

أثر البصمات الصدمية المبكرة: دراسة حالة رهاب الأماكن المغلقة من منظور العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR)

The impact of early traumatic imprints: Claustrophobia case treated with Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR)

سليمة طاجين \*

مخبر علم النفس العيادي والقياسي-جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

[salima.tadjine@univ-alger2.dz](mailto:salima.tadjine@univ-alger2.dz)

تاريخ القبول: 2022/11/08

تاريخ الإرسال: 2022/09/22

**ملخص:**

يستعرض هذا المقال حالة عيادية عولجت نفسيا من رهاب الأماكن المغلقة بالعلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين وهي مثال يشرح بوضوح المكانة المركزية للجسم في إبقاء التجارب الصدمية خام وحية مدة طويلة بعد حدوثها، ويتعلق الأمر بآثار ذكريات تجارب صدمية جد مبكرة قد تُختبر من الميلاد إلى السنة الثالثة من عمر الفرد، وتسمى البصمات المبكرة. حيث يسجل الرضع تجاربهم بطريقة حسية وجسمية وانفعالية، ويكون المحتوى المخزن غالبا ضمنيا ولا يمكن استحضاره إراديا، ولكن يبقى موجود في البنيات البدائية للدماغ في علاقته مع الجسم. وقد تظهر عندما يتم إحيائها على شكل انطباعات حسية وعرضية نفسية كلما وُضع الجسم في ظروف مهددة تشبه التجربة الصدمية المبكرة. تعرضت الحالة لتجربة اختناق مبكرة أدت إلى ربط الشعور بالخطر تلقائيا بالوضعيات المغلقة والضيقة، وكلما اضطرت لمواجهة مثل تلك الوضعيات تعيد معايشة نفس الشعور بالتهديد، فتشكلت لديها مبكرا أعراض رهاب الأماكن المغلقة، والتي لم تكن سوى استجابات صدمية. لم يكتمل التدخل العلاجي مع الحالة إلا بمعالجة البصمات الصدمية المبكرة وأهمها الولادة داخل الكيس الأمنيوسي، والجروح العلائقية مع مقدم الرعاية، حيث اختفت أعراض رهاب الأماكن المغلقة بالتدرج وخاصة الإحساس بالاختناق، وأظهرت الحالة تحسن في تقديرها وتوكيدها لذاتها، ونضج وتوجه نحو الاستقلالية.

**الكلمات المفتاحية:** الذاكرة الصدمية؛ البصمات المبكرة؛ العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين؛ رهاب الأماكن المغلقة.

**Abstract**

This article presents a claustrophobia case treated with Eye movement desensitization reprocessing therapy (EMDR). It illustrates the central place of the body in keeping raw traumatic experiences active long time after their occurrence. It is about the memory of early traumatic experiences called early imprints, which may happen before birth until the third year of one's life. Babies' record early negative experiences in a sensory, somatic and emotional way. The stored content is mostly implicit and not voluntarily evocable. However, it may continue to react and appear as sensory impressions or psychological distress symptoms. whenever the body is placed in conditions similar to the initial early traumatic

experience. This case experienced an early traumatic experience that led to automatically link danger feelings to closed and narrow situations, and whenever she faces the same situations, she feels threatened, her reactions evolved to claustrophobia symptoms, which were only traumatic reactions. EMDR therapeutic intervention concluded with the treatment of early traumatic imprints, mainly the fact she was born within the amniotic membrane, and her attachment wounds. Therefore, claustrophobia symptoms gradually disappeared, including asphyxia sensation, patient's self-esteem improved, and so her maturity and autonomy.

**Keywords:** Traumatic memory, Early Imprints, EMDR, claustrophobia

### مقدمة:

ترتبط الذاكرة والصدمة والجسم ارتباطاً وثيقاً، بل يعتبر الجسم سجلاً للصددمات النفسية، حيث يتذكر الجسم ويحكي الصدمة مهما كان نوعها حكياً حسياً دقيقاً، وتشهد على ذلك أعراض إعادة معايشة الصدمة وفرط التنشيط الإيعاشي العصبي، وأعراض الخوف والتجنب. لقد أشارت أعمال بيير جاني (Pierre Janet) إلى الدور الأساسي للذاكرة في بناء وتجانس شخصية الفرد. حيث انطلق من فكرة أن عمل الذاكرة يتمثل في الحفاظ على تجانس التوظيف العقلي والربط بين الحاضر والماضي، من خلال معالجة وتخزين كل الأحاسيس الجديدة من الميلاد إلى الممات، ثم تنظيم وتصنيف الخبرات الجديدة على ضوء الذكريات المدمجة سابقاً. حيث يسمح التنظيم والتصنيف المتواصل للخبرات الجديدة، بتجميع وتلخيص عدد لا متناهي من الذكريات الحسية، البصرية، السمعية، الذوقية، اللمسية في نظام إدراكي ويشكل مصفوفة تساعد على تصنيف وإدماج مناسيب للاستنارات الداخلية والخارجية في مستويات مختلفة: قصص، تصورات حسية وبصرية وأحاسيس "أحشائية". (Van Der Kolk & Van Der Hart, 1989 ; p.1532)

لا تُخزن الخبرات العنيفة على شكل قصص حدثت في الماضي يمكن روايتها، وإنما تبقى على شكل أحاسيس جسدية تُعاش كتهديدات حيوية راهنة، والفرق بين الذكريات الحياتية والذكريات الصدمية، هي أن الأولى تُحكى وتتغير مع الزمن وقد تتلاشى، بينما الثانية تبقى على شكل أحاسيس وحركات جسمية متكررة مشحونة بانفعالات شديدة وسلبية كالخوف والعار والغضب، نتيجة لفشل الأنظمة الدماغية في دمجها ضمن ذكريات السيرة الذاتية. (Van Der Kolk, 2014, p.175)

لوحظ أن شبكة الذكريات الصدمية (Réseaux de mémoires traumatiques) أكثر بدائية وغير قابلة للتحكم ولا صلة لها بقشرة الفص قبل الجبهي (Cortex préfrontal)، وتبقى في الدماغ اللمبي (Cerveau limbique)، حيث تؤدي الشحنة الانفعالية المخزنة في هذه الشبكات إلى استجابة البحث عن النجاة (Réaction de survie) كلما تم تنشيطها عن طريق عوامل مفجرة في المحيط، وتتضمن هذه الاستجابة تأثيرات فسيولوجية وهرمونية تؤدي إلى كف الفص قبل الجبهي لصالح استجابات الهروب أو المواجهة. وفي حالة استمرار التهديد واستنزاف طاقة العضوية بحيث لا تتمكن من الهروب أو المواجهة فتحدث استجابة شبه ودية تؤدي إلى تثبيط التنشيط الفسيولوجي فتحدث استجابات شديدة للبقاء على قيد الحياة وهي مظاهر التجمد (Sidération) والتفكك (Dissociation). (Delluci, 2012, pp.274-276, Delluci, 2017, pp. 371-378)

ويعتبر الحصين (Hippocampe)، من الناحية العصبية، المسئول عن تسجيل السياق المكاني والزمني للخبرات بوضعها في تسلسلها الزمني وترتيب ما حدث فيها من البداية إلى النهاية، ويبدو حسب كل من زولا مورغان وندال (1984) (Nadel et Zola-morgan) أن هذا الجهاز لا ينضج تماما قبل السنة الثالثة من الحياة، ففي السنوات الأولى من الحياة، تقوم اللوزة (Amygdale) والتي تكون ناضجة منذ الولادة بمعالجة وتسهيل تخزين الانفعالات وردود الفعل اتجاه الخبرات المشحونة انفعاليا دون سياقها. وهذا ما يؤدي إلى نسيان خصائص الخبرات المبكرة المؤلمة دون نسيان الانفعالات المرتبطة بها، ويتم تسجيل وتخزين هذه الخبرات على المستوى الحسي دون إمكانية تسجيلها في سياق مكاني وزمني مناسب؛ فيستحيل تذكرها وسردها لفظيا. وهذا ما يفسر ما يسمى فقدان الذاكرة الطفولي (Amnésie infantile)، ولكن قد يتم إحياء الذكريات الصدمية عندما يتعرض الأشخاص لوضعيات أو حالات جسمية مشابهة لظروف تخزينها (Nadel et Zola-morgan, 1984, Cité par Rothschild, 2008, p.29).

يتم الحديث حاليا عن البصمات المبكرة (Empreintes précoces) لدى الأطفال، بما فيها العواقب الجسمية والانفعالية أثناء الميلاد. ويقصد بها، آثار ذكريات تجارب صادمة حدثت ما بين 0 و 3 سنوات، أي في مرحلة ما قبل اللغة. حيث يسجل أو يشفر الرضع تجاربهم بطريقة حسية جسمية وانفعالية ويكون المحتوى المخزن غالبا ضمنا، ومحسوس، وموجود في البنيات البدائية للدماغ في علاقة مع الجسم على شكل بصمات حسية. (Delluci, 2012, pp.274-276) وترتبط هذه البصمات المبكرة بعدة اضطرابات لدى الأطفال والمراهقين والراشدين. بالإضافة إلى ذلك، وارتبط وجودها لدى بعض الحالات بارتفاع شدة الأعراض. كما قد تمثل هذه البصمات صدمات في حد ذاتها أو تكون عامل خطر في تفاقم الصدمات اللاحقة وعواقبها. (Delluci, 2012, p.280)

وتتنوحي فكرة العمل العلاجي على البصمات الصدمية المبكرة على إمكانية الوصول إلى آثار ذكريات (Traces mnésiques) خبرات ما قبل اللغة، وإعادة معالجتها لتحسين مسار نمو الطفل المجرع بسبب عواقب الحرمان، وسوء المعاملة. وتسهيل عمليات إدماج تلك الجروح والتئامها. (Gizard. 2013) وبالتالي تحسين قدرات الضبط الانفعالي (Régulation émotionnelle) وتسيير الضغوط، وهذا ما ستنينه دراسة هذه الحالة التي تشير إلى أهمية وكيفية العمل العلاجي على البصمات المبكرة في علاج اضطراب رهاب الأماكن المغلقة لدى حالة سيدة راشدة.

## 2. العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR)

العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين هو علاج يركز على الخبرات الصدمية، ويستند على نموذج Shapiro للمعالجة المتكيفة للمعلومات (Model de traitement adaptatif de l'information) والذي تطور من فكرة المعالجة السريعة للمعلومات إلى فكرة المعالجة المتكيفة للمعلومات، أي عملية تحويل شبكة الذكريات الصدمية إلى شبكة ذكريات متكيفة ومدمجة، يقترح هذا النموذج مقارنة مختلفة للاضطرابات النفسية وللعمل العلاجي، معتبرا أن معظم الاضطرابات النفسية هي نتيجة للخبرات الصدمية الماضية التي لم تتم معالجتها وإدماجها بصفة متكيفة. حيث تستمر تلك الخبرات العنيفة والسلبية والصادمة ضمن شبكة الذكريات الصدمية (Réseaux de mémoires traumatiques) على شكل صور، انطباعات حسية، انفعالات وأفكار، وتشكل عقد (Nœuds) أو تثبيتات (fixations) في قناة التداعيات (Canal

(associative) ومن ثمة ستحدد هذه العقد إدراك وتفكير وسلوكيات الفرد، فضلا عن أعراضه النفسية والجسمية. ( Tarquinio & Tarquinio, 2015, pp. 17-18 )

## 1.2 فرضيات حول آلية عمل العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR)

توجد بالإضافة إلى نموذج المعالجة المتكيفة للمعلومة نماذج أخرى تحاول شرح آلية عمل العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR)

• نموذج التعرض (Exposition) وإعادة البناء المعرفي (Restructuration cognitive): ويرى أن العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) يركز على تفعيل واستحضار التجربة الصادمة والانفعالات والأحاسيس والاعتقادات المرتبطة بها من أجل العلاج. حيث يكون مستوى الانزعاج والاضطراب مرتفعا في البداية ثم ينخفض مع التقدم في إزالة التحسس (désensibilisation) من خلال الاستثارة الثنائية المتبادلة (Stimulation bilatérale alternée) وبنفس الطريقة التي لوحظت في العلاج السلوكي بالتعرض. لكن آلية التعرض وحدها لا تكفي كتفسير لفعالية العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين.

ومثل ما تساعد العلاجات المعرفية المفحوصين على رؤية لاعقلانية أفكارهم وطبيعتهم مخاوفهم ومعتقداتهم السلبية المحطمة للذات، وتعمل على استكشاف زوايا رؤية مختلفة وصياغة معتقدات بديلة تعزز الذات وتزيد فعالية الشخص، تساعد إعادة المعالجة (Retraitement) وما يسمى بالنسج المعرفي (Tissage cognitif) في العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين بهذا النوع من إعادة البناء المعرفي (Smyth & Poole, 2002, pp.151-180)

• نموذج حركة الأعين السريعة (Rapid eye mouvement REM) ل ستنيكغولد (Stickgold) (2008) يرى أن انتقال الشخص النائم من مرحلة الموجات البطيئة إلى مرحلة حركة الأعين السريعة يسمح بتكوين وترسيخ ذكريات دلالية (Mémoires sémantiques) أكثر عمومية وغير مشحونة انفعاليا، ويبدو أن الاستثارة الثنائية المتناوبة (Stimulation bilatérale alternée) في العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) تعيد خلق ظروف فيسيولوجية مشابهة لتلك التي تحدث أثناء النوم في مرحلة حركة الأعين السريعة لمعالجة الذكريات المؤلمة المتواجدة في الدماغ اللمبي، حيث تسهل تدفق المعلومات من القشرة الدماغية (Cortex) إلى الحصين (Hippocampe). فيضعف إدراك الذكريات المؤلمة، ويقلل من حيويتها ويحفز الشعور بالاسترخاء والأمان. (Stickgold, 2008, p.289).

• نموذج الاستجابة الموجهة (Oriented Response) لكل من أرمسرونغ وفوغان (Armstrong & Vaughan) (1998) حيث لاحظا أن الاستثارة الثنائية المتناوبة في العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) تعمل على تذكير المفحوص بسلامته الحالية أثناء تنشيط الصدمة، ويخمد قلقه. من خلال نموذج الاستجابة الموجهة وهي رد فعل سلوكي بشري، يلتقط بصفة نشطة المعلومات المتعلقة بالسلامة والنجاة من البيئة، ويتم تفعيل هذه الاستجابة كلما استجد المحيط أو كان هناك مثيرات قوية. وتشمل هذه الاستجابة عدة تغيرات تسهل إدراك عدم وجود الخطر وخفض الاستثارة الناتجة عن إحياء الصدمة. (Elofsson et al., 2008, p.622, Landin-Romero, et al., 2018, p.14)

- نموذج الانتباه المزدوج (Double Attention Model) المقترح من طرف ولسن وآخرون (1996) (Wilson et al)، وماكغالاش وفالدما (MacGulloch et Feldman) (1996) ويرى أن المبدأ الفعال في العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) من المحتمل أن يكون الانتباه المتناوب أثناء الاستثارة المتناوبة بين إدراك الداخل والتركيز على ما يحدث في الخارج، وبالتالي تتعارض التجارب المؤلمة المستحضرة ذهنياً وانفعالياً مع ما يحدث في الحاضر في إطار العلاقة العلاجية، وقد تكون فكرة الانتباه المزدوج تفسيراً معقولاً ولكنها تتعارض مع مبدأ التعرض (Exposition) حيث ثبت أن الإلهاء يقص فعالية التعرض (Wilson et al, 1996, MacGulloch et Feldman, 1996 cité par Landin-Romero, et al., 2018, p.4)
- النماذج العصبية: حيث نجد دراسات تشير إلى نموذج الخلل في تنشيط نصفي الدماغ أثناء إحياء الذكريات المؤلمة عن طريق الاستثارة الثنائية المتناوبة (Stimulation bilatérale alternée) يحدث تزامن للتنشيط والتثبيط في الشبكات العصبية المنفصلة عن بعضها في نصفي الدماغ الأيمن والأيسر. سيؤدي هذا التزامن إلى تسلسل الجوانب العقلانية والعاطفية وإعادة بناء ذكري التجربة من خلال روابط ومعاني جديدة ويتم "إعادة كتابة" الذكريات المؤلمة وتضعف روابطها الانفعالية والسلوكية وتشير دراسات إلى نموذج تغيير الارتباط بين الدماغين المعرفي والانفعالي أي القشرة والدماغ اللمبي حيث يبدو أن الاستثارة الثنائية المتبادلة (Stimulation bilatérale alternée) عن طريق حركة العينين أو بالصوت أو بالتربيت (Tapotements) تؤدي إلى تنشيط الجهاز الودي (Système sympathique) وهذا ما تثبته ملاحظة التغييرات في الاستجابات الفسيولوجية أثناء المعالجة، وانخفاضها بالتدريج حتى يرتبط محتوى الصدمة بمستوى تنشيط أقل شدة، وتصورات وانفعالات أكثر تكيفاً. في نهاية العلاج، تفقد التجربة المؤلمة سلبيتها ويتم التحرر منها. (Landin-Romero, et al., 2018, pp. 15-16)

## 2.2 مراحل وأدوات العلاج بإزالة التحسس، وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR)

يتم إنجاز هذا العمل العلاجي على ثلاث مراحل: صدمات الماضي، العوامل المفجرة (Déclencheurs) في الحاضر، سناريوهات المستقبل. وعبر ثماني خطوات: تاريخ الحالة، الإعداد والتحضير، تقييم التجارب الصدمية التي سيتم معالجتها، إزالة التحسس (Désensibilisation)، إرساء الاعتقاد الإيجابي (Installation de la cognition positive)، مسح الجسم (scanner corporel)، الاختتام، وإعادة تقييم التجربة الصدمية بعد معالجتها.

تتم إزالة التحسس بالاستثارة الثنائية المتبادلة (Stimulation bilatérale alternée) عن طريق حركات العينين (Mouvement oculaires)، التربيت على الركبتين (Tapotements sur les genoux)، الاهتزازات (Vibrations)، والإيقاع الصوتي (Rythme sonore)، وتقنية الفراشة (Technique du papillon). وتتم إعادة معالجة المعلومات ((Retraitement de l'information) عن طريق: التدايعات (Associations)، يتم تيسيرها بالنسيج المعرفي (Tissage cognitif) في حالة انسداد قناة التداعي، التخيل، التفرغ الانفعالي، وإعادة المعالجة الجسدية والعصبية. وتأخذ عملية التقييم العيادي قبل العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) ثلاث أبعاد أساسية بعين الاعتبار:

- تقييم طبيعة الخبرات الصدمية وكيف تظهر عواقبها لدى الحالة: الأعراض والشكاوى النفسية والجسمية، الصعوبات والمشاكل الحياتية، الاضطرابات، التاريخ الشخصي والعائلي، وتاريخ الصدمات.
- تقييم مدى الاستقرار النفسي للحالة ومدى امتلاكها لموارد داخلية وعلائقية، ويتم من خلال تقييم مدى التكامل والتفكك لدى الحالة، تقييم مدى الاستقرار والتنشيط الانفعالي، وقدرات التعديل الانفعالي، بالإضافة إلى تقييم الموارد الشخصية والعلائقية المتوفرة عند الحالة أو في محيطها، وتقييم دافعية الحالة ورغبتها في العلاج واستعدادها للتغيير، وهل تستدعي مشاكلها فعلا استعمال هذا العلاج وهل ظروفها الحالية ووقتها تسمح بذلك.
- التعرف على الإشكاليات النفسية المطروحة: ويتم ذلك بوضع خطة استهداف (Plan de ciblage) شاملة للإشكاليات التي يتعين العمل عليها، ثم وضع خطة استهداف لكل إشكالية على حدة، ثم التحقق من الاعتقاد السلبي (Cognition Négative) الراسخ وراء كل إشكالية وتقييم كل جزء مستهدف (حدث، عامل مفجر، عرض).

### 3. عرض ودراسة الحالة

#### 1.3 تقديم الحالة

يتعلق الأمر بكريمة<sup>1</sup>، وهي سيدة في الأربعينات من عمرها، متزوجة وأم لطفل بالكفالة، هي تاسع إخوتها وأخواتها، تعمل في مؤسسة تربية، بعد أن غادرت التعليم الثانوي وتكونت كمساعدة تربية. تقدمت كريمة بطلب الاستشارة قائلة "لست بخير، لا أستطيع أن أتحمّل أي شيء مغلق وضيق، لا أتحمّل البقاء في الأماكن المغلقة، أنزعج ويضيق نفسي وأختنق". كلما وجدت نفسها في مكان مغلق و/أو مظلم، تتسارع ضربات قلبها، تشعر بالاختناق، تحس بانقباضات في أسفل البطن وهبات حرارة في جسمها، وتبذل جهدا كبيرا لإخفاء اضطرابها عن المحيطين بها. لا تغلق باب مكتبها، ولا باب الحمام أبدا، عندما تستيقظ، أول شيء تقوم به هو فتح باب منزلها، نوافذ غرفتها مفتوحة صيفا وشتاء. بينما تكون أقل قلقا عندما يكون زوجها برفقتها، فوجوده مطمئن لها. لم تستشر كريمة أخصائيا في الصحة النفسية من قبل ولكنها استشارت طبيبا عاما بسبب حالتها النفسية بعد مواجهة صادمة مع شخص كان يشهر سلاحه في إطار تدخل أمني.

#### 2.3 تاريخ المشكلة الحالية

وصلت كريمة إلى مكتب الاستشارة، وكان عليها عبور الرواق المؤدي إلى الدرج، اختنقت، وكادت تلوذ بالفرار، كانت قلقة للغاية، تتنفس بصعوبة، وكان على مساعدة الاستقبال فتح النوافذ لطمأنتها.

الاسم مستعار، كما تم تغيير بعض التفاصيل والتخلي عن بعض المعطيات التي قد لا تضيف الكثير لفهم الحالة.<sup>1</sup>

وتقول إنها على هذه الحال منذ الطفولة، لكنها جاءت الآن لطلب العلاج النفسي لأنها تريد السفر مع زوجها وهي لا تستطيع أن تتصور نفسها داخل الطائرة. لقد سبق لها السفر مرتين بالطائرة، ولكن المرة الثانية كانت تجربة سيئة بالنسبة لها، حيث وقعت عيناها على باب الطائرة وهو يُغلق فأصابته نوبة دعر.

تقول كريمة أنها منذ كانت طفلة، لم تكن قادرة على تحمل لبس ملابسها أو خلعها لأنها تختلق عندما تضغط الملابس على رأسها وحول رقبتها. ثم تتساءل إذا لم تكن حالتها راجعة لحادثة الغرق التي تعرضت لها عندما كانت في الرابعة من عمرها، تقول إنها لا تتذكر الحادثة، ولكن إخوتها أخبروها القصة عدة مرات ويضحكون في كل مرة يتذكرونها، في حين أنها لا تجدها قصة مسلية.

تعتبر كريمة نفسها أكثر إخوتها هشاشة وتربط حالتها الصعبة بتجربيتين عاشتهما وهي طفلة، حيث أخبروها أنها شهدت ولادة شقيقها الأصغر لما كان عمرها سنتين ونصف، فدخلت في نوبة بكاء وهيجان وأصيب بطفح جلدي في جميع جسدها دام مدة طويلة. كما تحكي تجربة عاشتها لما كان عمرها ما بين 3 و4 سنوات، إذ كان لديها بطانية تحبها ومتعلقة بها كثيراً، تمتص حواشيها من حين لآخر، في أحد الأيام قررت الأم أخذها منها نهائياً، فهاجت كريمة وصرخت وبكت وأثناء نوبة البكاء تلك ضربتها أمها بشدة، وفي خضم عراك الأم مع البنت انكسرت مرآة خزانة الملابس، فشاط غضب الأم واشتد عقابها وتقول كريمة أنها مرضت لأيام بعد هذه القصة. (تبكي بحرقة وهي تحكيها أثناء الاستشارة). كما صرحت أن أهلها أخبروها أنها ولدت داخل الكيس الأمنيوسي (Poche Amniotique) ، وتساءلت بصوت خافت عما إذا كان له علاقة باضطرابها.

### 3.3 التاريخ الشخصي والعائلي

تقول كريمة أن جميع إخوتها نجحوا في دراستهم وحياتهم المهنية، فقد عاشوا جميعاً طفولة جيدة، مارسوا الرياضة وانخرطوا في جمعيات ثقافية عريقة، بينما هي لم تحصل على هذه المزايا. توفي والدها وهي في بداية العشرين من عمرها، مما غير حياتها لأنها كانت على علاقة جيدة به. تزوجت لما بلغت 26 سنة، لم تنجب أطفال، وأظهرت الفحوص الطبية أن الزوج هو الذي لا يستطيع الإنجاب، أخفت كريمة السر عن الجميع حتى اليوم، وبكت بحرقة وهي تفصح عنه. إذ قررت ألا تتفصل عن زوجها لأنه رجل صالح وتحبه، لكنها عانت كثيراً من ضغوط عائلة الزوج. منحها أحد أقرباء زوجها ابنته لتتكفل بها وتتخذها بنتاً لها، وعندما بلغت الصغيرة من العمر سنتين طالبت أمها البيولوجية بها وأخذتها بعد نزاع وصل إلى المحكمة، وتم استرجاع البنت بحضور محضر قضائي. بعدها كفلت كريمة ولداً واستقلت ببيتها الخاص وتقول إن حياتها أفضل منذ ذلك الحين، رغم حزنها على أمها التي توفيت منذ ثماني سنوات. وعندما تعود إلى طفولتها، تقول إنها وُلدت بين صبيين، وأنها تعرضت للإيذاء من قبل الأم.

### 4.3 دافعية وموارد الحالة

كريمة مرتبة المظهر، تفكيرها منسجم وخطابها مترابط وفيه الكثير من المنطق والحس السليم. تقول إنها تستند على علاقتها بزوجها المحب والمحترم، وإخوتها المحبين، كما تستند على عملها الذي

تحبه وتفخر به، وأنها رغم معاناتها النفسية لديها منزل خاص وابنها ناجح في المدرسة، كما تعتبر كريمة في محيطها العائلي مرجعا لأخوتها وعائلتها، إذ يعتمدون عليها في الكثير من الأمور، وكأنها خليفة الأم.

أجرينا ثلاث مقابلات فحص من أجل الإلمام بتاريخ الحالة وإرساء علاقة جيدة معها، حيث تحدثت كريمة في الجلستين الثانية والثالثة عن شعورها بشيء من الارتياح في مكتب الاستشارة وبعد عودتها إلى المنزل، كما صرحت أن التواجد في مكتب الاستشارة والباب مغلق والنوافذ مسيجة كان مخيفاً وخائفاً في البداية. وتظهر هذه التجربة بداية إرساء علاقة ثقة، وتم تعزيزها بالتثقيف النفسي حول طبيعة الأعراض التي تعاني منها والفرضيات التي يمكن أن تفسرها.

### 5.3 انطباعات تشخيصية

تعاني كريمة من الخوف من الأماكن المغلقة، وبالعودة إلى الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الخامسة، لا نجد هذه التسمية وإنما نجد اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة، والذي يتميز بالخوف والقلق من وضعيات مختلفة تتميز بصعوبة الإفلات منها أو عدم توفر المساعدة فيها في حالة الشعور بالذعر أو غيرها من الأعراض المعيقة أو المحرجة. وقد يعاني الذين لديهم هذا الاضطراب من تجنب استخدام المصاعد، ووسائل النقل العام، والخوف من أن يُحتجزوا في المراحيض، وقد يظهرون أعراض فيسيولوجية متفاوتة الشدة ومنها: العرق، الدوار، الارتعاش، تسارع خفقان القلب، آلام الصدر، التجمد أو التميل أو تقلصات أو تشنجات عضلية، وغالباً ما يشعر الشخص بضيق التنفس والاختناق. (APA, 2013)



### الجدول (1) : معايير DSM V لتشخيص اضطراب رهاب الأماكن المغلقة/المفتوحة

توفرت معايير النسخة الخامسة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية لتشخيص رهاب الأماكن المغلقة لدى الحالة حيث أنها تخاف وتتجنب استخدام بعض وسائل النقل العام (مثل السيارات في الأيام الماطرة والحافلات والقطارات والطائرات)، تخاف وتتجنب التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المكتب المغلق، النوافذ المغلقة، المصاعد، الحمام)، وهي تعاني من هذه المخاوف منذ طفولتها.

كما تحدثت كريمة بألم عن علاقتها الباردة والمؤلمة مع والدتها في حياتها وسنوات بعد وفاتها، وتبكي

- الخوف أو القلق الملحوظ بشأن 2 (أو أكثر) من الوضعيات التالية 5:
  1. استخدام وسائل النقل العام (مثل السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات).
  2. التواجد في الأماكن المفتوحة (مثل مواقف السيارات والأسواق والجسور).
  3. التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المتاجر والمسارح ودور السينما).
  4. الوقوف في الطابور أو في حشد من الناس.
  5. التواجد خارج المنزل وحيدا.
- قد يخشى الشخص أو يتجنب هذه المواقف بسبب فكرة أن الإفلات من هذه المواقف قد تكون صعبا أو قد لا تكون المساعدة متوفرة في حالة الإصابة بأعراض الذعر أو أعراض معيقة أو محرجة أخرى
- غالبا ما تسبب المواقف المفتوحة الخوف أو التجنب.
- يتم تجنب المواقف المفتوحة بشكل فعال، وتتطلب وجود مرافق، أو تعاش بخوف أو قلق شديد.
- الخوف أو القلق غير متناسب مع الخطر الحقيقي الذي تشكله الأماكن المفتوحة والسياق الاجتماعي-الثقافي.
- يدوم الخوف أو القلق أو التجنب غالبا لمدة 6 أشهر أو أكثر

كلما استحضرت تجاربها معها، على هذه الخلفية، التمسنا حدادا غير مكتمل الإنجاز، يميزه شعور بالذنب والحسرة من جهة واللوم والغضب من جهة ثانية. كما تفنقر كريمة إلى مهارات توكيد الذات والحزم والاستقلالية، كما لمسنا نوع من عدم النضج والتبعية والخضوع في سلوكها، بالإضافة إلى مظاهر القلق الاجتماعي، وهي مؤشرات تعلق غير آمن، يغلب عليه التجنب.

### 6.3 الترتيبات العلاجية التي يُنصح باتباعها في حالة رهاب الأماكن المغلقة

- نفي المسببات العضوية والدوائية والمرض العقلي.
- تدابير تحسين نوعية الحياة: ممارسة نشاط جسمي، النوم الجيد، النظام الغذائي المتوازن، تجنب المواد المنبهة
- العلاج السلوكي المعرفي: فك الاشرط (Déconditionnement) / إزالة التحسس (Désensibilisation) / إعادة البناء المعرفي (Restructuration cognitive) وتعزيز توكيد الذات (Renforcement de la confiance)

(I'affirmation de soi)التعرض التدريجي (Exposition progressive) والمتكرر لمثيرات رهاب الأماكن المغلقة و/أو المفتوحة مع منع التجنب.

- استخدم العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) مع هذه الحالة لسببين، أولاً: وجود تاريخ صدمي والذي يمكن أن يفسر الأعراض الحالية، ثانياً: محاولة إحداث تغيير في وقت قصير نسبياً لتمكين الحالة من السفر لكونه الدافع الأول الذي أتى بها إلى الاستشارة، فكيف تم هذا العلاج؟

### 7.3 بناء وفهم الحالة من منظور صدمي

الشكل (1): ملخص الحالة من منظور صدمي.



\* هذه المعلومة لم تؤخذ بعين الاعتبار في بداية العلاج لأنها لم تظهر في مخطط الاستهداف وعدنا إليها بعد ربط المفحوصة بين استمرار شعورها بالاختناق وولادتها في العشاء الأمينيوسي.

من المهم فهم هذه الحالة وأعراضها النفسية من وجهة نظر تتمحور حول الصدمة. إذ يمكن تجميع عدة عناصر ومحاولة إيجاد العلاقة بين هذه العناصر وكيف تفاعلت لتصل الحالة لهذا الوضع.

أولاً: كشفت البصمات المبكرة وتجارب الإيذاء التي حدثت خلال السنوات الثلاثة الأولى عن تعلق غير آمن وهشاشة مبكرة، حيث عانت الحالة مبكراً من الأحاسيس بالاختناق، فلم تكن تتحمل مرور رأسها عبر قبة الملابس أثناء إلباسها، وكانت تختنق عند الاستحمام وخاصة عندما يُصب الماء على رأسها، ثم واجهت ولادة صادمة لأخ صغير لها لما بلغت السنتين من عمرها، فدخلت في نوبات بكاء وأصابها بعد ذلك طفح جلدي دام لعدة أشهر، كما أنها تعلقت ببطانية لها وكانت تمتص زواياها وتحملها معها باستمرار، ولكن لم تتحمل الأم تعلق طفلتها بالبطانية فقررت انتزاعها منها بالقوة وعنفها جسماً نتيجة بكائها ورفضها لذلك الفقدان المفاجئ والعنيف. تعددت مشاهد تعنيف الأم لطفلتها حيث لم تكن تتحمل رؤيتها تتصرف بخوف وخجل وتردد في المواقف الاجتماعية.

ثانيا: تعددت التجارب السلبية والصادمة خلال الطفولة ومن بينها حادثة الغرق في شاطئ البحر، وهي تجربة تمثل حتما عامل مفجر يكون قد أحيأ تجربة صادمة مبكرة معينة تشبهه في بعض عناصرها تجربة الغرق وتتضمن الإحساس بالاختناق، بالإضافة لكل الأحداث الحياتية التي اختبرتها في الرشد.

ثالثا: كثرة العوامل المفجرة لأعراض الخوف والتجنب وكلها متعلقة بالأماكن المغلقة والوضعيات التي يصعب الإفلات منها في حالة إدراك الخطر، حيث تتجنب الحالة كل وضعية تؤدي أو توحى بخطر الاختناق وعدم القدرة على الإفلات، فهي لا تغلق أبدا باب مكتبها، وأول شيء تقوم به صباحا هو فتح باب المنزل، ولا تغلق باب الحمام أبدا، ونوافذ غرفتها مفتوحة صيفا وشتاء، ولا تصعد في المصعد ولا تقود السيارة. فالتواجد في وضعيات أو أماكن مغلقة وضيقة، أو في جو غائم وممطر، أو لبس ملابس ضيقة يؤدي أليا إلى استجابة الإبقاء على قيد الحياة (Réaction de survie) وتتمثل في الأعراض الفيسيولوجية كالانزعاج، وضيق في التنفس، والشعور بالاختناق، وتسارع ضربات القلب، وانقباضات في أسفل البطن، وهبات حرارة في الجسم، بالإضافة إلى الكفاح من أجل إخفاء الاضطراب عن أعين الآخرين لكونها تشعر بالعار والخوف من الأحكام المسبقة تماما وكأنها تتفادى عقاب أمها لها على ما يبدر منها تصرفات توحى بالضعف والهشاشة.

توحى هذه الاستجابات من منظور سلوكي إشرطي (Conditionnement comportemental) بأنها أعراض إعادة معايشة (Reviviscence traumatique) حرفية لتجربة صادمة تتضمن خطر الاختناق، فقد تكون الحالة قد تعرضت لتجربة اختناق مبكرة أدت إلى الربط غير الواعي والآلي بين الوضعيات المغلقة أو الضيقة من جهة، والشعور بالتهديد من جهة أخرى، وهذا منذ كانت صغيرة وكلما اضطرت لمواجهة واحد من هذه المفجرات تعيد معايشة نفس الشعور بالخطر والتهديد على حياتها. ويبدو أن حلقة إعادة المعايشة والخوف والتجنب قد عززت تطور واستمرار أعراض رهاب الأماكن المغلقة لدى الحالة، بل وشكلت بنيتها المعرفية وكيفية إدراكها لذاتها وللآخرين، حيث تبنت اعتقادات سلبية مفادها أنها خوافة وغير محبوبة، ولا قيمة لها، ولا قدرة لها على التحكم في مجرى أمور حياتها.

وفي نفس المنظور يرى كل من روتشيلد (2008) (Rothschild) وفاندر كولك وداسي (Van Dr Kolk & Ducey) (1989) أن السلوكيات المكتسبة كنتيجة للإشرط الاستجابي (Conditionnement réactionnel) أو الإشرط الإجرائي (Conditionnement opérant) والانفعالات المؤلمة، والأحاسيس الجسدية المزعجة، والاندفاعات السلوكية المربكة يمكن أن توجد جميعها في الذاكرة الضمنية (Mémoire implicite) دون أن يكون الشخص قادر على الوصول إلى أي معلومات حول السياق الذي نشأت فيه. (Van Der Kolk & Ducey, 1989, cités par Allard, 2013, p.43, Rothschild, 2008, p.35) (Rothschild) (2008) وتضيف روتشيلد (2008) (Rothschild) أنه إذا تم تسجيل الذكريات المؤلمة في الذاكرة الضمنية، فإن الشخص لا يكون على دراية بهذا التسجيل، وبالتالي، لا يمكنه فهم ردود أفعاله، أو معرفة سبب أعراضه ما لم يتم تحويل الذكريات الضمنية إلى ذكريات جلية (Mémoire explicite)، إما تلقائياً أو بمساعدة العلاج النفسي. (Rothschild, 2008, p36). فما بالك إذا تم تسجيل التجربة الصدمية الأولية قبل أن تتضج الأجهزة المسؤولة عن الذاكرة الجلية وهذا ما لاحظناه في مخطط الاستهداف لدى الحالة موضوع الدراسة.

بل وتشير إلى أن استحضار الذكريات الصدمية قد يعتمد على إحساس جسدي داخلي (Sensation proprioceptive) بحيث تعيد بعض الأحاسيس المدركة داخليا إنتاج واستدعاء أحاسيس داخلية مرتبطة بحدث صدمي سابق. وليس من النادر أن يتم إحياء صدمات قديمة نتيجة إدراك حالة داخلية كتسارع ضربات القلب أو تسارع في التنفس أو التواجد في جو مشحون بالانفعالات يذكر بالاستجابة الأولية لتلك الصدمات. وتضيف روتشيلد أنه كل ما يذكر بالاستجابة الصدمية كالمثيرات خارجية التي يتم اشراطها كلاسيكيا أو التمارين الجسمية والحركات أو وضعيات جسمية يمكن أن يحيى الصدمات. (Rothschild, 2008, p.42)

لو تناولنا الحالة من منظور التعلق (Attachment)، وعدنا إلى أهمية تجارب التعلق الآمنة في تطوير قدرات التعديل و الضبط الانفعالي لدى الطفل أمام التجارب السلبية والصدمات، نجد أن الحالة لم تكن محظوظة في تطوير هذه القدرات حيث نعتقد أن استجاباتها الصدمية المبكرة وهشاشتها أمام وضعيات معينة وهي طفلة صغيرة لم تكن مفهومة بالنسبة للأم، فلم تفهم الأم يوما سبب خوف ابنتها ووجدت فيها ضعفا وهشاشة لا مبرر لهما فعاقبتها على كل تصرف لا يرقى إلى توقعاتها، أو يعكس صورة مقصرة وفاشلة لدورها كأم، أرست هذه الدينامية أم-بنت جروحا علائقية وتعلقا غير آمن لدى كل منهما.

يرجع العديد من الباحثين تأثير بعض الأشخاص بالأحداث الصادمة واستعدادهم للاضطرابات النفسية أكثر من غيرهم إلى الأحداث المهددة التي حدثت خلال طفولتهم المبكرة، كنقص الرعاية، والعنف الجسدي والجنسي، وضعف رابط التعلق، بالإضافة إلى حوادث مثل الاستشفاء، وفقدان أحد الأقارب، والحوادث، في حين تقدم بعض الدراسات فكرة أن الأفراد الذين عانوا من صدمة مبكرة و/ أو الذين لم يتمكنوا من الاستفادة من تعلق آمن قد يكون لديهم قدرة أقل على تنظيم الضغوط وتعديلها، فضلا عن تقلص قدرتهم على إيجاد معنى لتجاربهم المؤلمة لاحقا في الحياة. ويعتقد البعض الآخر أن انخفاض نشاط الحُصين -إما لأنه لم يتطور بشكل كامل أبداً (بسبب فجوة في التواصل العاطفي) أو لأن نشاطه كان مثبطا بسبب الأحداث المؤلمة- يحد من قدرته على تسيير الضغوط. (Schoore, 1996, van der Kolk, 1987, 1998, Siegel, 1999, De Bellis et al.1999, Perry et al. 1995, cite par Rothschild, 2008, p.32)

يتوقف نمو الدماغ على نوعية الرابط الانفعالي في بداية الحياة حيث بينت أبحاث زولا مورغان و نادل (1984) (Nadel et Zola-moragan) كيف يكون الحُصين (Hippocampe) في بداية الحياة غير ناضج وغير وظيفي، وكيف تسهل اللوزة (Amygdale) تخزين كل المحتوى الانفعالي والحسي للتجارب الأولية. ولهذا تكون ذكريات التجارب المبكرة عبارة عن انفعالات وأحاسيس جسدية مجردة من أي سياق وأي ترتيب زمني. (Nadel et Zola-morgan, 1984 cité par Rothschild, 2008, p.29). وتعتبر الطريقة التي يُستقبل بها الوليد التجربة الأولى لتنظيم وتعديل الاستثارة، والتي يختبرها على يد أول مقدم رعاية له حيث سيستمر في القيام بذلك طوال مرحلة الطفولة. ففي البداية، يساعد مقدم الرعاية الطفل على تنظيم استجاباته للمنبهات، بما في ذلك الشعور بعدم الارتياح بسبب الجوع والعطش والبلل أو البرد أو الألم، إلخ. ثم يساعد مقدم الرعاية الطفل تدريجيا على ضبط الاستجابات الانفعالية مثل الإحباط والغضب والوحدة والخوف والإثارة. (Rothschild, 2008, p.30)

يطور الثنائي مقدم الرعاية - طفل بعد الولادة بفترة وجيزة نمطاً من التفاعل الذي يعد مركزياً في عملية الضبط الانفعالي. حيث يتعلمان تحفيز بعضهما البعض من خلال التواصل وجهاً لوجه، مما يمكن الطفل من التأقلم تدريجياً مع مستويات أعلى وأعلى من التحفيز والإثارة. تحدث هذه التفاعلات بين مقدم الرعاية والطفل بواسطة الفص الأيمن للدماغ. (Schoré, 1996, cité par Rothschild, 2008, p.31). تدريجياً، تتغير العلاقة بين الطفل ومقدم الرعاية بشكل كبير. حيث يتعلم الطفل الزحف والحبو والوقوف والمشي ويطور استقلالية أكبر. فيتغير دور مقدم الرعاية أيضاً، حيث لا يستمر في تكريس جل وقته للعناية بالطفل، بل يصبح عاملاً في التنشئة الاجتماعية ويضع الحدود المناسبة. ويعتمد هذا التغيير في أدوار الطفل ومقدم الرعاية على ثلاثة عوامل هامة: أولاً: قوة الرابطة العاطفية وقدرة مقدم الرعاية على الاستمرار في حب طفله الصغير حتى عندما يكون غاضباً من سوء سلوكه، ثانياً: مهارة مقدم الرعاية في الحفاظ على حدود ثابتة ومتوازنة. ثالثاً: تسارع نمو القشرة الدماغية اليسرى وبداية تطور اللغة، وهي وظيفة من وظائف الدماغ الأيسر، وتطور الحُصين في الجهاز اللمبي، مما يدعم قدرة الطفل على فهم محيطه وبناءً تدريجي لرابطة عاطفية آمنة وحدود عقلانية. (Rothschild, 2008, p.31)

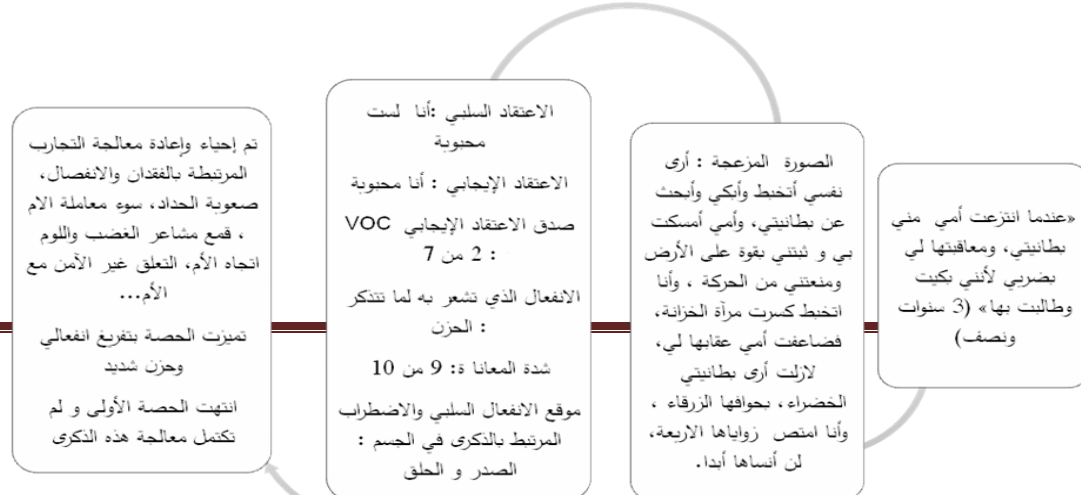
### 8.3 علاج الحالة:

#### الشكل (2): مخطط الاستهداف



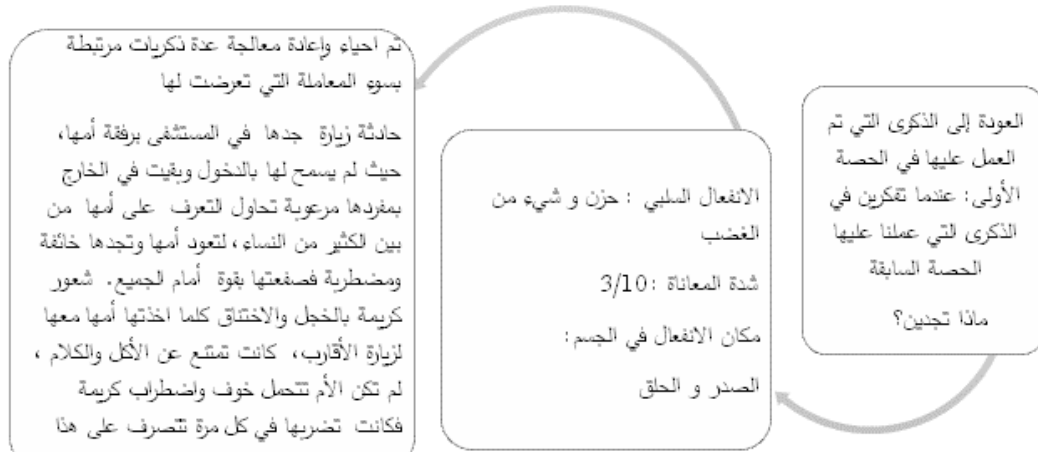
نلاحظ أن الذكرى المنبع هو حادثة فقدان البطانية، ومعاقبتها بالضرب لأنها بكت وطلبت بها، وهي تجربة حدثت وعمرها ثلاث سنوات ونصف. نلاحظ أيضاً أن كريمة أشارت إلى ولادتها في الكيس الامنيوسي، وهي ليست من ذكرياتها، بل هي معلومة أخبرها بها أفراد عائلتها، كما أخبروها عن ردة فعلها المضطربة بعد ولادة شقيقها لما كان عمرها سنتين ونصف. لم تظهر هاتين التجربتين كمنبع لرهاب الأماكن المغلقة لما بنينا مخطط الاستهداف معاً وهذا طبيعي فهي تدخل ضمن البصمات المبكرة التي لا يتم استحضارها كذكريات تروى ولهذا لم تتم معالجتهما في البداية.

#### الشكل (3): مخطط استهداف الذكرى المنبع



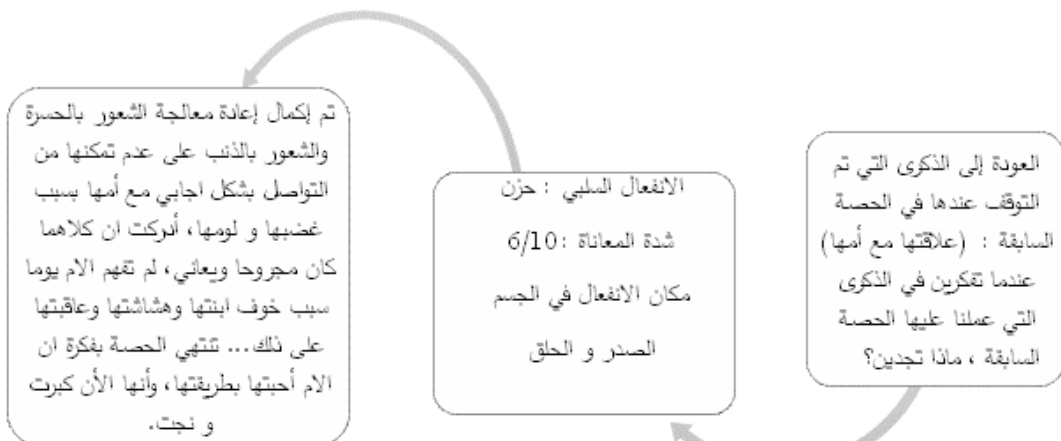
تم تقييم وضع كريمة في الحصة الموالية طوال الأسبوع المنصرم: كانت في حالة تهيج، تفكير مستمر، تعب غير اعتيادي ولكن قل هلعها أمام الأبواب المغلقة، لم تهرع إلى فتح باب البيت كما كانت تفعل كل صباح، أقفلت باب مكتبها لأول مرة. كما انقطع الكهرباء خلال الأسبوع، وكانت تصاب بالذعر من الظلام عادة، بينما هذه المرة أشعلت شمعة وغسلت الأواني وأدت صلاتها قبل الذهاب للنوم.

#### الشكل(4): الحصة الثانية لمعالجة الذكرى المنبع



بعد معالجة الذكرى المنبع تمكنت الحالة من التداعي حول حقائق ومواقف إيجابية مع الأم: "كنت أنيقة ونظيفة، وأنا ربة بيت ممتازة وهذا بفضل أمي، كانت أمي مكافحة، ساهرة، متفانية، كانت تهتم بي وتعتني بصحتي..." وتشير إلى أن خوفها من الأماكن المغلقة أصبح أكثر شدة بعد موت أمها. بعد أسبوع، صرحت كريمة بأن نومها تحسن، وأنها أصبحت حازمة أكثر وتحسن تأكيدها لذاتها، واستغربت لمشاركتها في حفلة نهاية السنة الدراسية على غير عاداتها، حيث كانت تتجنبها كل سنة.

#### الشكل (5): الحصة الثالثة لمعالجة الذكرى المنبع



بعد أسبوع، صرحت كريمة أنها شعرت بإرهاق شديد خلال الأسبوع، وعانت من كوابيس، وتذكرت الكثير من ذكريات الماضي ورغم ذلك شعرت بالارتياح، تحكي "بعد الحصة كان جسدي



عن أول مرة أحس جسمها بهذا الاختناق. فتجيب: "ربما هذا راجع لكوني وُلدت في الكيس الأمينيوسي؟!...!" وتقص "الجيب المائي" الذي يحتوي على السائل الأمينيوسي الذي يسبح فيه الجنين في فترة الحمل حتى الولادة؛ وهو عبارة عن أغشية رقيقة وشفافة ولكنها مقاومة. ومن المفترض تمزق هذا الغشاء عفويا أو جراحيا أثناء الولادة.

### 9.3 معالجة البصمات المبكرة: الولادة في الكيس الأمينيوسي

طلبنا منها أن تحكي ما تعرفه عن ولادتها: قالت: "أخبروني أن أمي ولدتني في البيت، وبأنني ولدت مغلفة داخل الكيس الأمينيوسي، وتقول ربما انشغلوا بأمي ونسوني داخل الكيس، والأسوأ من ذلك أنهم جففوا ذلك الكيس فيما بعد واحتفظوا به وقدموه لي عندما دخلت إلى المدرسة للتبرك به حيث يقال إن الرسول (ص) وُلد داخل الكيس فلم يلمسه الشيطان"

استنتجنا أن الولادة داخل الكيس الأمينيوسي قد تكون هي البصمة الصدمية المنبع لرهاب الأماكن المغلقة، فيما أن الولادة تمت في البيت، قد يكون الحاضرين قد انشغلوا بالناية بالأم ولم يسارعوا لاستخراج المولودة من الكيس المائي، وقد تكون قد تعرضت لضيق تنفس ونقص في الأكسجين أثناء تلك المدة مهما كانت قصيرة. وهذا احتمال وارد حيث بينت دراسة يابانية أن موت رضيعا ولدت حية ومكتملة النمو داخل الكيس الأمينيوسي ولم يظهر عليها أي مرض كان راجعا إلى عواقب الاختناق ونقص الأكسجين وهوما تم التحقق منه عن طريق بعد تشريح الجثة وإجراء اختبارات طبية. (Sakaihara et al., 2001, p.343)

اتبعنا بروتوكول العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة الأعين (EMDR) المعياري الذي نستخدمه عادة مع الصدمات المتعلقة بالأحداث الحياتية الكبرى، وحتى يتناسب مع التجربة المبكرة التي عاشتها الحالة لحظة ميلادها، طلبت منها أن تتصور نفسها وهي جنين داخل الكيس الأمينيوسي، ثم طلبت منها أن تصف لي ما تشعر وما تحس به الآن وهنا، فبدأ عليها توتر شديد، احمرار في الوجه وتعرق، واختناق فبدأت بإزالة التحسس عن طريق التريبيت على الركبتين بوتيرة سريعة مرات عديدة، التوتر كان يخف بعد كل سلسلة من التريبيت على الركبتين ولكن كان لا بد من تفعيل التخيل، فقلنا لها، «ماذا يمكنك فعله كي ترتاحي؟»، قالت: «أمزق الغشاء؟» فقلنا افعلي ذلك، تخيلي أنك تمزقينه، فانبعث جسمها وكأنها فعلا كانت محبوسة في مكان خائق وخرجت منه بعد جهد وكانت تلهث وتعرق، فقلنا: مرحبا بك الآن ولدت وأنت تنبضين بالحياة... استمرت المعالجة حتى وصلنا إلى حالة من الهدوء في الجسم وبعد هذا العمل اختفى الإحساس بالاختناق الذي رافقها طوال حياتها. وانتقلنا للعمل على علاقتها بابنها المتبنى.

يبدو أن ما قمنا به هو ما أشارت إليه أوشا (O'Shea) (2009) وهو النسج التخيلي (Tissage imagitatif) حيث يقترح المعالج على المفحوص البحث عن حلول تلبي احتياجاته وهو طفل صغير وتساعد على إيجاد مخرج لانطباعاته الحسية والانفعالية أو تصورات المؤلمة والسلبية وخاصة إذا كان هناك انسداد في قناة التداعيات. (O'Shea, 2009, cite par Delluci, 2012, p.289)

حينها لم نكن على إطلاع على البروتوكول الذي اقترحه أوشا (O'Shea) (2006) وهو بروتوكول EMDR للبصمات المبكرة، حيث يتطلب تطبيقه موافقة المفحوص على العمل على بصماته المبكرة. كما



يتطلب التأكد من استقراره النفسي وقدرته على تحمل الاستثارة الانفعالية. يغطي هذا البروتوكول ثلاث فترات من الطفولة المبكرة وهي: الفترة الجنينية وفترة الميلاد، والفترة من صفر إلى ثلاث سنوات. وعلى الرغم من أننا قد لا نملك ذكريات واعية عن هذه المراحل في حياتنا، إلا أن مؤلفة هذا البروتوكول تقول أن البصمات الصدمية المبكرة تظهر عندما يتم استهدافها.

يتم استهداف البصمات المبكرة من خلال إعطاء تعليمية توجه تفكير المفحوص نحو الفترة المستهدفة، ويبدأ العمل على الفترة الجنينية حيث يطلب من المفحوص التفكير في نفسه، كجنين، تحمله أمه في رحمها طوال فترة الحمل. عادة ما يكون المحتوى المعبر عنه حسي، انفعالي وأحيانا صور وانطباعات وأفكار. ثم العمل على فترة الميلاد، حيث يطلب من الشخص بأن يفكر في نفسه، "كطفل رضيع". وغالبًا ما تكون تدايعات ومشاعر هذه الفترة أقوى، وينتهي العمل على فترة الميلاد بأحاسيس هادئة بالجسم وتصورات حول الرضيع الهادئ أو النائم أو المستيقظ. الفترة بين صفر وثلاث سنوات تؤدي إلى تصورات أكثر تحديدًا للشخص، كرؤية طفل يلعب بهدوء، مع الشعور بالهدوء في الوقت الحاضر في العيادة. (Delluci, 2012, p.282)

هناك مؤشرات عيادية ودواعي كثيرة تستدعي العمل على البصمات الصدمية المبكرة حسب أوشا (O'Shea, 2006, 2009) وهي: حالات التنبني أو التكفل المؤسسي، حالات حمل صعب وولادة عسيرة، حالات عانت فيها الأم من صعوبات جسمية ونفسية أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها، في حالة وجود صعوبات في النمو، أو دخول إلى المستشفى والتعرض لعمليات جراحية في الطفولة المبكرة، أو حالات سوء المعاملة أو الإهمال، في حالة وجود سوابق تعرض الجنين للكحول، في حالة اضطراب التعلق، اضطرابات التوحد، متلازمة أسبرجر، اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، وحالة اضطرابات النوم والأكل والإخراج، وفي حالة التعرض لضيق انفعالي شديد، أو في حالة وجود أعراض تفككية، أعراض الجسمنة، أو في حالة وجود خطاب غير متماسك أو أي حدس بأن المشكل المطروح له علاقة بفترات الحياة المبكرة. (O'Shea, 2006, 2009, cité par Delluci, 2012, p.281).

## خاتمة

تكتسي نوعية التفاعلات المبكرة التي يعيشها الطفل مع محيطه أهمية بالغة، لأنها تؤسس قواعد الأمان التي ينطلق منها لينتعش ويزدهر أو العكس. ويبدو أن أحد عوامل اختلاف المآل الجسمي والنفسي للأفراد هو اختلاف تجاربهم المبكرة أثناء الحمل والولادة وما تخلفه من بصمات حسية: هل كان مخاض عفوي أم مخاض ممدد؟، هل كانت ولادة مبكرة أم ولادة في أوانها، هل كانت ولادة طبيعية أم ولادة عسيرة أم ولادة قيصرية، هل تعرض الوليد لمعاناة جنينية داخل الرحم وأثناء المخاض أم لا؟ ضف إلى ذلك اختلاف المعاش النفسي والجسدي للأم، والمحيط العائلي أثناء تلك التجارب.

وإذا لم يحظ الطفل بعلاقة آمنة وتفاعل متناغم بينه وبين مقدم الرعاية، سينتج عن ذلك قصور في القدرة على التعديل الانفعالي لضغوط التجارب السلبية. ويبدو أن تلك البصمات المبكرة قد ترتبط فيما بعد بمظاهر القلق والعديد من المخاوف البدائية، مثل رهاب الأماكن المغلقة، والخوف من الفراغ، وعدم تحمل أنواع معينة من الضجيج، والخوف من الظلام... إلخ وهذا ما وجدناه لدى الحالة، حيث أنها تعرضت

لتجربة اختناق مبكرة أدت إلى الربط المبكر والآلي بين الوضعيات المغلقة أو الضيقة من جهة، والشعور بالتهديد من جهة أخرى، وكلما اضطرت لمواجهة واحد من هذه المفجرات تعيد معايشة نفس الشعور بالخطر والتهديد على حياتها. ويبدو أن حلقة إعادة المعايشة والخوف والتجنب قد عززت تطور واستمرار أعراض رهاب الأماكن المغلقة، كما أن استجاباتها الصدمية المبكرة وهشاشتها أمام وضعيات معينة وهي طفلة صغيرة لم تكن مفهومة بالنسبة للأم، حيث لم تفهم الأم يوماً سبب خوف ابنتها ووجدت فيها ضعفاً وهشاشة لا مبرر لهما، فعاقبتها على كل تصرف لا يرقى إلى توقعاتها أو يعكس صورة مقصرة وفاشلة لدورها كأم، مخلفة بذلك جروحا علائقية وتعلقاً غير آمن لديها، بل وشكلت كيفية إدراك الحالة لذاتها وللآخرين، حيث تبنت اعتقادات سلبية مفادها أنها خوافة وغير محبوبة ولا قيمة لها ولا قدرة لها على التحكم في مجرى أمور حياتها. وتطلب العمل العلاجي مع هذه الحالة معالجة البصمات الصدمية المبكرة وأهمها الولادة داخل الكيس الأمنيوسي، والجروح العلائقية مع مقدم الرعاية، حيث اختفت أعراض رهاب الأماكن المغلقة بالتدريج وكان آخرها الشعور بالاختناق، وأظهرت الحالة تحسن ملحوظ في تقديرها وتوكيدها لذاتها، كما أنها اكتسبت نضجا وتوجه نحو الاستقلالية والتوجه نحو المستقبل.

## المراجع

Allard, P. (2013). *Exploration de la dimension corporelle dans le traitement du traumatisme*. Comme Exigence Partielle Du Doctorat En Psychologie. Université Du Québec A Trois-Rivières Repéré à [depot-e.uqtr.ca/6903/1/030586016.pdf](http://depot-e.uqtr.ca/6903/1/030586016.pdf)

American Psychiatric Association. (2013), *DSM5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd. traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris : Masson.

Dellucci, H. (2017) *Les Empreintes Précoces*. In *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp 371-378) . Paris : Dunod.

Dellucci, H. (2012). *Les empreintes traumatiques précoces déceler les blessures préverbales, pour mieux accéder aux souvenirs sources* In *Trauma et résilience* (pp 273 – 292) Paris : Dunod, doi: 10.1176/ajp.146.12.1530. PMID: 2686473.

Elofsson, U.O. Von Schèele, B., Theorell, T. & Söndergaard, HP. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of anxiety disorders*, 22. 622-34. 10.1016/j.janxdis.2007.05.012.

Gizard, M.F. (2013) *Les empreintes des traumatismes précoces à travers les thérapies EMDR et Sensorimotrice*. Présenté au 30<sup>em</sup> colloque organisé par la ff2p. *Trauma et sens*. 2013 <https://www.ifemdr.fr/les-empreintes-des-traumatismes-precoces-a-travers-les-therapies-emdr-et-sensorimotrices>

Iracane, M. (2017). *De la conceptualisation de cas au plan de traitement*. In *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp 59-72). Paris : Dunod

Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M. & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in psychology*, 9, 1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>

Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., La Porta, P., Verardo, A. R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological trauma. *Frontiers in psychology*, 6, 1614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614>

Rothschild, B., Ducène, F. & Schils, M. (2008). *Le corps se souvient : mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles: De Boeck.

Sakaihara, M., Ueda, M., Watanabe, N., & Terazawa, K. (2001). *Nihon hoigaku zasshi = The Japanese journal of legal medicine*, 55(3), 343–346.

Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59-87. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006970>

Smyth, N. J. & Poole, A. D. (2002). *EMDR and cognitive-behavior therapy: Exploring convergence and divergence*. In *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 151–180). F. Shapiro (Ed.) American Psychological Association

Stickgold, R. (2008). Sleep-Dependent Memory Processing and EMDR Action. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 289-299. 10.1891/1933-3196.2.4.289

Tarquinio, C. & Tarquinio, P. (2015). *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*. France: Elsevier Masson.

Van der Hart, O., Brown, P., & Van Der Kolk, B.A. (1989). Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 2, No. 4 repéré à <https://doi.org/10.1007/BF00974597>

Van der Kolk, B.A. & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*, 146(12):1530-1540.

Van Der Kolk, B.A. (2014). *The Body keeps the score*. (ed.). Great Bri