتبع الأصبع أو شيء يعينه (المثير الحسي)، وبعد عدد من الحركات ذهاباً وإياباً يتوقف الأخصائي ويطلب من العميل أن يصف ما يحدث بداخله. وبعدها يواصل الحركة المتعاقبة حتى يتناقص الشعور السلبي المرتبط بالحدث إلى الصفر، وإن لم يصل إلى أدنى درجة نتحقق إن كان هناك أية معتقدات معرّقة.

المرحلة الخامسة: تثبيت المعرفة الإيجابية: بعدما يتم خفض الحساسية لما تم استهدافه بالعلاج، يحرص الأخصائي على تقوية الإدراك الإيجابي للمريض ويحاول دعمه إلى أقصى درجة باستخدام حزمة من حركات العينين إلى أن يصل الاعتقاد بصحة الإدراك إلى أعلى مستوى ممكن، وهنا تبدأ الاضطرابات والتشوشات المتواجدة في الذاكرة بالزوال، وفي المقابل تثبت الأفكار الإيجابية.

وعندما يحدث ارتباط الفكرة الإيجابية مع الذكرى المستهدفة يحدث دعم للرابطة المشتركة بينهما بحيث أنه كلما عادت صورة الحادثة الصدمية الأصلية للنشاط على مستوى الوعي تكون مصحوبة من هنا فصاعداً بفكرة إيجابية جديدة ملتصقة معها بشكل جيد مثل: "انتهى، أنا في أمان الآن". وعندما يركز المريض على الفكرة الإيجابية، تكون قد اندمجت في شبكة الذاكرة المستهدفة.

المرحلة السادسة: مسح الجسد: بعد التثبيت التام للفكرة الإيجابية، نطلب من المريض أن يحتفظ في ذهنه بالحادثة المستهدفة والفكرة الإيجابية ويبدأ بعملية مسح عقلي شاملة لجسده من أعلى إلى أسفل، معلناً عن أي إحساسات جسمية سيئة يتعرف عليها من خلال المسح مروراً بكل مناطق جسمه، وإذا وجد أي من تلك الإحساسات يقوم بالتركيز عليها في المعالجة التالية بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي بحركات العينين.

وقد يحدث أحيانا الانتباه إلى إحساس في الجسد يكون إشارة لذكرى صدمية أخرى، مما يتطلب علاجها بشكل خاص كحادثة مستهدفة ثانية يتم علاجها والتركيز عليها في مرة أخرى.

المرحلة السابعة: الإغلاق: لا يتوقف المعالج بـ (EMDR) إلى أن يتأكد أن العميل في حالة انفعالية مستقرة في نهاية الجلسة العلاجية، أي عندما تكون وحدة الاضطراب الذاتي = (0)، ويكون المعتقد الإيجابي = (7)، ويكون مسح الجسم لا يشير إلى أي أحاسيس جسدية سلبية. ونذكر المريض أنه بإمكانه استخدام أحد أدوات وتقنيات التحكم التي تم تدريبه عليها في مرحلة التحضير كلما شعر بالحاجة إلى ذلك ليحافظ المريض على استمرار حالة التوازن، كما يطلب من المريض القيام بالمراقبة الذاتية لأية إدراكات أو مشاعر إيجابية أو سلبية في شكل واجب منزلي.

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم: تبدأ كل جلسة بسؤال المريض عن أي شيء حدث فيما بين الجلستين، وهذا يساعد على معرفة تطور العمل العلاجي، ويمكن ذلك من تحديد أهداف علاجية جديدة. كما يتم مراجعة السجل الذي يحتفظ به المريض، والذي سجل عليه المراقبة الذاتية في الجلسات. وبالتالي هذه المرحلة تساعد تقييم مدى نجاح عملية العلاج وتقدر مدى استمرارية فعاليته.

هل استطاع البرهان العلمي تأكيد فعالية المعالجة بـ (EMDR)؟

منذ ظهور هذه الطريقة التي ذاع صيتها بسرعة أكثر من أي علاج آخر في فترة زمنية قصيرة، سارع الباحثون عن الحقيقة لإجراء بحوث أو تفحص دراسات تجريبية وأخرى سريرية، معتمدين على ما هو متاح من أساليب علمية للتأكد من الفروض التي بنيت عليها الطريقة، أو تمحيص فعالية البروتوكول العلاجي في حد ذاته. من جهة أظهر بعض الباحثين تساؤلات حول الآلية التي يتم بواسطتها شفاء المريض واعتبروا كل التفسيرات هي محض فرضيات غير مثبتة.

فبرزت اعتراضات وأصوات تحذر العياديين والمعالجين من الانجراف وراء علاج لم يثبت بعد أمام التجربة العملية على عينات كبيرة. حيث أكدت دراسة سايدلر ووانر (Seidler & Wagner 2006) أن العلاج باستخدام (EMDR) لاضطراب الضغوط التالي للصدمة لم يكن أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي. كما أبدى بعضهم تخوفا يتعلق بالمكون الأساسي للطريقة، هو التحفيز الثنائي بواسطة حركة العين معتبرين أنه لم يحصل على التأييد العلمي والتفسير النظري الكافي (Goldstein, de Beurs, chanbless, & al., 2000).

وعلى النقيض من ذلك يتحمس الكثير من العلماء والمعالجين لطريقة (EMDR) ويعدهونها النموذج الأمثل لعلاج الصدمات بل أكثر من ذلك شكلا جديدا من أشكال العلاج التي يجب أن تُدعم ويُفسح لها الطريق مما قد يغير معالم العلاج النفسي في هذا القرن.

حيث ذكر فريمان و باور (freeman & Power. 2010) مشار إليه في عبد الحميد (2011) أنه بالرغم من أن نشر أول دراسة لشابرو عام (1989) جلب اهتماما قليلا حينذاك، إلا أنه تغير كثيرا بعد نشر دراسة حالة مهمة سنة (Wolpe & Abrams . 1991) للاستعمال الناجح للعلاج، عجلت هذه الأحداث نشر أكثر من (100) دراسة حالة، وأكثر من (20) دراسة عشوائية محكمة، على استعمال العلاج لاضطراب الضغوط التالي للصدمة (PTSD) لوحده، إن هذا العدد من البحوث يجعل علاج تخفيض الحساسية وإعادة العلاج بحركات العينين أكثر تناولا من أية من العلاجات النفسية، أو العقاقير الأخرى المستخدمة في علاج الاضطراب الكربي التالي للصدمة (PTSD) مما يزود هذا العلاج بقاعدة قوية من الاستخدام المستند إلى الدليل.

وقد أشارت دراسات استخدم فيها إزالة الحساسية وإعادة المعالجة لعلاج مصابين باضطراب الضغوط التالي للصدمة إلى شفاء أعراض الاضطراب بصورة سريعة و مثيرة (spinazzola, Blaustein, & al., 2007, van den kolk).

وفي دراسة مقارنة بين نتائج علاج اضطراب الضغوط التالي للصدمة باستخدام (EMDR) و العلاج المعرفي السلوكي ظهر فيها (EMDR) أكثر فعالية وسرعة بالإضافة أنه لا يتطلب عمل منزلي فيما بين الجلسات (Astin& marsteller,2005. Rothbaun). كما أكدت خمس دراسات مختلفة من التحليل المعمق (Méta – analyses) تتعلق بفعالية (EMDR) في مقارنة بينها وبين علاجات أخرى كانت نتائجها أعلى من العلاج المعرفي السلوكي. وفي حالة العلاج المعرفي السلوكي المتمحور حول الصدمة (Trauma-Focused CBT) كانت النتائج متساوية في الدراسات الخمس (Davidson & vanetten&taylor , 1998; Parker,2001 ; Maxfield&Hyer , 2002 ; Bradley &al . , 2005 ; Bisson , 2007).

وفي دراسة لباقاني وآخرون (Pagani,Hogberg,Fernandez,& siracusano,2013) جمعوا فيها أبحاث نوروبولوجية (Neurobiologie) حول المعالجة بـ (EMDR) أكدوا فيها حدوث تغيرات في بنية وظيفية الدماغ وقاسوا التنشيط المحدث بواسطة حركات العينين أثناء تخفيض الحساسية، وهذا ما يجعل من المعالجة بـ(EMDR) الطريقة العلاجية الأولى التي تؤكد تأثيرها على المستوى العصبي البيولوجي.

واعتمادا على هذه الأسباب العلمية المحضة تزايدت أعداد الهيئات والجمعيات الطب نفسية ذات الحضور القوي في الأوساط العلمية التي اعترفت وتبنت طريقة (EMDR) كعلاج يكاد يكون الأمثل للتعامل مع اضطراب الضغوط التالي للصدمة بشكل خاص، واضطرابات نفسية وجسدية أخرى.

فلقد أقرّ بفعالية هذه المعالجة القسم الأمريكي لشؤون المحاربين ووزارة الدفاع الأمريكية Département (ofRetransAffairs and Département of Defense,2004).

كما نشرت الفدرالية الفرنسية (FFDP,2004) في لائحة طرائق وتقنيات العلاج النفسي، العلاج بـ(EMDR) واعتبرته من بين التقنيات الراهنة الأساسية في العلاج النفسي (مكي ، 2007، 168).

في نفس السنة أصبحت طريقة المعالجة (EMDR) مطلوبة ومعترف بها من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، وصنفت في مستوى ومقام العلاج المعرفي السلوكي فيما يخص علاج الصدمة، ونفس الأمر أقرّته الهيئة العليا للصحة (H.A.S) وذلك سنة (2007).

ومؤخرا المنظمة العالمية للصحة (W.H.O) رسميا أثبتت استخدام المعالجة بـ (EMDR) مع الراشدين والأطفال والمراهقين لاضطراب الضغوط التالي للصدمة (World Heath Organisation,2013).

وعليه فإن إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين في شكله الحالي، يعتبر أحد المعالجات الأساسية لاضطراب الضغوط التالي للصدمة (PTSD) وأن واستعماله مدعوما من قبل دليل تجريبي قوي يرقى إلى مستوى دراسات التحليل المعمق، والتي تظهر بأنه فعّال كفعالية المعيار الذهبي لمعالجة اضطراب الضغوط التالي للصدمة (Trauma-Focused.CBT). وهناك مجال كبير لهذا العلاج أن يكون مع تقنيات العلاج المعرفي كونه أكثر سهولة ووصولاً للأطباء العيادين للتدرّب عليه (National CollaboratingCentre for Mental Health,2005) مشار إليه في (عبد الحميد ، 2011).

وبالرغم من كل ما حققته (EMDR) من نجاحات علمية أبقتها على رأس لائحة المعالجات الفعالة لاضطراب الضغوط التالي للصدمة، إلا أننا نقول إنه بعد (29) سنة من التجربة فإن (EMDR) صمدت أمام الاختبار من حيث الفعالية، أما من حيث آلية العمل والتأثير يبقى الباب مفتوح لأي فرضيات يمكن أن تحقق قبولا علميا أقوى.

الخاتمة:

إن الممارسة العيادية كمجال واسع لخدمة الآخرين وتخفيف معاناتهم أمر يستحق من المعالجين التفاني في التدريب، والممارسة وإتقان مختلف الطرق العلاجية الحديثة، التي تختصر الجهد والمال والوقت وتظهر في ذات الوقت فعالية علاجية مؤكدة في الأوساط العلمية، حتى لا يبقى المعالج النفسي حبيس معتقدات عطلت فعالية العلاج النفسي من قبيل " العلاج الطويل هو الأعمق والأدوم".

ومنه يتوجب على الباحثين والممارسين متابعة نتائج البحث العلمي التي تطالعنا كل مرة بطرق وتقنيات تقدم خدمة نوعية فعالة، تحقق التغيرات الانفعالية المطلوبة في أقل عدد من الجلسات، فتقلص لحظة من معاناة شخص هو خدمة عظمى للبشرية، وعمل إنساني يستحق أي جهد بحثي إكلينيكي يبذل.

المراجع

- الحجار، محمد حمدي (1996): السلوكية الحديثة: إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة تركيب البنية المعرفية، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 28، مجلد 7، دار النهضة العربية، بيروت، 40-47.
- آن كرينغ، شيري جونسون، جون نيل، جيرالد دافيدسون (2016): علم النفس المرضي، استنادا على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس، ترجمة أمثال الحويلة وآخرون، الأنجلومصرية، القاهرة.
- بلحسني، وردة رشيد (2018): اضطراب الضغوط التالي للصدمة، وجها لوجه أمام الأيام الصعبة، دار الشروق، عمان، الأردن.
- عبد الحميد، خالد وليد (2011): إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين (EMDR) علاج جديد لاضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 31، 8-1.
- مكي، عباس محمود (2007): تبين مكامن المرض النفسي وتنظيم مهنة العلاج والاستشارات، مجد للدراسات، بيروت.
- Antrade J., Kavanagh D., Baddely A. (1997): EyeMovements and Visual Imagery; a working Memory approach to the treatment of PTSD, the British Journal of clinical Psychology,36:209-223
- Bisson J.L. (2007): Psychological Treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry.190:9-104.
- Barrow cliff A.L.Gray N.S., Mac Culloch S., Freemant. C. Mac Culloch M.J: Horizontal Rhythmical Eye Movements Diminish, the arousal provoked by auditory stimuli.Br j clin Psychol. 2003 Sep; 42:289-302.
- Bradley R., Green J., Russ E., Dutra L., Western D.(2005) : A multi-dimensional meta-analysis of Psychotherapy for PTSD. The American Journal of Psychiatry.162:214-227.
- Cottraux.J(2009) : TCC et Neurosciences, Masson, Paris.
- Davidson P.R., Parker K.C.H. (2001):Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a Meta Analysis. Journal of consulting and clinical psychology.69 (2):305-316.
- Goldstein, A.J., de Beurs, E., Chambless, D.L., &Wilson, K.A. (2000): EMDR for panic disorder with Agoraphobia: Comparison with waitinglist and credible attention placebo control Conditions. Journal of consulting and clinical psychology, 68,947-956.
- Lee C.W., Dumond .P (2008):Effect of Eye Movement Versus Therapist Instruction on the Processing of Distressing Memories, Journal of AnxietyDisorders, and 22,801-808.
- Lee C.W., Taylor G., Drumond P. (2006): The Active Ingredient in EMDR; is it traditional escposure And psychotherapy, 13:97-107.
- Lohr, Tolin, &Lilienfeld(1998): Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for BehaviorTherapy, Behavior Therapy, 29,123-156.

- Madoun, S., Dumontil.D. (2005) : ABC de L'EMDR La Thérapie des émotions, Edition Grancher, Paris.
- Maxfield L., Hyer L., (2002): The relation ship between efficacy and methology in studies investigation EMDR treatment of PTSD. *Journal of clinical psychology*.58:32-41.
- Roques.J, (2007) : Guérir avec L'EMDR, Traitement, théorie, témoignages, COULEURPSY,SEUIL, Paris.
- Roques.J, (2008) : Découvrir L'EMDR, Inter Editions, Dunod, Paris.
- Seidler, G.H., &Wagner, F.E. (2006):Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-Behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Médecine*, 36,1515-1522.
- Shapiro(2007) : Manuel D'EMDR Principes, Protocoles, Procédures, Dunod-Inter Editions, Paris.
- Van Etten M.L., Taylor S. (1998): Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: ameta-analysis. *Clinica IPsychology& Psychotherapy*.5 :126-144.
- Van den Kolk, B.A., Spinazzola,J., Blaustein ,M.E., Hopper,J.W., Hopper,E.K.,Korn,D.L., &Simpson W.B. (2007): Randomized, placebo-controlled trail of exposure and ritual prevention Clomipramine and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder *Journal of Clinical Psychiatry*,68(1),37-46