

المقاربة العلاجية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة
(برتوكول إزالة التحسيس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين)
Therapeutic Approach Post-Traumatic Stress Disorder
(The Protocol for EMDR)

د. عبدون العربي^{*1}

¹ جامعة طاهري محمد بشار (الجزائر)، larbi.abdoun@univ-bechar.dz

تاريخ الاستلام: 2021/11/01 تاريخ القبول: 2021/11/05 تاريخ النشر: 2021/12/20

ملخص:

شهدت العلاجات النفسية في السنوات الأخيرة تطورا متزايدا وتنوعا كبيرا، حدث ذلك على شكل موجات، طرحت نفسها كبدائل واعد لتخليص المرضى من الآلام والمعاناة الناجمة عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، وفي الموجة الثالثة لهذا التطور ظهرت تقنية إزالة التحسيس وإعادة البرمجة بواسطة الاستثارة الثنائية لحركة العين (EMDR) كعلاج متخصص موجه أساسا لكرب ما بعد الصدمة. تهدف هذه الورقة البحثية لأثراء دليل العلاجات النفسية في اللغة العربية بهذه التقنية كإحدى أحدث العلاجات السريعة. وقد قدمت شرحا لأهم المفاهيم الأساسية وإجراءات ومعايير تشخيص كرب ما بعد الصدمة، كما عرفت بتقنية العلاج بإزالة التحسيس (EMDR)، وفسرت إجراءات البروتوكول العلاجي المعياري المخصص لاضطراب كرب أو (إجهاد) ما بعد الصدمة (PTSD).² بغية تجسيده في الممارسة العيادية. كلمات مفتاحية: كرب ما بعد الصدمة، إزالة التحسيس وإعادة البرمجة بواسطة الاستثارة الثنائية لحركة العين، البروتوكول المعياري.

Abstract:

Psychotherapies have experienced increasing development and great diversity in recent years, and this has happened in the form of waves, which have presented themselves as a promising alternative to help patients overcome their suffering and pain caused by the disorders. psychological and behavioral. In the third wave of this development, EMDR emerged as a specialized therapy primarily directed against PTSD. This research paper aims to enrich the manual of psychotherapies in Arabic language with one of the latest brief

* المؤلف المرسل

² يتم استعمال مصطلح كرب ما بعد الصدمة بنفس الدلالة لمصطلح إجهاد ما بعد الصدمة

therapy. He provided an explanation of the most important concepts, procedures and basic criteria for diagnosing post-traumatic stress disorder, He also introduced the EMDR technique and explained the procedures of the specialized standard therapy protocol for post-traumatic stress disorder (PTSD), to put it into clinical practice .

Keywords: EMDR ، PTSD ، standard protocol.

مقدمة:

يتعرض الفرد في حياته اليومية الى العديد من التجارب المخيفة والصادمة التي يتعذر عليه التحكم فيها، مثل وقوعه ضحية اعتداء، أو حادث طريق، أو كارثة طبيعية وحوادث الحروب أو مشاهد مروعة كالقتل الى غير ذلك من الأحداث التي قد تترك أثارا نفسية وجسدية متفاوتة الشدة والحدة. إن الغالبية من هؤلاء الضحايا يجتازون التجربة مع مرور الوقت، دونما حاجة للمساعدة النفسية، أي أنهم يكتفون بالآليات الدفاعية الطبيعية لديهم ويستوعبون الحدث ويتكيفون مع الوضع الجاري. وهناك آخرون تسبب لهم تلك الأحداث العنيفة ردود فعل غير تكيفية تستمر معهم لأشهر وسنوات وقد تؤدي بهم الى حالة كرب مستمر.

إن وضعا كهذا يطلق عليه في معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية حالة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، وهذا النوع من الإضرابات النفسية يصعب تجاوزه دون مساعدة وهو يتطلب تدخلا علاجيا نفسيا استعجاليا أحيانا، وهو ضروري في الكثير من الحالات. يكون العلاج النفسي أحيانا بالكلمة والحوار لهذا النوع من الاضطرابات النفسية غير كاف، مما يقتضي تركيز الانتباه على الجسم واتخاذ البعد الفيزيولوجي كمدخل للعملية العلاجية، وهنا تبرز الحاجة الى اعتماد العلاج بواسطة إزالة التحسيس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين (EMDR) هذه التقنية التي برهنت على فعالية مثبتة وأكيدة في تجاوز آثار الصدمات النفسية وترميم العلاقة على مستوى ذات المصاب وكذا على مستوى البعد الاجتماعي لشبكتة العلائقية. (Canceil et al., 2004, p.191)

إن فعالية هذه التقنية العلاجية تتأتى من تصورها الخاص للاضطرابات النفسية، ومن الإجراءات المتضمنة لبروتوكول محدد وصارم يتم تطبيقه على مختلف أنواع الاضطرابات السيكلوجية.

إن ممارسة هذه التقنية العلاجية وتطبيق بروتوكولها المعياري على حالات اضطراب كرب ما بعد الصدمة يقتضي منا الإجابة على الإشكالية التالية:

- كيف يتم تطبيق إجراءات البروتوكول العلاجي لتقنية إزالة التحسيس وإعادة المعالجة (EMDR) عن طريق حركة العين على حالات كرب ما بعد الصدمة (PTSD)؟
- ما هي أهم الإجراءات ومعايير تشخيص كرب ما بعد الصدمة؟
- ما هي مواصفات وخطوات تنفيذ البروتوكول العلاجي (EMDR) الخاص بكرب ما بعد الصدمة؟

ستتم الإجابة على هذا التساؤل من خلال فحص ومراجعة أهم البحوث والوثائق العلمية المتاحة في حدود اطلاقنا والمتعلقة باضطراب كرب ما بعد الصدمة، على أن نسلك في ذلك تحليلاً لمضامينها كمنهج للعمل وتخريج المشترك من النقاط فيما بينها، كما سنعمل على شرح وتوضيح بروتوكول العلاج لتقنية إزالة التحسيس وإعادة المعالجة (EMDR) الموجه لكرب ما بعد الصدمة.

1- حالة كرب ما بعد الصدمة:

1-1- الكرب (الاجهاد):

الكرب هو ظاهرة تكيفية طبيعية، وعندما يصبح حاداً بفعل المفاجئة أو منهكا بفعل الاستمرار، حينها فقط يمكنه أن ينتج اعراضاً مرضية على المستوى الجسدي أو النفسي، وذلك نتيجة الضغوط الممارسة على المستوى الجسدي و/أو النفسي. ويعرف على أنه: "رد الفعل الطبيعي للجسم استجابة للضغوط التي يتعرض لها. ومن شأن رد الفعل هذا

تسهيل تبني استجابة تكيفية مع الظروف، وذلك حسب الإمكان وتماشيا مع مراعاة الموارد المتاحة للفرد." (Milot et al., 2018,p.10)

ووفقًا لـ Lupien (2010)، لكي يكون الموقف مجهدا، يجب أن يستوفي واحدة على الأقل من الخصائص الأربعة التالية:

(أ) - الشعور بالخروج عن السيطرة.

(ب) - عدم القدرة على التنبؤ.

(ج) - الجودة.

(د) - تهديد الأنا أو الشخصية.

وتمثل هذه الخصائص الأربعة تحت مختصر (CINÉ). ويمكن أن يكون سبب الإجهاد عوامل خارجية (على سبيل المثال، الاضطرار إلى التحدث أمام مجموعة من الغرباء، أو السياقة في زحمة المرور)، كما قد يكون الاجهاد نتيجة للعمليات الداخلية (على سبيل المثال، تذكر حدث غير سار، التخيل أن هناك من يكرهنا أو يرفضنا).

يتجلى الإجهاد على المستوى العصبي والبيولوجي، النفسي والسلوكي ومن شأنه أن يمكن الفرد من تعبئة الموارد اللازمة لمتطلبات الوضع. وبذلك يكون الإجهاد رد فعل يهدف إلى تعزيز التكيف والعودة إلى حالة التوازن. وتؤدي حالات الكرب الحادة التي تتضمن تهديدا للسلامة الجسدية للشخص (مثل تعرضه للاعتداء، رؤية سيارة قادمة بسرعة أثناء عبور الطريق) الى إطلاق ما ندعوه استجابة المعركة "المواجهة أو الهرب". يتم إطلاق هذه الاستجابات بشكل آلي وتلقائيا من طرف الجهاز العصبي اللاإرادي لتحضير وإعداد الجسم للتصرف بفاعلية في حالة الخطر. في بعض الحالات، تستبق استجابة المواجهة أو الهرب ردود فعل تجميد أولي. وهكذا فان "الاجهاد التكيفي يعد محفزا، بينما الشكل الحاد المتجاوز يعد حالة مرضية ذات أعراض متعددة يمكن أن تؤدي الى تشخيصات متغايرة كما قد تسبب في تدخلات علاجية غير مناسبة." (Clervoy, 2016, p.17)

2-1- الصدمة النفسية:

من الناحية اللغوية، تعني كلمة الصدمة "إصابة" (لاروس، 2017). وفي الطب، تشير الصدمة إلى حدوث إصابة بالجسم بواسطة عامل خارجي. أما في علم النفس، فتشير الصدمة إلى ضرر مؤقت أو دائم بسبب حالة إجهاد شديد. (Josse, 2011)

مفهوم الصدمة النفسية ليس جديداً. أما موضوع الكرب أو الاجهاد فقد ظهر خلال النصف الثاني من القرن العشرين، وبالخصوص نتيجة الاهتمام المتزايد بالمصاعب الكبرى في التكيف لدى قدماء المحاربين وحينها ظهر تصور حديث لمفهوم الصدمة. في سنوات السبعينيات، ظهرت الكثير من المجموعات التي تمثل قدامى المحاربين في حرب فيتنام بشكل خاص، وأصبحت تمارس ضغوطاً قوية من أجل الاعتراف بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالحرب. وهكذا تم تشكيل مجموعة عمل لدراسة المشاكل والصعوبات، والتي أدت مع نشر DSM-III في عام 1980 إلى ظهور الصيغة الأولى المعاصرة لاضطراب ما بعد الصدمة. وبالموازاة لهذا العمل، ظهر اعتراف متزايد بالعنف ضد المرأة وساهمت عواقب هذا العنف في إثبات أن العنف الذي يقع على المرأة يمكن أن يكون مصدراً مهماً لصعوبات ذات طابع سيكولوجي. (Milot & Collin-vézina, 2018)

1-2-1 - أنواع الصدمات :

يرجع أول تصنيف للصدمة إلى Lenore Terr (1991). حيث ميز بين فئتين: النوع الأول والنوع الثاني من الصدمات.

- الصدمة من النوع الأول: تعني الصدمة التي يسببها حدث ما فريد من نوعه، محدود الوقت، له بداية واضحة ونهاية واضحة، اعتداء، سطو، حريق، كارثة طبيعية، وغير ذلك من الحوادث الخطيرة.
- الصدمة من النوع الثاني: نتحدث عن الصدمة من النوع الثاني عندما يتكرر وقوع الحدث المسبب أو الأصل في الاضطرابات، عندما يكون حاضراً باستمرار أو عندما يهدد

بالعودة والظهور والتكاثر في أي وقت لفترة طويلة، العنف الأسري، والاعتداء الجنسي والعنف السياسي والإرهاب والجريمة، كما ينطبق هذا المفهوم على آثار الحرب كذلك.

الصدمة من النوع الثالث: لقد حد (Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) صنفا ثالثا من الصدمات وذلك لتوصيف نتائج الأحداث المتعددة التي تقع بشكل عنيف وتبدأ في سن مبكرة وتستمر لفترة طويلة، حالات نموذجية من سوء المعاملة. أما جوديث هيرمان Judith Herman (1997)، الأستاذة في كلية الطب بجامعة هارفارد، فقد قامت بتصنيف الصدمة إلى فئتين: الصدمة البسيطة والمعقدة. (Jossé, 2019)

- تعريف الصدمات البسيطة: وهي تقابل الصدمات من النوع الأول التي حدتها Terr. الأحداث التي تؤدي إليها تشكل حدث وقع لمرة واحدة في حياة الموضوع.
- الصدمة المعقدة: ويقصد بها نتيجة الإيذاء القهر المزمن لشخص أو مجموعة من الناس. في مثل هذه الحالات، عادة ما تكون الضحية أسيرة لفترة طويلة. فترة (أشهر أو سنوات)، تحت سيطرة صاحب الأفعال الصادمة وهي غير قادرة على الهرب منه. هذا النوع من الصدمات المعقدة تقارب الصدمة من النوع الثاني التي حدتها Terr إن كانت بدايتها عند سن مبكرة، وتقارب الصدمة من النوع الثالث التي حدتها سليمان وهاید. يفضل حاليا استعمال أسماء الصدمات البسيطة والمعقدة على الصدمات من النوع الأول والثاني والثالث. (Jossé, 2019)

2- اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

لقد تم رصد حالة كرب ما بعد الصدمة منذ العصور القديمة، حيث جاءت الإشارة لبدايات هذا الاضطراب في نهاية كتاب جمهورية أفلاطون بأسطورة الجندي آر (Le Mythe d'Er le Pamphylien). لقد تُرك الجندي آر في ساحة المعركة على أساس أنه ميت وعندما وضع جثمانه في المحمل، استيقظ وبدأ في سرد قصته في عالم الأموات. وقد تم توصيف كرب ما بعد الصدمة بطريقة أكثر علمية من قبل الطب النفسي في نهاية القرن التاسع عشر. وهنا يجب أن نؤكد على الدور الريادي الذي لعبه بيير جاني (Pierre Janet)

(1889) الذي اقترح قبل فرويد بفترة طويلة نظرية ذكريات اللاوعي الصادمة وصلاتها بالانفصال النفسي الناتج عن فترة الصدمة . (Fantaine & Philippe, 2011)
وقد تمت دراسة الكرب اللاحق للصدمة بمزيد من التفصيل بعد حرب فيتنام. مما دفع الى العديد من التدخلات العلاجية، ولا سيما من جمعيات الضحايا. ومنها، العلاجات السلوكية المعرفية، وعلاج إزالة التحسيس وإعادة البرمجة عن طريق حركة العين. (Mey- Guillard & Sophie, 2004)

لقد تم الاعتراف رسميًا باضطراب ما بعد الصدمة باعتباره اضطرابًا عقليًا في عام 1980 مع نشر الطبعة الثالثة من دليل التشخيص الإحصائي لاضطرابات النفسية (APA)، (1980). وقد أجريت بعض التغييرات على ذلك خلال مراجعة عام 1987 لدليل التشخيص (APA، 1987)، وعلى وجه الخصوص في التفاصيل الخاصة بتنظيم الأعراض المختلفة لاضطراب ما بعد الصدمة (Brett et al., 1988). وهكذا تم عرض اضطراب ما بعد الصدمة على أنه اضطراب في الصحة العقلية يمكن أن يتطور لدى بعض الأشخاص المصابين الذين تعرضوا بشكل خاص لحدث مرهق خارج نطاق التجارب المعتادة. إن التعرض لمثل هذا الحدث الصادم هو معيار التشخيص الأول لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (المعيار A). وبتحديدها لطبيعة الأحداث التي يمكن أن تسبب اضطراب ما بعد الصدمة، فإن الجمعية الأمريكية للنفسانيين APA تقدم بذلك تمييزًا مهمًا بين الأحداث التي يحتمل أن تكون صادمة وبين التجارب الحياتية المؤلمة والمعتادة بانتظام مثل الانفصال وال فشل، الرفض أو المرض (Friedman, 2007)، والتي ليست كافية للتسبب في اضطراب ما بعد الصدمة.

1-2- أعراض اضطراب الصدمة:

لكي يتم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة لدى شخص ما، يجب أن تظهر لديه على الأقل ثلاثة أنواع من الأعراض مجتمعة تحت الثالوث الكلاسيكي لاضطراب ما بعد الصدمة:

- أ) إحياء أو ظهور الحدث الصادم على شكل ذكريات المتكررة (المعيار ب).
- ب) التجنب الدائم للمنبهات والمثيرات المرتبطة بالصدمة، والتخفيف من الاستجابة العامة، مثل الجهود المبذولة لعدم التفكير في الحالة (المعيار C).
- ج) وجود أعراض مستمرة يعكس فرط النشاط العصبي الاعاشي، مثل فرط اليقظة (المعيار D). تتميز بعض الأعراض بشكل خاص لدى الأطفال، مثل وجود ألعاب متكررة حيث يعيد الطفل تمثيل الأحداث المعاشة من خلال اللعب.

يقدم DSM-5 اضطراب ما بعد الصدمة ضمن قسم جديد حول الصدمة واضطرابات الإجهاد ذات الصلة، والمرافقة للتغيرات الرئيسية. لقد أضفت توضيحات على ما يعتبر حدثًا صادمًا، بما في ذلك دمج الصدمات غير المباشرة. وتشير خبرة الصدمة غير المباشرة هنا إلى حقيقة:

- مشاهدة الحدث. أو (الحادث)
 - العلم بأن أحد أفراد أسرة كان ضحية الحادث.
 - أن يكون الشخص معرضا بشكل متكرر واکراهي لتفاصيل الصدمات التي تعرض لها الأشخاص الآخرون (على سبيل المثال، أصحاب المصالح الطبية الذين تعرضوا واستعموا لقصص مرضاهم). كما نجد أن هناك تغييرا آخر كبيرا، حيث تمت إزالة الحاجة إلى أن يبلغ الضحية عن شعوره بخوف شديد أو شعور قوي من العجز أو الرعب أثناء الحدث الصادم. لقد تم سحب هذا الشرط والتخلي عنه، لأنه في بعض الحالات يصعب على الطبيب تقييمه، وأيضًا لأنه يساهم بشكل ضعيف في الحكم على شدة الأعراض (المعايير B و C و D) المصرح بها من طرف المفحوص أو المريض (Friedman et al., 2011).
- لقد قدم DSM-5 لأول مرة نوعا فرعيا وهو "مرحلة ما قبل المدرسة" والمتعلق بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة سنوات وما دون، مع الاعتراف أن بعض الأحداث قد تكون صادمة أكثر بالنسبة للأطفال بسبب المستوى الأكبر للهشاشة التي تميزهم وكذا لطريقتهم في الاستجابة للأحداث التي تختلف عن الشخص البالغ.

2-2- أهم اعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة:

بعد أن قدمنا اهم الاعراض الخاصة باضطراب الصدمة عموما حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس لجمعية النفسانيين الأمريكيين DSM5 سنحاول فيما يلي تقديم الأعراض المعيارية لكرب ما بعد الصدمة على وجه الخصوص وهي على شكل توليفة عامة تتقاطع فيها آراء DSM5 الدليل التشخيصي الاحصائي لجمعية النفسانيين الأمريكيين و CIM10 الخاص بمنظمة الصحة العالمية. ويتم إجمال وتوضيح الأعراض التي تتواجد لدى المرضى في عدة أنواع.

العلامات والأعراض

تبدأ الأعراض عادة في وقت مبكر، في غضون 3 أشهر من الحادث الصادم، ولكن في بعض الأحيان قد تبدأ بعد ذلك بسنوات عدة. كما يجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر وأن تكون شديدة بما يكفي للتأثير على العلاقات أو العمل ليتم اعتبارها اضطراب ما بعد الصدمة.

يعرف مسار المرض اختلافا وتنوعا، فقد يتعافى بعض الأشخاص في غضون 6 أشهر، بينما يعاني البعض الآخر من أعراض تستمر لفترة أطول. كما قد تتحول الى حالة مزمنة لدى بعض الافراد.

ولتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة، يجب أن يظهر لدى الشخص البالغ ولمدة شهر واحد على الأقل:

- عَرَض واحد على الأقل من أعراض تكرار المعاناة.
- عرض تجنب واحد على الأقل.
- ما لا يقل عن اثنين من أعراض الاستثارة والتفاعل.
- ما لا يقل عن اثنين من أعراض الإدراك والمزاج.

تشمل إعادة الشعور بالأعراض ما يلي:

ذكريات الماضي - تخفيف الصدمة مرارًا وتكرارًا، بما في ذلك الأعراض الجسدية مثل تسارع ضربات القلب أو التعرق والأحلام المزعجة والأفكار المخيفة.

قد تسبب إعادة الشعور بالأعراض في حدوث مشكلات في الروتين اليومي للشخص. ويمكن أن تبدأ الأعراض من أفكار الشخص ومشاعره. كما يمكن للكلمات أو الأشياء أو المواقف التي تذكر بالحدث أن تؤدي أيضًا إلى إعادة ظهور الأعراض.

قد لا تظهر أي أعراض لدى بعض الأشخاص المصابين باضطراب ما بعد الصدمة لأسابيع أو شهور. وغالبًا ما يكون اضطراب ما بعد الصدمة مصحوبًا بالاكتئاب أو تعاطي المخدرات أو واحد أو أكثر من اضطرابات القلق الأخرى.

● أعراض إقتحامية: (في هذه الحالة يغزو الحدث مرارا أفكار المرضى وذلك بشكل لا يمكن السيطرة عليه). كما يعود سيناريو الحدث الصادم لدى المريض أثناء اليقظة بشكل قهري مستهجن وذلك على صيغة ذكريات متكررة غير مرغوب فيها. كما يتمظهر ذلك الحدث الصادم أثناء النوم بطريقة متكررة على شكل كوابيس. وقد يحدث للمريض ما يسمى بالارتجاع مع فقدان الإدراك لمجريات المحيط، حيث أنه بدل تذكر الحادث فهو يشعر به وكأنه يحدث الآن وهنا ويتصرف على تلك الحال، فقد يتصرف شخص ما مصدوم من حوادث وقعت أثناء حرب حقيقية عندما يسمع أصوات الألعاب النارية في عيد الميلاد، بطريقة وكأنه في المعركة فيجري ويستلقى على الأرض ويصرخ.... الخ وهنا يكون تحت تأثير حالة ارتجاع لذكرى المعركة التي عاشها بالفعل.

● أعراض تجنبية: (يتجنب المريض كل ما يذكره بالحدث الصادم). وتشمل أعراض التجنب ما يلي:

إصرار الشخص المريض على تجنب الأشياء (الأنشطة أو المواقف أو الأشخاص والأماكن والأحداث) والابتعاد عن كل ما يذكره بالتجربة الصادمة، فقد يتجنب على سبيل المثال، دخول حديقة أو مبنى أو المرور بطريق جانبي حيث تعرض للاعتداء أو التحدث إلى

أشخاص من نفس العرق مثل أولئك الذين هاجموا. كما قد يحاول أيضًا تجنب أي أفكار أو مشاعر أو محادثات تتعلق بالحدث الصادم. إن الأشياء التي تذكر الشخص بالحدث الصادم يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض الإبطال. وقد تتسبب هذه الأعراض في قيام الشخص بتغيير روتينه الشخصي. على سبيل المثال، وبعد حادث سيارة سيء، قد يتجنب الشخص الذي يقود السيارة عادة القيادة أو الركوب في السيارة.

• أعراض الاستثارة والتفاعل:

- الجري والفرح بسهولة. - الشعور بالتوتر أو "القلق" - مواجه صعوبة في النوم - نوبات الغضب.

وعادة ما تكون أعراض الاستثارة ثابتة، بدلاً من أن تسببها أشياء تذكر بأحد الأحداث الصادمة. إن هذه الأعراض يمكن أن تجعل الشخص يشعر بالتوتر والغضب. ويصبح من الصعب على الفرد القيام بالمهام اليومية، مثل النوم أو الأكل أو التركيز.

• أعراض الإدراك والمزاج:

- تشمل أعراض الإدراك والمزاج أو التأثيرات السلبية في المزاج والأفكار ما يلي:
- مشكلة في تذكر الملامح الرئيسية للحدث الصادم ولا يستطيع أحيانًا تذكر أجزاء مهمة من الحدث الصادم (فقدان الذاكرة الانفصامي) (Amnésie dissociative).
 - الأفكار السلبية عن الذات والعالم فقد يشعر الشخص بأنه غير حساس عاطفيًا أو منفصلاً عن الآخرين.
 - مشاعر مشوهة، فقد يتمثل الشخص الحدث بطريقة مشوهة، مما يجعله يشعر بالذنب أو يلوم الآخرين على ما حدث.
 - فقدان الاهتمام بالأنشطة الممتعة، الاكتئاب الشائع، ويظهر الشخص اهتمامًا أقل بالأنشطة التي اعتاد الاستمتاع بها.

يمكن أن تبدأ أعراض الإدراك والمزاج أو تتفاقم بعد الحدث الصادم، ولكنها لا تكون بسبب الإصابة. إن هذه الأعراض يمكن أن تجعل الشخص يشعر بالغيرة أو الانفصال عن الأصدقاء أو أفراد الأسرة.

الشعور بالذنب يكون شائعاً أيضاً. فقد يشعر المصاب، على سبيل المثال، بالذنب لأنه نجى من الموت بعد وفاة أشخاص آخرين. قد يشعر فقط بالعواطف السلبية، مثل الخوف أو الرعب أو الغضب أو الخجل، وقد يكون غير قادر على الحب أو الشعور بالسعادة أو الرضا.

• تغيُّرات اليقظة وردود الفعل:

قد يواجه الشخص صعوبة في النوم أو التركيز. وقد تصبح اليقظة شديدة لديه تجاه العلامات التحذيرية المرتبطة بالمخاطر، ويزعج بسرعة وسهولة. قد يعاني الشخص من فقدان السيطرة تدريجياً على ردود أفعاله، مما يؤدي إلى نوبات من الغضب والسلوك المتهور.

أعراض أخرى:

قد يطور بعض الناس أنشطة طقسية لمساعدتهم على التقليل من قلقهم. على سبيل المثال، قد تأخذ ضحية الاعتداء الجنسي حمامات متكررة في محاولة منها للتطهر والتخلص من شعورها بالقذارة.

أخيراً تجدر الإشارة إلى أن العديد من المصابين باضطراب ما بعد الصدمة يلجؤون إلى تعاطي الكحول أو العقاقير المهدئة لتخفيف أعراضهم وذلك ما قد يؤدي بهم لحالات الادمان وتعاطي المخدرات.

التشخيص: يتم تشخيص اضطراب كرب ما بعد الصدمة، استناداً إلى معايير عامة أهمها:

- أن يكون المريض قد تعرّض مباشرة أو بشكل غير مباشر للحدث الصادم.
- تكون الأعراض موجودة ومستمرة لمدة شهر على الأقل أو أكثر.

- أن تسبب الأعراض معاناة كبيرة أو ضعفاً ملحوظاً في الأداء.
 - أن يكون لدى الشخص بعض الأعراض من كل نوع من الأعراض المرتبطة باضطراب كرب ما بعد الصدمة (أعراض اقتحامية، وأعراض تجنبية، وتأثيرات سلبية على التفكير والمزاج، وتغيرات في اليقظة وردود الفعل).
 - أن لا تكون الأعراض ناجمةً عن استخدام الأدوية أو اضطراب آخر.
- ولأن هناك اختلافات طفيفة بين معايير التشخيص بين أنظمة التشخيص العالمية لاسيما النظام الدولي CIM والنظام الأمريكي DSM وهما النظامان الأكثر استعمالاً عالمياً سنقدم جدولاً للتكافؤ التشخيصي بينهما حسب ما أورده. (Crocq, 2014, p.18)
- الجدول. التكافؤ التشخيصي بين الواقع السريري، لنظام DSM-5 و CIM-10 * - الصدمات النفسية الحادة والمزمنة.

تشخيص CIM-10	تشخيص DSM-V	اللوحه العيادية	
رد فعل حاد يحمل عامل اجهاد (F43.0)		التغلب على الإجهاد رد فعل عصابي رد فعل ذهاني	الحالة المرضية مباشرة من بضع دقائق الى يوم واحد
حالة من كرب ما بعد الصدمة عابر (F43.1) (إذا كان أقل من شهر واحد)	حالة اجهاد حاد (308.3). كرب ما بعد الصدمة الشكل الحاد (309.81) (إذا كان أكبر من شهر).	كمون العصاب الصدمي	الحالة المرضية بعد فترة قريبة من يومين الى شهر واحد
حالة من كرب ما بعد الصدمة دائم (F43.1) (إذا كان من شهر الى عامين)	كرب ما بعد الصدمة الشكل الحاد (309.81) (إذا كان من شهر الى ثلاثة أشهر).	عصاب صدمي انتقالي	الحالة المرضية المزمنة أكثر من شهر
تعديل دائم في الشخصية بعد تجربة كارثية (F.62.0) (أكبر من سنتان)	كرب ما بعد الصدمة الشكل الحاد (309.81) (أكبر من ثلاثة شهر).	دائم (او مزمن)	

وهكذا يتضح مما سبق أن الصدمة النفسية هي تاريخ من معاناة الانسان، وان تنامي الفهم لتلك المعاناة والتراكم المعرفي في مجال علم الصدمات قد مكن من حصول تطور كبير في تحديد وتحليل الاليات المتحكمة في الصدمات النفسية ومخلفاتها، كما أدى الى تطور منهجية ووسائل التشخيص ومعاييرها حسب ما تم عرضه باختصار.

إن المسار الذي انتهجته البحوث العلمية مكن الباحثين والممارسين العياديين من تحديد اللوحة الإكلينيكية لكرب ما بعد الصدمة، حيث أنه منذ الثمانينيات، ثم الاعتراف باضطراب ما بعد الصدمة من طرف DSM-III وهو ما عزز دور العلاجات السلوكية والمعرفية في هذا المجال. وفي نهاية هذا العقد، تم اتخاذ خطوة حاسمة باكتشاف تقنية إزالة التحسس وإعادة البرمجة عن طريق حركة للعينين. EMDR الشيء الذي أدى الى تطور ملحوظ في مجال التكفل العلاجي السيكولوجي لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة وهو ما سنتناوله في هذا المجال.

3- العلاج بتقنية إزالة التحسس وإعادة البرمجة عن طريق حركة للعينين.

(EMDR)

لمحة تاريخية:

لقد عانت المعالجة النفسية Francine Shapiro فرانسيس شاييرو من مرض السرطان، وبينما كانت تسير في إحدى الحدائق في أمريكا في شهر ماي من عام 1987، وتحت وطأة الأفكار السلبية وما يرتبط بها من مشاعر، وجدت ان تحريك عينيها بطريقة ما من أقصى اليمن إلى أقصى اليسار له دور فعال في التخفيف من حدة المشاعر السلبية والاضطرابات المصاحبة لها، حيث لاحظت اختفاء بعض الأفكار المزعجة بشكل مفاجئ، وعندما استرجعت هذه الأفكار إلى ساحة الوعي، أصبحت فاقدة لقوتها المقنعة وكذا للمشاعر المصاحبة لها، (...) دون أي جهد واع. أصابت شاييرو الدهشة، وبدأت في الاهتمام بالطريقة التي حركت بها عيناها. لقد حركت عيناها تلقائيًا، أفقيًا وقطريًا، على طول

الطريق. (...) بعد ذلك فكرت بشكل قصدي في مختلف الأفكار المزعجة والذكريات الصعبة مع تحريك عيناى، أدركت أن هذه الأفكار كانت تختفي أيضًا وأن الذكريات تفقد شحنتها الانفعالية (Roques, 2016, p.8). فطبقت نفس الشيء على المرضى الذين كانت تعالجهم، لكنها وجدت ان المرضى لا يستطيعون تحريك اعينهم تلقائيا، لذلك كانت تطلب منهم أن يتبعوا حركة أصبع يدها، وهذا العلاج ليس مقصورا على حركة العينين وانما هذا جزء من العلاج المكون من ثمان مراحل. وفي عام 1988 أسست فرانسينا معهد العلاج ب(إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين).

لقد شكل ذلك نقطة البدء بالنسبة لفرنسين شايبرو، وفي مرحلة شهادة الدكتوراه في علم النفس، قامت ببحث على حوالي 70 حالة من تصميم بروتكول يمكن استعماله لتخفيف القلق وأسمته بروتكول إزالة التحسيس وإعادة البرمجة بواسطة حركة العينين Eye Mouvement Desensitization (EMD) وقامت بنشر الدراسة الأولى في عام 1989 والتي تكونت من عينة شملت جماعة من قداماء المحاربين تعافوا من حالة كرب ما بعد الصدمة (ESPT)، وقد توصلت الى تسجيل حالات انخفاض واضح للقلق بعد العلاج وذلك مقارنة بقائمة انتظار لم تستفد من العلاج، ولم تكتفي الباحثة بذلك وقامت بتطبيق العلاج على الجماعة الثانية. وقد تواصلت بعد ذلك بحوث عديدة خاضعة لمعايير علمية صارمة الى نفس النتائج (Wilson et al, 1996) وقد تم الاعتراف أخيرا عن طرق التحليل البعدي Méta-analyse بفعالية طريقة العلاج بواسطة (EMDR) Bisson et Andrew, (2007) (Van Etten et) وقامت فرنسين شايبرو بتعديل بروتكولها بسرعة الى صيغة (Madoun & Danielle, Eye Mouvement Desensitization Reprocessing (EMDR) (2005) وقد أدركت شايبرو بعد تقييم مئات الحالات العيادية أنه " إن طبقت الإجراءات بطريقة صحيحة، ستحدث عملية إزالة التحسيس وإعادة بناء معرفي متزامنة للذكريات التي تمت معالجتها، وللدلالات أو المعنى المعطى للتجربة". (Dellucci, 2016, p.78) وقد

قاد التحول الى بناء مقارنة متميزة، تبدأ بتخفيف القلق وتصل الى العلاج الكامل لحالة كرب ما بعد الصدمة.

لقد شهدت عملية العلاج بإزالة التحسيس وإعادة البرمجة عن طريق حركة العين في نهاية التسعينات تطورا ملحوظا، وأصبحت معروفة ومعترف بها اليوم ومستعملة في مختلف مصالح الصحة العقلية، والمنظمات المهنية كعلاج فعال في التكفل بحالات الصدمة. وقد تم الاعتراف بها نهائيا تماما على غرار العلاجات السلوكية المعرفية سنة 2013 من طرف منظمة الصحة العالمية OMS كعلاج نفسي موصى بها في إطار التكفل بآثار الأحداث الصادمة. وامتدت للتكفل بالمخاوف المرضية، اضطراب الهلع، اضطراب القلق المعمم، الانهيار العصبي والإدمان، واضطراب الوسواس القهري، والالام المزمنة لاسيما الام العضو الشيح وحالات الصداع وحالات اضطرابات الجنسية، كما استعمل بفعالية لدى الذهانين واضطرابات أخرى. (Dellucci, 2016)

3-1- عملية العلاج بإزالة التحسيس وإعادة البرمجة عن طريق EMDR كمقاربة لإيجاد الحلول:

لقد تحصلت فرنسين شابيرو على نتائج إيجابية بعد تكرار تجربتها وكان عليها أن تجد اطارا نظريا لطريقتها في العلاج لتفسير حالات الشفاء العفوية التي لاحظتها في العديد من المرات فوجدت أن النموذج الفكري الذي يوجه الممارس العيادي لتقنية (EMDR) هو ذلك الخاص بالمعالجة التكيفية للمعلومة (TAI) التي تم اتخاذها كفرضية عمل ويمكن لهذا النموذج النظري أن يوفر التفسير للظواهر العيادية، وأن يشكل قاعدة مفاهيمية للحالات، وأن يتنبأ بالآثار العلاجية المحتملة، وأن يستخدم كدليل للقرارات خلال العلاج. (Tarquinio, 2017)

وتركز هذه المسلمة على القدرات الطبيعية للشفاء الذاتي للعضوية، على غرار المثال المجازي للجرح البسيط الذي يتمكن الجسم من علاجه دون ضرر مع بقاء بعض الأثر،

فان الجانب النفسي يمتلك نفس القدرة على استيعاب وتمثل أحداث الحياة. فكلما وجد الفرد الأمن الكافي والشروط البيئية الجيدة والمواتية لكيلا يضطر الى اللجوء الى ردود الفعل الخاصة بحفظ البقاء، فإن الجانب النفسي يستوعب بهذا الشكل التجارب اليومية للحياة ليجعل منها مادة للتعلم المفيد.

إن هذا ما يحدث تماما في حالة الجرح العميق، فإنه لن يشفى تلقائيا وتنجم عنه مضاعفات، وهذا المثل ينطبق على البعد النفسي، فإن تجاوز الحدث قدرات الاستيعاب النفسية، واذا تجاوز قدرة التحمل على المستوى الفيزيولوجي والانفعالات لمدة طويلة فإن الجسم سيلجأ الى آليات حفظ البقاء، التي ستمنع من جهة عملية التمثل والاستيعاب، وتؤدي من جهة أخرى إلى ردود فعل غير متكيفة، بمعنى أن الفرد لا يخرج منها مسلحا بالشكل الكاف للمواجهة المستقبل، بل على العكس سيخرج من ذلك معطوبا. ويتجلى هذا العطب من خلال حالة الحساسية الزائدة أمام العناصر المسجلة عادة بشكل خفي لديه (مثال: كلمة، تاريخ، صوت قرقعة الباب... الخ) تثير لديه ردود فعل لا يمكن كبجها (مثال: الهرب، الدهشة...)، حادث ذو أهمية، أفكار سلبية (مثال: ليست لذي قيمة، لا أستطيع فعل أي شيء). إعادة ظهور مشاهد على شكل صور، أصوات، كوابيس، ردود أفعال جسدية (مثال: ارتفاع ضربات القلب) يمكن أن تحدث حالة كرب ما بعد الصدمة من حادث فريد (حادث طريق مثلا).

لقد أصبحنا اليوم على علم أنه ليس من الضروري أن تواجه الموت فعلا حتى تتشكل لديك شبكة عصبية صدمية، فتكرار معاملة سيئة، أو فقدان ذو أهمية، أو نقص الحماية، كلها تعد مصادر للصدمة التي لا يتم تجاوزها بشكل عفوي. فالتجربة المعاشة كحادث صادم تقاوم الزمن، بمعنى أن الحدث قد يستمر إلى عشرات السنين، ويستمر رد الفعل أمام المثير المؤدي للصدمة بنفس الحدة والشكل وكأنه حدث الآن ويجعل الجسم والنفس في الوضعية الأولى لحدوث الفعل الصادم. (Dellucci, 2016)

"إن أحد المبادئ الأساسية لنموذج TAI هو آلية فطرية تسعى لضمان الصحة البدنية والعقلية، والافتراض الأساسي هو أن الإجراءات المستخدمة في ال EMDR هي محفزات للحالة الفسيولوجية التي تسمح بمعالجة المعلومات وتجعل من الممكن خلق تواصل بين المعلومات في الشبكة المعطلة ولمعلومات اللازمة للتوصل إلى حل تكيفي. إنها معالجة تكيفية للمعلومات تتم على المستوى الفسيولوجي العصبي، على مستوى ارتباطات شبكة الذاكرة". (Tarquinio, 2017, p.38)

لقد قدمت فرنسين شاييرو (Shapiro, 1995) المسلمة التالية، أن العرض المرضي يأتي من الذاكرة من شبكة المعلومات المخزنة بطريقة مختلفة وظيفيا.

"إن عملية العلاج بواسطة إزالة التحسس وإعادة البرمجة عن طريق حركة العينين (EMDR) تؤسس على فرضية مفادها أن كل اختلال وظيفي ذو طابع نفسي أو نفسجسدي ناجم عن تجارب الحياة يمكن علاجه باستعمال الذاكرة وأصل تلك التجربة الشبكة الترابطية في الذاكرة، حتى وإن ظهرت تلك الترابطات مؤخرا في الحياة". (Dellucci, 2016, p.80)

2-3- مراحل العلاج:

وفقاً لفرانسين شاييرو فإن البروتوكول العلاجي لتقنية إزالة التحسيس وإعادة البرمجة بواسطة حركة العينين (EMDR) يتكون من ثمانية مراحل: (Michel & Jenny, Ann, 2019, p.74). وقبل التطرق لها يجب أن نشير إلى أن كل العلاجات تشترك في المراحل الأولى (1)، والسابعة (7)، والثامنة (8).

كما تعتبر المرحلة الثانية (2) الخاصة بالاستقرار هي حجر الزاوية للعلاج النفسي الناجح للصدمة.

أما المراحل الثالثة (3)، والسادسة (6)، فهما مرحلتين خاصتين بالبروتوكول المقياسي (EMDR). (Tarquinio, 2017).

تفاصيل البروتوكول الخاص بعلاج: (EMDR). (Marx, 2013)

• المرحلة الأولى: التواصل مع الحالة والتعرف على تاريخها ووضع خطة للعلاج.

في المرحلة الأولى، يستمع المعالج لقصة المريض ويقوم بتحديد العناصر البارزة لتاريخها، بما في ذلك سياقها الحالي، ويأخذ تاريخاً دقيقاً عنه للكشف عن المشكلة والجوانب السلبية المرتبطة بها واعراضها. ينشئ الممارس والمريض معا تحالفاً علاجياً ويقومان بتحديد أهداف العلاج النفسي المناسبة مع التوقعات ووضع خطة رعاية وعلاج بما في ذلك الموارد التي سيتم تطويرها وكذلك الأحداث الماضية والمحفزات والتوقعات الحالية والمستقبلية فيما يتعلق بالقضية الحالية. علماً أن التفاصيل المحددة للذكريات المرعبة ليست ضرورية هنا لصياغة الخطة العلاجية.

• المرحلة الثانية: مرحلة الاعداد والتهيئة.

في هذه المرحلة، يصف الممارس العلاج النفسي لـ EMDR نموذج المعالجة التكميلية للمعلومات (TAI) (Traitement Adaptatif de l'Informations)، ويدخل التحفيز الثنائي، يحدد تقنيات التنظيم الذاتي مثل مكان الأمان، وتقييم الموارد والدعم الاجتماعي المتاح للمريض لتحديد ما إذا كان ذلك كافياً، أو ما إذا كانت الموارد بحاجة إلى التطوير والتقوية قبل المتابعة في المراحل التالية. كما يتعلم المريض في هذه المرحلة طرق وأساليب معينة لهدئة النفس والاسترخاء وذلك بغرض تحسين مستوى التعامل مع المشاعر والذكريات المرعبة التي يتم استرجاعها خلال الجلسات العلاجية. ويتعلم كذلك تقنيات المراقبة الذاتية والتعديل الذاتي للمشاعر والانفعالات.

• المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم.

تتيح هذه المرحلة الحصول على المكونات المختلفة للتفاعل الأولي للهدف الذي ستم معالجته في الجلسة (الذاكرة، العامل المفجر أو سيناريو مستقبلي).

يقوم المريض في هذه المرحلة بتحديد واختيار صورة أو مشهد من الحوادث الصدمي، ويشكل حوله مجموعة من الجمل والكلمات تعبر عن معتقدات سلبية مرتبطة بالحدث ثم يقوم بتغييرها بجمل إيجابية قادرة على استثارة العواطف الاحاسيس الجسمية المرتبطة بذكرى الحادث. وتتم العملية تفصيليا على الشكل والعناصر التالية:

• صورة: المريض مدعو لوصف الصورة (أو التمثيل الحسي، في حالة عدم وجود معلومات مرئية) التي تتوافق بشكل أفضل مع الهدف أو أي منها هو أسوأ جزء من التجربة المستهدفة.

• الإدراك السلبي: يسأل الممارس المريض أن يستخدم الكلمات للتعبير عن الصورة أو المشهد الخاص بالحدث الصدمي بشكل أفضل (أو مع التمثيل الحسي إذا لم يكن هناك صورة) وأن يعبر عن اعتقاد ذاتي سلبي خاص بالحدث الآن. هذا الإدراك يجب أن يكون سلبي وغير عقلائي وذاتي المرجعية وقابل للتعميم، هذا يؤثر على التعبير اللفظي، ثم يبحث بعد ذلك عن تعبير ذاتي إيجابي بديل. وهو يستدعي في نفس الوقت الأحاسيس والعواطف البدنية المرتبطة بذكريات الحادث. قد تستغرق الخطوات السابقة 3 جلسات إذا كانت حادثة واحدة فقط مستولة عن اضطراب توتر ما بعد الصدمة. وتستخدم أيضا معها حركات العينين أو التنقر.

• "يتردد صداها كما هو حقيقي الآن". عادة ينتمي الإدراك السلبي إلى أحد السجلات الثلاث التالية: أ- المسؤولية / الفشل ("لم أقدم عملا جيدا" أو "أنا سيئ")، ب- (الافتقار إلى الأمن) ج- (نقص مراقبة). ومن الأمثلة على ذلك: ليست لدي قيمة، هناك شيء ما ليس على ما يرام يحدث معي، أنا لست شخصا صالحًا، أنا قذر، أنا مكروه، أنا في خطر، أنا سأكون مهجوراً، أنا عاجز، أنا خارج عن السيطرة، لا أستطيع أن أنجح.

• الادراك الإيجابي: هنا يسأل المعالج المريض عندما يستحضر الصورة ويفكر فيها، ما الفكرة التي تحضر لديه عن ذاته حينها. يجب أن يشكل هذا الإدراك مرجعا ذاتيا،

يعكس اتجاه التغيير المطلوب، وأن يكون ذو مصداقية نوعاً ما باعتباره هدفاً مأمولاً، قابلاً للتعميم، ويتعلق بنفس موضوع الإدراك السلبي. ويجب أن تكون الصياغة إيجابية (على سبيل المثال، "أنا قوي" أو "أنا جيد كما أنا") بدلاً من نفي الإدراك السلبي (على سبيل المثال، "أنا لست ضعيفاً" أو "لست سيئاً").

• **صحة المعتقد (VOC: Validity of cognition صحة الإدراك).** هنا يطلب المعالج من المريض أن يقيم من حيث مشاعره ("أي من الداخل")، صدق الإدراك الإيجابي (يكرر المعالج الكلمات الدالة على الإدراك الإيجابي) عندما يفكر في الهدف. وذلك حسب مقياس مكون من سبع نقاط تدريجية تنتقل من 1، "خاطئ تماماً"، إلى 7. "صحيح تماماً".

• **الانفعالات:** هنا يسأل المعالج المريض، عندما يركز على الصورة (أن يحدد ما هي الصورة) وعند التركيز على كلمات الإدراك السلبي (يكرر الممارس كلمات الإدراك السلبي)، وأن يحدد ما هي المشاعر التي يمر بها حالياً.

• **وحدات الاضطراب الذاتية: (Unités subjectives de perturbation).**

في هذه المرحلة يُطلب من المريض تقييم مستوى الاضطراب الذي يعاني منه الآن، على مقياس يتراوح بين 0، "بدون إزعاج"، و10 "أعلى مستوى اضطراب يمكن تخيله".

• **موقع الأحاسيس الجسدية:** مباشرة بعد تقدير مستوى الشعور بالاضطراب (SUD)، يطلب من المريض تحديد مكان هذا الاضطراب على مستوى الاحساس الجسدي (Rydberg, 2019).

وتتم مجريات هذه المرحلة خلال ثلاث جلسات إذا كان كرب ما بعد الصدمة يعود لحادثة واحدة فقط كما تستخدم أثناء الحصة عملية الاثارة المزدوجة عن طريق حركات العينين أو الاثارة الصوتية المتناوبة باستعمال السماعات أو عملية النقر... الخ

• المرحلة الرابعة: مرحلة إزالة التحسيس.

يتم التركيز في هذه المرحلة على معالجة التجارب المستهدفة الى غاية الوصول الى حلول تكيفية تعكس بوضوح اختفاء الاضطرابات التي يعاني منها المريض وكذا على الاحاسيس والانفعالات المؤلمة التي ترتبط بالحث الصادم على مستوى الذاكرة. وهنا يقوم المعالج بإجراء سلسلة من الاثارات الثنائية، حركة العينين، أصوات متناوبة عملية نقر أو اللمس... الخ ويتم التركيز على الصورة (التمثيل الحسي) المزعجة وكذا الادراك السلبي والأحاسيس الجسدية التي يتجلى من خلالها الاضطراب الانفعالي، وهنا يطلب من المفحوص تقييم التغيرات الحاصلة له وذلك باستدعائه لتوصيف حالته الداخلية خلال فترة الاستراحة. وبعد ذلك يتم الرجوع دوريا للنقطة المستهدفة بغرض معالجة البواقي من المشاعر المؤلمة وتستمر عملية إزالة التحسيس الى غاية زوال الاضطراب عند الدرجة 0 أو 1 إذا قدر ان هذه الدرجة تكيفية يمكن التعايش معها بشكل متزن ويمكن اللجوء الى إجراءات إضافية من مثل النسيج المعرفي أو التسريع أو التباطؤ في المعالجة وذلك فقط في حالة ظهور انسداد في عملية المعالجة، او اجتياح انفعالي لدى المريض.

إن المدة المخصصة لهذه المرحلة العلاجية متغيرة للغاية، ويمكن أن تمتد من جلسة واحدة إلى عدة جلسات. وإذا لم يتم الانتهاء من إزالة التحسس، فإن الجلسة تعتبر غير مكتملة. يقوم المعالج بالتحقق من أن المريض قد توصل الى حالة الاستقرار باستخدام واحد أو أكثر من تمارين الاستقرار، ثم يقومان معا - المعالج والمريض- بالتطرق الى الجلسة التالية وكيف يمكن للمريض التعامل مع أي لحظات طارئة من الاضطراب.

في حالة وجود جلسة غير مكتملة، يقوم المعالج خلال الجلسة التالية بتنفيذ "المرحلة المصغرة 3" وتتمثل في سؤال المريض عن شعوره الآن عندما يفكر في الموقف الأولي، وعن الأحاسيس الجسدية، ثم تستأنف المرحلة الرابعة. (Michel & Jenny Ann , 2019)

• المرحلة الخامسة: مرحلة التثبيت.

تهدف هذه المرحلة إلى تعزيز تكامل إعادة التنظيم المعرفي، أي تغيير المنظور حول الوضع المستهدف والاعتقاد الذاتي. وتعزيز المعتقد الإيجابي المرغوب بالارتباط مع التجربة المستهدفة أي تقوية عملية تثبيت الاعتقادات الإيجابية عوض تلك السلبية الأصلية، وتسمح الاثرات الثنائية بدمج الإدراك الإيجابي المطلوب، ويتم تقييم التغيير من خلال توصيف المريض للحالة الشعورية وكأنه حقيقية (القيمة 7 على مقياس VOC، أو حتى 6 إن قدر أنها قيمة صحية وتكيفية).

• المرحلة السادسة: مرحلة مسح الجسم.

تتضمن هذه المرحلة عملية مسح الجسم والتخلص من الاستجابات السلبية المؤلمة المرتبطة بذكرى الحدث الصدمي على غرار حالات الصداع والتوتر... الخ. كما تتيح هذه المرحلة إعادة معالجة أي اضطراب متبقي ومرتبطة بالاعتقاد الإيجابي يتم التعبير عنه على المستوى الجسدي، فيما يتعلق بالهدف والإدراك الإيجابي. وهنا كذلك يقوم المعالج بإجراء مجموعة من مثيرات الانتباه المزدوجة عن طريق حركة العينين أو الأصوات أو الطبطبة ويقيم التغييرات من خلال توصيف المريض للحالة.

• المرحلة السابعة: مرحلة إغلاق الجلسة.

تختتم الجلسات بتهدئة ذاتية ومناقشة مجريات الجلسات، وتسمح هذه المرحلة للمريض بتقييم الجلسة وتحديد ما يرغب الاحتفاظ به. وهنا يضمن المعالج استقرار حالة المريض وأنه قادر على إدارة أي اضطراب قد ينشأ بين الجلسات (من خلال تقنيات التنظيم الذاتي والاحتفاظ بسجل اليوميّات الخاص بالحالة).

• المرحلة الثامنة: مرحلة إعادة التقييم.

تتمثل هذه المرحلة في التحقق من الآثار العلاجية والاحتفاظ بحالة الاستقرار لدى المريض وكذا السماح - من خلال المعلومات التي تم جمعها - بالتحقق من غياب الاضطرابات المصاحبة للأعراض الخاضعة للعلاج كما تمكن من تحديث خطة أو (خطط) الاستهداف العلاجي المحددة في المرحلة الأولى وإذا لزم الأمر توفير الموارد أو الوسائل لتنظيم ذاتي إضافي.

• بينما تركز كل مرحلة على جوانب معينة، فإن شايبرو (2001، 2018) تذكر بأن الآثار (الحد من المشاعر السلبية، زيادة الثقة في قدرات المرء ووعيه، وإيجاد فهم جديد، وتعديل في الأحاسيس الجسدية وتحول في المنظور الإدراكي المعرفي) تنتج في نفس الوقت بالتوازي مع إعادة معالجة المعلومات المختلة وظيفياً.

البروتوكول القياسي لإزالة التحسيس وإعادة المعالجة عن طرق حركة العينين EMDR ذي الثلاثة أقسام: بينما تنطبق إجراءات EMDR القياسية " على كل جلسة إعادة المعالجة، يوجه بروتوكول EMDR القياسي المكون من ثلاثة أجزاء التصورات والمفاهيم الخاصة بالحالات ومسار التكفل الشامل بالمريض.

إن الأهداف المراد إعادة معالجتها تنتمي إلى هذه الأطر الزمنية الثلاثة: Tarquinio (2017)

- الخبرات السابقة التي أرست الأساس للمرض.

- الأوضاع الحالية أو المحفزات التي تنشط الاضطراب في الحياة الراهنة.

- النماذج أو الرسوم البيانية اللازمة للعمل المناسب في المستقبل.

ومع ذلك، لا ينبغي إعادة معالجة جميع ذكريات الأحداث الماضية وجميع مشغلات الاضطراب بشكل فردي، حيث أظهرت كل من التجربة السريرية والبحوث الخاضعة

للمراقبة حدوث تعميم التأثيرات العلاجية للأهداف التمثيلية للذكريات الأخرى والمنهات المماثلة التي تنتهي إلى شبكات الذاكرة نفسها. (LEEDS, 2009)

خاتمة:

لقد أثبتت الدراسات - فيما سبقت الإشارة اليه- فاعلية العلاج النفسي بإزالة التحسيس وإعادة البرمجة عن طريق حركة العين EMDR في التكفل باضطراب كرب ما بعد الصدمة على نطاق واسع وذلك بتطبيق اجراءات البروتوكول المعياري لتقنية EMDR في إدارة المشاكل المختلفة على وجه الخصوص الأعراض الناجمة عن كرب ما بعد الصدمة حسب اللوحة الاكلينيكية الخاصة بها.

إن العلاج النفسي بال EMDR يتم على ثماني مراحل ويستند إلى بروتوكول قياسي في ثلاثة أطر زمنية. هذه المراحل والمسارات الزمنية تشكل إجراءات EMDR القياسية. حيث يقوم المعالجون بوضع تصور للحالات وتحديد الأهداف التي تتمثل في المعلومات المرتبطة بالمشاعر السلبية الناتجة عن الصدمة، والمخزنة في الذاكرة بطريقة مختلفة وظيفيا والتي وفقاً للاستعارة التأسيسية لمعالجة المعلومات التكيفية (TAI) هي الأصل في الأعراض الحالية. يستخدم مصطلح "البروتوكول القياسي" في اللغة اليومية لممارسي ال EMDR، للإشارة الى المراحل الثمانية والأجزاء الثلاثة بالإضافة إلى الإجراءات التي تطبق على الأهداف في خطط الاستهداف العلاجي. وفي الختام يجب التنويه أن تقنية ال EMDR هي علاج نفسي ولا يمكن بأية حال اختزالها في بروتوكولات معيارية ومتخصصة. (Desbiendras, 2009)

وقد صدرت في السنوات الأخيرة العديد من التوصيات الدولية بضرورة استعمالها كعلاج فعال للصدمة النفسية، وعلى رأسها توصيات منظمة الصحة العالمية OMS 2013، جمعية النفسانيين الأمريكيين APA 2004، قسم الصحة بالمملكة المتحدة 2001،

قسم الرعاية الصحية الهولندي 2003، وغيرها من الهيئات والمنظمات . (Tranquino & Tranquino, 2015, pp.29-30)

Bibliographies :

- APA. (2015). *Manuel de diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. France: Masson.
- Barnhill, J. W. (2020, 08 02). *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)*. Récupéré sur LE MANUEL MSD: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique>
- Cagnoni, F., & Roberta , M. (2017). *SURMONTER LES EXPÉRIENCES Traumatiques avec La thérapie Stratégique: chaner le passé*. (N. Koralnik, Trad.) France: Satas.
- Cancei, O., Cottraux, J. B., & Flament, M. (2017). *Psychothérapie : trois approches évaluées*.
- Clervoy, P. (2016). *Traumatisme et blessures psychiques*. paris: Lavoiser.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes Psychiques Prise en charge Psychologique des Victimes*. France: Masson.
- Dellucci, H. (2016). *Archive ouverte de l'Université de Lorraine*. Récupéré sur HAL, site de Metz: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01557512/document>
- Desbiendras, N. (2009). *Livret de Protocoles EMDR*. Toulouse: POLE EMDA.
- Fantaine, O., & Philippe, F. (2011). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris: RETZ.
- Jossé, E. (2019). *Traumatisme Psychique chez l'adulte*. Belgique: De Boeck Superieur s.a.
- Leeds, A. (2009). *À guide to the standard EMDR Protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New york: Springer.
- Madoun, S., & Danielle, D. (2005). *ABC de l'EMDR La thérapie des émotions*. France: Grancher.
- Marx, C. (2013). *L'EMDR. L'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages*. France: Eyrolles.
- Mey-Guillard, C. d., & Sophie , R. (2004). *Subir ou rebondir apres une agression*. France: Chronique sociale.
- Michel, & Jenny Ann , R. (2019). *Aide-mémoire - EMDR en 46 Fiches*. France: Dunoud.

- Milot, T., Delphine, C., Vézina, & Natacha, G. (2018). *Trauma Complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*. Québec: Presses de l'Université.
- OMS. (1993). *Classification internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement*. France: Masson.
- Roques, J. (2016). *L'EMDR*. France: PUF.
- Rydberg, J. A. (2019, 08 20). *EMDR*. Récupéré sur CAIRN.INFO: <https://www-cairn-info.snd1.arn.dz/emdr--9782100795970.htm>
- Tarquinio, C. (2017). *Pratique de la Psychothérapie EMDR*. France: Dunod.
- Tranquino, C., & Tranquino, P. (2015). *Préserver la santé et prendre en charge la maladie*. France: Masson.