

## إعادة البناء المعرفي للاعتقاد بالتحكم لدى الشخص المصدوم بتقنية النسيج المعرفي في العلاج ب EMDR (دراسة حالة)

### *Cognitive restructuring of traumatized person's beliefs of control using cognitive weaving technique within EMDR therapy. (Case study)*

حسيبة شرابطة<sup>1\*</sup>، سليمة طاجين<sup>2</sup>

<sup>2-1</sup>مخبر علم النفس العيادي والقياسي، جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله (الجزائر).

تاريخ الاستلام : 10 مارس 2024 ؛ تاريخ المراجعة : 10 جوان 2024 ؛ تاريخ القبول : 29 أكتوبر 2024

#### ملخص:

يقوم علاج (EMDR) (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) بتنشيط شبكات الذاكرة التكيفية عند الشخص المصدوم، مما يؤدي إلى تفريغ العناصر السلبية والمؤلمة الموجودة في هذه الشبكات، أي الذكريات والأفكار والصور والعواطف والمشاعر والأحاسيس ذات الصلة بالحدث الصادم الذي عاشه. ومع ذلك قد يحدث في إطار ظروف معينة مثل حالات الصدمة النفسية المعقدة أن تحدث انسدادات في قنوات تداعي هذه المعلومات أثناء إعادة معالجتها بEMDR. قد تشير هذه الانسدادات إلى شدة الاستجابة الانفعالية أمام الذكريات المؤلمة، بالإضافة إلى الصعوبة التي يجدها المتعالج في تطوير منظور مفاهيمي جديد وقراءة جديدة للتجربة المؤلمة التي يعيد معالجتها. كما قد تؤدي مواجهة التجربة المؤلمة إلى ردود فعل تفكيكية وانفصال عن العمل العلاجي. ولهذا يتوجب تحديد هذه الانسدادات ومعالجتها من قبل المعالج النفسي باستخدام العديد من التقنيات مثل تقنية النسيج المعرفي، والتي تعد واحدة من أفضل التقنيات في إزالة العوائق أثناء العلاج، وهذا ما سنقدمه من خلال دراسة حالة عالجتها باستخدام علاج EMDR. الكلمات المفتاحية: علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بالاستثارة الثنائية المتناوبة EMDR، الصدمة النفسية، الاعتقاد بالتحكم، إعادة البناء المعرفي، النسيج المعرفي.

#### **Abstract:**

EMDR therapy activates adaptive memory networks and it neutralizes the negative and painful elements of these networks, namely memories, thoughts, images, feelings and physical sensations associated to the traumatic experiences. However, under certain circumstances such as complex trauma cases, there may be blockages in association's channels during information reprocessing with EMDR. These blockages may indicate the severity of the emotional response to traumatic memories, as well as the difficulty the patient finds in developing a new conceptual perspective and a new reading of the traumatic experience he/she reprocesses. Confronting painful experiences can also lead to dissociative reactions and disconnection from therapeutic work. Therefore; these blockages have to be identified and treated by the psychotherapist using several techniques such as cognitive weaving which is one of the best techniques in managing blockages during treatment, and this is what we will present through a case study we treated using EMDR therapy.

**Keywords:** EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Psychological trauma, Control beliefs, Cognitive restructuring, Cognitive interweave.

\*Corresponding author: e-mail: [hassiba.cherabta@univ-alger2.dz](mailto:hassiba.cherabta@univ-alger2.dz).

## 1- مقدمة

يحاول الأشخاص الذين عاشوا أحداثا مؤلمة أو صادمة تفادي تذكر الحدث الصعب أو الصادم لتجنب المشاعر والانفعالات السلبية التي صاحبته، وهذا لحماية أنفسهم من ماضي مؤلم. ونتيجة لذلك، فإنهم لا يتمكنون من التخلص من الصدمة النفسية وتظاهراتها، ولا استثمار الحاضر وعيش حياة عادية. نجد من بين العلاجات التي عرفت نجاحا كبيرا في علاج الصدمة النفسية علاج EMDR، الذي يهدف إلى معالجة التظاهرات المرضية الناتجة عن الصدمات والتجارب السلبية من خلال الجمع بين تذكر المصدوم للذكرى الصدمية المؤلمة والتحفيز الحسي الثنائي المتناوب لحركات العين عن طريق الأصابع، أو غيرها من الحركات مثل التحفيز السمعي أو التحفيز بالربت على الركبتين. إن الهدف هو إعادة معالجة المعلومات المرتبطة بالأحداث الصادمة في الذاكرة، حتى يتمكن الشخص من تذكرها دون معاناة نفسية، والتخفيف أو التخلص من الأعراض الناجمة عنها (Seidler, Wagner, 2006).

تسمح إعادة معايشة الانفعالات والأحاسيس الجسدية وإعادة معالجة المعلومات بتعديل الاعتقادات السلبية المرتبطة بالذكريات الصدمية أو التي كانت موجودة وعززتها هذه الأخيرة، مما يسمح بـ "استيعاب" الحدث الصادم، والتخفيف من شدة القلق وغيرها من المشاعر المؤلمة المرتبطة به (Tarquinio, 2019).

إن دور التصورات والاعتقادات عن الذات والتصورات والاعتقادات الاجتماعية المشتركة بين وداخل المجموعات كمخزن للمعارف والمعلومات هام، إذ تعتبر كمصدر للتفسيرات اليومية؛ فالأفراد باعتبار أنهم أعضاء في المجتمع يملكون كما هائلا من التصورات والاعتقادات التي تتطور باستمرار بفضل تجاربهم وتفاعلاتهم مع أعضاء مجتمعهم والتي تغذي بصفة كبيرة الأبعاد التفسيرية للتفكير البشري ولما يحدث لهم أو حولهم، وفيما يخص الذات والآخرين.

نجد من بين تلك الاعتقادات، الاعتقاد بالتحكم الذي يُعرّف بأنه ميل الأفراد إلى التفكير في أن نتائج الأحداث أو المواقف التي يعيشونها هي نتيجة امتلاكهم لقدرات وإمكانات، أي ما يسمى بمركز التحكم الداخلي الإيجابي، أو على عكس ذلك، أنها ناجمة عن عدم امتلاكهم للقدره والكفاءة، وتحدث هنا عن مركز التحكم الداخلي السلبي؛ كما يميل الأفراد إلى الربط بين نتائج الأحداث والمواقف سواء أكانت إيجابية أو سلبية والتأثيرات والعوامل الخارجية مثل الحظ، والفرصة أو قوة الآخرين. ويشير الباحثون في هذا الصدد إلى أن الأفراد إما يتحملون المسؤولية في ظهور تلك النتائج سواء أكانت إيجابية أو سلبية، أو ينسبونها لغيرهم أو للظروف الخارجية، وقد ينجم عن هذا العزو نتائج سلبية تؤثر عليهم وعلى معاشهم النفسي وتوازنهم المعرفي (Delouvé, 2018).

يتم غالبا ربط إدراك الفعالية الذاتية بالاعتقاد بالقدرة الذاتية على أداء معين في وضعية معينة، بينما إدراك الكفاءة فيرتبط بالاعتقاد بالتحكم في الوضعية وفي السلوك وما ينجر عنهما من نتائج، وبالتالي يشمل

الاعتقاد بالتحكم العديد من المتغيرات النفسية: مركز التحكم (داخلي أو خارجي) (Rotter, 1966)، الفعالية الذاتية (Bandura, 1977)، الإتقان (Pearlin & Schooler, 1978)، والكفاءة (White, 1959).

كما يفترض علماء نفس أن الأفراد الذين لديهم اعتقادات بالفعالية الذاتية والاتقان والكفاءة الشخصية ومركز تحكم داخلي ايجابي، لديهم تقدير ذات عالي ويتمتعون بالصحة النفسية، ولهم قدرة على التعلم والانخراط في تجارب وعلاقات، وسلوكات جديدة، وعلى الانجاز. فالتمتع بهذه الخصائص المتضمنة للاعتقاد بالتحكم يُعتبر موردا نفسيا قويا يساعد الأفراد على التعامل مع الضغوط المتعلقة بظروف الحياة والصحة والعلاقات. (Gimenes, 2016), (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014). وتشير أيضا الأبحاث إلى أن الشعور بالسيطرة على النتائج يمكن أن يخفف من أعراض الصدمة النفسية، إذ أن الإنسان مثل الحيوان يحاول التحكم في محيطه حتى يحمي نفسه ويضمن بقاءه على قيد الحياة، وأنه يعاني بشدة إذا لم يستطع التحكم فيما يحدث له، خاصة إذا كان الحدث مؤلما

(Seligman, Teasdal, 1978; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Mineka & Kilhstrom, 1978).

بناء على ذلك فقد تم التعرف على إدراك عدم القدرة على التحكم في الأحداث كمحدد من محددات التجربة الصادمة (Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992)، وما يصدّم الأفراد هو إدراكهم لفقدانهم التحكم أثناء الحدث، حيث يُظهر ضحايا الأحداث الصادمة الذين لديهم الاعتقاد بأنهم سيتحكمون مستقبلا في الأحداث المشابهة للحدث الذي عاشوه أعراضا أقل (Dalenberg, Jacobs, 1994). إلا أن الاعتقاد بضرورة السيطرة على الأمور في كل المواقف والوضعيات يمكن أن يكون لها آثار سلبية وتطغى على الموارد النفسية للفرد، وعلى سلوكاته، وتؤثر على نوعية حياته.

يؤدي انهيار الشعور بالتحكم إلى شعور الفرد بمعاناة شديدة، هشاشة وخوف من إعادة معايشة الحدث، كما تؤدي التجربة الصادمة إلى تغيير كبير في صورة الذات. وقد يفسر تجربته الصادمة على أساس استجابته أثناء الحدث، حيث يمكن أن يحكم على ذاته بأنه ضعيف وجبان، أو مذنب (Dalenberg, Jacobs, 1994).

تحطم التجربة الصدمية بصفة كبيرة الشعور بالانسجام الداخلي عند الضحية والتي تجد نفسها مرتبكة، مترددة، ومجبرة على إعادة النظر في مفاهيمها التي لم تعد قادرة على شرح العالم لها، بل وتضعها في حالة من اللاتوازن من الناحية الانفعالية والمعرفية، خاصة إذا كان الفرد صغيرا في السن ولازال يُشكل مفاهيمه عن ذاته وعن العالم ويُكون شخصيته، مما يؤدي إلى أعراض نفسية بعد صدمية مثل تأثيرات سلبية في التفكير والمزاج، تعيُرات في اليقظة وردود الفعل، تجنُّب أي شيء يذكّر بالحدث، وأعراض على شكل ذكريات مؤلمة متكررة احتمالية للحدث الصادم (DSM 5, 2013).

وتعد معالجة الآثار السلبية للصدمة النفسية أو الاضطرابات المرتبطة بالصدمة واضطراب ضغط ما بعد الصدمة أمرا في غاية الأهمية، لأنها يمكن أن يكون لها تأثير عميق على نوعية حياة الشخص. ويمكن أن يكون علاج الصدمة النفسية إما دوائيا خاصة في حالات التفكك، أو نفسيا أي بالعلاج النفسي، أو مزيجا من الاثنين.

ونجد من بين العلاجات النفسية الهامة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية (OMS, 2013) علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بالاستثارة الثنائية المتناوبة أو ما يعرف ب EMDR، وهو اختصار لتسميته باللغة الإنكليزية.

### 1.1- تعريف علاج EMDR وأليات عمله:

يعتبر علاج EMDR ل Shapiro (1987) من العلاجات التكاملية بما أنه يركز على الجسد والعقل والنفس، حيث تركز عملية إزالة التحسس الانفعالي وإعادة المعالجة المعرفية بالاستثارة الحسية الثنائية المتناوبة على إعادة معالجة الذكريات الصادمة، وهذا عن طريق تسهيل الارتباطات الديناميكية مع شبكات الذاكرة التكيفية. يستخدم معالج EMDR بروتوكولات ويعتمد على خطوات علاجية دقيقة تُدمج التأثير الحسي والادراكي والانفعالي للتجربة أو الحدث الصادم. قد يؤدي دمج شبكة الذكريات المؤلمة في شبكات الذاكرة التكيفية إلى إنشاء ارتباطات عصبية جديدة وتسهيل إعادة معالجة المعلومات والتخزين التكيفي للذكريات المؤلمة والصادمة (Tarquinio, 2019).

يتركز تدخل المعالج النفسي في علاج EMDR على الماضي، أي لحظة تعرض الفرد المصدوم للحدث الصادم وظهور الذكريات المؤلمة، وعلى الحاضر، بما أن المثيرات المرتبطة بمواقف مشابهة للحدث الصادم قد تُحيي الذكريات المزعجة، ثم على المستقبل، حتى يتم تثبيت الصور الذهنية لأنماط السلوك الملائم والمنشود في المستقبل.

إن النموذج النظري الذي يوجه الممارس العيادي عند تطبيق بروتوكولات علاج EMDR هو نموذج المعالجة التكيفية للمعلومة (Adaptive Information Processing Theory (AIP)) الذي اعتمده Shapiro (2007 ; 2001) لتفسير أليات عمل EMDR، والذي يعتبر أيضا كمقاربة نظرية تسمح بوضع تصور وفهم للحالات ولتفسير المظاهر العيادية التي يعانون منها، والتنبؤ بالنتائج العلاجية المحتملة (Tarquinio, 2019). حيث يتدخل علاج EMDR مباشرة في شبكات الذاكرة على المستوى الفيزيولوجي العصبي للمساعدة على استعادة ركائز الذاكرة الحسية والانفعالية المتكيفة والمناسبة، مما يؤدي إلى توليد تصورات واعتقادات جديدة ومناسبة للمُتعالج على المستوى الشخصي والعلائقي.

### 2.1- مراحل العلاج ب EMDR:

تُعتبر الاعتقادات السلبية المرتبطة بالحدث الصادم للفرد المُتعالج والتأثيرات المرتبطة بها بمثابة بوابة دخول إلى شبكة ذكراوية تحتوي على مجموعة من المعلومات غير المكتملة أو السلبية، والتي تسبب عدم التوازن عند الفرد من الناحية المعرفية وكذا النفسية. إن مجموعة المعلومات هذه هي عبارة عن مزيج من الادراكات والتصورات والاعتقادات والتأثيرات (Shapiro, 1993). لذا فإن علاج EMDR يتمحور على العمل على هذه الاعتقادات.

يتكون علاج EMDR عند تطبيق أي بروتوكول من ثماني مراحل:

يتم المعالج في المرحلة الأولى بتاريخ المتعالج ويحدد معه الأهداف العلاجية حسب الأحداث الصادمة المعاشة، كما يتفقان على مخطط علاجي.

يتم تحضير المتعالج في المرحلة الثانية من خلال شرح عمل العلاج وخطواته، وتعزيز موارده النفسية والعقلية بواسطة تقنيات مثل تقنية الاسترخاء، وفنية التنفس البطني، وتقنية الامتصاص، وتقنية المكان الآمن، حتى يكون المتعالج في حالة هدوء واتزان انفعالي عند استحضار الذكريات الصعبة.

يقوم المعالج في المرحلة الثالثة بالتقييم من خلال تحديد الذكرى الصادمة التي سيتم استهدافها والعمل عليها، وحصص المثيرات الحالية، وتسجيل الاستجابات من ناحية الصور والاعتقادات والانفعال والأحاسيس الجسدية، كما يتم قياس درجة الانزعاج بالنسبة لكل استجابة، حتى يمكن الرجوع إليها عند تعديل الاعتقادات الذاتية السلبية وتحرير الذكريات المزعجة من الشحنات الانفعالية السالبة، للتأكد من أن درجة الانزعاج قد انخفضت إلى درجة الصفر.

وتعتبر المرحلة الرابعة هامة لأنها مرحلة المعالجة من خلال الاستثارة الثنائية المتناوبة سواء بالاعتماد على حركات العينين أو النبض الصوتي أو الربت على الركبتين. يطلب المعالج في البداية من المتعالج استحضار الصورة المرتبطة بالذكرى المزعجة، والمعتقد السلبي عن الذات، والانفعال الذي يرافقه وكذا الإحساس الجسدي. ثم يتابع التغييرات في الصورة والذكرى والاعتقاد والانفعال والأحاسيس الجسدية بعد كل سلسلة من الاستثارات الثنائية، بحيث لا يمكن الانتقال إلى المرحلة الموالية إلا أن يعلن المتعالج أن الذكرى لم تعد مصدر انزعاج. قد تعرف هذه المرحلة انسدادا من حيث عدم حدوث تغيير في الاستجابات وثبات درجة القياس التي تظل مرتفعة، لذا يمكن للمعالج أن يلجأ إلى تقنيات لمساعدة المتعالج على الخروج من هذه الحالة واستحضار التدايعات من ناحية الأفكار والتصورات الإيجابية مثل تقنية النسخ المعرفي.

يقوم المعالج في المرحلة الخامسة بدمج الاعتقاد الإيجابي عن الذات والمستهدف من البداية مع الذكرى الأصلية المؤلمة، وتثبيتته بسلسلة أو أكثر من الاستثارة الثنائية المتناوبة، مما يساعد على رفع درجة تقدير الذات، ويعزز قوة الأنا لدى المتعالج.

يطلب المعالج في المرحلة السادسة من المتعالج إجراء مسح ذهني لجسده، والذي يعتبر مؤشرا لمدى تخلصه من الآثار السلبية المزعجة للذكرى، الشيء الذي يسمح له بالتدخل عند ملاحظة أي توتر جسدي، فيقوم مرة أخرى بسلسلة من الاستثارات الثنائية إلى أن يختفي التوتر تماما.

تعتبر المرحلة السابعة مرحلة الإغلاق، عندما يصل المتعالج إلى معالجة الذكرى السيئة، لكن إن لم يتم ذلك في نهاية الجلسة، فإن المعالج يقوم بإرشاده بواسطة عدة تقنيات خاصة الاسترخاء ليحافظ على هدوئه وتوازنه الانفعالي خارج الحصص العلاجية.

يقوم المعالج في المرحلة الثامنة بإعادة التقييم ليقوم بمدى نجاح المعالجة المعرفية ومدى الحاجة إلى مواصلة التدخل.

لا يمكن تطبيق أي بروتوكول في علاج EMDR إلا بفضل المراحل السابقة التي يطور المعالج من خلالها تصورا مفاهيميا للحالات التي يعالجها ويحدد أهداف العلاج النفسي بالإضافة إلى استعمال التقنيات والوسائل المتاحة لتحقيقها. يُلاحظ في هذا العلاج أنه يعالج بشكل مباشر وكثيف إزالة التحسس الذي تسببه الذكريات الصدمية، وإعادة معالجتها بدقة تكيفية، ومعالجة كل المثيرات والعقبات المحتملة التي تحول دون تحقيق الهدف المستقبلي المطلوب، وتثبيت الارتباطات مع شبكات الذاكرة التكيفية الإيجابية (Rydberg, 2019).

سنقدم في هذا الإطار حالة تعرضت للعنف المقصود منذ طفولتها، مما سبب لها صدمة نفسية، والتي أثرت على كل جوانب حياتها من الناحية النفسية والعلائقية والاجتماعية والمهنية، إذ قمنا بعلاجها بواسطة EMDR، بعد أن تدرينا على تقنيات هذا العلاج وبروتوكولاته وتم الإشراف والمصادقة على ممارستها. وافقت الحالة على المشاركة في بحث في إطار تحضيرنا لأطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي، بعد أن التزمنا بالحفاظ على خصوصياتها، عملاً بمبدأ السر المهني، وتجنب الإدلاء بأي معلومة قد تكشف عن هويتها واسمها (استعملنا اسماً مستعاراً لتقديمها).

## 2- منهجية دراسة الحالة في العلاج بEMDR :

سنقدم منهجية التدخل العلاجي مع الحالة رامي حسب المراحل التي تم تحديدها في علاج EMDR والتقنيات المستعملة:

### 1.2- المرحلة الأولى: تاريخ الحالة وتحديد المخطط العلاجي

#### 1.2-1 تاريخ الحالة:

رامي شاب يبلغ من العمر 31 سنة، خجول وقليل الكلام. هو الابن التاسع بين 10 إخوة وأخوات في عائلة متوسطة الدخل تقطن في ضواحي العاصمة، كان الأب قبل وفاته منذ 5 سنوات يعمل في ولاية أخرى والأم مائكة بالبيت. تخصص رامي في حرفة بعد أن ترك المدرسة في سن 14 سنة، وتمكن بعدها مباشرة من إيجاد عمل.

جاء رامي لطلب المساعدة النفسانية بعد أن تعرض للضرب المبرح من طرف شخص صاحبه وعاشره جنسيا لمدة سنتين. أجبره هذه المرة على ممارسة الجنس بعد أن رفض ذلك لأنه قرر أن يتوب، ووجه له ألفاظا قاسية وجارحة مثل "أنه لن يكون أبدا رجلا فهو امرأة". وجد هذا الكلام صدى عند رامي، فهو يعاني معاناة نفسية شديدة منذ طفولته، وأشد الأمر عليه بعد هذه الحادثة؛ لا يثق في نفسه ولديه تقدير ذات منخفض، يعاني من الاكتئاب والانسحاب الاجتماعي، ولديه مشاكل صحية في المعدة، يأكل وينام بصعوبة كبيرة.

وجهه طبيبه المعالج أكثر من مرة إلى مركز المساعدة النفسية، بعد أن أخبره أن سبب مشاكله الجسمية نفسي، لم يقتنع في البداية، لكنه قرر أن يبدأ العلاج النفسي بعد حادثة التعنيف. كان رامي في المقابلة الأولى مزعجا، إذ ذكر أنه يصادف الكثير من المشاكل في البيت مع إخوته وأمه وفكرة أن يتابع عند معالج نفسي قد تزيد من مشاكله، خاصة أنهم في كثير من الأحيان ينعتونه بالمعتوه. لكنه استحضر أحداثا صدمية عديدة وقع

ضحيتها منذ سن الخامسة، كما عانى من سوء المعاملة الوالدية طوال حياته، مما شجعه على أن يتابع العلاج النفسي ليتخلص من معاناته.

## 2-1.2 التقييم القبلي:

قمنا بعد الإصغاء لرامي وللمشكلات التي يعاني منها، بتطبيق أدوات التقييم التي ستسمح لنا عند نهاية العلاج النفسي من التأكد من فعالية التدخل العلاجي بعلاج EMDR.

- تقييم الصحة النفسية باستخدام قائمة الكشف عن الأعراض SCL-90-R الذي أعده كل من Derogatis و Lipman و Linocovi عام 1977، وهو عبارة عن أداة ذاتية التقييم، مصممة لتقييم مجموعة واسعة من المشاكل النفسية وأعراض الاضطرابات النفسية. تتكون من 90 عبارة تندرج تحت تسعة أبعاد وهي موزعة كالآتي: (الأعراض الجسمانية - الوسواس القهري - الحساسية التفاعلية - الاكتئاب - القلق - العداوة - قلق الخوف - الأعراض البارانونية - الأعراض الذهانية)، يتم حساب معدل المؤشر العام للمعاناة النفسية بتقسيم مجموع الدرجات الخام لكل البنود على 90 ومقارنتها بالمعدل المعياري لتحديد شدة المعاناة.

- تقييم العرضية الصدمية باستخدام مقياس PCL-5 وهو مقياس من 20 فقرة، تتم الإجابة عليها من طرف المفحوص مباشرة، ويقيم وجود وشدة أعراض الاضطراب الصدمي، وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية - النسخة الخامسة (DSM-5, 2013).

- تقييم وجهة مركز التحكم باستخدام مقياس مركز التحكم الذي قام ببنائه العالم Rotter عام 1966، وهو مقياس من 29 فقرة، لقياس اتجاه المفحوص بالنسبة لاعتقاده بالتحكم لما يحدث له أو حوله، وبالتالي هل لديه اعتقاد بالتحكم داخلي أم خارجي. ويصنف المجيبون على هذا المقياس إلى فئتين، الأولى: من صفر إلى 8 درجات هم ذوي مركز الضبط الداخلي، أما الثانية: من 9 إلى 23 درجة هم ذوي مركز الضبط الخارجي.

بينت نتائج التقييم أن رامي تحصل على معدل 1.23 كمؤشر عام للمعاناة النفسية وهو معدل مرتفع مقارنة مع معايير المقياس، حيث يعتبر معدل المؤشر العام للمعاناة النفسية مرتفعا إذا ساوى أو فاق 0.58. كما تحصل على 51 درجة من 80 في مقياس PCL-5 وهي درجة مرتفعة تفوق المتوسط المعياري الذي تم تحديده من طرف واضعي المقياس ب (30-33) وتدل على معاناته من أعراض الصدمة النفسية. أما الدرجة التي تحصل عليها رامي في مقياس مركز التحكم فهي 16 من 23، وتدل على أن وجهة مركز التحكم خارجية، وتؤكد هذه الدرجة ملاحظتنا فيما يخص تفسيراته وعزوه السببي للأحداث التي يعيشها بصفة عامة، والصادمة منها بصفة خاصة.

تبين الدرجات المرتفعة لكل هذه المقاييس حجم معاناة رامي من الناحية النفسية والتي تشمل معظم مظاهر وعرضية الصدمة النفسية المعقدة والاعتقاد بالتحكم الخارجي، الذي يشير إلى عدم التحكم.

تبين لنا من خلال التقييم العيادي صلاحية استعمال العلاج بEMDR مع هذه الحالة، وقمنا بشرحه ببساطة للمتعالج، قبل الاتفاق على العقد العلاجي وبرمجة حصص العلاج.

### 1.2-3 تحديد الأحداث أو الذكريات المستهدفة للعلاج:

قمنا بتحديد هذه الأحداث مع رامي وفقا لخط الزمن كما يلي:

تعرض رامي لمحاولة اعتداء جنسي لأول مرة في سن الخامسة من طرف مراهق لا يعرفه التقى به في ملعب الحي وهو برفقة أخيه إلا أن هذا الأخير هرب مع صديقه وتركه عند محاولة مراهقين الاعتداء عليهم، ثم تعرض للاغتصاب في سن الثامنة من طرف راشد في سن والده، وهو أحد جيرانه، جره الى الغابة، وبعد الاعتداء تركه. يقول رامي أنه يتذكر جيدا كيف حل الظلام ولم يجد طريقه إلى الحي، خاف كثيرا، وفي كثير من الأحيان تعود هذه الذكرى المؤلمة عند حلول الظلام. وجده جار آخر وأعادته إلى البيت حيث كانت تنتظره أمه وأخوه الأكبر لينهالا عليه ضربا بعضا لتأخره خارجا.

تعرض أيضا رامي للاغتصاب في سن الثانية عشر من طرف شاب في مقتبل العمر وهو جار آخر، عندما ذهب الى بيت المعتدي ليستعير بعض الزيت، يقول عن هذه الحادثة "حرصت على ألا ينسكب الزيت مخافة عقاب أهلي، كل ما أتذكره هو ابريق الزيت الذي كان لونه أخضر، أكره هذا اللون ولا ألبسه".

بعدها وفي سن الثامنة عشر ضربه رجل كان يعمل عنده ويعاشره جنسيا، لأنه شك بأنه يسرق منه النقود. يقول رامي "كنت أحبه، كان في سن والدي، ربما كنت أبحث فيه الحنان الذي لم أجده أبدا عند أبي، أعطيته كل شيء ليتهمني بسرقة مبلغ بسيط". أما أواخر الأحداث الصدمية المرتبطة بالعنف الجنسي هو ما ذكره أنفا والذي دفعه لطلب العلاج



### مخطط رقم 01: المخطط العلاجي للحالة رامي

أثناء تحديد الذكريات المرتبطة بالمشكل الذي دفع رامي للعلاج، ذكر أيضا سلسلة من أحداث العنف الوالدي الذي تعرض له، فقد كان ضحية التعنيف الجسدي منذ سن الرابعة، إذ كانت أمه تضربه دوما ويشاركها اخوته الكبار ذلك لأنفه الأسباب، أما والده فقد كان قاسيا جدا ولا يحبه.

عندما كان رامي في سن السادسة وقع أخوه الذي يكبره بسنة واحدة في بئر جدته في الريف ومات، "...كنا نلعب معاً، بعدها اختفى..."، بعد الدفن استدار والده إليه وقال له "لماذا لم تمت أنت"، يقول رامي "إن هذا الموقف من أصعب المواقف التي عشتها في حياتي، أكثر من فقداني لأخي الذي كان رفيقي في اللعب وفي المدرسة، كنت أحبه جداً، لكن الكلمات التي نطقها والدي كانت أشد قسوة ووطأة علي من فقدان في حد ذاته، عندما مرض والدي منذ 5 سنوات ومات لم أحزن، بل فرحت، تمنى لي الموت لكنه هو الذي مات، أتمنى أن يُشوى في جهنم".

كما تذكروني اليوم الذي تم حبسه فيه في خزانة كانت أمه تضع فيها لوازم الخياطة، كان عمره حينها ثمان سنوات، عادة يتم حبسه لبعض الوقت ثم يتم إطلاق سراحه، لكنه يومها بقي في الخزانة لساعات طويلة، حيث لم تتذكره أمه إلا وقت النوم، سأله أخوه الأكبر لماذا لم تكسر باب الخزانة، يقول رامي أنه لم يفكر في ذلك أبداً، متسائلاً هل كان ذلك خوفاً من عقاب الوالدة أم لغيبائه...

إن العمل على المخطط العلاجي مع رامي بين أنه لم يستطع استيعاب ومعالجة المعاناة المرتبطة بمحن الطفولة في شبكات ذاكرته التكيفية، مما أثر على خصائص شخصيته، وتوظيفه المعرفي، ومعاناته من الاكتئاب، ولجوءه إلى سلوكيات غير تكيفية في الرشد. فالتصورات الأصلية لهذه الذكريات المؤلمة المرتبطة بالأحداث الماضية، وبالخوف، والألم، وعدم القدرة على التحكم، أثرت على الأحداث والمواقف التي يعيشها رامي في الحاضر، مما كان يؤدي في كل مرة إلى استجابات غير تكيفية، مرفوقة بمشاعر العجز والحزن وعدم الثقة بالنفس.

سألنا رامي عن الأحداث الصادمة التي يود البدء بعلاجها أولاً، فأختار البدء بعلاج التجارب التي كان فيها ضحية للعنف الجنسي، على أن نعمل بعد الانتهاء منها على الأحداث التي كان فيها ضحية عنف الوالدين.

## 2.2- المرحلة الثانية: تحضير الحالة للعلاج

بدأنا بتحضير رامي للعلاج، حيث قمنا بتعزيز ودعم المصادر والموارد النفسية والعقلية، فطبقتنا تقنية الاسترخاء وفنية التنفس البطني، كما تعلم رامي أن يطبقها لوحده حتى يستعملها عندما يشعر بالانزعاج والتوتر.

طبقتنا كذلك تقنية الامتصاص وهي تقنية تُستعمل لمساعدة المتعالج على التعرف على موارده الإيجابية، وتشمل الخبرات والتصورات المرتبطة بالقدرات والإمكانيات النفسية والعقلية، لمساعدته على مواجهة الاستجابات الانفعالية الشديدة أثناء العلاج. كما استعملنا تقنية المكان الآمن وهي تقنية تستخدم في عدة علاجات وفي علاج EMDR، يتمثل الهدف من تطبيقها في إحداث حالة من الاسترخاء بسرعة عند التعرض لضغط كبير أثناء العلاج. يمكن أن يكون هذا المكان الآمن بمثابة ملاذ يمكن للمتعالج العودة إليه أثناء الجلسة عندما تكون ردود الفعل الناتجة عن التعرض للحدث الصادم قوية جداً.

### 3.2- المرحلة الثالثة:

بدأنا التدخل على الذكرى الصدمية المستهدفة الأولى وهي الاعتداء الجنسي في سن الخامسة. كان العمل على الذكرى المرتبطة بالاعتداء الأول مؤلماً جداً لرامي، لم يحتاج إلى مناقشة تفاصيل ما حدث بل تكلم ببساطة عن الموقف رغم صعوبة تخيل الصورة المؤلمة التي تمثلت في التحرش به جنسياً من طرف أحد المراهقين، بكى بشدة قبل أن نبدأ خطوات التقييم المرتبط بهذه الذكرى أي تحديد الاعتقاد السلبي عن الذات والاعتقاد الإيجابي الذي يتمنى أن يتصف به مستقبلاً والذي نحتاج إلى تثبيته أثناء المعالجة، وأخيراً الانفعال السلبي ومكان تموضعه من الجسد.

ذكر رامي "أنا ضعيف" كاعتقاد سلبي، وطلبنا منه التفكير في اعتقاد إيجابي عن ذاته، فذكر بصعوبة "أنا قوي" بعد أن شرحنا له أنه مرتبط بخطوات العلاج، حيث قال "أنا إنسان لا أساوي شيئاً فكيف يمكنني أن أكون قوياً". أما درجة الإيمان بهذا الاعتقاد الإيجابي فقد كانت 1 من 7. وهي أدنى الدرجات على سلم القياس الذاتي Sud المعتمد في عملية التقييم أثناء المعالجة.

أما الانفعال فقد كان مزيجاً من الغضب والشعور بالخزي، ليختار الخزي، الذي كان أكثر ملائمة مع ما كان يشعر به والذي وصل إلى أقصى شدته على سلم التقييم الذاتي للمعاناة Sud وهو 10 من 10. وشملت الأحاسيس الجسدية شداً في الرقبة وانقباضاً في الصدر وتشنجاً في القدمين.

### 4.2- المراحل من 4 إلى 7: إزالة التحسس وإعادة المعالجة المعرفية:

تم العمل على هذه المراحل مع رامي على مدار عدة جلسات، حيث كنا نستخدم في الجلسة الواحدة أحياناً أجزاء من عدة مراحل. فقد تمت المرحلتان 1 و 2 في الجلسات القليلة الأولى فقط، بينما المراحل الخاصة بإزالة التحسس وإعادة المعالجة المعرفية فقد امتدت لعدة جلسات. استغرق العمل على الحدث أو الذكرى المزعجة الواحدة ما بين أربع إلى ثمان جلسات. وتطلبت التجربة الصدمية الأكثر تعقيداً أو طويلة المدى من 8 إلى 12 جلسة (وفي بعض الأحيان أكثر). واستمرت الجلسات لمدة تتراوح ما بين ساعة واحدة وساعة وثلثين دقيقة في كل مرة.

ارتكز العمل في حصص العلاج على كل التجارب السلبية والمؤلمة التي عانى منها، كما استهدفنا بالدرجة الأولى الذكريات الأقدم والاعتقادات المرتبطة بها، حيث أدى العمل على هذه الذكريات الأولى وشديدة السلبية إلى إعادة معالجة الذكريات الأخرى ذات الصلة بسهولة نسبية. استمر العمل على الذكرى الأولى بالاستثارة المتناوبة عن طريق حركات العينين لأكثر من ثمان أسابيع بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، لمدة ساعة ونصف للجلسة، ولم تتغير درجة الاستجابات رغم كل المحاولات لاعتقاد رامي الراسخ أنه إنسان ضعيف، فلو كان قوياً لهرب مثل ما فعل أخوه وصديقهما، أو لدافع عن نفسه، إذ لم يأخذ بعين الاعتبار أنه كان جدياً صغيراً في السن ولا يملك من القدرات ما يجعله يواجه المعتدي.

تخللت إعادة معالجة ذكريات الحدث الأول الذي عاشه رامي انسدادات (blocking) بسبب إصراره على ربطه بكل الأحداث الأخرى، وباعتقاده بالفشل وعدم القدرة على التحكم في مصيره والرضا بما يفرضه عليه الآخرون

"أنا إنسان تافه، غير محبوب، ولا فائدة مني، لذا أستحق ما حدث لي". مما يؤكد ايمانه العميق به وتأثيره الكبير على تصورات المرتبطة بقدراته وإمكانياته، خاصة العقلية والمعرفية. لذا لجأنا باستمرار إلى استعمال تقنية النسيج المعرفي (Cognitive interweave)، التي تم تطويرها من طرف Shapiro (2007) كتقنية معرفية وإضافتها إلى بروتوكول EMDR المعياري لتسريع إعادة المعالجة المعرفية، ومساعدة المتعالج الذي لا يتمكن من تجاوز ذكريات الحدث الصادم واستيعابها وإدماجها في خبراته الانفعالية.

#### 1-4.2 استعمال تقنية النسيج المعرفي:

تؤكد Shapiro أنه يمكن اللجوء إلى النسيج المعرفي عندما لا يحدث تغيير في الاستجابة الانفعالية بعد سلسلة متتالية من التحفيز الحسي، فقد يستخدم المعالج تقنية النسيج المعرفي وي طرح سؤالاً أو يقدم معلومة للمتعالج أو يقترح سلوكاً، لمتابعة العمل على المعلومات المرتبطة بالتجربة الصادمة (Shapiro، 2007).

تساعد تقنية النسيج المعرفي بشكل أساسي المتعالج الذي يظل عالقا في الذكرى الصدمية ولا يستطيع أن يتجاوزها، أو الذي لا يتمكن من تعميم المعلومات المكتيفة، أو لأن المعلومات التي يتذكرها غير كافية للقيام بالمعالجة، أو بسبب الاضطراب الانفعالي الشديد. وقد يطلب منه المعالج استحضار صور أو مشاعر أو أحاسيس جسدية أو أفكار أو حركة مرتبطة بالحدث الصادم، مما يساعده على الربط بين الماضي والحاضر، وبين شبكات الذاكرة، وبين الدعم المقدم من طرف المعالج ومختلف الموارد التي تم تعزيزها لديه.

يمكن للمعالج انطلاقاً من المعلومات التي استحضرها المتعالج، أن يمدّه بمعارف (حقائق علمية، بيانات، التشبيه المجازي، معاني...)، وتوجيهات (أسئلة استفسارية، يطلب منه تغيير الصورة، أن يستحضر المكان الآمن و/أو الأشخاص الذين يثق فيهم أو القادرين على حمايته، تذكيره بأنه في الحاضر وأن الخطر زال...) باستخدام كلمات قليلة وبسيطة والتساؤل دون تفسير، حتى تستمر إعادة المعالجة للذكرى المؤلمة (Holborn، 2015). وبالتالي يلجأ المعالج إلى النسيج المعرفي ليساعد المتعالج على الانتقال إلى مستوى أعمق ويصعب الوصول إليه من المعلومات الحسية أو الأحاسيس الجسدية أو المشاعر أو الأفكار العميقة مما يعزز الحوار الجدلي بينهما بهدف الدمج التكاملية لكل المعطيات المتعلقة بالذكرى الصادمة والعمل عليها (Laub, Weiner & Bender، 2020). ومع ذلك يجب استخدام النسيج المعرفي باعتدال نظراً لأن آلية عمل EMDR هي السماح للمتعالج بالاستمرار في التداعيات دون توقف خلال إعادة المعالجة المعرفية للذكريات.

تعتبر هذه التقنية مناسبة تماماً للأفراد الذين تعرضوا للإساءة خاصة في الطفولة، حيث يمكن اللجوء إلى أكثر من وسيلة لبحث المتعالج على تحديد مسؤولية الجاني والتخلص من الذنب، ومساعدته على الشعور بالأمان في الحاضر، والقدرة على اختيار السلوك الملائم لو تكرر نفس الموقف أو الحدث الصعب. وتناسب خطوات هذه التقنية ومحتواها الأعراض النفسية المعقدة الموجودة في كل من اضطرابات التعلق ومركز التحكم السلبي، ولهذا السبب، يمكن استخدامها مع كل ذكرى إساءة معاملة الأطفال، إذ غالباً ما يحمل

الأشخاص الذين تعرضوا للإيذاء في طفولتهم المبكرة معتقدات سلبية حول ذواتهم، وهذا النوع من الاعتقادات يجعل الشخص يؤمن بفكرة أنه سيء وأنه مسؤول عن الإساءة.

تمثل الجزء الأول من تدخلنا باستعمال النسيج المعرفي في مساعدة الحالة على تحديد مسؤولية الجاني نظرا لإصرارها على مسؤوليتها فيما حدث. ونجد في هذا الصدد أنه من بين الأسئلة التي طرحناها على رامي "هل كان بإمكانك مواجهة شخص يكبرك سنا، لو واجهت طفلا عمره خمس سنوات، هل سيمزك أم لا"، أجاب "بالتأكيد لا، سأهزمه...عندما أفكر بالأمر من المستحيل أن أواجه من اعتدى علي في ذلك العمر، لكن لماذا لم أهرب مثل ما فعل أخي وصديقه؟ طلبت منه "صف لي ما حدث"، أجاب "كنا نجري في الملعب، ثم جاء شاب مراهق أعطاني قطعة حلوى وأمسك بيدي فتبعته وتبعه أخي وصديقه مطالبين بالحلوى، أخبرنا أنه يوجد المزيد عند أصدقائه خارج الملعب، فتبعناه، ليتهاجم علينا هو ورفيقه، فهرب أخي وصديقه وبقيت أنا معهما، لم أصرخ ولم أبكي"، سألتها "هل كان ممسكا بيدك"، فأجاب "لا أذكر،...أعتقد نعم، فقد منعني من الهرب". بعد عدة استنارات متناوبة بحركات العينين للذاكرة المستهدفة، استطاع رامي أن يسترجع تفاصيل أكثر عن الذكرى المؤلمة، لكنه ظل يلوم نفسه عما حدث، سألتها "كنت حينها طفلاً، وكذا أخوك وصديقه، هل كنتم تريدون تجربة هذا الموقف؟"، أجابني بحدة "بالتأكيد لا"، ثم بعد سلسلة أخرى من الاستنارات المتناوبة للذكرى الصادمة، سألتها "هل تعلم أنه في سن الخامسة لا تملك من الإمكانيات النفسية ولا الجسمية ولا العقلية لمواجهة ما حدث"، فأجاب "أكيد...وأخي كان أكبر سنا، ثم أذكر أنه كان خلفي، تهجم المراهق علي هو الذي نهته...إذا ما فكرت في الأمر من زاوية أخرى، أنا من أنقذته". وبعد سلسلة طويلة من الاستنارة بحركات الأعين، والتساؤل والاجابة، استطاع رامي تحديد مسؤولية مرتكب الجريمة، ليتم إكمال 6 سلاسل من الاستنارة مع التركيز على مسؤولية مرتكب الجريمة. أدي هذا الاعتراف إلى إبعاد الشعور بالمسؤولية ومن ثم سمح له بالتخلص أو التخلي عن تصوره السلبي لذاته وعدم القدرة على التحكم الذي رافقه طيلة حياته بالنسبة لهذه الذكرى المستهدفة والذي تمحور حول الاعتقاد بمركز التحكم السلبي وتحكم الآخرين. لابد من الإشارة إلى أن سلسلة الاستنارات المتناوبة ساعدت رامي في التعبير عن رد فعله الانفعالي العقلاني المتمثل في الغضب بدلاً من الشعور بالذنب أو الخزي، والذي رافقه ولمدة طويلة من الزمن لوم غير عقلائي للذات.

تمثل الجزء الثاني من تدخلنا باستخدام تقنية النسيج المعرفي في تأكيد السلامة أو الشعور بالأمان وهذه الخطوة تساعد على التعامل مع مشاعر الخوف. في هذه المرحلة من الجلسة، يمكن للمعالج أن يقول للمتعالج -"شاهد صورة لنفسك وأنت تخرج من مكانك الآمن وتخيل أنك تدخل إلى تلك الصورة السلبية وتحدث إلى ذلك الطفل الصغير كما لو أنه ابنك وتساعده ليشعر بالأمان". وهذا ما استعملناه مع رامي الذي دخل حقيقة في مونولوج وهو يتحدث إلى نفسه وهو صغير، نجح في ذلك لأنه كان يحتاج في سنه المبكر الى حماية شخص راشد، والده أو أمه، أخوه الكبير، جدته...لكنه لم يجد أحدا، أما الآن فهو يشعر بأنه في أمان وسيحاول بقوة أن يساعد الأطفال من حوله...إن استعملنا لسلاسل متتابعة من الاستنارات المتناوبة لتثبيت هذه الصورة

والتي كان عددها كبيرا جعلت رامي يشعر بالراحة والأمان والرغبة في التخلي عن الشذوذ الجنسي، والإنجاب...يقول إنه تغلب على الشعور بالتخلي والخوف والوحدة بمعايشته لتلك الصورة، ليس هذا فحسب بل عاش نفس الشعور في الواقع ، كيف يمكن ذلك؟ لقد اختبر لأول مرة القدرة على الاحتفاظ بهذه الأشياء الإيجابية وتصديقها أثناء التفكير في الذكرى السيئة.

تمثل الجزء الثالث من استعمال تقنية النسج المعرفي في تذكير المتعالج بالاختيارات الممكنة سواء في الماضي وقت الحدث أو في الحاضر عند استحضاره وتذكره، وتساعد هذه الخطوة على التفكير العقلاني فيما حدث والشعور بالأمان. يقول المعالج للمتعالج "بعد إدراكك لمسؤولية مرتكب الجريمة ووصول الفتى الصغير إلى هذا الأمان وأنت برفقته في مخيلتك، تخيل أن الفتى الصغير في تلك الصورة السلبية يختار ما يجب فعله في هذا الموقف، ويمكنه أن يفعل أي شيء يريده". تعتبر هذه الطريقة تجربة جديدة ومهمة للمتعالج حيث يصبح لأول مرة قادرا على ممارسة تحكمه في الموقف بعقلانية مع الشعور بالأمان والاعتراف بمسؤولية الجاني في نفس الوقت بتخيل صورة جديدة يكون فيها هو المتحكم في الأمور أثناء الحدث. غالبًا ما ينجح المتعالجون أثناء استحضارهم للذكرى السلبية في تخيل صور إيجابية مثل العثور على مكان آمن، أو الاتصال بالشرطة، أو القيام برد فعل عدواني لمواجهة مرتكب الجريمة والنجاة، إلا رامي، حتى وإن لم تعد الذكرى تخيفه وتؤلمه، فإنه لم يكن قادرا على تخيل خيار غير الهرب لكنه لم يفعل. إن الاعتقاد العميق بعدم التحكم في هذا الموقف جعله يكتسب العجز والرضا به. نظر إلى رامي بحزن وقال "هل تعلمين تعاركت مرة مع شاب كان يتدرب لدي في المحل الذي كنت أعمل فيه، وأثناء المشادة الكلامية بيننا ضربني، كان أصغر مني سنا وحجما لكني لم أفعل شيئا، فاجأني، تذكرت الماضي وخوفي وعجزني، وهذا فقط مثال من بين أمثلة كثيرة كنت عاجزا وضعيفا فيها، بكيت ليلتها ولم أعرف كيف أهدأ لمدة من الزمن". كان لابد أن نعود إلى المثال الذي عملنا عليه من قبل أي وضعية الطفل الصغير الذي لا يملك القدرات ولا الإمكانيات ليجنب الحدث السلبي، أو لحماية نفسه والمواجهة، أو التفكير في حلول واتخاذ قرار مثل الهرب.

عملنا على مواصلة النسج المعرفي "ذلك الطفل الصغير يحتاج الى الحماية وقد حميته في صورتك المتخيلة وأنت معه في الذكرى، هل سيتبعك مثلا لحماية نفسه؟" "نعم بالتأكيد سيتبعني، فأنا لا أريد له إلا الخير، سيشعر بذلك، هو طفل مسكين، خائف، يحتاج إلى الحماية وإلى الحب". تذكر رامي موقفا هاما وهو عدم اعتداء الفتى المراهق له جنسيا وانما اكتفى بالتحرش لأنه شاهد أحدهم قادما نحوه فهرب، لا يذكر ملامح الشخص لأنه لاذ بالفرار عند هروب الفتيان المراهقين، لكنه كان شخصا راشدا "....أؤكد جاء لينقذني...كيف نسيت مثل هذا الأمر...".

طبعاً كان لابد من سلسلة متواصلة من الاستثارة الثنائية المتناوبة للتأكد وثبيت هذا التصور الإيجابي الذي برز بفضل النسج المعرفي. لقد ساعدتنا هذه التقنية على مواصلة إعادة المعالجة وإزالة التحسس، والانتهاء من هذه الذكرى المستهدفة من خلال الدمج الواضح للاعتقاد الإيجابي المنشود والمسح الجسدي الذي

أظهر خلو الجسم من التوتر. لقد استعملنا هذه التقنية مرارا لمساعدة الحالة على مواصلة العمل على ذكرياتها المؤلمة الأخرى.

## 5.2- المرحلة الثامنة: مرحلة التقييم

التقينا برامي بعد الانتهاء من العمل على الذكرى الصدمية الأولى، من أجل تقييم نتائج التدخل العلاجي على الحدث المنبع، قبل أن تنتقل إلى العمل على كل أحداث العنف الجنسي، وتنقية كل الذكريات المستهدفة، والتأكد من نجاعة إعادة المعالجة. بعدها انتقلنا إلى العمل على أحداث العنف الوالدي والمعاناة النفسية المرتبطة باضطرابات التعلق، حيث كانت إعادة المعالجة أسهل بالمقارنة مع ما قمنا به سابقا.

## 6.2- التقييم البعدي والتقييم العيادي للحالة بعد انتهاء العلاج بEMDR :

تقابلنا أنا ورامي بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج من أجل تقييم عملية العلاج الذي دام لأكثر من 3 سنوات، حيث قمت باستعمال نفس أدوات التقييم القبلي والتي بينت بشكل واضح نقص وحتى اختفاء بعض الأعراض بعد الصدمية، وتحسن حالته النفسية، إذ تحصل على معدل 0.24 كمؤشر عام للمعاناة النفسية على قائمة الكشف عن الأعراض SCL-90-R وهو معدل منخفض مقارنة بالمعدل المعياري 0.58، وتحصل على 8 درجات من 80 على مقياس العرضية الصدمية PCL5. وانخفضت درجة مركز التحكم من 16 إلى 10، ورغم أن هذه الدرجة تشير إلى أن مركز التحكم ما زال خارجيا، لكنه قريب جدا من الدرجات التي تدل على وجهة مركز التحكم داخلي، وهذا يعني أن الاعتقاد بالتحكم تحسن نسبيا ولاحظنا ذلك من خلال تفسيراته وتحليلاته لما يحدث له، حيث اختلفت من حيث وجهة مركز التحكم بين داخلي وخارجي حسب الأحداث ودرجة مسؤوليته في حدوثها، مما يدل على النضج المعرفي والانفعالي الذي وصل إليه.

كما لاحظنا قدرته على تسيير ذاته واتخاذ قرارات مسؤولة، حيث جلب انتباهنا التغيير الذي طرأ على مسار حياته، فقد افتتح محلا للحرفة التي يمتنها، ورغم أنه استدان من أجل مشروعه، لكنه كان واثقا أنه سيسدد ديونه في الأجال المحددة...ومن أعار له المال أمه؟ التي قالت له يوما "لا يمكنني أن أثق في قرارتك"، لأنه كان يغير مكان عمله كثيرا ويسافر من ولاية إلى أخرى، قال لي رامي "كنت أهيم على وجهي أبحث عن الحل في أماكن بعيدة عن الأماكن التي جُرحت فيها، كنت تائها حقا...أعتقد أنني وجدت نفسي، أنا أحبها الآن وسأحاول اسعادها..."

بعد سنة من انتهاء العلاج التقيت برامي للتقييم، حيث بينت أدوات التقييم ثبات النتائج السابقة وتحسنها، مما يدل على فعالية التدخل العلاجي. فبالنسبة لمقياس الصحة النفسية فقد تحصل رامي على 0.1 كمؤشر عام للمعاناة النفسية على قائمة الكشف عن الأعراض SCL-90-R وهو معدل منخفض جدا مقارنة بالمعدل المعياري 0.58، وتحصل على 7 من 80 على مقياس العرضية الصدمية PCL5، وانخفضت درجة مركز التحكم مرة أخرى وبشكل ملحوظ من 10 إلى 5، وهي درجة تدل على تغيير مركز التحكم من خارجي إلى داخلي بعد 5

سنوات من بداية العلاج، والعلاج ب EMDR لأكثر من 3 سنوات. تدل هذه النتيجة على تعديل الاعتقاد بالتحكم لدى الحالة والتمكن من إعادة البناء المعرفي والانتقال من الاعتقاد بعدم التحكم إلى الاعتقاد بالتحكم.

أخبرني رامي خلال جلسة المتابعة بعد العلاج بأنه تزوج، وأنه استطاع أن يرجع بعض المال لوالدته... ذكر أن الزواج صعب لأنه تحدي سيثبت فيه لنفسه أنه ليس مثلي الجنس وإنما الظروف التي عاشها هي التي قادته لذلك، لديه رغبة أن يعود إلى حياته السابقة لكنه يجاهد نفسه وهو أكبر جهاد. علمت بعدها أنه طلق زوجته، لأنها أصرت على ذلك، أخبرها أحدهم بحياته السابقة كمثلي الجنس، وعندما واجهته لم ينكر... "كان يجب أن أتكم على حياتي السابقة، لكنني لا أعرف الكذب". لم يكن رامي منهارا... فمشروعه المهني ناجح، وتحسنت علاقته بإخوته ووالدته، خاصة بعد أن رافق أخته قبل وفاتها منذ سنة في رحلة علاجها من السرطان، واكتسب ثقة كبيرة في نفسه وفي قدراته، على الرغم من فشل زواجه، قال "جربت مع زوجتي السابقة معنى المسؤولية والحياة المشتركة بين رجل وامرأة، أفهم قرارها، كان لابد أن أكون صادقا وأتحمل نتائج أفعالي السابقة، سأتزوج من جديد لكن ليس الآن، أعتقد أنني تسرعت لأثبت لنفسي أنني تغيرت، عندما يحين الوقت المناسب سأفعل وبالتأكيد سأجد المرأة المناسبة التي تفهمني... أشعر ببعض الخوف من الفشل، لكنني في نفس الوقت أنا واثق من نفسي ولدي القوة لتحسين نفسي وعملي وحياتي... أنا متأكد أنني سأجد طريقي".

بين التقييم عدم تركيز الحالة على الذكريات المؤلمة، بالإضافة إلى تأثير العلاج على الأعراض المختلفة المعرفية والانفعالية والسيولوجية التي خفت أو اختفت: الأعراض الانفصالية، والقلق والاكتئاب، ومشاكل الأكل والنوم. علاوة على ذلك، فإن علاج EMDR دفع الحالة إلى استثمار العلاقات مع الجنس الآخر ومحاولتها التخلي عن ميولها الجنسية المثلية، والعمل على اكتساب مهارات جديدة من خلال التدريب لتدعيم كفاءتها في العمل. كما أن الحالة تشعر أكثر بالأمان وبالثقة بالنفس وبأنها قادرة على الاستقلالية والتحكم في سلوكياتها وأفعالها. كما يبدو أن التأثير مس أبعادا أخرى غير نقص أو اختفاء الأعراض بعد الصدمة لتمس العلاقات الاجتماعية وجوانب معينة من الشخصية خاصة فيما يتعلق بالفعالية الذاتية.

### 3- مناقشة:

بينت مختلف النتائج المحصل عليها نجاعة التدخل العلاجي مع الحالة والتغيير الإيجابي الذي طرأ عليها، سواء من ناحية الاعتقادات والتصورات، خاصة تلك المرتبطة بمفهوم الذات، أو بالنسبة للاتجاهات والسلوكيات المرتبطة بالأداء والانجاز.

تؤكد هذه النتائج أن علاج الإساءة يتطلب عند إعادة المعالجة المعرفية بواسطة EMDR، وخاصة لدى البالغين الذين تعرضوا للعنف في طفولتهم، تطبيقاً معمقاً لتقنياته، والاستعانة بنظريات نمو الطفل واحتياجاته، ونظريات الارتباط العلائقي بالراشد عند استعمال تقنية النسيج المعرفي مع المتعالجين الذين يجدون صعوبة في مواصلة العمل على الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم. فيمكن أن يطرح المعالج أسئلة

لاستنباط أفكار المتعالج وتصورات المرتبطة بالمسؤولية والشعور بالأمان والاختيارات الممكنة ذات الصلة بالذاكرة الصدمية. إن هذه الأسئلة وإجابات المتعالج أثناء إعادة معالجة المعلومة تؤكد وتسهل إكمال ما يجب القيام به للتخلص من الاعتقادات السلبية والتشوهات المعرفية المرتبطة بالأثار الذكراوية المؤلمة ومعالجة الصعوبات التي يواجهها المتعالجون أثناء العلاج، خاصة مشاعر لوم الذات والخوف والحزن والعجز. إن العمل على إعادة معالجة الاعتقادات السلبية المرتبطة بالذات، يقودنا إلى تحديدها وفهمها وربطها بالتصورات والتفسيرات التي يقدمها المتعالج عن أدائه واستجاباته وسلوكاته، وفي هذا الصدد لا بد من الاهتمام بمتى وكيف تكونت مثل هذه الاعتقادات.

إن تكوّن الاعتقاد بمركز التحكم الداخلي السلبي ومركز التحكم الخارجي هو عملية يكتسب فيها الطفل أو الفرد بصفة عامة إدراكًا سلبيًا غير عقلائي لإعطاء تفسير أو معنى لموقف تعرض فيه للأذى ولم يستطع أن يتحكم في نتائجه. فبالنسبة لرامي، وبسبب صغر سنه ومحدودية قدرته، فإنه لم يكن قادرًا على التعامل مع الحدث الصادم وفهمه واستيعاب نتائجه. لذا ولإعطاء معنى لما حدث فقد فسره بشكل خاطئ، وحكم على نفسه أنه لم يكن جيدًا بما فيه الكفاية، ولا يمكنه السيطرة على ما حدث له في الذكرى الأولى من الناحية المعرفية والانفعالية والظرفية، كما عمم هذا الحكم على مختلف المواقف التي عاشها بعد ذلك، ليحتفظ بمفهوم سلبي عن ذاته المتمثل في "أنا لست جيدًا بما فيه الكفاية، لذا فهم يؤذونني". تبني رامي نمطا من التصرف السلبي للحصول على بعض السيطرة على مواقف لا يمكن السيطرة عليها، ليصل إلى الاعتقاد بأنه ضعيف ولا يمكنه أن يتحكم في الظروف التي يعيشها. وتعززت هذه الاعتقادات بمعاملة الأهل السيئة، فعممها على كل مجالات حياته، ولا سيما تلك المتعلقة بالفعالية الذاتية عند الأداء والانجاز، وعند تسير العلاقات سواء مع الأهل أو الآخرين. كما أنه كان يقبل مرارا الشراكة في العمل مع أشخاص غير متمرسين في مهنته حتى يحصل على رضاهم، إلا أنه في كثير من الأحيان كانوا يستغلون مهارته وتعبه في مجال يحبه ويبدع فيه، ليركونه بعد ذلك محطما من الناحية النفسية.

إن هذا الإدراك السلبي، مثل كل الإدراكات الأخرى، تمت من خلال اللاوعي، مما قاد رامي إلى مجموعة متواصلة من سلوكات التدمير الذاتي التي تبدو في الظاهر أنه ليس لها أي غرض أو تفسير، لكنها في الحقيقة مرتبطة بطريقة تفسيره لما يحدث له وحوله.

إن التفسيرات أو ما يسمى بالعزو السببي هو سياق يرتبط بالاعتقاد في التحكم ويستعمله الناس عادة لتفسير والحكم على سلوكياتهم أو سلوكيات الغير وأسباب الأحداث في المحيط الذي يعيشون فيه. لكن من المهم أن نوضح أن العزو السببي يمكن أن يكون خاطئا باعتبار أنه يعتمد على إدراك كل شخص. (العوامل، 2010)

يؤكد نموذج AIP في EMDR أن المعلومات والمواد المخزنة بطريقة سلبية تظل مخزنة بشكلها الأصلي في الشبكات العصبية، مما يؤدي إلى سيطرة المحتوى الحسي والانفعالي والمعرفي للأحداث المؤلمة على هذه الشبكات، فتتأثر طريقة تفكير الفرد وتفسيراته واستجاباته الانفعالية وأداءه، مسببة له المعاناة النفسية

والقلق، كما حدث مع رامي. لذا فإن علاج EMDR قد ابتكر الطريقة لإعادة إطلاق عملية التكيف الطبيعية من خلال إعادة معالجة هذه المعلومات. لكن قد تتأثر هذه العملية أحياناً فلا يستطيع المتعالج تنشيط شبكة الذاكرة عبر الاستثارة الثنائية المتناوبة أثناء مراحل إزالة التحسس أو إعادة معالجة المعلومات المرتبطة بالأحداث المؤلمة، بسبب فتح قنوات جديدة من المعلومات المرتبطة بذكرات أخرى مؤلمة، أو بسبب الاستثارة الانفعالية الكبيرة، أو أن التغيير من الناحية المعرفية لا تبينه مختلف التقييمات خاصة من ناحية تقييم درجة الايمان والاعتقاد بالاعتقاد الإيجابي عن الذات، أو درجة الانفعال التي تبقى مرتفعة، وبالتالي فإن الانسدادات أثناء مرحلة إزالة التحسس قد تؤدي دائماً إلى خطر تفاقم الحالة النفسية المرضية أو الانفصال عن العمل العلاجي للمتعالج الذي يمتلكه اليأس وعدم القدرة على الثقة في هذه الطريقة العلاجية كما حدث مع الحالة رامي أثناء العلاج.

يمكن للمعالج حينها استعمال تقنية النسيج المعرفي والاستعانة بأكثر من وسيلة مثل مد المتعالج بمعلومات جديدة (التربية النفسية)، حثه على ربط الذكريات الصدمية بمعلومات مفيدة وإيجابية عنه، الاستفسار عن الحالة الانفعالية ومساعدته على تغييرها إذا كانت سلبية، أو حثه إلى العودة إلى وضعية الطفل وطرح أسئلة في نفس الوقت لمساعدته على الخروج من حيرته أو ارتباكته، والاستعانة بالأسئلة السقراطية (على سبيل المثال، "من فعل الشيء السيئ؟") (Parnell, 2007) وهذا ما قمت به تماماً مع رامي.

يحتاج المعالج في مثل هذه الحالات إلى التدخل على مستوى السياق من أجل مساعدة المتعالج على الحفاظ على مستوى التحمل الانفعالي، أو يتدخل على مستوى المحتوى عندما لا يتمكن المتعالج من تجاوز الحدث المُستهدف لشعوره بالذنب أو الخزي، ذلك ما حاولنا تحقيقه بواسطة النسيج المعرفي، فقد افترضنا أن العمل على الاعتقاد بالتحكم سيساعد رامي على تغيير وجهة مركز التحكم لديه من داخلية سلبية أو خارجية إلى داخلية إيجابية وتفسير ما حدث بطريقة مغايرة، مما سيساعده على التغلب على شعوره بالذنب، وال فشل والضعف، وهذا بتحديد عدم مسؤوليته في ما حدث له والتركيز على سلامته والشعور بالأمان والتأكيد على اختياراته المناسبة لمواجهة الأحداث العنيفة.

من الواضح من خلال العمل على هذه الحالة وغيرها أن النسيج المعرفي تقنية فعالة للغاية، تسمح للمتعالجين بالحفاظ على مسافة معرفية وانفعالية تفصلهم عن الآثار السلبية للإساءة التي تسببت في ظهور أعراض، خاصة تلك الموجودة في الصدمة النفسية، وهذا يساعد على التخلص من الأعراض، والإدراك العقلاني لإمكانية الحصول وتسيير علاقة مُرضية ومُشبعة.

#### 4- خلاصة:

عاشت الحالة واختبرت سلسلة من الأحداث المؤلمة التي تعرضت فيها الى الإيذاء والعنف بشكل متكرر، جعلتها تكون اعتقادا راسخا بعدم قدرتها على التحكم وأنها ضعيفة ولا تملك القدرة للدفاع عن نفسها أو خلق علاقات ثابتة ومشبعة، وأنها فاشلة لا يمكنها أن تنجح لوحدها.

إن الاعتقادات مثل الاعتقاد بالتحكم الداخلي السلبي وتحكم وقدرة الآخرين في مختلف المواقف والأحداث أثرت بصفة عامة على ادراكات الحالة المدروسة وعلى عزوها السببي، الذي كان سلبيا ثابتا ومعمما ومرتبطا بالاعتقاد بالمسؤولية فيما يخص الأحداث الصادمة التي عاشتها، لذا كان العمل معها صعبا، واستغرقت عملية إعادة معالجة كل ذكرى مستهدفة مدة طويلة، لولا عملية إعادة البناء المعرفي من خلال النسج المعرفي.

تعتبر "إعادة المعالجة المعرفية" في علاج EMDR شكلاً من أشكال إعادة البناء المعرفي، لأن هدف العمل على الاعتقادات هو خلق ارتباطات معرفية جديدة متكيفة عند المتعالج، مثل ما حدث مع الحالة. وتختلف عملية بناء هذه الارتباطات المعرفية الجديدة عما هو معمول به في العلاج المعرفي السلوكي، من حيث طريقة وكيفية تدخل المتعالج، إلا أن التدخل من أجل تعديل الاعتقادات أو تصحيحها هو نفسه. (McCullough, 2002)

عندما تتم إعادة المعالجة دون مشكلة وتتقدم بشكل جيد، فإن النقطة القوية في علاج EMDR هي أن معظم العمل العلاجي يتم حصريا على مستوى المتعالج، في نظام إعادة معالجة المعلومات الخاص به، ويكون دور المتعالج في المقام الأول هو ضمان ومراقبة التطبيق الصحيح لجميع عناصر إجراءات علاج EMDR. وبالتالي، فهو يعمل كمحفز يسهل العملية، لكنه لا يتدخل أو يتوسط في المحتوى. يعتبر المتعالج في هذه الحالة هو الخبير وبالتالي فإن حل مشكلته يكمن في قدرته على مرافقة المتعالج في إعادة المعالجة المعرفية؛ أما في حالة الانسداد في عملية التداعي والمعالجة المعرفية فإن المتعالج يتدخل ليرافق المتعالج بحذر وإحكام ليساعده على تعديل الاعتقادات السلبية حول مفهوم الذات لديه من خلال تفعيل شبكات الذاكرة التكيفية، التي تضم الأحداث والذكريات السلبية والصادمة لتتم معالجتها بطريقة مناسبة من قبل المتعالج، وبالتالي تسمح بتكوين أو تعزيز موارده النفسية والعقلية وتعزيز شبكات الذاكرة المكيفة والإيجابية لديه.

#### 5-المراجع:

- العواملة، حابس سليمان. (2010). الدافعية(ط1). عمان: الأهلية للنشر والتوزيع

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), pp 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5e éd.). Paris : Elsevier Masson.

- Bisson, J.I., Ehlers, A., Mathews, A., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, (190), pp 97-104. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, É. (2014). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles*. Paris :Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.bruch.2014.01>
- Dalenberg, C. J., & Jacobs, D. A. (1994). Attributional analyses of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 3(3), pp 37–50. [https://doi.org/10.1300/J070v03n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J070v03n03_03)
- Delouée, S. (2018). 6. Attribution causale. Dans : Delouée, S., *Manuel visuel de psychologie sociale* (2<sup>e</sup> édition, pp. 111-130). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delou.2018.01.0111>
- Derogatis, L. R., & Spitzer, R. L. (1982). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), pp 155–176. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Foa, E.G., Zinberg, Z., Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, (112), pp 218–238.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Holborn, R. (2015). A Brief Introduction/Re-visit of Interweaves within EMDR (document PowerPoint). Document téléaccessible à l'adresse: <https://slideplayer.com/slide/16378556/>.
- Laub, B., Weiner, N., Bender, S, S. (2020). Point de vue dialectique sur le modèle du traitement adaptatif de l'information et sur la thérapie EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14 (1), pp 13-25
- Mineka, S., & Kihlstrom, J. F. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(2), pp 256–271. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.2.256>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015.
- Parnell, L. (2007). *A therapist's guide to EMDR: Tools and techniques for successful treatment*. New York: Norton.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1),pp1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Rydberg, J. (2019). 6. Le protocole EMDR standard : Les procédures EMDR standard : huit phases et trois volets. Dans: Cyril Tarquinio, C., *EMDR* (pp. 73-80). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2019.01.0073><https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2019.01.0073>
- 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 Medicine*, (36), pp 1515-1522.
- Shapiro, F. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for anxiety and related trauma. In: Hyer, L., *Trauma Victim: Theoretical Considerations and Practical Suggestions* (pp 501-520). Indiana: Accelerated Development Press.
- Shapiro, F. (1995a). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic protocols, principles, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, (1), pp 68-87
- Tarquinio, C et al. (2019). *EMDR*. Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2019.02>

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

شرابطة حسيبة ، طاجين سليمة، (2024)، إعادة البناء المعرفي للاعتقاد بالتحكم لدى الشخص المصدوم بتقنية النسيج المعرفي في العلاج ب EMDR (دراسة حالة)، مجلة أنسنه للبحوث والدراسات، المجلد 15 (العدد 1)، الجزائر: جامعة زيان عاشور الجلفة، ص.ص 30-49.