

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة فرحات عباس، سطيف (الجزائر)

مذكرة

مقدمة بكآية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
لنيل شهادة

الماجستير

علم النفس العيادي فرع علم نفس الضغط

من طرف

عتيق نبيلة

الموضوع:

واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية "إزالة
الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين" (EMDR) بالجزائر.
دراسة ميدانية بالجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي SARP بدالي إبراهيم،
وخلية الصدمات بالبلدية

بتاريخ..... أمام اللجنة المتكونة من:

د. لونيس علي	أستاذ محاضر بجامعة سطيف	رئيسا
أ.د. شرفي محمد الصغير	أستاذ التعليم العالي بجامعة سطيف	مشرفا
د. معروف كمال	أستاذ محاضر بجامعة قسنطينة	ممتحنا
د. تغليت صلاح الدين	أستاذ محاضر بجامعة سطيف	ممتحنا

السنة الجامعية: 2012-2013

الفهرس:

الفهرس

قائمة الجداول.

قائمة الأشكال.

الفصل الأول: الفصل التمهيدي

01	1 - مقدمة - إشكالية
03	2 - تساؤلات الدراسة
03	3 - أهمية الدراسة
04	4 - أهداف الدراسة
04	5 - مصطلحات الدراسة

الجـانـب النظري:

الفصل الثاني: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)

06	تمهيد
07	1 - تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
	2 - إشكالية ترجمة مصطلح (Post- Traumatic Stress Disorder) إلى العربية
08	العربية
09	3 - تعريف بعض المصطلحات الشبيهة بمصطلح PTSD
09	3-1- الصدمة النفسية
12	3-2- العصاب الصدمي
12	3-3- التناذر النفسوصدمي
13	4 - تاريخ الصدمة وأهم الرواد

5	مراحل ظهور مصطلح PTSD وتطوره	17
6	-الانتقادات الموجهة لمصطلح PTSD	18
7	-معايير تشخيص PTSD حسب DSM-IV	23
8	-الأحداث الصدمية وانتشار PTSD	25
8-1	بعض الأحداث الصدمية	26
8-2	أمثلة عن الأحداث الصدمية ونسبة الإصابة بـPTSD	26
9	-عوامل الإصابة بـ PTSD	28
9-1	عوامل مهئية	28
9-2	عوامل مفجرة	31
9-3	عوامل استمرارية أو تلاشي PTSD	32
10	-الاضطرابات المصاحبة لـPTSD	33
11	-النماذج المفسرة لتطور أعراض PTSD	34
11-1	نموذج المعالجة الانفعالية، لـFOA وزملائه	34
11-2	نموذج الإسناد السببي لـJOSEPH وزملائه	37
11-3	نموذج MCFARLANE	38
11-4	نموذج معالجة المعلومات، لـHOROWITZ	39
11-5	نموذج الإشراف لـMOWRER	42
12	- الجانب العصبي الفيزيولوجي لـPTSD	44
13	- علاج PTSD	46
13-1	العلاج بالتنويم	47
13-2	العلاجات النفسودينامية	47
13-3	العلاج المعرفي السلوكي	48
13-4	العلاج بالعقاقير	50

13-5- العلاج بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين"

51(EMDR)

الفصل الثالث: تقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين" (EMDR)

53 تمهيد

1- تعريف "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين" (EMDR).....54

2- إشكالية ترجمة مصطلح " Eye Movement Desensitization and

54 Reprocessing" إلى العربية.

3- تاريخ ظهور EMDR.....56

4- أولى التجارب.....58

4-1- أول دراسة على الذكريات الصدمية.....58

4-2- أول دراسة مضبوطة.....59

5- شابيرو: سابقة.. أم لاحقة.....62

5-1- فيتوز روجر.....62

5-2- أنتروباس وزملاؤه.....65

6- الأساس النظري لـ EMDR.....66

6-1- تعريف نموذج المعالجة التكييفية للمعلومات (AIP model).....66

6-2- افتراضات نموذج المعالجة التكييفية للمعلومات.....67

7- بروتوكول EMDR المقنن.....69

8- تأثير الصدمة على نظام AIP، ودور عناصر EMDR في معالجة المعلومات.....80

9- الانتقادات الموجّهة لتقنية EMDR.....83

9-1- دور حركات العينين/ ماهو العنصر الفعال في EMDR؟.....83

9-2- نقد الجانب المنهجي والأساس العلمي للتقنية؛ EMDR علم أم علم كاذب؟.....88

9-3- علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى.....91

9-1-3-9 EMDR والعلاج بالتعرض.....91

92	EMDR -2-3-9 والتنويم.....
93	EMDR -3-3-9 والتحليل النفسي.....
10	- مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى.....
101	- الهيآت العلمية المعترفة بفعالية EMDR في علاج PTSD.....
102	- مجالات تطبيق EMDR.....

الجانب التطبيقي: الفصل الرابع

105	تمهيد.....
106	1- تذكير بسؤال الدراسة وبالأسئلة الفرعية.....
106	2- الدراسة الاستطلاعية: إجراءاتها ونتائجها.....
112	3- المنهج المستخدم.....
113	4- مجتمع وعينة الدراسة.....
114	5- الإطار الزمكاني للدراسة.....
116	6- أدوات الدراسة.....
116	6-1- مرشد المقابلة.....
119	6-2- الملاحظة.....
119	7- إجراءات الدراسة.....
120	8- عرض المعطيات وتحليلها.....
120	8-1- الظروف الاجتماعية والعيادية المهيئة لظهور EMDR.....
127	8-2- الاستفادة من تكوين في EMDR.....
133	8-3- تطبيق EMDR على ضحايا الأحداث الصدمية.....
134	8-4- النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR.....
137	8-5- صعوبات تطبيق EMDR.....
140	8-6- دراسات حول تقنية EMDR.....
143	8-7- مستقبل EMDR في الجزائر.....

144 خلاصة الفصل

146 الخاتمة

150 قائمة المراجع

الملاحق

قائمة الأشكال:

- شكل (01): نموذج FOA وزملائه 36
- شكل (02): نموذج معالجة المعلومات لـ HOROWITZ 41
- شكل (03): مخطط توضيحي لطريقة VITTOZ 63
- شكل (04): تأثير الصدمة على عمل نظام "المعالجة التكييفية للمعلومات" AIP 80
- شكل (05): تنشيط عناصر (EMDR) 81
- شكل (06): الهيكل التنظيمي لجمعية SARP 110
- شكل (07): الهيكل التنظيمي لمصلحة الطب النفسي بمستشفى فرانس فانون 115

قائمة الجداول:

- جدول (01): التشابه بين EMDR وطريقة VITTOZ 64
- جدول (02): المراحل الثمانية للعلاج بـ EMDR 79
- جدول (03): ملخص الجدول القائم بين مناصري تقنية EMDR ومعارضيه 90
- جدول (04): مقارنة بين EMDR والعلاج بالتعرض 92
- جدول (05): خصائص عينة الدراسة 114
- جدول (06): انتشار الاضطرابات النفسية حسب متغيرات ديمغرافية 125

1- مقدمة - إشكالية:

حققت البشرية منذ القرن العشرين إنجازات علمية باهرة، وتقدماً كبيراً في مختلف مجالات الحياة، غير أنّ ذلك لم يخلصها من نزعتها التدميرية المتأصلة فيها.

فقد بدأ القرن العشرين بالحرب الروسية اليابانية، وبالحرب العالمية الأولى، ثم الحرب العالمية الثانية، والحرب الكورية، وحروب ما بعد الاستيطان، وحرب الفيتنام، وصراعات الشرق الأوسط، (...) حيث نسجل 14 مليون قتيلًا مدنيًا في الحرب العالمية الأولى، و 38 مليون قتيل من بينهم 17 مليون مدني في الحرب العالمية الثانية، 1.7 مليون أرمني قتلوا سنة 1915، و 2 مليون كمبودي أي ما يعادل ثلث السكان أعدموا من طرف مواطنين مثلهم ما بين 1975 و 1976. تترجم هذه الأرقام الطابع البربري للقرن العشرين.¹

ولم يسلم العرب والمسلمون من هذه الأحداث، فقد عايش الفلسطينيون الاحتلال الإسرائيلي منذ 1948، وما تبعه من مجازر مثل مجزرة دير ياسين، وتلت ذلك أحداث صدمية عديدة أحدثها الحصار المفروض على غزة منذ 2007، والذي حوّل القطاع إلى سجن كبير، ثم بناء الجدار العازل الفولاذي 2010/2009 الذي يمثّل تأكيداً على سلب الحرية وقطع آخر خيط يربطهم بالعالم. أمّا العراق فقد عايش الاحتلال الأنجلوأمريكي، والذي يفتقد أدنى مصداقية، وأجمع العالم على أنّه غير شرعي وغير قانوني، ومارس هذا الاحتلال انتهاكات واعتداءات في حقّ العراقيين وعلى رأسها فضيحة سجن أبو غريب.

وليست الجزائر أفضل من غيرها، إذ عانت الاحتلال الفرنسي أكثر من قرن، ثم الإرهاب خلال العشرية الدموية، بالإضافة إلى الكوارث الطبيعية، كزلزال بومرداس، فيضانات باب الواد، فيضانات غرداية، إرهاب الطرقات، ...

كلّ هذه الأحداث الصدمية عبر عشرات السنين خلّفت في العالم عموماً وفي الجزائر بصورة خاصّة عدداً هائلاً من المصابين بـ PTSD، هذا الاضطراب الذي يندرج ضمن اضطرابات القلق حسب الدليل الإحصائي للأمراض النفسية (DSM) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، وقد اعترفت به هذه الجمعية منذ 1980 في (DSM-III) وكان يُعتقد أنّه يمسّ الرّاشد فقط لكن في 1987 (DSM-III-TR) اعتبرته الجمعية يمسّ الطفل أيضاً. ويتميّز PTSD بظهور عرض إعادة معايشة الحدث الصدمي أو جزء منه في شكل: كوابيس، أو هلاوس سمعية أو بصرية، flashbacks... وعرض التجنّب كأن يتجنّب الشّخص زيارة مكان وقوع الحدث الصدمي أو الأشخاص الذين يذكّرونه به كما أنّه يلجأ إلى فقدان الذاكرة لينسى كل ما يتعلق بالحدث الصدمي،... وعرض فرط النشاط العصبي

¹ CROCQ L, Les traumatismes psychiques en guerre, Paris, Odile Jacob, 1999, p 09.

الإعاشي والذي يظهر في شكل اضطرابات النوم (أرق، كوابيس،...)، هيجان، ارتعاشات على مستوى الأطراف،...

ويعد اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من الاضطرابات المستعصية على العلاج، حيث اجتهد العلماء والأخصائيون النفسيون والأطباء النفسيون في إيجاد وتطبيق طرق وتقنيات علاجية عديدة منها: العلاج المعرفي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي السلوكي، العلاج بالعقاقير، والعلاج الدينامي ، بالإضافة إلى عشرات التقنيات المشتقة من هذه العلاجات الرئيسية.

ولعلّ العلاج الذي حَيّر العلماء في حقيقته، وأحدث جدلا كبيرا لم ينته إلى الآن في الوسط العلمي هو العلاج بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة ب حركات العينين " (EMDR) الذي عرف أول مرة في 1989 على يد FRANCINE SHAPIRO، وهو علاج يقوم على فكرة أنّ تعرّض الفرد لصدمة نفسية يؤدي إلى تعطلّ نظام "المعالجة التكييفية للمعلومات" AIP، وينتج عن هذا التّعطلّ ظهور أعراض PTSD المعروفة، ويتمثّل دور EMDR في أنّها تعمل على إعادة تشغيل/تنشيط نظام المعالجة التكييفية للمعلومات، مما يسمح بهضم " Digesting " الصدمة واستدخالها كحدث عادي ضمن الخبرات الماضية "العادية"، ويقرّ STICKGOLD R أن "EMDR يحدث تغييرا أساسيا في عمل الدماغ شبيها بما يحدث في مرحلة حركات العينين السريعة من النوم (REM sleep)، حيث تسمح [EMDR] للفرد الخاضع للعلاج بأن يعالج بفعالية كبيرة الذكريات الصدمية وإدماجها ضمن الترابطات الشبكية العامة في الدماغ، وهذا ما يساعد الفرد على دمج وفهم الذكريات [الصدمية] ضمن السياق العريض لتجربة حياته" ² وبالتالي فإن استحضار ذلك الحدث الصدمي لن ترافقه جملة أعراض PTSD المعهودة، وهنا نقول أن الفرد قد تعافى من صدمته.

وقد أجريت عشرات الدراسات حول هذا العلاج لاختبار فعاليته وللتعرف على العنصر الفعال في هذه التقنية، وبعد سنوات من الدراسات اعترفت عدة هيئات وجمعيات علمية عالمية بفعاليته، ومنها الجمعية الدولية للدراسات حول الضغط الصدمي، حيث أقرّ الدليل العملي الصادر عنها أنه "وجد أن EMDR علاج فعال لـ PTSD"³، وكذلك جمعية الطب النفسي الأمريكية، ومركز قدامى محاربي الفيتنام، وهيئات علمية في إنجلترا، وإسرائيل، وفرنسا،... وقد لاقى EMDR رواجا كبيرا في أمريكا وخارجها، بل في كل

² DICKERSON DA, EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing, <http://www.pratherapists.com/emdr.html>

³ OP.CIT

القارات، حيث أحصت جمعية EMDR الدولية (EMDRIA) وجود أكثر من 40.000 ممارس لهذه التقنية العلاجية، وقد استفاد منها أكثر من مليونين شخص⁴. أما في فرنسا فتوجد جمعية وحيدة تعمل على تكوين ممارسين في EMDR وهي (جمعية EMDR- FRANCE)، وقد أدرجت أسماء أكثر من 500 ممارس EMDR موزعين على كل محافظات البلاد⁵.

بعد أن أخذنا فكرة عن العلاج بـEMDR وفعاليتها، ورواجه في عدة بلدان، يحضرنا هذا السؤال: ما مدى انفتاح الجزائر على العلاج بـEMDR؟ فالجزائر تحتل مراتب متقدمة عالميا من حيث التعرض لأحداث صدمية متتالية ومتباينة، ولكن ماذا عن استفادتها من التكوين في التقنيات العلاجية عموما وفي تقنية EMDR بصورة خاصة، من أجل التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية وعلى رأسها PTSD الناتج عن التعرض لأحداث صدمية. ولذلك كان السؤال الرئيسي في دراستنا هذه الآتي:

"ما هو واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR في الجزائر؟"

2- تساؤلات الدراسة: وتندرج ضمن السؤال الرئيسي لدراستنا الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- الظروف العيادية والاجتماعية المهيئة لظهور EMDR في الجزائر.
- 2- استفادة الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين الجزائريين من تكوين في EMDR.
- 3 - تطبيق EMDR على المصابين بـPTSD.
- 4 - النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR في علاج PTSD.
- 5- صعوبات تطبيق EMDR في علاج المصابين بـPTSD.
- 6- دراسات حول فعالية EMDR في علاج PTSD.

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في النقاط الآتية:

- 1- تتلّط هذه الدراسة الضوء على تقنية علاجية حديثة لاقت رواجاً وجدلاً كبيرين في أمريكا، وبدأت تسري في دول أوروبية مثل فرنسا وإنجلترا، إلا أنها مازالت غامضة في

⁴ <http://www.emdria.org/>

⁵ <http://WWW.EMDR-FRANCE.ORG/spip.php?article>

الوطن العربي، فهذا البحث سيساهم في التّعرف على ماهية هذه التقنية، والأساس النظري الذي تقوم عليه، وكيفية تطبيقها، ومدى فعاليتها، والدراسات التي أجريت حولها.

2- تتطرق هذه الدراسة لتقنية علاجية حديثة وفعالة في علاج اضطراب PTSD واسع الانتشار في الجزائر باعتبارها عرفت أحداثاً صدمية كثيرة، فهذه الدراسة تساهم بطريقة غير مباشرة في الحث على الانفتاح أكثر على هذه التقنية وتوسيع تطبيقها في العيادة النفسية، وإجراء دراسات حولها.

3- إنّ التعرف على تقنية EMDR من خلال هذه الدراسة يساهم ولو بالقليل في إثراء المكتبة الجزائرية، والمكتبة العربية، حيث لم نجد عنواناً واحداً في حدود اطلاعنا - باللغة العربية - لكتاب يتحدث بصورة خاصة عن هذه التقنية.

4- أهداف الدراسة: تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1 - التعرف على تقنية EMDR من حيث ماهيتها، وروادها، والأساس النظري الذي تقوم عليه، وكيفية تطبيقها، ومدى فعاليتها، والدراسات التي أجريت حولها...

2 - التعرف على واقع علاج اضطراب PTSD بهذه التقنية العلاجية في الجزائر وذلك من حيث: العوامل الاجتماعية والعيادية التي ساهمت في دخول تقنية EMDR العيادة النفسية الجزائرية، ومن حيث عدد ممارسي هذه التقنية في الجزائر، وكيفية حصولهم على التكوين، وطرق تطبيقهم للتقنية، والنتائج التي توصلوا إليها، والصعوبات التي واجهوها سواء على مستوى الشخص أو على مستوى المرضى عند تطبيق التقنية، كما نهدف لتعرف على الدراسات الجزائرية التي أجريت حول فعالية هذه التقنية العلاجية في علاج EMDR.

5- مصطلحات الدراسة:

1 - اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD):

وهو أحد اضطرابات القلق حسب DSM، وتظهر أعراضه بعد شهر على الأقل من التعرض لحدث صدمي، وتتمثل أعراضه الأساسية في إعادة المعيشة، التجنب، فرط النشاط العصبي الإعاشي.

2 - "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR):"

وهي تقنية علاجية ظهرت على يد F.SHAPIRO سنة 1989، وتعتمد على حركات العينين - عموماً - في إثارة الانتباه الثنائي للمريض من أجل تنشيط نظام المعالجة التكيفية للمعلومات فيسمح بهضم المعلومات / الذكريات الصدمية ودمجها مع باقي الشبكات الذكورية التكيفية فتزول بذلك أعراض PTSD.

ومن أجل الإحاطة بموضوع دراستنا، والإجابة على السؤال الرئيسي المطروح، قسمنا الدراسة إلى جانبين؛ جانب نظري وجانب تطبيقي، وقسمنا الجانب النظري بدوره إلى فصلين.

تناولنا في الفصل الأول اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD، من حيث ماهيته، وعلاقته بمصطلحات أخرى مثل مصطلح الضغط، الصدمة النفسية، والتناذر النفسوصدمي، وعرضنا مراحل ظهور مصطلح PTSD وتطوره، ومعايير تشخيصه حسب DSM-IV-TR، وعوامل الإصابة بهذا الاضطراب، والاضطرابات المصاحبة له، والنماذج المفسرة لتطور أعراضه، والجانب العصبي الفيزيولوجي له، وختمنا الفصل بإدراج أهم العلاجات الموجهة لهذا الاضطراب.

أما في الفصل الثاني فقد ركزنا على العلاج بـEMDR، فتعرفنا على تاريخ ظهور هذه التقنية، وأولى التجارب، والاساس النظري الذي تقوم عليه، ثم بروتوكول EMDR المقنن، وتأثير الصدمة على نظام المعالجة التكييفية للمعلومات، ودور عناصر EMDR في معالجة المعلومات، ثم الانتقادات الموجهة للتقنية، وعرضنا مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى، ثم الهيآت العلمية المعترفة بفعالية EMDR وأخيرا مجالات تطبيق EMDR.

أما في الجانب التطبيقي فبعد التذكير بأسئلة الدراسة، عرضنا الدراسة الاستطلاعية التي تمت بالجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي (SARP)، باعتبارها جمعية رائدة في مجال التكفل بضحايا الأحداث الصدمية، ومن خلالها تعرفنا على ممارسي EMDR، كما حددنا على إثرها منهج الدراسة وخصائص مجتمع وعينة الدراسة، والإطار الزمكاني للدراسة، وبعدها قمنا بعرض البيانات والنتائج المتحصّل عليها، وختمنا دراستنا بعرض أهم نتائج دراستنا وتقديم جملة من الاقتراحات.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) هو أحد الاضطرابات الناتجة عن التعرّض لحدث صدمي، ظهر المصطلح لأول مرة سنة 1980، حيث اعترف به الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition) ويسمى اختصاراً (DSM-III) التابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association, APA) كوحدة تشخيصية مستقلة، وصنّفه ضمن اضطرابات القلق.

وسنسى في هذا الفصل للتعرف على اضطراب PTSD، من حيث ماهيته، وتاريخ ظهوره، وعلاقته بمصطلحات أخرى، ثم نناقش الانتقادات الموجهة لتسمية هذا الاضطراب، ثم نشير إلى بعض الأحداث الصدمية التي قد تؤدي للإصابة به، وكذا مدى انتشاره، وبعدها نستعرض معايير تشخيص اضطراب PTSD حسب DSM-IV-TR (1994)، ويليهِ التعرف على عوامل الإصابة به واستمراره، ثم نركّز على النماذج المفسّرة لظهور واستمرارية الأعراض، وبعدها نتحدّث عن الجانب العصبي البيولوجي لـ PTSD لأنه يعيننا لاحقاً على فهم تقنية EMDR، وفي الأخير سنتطرق إلى أهم العلاجات المقترحة لهذا الاضطراب.

1- تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD):

هناك تعريف كثيرة ومتقاربة لاضطراب PTSD، وقد اختارنا التعريف التالي نظراً لشموليته وقصره.

تعريف PTSD حسب J.Vasterling:

"PTSD هو أحد اضطرابات القلق، يتطور كاستجابة لتجربة صدمية، حيث الخواص المميزة له هي إعادة المعيشة، سلوكيات التجنب، تبدل الاستجابة، وفرط التيقظ (Hyperarousal)"¹

تضمّن هذا التعريف:

- تصنيف الاضطراب (من اضطرابات القلق).
- توضيح سببية ظهور الاضطراب (التعرض لتجربة صدمية).
- تحديد الخصائص المميزة للاضطراب (إعادة المعيشة، التجنب، تبدل الاستجابة، فرط التيقظ).

¹ VASTERLING J, BREWIN CR, **Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive and clinical perspectives**, New York, Guilford Press, 2005, (december2010), p03.
http://books.google.fr/books?id=WW6bmGCzHvEC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=o_MUTb_XDNC2hAfNpM24Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEYQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false

2- إشكالية ترجمة مصطلح Post Traumatic Stress Disorder إلى اللغة العربية:

وجدنا - عند تصفّح بعض المراجع العربية - أنّ ترجمة مصطلح Post Traumatic Stress Disorder إلى اللغة العربية لم تلق إجماعاً على ترجمة وحيدة، بل هناك تسع ترجمات متداولة وهي كالاتي:

- 1- حسب محمد نجيب الصبوة: "اضطراب المشقّة النفسية التالي للصدمة"².
- 2- حسب فيصل الزراد: "اضطراب الشدة النفسية الذي يعقب التعرض للرّضّ النفسي"³.
- 3- حسب محمد النابلسي: "اضطراب الشدّة النفسية عقب التعرض للصدمة"⁴.
- 4- حسب غسان يعقوب: "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة" ويسميه اختصاراً "اضطراب ما بعد الصدمة"⁵.
- 5- حسب عدنان حب الله: "اضطراب ضاغط عقيب الصدمة"⁶.
- 6- حسب حمود بن هزاع الشريف: "اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية"⁷.
- 7- حسب محمد حمدي الحجار: "اضطراب الشدة الذي يعقب التعرض للرض"⁸.
- 8- حسب جمعة سيد يوسف: "اضطراب كرب ما بعد الصدمة"⁹.
- 9- حسب محمد السيد عبد الرحمن: "اختلال انضغاط ما بعد الصدمات" أو "اختلال/انعصاب ما بعد الصدمات"¹⁰. وقد اخترنا ترجمة غسان يعقوب (اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) حيث نراها من وجهة نظرنا الترجمة الأنسب، وسنحتفظ بهذه التسمية طيلة البحث.

² محمد نجيب الصبوة، مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة وبائية كلينيكية ، سبتمبر 2000، م11، ع41، لبنان، دار النهضة العربية، (ص-ص)(79-118).

³ فيصل محمد خير الزراد، العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، (ط1)، لبنان، دار العلم للملايين، 2005، ص312.

⁴ محمد أحمد النابلسي، الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكوارث، لبنان، دار النهضة العربية، ص21.

⁵ غسان يعقوب، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، (ط1)، لبنان، دار الفارابي، 1999، ص10.

⁶ عدنان حب الله، الصدمة النفسية: أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية، (ط1)، الجزائر، لبنان، ANEP، دار الفارابي، 2006، ص184.

⁷ حمود بن هزاع الشريف، الآثار النفسية للحوادث المرورية، مؤتمر التعليم والسلامة المرورية، السعودية، 2006، ص04.

⁸ محمد حمدي الحجار، تشخيص الأمراض النفسية، (ط1)، دمشق، دار النفائس، 2004، ص194.

⁹ روبرت ليهي، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية ؛ ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة، (ط1)، القاهرة، إيتراك، 2006، ص281.

¹⁰ محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج، القاهرة، دار قباء، ص263.

3- تعريف بعض المصطلحات الشبيهة بمصطلح PTSD:

توجد عدة مصطلحات قريبة من مصطلح PTSD، وسنكتفي بعرض ثلاث مصطلحات وهي الصدمة النفسية، العصاب الصدمي، والتناذر النفسو صدمي.

3-1- الصدمة النفسية: « Psychological trauma »

إنّ الاكتفاء بالاطلاع على المراجع الفرنسية ، خاصة التي كتبها الفرنكوفونيون مثل L.CROCQ, G.LOPEZ ,F.LEBIGOT والتي تحدّثت عن الصدمة يجعلنا نعتقد أن هذا المصطلح يبدو واضحاً وتعريفه سهل ومفروغ منه، ونذكر على سبيل المثال تعريف الصدمة حسب L.CROCQ : "الصدمة النفسية هي ظاهرة تحطّم النفسية وتجاوز دفاعاتها من طرف إثارات عنيفة على إثر حدث مفاجئ، معتدٍ أو مهدّد لحياة الفرد أو لتكامله (النفسي أو البدني) الذي تعرّض للحدث كضحية أو شاهد أو فاعل"¹¹

نلاحظ أن L.CROCQ يركز على الآثار النفسية فقط الناتجة عن التعرض لحدث "صدمي" لكنه لم يعط أهمية للجانب الفيزيولوجي، كما أنه يؤكد على أن الصدمة هي ظاهرة نفسية تحدث على إثر حدث له خصائص معينة، فالصدمة إذن هي استجابة لحدث "صدمي".

- إلا أن الاطلاع على المراجع الفرنسية الأخرى وعلى المراجع الإنجليزية وخاصة ما كتبه الأمريكيون حول الصدمة يجعل الأمر يختلف حيث وجدت الباحثة عدة تعاريف متضاربة وفيما يلي بعضها:

* حسب J.LAPLANCHE & J.B PONTALIS: "الصدمة هي حدث يقع في حياة الفرد، ويعرف بشدّته وبعجز الفرد عن الاستجابة له بطريقة ملائمة، كما يُعرف بالاختلال والتأثيرات المرضية الدائمة التي يولّدها في التنظيم النفسي"¹² فالصدمة حسب J.LAPLANCHE & J.B PONTALIS هي حدث (مثير) له خصائص معينة يؤدي إلى تأثيرات من نوع خاص في التنظيم النفسي.

* حسب SIGMUND FREUD: "الصدمة -في الأساس- هي تجربة معيشة تحمل خلال مدة قصيرة كمّاً متزايداً من الإثارات إلى الحياة النفسية، بحيث يفشل تصريفها أو بناؤها بالوسائل العادية والمعتادة، وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات مستديمة في الوظيفة الطاقوية"¹³

¹¹ CROCQ L, DALLIGAND D et al, **Traumatismes Psychiques**, Belgique, Masson,Elsevier, 2007, p07.

¹² LAPLANCHE J , PONTALIS J.B, **Vocabulaire de psychanalyse**, (5eme édition), France, Presses Universitaires de France, 2007, p499.

¹³ LAPLANCHE J , PONTALIS J.B, **Vocabulaire de psychanalyse**,p500.

* حسب N.SILLAMY: "الصدمة هي اصطدام عنيف يمكنه أن يفجر اضطرابات جسدية ونفسية، وغالبا ما تظهر لدى الأفراد بعد انفعال شديد أو صدمة جماعية ناتجة عن حادث مرور أو كارثة مفاجئة (زلزال، حريق،...) اضطرابات نفسية تتباين في استمراريتها، وأهمها: القابلية للإثارة، النهك، فقدان الذاكرة، النكوص إلى المرحلة الطفولية وأحيانا اللجوء إلى توهم المرض أو تعاطي الكحول"¹⁴

أما التعاريف التي قدمها الأمريكيون فهي كالآتي:

* حسب L.TERR: "الصدمة هي عاصفة (Blow) (خارجية) أو سلسلة من العواصف حيث يجد الفرد نفسه دون مساعدة -مؤقتاً- كما تحطم عملياته الدفاعية ومهاراته في المواجهة التي اعتادها سابقاً"¹⁵. حسب هذه الكاتبة فإن الصدمة هي مثير خارجي له تأثير خاص (سلبى) على الفرد وعلى دفاعاته.

* حسب DSM-III: "الصدمة هي حدث خارج الخبرة البشرية المعتادة، ومن هذه الأحداث الحرب، الاغتصاب، والكوارث الطبيعية"¹⁶. نلاحظ أن DSM-III يساوي بين الصدمة والحدث الصدمي لكنه لم يذكر كيفية استجابة الفرد للحدث الصدمي.

* حسب B.CARROTH: "الصدمة ليست الحدث الصدمي نفسه وإنما هي تجربة الشعور القوي بالخوف وغياب النجدة (Helplessness)"¹⁷

نلاحظ أن الصدمة تدل على استجابة الشعور القوي بالخوف وغياب النجدة بغض النظر عن خصائص الحدث الذي سبب ذلك.

* حسب J.HERMAN: "الصدمة النفسية هي سيرورة الانسحاب (Withdrawal) والانقطاع (Disconnection)، فبالانسحاب من العالم يفقد المصدومون الارتباط بهذا الأخير ذي معنى،

¹⁴ SILLAMY N, *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Larousse,(s.d), p269.

¹⁵ HUDGINS K, HUDGINS MK, *Experiential treatment for Post Traumatic Stress Disorder: The therapeutic spiral model*, New York, Springer Publishing Company, 2002, p10 (December 2010)
http://books.google.fr/books?id=ZXaxkNbvX8QC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=Gf4UTevFIcqWhQeIsP22Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwADgK#v=onepage&q&f=false

¹⁶ VASTERLING J, BREWIN CR, *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive and clinical perspectives*,P05.

¹⁷ CARROTH B, *Psychological trauma and addiction treatment*, USA, HAROTH Press, 2006, p03.
http://books.google.fr/books?id=bTsu_7mzCYkC&printsec=frontcover&dq=psychological+trauma&cd=5#v=onepage&q&f=false

وبالعائلة والمجتمع، وبالحياء الروحية (...) كما أن الصدمة بإمكانها أن تُفقد الأفراد قدرتهم على التجدد واستدراك الأمور" ¹⁸.

* حسب B.VAN DER KOLK: "الصدمة هي نتيجة التعرض لحدث ضاغط لا مفر منه (Inescapably)، حيث يسحق ميكانيزمات المواجهة الخاصة بالفرد" ¹⁹

* حسب R.H.KLEIN & V.L.SCHERMER: "تدل الصدمة على وضعية خاصة وخطيرة وعنف ضاغط يؤدي إلى نتائج سيكياترية خطيرة، سواء بعد فترة قصيرة أو طويلة من وقوع الحدث نفسه" ²⁰

* حسب F.SHAPIRO: لم نجد تعريفا للصدمة حسب F.SHAPIRO لكننا وجدنا تصنيفا للصدمة حسب هذه العالمة وهو كالآتي:

- صدمات كبرى: Large «T» traumas: يعرف هذا النوع من الصدمات بأنها صدمات خطيرة ومهددة للحياة وتتماشى مع المعايير التي حددها DSM-IV-TR مثل الحرائق والانفجارات، موت شخص عزيز، التحرشات الجنسية.

- صدمات صغرى: Small «t» trauma: وهي صدمات تبدو بسيطة لكنها هامة حيث تؤثر على اعتقادات الفرد حول نفسه، وحول الآخرين وحول العالم. فالصدمة الصغرى يمكنها أن تؤثر على تقدير الذات (Self-esteem) وعلى تعريف الذات (Self-definition) وعلى الثقة بالذات (Self-confidence) وكذا على اتخاذ السلوك المناسب ²¹

إن من هذا التصنيف للصدمة حسب SHAPIRO نستنتج أن هذه الأخيرة ترى أن الصدمة هي حدث عنيف (مثير) يؤدي إلى تأثيرات سلبية وعميقة على الفرد وعلى اعتقاداته.

¹⁸ CARROTH B, **Psychological trauma and addiction treatment**,p03.

¹⁹ KLEIN RH, SCHERMER VL, **Group psychotherapy for psychological trauma**, USA, Guilford Press, 2000, p03.(october2010)
<http://books.google.fr/books?id=351YFSwX3bIC&printsec=frontcover&dq=psychological+trauma&cd=7#v=onepage&q&f=false>

²⁰ KLEIN RH, SCHERMER VL, **Group psychotherapy for psychological trauma**, p03.

²¹ HENSLEY BJ, **An EMDR primer : From practicum to practice**, New York, Springer Publishing Company, 2009, p03.(june2010)
<http://books.google.fr/books?id=vpy4xmiem7gc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr&cd=16#v=onepage&q&f=false>

بناءً على التعاريف المقدمة نستنتج ما يلي:

- لا يوجد تعريف وحيد للصدمة متفق عليه، إذ أن هناك من يعرف الصدمة بأنها حدث له خصائص معينة، والبعض يعرفها بأنها استجابة نفسية معينة على إثر التعرض لحدث معين، كما أن البعض الآخر يركّز على استجابة الفرد بغض النظر عن السبب، وهذا ما يدل على أن مصطلح "الصدمة" مثار جدل وليس من السهولة تبني هذا المصطلح للدلالة على ظاهرة معينة.

3-2- تعريف العصاب الصدمي:

"وهو أحد أشكال العصاب، حيث تظهر الأعراض على إثر التعرض لصدمة انفعالية ترتبط -عموما- بوضعية أحسّ الفرد خلالها بأن حياته مهدّدة، وأثناء وقوع الصدمة يتخذ هذا العصاب شكل نوبة قلق شديد يمكنها أن تؤدي إلى حالات من الهيجان، والذهول أو الخلط العقلي. ومن خلال تطوره اللاحق -غالبا بعد فترة الكمون- يمكننا أن نميز حالتين:

أ- تلعب الصدمة [الحدث الصدمي] دور العنصر المفجر، مما يكشف عن بنية عصابية سابقة.

ب- تلعب الصدمة دورا أساسيا في جملة الأعراض والتي تكون على شكل إعادة معايشة الحدث الصدمي، كوابيس متكررة، اضطرابات في النوم،... وهذه الأعراض تظهر كأنها محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها. كما أن التثبيت في الصدمة يصحبه كَفّ في نشاط الشخص متفاوت في مستوى تعميمه"²²

3-3- تعريف التناذر النفسوصدمي:

وهو مصطلح اقترحه الفرנקوفونيون لحل الجدل حول مصطلح العصاب الصدمي ومصطلح PTSD ويرون أنه يغطّي جزءاً كبيراً من العصاب الصدمي و PTSD كما يضم العديد من الأبعاد الأخرى، وخاصة الأعراض المصاحبة، والتغيير في الشخصية في أوقات لاحقة. أما الأعراض الخاصة (Specific symptoms) في هذا التناذر فهي تناذر التكرار وتناذر التجنب²³.

²² LAPLANCHE J , PONTALIS J.B, ibid, p

²³ JEHEL L, LOPEZ G et al, **Psychotraumatologie :Evaluation, clinique, traitements**, Paris, DUNUD, p41.

الخلاصة:

- من خلال عرضنا للتعريف المختلفة للصدمة وتعريف العصاب الصدمي والتناذر النفسوصدمي نلاحظ أن العلماء لم يتفقوا على تحديد مصطلحات واضحة لها معانٍ أحادية، وهذا راجع لأسباب كثيرة لا يسعنا المجال للخوض فيها.

- ارتأينا أن نبنى مصطلح PTSD – بالمعايير التي حددها DSM-IV-TR- للدلالة على الاضطراب النفسوفيزيولوجي الحاد الناتج عن التعرض لحدث "صدمي". و نرر هذا الاختيار بأنه راجع لارتباط هذا المصطلح (اضطراب PTSD) بالعلاج بـ EMDR (وهو موضوع الفصل القادم)، إذ أن هذه التقنية ظهرت أساساً لعلاج أعراض PTSD المعروفة، فليس من المنطقي أن نستعمل مصطلحاً ينتمي إلى مدرسة معينة (مثلاً التناذر النفسوصدمي حسب الفرنكفونيين) ثم نستعرض علاجاً نفسياً ظهر في بيئة تابعة لمدرسة نفسية مختلفة تماماً، فهذا يخلق تضارباً.

كما أن إدراج النماذج المفسرة لتطور أعراض PTSD سيساعدنا لاحقاً في الفهم الجيد لتقنية EMDR وأساسها النظري وفعاليتها العلاجية.

سنستعرض في العنصر الموالي تاريخ "الصدمة" وأهم روادها، لأن مصطلح الصدمة عُرف قبل مصطلح PTSD كما لا يمكننا أن نتغاضى عن الجهود والإنجازات والبحوث العلمية حول الصدمة طيلة عقود. وبعدها سنركز على اضطراب PTSD حتى نتأكد من الإحاطة به ونتعمق في معرفته وفهمه.

4- تاريخ الصدمة وأهم الرواد:

عرف الإنسان منذ وجوده أحداثاً صدمية متنوعة لعلّ في مقدمتها الكوارث الطبيعية والحروب، مما أثر على حالته النفسية والجسدية وجعله يعيد نظرتَه للحياة وللآخرين، وهذا ما يدخل ضمن تأثيرات الصدمة، وقد دلّ على ذلك التراث الأدبي الذي خلّفه البشر الأوائل، فقد تحدّثت ملحمة كلكامش²⁴ عن ملك أوروك يدعى كلكامش، ثلثاه إله وثلثه بشر، معروف بقوته وشجاعته، وله صديق بمثابة أخ عزيز يدعى أنكيديو، وعلى إثر صراعهما مع الثور السماوي يصاب أنكيديو ثم يموت فجأة على مرأى كلكامش فكان رد فعله أنه:

"أخذ يزأر حوله كالأسد"

²⁴ ملحمة كلكامش (Guilgamesh) هي نص أدبي خلفته حضارة العراق القديم، وهي أقدم ملحمة عرفها العالم بكل حضاراته القديمة، حيث كتبت منذ 2000 سنة قبل الميلاد، وهي بذلك تسبق أشهر ملحمتين هما الإلياذة والأوديسة المنسوبتين إلى هوميروس، اللتين ظهرتتا في اليونان ما بين القرن الثامن قبل الميلاد والعاشر قبل الميلاد. وكانت ملحمة كلكامش مجهولة المؤلف وكتبت باللغة المسمارية.

وكاللبؤة التي اختطف منها أشبالها

وصار يروح ويجيء أمام الفراش وهو ينظر إليه

وينتف شعره ويرميه على الأرض

مزق ثيابه الجميلة ورماها كأنها أشياء نجسة"²⁵

كان كلكاش يتساءل "إذا ما متّ أفلا يكون مصيري مثل أنكيدو؟!

لقد حلّ الحزن والأسى بجسمي

خفتُ من الموت (...)"²⁶

ويستمر كلكاش في طرح أسئلته فيقول: "أتيتُ قاصداً أبي أوتونبشتم باحثاً عن الحياة (...)

جنّتُ لأسأله عن (لغز) الحياة والموت"²⁷

تدل هذه المقاطع على أن كلكاش حدثت له صدمة ، إذ أنه اكتشف "وهم خلوده، وهذا الاكتشاف ناتج عن اصطدام الجهاز النفسي بصورة واقع الموت"²⁸ حسب التحليليين.

ومنذ القرن 19م بدأ الاهتمام الجاد بدراسة الصدمة، فظهر علماء ساهموا في تقدم البحوث حول هذا البحوث، وفيما يلي أهم رواد الصدمة:

-PINEL: جمع سنة 1808 في تصنيفه الفلسفي ملاحظات حول المصدومين بسبب الثورة والإمبراطورية، وقام بتقسيم هذه الاضطرابات، ووصف عصابات الدموية وعصابات التنفس، مؤكداً على البعد العصبي الإعاشي، وشدة القلق الاستجابي²⁹.

-OPPENHEIM: وهو طبيب الأمراض النفسية العصبية ألماني الجنسية، وهو أول من أطلق مصطلح "العصاب الصدمي" على إثر حوادث القطارات سنة 1888³⁰، حيث وصف اضطرابات لدى مسافرين لم يتعرضوا لإصابات جسدية ويغلب على هذه الاضطرابات

²⁵ ملحمة كلكاش، ترجمة، طه باقر، الجزائر، موفم للنشر، 1995، ص65.

²⁶ ملحمة كلكاش، ص67.

²⁷ المرجع نفسه، ص69.

²⁸ LEBIGOT F, **La clinique de le névrose traumatique dans son rapport à l'évènement**, Revue Sress & trauma, 2000, vol01,n01, France,p22.

²⁹ JEHEL L, LOPEZ G et al, **Psychotraumatologie :Evaluation, clinique, traitements**,pxx

³⁰ CROCQ L, DALLIGAND D et al, **Traumatismes Psychiques**, p36.

إعادة معايشة الحدث وما يصحبها من عناصر إعاشية عصبية، تبدل انفعالي، تكوين خواف السكك الحديدية، وكانت مقاربتة تؤكد على الارتجاج الميكانيكي للدماغ³¹

KRAEPELIN- وصف هذا العالم سنة 1896 اضطرابا عقليا سماه "عصاب الفزع" (Fright neurosis) ويتميز بالعديد من الظواهر العصبية والنفسية ناتجة عن تزايد خطير في الانفعالات المرتبطة بذعر فجائي، ويلاحظ ذلك بعد الحوادث والإصابات الخطيرة مثل الحرائق واصطدام القطارات³²، وأكّد على أنه ليس بالضرورة أن يكون الفرد موجودا مباشرة في خضم الحادث، ولكن قد يكفي أن يكون شاهداً للحادث كي يصاب [بالصدمة]³³

P.JANET: وهو فيلسوف وعالم نفسي فرنسي، أهم اكتشاف له هو التفكك وعلاقته بالخبرات الصدمية، طور نظرية الفيلسوف P.M DE BIRON التي ترى أن تحت الشعور توجد حياة لاشعورية تتمظهر من خلال النوم أو من خلال السير أثناء النوم SOMNAMBULISM ، لكنه استعمل مصطلح ما قبل الشعور بدل اللاشعور لأن هذا الأخير له دلالة ميتافيزيقية.

يرى JANET أن النشاط ما قبل الشعوري يؤدي إلى "الآلية" سواء جزئية أو كاملة، ويعتقد أن الخبرات الانفعالية الحادة يمكنها أن تتفكك عن الشعور وتصير مثل المغناطيس حيث تنتظم حولها ظواهر نفسية أخرى، وتظهر من جديد خلال النوبات الهستيرية، وهكذا عرف أن حالة الرعب التي تعيشها مريضته خلال التنويم أثناء نوباتها هي تحديث للرعب الذي شعرت به في السادسة عشر من عمرها عندما رأت امرأة عجوز تموت على إثر سقوطها من السلم، فاكتشف بذلك "الفكرة الثابتة"؛ التي ترتبط بصدمات سابقة راسخة في ما قبل الشعور، وهذه الأفكار الثابتة تضم صوراً ذهنية مشبعة بشحنة انفعالية قوية جدا، وهي تستمر في الظهور من حين لآخر من خلال الأحلام، والنوبات التفككية مثل النوبات الهستيرية، وهذا ما نسميه في وقتنا الحالي flash-backs³⁴

S.FREUD- تعتبر الصدمة حسب فرويد العامل الأساسي والقوة المؤدية لنشأة العصابات³⁵، وفرّق بين العصاب الصدمي وعصاب النّقل (عصاب الهستيريا، عصاب الوسواس القهري، وعصاب الخواف) ويرى أن "الجدول العيادي للعصاب الصدمي يقترب من نظيره الخاص بالهستيريا من حيث ثراء الأعراض الحركية المتشابهة، لكنه يتجاوزه من حيث علاماته المتبدية في المعاناة الذاتية وعلامات الضعف والاختلال التي تصيب الوظائف النفسية

³¹ JEHEL L, LOPEZ G et al, ibid, pxx.

³² VASTERLING J, BREWIN CR, ibid, p05.

³³ LEBIGOT F, **Le traumatisme psychique**, Bruxelles, communauté française de Belgique, 2006, p05.

³⁴ KEDIA M, SEGUIN AS, **Psychotraumatologie**, Paris, DUNOD, 2008, p11-12.

³⁵ DAYON M, **Trauma et devenir psychique**, France, Presses Universitaires de France, 1995, p11.

عموماً³⁶. ويؤكد Freud على أن العنصرين اللذين يلعبان دوراً أساسياً في ظهور العصاب الصدمي هما: عامل المفاجأة، وعامل "الرعب الذي يدل على الحالة التي تحدث لنا عندما نجد أنفسنا في وضعيّة خطيرة دون أن نستعدّ لها"³⁷، ويفسّر إبحاح التجربة الصدمية على الرجوع حتى في نوم المريض على أن ذلك دليل على قوة التأثير الذي ولّدته تلك التجربة، حيث يصير المريض مثبّتاً نفسياً في الصدمة³⁸

S.FERENCZI: ركّز على دراسة الصدمة لدى الطفل، وتحدّث عن ميكانيزم الاستدخال، الذي يمثل سيرورة أساسية في النمو النفسي للطفل خلال علاقته بهواماته. ووصف FERENCZI ميكانيزم التماهي بالمعتدي في التناذر الصدمي من خلال استدخاله مشاعر الذنب للراشد، وهو مفهوم أساسي في وصف الظاهرة الصدمية عندما يفقد الطفل (المنشطر إلى بريء ومذنب) الثقة في حواسه، وهكذا فإن الطفل -الذي يبرز تحت وطأة الخوف دون دفاعات - يكون مجبراً على الخضوع ألياً لإرادة المعتدي ولرغباته، كما يكون مجبراً على طاعة المعتدي ناسياً نفسه تماماً ومتماهياً تماماً بالمعتدي، وبالتالي فالمعتدي -كحقيقة خارجية- يختفي ويصير حقيقة داخلية ويمارس شعوراً كبيراً بالذنب لدى الطفل³⁹.

J.LACAN: يرى أن ما يسبب الصدمة فعلاً هو المواجهة الفجائية مع واقع الموت، ففي الحياة اليومية لا نتواجه ولا نتعامل مع واقع العالم مباشرة بل مع حقيقته التي نكوّنها منذ مرحلة الإدراك من خلال تحريفات ناتجة عن رموزنا ولغتنا وتصوراتنا الذهنية وثقافتنا، وباختصار، من خلال دوالنا المحرّفة، وعندما يقع حدث عنيف فإنه يضعنا فجأة ومباشرة مع واقع الموت دون أن يكون لدينا الوقت أو الإمكانية لنضع أمام هذا الإدراك ستاراً يحمي نظامنا الدال، وعندها تقع تجربة الذعر الأساسي واستشعار الموت ذاته أو التحطم الكلي أو الفناء ويصحبه معاشاته العيادية مع حدوث أخطاء في الكلام والتفكير⁴⁰

كان هؤلاء أهم الرواد الذين درسوا الصدمة والعصاب الصدمي خلال القرن 19م وفي النصف الأول من القرن 20، حيث نلاحظ أن أميركا لم تلعب دوراً هاماً بل كانت متأخرة في هذا المجال إلا أن تورّطها في حرب الفيتنام جعلها تفتتح على مجال الصدمة، وبعد سنوات صارت رائدة. وفيما يلي نستعرض أهم مراحل ظهور PTSD ثم تطويره.

³⁶ FREUD S, **Au-delà du principe de plaisir**,(1920).In : Essais de psychanalyse,tradui, BOURGUIGNON, A,ALTOUNIANT et al, France, Petite Bibliothèque Payot, 2001,p55.

³⁷ FREUD S, **Au-delà du principe de plaisir**, p56.

³⁸ OP.CIT, p(56-57)

³⁹ KEDIA M, SEGUIN AS, Psychotraumatologie,P17.

⁴⁰ CROCQ L, DALLIGAND L et at, IBID, 10.

5- مراحل ظهور PTSD وتطوره:

رغم الملاحظات العيادية التي سجّلها الأطباء النفسيون الأمريكيون خلال الحرب العالمية الأولى، والحرب العالمية الثانية إلا أن اضطراب PTSD لم يدرج في DSM-I (1952-1968) أو في DSM-II (1968-1980) حيث تضمن DSM-I -مثلما ذكر العالمان D.NUTT و M.STEIN - مجموعة تسمى "استجابة الضغط الجسيم" (GROSS STRESS REACTION) والتي تدوم على الأقل شهرين، ونتيجة ذلك فإن دلالة هذه الاستجابات الأصلية نحو عوامل ضاغطة قوية صارت مؤقتة وبالتالي فإن امتداد المرض [النفسي] يعكس اضطرابات أساسية أكبر، فالأشخاص الذين يظلّ لديهم [الاضطراب] مزمنًا بعد التعرض لحدث صدمي إنما يعبر ذلك بصورة أساسية عن وجود اضطراب آخر أحدثه الحدث الصدمي ولذلك ألغى DSM-II "استجابة الضغط الجسيم" برّمته ولم يقدم بديلاً خاصاً بالاستجابات نحو العوامل الضاغطة الكبرى.

وتم إدخال PTSD في DSM-III (1980) بعد فهم التأثير النفسي العميق لحرب الفيتنام⁴¹ وتحت ضغط الجمعيات النسوية ودعاة السلام⁴²

كان اضطراب PTSD يعتبر آنذاك اضطراباً خاصاً بالراشد ولا يمس الطفل والمراهق⁴³ إلا أنه تم الاعتراف بأن هذا الاضطراب يصيب هذه الفئة في (DSM-III-TR) 1987.

وتطوّر تشخيص PTSD إلى أن اكتملت صورته ومعاييرها في DSM-IV (1994) ؛ ففي 1987 (DSM-III-TR) تم اقتراح 4 معايير لتشخيص PTSD وهي:

(A): معايشة حدث خارج الخبرة المعتادة؛ "أن يخبر الفرد حدثاً غير عادي يؤدي إلى الضيق لدى أغلب الأفراد، مثلاً تهديد قوي للحياة، أو للتكامل الجسدي للفرد، خطر أو سوء يهدد الأبناء أو الزوج (ة) أو الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء، تهدم المنزل، اكتشاف إصابة خطيرة لشخص ما، أو موت شخص في حادث أو على إثر اعتداء بدني"⁴⁴.

(B) إعادة معايشة الحدث في شكل Flashbacks...

(C) تجنّب قوي للعناصر المرتبطة بالحدث أو الشعور بالتبدّل الانفعالي.

(D) وجود علامات فرط النشاط العصبي الإعاشي.

⁴¹ NUTT DJ, STEIN MB et al, **Post Traumatic Stress Disorder : Diagnosis, management and treatment**, UK, (2nd ed), informa Healthcare, 2009,p03

⁴² JEHEL L, LOPEZ G et al, IBID,p201.

⁴³ KEDIA M, SEGUIN AS,IBID,p27

⁴⁴ COTTRAUX J, **Les thérapies cognitive**, Paris, RETZ, 1992, p190.

وفي 1994 احتفظ (DSM-IV) بالمعايير (B,C,D) كما في السابق، لكنه أحدث تغييرين أساسيين:

1- غير المعيار (A): خصائص الحدث الصدمي.

أ- وضع حياة الفرد أو تكامله الجسدي في خطر.

ب- الحدث يسبب للفرد الخوف الشديد، الشعور بالعجز أو الرعب، فهذا التغيير ترك مجالاً للتقييم الذاتي.

2- خلق تشخيصاً آخر، وهو "اضطراب الضغط الحاد" (Acute Stress Disorder)، وهو مجموعة الأعراض التي تظهر خلال الشهر الأول من الحدث الصدمي، ويتميز عن PTSD بشدة العنصر التفككي وقوته، إذن لا يمكن تشخيص PTSD قبل مرور شهر من وقوع الحدث الصدمي.⁴⁵

يعتبر الفرنكوفونيون أن إقرار DSM-III ومن بعده DSM-IV باضطراب PTSD كوحدة تشخيصية أعاد انتعاش العصاب الصدمي من جديد لأن الابتعاد عن الحروب ساهم في اختفائه من التصنيفات الأوروبية⁴⁶

ومنذ 1980 تزايد عدد البحوث والدراسات حول PTSD وصارت معرفتنا بهذا الاضطراب أكبر وأغزر ليس فقط من حيث ماهيته أو أسبابه وإنما من حيث طرق علاجه أو على الأقل التخفيف من أعراضه.

6- الانتقادات الموجهة لمصطلح PTSD:

لاقى مصطلح PTSD انتقادات كثيرة، نلخص بعضها في النقاط التالية:

الانتقاد 1: استعمال مصطلح "الضغط" (Stress) للتعبير عن "صدمة نفسية" (Trauma)

يعتقد الفرنكوفونيون⁴⁷ أن DSM ارتكب خطأ كبيراً حين استعمل مصطلح الضغط للتعبير عن أعراض صدمية، باعتبار أن الضغط -حسب SELYE- "هو استجابة فيزيولوجية

⁴⁵ BRILLON P, Comment aider les victimes souffrant de stress post traumatique, Canada, Quebecor, 2004,p(38-38)

⁴⁶ CROCQ L, Le syndrome de repetition dans les névroses traumatiques:ses variations cliniques, sa signification, REVUE Perspectives Psychiatriques,(1992) , n32, France,p59 .In :CROCQ L, VITRY M, Dossier documentaire : Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme, (Séminaire de formation des formateurs), Institut Pasteur, Sidi Fradj, 19-22 nov2000.

⁴⁷ الفرنكوفونيون حسب L.CROCQ هم كُتّاب من بلجيكا، وسويسرا، وفرنسا، وهولندا، عارضوا مصطلح PTSD بكل نظرياته وتغنوا المفهوم النفسوباتولوجي للصدمة مقابل المفهوم البيوفيزيولوجي للضغط وهم يدافعون عن التقاليد العيادية الأوروبية.

للعضوية الخاضعة لاعتداء، مهما كانت طبيعته" ⁴⁸، كما يؤكد L.CROCQ أن الضغط هو مفهوم بيوفيزيولوجي مخصّص لوصف ما يحدث داخل العضوية عندما يخضع الفرد إلى اعتداء أو تهديد، وهو يمثل استجابة آنية وعابرة ⁴⁹، بينما تكون الصدمة مستمرة، فالفرنكوفونيون يرون أن الضغط والصدمة ينتميان إلى سجلين مستقلين؛ الضغط بيولوجي عصبي فيزيولوجي، والصدمة سجل نفسي ⁵⁰.

التعليق:

- يرى الفرنكوفونيون أن استعمال DSM كلمة STRESS للتعبير عن الصدمة خطأ كبير لأن STRESS هو استجابة بيوفيزيولوجية عصبية لاعتداء خارجي، وتكون مؤقتة، وتعمل على حماية العضوية وهذا بناء على تعريف H.SELYE للضغط إلا أننا نأخذ على حجتهم التي يستندون عليها مايلي:

1- إن مصطلح الصدمة مثار جدل واختلاف كبيرين بين العلماء فالبعض يراها الحدث المفاجئ العنيف الذي يتسبب في حدوث اختلالات نفسية عميقة، والبعض يراها الاستجابة النفسوفيزيولوجية لحدث ذي خصائص معينة، إذن مصطلح الصدمة هو أيضا غامض ولا يمكن تبنيه ببساطة.

2- إنّ تعريف H.SELYE للضغط المدرج أعلاه ليس التعريف الوحيد الذي قدمه هذا العالم، فقد عمل على تطوير نظريته فأتسع مفهوم الضغط وكثرت دلالاته حيث تحدّث بعد سنوات عن EUSTRESS وهي استجابة الضغط على إثر حدث سار، و DISTRESS استجابة الضغط على إثر حدث مؤلم.

كما قام H.SELYE بتصنيف آخر حيث تحدّث عن نوع من الضغط يكون منخفض الشدة طويل المدة، وهو ضغوط الحياة اليومية، فبالإضافة إلى الضغط الذي يستجيب فيه الفرد إلى اعتداء شديد وموجز هناك ضغوط يستجيب فيها الفرد إلى اعتداءات صغيرة وطويلة المدى (ضجيج، إضاءة قوية، نقص النوم والراحة،...).

في سنة 1982 قدم تعريفه للضغط "الضغط هو استجابة غير خاصة للعضوية لأي طلب سواء كان نفسيا أو عضويا" ⁵¹

⁴⁸ CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid,p04.

⁴⁹ DE CLERCQ M, LEBIGOT F et al, **Les traumatismes psychiques**, Paris, MASSON, 2001, p04.

⁵⁰ CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid,p12.

⁵¹ JOLLY A, **Stress et Traumatisme :Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence**, (Thèse de Doctorat), Université de REIMS, France, 2002, p56

إذن نلاحظ أن تعريف الضغط حسب هذا العالم –والذي يستند إليه الفرנקوفونيون- غير محدد وغير ثابت.

2- لم يكن H.SELYE هو العالم الوحيد الذي تناول موضوع الضغط فقد بنى علماء آخرون نظريات حول الضغط وبخلفيات بعيدة عن النظرية البيولوجية لـ H.SELYE وفيما يلي بعض هذه التعريفات:

أ- حسب FERTIN & BIGRAS: "الضغط هو اختلال التوازن بين متطلبات وضعية الاعتياد وقدرات الفرد على مواجهتها"⁵² فهذا التعريف يمكنه أن ينطبق على حالة الفرد الذي يعاني من أعراض PTSD.

ب- حسب LAZARUS & FOLKMAN: "الضغط هو تسوية (Transaction) خاصة بين الفرد ووضعية يقيّمها على أنها تتجاوز قدراته، وتضع راحته في خطر"⁵³

أعطى هذا التعريف أهمية للبعد المعرفي المتمثل في تقييم الوضعية على أنها تتجاوز قدرات الفرد على التكيف وتضع راحته في خطر، وهذا ما يذكرنا بقول FREUD: "إن المدة الموجزة جدا للحدث الصدمي لا تمنعنا من التفكير السريع ومحاولة فعل شيء، فما هو صدمي فعلاً ليس غياب التحضير النفسي وإنما ملاحظة الفرد ألياً أنه لا جدوى من القيام بأي جهد، وأنه من المستحيل القيام بأي تصرف فعّال"⁵⁴

ج - حسب BAUM (1990): "الضغط هو خبرة انفعالية سلبية ترافقها تغييرات بيوكيميائية، فيزيولوجية وسلوكية"⁵⁵

د- استعمل الطبيبان النفسيان الأمريكيان R.GRINKER & J.SPIEGEL سنة 1945 مصطلح الضغط في مؤلفهما (Men under stress) للدلالة على الحالة النفسية للجنود الذين

⁵² ANAUT M, **La résilience: Surmonter les traumatismes**, France, NATHAN, 2003, p17.

⁵³ BRUCHON-SCHWEITZER M, **Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress**, Revue Soins infirmiers, Dec 2001, n67, BORDEAUX, p68.

http://catalogue.iugm.qc.ca/geidefile/coping.pdf?archive:194294691247&file=coping_pdf

⁵⁴ DAYON M, **Trauma et devenir psychique**, p24.

⁵⁵ VAN DER KOLK B, MCFARLANE AC et al, **Traumatic Stress: The effects of overwhelming of experience of mind, body and society**, New York, Guilford Press, 1996, p... (December 2010)

http://books.google.fr/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PA47&dq=ptsd&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=ptsd&f=false

يعانون من انفعالات المعركة والذين تطوّر لديهم نتيجة ذلك اضطرابات عقلية حادة أو مزمنة⁵⁶

- بناء على التراث العلمي فإن الضغط قد يخص أحداثاً تعمل كعناصر خارجية ضاغطة، وقد يمثل رد فعل العضوية التي تحاول الاستجابة لتأثيرات خارجية ضاغطة وقد يرجع الضغط أيضاً لحالة عدم التوازن التي يجد الفرد فيها نفسه⁵⁷

إذن نلاحظ أن الضغط يتخذ معانٍ كثيرة، ولا يقتصر على الاستجابة البيوفيزيولوجية للعضوية إزاء وضعية اعتداء، كما أن هذا المصطلح معروف بأنه غامض لدى مختلف العلماء، وبناء عليه لا يمكن التمسك بتعريف معين للضغط والإصرار على أنه التعريف الوحيد ومن ثمّ نفدّ وجهات نظر الآخرين المنطلقة من تعاريف أخرى للضغط قائمة على نظريات مغايرة.

3- لنفترض أن تعريف الضغط هو التعريف الذي قدمه H.SELYE (استجابة فيزيولوجية للعضوية الخاضعة لاعتداء، مهما كانت طبيعة هذا الاعتداء): فإذا تعرّض فرد إلى وضعية مفاجئة ومهددة وغير متوقعة (حدث صدمي)، ألا يمكن أن نقول أن استجابة الفرد الآنية (زيادة ضربات القلب، التعرق الشديد، ارتفاع نسبة السكر في الدم،...) عبارة عن Stress؟؟.

وفي وقت لاحق، عندما يستحضر الفرد في (تقّحم) ذهنه أفكار وصور مرتبطة بذلك الحدث (الصدمي) فإنه يُظهر نفس الاستجابة البيوفيزيولوجية العنيفة، ألا يمكننا أن نقول أن هذا أيضاً ضغط حسب H.SELYE حيث العامل الضاغط يتمثل في صور أو أفكار اقتحامية مهددة وتمثل اعتداءً.

2- الانتقاد الثاني: كلمة "ما بعد الصدمي" (Post traumatic) تسمية خاطئة:

يعتقد C.BARROIS أن تسمية PTSD تتضمن 4 إلى 5 أخطاء منطقية، من بينها تسمية "ما بعد الصدمي"، حيث يرى أنه من خلال كلمة ما بعد الصدمي [والتي تعني حرفياً الصدمي فيما بعد] يتم إدراج مفهوم الزمنية الخطية، إذ يبدو أن مصطلح "ما بعد الصدمي" يُدخل الجانب الخطي وهذا ما لم يتمّ التعرف عليه في العيادة. ومن جهة أخرى فإن هذه الخطئية [التتابع] تُدخل نوعاً من خارجية الصدمة عن الفرد [تموضع خارجي للصدمة بالنسبة للفرد] في حين نجد أن الصدمي (Traumatic) هو ما يحدث في الداخل [داخل الفرد]. حسب C.BARROIS فالصدمة -الصدمة الحقيقية- هي جحيم الذكريات نفسها، الصدمة هي شيء

⁵⁶ CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid, p08

⁵⁷ ANAUT M, La résilience: Surmonter les traumatismes,p17.

داخلي ويجب تمييزها عن حدث صادم، وعن وضعية صادمة بنفس الطريقة التي نميز بها بين العامل الضاغط والضغط باعتباره استجابة العضوية حسب سيلبي⁵⁸

3- الانتقاد الثالث:

يعتقد الفرנקوفونيون أن مصطلح PTSD جاء بديلاً للعصاب الصدمي⁵⁹، وقد أعرض DSM عن استعماله زعماً أنه لا يقوم على أي نظرية وأن مصطلح العصاب الصدمي ذو دلالة تحليلية نفسية⁶⁰ كما يعتقدون أن إعراض DSM عن التحليل النفسي جعله يتبنى الموقف البيوفيزيولوجي وبالتالي هو غير محايد.

تعليق:

أ- إن مصطلح "العصاب الصدمي" في أساسه ليس مصطلحاً تحليلياً نفسياً، فقد ظهر على يد طبيب الأمراض النفسية العصبية H.OPPENHEIM سنة 1888، وهذا العالم ذو اتجاه عضوي، واستعمل FREUD وأنصاره هذا المصطلح بعد سنوات.

ب- لم يكن العصاب الصدمي المصطلح الوحيد السائد في مجال الصدمات والأحداث الصدمية، خاصة الحروب، فقد وجدت مصطلحات كثيرة قريبة من معناه ومرتبطة أساساً بالحروب ومنها: "صدمة القذائف (Shell shock) وهو مصطلح ظهر خلال الحرب العالمية الأولى"⁶¹، عصاب الحرب (war neurosis)⁶²، كما استُبدل مفهوم العصاب بـ"تناذر الإنهاك خلال الحرب العالمية الثانية؛ وهذا التناذر ناتج عن الإجهادات التي يتعرض لها المحاربون، فمن خلال مقاومتهم المضاعفة للعدو ولتعبهم المضني فإنهم يدفعون قواهم إلى نقطة التمزق (Break down) الخاصة بكل محارب"⁶³. وبعد نهاية الحرب العالمية الثانية ظهر لدى الناجين من معتقلات التعذيب تناذر يدعى حسب TARGOWLA (1948) تناذر المعتقلين، ويتميز بالتذكر الانفعالي المفرط واختلالات وظيفية قلبية هضمية، كما يتميز هذا

⁵⁸ BARROIS C, *Le traumatisme et l'effroi*, Le séminaire « Psychiatrie, psychothérapie et culture(s) », 1993-1994. <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?rubrique16> (juin2010)

⁵⁹ CROCQ L, *Critique du concept d'état de stress post traumatique*, Revue Perspectives Psychiatriques,(dec1996), vol35,n05, France, p363.In : In :CROCQ L, VITRY M, Dossier documentaire : Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme, (Séminaire de formation des formateurs), Institut Pasteur, Sidi Fradj, 19-22 nov2000.

⁶⁰ JEHEL L, LOPEZ G et al, IBID, pxxiv

⁶¹ NUTT DJ, STEIN MB et al, **Post Traumatic Stress Disorder : Diagnosis, management and treatment,p03.**

⁶² BOUDARENE M, *Le stress entre bien-etre et souffrance*, Alger, BertiEDITION,2005, p123.

⁶³ JEHEL L, LOPEZ G et al, IBID,Pxxii.

التناذر بأنه يجمع بين الشعور بالذنب للبقاء على قيد الحياة واتخاذ موقف الانسحاب الصامت، وعجز عن التعبير عما لا يمكن قوله⁶⁴.

إذن، نلاحظ أن مصطلح العصاب الصدمي كانت تنافسه مصطلحات أخرى قريبة من معناه وهذا يعني أن كتاب DSM كانت أمامهم عدة خيارات، وبالتالي عدم تبنيهم مصطلح العصاب الصدمي لا يدل بالضرورة على أنهم يرفضون التحليل النفسي بعينه، ولا ننسى أن مصطلح العصاب الصدمي قد اختلف من التصنيفات الكلاسيكية الأوروبية بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية.

والخلاصة التي نخرج بها هي:

- يتضمّن مصطلح PTSD عدة أخطاء وعيوب كانت ومازالت مثار جدل.

- رغم الانتقادات الموجهة لهذا المصطلح إلا أن ذلك لم يمنع من انتشاره في مختلف الدول من العالم.

7- معايير تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) حسب DSM-IV:

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة [309.81].F43

(A/أ) خبر الشخص حدثاً يتوفر فيه العنصران الآتيان:

1- عايش الفرد أو كان شاهداً، أو واجه حدثاً أو عدة أحداث، كان من الممكن أن تؤدي بحياته أو تؤدي بحياة أشخاص آخرين أو أن يصابوا بإصابات خطيرة أو أنهم مهّدون بالموت، أو بإصابة خطيرة، أو أن يكون تكامله الجسدي أو تكامل الآخرين مهّداً.

2- تكون استجابة الفرد للحدث في شكل خوف شديد، أو شعور بالعجز، أو رعب.

ملاحظة: يمكن أن تُستبدل هذه التظاهرات -بالنسبة للأطفال- بسلوك غير منتظم.

(B/ب) تتم إعادة معايشة الحدث -باستمرار- بإحدى (أو عدة) الطرق التالية:

1- ذكريات مرتبطة بالحدث متكررة واقتحامية وتولّد شعوراً بالضيق، وهي تضمّ صوراً أو أفكاراً أو إدراكات.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال الصغار يمكن أن يظهر لديهم اللعب التكراري وهو يعبر عن مواضيع الصدمة أو مظاهرها.

2- أحلام متكررة حول الحدث وتولد شعوراً بالضيق.

⁶⁴ OP.CIT,Pxxiii.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال يمكن أن تكون لديهم أحلام مفرجة دون أن يُعرف محتواها.

3- انطباع أو تصرفات مفاجئة "كما لو أن" الحدث الصدمي سيعاود الوقوع (هذا يتضمن شعور إعادة الحدث، توهمات (Illusions)، هلاوس ونوبات تفككية، Flash-backs، بالإضافة إلى تلك التي تقع خلال اليقظة أو خلال التسمم).

ملاحظة: قد تظهر لدى الأطفال الصغار إعادة تركيب خاصة بالصدمة.

4- شعور بالضيق النفسي الشديد أثناء التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تستدعي أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي المسبب للصدمة.

5- استجابة فيزيولوجية أثناء التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تستدعي أو تشبه أحد مظاهر الحدث الصدمي المسبب للصدمة.

(C/ج) تجنب مستمر لمثيرات مرتبطة بالصدمة، وتبذل الاستجابة العامة (لم يكن موجودا قبل الصدمة)، ويُستشهد على ذلك وجود على الأقل ثلاث من التظاهرات التالية:

1- جهود لتجنب الأفكار والمشاعر أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.

2- بذل جهود لتجنب النشاطات أو الأماكن أو الأشخاص الذين يوقظون ذكريات الصدمة.

3- عجز عن تذكر مظهر مهم من الصدمة [الحدث الصدمي].

4- نقص كبير في الاهتمام بالنشاطات المهمة أو نقص في المشاركة فيها.

5- شعور بالانفصال عن الآخرين، أو بأنه صار غريبا عن الآخرين.

6- انحسار العواطف (Affects) (مثلا عجز الفرد عن استشعار مشاعر الحنان).

7- الشعور بأن المستقبل قاتم (مثلا يعتقد أنه لن يحصل على عمل، ولن يتزوج، ولن ينجب أطفالا، أو أن يكون مسار حياته عادياً).

(D/د) وجود الأعراض المستمرة يترجم نشاطا عصبيا إعاشيا (لم يكن موجودا قبل الصدمة)، ويستشهد على ذلك وجود -على الأقل- اثنين من التظاهرات التالية:

1- صعوبة النوم أو نوم متقطع.

2- قابلية الهيجان أو الغضب.

3- صعوبة التركيز.

4- فرط اليقظة.

5- استجابة الإجهال المفرطة.

(E/ه) يستمر هذا الاختلال (أعراض المعايير ب، ج، د) أكثر من شهر.

(F/و) يؤدي الاختلال إلى معاناة دالة عيادياً، أو إلى تدهور الأداء الاجتماعي أو المهني، أو تدهور في المجالات الهامة الأخرى.

حدّد: حاد: إذا كانت مدة هذه الأعراض أقل من 3 أشهر.

مزمن: إذا كانت مدة هذه الأعراض 3 أشهر فما فوق.

حدّد: ظهور مؤجّل: إذا ظهرت بداية الأعراض على الأقل بعد 6 أشهر من وقوع العامل الضاغط.⁶⁵

وُجّه لـ DSM-IV -بناء على المعايير التشخيصية الخاصة بـ PTSD- انتقادات كثيرة منها:

1- الصرامة في المعايير، والاختيار العشوائي لعدد الأعراض اللازمة للتشخيص⁶⁶

2- حدد DSM-IV-TR ظهور مؤجل (PTSD مؤجل): عندما تبدأ الأعراض في الظهور بعد مرور ستة أشهر على الأقل من وقوع العامل الضاغط، تبدو هنا الحدود عشوائية، فلماذا حدد بالضبط 6 أشهر بعد وقوع الحدث الصدمي للحديث عن PTSD مؤجل؟ فهذا يدل على أن الأمريكيين حسب L.CROCQ لم يعرفوا "فترة الكمون" وقد أثبتت التجربة أننا لا نستطيع تحديد مدة ثابتة لفترة الكمون⁶⁷

8- الأحداث الصدمية وانتشار PTSD:

يؤكد DSM-IV-TR على أن PTSD يحدث على إثر التعرض لحدث تتوفر فيه الخاصيتين المذكورتين أعلاه. وسنستعرض فيما يلي بعض الأحداث الصدمية، بعض الأمثلة عن الأحداث الصدمية ونسبة انتشار PTSD.

⁶⁵ American Psychiatric Association, **Mini DSM-IV-TR :Critères diagnostiques** (Washington DC,2000).Traduction française par GUELFY JD et al, PARIS,MASSON, 2004,p(215-218).

⁶⁶ BRILLON P, **Comment aider les victimes souffrant de stress post traumatique**,p39.

⁶⁷ CROCQ L , **Critique du concept d'état de stress post traumatique**, p374.

1-8- بعض الأحداث الصدمية:

*الحرائق: مثل كارثة MONT-BLANC بفرنسا في مارس 1999 حيث شبّ حريق في هذا النفق ولاقى 39 شخصا حتفهم حرقاً أو اختناقاً⁶⁸

* الإرهاب: حسب مصادر تابعة لوزارة الداخلية الجزائرية فإن الإرهابيين اغتصبوا 5000 فتاة في 1999.⁶⁹

*الحروب: مثل العدوان على غزة الذي دام 23 يوماً (27 ديسمبر 2008 إلى 19 جانفي 2009) حيث سقط أكثر من 230 شهيداً وأصيب 770 فلسطيني في اليوم الأول، وكانت الحصيلة النهائية لهذا العدوان:

قتل 1320 فرداً من بينهم 446 طفلاً، 100 امرأة، 108 مسنّاً.

إصابة 5320 آخرين من بينهم 1855 طفلاً، 795 امرأة.

4000 منزل هدمَ بأكمله، و16000 منزل تضرر نسبياً⁷⁰

دون أن ننسى أحداثاً صدمية أخرى مثل الأعاصير، الانهيارات الثلجية، القبض على الرهائن، والسطو المسلح.

2-8- أمثلة عن الأحداث الصدمية ونسب الإصابة بـPTSD:

*حوادث المرور: أقرت دراسة أجراها BLANCHARD سنة 1994 ظهور PTSD لدى 46% من ضحايا حوادث المرور، وظهور PTSD جزئي لدى 20% إضافيين⁷¹.

*السرطان: وجدت دراسات يابانية أن PTSD موجود لدى (3%-6%) من الراشحات اللواتي يعانون من سرطان الثدي في مرحلته المبكرة⁷²

⁶⁸ PRIETO N, L'expérience de la catastrophe du tunnel de Mont-Blanc, Revue STRESS & TRAUMA, 2000, vol01,n01,France,p45.

⁶⁹ BOUDARENE M, Le stress entre bien-etre et souffrance,p151.

⁷⁰ THABET A.A , ABUTAWHIN A et al, War on Gaza: Trauma, grief and PTSD in Palestinian children victims of war on Gaza.
http://www.gcmhp.net/File_files/AbstractMar2k9.pdf

⁷¹ COTE L, Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychologiques dans les réactions post traumatiques,Revue Santé Montale au Quebec, 1996, vol21,n01, Canada,p215.
<http://id.erudit.org/iderut/032388ar>

⁷² KATO N, KAWATA M et al, PTSD :Brain mechanisms and clinical implications, Japan,Springer,2006, p169

كما كشف M.STULIE عن وجود PTSD حاد لدى 12% من الأطفال المصابين بسرطان الدم، و40% من أمهاتهم، و33% من آباء هؤلاء الأطفال⁷³.

*العدوان على غزة: أظهرت دراسة أجراها A.A.THABET وزملاؤه في قطاع غزة، بمنطقة تعرضت للعدوان الإسرائيلي طيلة 23 يوماً، تضم العينة 374 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 06 و17 سنة، أن:

61.5% يظهرون استجابات PTSD حادة إلى حادة جداً.

7.2% يظهرون استجابات PTSD متوسطة⁷⁴.

* الدراسات الوبائية حول PTSD:

كانت أول دراسة وبائية كبرى أنجزت في الـو.م.أ على المجتمع العام باستعمال إجراءات تشخيصية مقننة حيث وجدت انتشار PTSD مدى الحياة بنسبة 0.5% لدى الرجال، و1.3% لدى النساء. وفي دراسة لنفس الجمعية بجامعة ديوك كانت نسب انتشار PTSD هي 0.5% في ستة أشهر، و1.3% على "مدى الحياة"

كانت أكبر دراسة وبائية مسجلة في إطار National comorbidity survey حيث أنجزت على عينة وطنية عددها 5877 فرداً وجدت أن انتشار PTSD مدى الحياة 7.8% (10.4% لدى النساء و5.4% لدى الرجال) في حين وجد في أوروبا أن انتشار الاضطرابات الصدمية في المجتمع العام أقل من انتشارها في أمريكا حيث تقدر بـ 1.9% حسب دراسة ESEMeD أجريت على مستوى ستة بلدان أوروبية⁷⁵

نلاحظ أن الإصابة بـ PTSD تختلف حسب طبيعة الحدث الصدمي، حسب المجتمع، وحسب التقنيات المستخدمة في الدراسة.

http://books.google.fr/books?id=FUOHCwnHFKUC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=o_MUTb_XDNC2hAfNpM24Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

⁷³ WINTGENS A, BOILEAU B, **Le penser et le dire autour du syndrome de stress post traumatique en pédopsychiatrie**, P.R.I.S.M, 1996, vol06,n03, , Canada,p407.

⁷⁴ THABET A.A , ABUTAWHIN A et al, **War on Gaza: Trauma, grief and PTSD in Palestinian children victims of war on Gaza.**

⁷⁵ VAIVA G, LEBIGOT F et al, **Psychotraumatisme ; prise en charge et traitement**, France, Masson, 2005,p10-11.

9- عوامل الإصابة بالـPTSD (عوامل المخاطرة) (Factors of risk):

إن ظهور أي باثولوجيا لا يعتمد على عامل واحد فقط بل توجد جملة من العوامل تسمى "عوامل المخاطرة"، "وفي علم النفس فإن عوامل المخاطرة هي جملة المتغيرات المرتبطة بظهور باثولوجيا ما أو عدم التكيف لاحقاً"⁷⁶.

ويمكننا تقسيم عوامل المخاطرة (أو الإصابة بـ PTSD على إثر حدث صدمي) إلى ثلاثة أنماط:

- عوامل مهينة: وهي عوامل موجودة قبل وقوع الحدث الصدمي.

- عوامل مفجرة: وهي تتعلق بخصائص الحدث الصدمي وبكل ما هو موجود أثناء الحدث الصدمي أي كل خصائص الحدث الصدمي واستجابات الفرد آنذاك.

- عوامل الاستمرارية: وهي جملة العوامل التي تقع بعد الحدث الصدمي وقد تساهم في استمرارية الأعراض أو في تلاشيها.

وسنتطرق بالتفصيل لكل نمط من العوامل:

9-1- عوامل مهينة:

* السن: يرى M. BOUDARENE أنه من الطبيعي أن تؤخذ خاصية السن بالحسبان فاحتمال التعرض لعدد كبير من الأحداث الصدمية لدى الشخص المسن أمر مفروغ منه، والدليل على ذلك هو انتشار عدد كبير من الأمراض السيكوسوماتية في هذه الشريحة من المجتمع⁷⁷.

وحسب KISSLER وزملائه (2005) فإن انتشار PTSD (مدى الحياة) يتزايد تدريجياً حسب السن: 6.3% لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (18-29) سنة.

8.2% لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (33-44)

9.2% لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (45-49) سنة.⁷⁸

⁷⁶ ANAUT M, Ibid,p23.

⁷⁷ BOUDARENE M,p27.

⁷⁸ GUAY S, MARCHAND A, **Les troubles liés aux évènements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitement**, Canada, Les Presses de l'Université de Montréal,2006,p38. (December 2010)

http://books.google.fr/books?id=NZILFUXQV4C&pg=PA83&dq=traumatic+stress+trauma&hl=fr&ei=sOAArFH5G1hAe9opG3Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=traumatic%20stress%20trauma&f=false

ويؤكد M. BOUDARENE على أن الفترة العمرية (40-50) هي فترة أساسية في الحياة، وهي فترة خاصة ذات قابلية كبيرة للانجراس⁷⁹

وقد أثبتت بعض المعطيات أن الضحايا الأصغر سناً أكثر عرضة لتطور PTSD من الضحايا الأكبر سناً، وهذا مهما كان نوع الصدمة⁸⁰

فالنتائج المتضاربة التي توصلت إليها دراسات تعني أن عامل السن قد يدخل في تطوير PTSD لكنه ليس حاسماً وهو يتعلق بعوامل أخرى.

* الجنس: تشير أغلب الدراسات أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بـ PTSD من الذكور⁸¹. وهذا يعني أن النساء أكثر هشاشة من الرجال.

* المستوى السوسيواقتصادي: وجدت دراسة BRESLAU أن انخفاض المستوى السوسيواقتصادي يشكل عاملاً قوياً ومؤثراً مقارنةً مع عناصر سوسيوديمغرافية أخرى مثل العرق، الوضع الزواجي، ومستوى التعليم...⁸²

* وجود درجات عالية من العصائية: (Neuroticism)

من بين الذين يتعرضون لأحداث صدمية، وُجد أن الذين لديهم درجات عالية من العصائية هم الأكثر عرضة للإصابة بـ PTSD إذ أن الوجود المسبق للاكتئاب الشديد (Major depression) والقلق يزيد من خطر الإصابة بـ PTSD على إثر التعرض لحدث صدمي⁸³

* وجود عوامل ضاغطة قبل وقوع الحدث الصدمي: مثل التوترات الزوجية، فقدان عمل، إنهاك مهني،... فهي عوامل تساهم في إضعاف المقاومة وآليات التكيف لدى الضحية⁸⁴

* الصدمات السابقة: مثل التعرض لتحرش جنسي أو موت أحد الوالدين أو العنف الأسري أو زنى المحارم، وخاصة إذا وقعت في سن مبكرة. حيث تدل البحوث على أن الأفراد المصابين بـ PTSD يزيد لديهم احتمال أن يكونوا خبروا في طفولتهم الفقر، ولديهم تاريخ

⁷⁹ BOUDARENE M, p27.

⁸⁰ BRILLON P, Ibid, p93.

⁸¹ YEHUDA R, **Psychological Trauma**, Review of Psychiatry,1998,vol17,USA,American Psychiatric Press,p19 (june2010)
(june2010).<http://books.google.com/books?id=kepsw8jpvkic&printsec=frontcover&dq=ptsd&lr=fr&cd=46#v=onepage&q=ptsd&f=false>

⁸² VAIVA G, LEBIGOT F et al, **Psychotraumatismes :Prise en charge et traitements**, p13.

⁸³ YEHUDA R,Psychological trauma,p19.

⁸⁴ BRILLON P, Ibid,p88.

عائلي من الأمراض العقلية، وطلاق الوالدين أو انفصالهما قبل سن العاشرة والتعرض لتحرش جنسي.

وقد حدّد تحليل 77 دراسة منشورة ما بين (1980-2000) 14 عاملاً للإصابة بـ PTSD ووجد أن العوامل الموحّدة تتمثّل في: وجود تاريخ من المرض العقلي لدى الفرد أو لدى عائلته، التعرض لتحرش جنسي في الطفولة. وهذا بغض النظر عن مجتمع الدراسة أو الطرق المستخدمة في الدراسة⁸⁵.

* نمط الإسناد: ونعني به "الطريقة المعتادة التي نسند بها مسؤولية أو تفسير ما يحدث لنا أو في إعطائه معنى، فنمط الإسناد الخارجي يدل على أن الفرد يعتبر أن الأحداث تقع عموماً نتيجة الصدفة أو الحتمية، وأننا لا نستطيع فعل أي شيء إزاء ما يحدث لنا"⁸⁶ إذ أن الفرد لديه ميل عام لاعتبار العوامل الخارجية مسؤولة على ما يحدث لنا في حياتنا (الآخرين، الأشياء، القدر، الصدفة، المجتمع) ويقابل ذلك نمط الإسناد الداخلي: ويدل على ميل عام للفرد لاعتبار أنه مسؤول على ما وقع له من أحداث (سلوكاته، سمات شخصيته،...) وقد وجدت البحوث أن الأفراد الذين يميلون إلى إسناد مسؤولية الأحداث السلبية إلى أنفسهم، ويسندون الأحداث الإيجابية إلى عوامل خارجية هم الأكثر احتمالاً لأن يطوروا أعراض PTSD بالمقارنة مع آخرين تعرضوا لنفس الحدث لكن نمط إسنادهم مختلف عنهم⁸⁷.

* مكان الضبط (Locus of control): وهو مفهوم جاء به RUTTER سنة 1966 وعرّفه بأنه: اعتقاد معمم لدى الفرد بأن وقوع الأحداث وما تؤول إليه يتعلق (أو لا يتعلق) بسلوكه. وهناك نوعان؛ مكان الضبط الداخلي: يدل على اعتقاد معمم بأن ما يحدث للفرد يتعلق به. أما مكان الضبط الخارجي: يدل على اعتقاد معمم لدى الفرد بأن الأحداث تعود أسبابها ومآلها إلى عوامل خارجية؛ الحظ، القدر، الصدفة...

ويرى KOBASA وآخرون أن مكان الضبط الداخلي هو أحد الخصائص الثلاثة لسمة الشخصية المسماة "الصلابة" (Hardiness) والذي يرتبط بمعنى التحكم الشخصي في الأحداث الضاغطة الحياتية، فهذه الخاصية [مكان الضبط الداخلي] بالإضافة إلى خاصية الالتزام (والذي يعني تحمل المسؤولية) وخاصية التحدي (الذي يعني المرونة في التكيف مع التغييرات غير المتوقعة) حيث يدرك الفرد تلك الأحداث على أنها تحديات وليست تهديدات،

⁸⁵ NUTT DJ, STEIN MB et al, Ibid,p20.

⁸⁶ BRUCHON-SCHWEITZER M, Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress,p73.

⁸⁷ BRILLON P, Ibid,p.91

تكوّن شخصية مقاومة للضغوط⁸⁸

9-2- عوامل مفجّرة:

وهي جملة العوامل المرتبطة بخصائص الحدث الصدمي والظروف المزامنة له وكذا باستجابات الفرد له آنذاك، ويمكننا أن ندرج هذه العوامل في العناصر التالية:

* طبيعة الصدمة (الحدث الصدمي): يرتبط الاغتصاب غالباً بتطوير PTSD لاحقاً فحوالي 50% من ضحايا الاغتصاب يطورون PTSD.⁸⁹ وهذا بغض النظر عن جنس الضحايا أو كيفية تصور الضحية للعالم أو الحياة، أو سمات شخصيتها⁹⁰

* شدّة الصدمة: هناك علاقة بين شدة الصدمة والاستجابة المرضية و[احتمال تطوير أعراض PTSD] فكلما كان الحدث الصدمي شديداً ومفاجئاً، وغير معتاد [كلما زاد احتمال تطوير أعراض PTSD]⁹¹

* التقدير الذاتي لخطورة الحدث: حيث يعتبر عنصراً هاماً جداً في تطوير PTSD فشدة التهديد المدرك تساهم في استجابة الخوف أو الرعب لدى الفرد، فقد وجدت بعض الدراسات أن التقدير الفردي لتهديد الحياة عامل تنبؤي لتطوير PTSD.⁹²

* نوع الحدث الصدمي (بينشخصي / طبيعي): إنّ التعرض لأحداث صدمية تتضمن هجومات عنيفة يزيد من احتمال الإصابة ب PTSD مقارنة مع التعرض لحوادث طبيعية⁹³؛ فخلال التعرض لحدث صدمي بينشخصي تشعر الضحية بقوة أنها تحت رحمة وسلطة كائن بشري آخر، كما تدرك أن هذا الحدث كان بالإمكان تجنبه ممّا يساهم في خلق استجابات من المرارة والثورة وعلى إثر ذلك تنقلب كل تصوّرات الضحية للطبيعة البشرية وللخير والشر، مما يساهم في تطور PTSD .

ومن جهة أخرى، خلال حدث صدمي بينشخصي تدرك الضحية أن المعتدي لا يشبهها؛ فهي تواجه العنف بالمعايير المبنية اجتماعياً والطابوهات الاجتماعية، وتحسّ أن القيم المعتادة التي تحدّد العلاقات بين الأفراد لم تعد تطبّق ويمكن أن يحدث أي شيء، كما تكتشف الضحية

⁸⁸ PAULHAN I, BOURGEOIS M, Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité,(2em ed),France, Presses Universitaires de France, 1998,p(32-33).

⁸⁹ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid, p50.

⁹⁰ BRILLON P, Ibid,p92

⁹¹ COTTRAUX J, Les thérapies cognitives, p192.

⁹² JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,51.

⁹³ YEHUDA R, Ibid,p19.

أنها غير قادرة على فهم المعتدي أو أن تتنبأ بما قد يفعله وأنها لم تعد مسيطرة على حياتها، فحدودها الخاصة وفضاؤها الحيوي تم اختراقهما، وهذا ما يخلق شعوراً هائلاً بالانجرافية⁹⁴

* التفكك: يرى D.SPIEGEL أن وجود اضطراب تفككي مبدئي [أثناء ومباشرة بعد وقوع الحدث الصدمي] مؤشر تنبؤي جيد للإصابة لاحقاً بـ PTSD.⁹⁵ وتشير الدراسات إلى أن التفكك يظهر أكثر لدى النساء⁹⁶.

9-3- عوامل استمرارية أو تلاشي PTSD:

هناك بعض العوامل التي بإمكانها أن تخفف أو تقاوم أعراض الصدمة، ومنها:

* الدعم الاجتماعي (Social Support): يضمّ الدعم الاجتماعي حسب STEPTOE 1991- ثلاث مكونات وهي:

- الحميمية الانفعالية والتعاطف؛ أي أن يعرف الفرد شخصاً أو عدة أشخاص يتحدث إليهم عن همومه في جو من التفهم.
- المساعدة المادية أو الخدماتية.

- تقديم المعلومات أو النصائح عبر -مثلاً- شخص مقتدر⁹⁷

كما أن الطريقة التي ينظر بها المجتمع للصدمة تؤثر على نقاهة الضحية، فمثلاً ضحايا الاغتصاب يعانون من أحكام سلبية جداً نحو هذا النوع من الاعتداء، وهذا الحكم الاجتماعي يؤدي إلى الكثير من الخجل والشعور بالذنب مما يفاقم من أعراض PTSD.⁹⁸

* عندما تتم معاشة حدث صدمي بصورة جماعية ويؤدي ذلك إلى التماسك والتكافل فإن الضحايا يشعرون بأن الآخرين يفهمونهم، وتكون لديهم أعراض صدمية قليلة مقارنة مع ضحايا في سياق اجتماعي مختلف.

* المتابعات القانونية والجنائية تشكل عموماً إحدى التجارب المؤلمة الإضافية بالنسبة للضحية.

⁹⁴ BRILLON P, Ibid,p(81-83).

⁹⁵ LOPEZ G, SEGUIN AS et al, **Les psychothérapies des victimes : le traitement multimodal du psychotraumatisme**, Paris, DUNOD, (s.d), p21.

⁹⁶ BRILLON P, Ibid,p85

⁹⁷ PAULHAN I, BOURGEOIS M, **Stress et Coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité**, p36.

⁹⁸ BRILLON P, Ibid,p(94-95)

* الآثار الجسدية المتبقية: تشكل أحد العناصر المسببة لتفاقم أو تعافي الأعراض ما بعد الصدمية، لأن الآثار يمكن رؤيتها، فالحدث ونتائجه السلبية يمكن استرجاعهما بسرعة في وعي الضحية.

* الأثر السلبي للصدمة على العلاقات الأسرية والزواجية أو الاجتماعية (طلاق، انفصام علاقة حب، صراعات عائلية، تفكك شبكة الأصدقاء) وهي كلها عوامل ضاغطة تضاف إلى الضغط الناجم عن الحدث. كما أن النتائج المهنية السلبية لأعراض ما بعد الصدمة مثل فقدان العمل على إثر نقص التركيز، ونقص الإنتاجية أو الغياب المتكرر كلها عوامل يمكن أن تفاقم الأعراض ما بعد الصدمية⁹⁹.

وخلاصة القول أن الإصابة بـ PTSD على إثر حدث صدمي ليست حتمية، ليست أبدية، وليست مسألة فردية / شخصية بل تتعلق بماضي الفرد وحاضره وبالمجتمع الذي يعيش فيه، وبالحدث الصدمي نفسه، ولذلك من الصعب جدا أن نتنبأ بمآل أعراض PTSD منذ ظهوره.

10- الاضطرابات المصاحبة لـ PTSD:

إن اضطراب PTSD غالبا ما تصاحبه اضطرابات سيكولوجية أخرى، إذ أثبتت بعض الدراسات أن نسبة الأفراد المصابين بـ PTSD والذين يعانون أيضا من اضطرابات أخرى (اضطرابات القلق، الاكتئاب، تعاطي المواد الخطيرة، والجسدية) بلغت 80% مقابل نسبة 35-50% لدى الأفراد الذين لا يعانون من PTSD ولديهم هذه الاضطرابات¹⁰⁰.

وهناك اضطرابات نفسية يمكنها أن تغطي على أعراض PTSD ، ويأتي في مقدمتها الاكتئاب، حيث وجد BRESLAU سنة 1991 أن 36.6% من الأشخاص الذين تعرّضوا لأحداث صدمية يصابون بالاكتئاب، ويأتي في المرتبة الثانية سلوك التعاطي (تعاطي المواد النفسية، والكحول) المرتبطة عادة بـ PTSD¹⁰¹.

فهذا الارتباط القوي بين تعاطي المواد النفسية و PTSD دفع بعض الفرنكوفونيين إلى وضع فرضية الطبيب الذاتي لأعراض PTSD بـ مواد نفسية نشيطة، فاستعمالها المتكرر الذي يقود الفرد إلى الإدمان يؤدي إلى اضطرابات سيكياترية تدفع بالفرد إلى الاستشارة الطبية أو حتى

⁹⁹ OP.CIT,p(94-98).

¹⁰⁰ JOLLY A, Evénements traumatiques et état de stress post traumatique : une revue de la littérature épidémiologique, Annales médico-psychologiques, 2000, vol158,n5, France, p16. (octobre 2010).

www.anne-jolly.com/publications/articles/annalesmedicopsy2000.pdf

¹⁰¹ GUAY S, MARCHAND A, Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitement, p07.

إلى دخوله المستشفى بصورة استعجالية، وهذا في إطار اكتئاب شديد أو بسبب المرور إلى الفعل الانتحاري. ويمكننا اعتبار سيرورات الإدمان كأساليب لتعديل التوازن النفسي للفرد، وهي محاولة "للحل" الاصطناعي والمكفّف من أجل تجنب هيجان وحدة إعادة المعاشات الصدمية، والتي تكون في شكل انفعالات، وصور، وأفكار، وهوامات يعيشها الفرد على أنها خطيرة ولا يمكن التحكم فيها¹⁰².

ويأتي في المرتبة الثالثة خطر الانتحار؛ حيث يعتبر آخر حل يلجأ إليه المصاب بـ PTSD من أجل التخلص من معاناته، وهو دليل على عجزه عن التكيف مع وضعيته المؤلمة.

وقد أكد OQUENDO وزملاؤه (2005) أن الأشخاص الذين يعانون من PTSD لديهم احتمال أكبر للانتحار حتى وإن لم يعانون من اضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق [المصاحبين لـ PTSD]¹⁰³.

بالإضافة إلى الاضطرابات المذكورة أعلاه هناك اضطرابات أخرى تصاحب الإصابة بـ PTSD ومنها ظهور الخوفات المرتبطة عادة بالحدث الصدمي، وصعوبات علائقية، وصعوبات مهنية.

11- النماذج المفسرة لتطور PTSD:

أثار ظهور أعراض PTSD سؤاليين هامين وهما: لماذا وكيف تتطور أعراض PTSD؟ وحاول العلماء الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال وضع نماذج تفسيرية لسببية وكيفية نشأة أعراض PTSD وفيما يلي أشهر هذه النماذج:

11-1- نموذج المعالجة الانفعالية لـ FOA وزملائه: (Emotional Processing Model)

طوّر A.BECK سنة 1976 نظرية قائمة على الأفكار غير الوظيفية المسؤولة عن ظهور واستمرارية الاكتئاب، وقد استعملها العياديون في PTSD للأخذ بالحسبان البعد المعرفي في الاضطراب كالشعور بالذنب، الخجل، تعميم الخوف في العلاقات مع المحيط ومع الآخرين، وبعد ذلك طوّر FOA نموذجاً لتفسير التغييرات السلوكية والمعرفية الناتجة عن الصدمة.¹⁰⁴ فحسب هذا النموذج، فإن أساس تطور PTSD يكمن في إسناد "دلالة الخطر" إلى رابط (مثير- استجابة) أعتبر سابقاً بأنه آمن أو محايد في بنية الخوف.

حيث تشتمل بنية الخوف على شبكة معقدة من الروابط البيئية، ويتمثل الهدف الأساسي في تهيئة الفرد للاستجابة للخطر إما بالدفاع أو بالهروب (Fight or flight). وتندمج هذه البنية

¹⁰² JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p(102-104).

¹⁰³ GUAY S, MARCHAND A,p08.

¹⁰⁴ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p206

ضمن النظام العصبي، وهي تكوّن شبكة ثابتة تضمّ: العناصر المتعلقة بالحدث، تأويل هذه العناصر على أنها خطيرة، الاستجابات الفيزيولوجية، والسلوك.

حسب هؤلاء الكتّاب، تختلف البنية المعرفية للأفراد الذين يعانون من PTSD عن تلك المتواجدة لدى المصابين بالخوفات (Phobia) حسب ثلاثة مظاهر: الاستجابات أكثر حدّة، البنية أكثر تعقيداً، يسهل بلوغ البنية.

فالتعرض لمثيرات تشبه تلك المسجلة في البنية ينشّط شبكة الروابط البينية بأكملها، مما يفجّر أعراض إعادة المعيشة، وردود الأفعال الانفعالية، والفيزيولوجية، والسلوكية المتعلقة بها: حيث تعيش الضحية flash-back مزعجة مرتبطة بالحدث، لأن عنصراً ما (صوت، صورة، محادثة) يتعلق بالحدث الصدمي قام بإثارة وتنشيط بنية الخوف بأكملها، وبالتالي كل العناصر المرتبطة به.

بالموازاة مع ذلك، تحاول الضحية أن تدمج الحدث الصدمي، ولتحقيق ذلك فإنها تحاول إيجاد معنى لما حدث لها. فهي تسعى لتغيير تأويلات الخطر في بنية الخوف من أجل إعادة النظر في الحدث، إلا أنّ التفكير فيما حدث يعيد تنشيط بنية الخوف، ويعيد توليد ردود فعل منفرة وإعادة معيشة مُربكة، فالضحية - إذن - تلجأ للتجنب السلوكي أو الانفعالي لتحمي نفسها وتصير متذبذبة بين فترات معيشة الحدث وفترات التجنب. وتؤدي حركة التذبذب هذه إلى خلق أعراض فرط النشاط المتمثلة في: حالة الإنذار الدائمة، وحالة فرط النشاط المنهك.

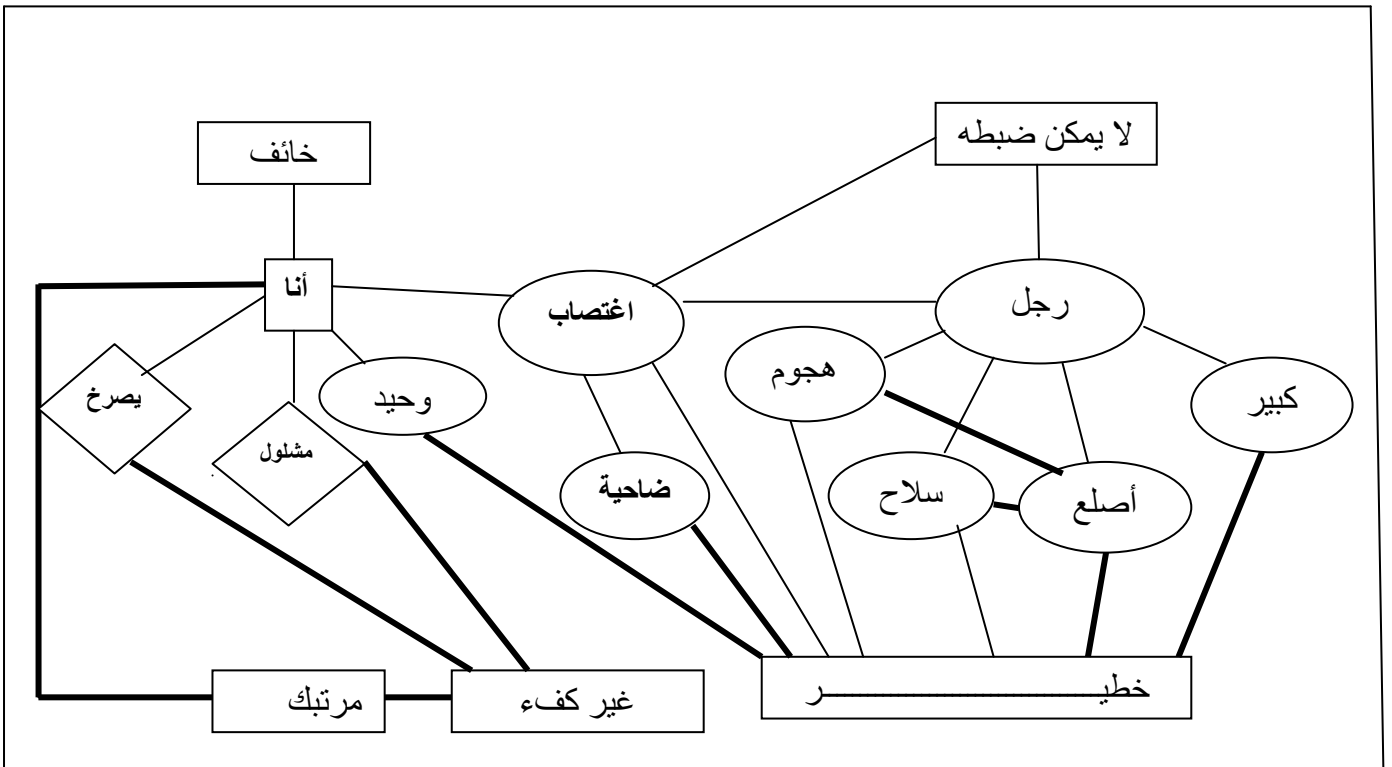
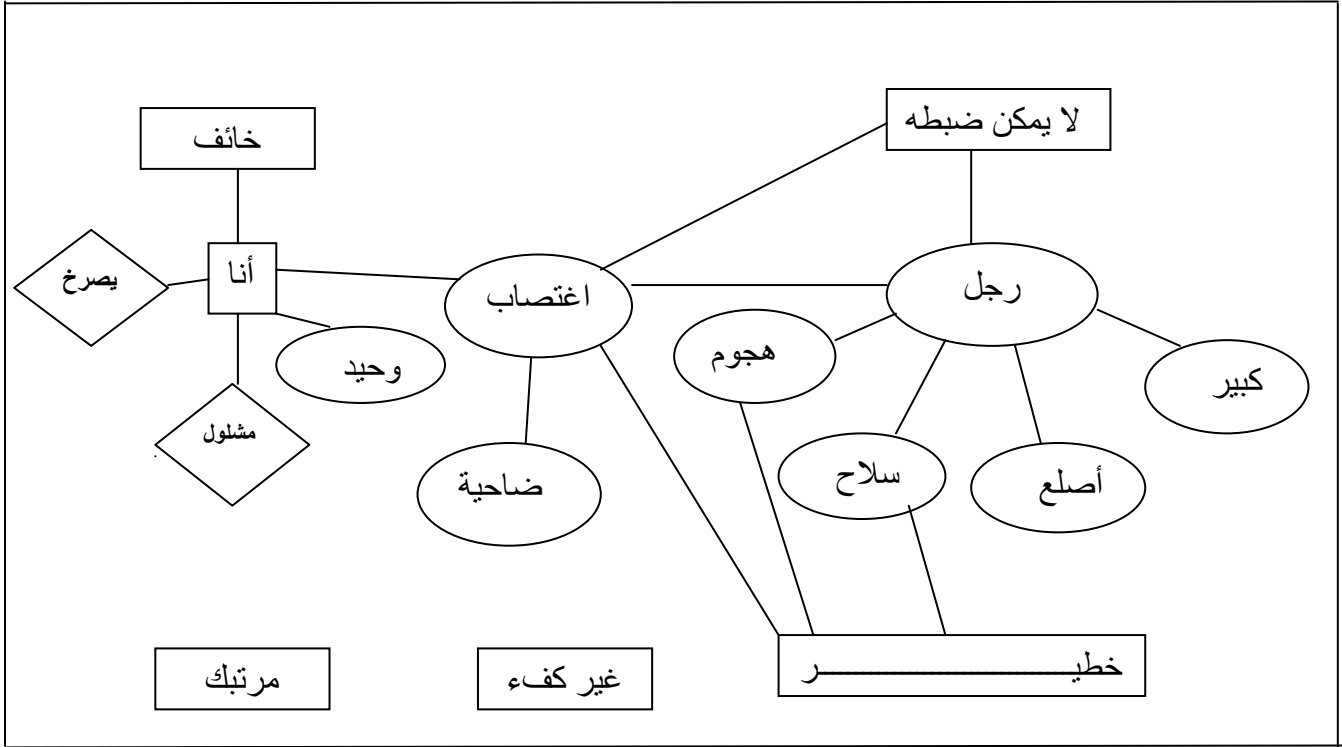
إذن، نلاحظ أن إدماج مفهوم "تأويل الرابط مثير - استجابة على أنه خطر" يسمح بتفسير تعميم الخوف لدى الضحية على وضعيات ومثيرات غير مرتبطة بالحدث الصدمي الأصلي.

كما يشرح هذا النموذج جيداً أعراض المعيشة، لأنّ البنية يعاد تنشيطها بمجرد أن يكون الفرد على اتصال بمعلومة تقود إلى أحد العناصر المسجّلة في بنية الخوف، ويشرح جيداً آليات التجنب التي تقوم الضحية ببناها من أجل تخفيف الضيق المتعلق بإعادة المعيشة، كما يشرح هذا النموذج أعراض فرط النشاط من خلال محصلة التذبذب المنهك بين إعادة المعيشة وميل الضحية الطبيعي لإعادة النظر في دلالة الحدث الصدمي.

أما تفسير هذا النموذج مسألة طرح الضحية - دون توقف- تساؤلات حول دلالة ردود الأفعال تلك، أو حول عناصر بنية الخوف فتبدو مستوحاة من تصور HOROWITZ بأن "كل معلومة غير مهضومة تعود إلى الوعي كي يتم استيعابها"، فهذه الإضافة تفسّر أعراض إعادة المعيشة، وفرط النشاط لدى الضحية¹⁰⁵

والرسم الموالي يوضح نموذج FOA وزملائه.

¹⁰⁵ BRILLON P, Ibid, p(61-63).



شكل (01): نموذج FOA وزملائه¹⁰⁶.

106 BRILLON P, Ibid, p63

شرح الرسم التوضيحي للنموذج:

بناء على الرسم المدرج أعلاه نفهم أنه لو كان شخص ما وحيداً ومشلولاً وتعرض إلى الاغتصاب في ضاحية المدينة من طرف رجل كبير، وصاحب ذلك هجوم مسلح عليه، ووجدت هذه الضحية نفسها عاجزة عن التحكم في الموقف فإننا نلاحظ مبدئياً أنه:

قبل الاغتصاب؛ سجّلت الضحية: السلاح، الهجوم، الاغتصاب ضمن بنية الخوف.

ولكن بعد التعرض للاغتصاب من طرف رجل لديه المواصفات المذكورة أعلاه وفي الظروف الخاصة فإن بنية الخوف تتوسع وتصير كل المثيرات الآتية قادرة على تنشيط بنية الخوف وهي: الشخص الكبير، الشخص الأصلع، الضاحية، التواجد وحيداً، رغم أن هذه المثيرات كانت سابقاً تؤدي إلى استجابات آمنة أو محايدة ضمن بنية الخوف.

11-2- نموذج الإسناد السببي لجوزيف وآخرين (JOSEPH et al, 1995):

وهو أحد النماذج المعرفية المفسرة لأعراض PTSD، حيث يرى أن تأويل الضحية لأسباب التجربة الصدمية ونتائجها هو الذي يشكّل العامل الأساسي المسؤول على الأعراض ما بعد الصدمية. حيث يشكل الحدث الصدمي جملة من المثيرات التي تولّد نشاطاً انفعالياً أقصى لكن لا يمكن للضحية أن تحلّه آنياً، فتخزن التمثيلات (التصورات) الأيقونية للحدث في الذاكرة الآتية، وتشكل هذه التصورات أساس إعادة المعيشة وكذا الذكريات اللاحقة. تقوم الضحية بعد ذلك بتأويل التمثيلات الأيقونية للحدث ودلالاتها كما تعمل على فك رموزها.

حدّد الكتاب نوعاً مهماً من التأويل في هذه المرحلة وهو الإسناد السببي للحدث، فقد أثبتت عدة معطيات أن الأشخاص يتساءلون حول سبب الأحداث التي وقعت لهم، محاولين بذلك إضفاء معنى لما وقع، وهذا خاصة في حالة وقوع حدث سلبي غير متوقع.

إنّ مميزات هذا التفسير ستؤثر على إدراك التحكم في الأحداث، وبالتالي ستؤثر على تطور واستمرارية أعراض العجز المكتسب للاكتئاب. فالشخص الذي يُعزي سبب الحدث إلى عوامل داخلية (أي أنه هو السبب في ذلك) وليست خارجية، وإلى عوامل مستمرة (أي: عوامل مستمرة عبر الزمن) وليست مؤقتة، وإلى عوامل عامة (أي أن الفرد يُسند سبب الحدث إلى عامل يؤثر على عدد كبير من رهانات الحياة) وليس إلى عوامل خاصة (محددة) سيعيش نوعاً خاصاً من الاكتئاب والذي يتميز بانخفاض تقدير الذات، واليأس.

هناك عوامل مرتبطة بالشخصية تؤثر على تأويل الحدث وتتاثر بهذا الأخير حيث يولي هذا النموذج أهمية إلى نمط الإسناد، مكان الضبط، المخططات المعرفية، والاعتقادات الأساسية.

إنّ وجود أعراض اقتحامية والتأويلات السلبية للحدث يوّد انفعالات قوية مثل الخوف، الحداد، الخجل، الشعور بالذنب، والغضب. فهذه الانفعالات نابعة من خصائص الإسناد السببي، ويقوم الفرد لاحقاً بإعادة تأويلها. وتؤدي الأفكار الاقتحامية وآليات التأويل، والحالات الانفعالية إلى الضيق ومن ثم إلى محاولات لتسيير هذا الأخير.

وتتضمّن أنماط تسيير الضغط استراتيجيات نشيطة (بحث عن المساندة الاجتماعية، استراتيجيات الاسترخاء،..) واستراتيجيات التجنب (التجنب المعرفي، الانفعالي، السلوكي) وكفّ في معالجة المعلومات أو البحث عن معنى الحدث وأخيراً، فإن السياق أو المساندة الاجتماعية يؤثران أيضاً في تأويل الحدث، وكذا في أنماط تسيير الضغط التي اختارتها الضحية. إذن، من خلال الاقتباس من النظريات المعرفية للاكتئاب، يشرح هذا النموذج تطور واستمرارية الأعراض ذات المضمون الاكتئابي في PTSD، أمّا قابلية الهيجان والغضب فيتم شرحهما من خلال إدراج نظرية WEINER (1985) حيث تقترح (تفترض) وجود علاقة بين أنماط معينة من الإسناد السببي، وحالات انفعالية خاصّة (الخجل، الشعور بالذنب، والاستشاطة غضباً). ورغم أن الكتاب يشيرون إلى ظهور أعراض أخرى لـ PTSD (سلوكات التجنب، وفرط النشاط العصبي الإعاشي)، إلا أنهم يُقدمون شرحاً ضئيلاً للآليات المرافقة المسؤولة عن تطور هذه الأعراض واستمراريتها. وفي المقابل، تمّ إدماج المساندة الاجتماعية وكذا الأحكام المسبقة الاجتماعية؛ فهذه الإضافة مبهرة حيث أثبتت الدراسات أثر المساندة الاجتماعية في تطور أو التخفيف من أعراض PTSD.

يجد هذا النموذج صعوبة في تفسير فرط النشاط، والاستجابة إلى عناصر متعلقة بالصدمة.¹⁰⁷

11-3- نموذج MCFARLANE:

يقترح MCFARLANE نموذجاً تفاعلياً ما بين مختلف عناصر PTSD إذ يرى أن الحدث الصدمي يؤدي إلى خلق صورة اقتحامية (معيّار ب/ B) وهذه الصورة تؤدي إلى تجنب الوضعية (معيّار ج/ C) وتصير هذه الوضعية التي يتجنبها الفرد إشارة تؤدي إلى الظهور المفاجئ للصورة الاقتحامية. ومثال على ذلك: امرأة تعرضت لاعتداء جنسي فصارت ترعبها Flashbacks والصور الاقتحامية المتعلقة بمشهد الاغتصاب، لذلك تبذل جهوداً لتجنب التفكير في كل ذلك والقضاء على الصور الاقتحامية فتقطع علاقاتها بالرجال إذ أن سلوك تجنب الرجال يؤدي إلى نقص الضيق على إثر ظهور تلك الاقتحامات، ولكن من حين لآخر – عندما تجد الضحية نفسها في اتصال مباشر وغير متوقع وعلى مسافة قريبة من رجل- تعود بعنف تلك الانفعالات التي عاشتها في لحظة الحدث الصدمي.

¹⁰⁷ BRILLON P, Ibid,p(64-66).

إذن هناك تفاعل متبادل ما بين التجنب والصور الاقتحامية فهما يتزايدان ويتناقصان بالتبادل. ويمكننا أن نلاحظ هذا التفاعل بين الاستجابة العصبية الإغاشية والأفكار الاقتحامية.

وتتعلق استمرارية وجود اضطراب PTSD أو تلاشيها بقدرة الفرد على المواجهة الفعالة للحدث، فإذا استخدم الفرد استراتيجيات التجنب مثل شرب الكحول لتخدير انفعالاته المقلقة فإن سلوكيات التجنب تستمر في التزايد وتتواصل أعراض PTSD. ومن جهة أخرى إذا استخدم الفرد استراتيجيات لمواجهة الوضعيات والتصرف مثلما كان قبل وقوع الحدث الصدمي فهناك فرصة أكبر أن تتحسن الأعراض وتختفي¹⁰⁸

4-11- نموذج معالجة المعلومات لـ HOROWITZ (1986):

يدرك هذا النموذج الأعراض ما بعد الصدمية على أنها رد فعل إزاء عدد مفرط من المعطيات التي تكوّنها التجربة الصدمية، فالـ PTSD ناتج عن عجز الضحية عن الإدماج المناسب لهذه المعلومات الجديدة ضمن مخططاتها المعرفية السابقة. فتلاشي الأعراض يتعلق -إذن- بإدماج التجربة الصدمية، وهذا الإدماج يشبه سيرورة الحداد.

فالمرحلة الأولى هي "الاحتجاج (Protestation)": حيث يولد الضغط الهائل الناتج عن الصدمة ردود أفعال حادة (عادية) من الخوف، والغضب، والخلط الذهني، ومحاولات التقرب من الآخرين أو الانسحاب الاجتماعي.

ومع ذلك، تشكّل الصدمة وفود هائل من المعلومات التي لا يمكن للفرد استيعابها آنياً، ويولد هذا الوفود "حمولة معرفية زائدة" (Cognitive Overloading)، فالضحية تعيش أفكاراً ومشاعر وصوراً لا يمكن إدماجها، وتخلق لديها الكثير من الضيق، وتتسبب في "غرق" الضحية.

يلي ذلك مرحلة ثانية هي "مرحلة التجنب" (Avoidance): فإنكار الانفعالات والانفصال عنها يُستخدمان كآليات دفاع من أجل حماية تكامل الضحية وتوازنها النفسي.

تتمثل ردود الفعل التجنبية "المرضية" أو القسوى التي تستخدمها الضحية في: الإدمان على المخدرات والكحول، وسلوكيات الهروب أو الخوف، الشعور بعدم الواقعية أو التفكك.

يمتلك الفرد -حسب هذا النموذج- ميلاً جوهرياً لمعالجة المعلومات مادام إدماجها لم يكتمل، أي إلى غاية استيعاب هذه المعلومات (Assimilation) (تغيير معنى الحدث الصدمي للتمكن من إدماجه ضمن التصورات الموجودة سابقاً) أو مواعمتها (Accommodation) (تغيير التصورات الموجودة سابقاً للتمكن من تقبل التجربة الصدمية الجديدة).

¹⁰⁸ LOPEZ G, SEGUIN AS et al, p(94-95).

إذن، تبقى المعطيات المرتبطة بالحدث الصدمي نشيطة بشكلها الخام في اللاوعي، وتقوم بعودات إلى الوعي من أجل تحليلها وإدماجها وهذه هي مرحلة الاقتحام/الاقتحامات (Intrusion). تتخذ إعادة المعيشة "العادية" في الوعي شكل ذكريات، واجترارات أو كوابيس، وتستمر هذه المواد المعرفية الاقترامية بالظهور في الوعي إلى أن تقوم بإدماجها وهضمها. تشتمل العناصر "المرضية" لهذه المرحلة على نوع من "غرق" (Submersion) الشخصية: كوابيس مرعبة، هلاوس غير قابلة للضبط، انفعالات مغرقة.

تستجيب الضحية لإعادة المعاشات المربكة بالرجوع إلى مرحلة التجنب (الانفصال الانفعالي، أو التجنب السلوكي) مما يعمل على تعديل (ضبط) المعالجة المعرفية للمعلومات؛ ففي الواقع، يسمح هذا التجنب بجعل معالجة المعلومات الصدمية ممكنة، كما يسمح بالحفاظ على التوازن النفسي للفرد، لأن التجنب يخفف الثقل المعرفي والانفعالي، ويقفل القلق المرتبط بالمعلومات الصدمية.

تؤدي حركة "التذبذب" بين مراحل التجنب ومراحل الاقتحام إلى إدماج المعلومات تدريجياً، فالأفكار الاقترامية تقل في تواترها وشدتها، إذ يشرع الشخص في تقبل الضحية [كونه ضحية] (Victimisation)، وفي ترميم توازنه النفسي، ويظهر تطوراً في نمط تفكيره، وفي قدراته على الإحساس بالانفعالات، وعلى التواصل والتفاعل مع الآخرين.

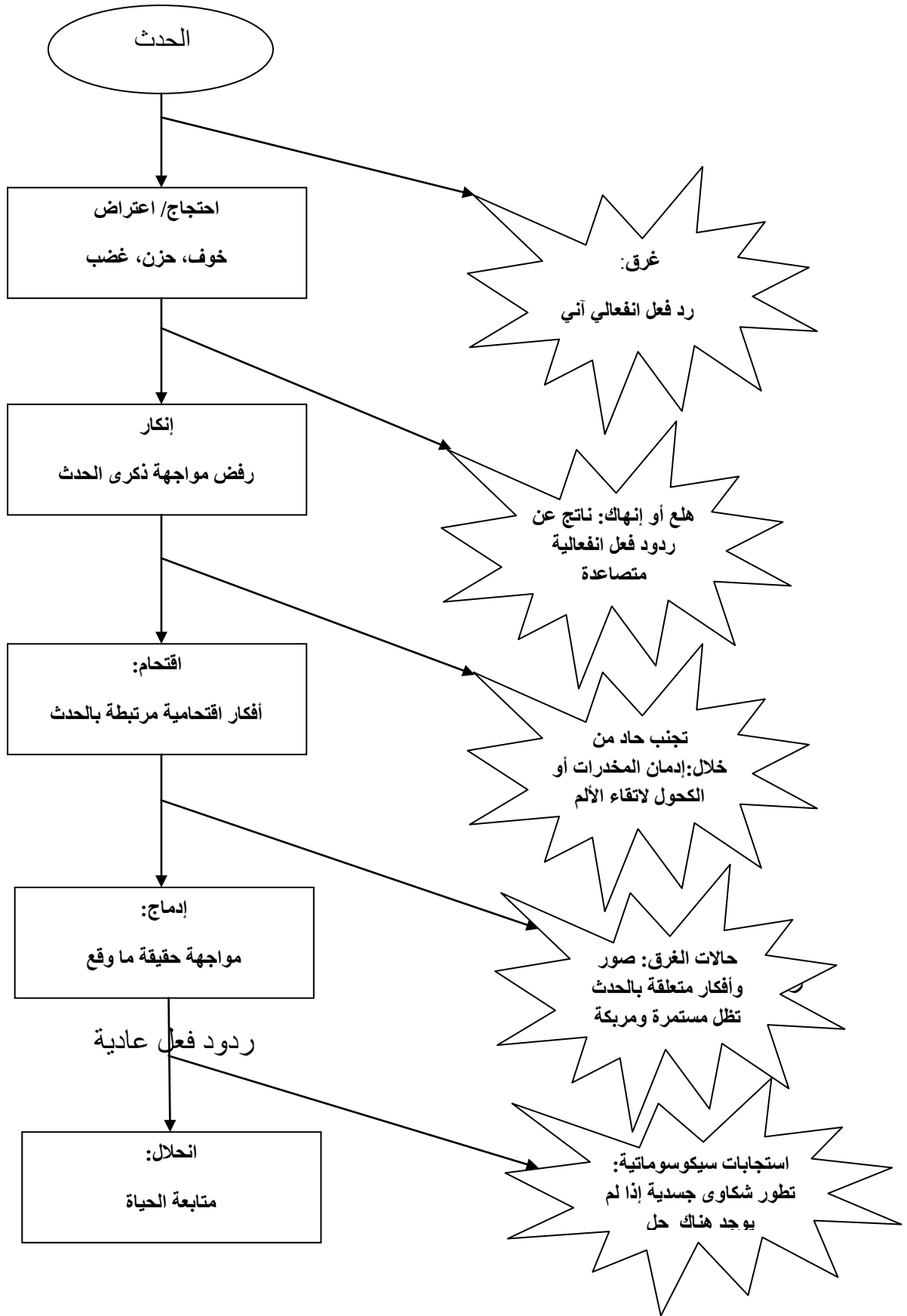
يصف HOROWITZ هذه المرحلة الرابعة بأنها مرحلة المرور إلى الإدماج التام للتجربة الصدمية.

وأخيراً، خلال مرحلة الانحلال (RESOLUTION) تشعر الضحية بأن سيرورة معالجة المعلومات قد اكتملت، وبأنه تم ترميم تماسكها الداخلي، فتجربة الضحية قد أدمجت وصارت تشكل جزءاً من نظرتها لذاتها وللعالم. فالفرد جاهز للقيام بنشاطات وعلاقات جديدة، وهو قادر على الإحساس بحالات انفعالية متنوعة وإيجابية.

يشرح HOROWITZ جيداً -من خلال استدعاء مفهوم معالجة المعلومات- أعراض التجنب المعرفي وأعراض إعادة المعيشة، كما يسمح بالفهم الجيد لميل الضحية للتجنب، ويشرح لماذا تستمر أعراض إعادة المعيشة.

ومن جهة أخرى، من خلال تدقيق/تحديد المراحل "المرضية" فإنه يسمح بفهم سبب عجز الضحية عن متابعة سيرورتها إلى غاية مرحلة الانحلال، ومع ذلك فهذا النموذج لا يشرح جيداً ردود الفعل النفسية والفيزيولوجية عند وجود مثيرات مشابهة للتجربة الصدمية، وكذا أعراض فرط النشاط العصبي الإعاشي.¹⁰⁹

¹⁰⁹ BRILLON P, Ibid, p(67-70).



شكل (02): نموذج معالجة المعلومات لـ HOROWITZ

11-5- نموذج الإشراف لـ MOWRER (1960):

وهو نموذج مستوحى من أعمال SKINNER و PAVLOV حول آليات التعلم بالإشراف الكلاسيكي والفعال (OPERANT) وقد قام KEANE وزملاؤه سنة 1985 بتكييفه ليتماشى مع إشكالية PTSD على إثر التعرض لصدمة مرتبطة بالميدان العسكري، كما كَيّفه KALPATRICK وزملاؤه (1985) في حالة PTSD الناتج عن اعتداء جنسي.

حسب هذا النموذج فإن المبدأين الأساسيين للتعلم – وهما الإشراف الكلاسيكي (تعلم استجابات الخوف)، والإشراف الفعال (تعلم سلوكيات التجنب)– يفسران تطوّر PTSD واستمرارية أعراضه. إنّ أعراض PTSD تفسّر أولاً بالإشراف الكلاسيكي المنبوذ، فالمثيرات المحايدة (أصوات، أشياء، روائح، أفكار، إحساسات جسدية) التي كانت حاضرة بالتزامن مع المثير اللاإشراطي (الحدث الصدمي) اكتسبت الخصائص المنبوذة التابعة لهذا المثير، وبعد ذلك فإنّ مجرد حضور هذه المثيرات [المحايدة] يؤدي إلى استجابة إشرافية أي استجابة قلق/ضيق شبيهة بتلك الاستجابة على إثر الحدث الصدمي الأصلي، والتي قد تكون في شكل ردود أفعال انفعالية وفيزيولوجية مرتبطة عادة بالضيق، والخوف، وعدم الراحة، إذن: المثيرات المحايدة تصير مثيرات إشرافية.

فهذه المثيرات الإشرافية تكتسب بدورها القدرة على إشراف مثيرات أخرى كانت موجودة آنذاك أو مثيرات أخرى مشابهة لها، ويتم ذلك من خلال آلية الإشراف الثانوي (إشراف من الدرجة الثانية) أو من خلال آلية "تعميم المثيرات"، وهكذا فإن كمية كبيرة من المثيرات المحايدة تكتسب هي أيضا الخصائص المنبوذة للحدث الأصلي، أي القدرة على توليد القلق، والضيق، والخوف.

وبالموازاة مع هذا التعلم، فإن الفرد يتعلم من خلال "الإشراف الفعال" استعمال سلوكيات التجنب حتى لا يتعرّض لمثيرات إشرافية يدركها الفرد على أنها منبوذة، وهذا ما يعرف بالآلية "التعزيز السلبي" أو (التعزيز من خلال سحب المثير المنبوذ). ولذلك فكل سلوك تجنبي أو هروبي لديه القدرة على خفض الاستجابات المنبوذة أو القضاء عليها فإنه يتعرّز من خلال قدرته على خفض القلق المرتبط بالتعرض أو بتوقع التعرض لمثير إشرافي.

كما أن سلوكيات الانسحاب الانفعالي والعدوانية، واستهلاك المخدرات أو الكحول تعتبر سلوكيات متكررة لأنها لا تتلاءم مع القلق.

إذن، نلاحظ أن هذا النموذج يستطيع تفسير استجابات القلق لدى الضحايا إزاء مثيرات كانت محايدة لكنها صارت مولدة للقلق لأنها ارتبطت مباشرة بالحدث الصدمي.

يسمح هذا النموذج أيضا بالفهم الجيد سبب تطوير الضحية استجابات القلق إزاء مثيرات كانت غائبة خلال وقوع الحدث الصدمي (وهذا بفضل سيرورة تعميم المثيرات، والإشراط من الدرجة الثانية). ومن خلال تأثيرها عبر الزمن فإن هذه المبادئ تفسر استمرارية الأعراض وتفاقمها لأن المثيرات تتزايد في خلق استجابات إشراطية منبوذة.

إن إدماج مفهوم "التعزيز السلبي" يفسر لنا تطوير سلوكات التجنب والانسحاب الاجتماعي، وتبني سلوكات غير معتادة لدى الضحية: الإدمان على المخدرات والكحول، والعوانية، وهي سلوكات لا تتماشى مع القلق أو الخوف.

ونظرا لفعالية هذه السلوكات التجنبية في خفض القلق فهي تقاوم بشدة "الإطفاء" مما يفسر استمرارية الأعراض لمدة طويلة بينما تتناقص بصورة دالة الأعراض الأخرى.

ومع ذلك لا يفسر هذا النموذج جيدا حضور بعض الأعراض الهامة في PTSD مثل الأعراض الاقترامية وفرط النشاط العصبي الإعاشي، وتبلد الاستجابة العامة المرتبط بـ PTSD. نلاحظ أن هذا النموذج يركز على المظاهر "الآلية" و"السلوكية" للخبرة ما بعد الصدمية.¹¹⁰

تعليق عام:

من خلال النماذج التي عرضناها نجد أنه لا يوجد نموذج واحد قادر على تفسير كل أعراض PTSD بل إن كل نموذج من النماذج السابقة تمكن من تفسير بعض أعراض هذا الاضطراب وعجز عن تفسير البعض الآخر، مما يعني أن هذه النماذج متكاملة.

إن تنوع الخلفيات النظرية التي تستند إليها هذه النماذج أثرت معارفنا حول PTSD وساعدتنا في الفهم الجيد لهذا الاضطراب، ومن جهة أخرى أوجدت لنا طرقا وتقنيات علاجية مختلفة للتكفل بالمصابين بـ PTSD وهذا ما يتيح فرصاً أكبر للعلاج.

¹¹⁰ BRILLON P, Ibid, p(58-60).

12- الجانب العصبي لـ PTSD :

إن تحليل الجانب العصبي البيولوجي لـ PTSD يعتمد أساساً على نموذج الخوف الإشرافي، حيث أجريت تجارب كثيرة على الحيوانات ساهمت في إثراء معارفنا¹¹¹.

ويمكننا أن نلخص أهم ما توصل إليه العلماء ضمن مجموعتين أساسيتين:

- تأثير PTSD على البنى الدماغية (اللوزة (Amygdala)، قرن آمون (Hippocampus)، الجهاز الحافّي (Limbic system)).

- اختلال محور الضغط (محور CORTICOTROPE) في حالة PTSD.

وسنكتفي بعرض تأثير PTSD على البنى الدماغية.

تأثير PTSD على البنى الدماغية (اللوزة، قرن آمون، الجهاز الحافّي):

من الأمور الأكيدة أن PTSD له تأثير كبير على الدماغ عموماً، وعلى الجهاز الحافّي (اللوزة، قرن آمون، تلافيف حزامية، المهيد) خصوصاً.

* يعتقد أن اللوزة تلعب دوراً هاماً ومفتاحياً في تطور PTSD واستمراره، حيث تستقبل معلومات من مثيرات خارجية، وتحدّد الانفعالات المرتبطة بها، كما أن اللوزة تثير مختلف الاستجابات الانفعالية بما في ذلك استجابة القتال (Fight) أو استجابة الهروب (Flight) أو استجابة التجمّد (Freezing response) وتغييرات في هرمونات الضغط، وفي الكاتيكولامينات (Catecholamins).

* كما يعتقد أن كلا من قرن آمون، والقشرة الجبهية ما قبل الأمامية الوسطى (Medial prefrontal cortex) يؤثران على استجابة اللوزة من خلال تطبيق نوع من الكف بعد القيام باستجابات الإنذار الأولى. وقد وُجد أن النشاط المنخفض في منطقة الفص الجبهي ما قبل الأمامي الأوسط، وفي المنطقة الحزامية الداخلية (Interior cingulate areas) مرتبط بزيادة نشاط اللوزة، وهذا ما يدفعنا لافتراض أن PTSD يمثل فشل هذه المناطق في ضبط نشاط اللوزة وينتج عن ذلك فرط الاستجابة لهذه التهديدات¹¹².

* أثبتت دراسات قام بها RAUCH وزملاؤه (1996) عن طريق PETscan أن الفرد المصاب بـ PTSD عندما يعيد معايشة تجربته الصدمية خلال جلسة العلاج فإننا نلاحظ تناقصاً في النشاط العصبي على مستوى منطقة BROCA وتنشيط الجهاز الحافّي، ونصف

¹¹¹ VAIVA G, LEBIGOT F et al, Ibid, p24.

¹¹² NUTT DJ, STEIN MB et al, **Post Traumatic Stress Disorder : Diagnosis, management and treatment**,p129

الكرة المخية الأيمن، وهذا ما يفسر الصعوبة الكبيرة في التعبير اللفظي عن التجربة الصدمية.¹¹³

-العلاقة بين قرن آمون والإصابة بـPTSD:

وجدت نصف الدراسات التي استعملت التصوير الدماغى تناقص حجم قرن آمون لدى مرضى PTSD (حوالي 8%) بالمقارنة مع مجموعة شاهدة، في حين لم يصل النصف الآخر من الدراسات إلى هذه النتيجة.

ومن جهة أخرى لاحظت كل الدراسات التي استعملت التصوير المطيافي (Spectroscopy) نقصاً كبيراً (حوالي 20%) في عدد الخلايا العصبية الحية الموجودة في قرن آمون لدى مرضى PTSD مقارنة مع مجموعة شاهدة، وهذا يعني أن نقص عدد الخلايا العصبية الموجودة في قرن آمون لا يصحبه دائماً (أو أنياً) نقص في حجمه، وهذا ما يفسر النتائج المتضاربة للدراسات بالتصوير الدماغى.

ونذكر من جهة ثانية دراسة على التعرض لحدث صدمى لدى زوج من التوأم الحقيقي، إذ وُجد أن حجم قرن آمون الخاص بكل منهما متناقص (حوالي 10%) علماً أن أحدهما (أحد التوأمين) محارب قديم مصاب بـ PTSD، أما الآخر فلم يتعرض لحدث صدمى، وهذا مقارنة مع توأم آخر سليم من PTSD. إذن، توحى هذه الدراسة بأن الحجم الضئيل لقرن آمون هو عامل هشاشة يساهم في الإصابة بـPTSD وليس ناتجاً عن الصدمة¹¹⁴

- الشق الصدغى العلوي:

لاحظ DEBELLIS وزملاؤه (2002) لدى الأفراد والمراهقين شذوذاً في بنية الشق الصدغى العلوي الذي يلعب دوراً هاماً في إدماج الوظائف المعرفية، والوجدانية، والحسركية. وتتلاءم هذه النتائج مع دراسات أخرى حيث وجدت اضطرابات في نشاط القشرة السمعية لدى المصابين بـPTSD، وهذا يعني أن اختلال وظيفة الشق الصدغى العلوي يفسر بعض أعراض PTSD مثل فرط اليقظة، وارتفاع مستوى القلق.

¹¹³ MASSON J, L'outil EMDR en alcoologie : Réflexions théoriques et cliniques, Revue PSYCHOTHERAPIES,2005, vol25,n02, Canada,p118. (juin2010)
<http://www.cairn.info/article.php?IDREVUE=PSYS&IDNUMPUBLIE=PSYS052&IDARTICLE=PSYS0520117>

¹¹⁴ VAIVA G, LEBIGOT F et al, Ibid, p(25-26).

- القشرة المخية الحزامية:

تدخل القشرة المخية الحزامية في تعديل ظواهر الانتباه، والاستجابات الانفعالية، وفي إشراف الخوف. وبالمقارنة مع أشخاص تعرّضوا لحدث صدمي دون أن يصابوا بـ PTSD، لاحظ العديد من الباحثين نقصاً في المادة الرمادية أو نقصاً في عدد الخلايا العصبية الحية الموجودة داخل هذه البنية¹¹⁵.

إذن، يؤثر التعرض لحدث صدمي في نشاط مختلف مكونات الدماغ، وأهمها اللوزة التي يزداد نشاطها، وفي المقابل ينخفض نشاط قرن آمون، والقشرة الجبهية ما قبل الأمامية الوسطى، والقشرة الحزامية الداخلية، كما تؤدي الإصابة بـ PTSD إلى حدوث تشوّه (شذوذ) في بنية القشرة المخية الحزامية، والشق الصدغي العلوي، وبنى دماغية أخرى.

13- علاج PTSD:

ذكرنا سابقاً أنّ تعدّد النماذج المفسرة لظهور PTSD أثر إيجابياً، حيث أقرحت عدة تقنيات علاجية تختلف في الأساس النظري الذي تقوم عليه كما تختلف في الأهداف التي تصبو لتحقيقها. وقبل أن نستعرض هذه التقنيات العلاجية لابد أن نشير إلى نقطة هامة، وهي كون التكفل النفسي بالمصدومين يقتضي أن تتوفر في المعالج -بغض النظر عن التقنيات المستعملة- بعض الصفات والمواصفات نختصرها في النقاط التالية -حسب L.CROCQ:-

* تجنّب اتخاذ موقف "الحياد اللطيف"، فرغم أنه مبدأ شرعي ومناسب للمرضى في الممارسة العادية، إلا أنه في حالة المصدومين يعتبر خطأ فادحاً لأن المرضى يفهمون ذلك على أنه لامبالاة، وسوء استقبال، وبأن المعالج لا يفهم معاناة المريض ولا يحسّها.

* الإصغاء المتفهم والمتعاطف: فيجب على المعالج أن يتخذ موقفاً احتوائياً.

* تجنب العمل على إزالة الطابع الدرامي للحدث لأن ما وقع للمريض أمر فظيع وعنيف فعلاً¹¹⁶.

ولا ننسى القدرة على التقبّل دون إصدار أحكام على انفعالات الضحية، وكذا إعطاء الأمل للمريض في التغيير للأحسن، وتعزيز كل سلوك إيجابي يتحدث عنه المريض أثناء وقوع الحدث الصدمي أو يقوم به خلال مرحلة العلاج. وفيما يلي بعض وأهم التقنيات العلاجية التي استخدمت في علاج PTSD:

¹¹⁵ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p17.

¹¹⁶ CROCQ L, DALLIGAND Let al, Ibid, p(88-90).

13-1-العلاج بالتنويم: (Hypnotherapy)

عرّفت الجمعية الطبية البريطانية (British Medical Association) (1955) التنويم بأنه "حالة عابرة من التغيير في انتباه الفرد، قد يحدثها شخص آخر، ويمكن خلالها أن تظهر تلقائياً ظواهر مختلفة، وقد تُحدثها مثيرات أخرى، تشتمل هذه الظواهر على تغيير في الوعي والذاكرة، وزيادة القابلية للإيحاء، وظهور استجابة وأفكار لم يكن الفرد يستأنس بها في حالته الذهنية المعتادة"¹¹⁷

ويرى SPIEGEL أن التنويم قد يكون مفيداً لعلاج PTSD حيث يمكنه أن يسهّل تذكّر الأحداث الصدمية التي شُفرت بطريقة متفكّكة، ولا يمكن تجميعها شعورياً، وقد أقرت بعض دراسات حالات أن التنويم كان مفيداً في علاج اختلالات ناتجة عن الصدمة، إلا أن هذه الدراسات تنقصها الصرامة المنهجية¹¹⁸.

كما أن هناك جدلاً كبيراً حول ظاهرة الذكريات الخاطئة (الكاذبة) المرتبطة بالإيحاء الموجود في هذا العلاج، وعموماً التنويم هو علاج إضافي في PTSD ، ويمكنه أن يسرّع السيرورة العلاجية، فهذه التقنية تساعد الأشخاص الذين يعانون من الألم، ومن الأرق، ومن القلق التفككي، وهي تقلص مدة العلاجات المستخدمة في حالة PTSD.¹¹⁹

13-2- العلاجات النفسودينامية:

وجدت بعض الدراسات الصّارمة أن العلاجات النفسودينامية قد تكون مفيدة في علاج PTSD، بينما دراسات أخرى وجدت أنها غير فعّالة¹²⁰، إذ لا توجد نظرية واضحة حول الرابط الموجود بين المحافظة على الأعراض والاقتراحات العلاجية، كما لا يوجد دليل على فعالية التحليل في خفض خطر الإزمان باستثناء نظرية الصدمة لـ HOROWITZ (1997)¹²¹.

أظهرت دراسة أنه بعد 19 شهراً من علاج قدامى محاربي الفيتنام المصدومين باستخدام التحليل النفسي، وُجد أن هذا العلاج غير مفيد، فأدخل العلاج بالتخيل (imagery) [وهو من العلاجات النفسودينامية المختصرة]، حيث يقدّم المعالج مشهداً مرتبطاً بالصدمة، ويحث المريض على تطويره تلقائياً من خلال تداعيّات، بعيداً عن أيّ تخطيط، فاستعمال تقنية التخيل لا يُخطّط له مسبقاً بل تدخل هذه التقنية في الوقت المناسب ضمن سياق الحصة، وقد كانت 10 جلسات من العلاج بالتخيل فعّالة في تحسين أعراض PTSD لدى المريض وهذا

¹¹⁷ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p210.

¹¹⁸ NUTT DJ, STEIN MB et al,p100.

¹¹⁹ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p.211

¹²⁰ NUTT DJ, STEIN MB et al,p100.

¹²¹ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p.209

بناء على ما لاحظته المعالج وأقرّه المريض.¹²² وعموماً في العلاج النفسودينامي المختصر يتم التركيز على الحدث الصدمي نفسه، ومن خلال حديث المريض عنه أمام معالج هادئ، متعاطف، ورحيم دون أن يطلق أحكاماً، فإن ذلك المريض يبلغ أكبر معاني التناغم الذاتي، ويطور دفاعات واستراتيجيات مواجهة أكثر تكيفاً، وينجح أكثر في تعديل انفعالاته.¹²³ ولا ننسى أن التحليل النفسي مطلوب في حالات الصدمات المعقدة، وفي حالة زنى المحارم، وفي اضطرابات الشخصية.

13-3- العلاج المعرفي السلوكي: (Cognitive Behavioral Therapy- CBT)

يتضمن هذا العلاج مختلف البرامج العلاجية بما في ذلك: سيرورات إعادة البناء المعرفي، برامج إدارة القلق، وكذلك التركيب بين مختلف هذه الطرق.¹²⁴

أ- إعادة المعالجة المعرفية: (Cognitive Reprocessing)

تهدف هذه التقنية إلى تحديد الأفكار الخاصة، أو الأحاديث الذاتية المرتبطة بالقلق الذي تسببه الصدمة، ويتم التعرف على التغييرات المعرفية خلال التعرض لذكرى صدمية، وأخذ ملاحظات حول إدلاءات المريض المرتبطة بالقدرة على التوقع، والقدرة على التحكم، والشعور بالذنب ثم يتم البحث مباشرة عن مخططات جديدة، وتكون هذه الأخيرة محل استفسار وتساؤل باستعمال الأسئلة السقراطية وفق تقنيات معرفية معتادة، حيث يلفت المعالج انتباه المريض حول سيروورة التفكير في الوضعية الصدمية، ويساعده على تحديد سيرورات "التعميم"، و"الاستنتاج والإدراك بطريقة كل شيء أو لاشيء"، أو "الشخصنة"، فأحداث تغييرات في طريقة تفكير المريض له تأثير كبير على حالته الانفعالية وعلى سلوكياته، فهذه التقنية العلاجية تعين الفرد على التركيز على المحيط الحالي، وتقييم درجة التهديد التي يشعر بها في وضعيات خاصة ثم في الحياة عموماً بطريقة أكثر عقلانية وتكيفاً.¹²⁵

¹²² NUTT DJ, STEIN MB et al,p100.

¹²³ SCOTT MJ, PALMER S, Trauma and Post Traumatic Stress Disorder,London, Sage Publication Company, 2003,p6.

http://books.google.fr/books?id=ifKG_P0dy98C&printsec=frontcover&dq=traumatic+stress+trauma&hl=fr&ei=sOAaTcrFH5G1hAe9opG3Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

¹²⁴ NUTT DJ, STEIN MB et al,p101

¹²⁵ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p

ب- العلاج بالتعرّض: (Exposure Therapy)

وهو أحد أشكال العلاج المعرفي السلوكي المستعملة في حالة PTSD، حيث يحثّ المريض على مواجهة الذكريات والوضعيات التي يخافها "فالتعرّض ومنع التجنب لمدة طويلة وكافية أثبت أنه يؤدي إلى تناقص القلق في كل الحالات، وبصورة نهائية"¹²⁶.

ويتضمّن العلاج بالتعرّض كما طوره FOA و ROTHBAUM وزملاؤهما:

- التعرّض التخيلي: حيث يجب على المريض أن يعيد استحضار الذكريات الصدمية خلال الجلسة العلاجية، فيطلب منه المعالج أن يذهب بذهنه إلى وقت حدوث الصدمة، وأن يعيد معاشتها في مخيلته، فيغمض عينيه، ويصف تجربته في الزمن المضارع وبصوت مرتفع كما لو أنها حدثت الآن، وغالبا ما يسجّل هذا السرد على حامل صوتي، ويأخذ المريض معه هذا التسجيل الصوتي إلى بيته، وقد يمارس التعرّض التخيلي يوميًا ما بين جلسات العلاج، ورغم أن إعادة المعيشة تكون مؤلمة في بداية العلاج، إلا أنها سرعان ما تصير أقل إيلاما كلما تكرّر التعرّض. والفكرة التي يقوم عليها هذا النوع من العلاج هي أن الصدمة تحتاج أن تعالج أو تهضم انفعاليا كي تصير أقل إيلاما¹²⁷.

- التعرّض الحي: (in-vivo Exposure) وهو يتطلب أن يواجه الفرد بطريقة متدرجة ومراقبة الوضعيات المثيرة للقلق، فهذه التقنية تسمح (من خلال سيرورة الإطفاء/التعود) بخفض درجة القلق التي أثارتها وضعيات كانت مخيفة، ونتيجة ذلك ينخفض سلوك التجنب¹²⁸.

أثبتت أغلب الدراسات المضبوطة حول العلاجات المعرفية السلوكية أن تقنية التعرّض المطوّل (Prolonged exposure) (وهي أحد أشكال التعرّض)، والمعالجة المعرفية كلها فعّالة في خفض أعراض PTSD.¹²⁹

وهناك تقنيات علاجية أخرى تابعة للعلاج المعرفي السلوكي، ومنه الاسترخاء، التدريب على تأكيد الذات، تقنيات إدارة القلق وحل المشكلات، وهي تقنيات تكميلية تساعد المريض على تحسين مهاراته الاجتماعية وعلى تحسين صورة الذات مما يساهم في تقويته على تجاوز اضطراب PTSD.

¹²⁶ JEHEL L, LOPEZ G et al, Ibid,p204

¹²⁷ NUTT DJ, STEIN MB et al,p101

¹²⁸ GUAY S, MARCHAND A, **Les troubles liés aux évènements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitement**,p200.

¹²⁹ NUTT DJ, STEIN MB et al, p110..

13-4- العلاج بالعقاقير (PHARMACOTHERAPY):

هناك اعتقاد قويّ بأن العلاج بالعقاقير علاج هام في PTSD، إذ ثبت أنّ عددا من الميكانيزمات العصبية البيولوجية وثيقة الصّلة بهذا الاضطراب، كما أن المريض بـ PTSD يُظهر شذوذا في الأجهزة العصبية البيولوجية الأساسية¹³⁰، من ذلك تناقص حجم قرن آمون ونتأجه على النشاط الفيزيولوجي للمحور (مهيد- نخامية)، وكذلك تناقص تركيب الغليكو كورتكوستيرويد، ولذلك فإن إعادة بناء النقل العصبي للنورادرينالين، والسيروتونين، والغليتامات، والهيستامين هو أحد الأهداف التي يرجى تحقيقها من خلال العلاج بالعقاقير من أجل تحسين التدهور الناتج عن اختلال وظيفة محور (قرن آمون- مهيد- النخامية). كما يستهدف هذا العلاج مناطق دماغية أخرى أهمها اللوزة¹³¹

حدّد DAVIDSON (2000) ستة أهداف علاجية موجهة للأعراض التي تكوّن نواة هذا الاضطراب:

* تقليل مرحلة الأعراض الاقترامية.

* تحسين أعراض التجنب.

* تقليل فرط الاستجابة العصبية الإعاشية.

* تحسين الأعراض الاكتئابية وغياب المتعة (Anhedonia).

* التّحكم في الاندفاعية.

* التحكم في التّمظهرات التفككية.¹³²

وجدت أغلب التجارب –وليس كلها- أنه يحدث تحسّن لدى المصابين بـ PTSD عند تناول الأدوية التالية: Imipramine, Amitriptyline, Phenelzine, Fluoxetine, Propranol. وترى بعض الدراسات أن مضادّات الاكتئاب Tricyclic antidepressant

¹³⁰ FOA EB, KEANE TM et al, **Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies**, New York, (2nd ed), Guilford Press, 2009, p247. (mai2010).

http://books.google.fr/books?id=MFyEg007YEIC&printsec=frontcover&dq=EFFECTIVE+TREATMENT+FOR+PTSD&hl=fr&ei=SkswTZOVmMNTS4gbLpZXFCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=EFFECTIVE%20TREATMENT%20FOR%20PTSD&f=false

¹³¹ GUAY S, MARCHAND A, Ibid, p34.

¹³² DECLERCQ M, LEBIGOT F et al, Ibid, p291.

و MAOI (MonoAmine Oxidase Inhibitor) عموماً فعّالة لدى المصابين بـ PTSD خاصة على مستوى أعراض الاقتحام والتجنب¹³³.

إذن العلاج بالعقاقير مهم في حالة PTSD إلا أن ظهور الآثار الجانبية، وعدم انضباط المريض في تناول دوائه، والتكلفة المالية الكبيرة للأدوية الجديدة تقلل من التأثير التام للعلاج بالعقاقير¹³⁴. لذلك من الأفضل عدم الاكتفاء بالعلاج بالعقاقير بل إرفاقه بالعلاج النفسي لتسريع العلاج، وتفادي حدوث الانتكاسات، والإلمام بمختلف الجوانب التي تأثرت بالصدمة؛ أي الجانب النفسي، والعقلي، والجسدي.

13-5- العلاج بـEMDR:

وهي من أحدث التقنيات العلاجية، ظهرت على يد F.SHAPIRO في نهاية الثمانينات من القرن العشرين، ووجّهت أساساً لعلاج الذكريات الصدمية واضطراب PTSD. ومع مرور الوقت أصبحت هذه التقنية تطبق في علاج اضطرابات أخرى حيث تكون الأعراض ناتجة عن خبرة سابقة مربكة.

وقد أثارت هذه التقنية جدلاً كبيراً حول الأساس النظري الذي تقوم عليه وحول العنصر الفعّال، إلا أن ذلك لم يمنع من إقبال العياديين على التدريب عليها وممارستها في مختلف أنحاء العالم، خاصة بعد أن ثبتت فعاليتها، وقد اعترفت بذلك عدّة هيئات علمية عالمية. وسنسعى في الفصل القادم إلى تسليط الضوء على هذه التقنية.

¹³³ SCOTT MJ, PALMER S, Trauma and Post Traumatic Stress Disorder,p06.

¹³⁴ FOA EB,KEANE TM et al,p247.

سنعمل في هذا الفصل على استكشاف أغوار تقنية EMDR ، حيث نعرف تاريخ ظهور التقنية، وأولى التجارب التي قامت بها العالمة F.SHAPIRO، ثم نتطرق إلى الأساس النظري الذي تقوم عليه، ونمرّ بعدها إلى بروتوكول التقنية، ثم نوضّح كيفية تأثير الصدمة على نظام المعالجة التكييفية للمعلومات ودور عناصر EMDR في معالجة المعلومات، وبعد تعرّفنا على التقنية بصورة عامة نستعرض أهم الانتقادات الموجهة لها، ثم نقوم بمقارنة بين فعالية هذه التقنية وفعالية علاجات أخرى، وبعدها ندرج بعض الهيآت العلمية المعترفة بفعالية التقنية، ونختم الفصل باستعراض بعض مجالات تطبيق التقنية.

1- تعريف تقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR":

عرّفتها جمعية EMDR-FRANCE بأنها "علاج بالإدماج العصبي الانفعالي عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها)، وهي تقنية علاجية اكتشفتها الأخصائية النفسية الأمريكية F.SHAPIRO في 1987، حيث تسمح EMDR باستئناف المعالجة التكيفية الطبيعية للمعلومات المؤلمة المكبوحه، كما تسمح بتحريك الإمكانات النفسية، وترميم تقدير الذات المنخفض"¹

2- إشكالية ترجمة "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" إلى العربية:

وجدنا- بناء على المراجع التي اطلعنا عليها- الترجمات التالية:

1 ترجمة غسان يعقوب:

أطلق الكاتب على تقنية " Eye Movement Desensitization and Reprocessing " اسم "حركة العينين"² لكنه لم يوضح الترجمة الحرفية والكاملة لاسم التقنية، ولم يذكر أنه اختصر اسم التقنية في "حركة العينين".

ولذلك نرى أنه من الأفضل ألاّ تبنى هذه الترجمة.

2 ترجمة فيصل الزرّاد:

وضع الكاتب ترجمتين لـ" Eye Movement Desensitization and Reprocessing " وهما:

- إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة بناء البنية المعرفية³.

- إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة تركيب البنية المعرفية⁴.

وفيما يلي ملاحظات حول الترجمة:

¹ http://www.emdr-france.org/#sommaire_5

² غسان يعقوب، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ص133.

³ فيصل محمد خير الزرّاد، العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، ص312.

⁴ المرجع نفسه، ص319.

أ - لم يلتزم الكاتب بترجمة وحيدة لاسم هذه التقنية، وهذا أمر هام جداً، فمن قواعد الترجمة الالتزام بترجمة وحيدة للمصطلح والاحتفاظ بها طيلة المؤلف.
ب - الترجمة غير واضحة وهي تحيلنا إلى معنيين:

المعنى الأول: يمكننا أن نفهم من الترجمة أن إزالة الحساسية تتم عن طريق تحريك العينين وعن طريق بناء البنية المعرفية، ونعبر عن هذا رياضياً كما يلي:

إزالة الحساسية عن طريق (تحريك العينين+إعادة بناء البنية المعرفية).

إلا أن هذا المعنى لا يتماشى مع حقيقة التقنية، وهكذا فإن الترجمة قد أخذت بمعنى المصطلح الأصلي ولم تعد تدلّ عليه.

المعنى الثاني: كما يمكننا أن نفهم من الترجمة كذلك أن التقنية اسمها:

(إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين)+ (إعادة بناء البنية المعرفية)

وهذه هي الترجمة التي من المحتمل أن يقصدها الكاتب، إلا أنها تختلف هي الأخرى عن معنى التقنية، إذ أن تقنية EMDR تعمل -حسب SHAPIRO- على إزالة الحساسية كما تعمل على إعادة بناء البنية المعرفية، وكلتا العمليتين تتم عن طريق تحريك العينين.

ج - إن كلمة "Movement" يمكن ترجمتها إلى العربية "حركة" أو "حركات"، أما استعمال الكاتب كلمة "تحريك" فيقابلها في اللغة الإنجليزية كلمة "Moving".

د- ترجم الكاتب كلمة "Reprocessing" إلى العربية بـ"إعادة بناء/تركيب البنية المعرفية"، إلا أننا نلاحظ أن كلمة "Reprocessing" تضم شقين:

السابقة: "Re" وتعني إعادة (مرة ثانية).

"Processing": ويمكن ترجمتها "معالجة".

وبالتالي "Reprocessing" تعني "إعادة معالجة".

كما أن اسم التقنية Eye Movement Desensitization and Reprocessing لا يحتوي على كلمة تعني "معرفي" أو "معرفية" أو "بنية معرفية" (cognitive structure)، ومع ذلك قد نتقبل أن يترجم الكاتب كلمة "Reprocessing" بـ"إعادة البنية المعرفية" لأن ترجمته لتلك الكلمة لن تخلّ بالمعنى المقصود، وهذا ما نلاحظه في الترجمة الرسمية لاسم التقنية "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" والتي أقرّها المعهد الوطني للصحة

والبحوث الطبية (INSERM) الفرنسي سنة 2006، وهي كالتالي: "الإدماج العصبي الانفعالي بحركات العينين"⁵

وبناء عمّا تقدم، زوى أن ترجمة "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" هي كالتالي: "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين". ونظرا لطول هذه التسمية فضلنا أن نلتزم بالاختصار الإنجليزي لاسم التقنية أي "EMDR" وسرّ عنتمده طيلة هذا البحث.

3- تاريخ ظهور EMDR:

كان اكتشاف Francine SHAPIRO لـ EMDR محض صدفة تقريبا، ففي سنة 1987 عندما كانت تنتزه في حديقة وذهنها مشغول بمشاكلها الخاصة وبأفكار سلبية بينما عينها تجولان هنا وهناك، لاحظت أن تلك الأفكار قد تغيرت حيث تلاشت منها الشحنة الانفعالية السلبية فلم تعد تسبب لها تلك [الذكريات] أي ضيق، بل إن استحضارها صار شيئا عاديا، فخطر ببالها أن حركات عينها هي سرّ هذا التغيير.

وبعدها اقترحت على أصدقائها وزملائها وبعض المتطوعين إخضاعهم لنفس الوضعية التي عاشتها للتأكد ممّا تظنه، حيث كانت تطلب من كل واحد أن يستحضر في ذهنه ذكرى حدث مازال إلى الآن يسبب له ضيقاً أو انزعاجاً، مثل ذكرى تعرّض لإهانة أو سخرية، ولكن ليس بالضرورة أن تكون تلك الذكرى مرضية (Pathological memory)، وفي نفس الوقت يتابع بعينيه حركات أصابع يدها التي تلوح بها أمامه وتحركها يمينا وشمالا، وقد وصلت إلى نتائج مذهلة، حيث تناقص لدى هؤلاء الأفراد الضيق الانفعالي الذي كان يراودهم من قبل إزاء ذكرياتهم المقلقة.

وبعد 6 أشهر بلغ عدد الأفراد الذين طبقت عليهم تجاربها 70 فرداً، حيث جرّبت عليهم حركات العينين بأشكال مختلفة (حركات أفقية/ عمودية/ مائلة، حركات سريعة/بطيئة، حركات في مجال واسع/ مجال ضيق،..)⁶ بعدها أرادت SHAPIRO أن تختبر فعالية طريقتها على الذكريات الصدمية، فطبقت EMD على أحد محاربي الفيتنام القدامى ويدعى

⁵ KEDIA M, SEGUIN AS, Ibid, p239.(Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires)

⁶ CROCQ L, DALLIGAND D et al, Ibid, p158.

(Doug) (سنعرض هذه الدراسة لاحقاً). وتلتها أول دراسة مضبوطة طبقت على 22 فرداً، ونشرت SHAPIRO هذه الدراسة الهامة سنة 1989⁷ (سنعرض هذه الدراسة لاحقاً).

ورغم أهمية هذه الدراسة إلا أنها لاقت اهتماماً ضئيلاً، ومع ذلك استمرت SHAPIRO في تجاربها، وقد "أضافت سنة 1991 كلمة Reprocessing/إعادة المعالجة إلى اسم التقنية لتؤكد على العنصر المعرفي، وعلى عنصر معالجة المعلومات، وهي عناصر مركزية في إجراءات EMDR"⁸

كانت SHAPIRO قد عرضت طريقتها - منذ البداية- على العالم J.WOLPE، فأراد أن يتأكد بنفسه من فعالية التقنية وأجرى تجربته على امرأة تعرّضت سابقاً للاغتصاب وتعاني على إثر ذلك من PTSD وتوصل إلى نتائج باهرة بتطبيقه EMDR⁹، ونشر دراسته سنة 1991.

وهكذا تغير الوضع تماماً، واستقطبت دراسة SHAPIRO وتقنياتها اهتمام العلماء وتمّ نشر أكثر من 100 دراسة حالات [إلى غاية 2007]، كما نشرت أكثر من 20 دراسة مضبوطة حول EMDR و PTSD فقط، وهذا ما يجعل البحوث حول EMDR تتفوق بطريقة دالة على أي مقارنة علاجية نفسية أخرى أو أي مقارنة علاجية نفسية بالعقاقير¹⁰، بل يمكننا القول أنه بفضل EMDR تعرّف العلماء أكثر على PTSD فمنذ أدخل DSM-III سنة 1980 تشخيص PTSD إلى غاية 1992 كانت توجد فقط 6 دراسات مضبوطة ضمن كل العلاجات النفسية لـ PTSD¹¹، أما بعد اكتشاف EMDR فقد تضاعف عدد الدراسات حول PTSD وعلاجاته.

⁷ Shapiro F: **Efficacy of Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories**, Journal of Traumatic Stress, Avril 1989, vol2, issue 2, USA, pp(199-223), Published online 19feb2006.
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112447317/abstract>

⁸ FREEDMAN C, POWER MJ, **Handbook of evidence- based psychotherapies: A guide for research and practice**, UK, John Wiley & sons, 2007, p93. (june 2010)
<http://books.google.fr/books?id=gslg25mz7emc&pg=100&dq=emdr&lr=&cd=65#v=onepage&q=emdr&f=false>

⁹ فيصل الزراد، م.س، ص317.

¹⁰ FREEDMAN C, POWER MJ, **Handbook of evidence- based psychotherapies: A guide for research and practice**, p94.

¹¹ FREEDMAN C, POWER MJ, Ibid, p94.

وقد نشرت SHAPIRO سنة 1995 كتيباً يضم 40 صفحة تصف فيه بالتفصيل التقنية كما تصوّرتها آنذاك¹².

4- أولى التجارب:

سنستعرض فيما يلي دراستين/تجربتين هامتين قامت بهما SHAPIRO في بداية مشوارها: تكمن أهمية الدراسة الأولى في أن SHAPIRO تختبر لأول مرة فعالية EMD على الذكريات الصدمية، وكانت هذه التجربة على حالة فريدة (حالة DOUG)، أما الدراسة الثانية فتكمن أهميتها في أنها تمثل أول دراسة مضبوطة تجريها SHAPIRO على تقنياتها.

4-1- الدراسة الأولى: أول دراسة على الذكريات الصدمية.

أجرت SHAPIRO أول دراسة على الذكريات الصدمية سنة 1987 على رجل متطوع يدعى DOUG، وهو مستشار في البرنامج المحلي لقدامى المحاربين، وكان DOUG شخصاً متكيفاً وناجحاً، إلا أنه تراوده باستمرار ذكرى مروّعة، فأثناء أدائه الواجب في الفيتنام في الستينات (1960s) كان جندياً من المشاة، وفي أحد الأيام بينما كان يفرغ الجنود الأموات من طائرة الإنقاذ، جاءه زميله بأخبار مرعبة حول القبض على إحدى مجموعاتهم.

طلبت SHAPIRO -أثناء الجلسة العلاجية الوحيدة- أن يحتفظ في ذهنه بتلك الذكرى بينما يتابع يدها بعينيه، وبعد سلسلتين أو ثلاث سلسلات (Sets) من تحريك العينين أقرّ DOUG بأن ذلك المشهد قد تغير، فالجزء السمعي من الذكرى تلاشى، ثم أصبح ما يراه من تلك الذكرى يقتصر فقط على فم زميله يتحرك دون أن يصدر أي صوت.

وبعد عدة سلسلات من تحريك العينين، أخبرها DOUG أن المشهد صار يشبه "رقاقة مدهونة موضوعة تحت الماء" (A paint chip under water) وأنه الآن صار يشعر بالهدوء، وقال: أخيراً، يمكنني أن أقول أن الحرب انتهت ويمكن للجميع أن يعودوا إلى الديار... بعد ذلك طلبت منه SHAPIRO أن يفكر في الفيتنام، وبدلاً من أن تظهر صورة الأجساد الميتة ظهرت في ذهنه ذكرى أول مرة يطير إلى البلد (الفيتنام) والذي كان يبدو له مثل جنة الفردوس، وكانت هذه هي المرة الأولى منذ 20 سنة- التي يتذكر فيها DOUG صورة إيجابية للفيتنام.

¹² VAIVA G, LEBIGOT F et al, Ibid, p62.

بعد 6 أشهر عندما قامت SHAPIRO باستجوابه حول الذكرى الصدمية أخبرها أن التأثيرات الإيجابية مازالت مستمرة، وأن الصور المربكة (Disturbing images) لم تعد من جديد منذ تلقيه العلاج بل أنه عندما يرغب في استحضار تلك الذكرى [الصدمية] فإنها تبدو له مثل رقاقة مدهونة موضوعة تحت الماء، ولم يعد يشعر بأي ضيق (Distress) عندما يستحضر تلك الذكرى¹³

وهكذا ثبت لـ SHAPIRO أنه يمكن لتقنيته أن تصل إلى الذكريات الصدمية وأن تعالجها. وبهذه النتائج المشجعة قررت إجراء أول تجربة مضبوطة. وذلك بإخضاعها لشروط علمية صارمة، وفيما يلي تفاصيل التجربة.

4-2- أول دراسة مضبوطة: First controlled study

في 1989 قامت SHAPIRO بنشر دراسة مضبوطة لتقييم فعالية EMD في علاج الذكريات الصدمية (Traumatic memories) حيث كان عدد المشاركين 22 فرداً، شُخص 18 منهم بأن لديهم اضطراب PTSD وتتراوح أعمارهم من 11 إلى 53 سنة، وقد تلقوا علاجات سابقة تتراوح مدتها ما بين شهرين و 25 سنة، وهم يعانون من ذكريات صدمية منذ سنة واحدة إلى 47 سنة، قُسم المشاركون عشوائياً (randomly) إلى مجموعتين، وتلقوا جلسة واحدة إما بالعلاج بـ EMD أو جلسة تحكم كاذب (Placebo control)؛ حيث تطلب من هذه المجموعة التركيز على تلك الذكرى المربكة ووصفها بالتفصيل. كان عدد مرات مقاطعة المجموعتين متساوياً، حيث تُطرح على المجموعتين نفس الأسئلة بهدف مراقبة تأثيرات الخضوع للتجربة.

تم قياس ثلاث متغيرات في هذه الدراسة وهي: مستوى الارتباك الانفعالي (Level of emotional disturbance)، صدق اعتقاد الفرد حول نفسه على إثر الحدث [الصدمي]، أما المتغير الثالث فهو ارتياح الفرد من العلامات السلوكية الأولية لـ PTSD (الكوابيس، Flashbacks والأفكار الاقتحامية). وقد استعمل سلم وحدات الارتباك الذاتي (SUD Subjective Units of Disturbance) وهو سلم طوره J.WOLPE واستخدمه في طريقته المسماة إزالة الحساسية المنتظمة (Systematic Desensitization).

¹³ SHAPIRO F, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures**, USA, Guilford Press, 2001,(May2010) p(8-9)

<http://books.google.fr/books?id=od9iiN6MFGQC&prinsec=frontcover&dq=emdr&ccq=1#v=onepage&q=emdr&f=false>

ففي البداية طلبت SHAPIRO من كل مريض أن يستحضر في ذهنه الذكرى [الصدمية] ويحتفظ بها ثم يعبر عددياً عن الارتباك الذي يشعر؛ حيث الرقم صفر (0) يعني كل شيء على ما يرام. والرقم (10) يعني أعلى مستوى من الارتباك.

ويتم قياس مستوى الضيق/الارتباك باستعمال سلم SUD قبل الخضوع للعلاج، وبعده مباشرة، وكذا بعد مرور شهر، و3 أشهر من العلاج (1- and 3-month follow up)

بالنسبة للمجموعة التي تلقت العلاج بـEMD وجدت SHAPIRO أن مستوى SUD انخفض من 7.45 في بداية العلاج إلى 0.13 مع نهاية العلاج.

أما المجموعة التي تلقت علاجاً كاذباً (Placebo group) والتي ركزت على الذكرى [الصدمية] وقامت بوصفها، فإن درجة SUD لديها تغيرت من 6.77 [قبل العلاج] إلى 8.31 [بعد العلاج]، فهذه الزيادة في القلق بدلا من نقصانه هي نتيجة معتادة في الممارسة العيادية، وغالبا ما نلاحظها لدى المرضى عندما يركزون أو يتحدثون فقط عن صدمتهم.

بعد ذلك أخضعت SHAPIRO المجموعة الثانية إلى العلاج EMD فلاحظت أن مستوى الارتباك قد انخفض لديهم وبلغ 0.13. وبعد مرور شهر، و3 أشهر وجدت أن التأثيرات العلاجية الإيجابية ظلت على حالها.

* المتغير الثاني الذي درسته SHAPIRO هو مدى صدق الاعتقادات لدى الأفراد الذين يعانون من PTSD، فعلى سبيل المثال: ضحية الاغتصاب التي قهرها المعتدي وصارت تعتقد [على إثر ذلك الاعتداء] ما يلي: "أنا التي ألام، كان يجب أن أفعل شيئاً"، وهنا يُفترض أن تلك الاعتقادات غير معقولة (Irrational)، وإذا ما تعافى الفرد من صدمته فذلك سيؤدي إلى تغيير نحو اعتقادات وأفكار أكثر عقلانية، مثل: "لست أنا المُلأمة، لقد فعلتُ أفضل ما لدي". كما وُجد أن تقبل الذات (Self acceptance) وتحرك الفرد نحو الاعتقادات الأكثر إيجابية أصبح علامة دالة على أن المعلومات الصدمية قد تم حلها وإدماجها.

ومن أجل قياس صدق ذلك الاعتقاد، طورت SHAPIRO سلماً دلاليّاً تفاضليّاً (Semantic Differential Scale) ويدعى سلم صدق الاعتقادات (Validity Of Cognition scale) (VOC). ففي البداية طلبت من الأفراد استحضار الذكرى الصدمية، وذكر الاعتقاد السلبي المرتبط بها، ثم طلبت منهم تحديد ما يفضلون اعتقاده إزاء أنفسهم، مثلا (أنا جيد)، (أنا أتحكم في نفسي)، (أنا الآن في أمان)، وبعدها طلبت منهم التركيز على هذا الاعتقاد الإيجابي وقياس إلى أي مدى هذا الشعور صحيح، ويكون ذلك على سلم VOC حيث الرقم 01 يعني خاطئ تماماً [أي أشعر أن هذا الاعتقاد الإيجابي خاطئ تماماً]

أما الرقم 07 فيعني صحيح تماماً [أي أشعر أن هذا الاعتقاد الإيجابي صحيح تماماً]

وهنا من المهم جداً في VOC أن تتم الإجابة على السؤال بناءً على شعور الفرد وليس بناءً على تقييحه الفكري للوضع.

وقد وجدت SHAPIRO أن قيمة VOC بالنسبة لمجموعة EMD كان 3.95 قبل العلاج، وصار 6.75 بعده. أما مجموعة (Placebo group) فإن نتائج VOC كانت 2.95 قبل العلاج، وصارت 2.36 بعده.

إلا أن هذه المجموعة تلقّت فيما بعد العلاج بـEMD فكان VOC في بداية العلاج 2.36، وبلغ 6.77 في نهاية العلاج.

*كان المتغير الثالث الذي درسته SHAPIRO يتمثل في الارتياح من الأعراض الكبرى لـPTSD (Relief from major symptoms of PTSD) وهي الكوابيس (Nightmares)، وFlashbacks، والأفكار الاقترامية (Intrusive thoughts).

من بين 22 مشاركاً وجدت SHAPIRO تأييداً خارجياً يتمثل في زوجات وأفراد عائلات 18 مشاركاً أو معالجهم، وقد استعانت بهم للتأكد من أن الأعراض المرتبطة بالذكري الصدمية التي تم علاجها بـEMD قد اختفت تماماً أو تناقصت، وهذا فعلاً ما أكدوه لها. فعلى سبيل المثال عندما تتذكر ضحية الاغتصاب عملية الاعتداء فإنها لم تعد تُظهر درجة عالية من الانفعال كما في السابق.

فمن بين الأفراد الذين خضعوا لتجربة SHAPIRO نجد حالة طبيب نفسي لديه تاريخ طويل من العنف وكوابيس مخيفة (وهذا ما أكدته زوجته)، وأكد المريض بأنه بعد تلقيه العلاج حلم في تلك الليلة بالذات أن مجموعة الساموراي يطاردونه لتعذيبه، وفي تلك اللحظة -ودون خوف منهم- استدار لهم وانحنى لهم بطريقة طقوسية، فبادلوه الانحناءة وجمعوا قواهم ورحلوا جميعاً. وهكذا انتهى هذا الكابوس العنيف.

وفي حالة أخرى وهي محارب الفيتنام، حيث تحدّث عن كوابيس متكررة مفادها أن شخصاً ينزلق من مكان نومه ويتجه إليه ويقطع رقبتة. وفي الليلة الموالية لتلقي العلاج بـEMD تعرّف المحارب على وجه ذلك الشخص المعتدي وعرف أنّ وجهه هو نفسه.. ومنذ تلك الليلة لم يعاوده ذلك الكابوس مرة أخرى.

وبناء على هذه التجربة المضبوطة توصلت SHAPIRO إلى أن الصور المتعلقة بالأحلام كانت أهدافاً (Targets) جيدة لبلوغ المواد المربكة والتي تساهم في الشكاوى الحالية.¹⁴

وهكذا تأكدت SHAPIRO أن EMD ذو فعالية على الذكريات (الصور) الصدمية وكانت هذه هي الدراسة الرائدة والتي مثلت SHAPIRO الخطوة الراسخة الأولى نحو التعمق في تقنياتها العلاجية الجديدة وتطويرها.

قبل أن نتعمق في معرفة تقنية EMDR يستوقفنا السؤال التالي: هل كانت F.SHAPIRO أول من انتبه إلى دور حركات العينين في التخفيف من الاضطراب النفسي؟ أم أن هناك من سبقها إلى ذلك؟ وإذا كان هناك علماء سبقوها فمن هم هؤلاء العلماء؟ وما الذي توصلوا إليه؟ وسنسعى في العنصر الآتي للإجابة على هذه الأسئلة.

5- SHAPIRO : سابقة.. أم لاحقة..

يبدو - من خلال المراجع التي اطلعنا عليها - أن SHAPIRO لم تكن أول من اكتشف الدور الهام لحركات العينين، وقد سبقها إلى ذلك العالم (R.VITTOZ) في مطلع القرن 20، والعالم أنتروباس وزملاؤه (ANTROBUS and coll.) في ستينات وسبعينات القرن الماضي.

وسنتطرق فيما يلي لكل عالم.

5-1- فيتوز روجر (Roger VITTOZ) :

* من هو (Roger VITTOZ)؟

فيتوز هو طبيب سويسري، ولد سنة 1863 وتحصل على شهادة الطب في 1886، وكانت عبقريته تكمن في اكتشافه "الاهتزازات الدماغية" سنة 1906، وقد نشر كتابه الوحيد بمنشورات BAILLIERE في باريس سنة 1911، وعنوانه: "علاج العصابات النفسية بإعادة تأهيل التحكم الدماغية". لم يكن VITTOZ ينتمي لأي مدرسة، وبعد تخصصه

¹⁴ Kaslow FW, Jeffrey J et al, **Comprehensive handbook of psychotherapy: cognitive-behavioral approaches**, USA, Edition John wiley & Sons, 3rd ed, vol 2, 2002,p(242-243) (may2010).

http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=2_wiyestqocc&pg=pa266&dq=comprehansive+h andbook+of+psychotherapie+emdr&lr=&hl=fr&cd=1#v=onepage&q=&f=false

كأخصائي نفسي ذاع صيته خارج حدود سويسرا ؛ في فرنسا، وأنجلترا، والولايات المتحدة الأمريكية. توفي في أبريل 1925.¹⁵

*أهم ما جاء به هذا العالم:

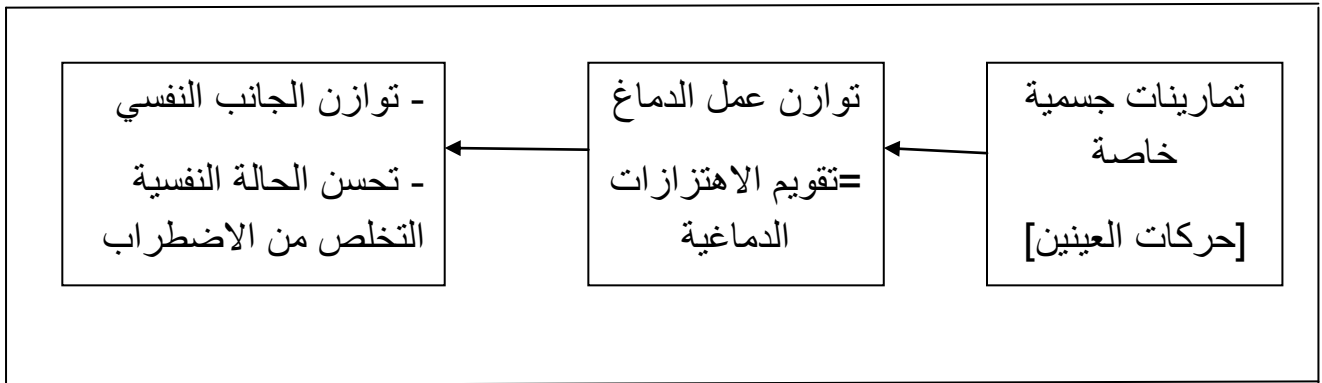
تتمثل عبقرية VITTOZ في اعتقاده أولاً ثم العمل على اكتشاف تلك القدرة الطبيعية للدماغ البشري على استعادة عافيته، ثم بحثه عن مفاتيح كل ذلك

- تحدث VITTOZ عن "ثنائية الدماغ البدائي والشعوري" وكان يرى أن كل شيء يتم تبادله داخل أدمغتنا، إلا أن التأثيرات المتأخرة للصدمات العاطفية هي التي تقطع الاتصال بين الدماغين.

أهم اكتشاف لـ VITTOZ هو الاهتزازات الدماغية، حيث هناك نمطان في عمل الدماغ؛ نمط الاستقبال ونمط الإرسال، وتنتج الاهتزازات الدماغية على إثر عمل الدماغ. كما أن إعادة تأهيل هاتين الوظيفتين هي قاعدة طريقة VITTOZ.¹⁶

وكان هذا العالم يبحث أساساً عن كيفية تقويم الاهتزازات الدماغية لمساعدة الدماغ على استعادة وظيفته، فطريقة VITTOZ تمثل علاجاً نفسياً حقيقياً لأن مختلف التمرينات الجسمية تؤثر على عمل الدماغ والذي بدوره يؤثر في حالة توازنه- على الجانب النفسي¹⁷.

ويمكننا أن نلخص طريقة VITTOZ في المخطط التالي:



¹⁵ MORTIER J, **Réactiver les fonctions naturelles du cerveau : Le docteur VITTOZ, un repercusseur**, France, Pierre TEQUI éditeur, 2005, (MAI 2010), p13.

<http://books.google.fr/books?id=fdAb-cb3yjsc&pg=pa78&dq=emdr&lr=&hl=fr&cd=16#v=onepage&q=emdr&f=false>

¹⁶ MORTIER J, **Réactiver les fonctions naturelles du cerveau : Le docteur VITTOZ, un repercusseur**, p11.

¹⁷ OP.CIT,p13.

شكل (03): مخطط توضيحي لطريقة VITTOZ (إعداد الباحثة).

*رسومات VITTOZ، وحركة العينين، وعلاج الاضطرابات النفسية:

- اكتشف VITTOZ أهمية العديد من الرسومات وتأثيرها على الدماغ، فقد أجرى هذه الرسومات سواء على حامل معين مثل ورقة، لوحة، أو في الفضاء، ويطلب من مرضاه إعادة الرسم التدريجي لهذه الرسومات ذهنياً.

- أكد VITTOZ على أهمية تكرار هذه الرسومات الذهنية والهدف من ذلك هو الوصول إلى التركيز الجيد.

كان الرسم الأساسي الذي اعتمده VITTOZ هو علامة ما لانهاية (∞) (Infinity symbol) حيث تؤدي هذه العلامة إلى انشراح في الدماغ، كما استعمل الخط العمودي.

- كان VITTOZ يطلب من مرضاه الذين يعانون نفسياً كثيراً (اكتئاب، قلق، ضغط، ..) أن يقوموا بتلك التمارينات خلال 10 دقائق، وأن يكرروا ذلك كل ساعتين ولقد رجع إليه مرضاه بعد ثلاثة أسابيع وهم معافين، إذ أنهم أجروا حركات العينين تلك لمدة طويلة وبطريقة متكررة جداً، فالفعالية تكمن -إذن- في التكرار.¹⁸

*بعض النقاط المشتركة بين طريقة VITTOZ وEMDR:

يمكننا أن نلخص بعض نقاط التشابه بين الطريقتين في الجدول التالي

طريقة VITTOZ	EMDR
- الدماغ البشري لديه قدرة طبيعية على استعادة عافيته ²¹ .	- من مبادئها: مبدأ التعافي الذاتي أي قدرة الدماغ على استعادة عافيته بنفسه ¹⁹ .
- الشكل الأساسي المستعمل: علامة (∞)، وكذا الخط العمودي ²² .	- من بين الأشكال المستعملة في حركات العينين: علامة (∞)، الاتجاهات نصف الدائرية، الحركات العمودية ²⁰ .

جدول (01): التشابه بين EMDR وطريقة VITTOZ (إعداد الطالبة)

¹⁸ MORTIER J, Ibid, p77.

¹⁹ SHAPIRO F, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures**, p32.

²⁰ MORTIER J, Ibid,77.

²¹ Op.cit, p11.

²² Op.cit, p77

من خلال عرضنا لأهم ما جاء به VITTOZ يمكننا القول أن هذا الأخير سبق SHAPIRO في اكتشاف دور حركات العينين العلاجي.
5-2- أنتروباس وزملاؤه: ANTROBUS and coll.

عكف هذا العالم وزملاؤه على دراسة النشاط الحركي للعينين، وأثبتوا في تجارب نسقيّة (Systematic experiments) أن الحركات التلقائية للعينين ترتبط بتغييرات في الانفعالات والأفكار غير السارة، كما لاحظوا أن خصائص حركات العينين تتعلق بطريق دالة ببعض الاستجابات المعرفية.

وقد أقرّ هذا العالم وزملاؤه -على سبيل المثال- أن محاولة إيقاف سلسلة من الأفكار السلبية أو المسببة للقلق باستعمال حركات العينين يمكنها أن تؤدي إلى سلسلة من التغييرات السريعة في النشاط المعرفي.

وقد سأل ANTROBUS إحدى مريضاته -خلال إجراء تجربته- عن طبيعة الأفكار التي راودتها، بعدما لاحظ سلسلة من حركات العينين (حركات سريعة، ذهاباً وإياباً مثلما نفعله أثناء القراءة) خلال مجال 1-5 ثوان، وأخبرته المريضة أن حركات العينين كانت تبعاً لظهور أفكار مؤلمة جداً، فاستنتج العالم أن حركات العينين بالطريقة المذكورة ترتبط بتغييرات في المحتوى المعرفي.²³

والنتيجة التي نخرج بها انطلاقاً من عرضنا لأعمال VITTOZ و ANTROBUS أن الأول انتبه إلى دور حركات العينين في تعديل عمل الدماغ، ومن ثمة في علاج الاضطراب النفسي، وهذا ما يتماشى مع ما توصلت له SHAPIRO. أما العالم ANTROBUS وزملاؤه فإن تجاربهم تؤكد على أن حركات العينين تتماشى مع المحتوى المعرفي والحالة الانفعالية للفرد، فحركات العينين يمكن اعتبارها مرآة عاكسة لما يجول بذهن الفرد من أفكار وما يدور في نفسه من انفعالات.

6- الأساس النظري لـEMDR:

نموذج المعالجة التكييفية للمعلومات : (Adaptive Information Processing model)
(AIP model):

6-1- تعريف نموذج المعالجة التكييفية للمعلومات:

²³ Kaslow FW, Jeffrey J et al, **Comprehensive handbook of psychotherapy: cognitive-behavioral approaches**,p141.

إن الفهم الجيد لتقنية EMDR يتطلب منا استيعاب نموذج AIP ، فهذا الأخير يمثل "الأساس النظري الذي تقوم عليه مقاربة EMDR"²⁴، وهو افتراض حول الطرق التي يمكن أن يستعملها الدماغ لمعالجة الخبرات [المعلومات] والوصول إلى حل تكيفي، مما يساهم في ترسيخ معنى الكفاءة (Worth)، الراحة (Wellbeing)، والفعالية (Effectiveness) للفرد²⁵.

ونموذج AIP هو نموذج عصبي فيزيولوجي في طبيعته، ولذلك نجد أن SHAPIRO استعانت بمصطلحات معالجة المعلومات العصبية الفيزيولوجية (Neurophysiological Information Processing) التي أدخلها العالم BOWER (1981) والعالم LANG (1979) وكذا مفاهيم علم النفس الفيزيولوجي مثل الشبكة العصبية الفيزيولوجية أو الشبكات العصبية (Neuronetworks)²⁶، وقد رأت أن "استعمال مصطلحات ليس لديها مرجعية أو دلالة عصبية فيزيولوجية محددة ودقيقة هو أمر هام جدا في التأكيد على فكرة أن فعالية EMDR لا تقوم على صدق وصحة النموذج الفيزيولوجي المقدم، لأن فيزيولوجية الدماغ مازالت غير مفهومة وغير واضحة بعد"²⁷

وبكلمات أبسط: تؤكد SHAPIRO على أن النموذج المفسر لفعالية تقنياتها لا يتمتع بالصدق التام، وهذا راجع لكونه يقوم على معلومات فيزيولوجية عصبية مرتبطة بالدماغ غير كافية وغير صحيحة وغير دقيقة، إلا أن هذا النموذج لا يتناقض مع ما توصل إليه العلم إلى حد الآن حول فيزيولوجية الدماغ، إذ أن البحث في مجال فيزيولوجية الدماغ مازال ضعيفا، والنتائج المتوصل إليها غير أكيدة وغير كافية، وعليه، فإن فعالية EMDR لا تتوقف على صحة النموذج المفسر.

وقد كررت SHAPIRO هذه الفكرة وأكدت عليها في قولها: "قَدِّمْتُ نموذجاً نظرياً [تقصد نموذج AIP] لتفسير التأثيرات العيادية لـ EMDR وليس لإثبات وجود آليات خاصة"²⁸، وصرّحت أن النموذج يبقى مجرد فرضية، وهو قابل للتغيير القائم على الملاحظات المخبرية والعيادية²⁹

²⁴ Hensley BJ, **An EMDR primer: From practicum to practice**,p254.

²⁵ RUBIN A, SPRINGER DW, **Treatment of traumatized adults and children: clinician's guide to evidence-based practice**, New Jersey, John Wiley & sons, , 2009, p261(MAY2010) <http://books.google.fr/books?id=209kjuttu6kc&pg=pa416&dq=emdr&lr=&cd=71#v=onepage&q=emdr&f=false>

²⁶ SHAPIRO F,(2001,) Ibid,p 29.

²⁷ SHAPIRO F,(2001,) Ibid,p 29.

²⁸ Op.cit, p33.

²⁹ Op.cit, p29.

- وقد استوحيت SHAPIRO نموذج AIP من عالمين:

أ- العالم PAVLOV الذي يسلم في أعماله بأنه يوجد في الدماغ توازن بين الكف والإثارة ، وهذا التوازن هو المسؤول على العمل "العادي" للدماغ، فإن تسبب شيء ما في اختلال هذا التوازن نتج عن ذلك باثولوجيا عصبية (Neural pathology) وهذا ما يشبه "العقدة في الحبل"³⁰ وهذا ما يتماشى كذلك مع أفكار فيتوز.

ب - العالم HOROWITZ: حيث يرى حسب نمودجه أن الأعراض الصدمية تمثل رد فعل إزاء عدد ضخم من المعطيات التي تكونها الخبرة الصدمية.

وسندرج فيما يلي افتراضات نموذج AIP.

6-2- افتراضات نموذج المعالجة التكوينية للمعلومات :

لاحظنا بناء على المراجع التي اطلع نا عليها- أن المؤلفين اختلفوا فيما بينهم في تلك الافتراضات؛ فمنهم من اقتصر على ثلاثة عناصر، ومنهم من رآها تتجاوز 10 افتراضات، ولذلك رأينا أن ندرج العناصر التي اتفق عليها أغلب العلماء والتي أكدت SHAPIRO عليها. كما ارتأينا ألا ندرج تلك الافتراضات كيفما كان (بترقية عشوائية) بل اتبعنا الترتيب الذي نراه يساعدنا في الفهم الجيد لنموذج AIP، وعليه فإن افتراضات هذا النموذج تم حصرها فيما يلي:

1- يوجد لدى كل شخص نظام فيزيولوجي لمعالجة المعلومات، تتم من خلاله معالجة الخبرات والمعلومات الجديدة بصورة طبيعية وهذا ما يقود الفرد إلى حالة تكيفية³¹، فهو نظام فطري يعمل على تحويل المعلومات (المدخلات) المربكة (Disturbing Inputs) نحو الانحلال التكويني والاندماج النفسي السليم³².

2- مثلما لدى الجسم ميل طبيعي نحو الصحة، كذلك الذهن لديه ميل طبيعي للراحة (Wellbeing)، والصحة النفسية/العقلية³³، وهذا ما تطلق عليه SHAPIRO مفهوم "التعافي الذاتي النفسي" (Psychological self-healing) وهو مفهوم فطري في نموذج AIP، مستوحى من فكرة التعافي لدى الجسد على إثر التعرض لإصابة جسدية؛ فمثلا عندما تجرح

³⁰ CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid,p160.

³¹ Hensley BJ,ibid,p254.

³² SHAPIRO F,(2001),ibid,p54.

³³ RUBIN A, SPRINGER DW, Treatment of traumatized adults and children: clinician's guide to evidence-based practice,p261.

يدك فإن جسمك يعمل على غلق ذلك الجرح وشفائه، فإن وُجد هناك شيء يمنع ذلك التعافي كوجود أجسام غريبة أو صدمات متكررة فإن الجرح يتقيح ويسبب ألماً شديداً، فإذا أُزيل ذلك الحاجز فإن سيرورة التعافي ستستأنف من جديد.

ويبدو أن هناك سلسلة من الأحداث المشابهة تقع في السيرورة الذهنية (Mental process) إذ أن معالجة المعلومات تميل طبيعياً للتحرك نحو الصحة النفسية، فإذا تعطلّ نظام AIP أو اختل توازنه على إثر صدمة نفسية مثلاً فإننا نلاحظ ظهور استجابات غير تكيفية، لكن إذا تمّ التخلص من ذلك التعطل في النظام فإن المعالجة تتم، ويمكن للمعلومات أن تصل إلى حل تكيفي، ويحدث إدماج وظيفي، وهنا يمكننا أن نشبه ذلك بهضم المعلومات (Metabolizing/ Digesting)³⁴.

3- تعتبر الشبكات الذاكرة (Memory networks) العنصر الحيوي في نظام AIP، وهي "تمثل أساس الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات التي يقوم بها الفرد في الوقت الحالي"³⁵، والشبكات الذاكرة عبارة عن نظام مترابط من المعلومات، ونستطيع أن نشبهها بشبكة من القنوات التي يتم على مستواها تخزين الذكريات والأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المترابطة ببعضها البعض³⁶.

تتنظم الشبكات الذاكرة حول أقدم حدث مرتبط بها³⁷، ولذلك تتأثر السلوكيات والخبرات الحالية بالسلوكيات والخبرات الماضية³⁸.

4- خلال إحدى مراحل النمو الحرجة، يتسبب التعرض إلى صدمة أو إلى ضغوط مستمرة في تعطل (Blockage) نظام AIP³⁹، وبالتالي فإن المعلومات المرتبطة بالخبرة الصدمية أو الخبرة المسببة للارتباك (Disturbing experience) يتم تخزينها بطريقة غير وظيفية وتظل على شكلها الأصلي دون معالجتها، وهذا ما يخلق -لاحقاً- ردود أفعال غير وظيفية

³⁴ SHAPIRO F,(2001),ibid, p32.

³⁵ RUBIN A, SPRINGER DW,ibid,p261.

³⁶ SHAPIRO F,(2001),ibid, p33.

³⁷ Hensley BJ,ibid,p254.

³⁸ RUBIN A, SPRINGER DW,ibid,p261.

³⁹ LEEDS AM, **A guide to standard EMDR protocols for clinicians, supervisors and consultants**, New York, Springer Publishing Company , 2009.(may2010), p20.

<http://books.google.fr/books?id=cpyheEAdkiqc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=23#v=onepage&q&f=false>

(Dysfunctional Reactions) لدى الفرد على إثر تعرّضه لمثيرات حالية لها علاقة بالخبرة الصدمية⁴⁰، أو بالحدث الأصلي.

5- عندما يقودنا الحاضر إلى الشبكات الذكروية فإنّ تمظهرات الذكريات القديمة غير المهضومة تعود من جديد⁴¹.

6- تسهّل إجراءات EMDR الوصول إلى الذكريات الصدمية، كما تسهل معالجتها وبالتالي التوصل إلى حل تكيفي لتلك الذكريات⁴².

إذ أن EMDR يعمل على تنشيط نظام AIP بعد أن كان معطلا بسبب الصدمة، فيستعيد نشاطه ويقوم بمعالجة تلك المعلومات الصدمية المخزّنة بطريقة غير تكيفية.

7- ينتج عن المعالجة التكوينية للمعلومات ثلاث فوائد وهي: التّعلم (Learning)، التخلّص من الضيق الانفعالي والجسدي، وتمكّن الفرد من الاستجابة الوظيفية⁴³، وهنا نقول أن المعلومات الصدمية قد وصلت إلى حل تكيفي.

1-7- بروتوكول EMDR المقنن:

يتضمن بروتوكول EMDR المقنن ثمان مراحل أساسية بالترتيب التالي:

1- تاريخ المريض والتخطيط للعلاج: Client history and treatment planning

يسعى المعالج في هذه المرحلة للإلمام بالتاريخ النفسي والاجتماعي والطبي للمريض، وهذا للتأكد من طبيعة المرض النفسي الذي يعانيه المريض، وكذا من ملاءمة EMDR لعلاجه، إذ أن هناك بعض الحالات التي يمنع فيها استعمال EMDR مثل وجود مشاكل في القلب، أو مشاكل نفسية، أو الحمل، حيث يجب استشارة الأطباء لأن EMDR قد يؤدي إلى إحداث هيجان حاد (Intense arousal) كما أن المريض الذي لديه أفكار انتحارية يُحظر علاجه بEMDR⁴⁴.

⁴⁰ FOA EB, KEANE TM et al, **Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies**, p

⁴¹ CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid, p160.

⁴² Hensley BJ, ibid, p254.

⁴³ Op.cit, p254.

⁴⁴ SCHIRALDI GR, **The Post-Traumatic Stress Disorder sourcebook: A guide to healing, recovery and growth**, USA, Library of congress cataloging-in-publication Data, 2nd edition, 2009. (APRIL 2010), p212.

http://books.google.fr/books?id=rxokks49_1cc&pg=pa213&dq=emdr&ed=10#v=onepage&q=emdr&f=false

- يمكن أيضاً تحديد عوامل الفائدة الثانوية للمريض (Secondary gain factors).
- بعد التعرف على تاريخ المريض يعمل المعالج والمريض معاً على وضع خطة علاجية حيث:
- * تحدد "الأهداف" (Targets) التي ستتم معالجتها، وهي غالباً ما تكون أحداثاً صدمية أو أحداثاً مربكة، أو أحد عناصر تلك الأحداث؛ مثل صورة المعتدي،...
- * ثم تحدد "المثيرات الحالية" (Current triggers) التي تسبب ارتباكاً انفعالياً (Emotional disturbance).
- * ثم تحدد الوضعيات المستقبلية التي من المتوقع أن تخلق ارتباكاً لدى المريض⁴⁵.
- كما تدخل ضمن الخطة العلاجية "مهارات المواجهة" (Coping skills) التي يحتاج المريض لتعلمها، وهذا من أجل خفض الضيق والقلق اللذين يظهران في مراحل لاحقة من العلاج بـEMDR.⁴⁶
- إن المعالج بـEMDR يتجاوز الإصغاء للصدمة وللأحداث المدرجة في تاريخ المريض، ويولي انتباهاً خاصاً إلى الكلمات التي يستعملها المريض في وصف نفسه في علاقته مع الآخرين ومع العالم عموماً، لأن هذه الكلمات تعكس الاعتقادات الشخصية للمريض، وهي تمثل مفاتيح الاعتقادات الإيجابية (PC) والاعتقادات السلبية (NC) في مرحلة التقييم⁴⁷.

2- مرحلة التحضير: Preparation Phase

يولي المعالج النفسي في هذه المرحلة أهمية كبيرة للعلاقة مع المريض، حيث يعمل على تطوير تحالف علاجي قائم على ثقة المريض وارتياحه، حيث يجد حرية التامة في الحديث عن اضطرابه، والنظر في لمعلومات دقيقة وصادقة، وهذا أمر هام للمعالج⁴⁸، فنجاح العلاج مرهون بنسبة كبيرة بنوع العلاقة العلاجية.

⁴⁵ FREEDMAN C, POWER MJ, **Handbook of evidence- based psychotherapies: A guide for research and practice**,p95.

⁴⁶ SCHIRALDI GR,ibid,p212.

⁴⁷ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid,p95.

⁴⁸ SCHIRALDI GR,ibid,p212.

بعد ذلك يقدم المعالج شرحاً عاماً للصدمة وآثارها ودلالة الأعراض التي يعانيها المريض⁴⁹، كما يشرح الجانب النظري للعلاج بـEMDR وكذا الإجراءات والتوقعات المعقولة من العلاج⁵⁰. وبعد أن يتأكد المعالج من تقبل المريض للعلاج يساعده على تعلم الاسترخاء، والارتياح وتهدئة النفس باعتبارها طرقاً للتعامل مع الهيجان المربك.

ثم يتعلم المريض "الوعي" (Mindfulness) أو الملاحظة الواعية، حيث يلاحظ المريض محتويات ذهنه، وهنا نوّكد على أن المريض يُطلب منه أن يكتفي "فقط" بملاحظة الأفكار والمشاعر والصور التي تمرّ على وعيه⁵¹، كما يتدرب المريض على الاحتفاظ في ذهنه بالأفكار (المواد) المربكة (Disturbing Material) أثناء تحريك العينين.

وفي هذه المرحلة أيضاً يتعلم طرقاً أخرى في التحكم الذاتي (Self-control) ومن ذلك "إشارة التوقف" (Stop signal)⁵²، ونعني بها الإشارة التي يتفق عليها المعالج والمريض كأن يرفع هذا الأخير يده اليمنى أو يحرك رأسه إلى الأمام، ليشير للمعالج بأنه يريد إيقاف سيرورة معالجة المعلومات بسبب الضيق والقلق أو عجز المريض عن معالجة المعلومات أو لأي سبب آخر.

وهنا تبرز إحدى نقاط قوة EMDR وهي ترك المبادرة للمريض فهو يتحكم في زمام الأمور، فالعلاج متمركز حوله وهذا ما يشعره بأن الأمر لا يتجاوزه.

ولزيادة الشعور بالتحكم الذاتي يتم خلق المكان الآمن/الهادئ (Safe/calme place)، وهو المكان الذي يلجأ إليه ذهنياً المريض عندما يشعر بأن القلق والأفكار المتعلقة بالحدث الصدمي تغمره مما يخفف من درجة القلق ويعطي المريض شعوراً بالراحة، وبالتحكم. مع العلم أن المكان الآمن يتم تحديده وتكوينه باستعمال الإثارة ثنائية الجانب (Bilateral stimulation) (BLS)⁵³ والتي نعني بها أن يكون المريض منتبهاً لحركات أصابع المعالج التي تتحرك يمينا وشمالا وفي نفس الوقت يركّز انتباهه على ما يدور بذهنه.

3- مرحلة التقييم: Assessment/Evaluation phase

⁴⁹ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid,p95.

⁵⁰ Op.cit, p95.

⁵¹ MOLLON P, **EMDR and energy therapies: psychoanalytic perspectives**, London, KERNACK, 2005.(APRIL2010),p03.

http://books.google.fr/books?id=ibegzd_g75cc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=26#v=onepage&q&f=false

⁵² FREEDMAN C, POWER MJ, ibid,p95.

⁵³ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid,p95

يتم في هذه المرحلة تحديد أحد مظاهر الذكرى الصدمية التي سيتم استهدافها؛ أي جعلها هدفاً للمعالجة؛ فمثلاً في حالة الاغتصاب في مكان ما فإن من مظاهر هذه الذكرى الصدمية نذكر: وجه المغتصب، أو ديكور المكان الذي حدث فيه الاغتصاب، أو كابوس متكرر مرتبط بالذكرى الصدمية، أو رائحة خاصة شممتها الضحية أثناء التعرض للاغتصاب،...

وبعد تحديد أحد المظاهر الصدمية التي ستُستهدف، يستخرج المريض الاعتقاد السلبي (NG) إزاء ذاته وقدراته والمرتبب بذلك الهدف، ومن أمثلة الاعتقادات السلبية المخزنة ضمن الذكرى الصدمية: "أنا لست طيباً"، "أنا غير كفء"، "إنها غلطتي"⁵⁴

ثم يُطلب من المريض أن يستحضر في ذهنه مظهر تلك الذكرى الصدمية المستهدف وكذلك الاعتقاد السلبي إزاء ذاته ويعطي القيمة العددية لمستوى القلق الذي يشعر به باستعمال سلم وحدات الارتباك الذاتي (SUD).

وبعدها يتحدث المريض عن الاعتقاد الإيجابي (PC) حول ذاته والذي يرغب في أن يصدقه ويعتقد صحته. ومن أمثلة الاعتقادات الإيجابية "أنا الآن في أمان"، "يمكنني أن أنجح"، "لقد فعلتُ أفضل ما لدي"، "عندي عدة خيارات"⁵⁵

ويتم تقييم مدى صحة هذا الاعتقاد الإيجابي على سلم صدق الاعتقادات (VOC).

وأخيراً، تستخرج الإحساسات الجسدية (Bodily sensations) المرتبطة بالذكرى الصدمية مثلاً: ضيق الصدر (Tight chest)، انقباض الحلق (Constriction in the throat)، أو الشعور بثقل في المعدة (Heavy feeling in the stomach)⁵⁶ وهنا نشير إلى أنّ تحديد الإحساسات الجسدية المرتبطة بالصدمة أمر حيوي بالنسبة للمرضى الذين نجد لديهم عنصر الإحساسات الجسدية قد خزّن الجزء الأكبر من الذكرى الصدمية⁵⁷

نلاحظ أنه من خلال مرحلة التقييم تمّ الإلمام بمختلف عناصر "الهدف" الصدمي، وهي العنصر المعرفي والذي تم قياسه على سلم VOC،

والعنصر الانفعالي ويقاس على سلم SUD.

والعنصر الجسدي وتم التعرف عليه وتحديد مكانه.

علماً أن التقييمات العددية تساعد المعالج على معرفة مدى تقدم العلاج وتطوره.

⁵⁴ SCHIRALDI GR, ibid, p212.

⁵⁵ Op.cit, p212.

⁵⁶ SCHIRALDI GR, ibid, p212.

⁵⁷ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid, p95

4- مرحلة إزالة الحساسية *Desensitization phase*

تهدف مرحلة إزالة الحساسية إلى إعادة معالجة الذكريات المخزنة بطريقة غير تكيفية، والوصول بالحدث [الصدمي] إلى حل تكيفي (Adaptive resolution)⁵⁸

ومن خلال معالجة تلك المعلومات يحدث اتحاد ما بين الشبكة الذكروية غير التكيفية الخاصة بالذكريات الصدمية والشبكات الذكروية التكيفية الأخرى⁵⁹.

ففي جلسة إزالة الحساسية يطلب المعالج من المريض أن يركز انتباهه على المواد المستهدفة (Targeted material) والتي تم تحديدها في المرحلة السابقة [علما أنه ليس بالضرورة أن تكون الصورة (Image) جزءاً من تلك المواد المستهدفة]، بالإضافة إلى المواد المستهدفة فإن المريض ينتبه أيضاً للاعتقاد السلبي، والمشاعر، والإحساسات المربكة المرتبطة بتلك المواد المستهدفة، وخلال الاحتفاظ بكل ذلك في الذهن يطلب من المريض القيام بسلسلة من حركات العينين وذلك بمتابعة أصبعي يد المعالج التي تتحرك بصورة إيقاعية وبسرعة ذهاباً وإياباً (يميناً وشمالاً) ضمن مجال رؤية المريض وعلى بُعد 12 إنشاً [حوالي 30 سم]، ويظل الرأس في حالة سكون خلال تحريك العينين، وهكذا تبدأ عملية المعالجة⁶⁰، وترى SHAPIRO أن متابعة الأصبع تعمل على إثارة نظام معالجة المعلومات في الوقت الحالي⁶¹ علماً أن كل سلسلة من BLS تدوم من 20 ثانية إلى بضع دقائق وهذا يتوقف على رد الفعل الانفعالي لدى المريض⁶²

و نشير هنا إلى أنّ حث المريض على القيام بحركات العينين من خلال يد المعالج التي تتحرك يميناً وشمالاً ليست الطريقة الوحيدة المستعملة في هذه المرحلة بل يمكن استخدام

⁵⁸ LUBER M, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) :Scripted protocols, special populations**, New York, Springer Publishing Company, 2010,(MARCH2010), p78.

<http://books.google.com/books?id=suhd74hvlc4c&printsec=frontcover&dq=emdr&hl=fr&cd=7#v=onepage&q&f=false>

⁵⁹ LEEDS AM, **A guide to standard EMDR protocols for clinicians, supervisors and consultants**,p143.

⁶⁰ SCHIRALDI GR,ibid,p212.

⁶¹ HOYT MF, **Constructive therapies**, N.Y, The Guilford Press, 1996,(APRIL2010), p205.

<http://books.google.fr/books?id=zrbxhdymua8c&pg=pa197&dq=emdr&lr=&cd=28#v=onepage&q=emdr&f=false>

⁶² CROCQ L, DALLIGAND L et al, Ibid,p163.

مثيرات سمعية مثل النقر بالأصابع أو مثيرات لمسية، فمثيرات الانتباه ثنائية الجانب والمتناوبة مثل المثيرات السمعية واللمسية لديها نفس تأثير حركات العينين⁶³.

إن إثارة الانتباه الثنائي (Dual Attention Stimulation) لدى المريض تتم عبر فترات متقطعة وليست بصورة مستمرة، فبعد كل سلسلة من المعالجة يطلب المعالج من المريض أن ينظف ذهنه (clear his mind) [أي أن يتخلص من الأفكار التي وردت ذهنه والابتعاد عن كل ما يمتّ بصلة للصدمة]، ويأخذ نفساً عميقاً ويسأله: ماذا لديك الآن؟، وهنا يجد المريض نفسه في واحدة من الحالات الآتية:

- يشعر المريض غالباً أن الصورة أو الشعور أو أي مظهر من مظاهر الذكرى الصدمية قد تغير بطريقة ما، كما يمكن أن تظهر بعض الاستبصارات المساعدة للمريض (Helpful insights)⁶⁴ وهذا ما يدل على أن عملية المعالجة قد حدثت وتحتاج للاستمرار إلى أن يتخلص المريض من كل المواد المربكة.

- عندما يتعطلّ (يعلق) (Loop or get stuck) المريض؛ ونعني بذلك العودة إلى نفس المواد دون إعادة معالجتها، يتم اللجوء إلى التدخل الذي يدعى التمازج المعرفي (Cognitive Interweave) ويكون ذلك بأن يُدخل المعالج م غُومات وظيفية إلى وعي المريض ممّا يؤدي إلى انطلاق عملية إعادة المعالجة من جديد⁶⁵.

إن تدخل المعالج النفسي عبر عملية "التمازج المعرفي" يذكرنا بتدخل المحلل النفسي عندما يعجز المريض عن مواصلة التداعي الحر.

- قد تطفو في وعي المريض بعض المواد غير المتوقّعة [والتي قد تبدو ظاهرياً أنها لا علاقة لها بالصدمة ولم يتم الحديث عنها سابقاً] لكن يتم قبول كل خبرات المريض باعتبارها مرتبطة بطريقة ما بعملية إعادة المعالجة وإزالة الحساسية⁶⁶، وفي هذه الحالة يطلب المعالج من المريض أن يبقى مع تلك المعلومات خلال متابعته لسلسلة إضافية لحركات العينين وفي آخر المطاف فإن جميع المظاهر المربكة المرتبطة بالذكرى الصدمية يتم التخلص منها أو معالجتها⁶⁷.

⁶³ SHAPIRO F, (2001), ibid, p54.

⁶⁴ SCHIRALDI GR, ibid, p213

⁶⁵ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid, p96

⁶⁶ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid, p96

⁶⁷ SCHIRALDI GR, ibid, p213

إذن في كل الحالات- تستمر عملية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة إلى أن تتوقف المواد الصدمية المستهدفة من التسبب في أي ارتباك (Disturbance) وهذا ما يترجم بالحصول على درجة صفر على سلم SUD.⁶⁸

نلاحظ أن المعالج بـEMDR يواجه عدّة تحديات، خاصة خلال هذه المرحلة، ولذلك يجب عليه أن يكون على علم مسبق بها، وقادراً على مواجهتها، وفيما يلي ملخص ما عرضته
:MARILYN LUBER

1+ بقاء المعالج بعيداً عن إعادة المعالجة التي يقوم بها المريض [فالمعالج لا يعطي أي إحياءات أو أفكار أو اقتراحات للمريض بل هذا الأخير هو الذي يتولى مسؤولية معالجة المعلومات بنفسه] ومن جهة أخرى يجب على المعالج أن يعرف اللحظة التي يتوقف فيها المريض عن إعادة المعالجة أو عجزه عن مواصلة ذلك.

2+ السماح بحدوث انفعالات شديدة، أي أن يتقبل المعالج أن تحدث للمريض انفعالات شديدة خلال عملية إزالة الحساسية وبذلك لا يسعى المعالج للتخفيف من تلك الانفعالات أو لمساندة المريض وجدانياً.

3+ قدرة المعالج على مساعدة المريض من خلال التزام سرعة مقبولة في إعادة المعالجة حتى لا يتم إغراق المريض أو إنهاكه [إذ أن المعالج الذي يُخضع المريض لحركات العينين لمدة طويلة سيتسبب في إنهاكه وإغراقه في تلك الانفعالات الحادة المرتبطة بالصدمة].

4+ معرفة تقنيات محددة لتجاوز مشكلة عجز المريض عن معالجة المعلومات [أي عندما يقرّ المريض بأن شيئاً لم يحدث].

5+ ترك المبادرة والقيادة للمريض وهذا أهم أسلوب للعمل خلال هذه المرحلة⁶⁹.

5- مرحلة ترسيخ وتقوية الاعتقاد الإيجابي *Installing and strengthening the Positive Cognition* أو مرحلة الترسّخ: *Installing phase*

ذكرنا أن المرحلة السابقة تركّز على إزالة الحساسية ومعالجة الذكرى الصدمية، وكل ما يرتبط بها من أفكار وانفعالات واعتقادات، وهكذا بعد التخلص من ذلك الضيق يمرّ المريض بمساعدة المعالج إلى ترسيخ الاعتقاد الإيجابي الذي يرغب المريض في تصديقه والاعتقاد بصحته، وهو عادة ما يكون مرتبطاً بذات المريض وبقدراته.

⁶⁸ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid,p96

⁶⁹ LUBER M, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) :Scripted protocols, special populations*,p78.

ففي هذه المرحلة يسأل المعالج المريض: "عندما تفكر في الحدث الأصلي، بماذا تشعر إزاء هذه الكلمات: لقد فعلتُ أفضل ما لديّ (أو أي ا اعتقاد إيجابي حُدّد سابقاً)؟" وهكذا يتم تعزيز وتقوية الاعتقاد الإيجابي عبر سلسلات إضافية من الإثارة ثنائية الجانب (BLS)⁷⁰، وبعد كل سلسلة يقوم المعالج بالتقييم فيعرف إلى أي درجة يصدّق المريض صحة هذا الاعتقاد الإيجابي وتستمر هذه العملية وتتم معالجة كل ما يعيق شعور المريض بأن ذلك الاعتقاد صادق.

وتنتهي هذه المرحلة عندما يبلغ الاعتقاد الإيجابي درجة "6" أو "7" على سلم VOC.⁷¹

6- مرحلة المسح الجسدي: Body scan

إن إحدى نقاط قوة EMDR هي اهتمامها بالمعلومات غير اللفظية، والتي تتضمن الروائح، والمذاقات، والأصوات، كما تتضمن إحساسات جسدية أخرى مثل التوتر (Tension) أو التضاييق (Discomfort)⁷².

فحتى نضمن أن كل مظاهر الذكرى الصدمية تمت معالجتها يقوم المريض بمسح ذهني لكل جسده للتعرف على أي إحساسات جسدية مربكة أثناء استحضار المواد الصدمية المستهدفة، فإذا وُجدت إشارات جسدية مربكة يقوم المريض [بمساعدة المعالج] بمعالجتها عبر سلسلات من الإثارة ثنائية الجانب.⁷³

وتستمر العملية إلى غاية التخلص من تلك الإحساسات الجسدية المربكة.

وهنا نشير إلى أن الإحساسات الجسدية تمثل "ذكريات حول الإدراكات العضلية (Kinesthetic perceptions) أو إدراكات جسدية متعلقة بالتأثيرات الأولية للحدث الصدمي، وهي تُعرف فقط من خلال إدراك موضعها من الجسد وليس عن طريق محاولة وصفها"⁷⁴

وبكلمات أبسط، فإننا نقصد بالإحساسات الجسدية جملة ذكريات حول الإدراكات الجسدية التي وقعت على إثر التعرّض للحدث الصدمي، فالإحساسات الجسدية إذن لا يمكن التعرف عليها من خلال محاولة وصفها لفظياً بل من خلال إدراك واستشعار موضعها من الجسد.

7- الاختتام: Closure

⁷⁰ SCHIRALDI GR, ibid, p213.

⁷¹ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid, p 96.

⁷² RUBIN A, SPRINGER DW, ibid, p 269.

⁷³ FREEDMAN C, POWER MJ, ibid, p 96.

⁷⁴ LEEDS AM, ibid, p23.

هذه المرحلة لا تعتبر المرحلة الموالية لمرحلة المسح الجسدي، لأنها تتكرر في نهاية كل جلسة بغض النظر عن المهام التي يقوم بها المريض مع المعالج، لذلك يمكن إدراجها -حسب رأينا- في موضع آخر كأن تمثل المرحلة الأخيرة من هذا البروتوكول.

يساعد المعالج في هذه المرحلة- مريضه على مغادرة الجلسة وهو يشعر بالأمان والراحة حتى وإن لم تنته المعالجة، كما يمارس المريض خلالها استراتيجيات التهدئة الذاتية، وتقنيات التحكم التي تعلمها سابقاً. ويُخبر المعالج مريضه أن المعالجة [معالجة المعلومات] قد تستمر مابين الجلسات، ولذلك إن ظهرت مواد جديدة مربكة وتحتاج للمعالجة فإن ذلك يعتبر علامة إيجابية، ويطلب من المريض استعمال مذكرات (journal) لتدوين المواد الجديدة التي ظهرت، وتقنيات التهدئة التي استعملها المريض لاحتواء ذلك الهيجان.⁷⁵

نلاحظ أن هذه المرحلة هامة جداً ومفيدة لكل من المريض والمعالج، فبالنسبة للمريض فهي تمنحه الشعور بالراحة والأمان والتحكم، وبالنسبة للمعالج فهي تحافظ على ثقة المريض به وبطريقته العلاجية.

8- إعادة التقييم: Reevaluation

في بداية الجلسة الموالية يتأكد المعالج من أن النتائج الإيجابية المتحصّل عليها في الجلسة السابقة لم تتعطل، حيث يطلب من المريض التفكير ثانية في الهدف (Target) المحدد خلال الجلسة السابقة، وبناء على ردود فعل المريض يقيم المعالج أثر العلاج، ومن ثمّ يكيّف السيرورة العلاجية، فيعملان على تحديد ومعالجة الأهداف القديمة التي مازالت تحتاج إلى معالجة، وإلاّ يحددان أهدافاً جديدة لمعالجتها.⁷⁶

هذه المرحلة كسابقتها؛ ليس بالضرورة أن يكون ترتيبها الأخير، لكنها مرحلة مهمة جداً لأن المعالج يضمن من خلالها أن المريض لن ينتقل إلى معالجة مادة جديدة إلا بعد معالجة مواد سابقة وبلوغ المستوى المرغوب والذي يتمظهر مثلاً في الدرجة صفر على سلم SUD والدرجة 6 أو 7 على سلم VOC.

⁷⁵ SCHIRALDI GR, ibid, p213.

⁷⁶ Op.cit, p213

- يمكننا في الجدول الآتي أن نلخص أهداف ومهام كل مرحلة من المراحل الثمانية لبروتوكول EMDR.

المهمة (Tasks)	الأهداف (Goals)	المرحلة (Phase)
<ul style="list-style-type: none"> - الحصول على تاريخ مروي أو مؤسس. -التقييم الموضوعي للأعراض. - تحديد الأهداف (Targets) التي ستتم إعادة معالجتها: أ- الأحداث الماضية المسببة للأعراض الحالية. ب- المثبرات الحالية. ج- الأهداف المستقبلية. 	<ul style="list-style-type: none"> - تأسيس تحالف علاجي. - تجميع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي. - تطوير مخطط علاجي وصياغة الحالة. 	1- تناول تاريخ الفرد= تاريخ المريض والتخطيط للعلاج
<ul style="list-style-type: none"> - توجيه المريض للتعرف على الصدمة وعلاجها بEMDR. - تزويد المريض بشروحات حول الملاحظة الواعية خلال إعادة المعالجة. - التحقق من أن المريض تمّت مساعدته بطرق ضبط الذات. 	<ul style="list-style-type: none"> - الحصول على قبول واضح للعلاج. - تقديم تدريبات نفسية. - ممارسة طرق ضبط الذات. - تقوية التحالف العلاجي. 	2- التحضير
<ul style="list-style-type: none"> - استخراج الصورة، الاعتقاد السلبي الحالي، والاعتقاد الإيجابي المرغوب، والانفعال، والإحساس الجسدي. - تسجيل الدرجات الخاصة بـ SUD و VOC 	<ul style="list-style-type: none"> - بلوغ المظاهر الأولية للهدف (Target) المنتقى من الخطة العلاجية وهذا لإعادة معالجته. - الحصول على الدرجات المبدئية المتعلقة بـ SUD و VOC 	3- التقييم:
<ul style="list-style-type: none"> - إجراء سلسلات منفصلة من BLS، وتقييم التغيرات من خلال تقارير المريض الموجزة. -الرجوع دوريا إلى التجربة المستهدفة لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية. - إن اللجوء إلى تدخلات إضافية يكون فقط عند حدوث 	<ul style="list-style-type: none"> - إعادة معالجة الخبرة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي والذي يستدل عليه بدرجة صفر في SUD. 	4-إزالة الحساسية

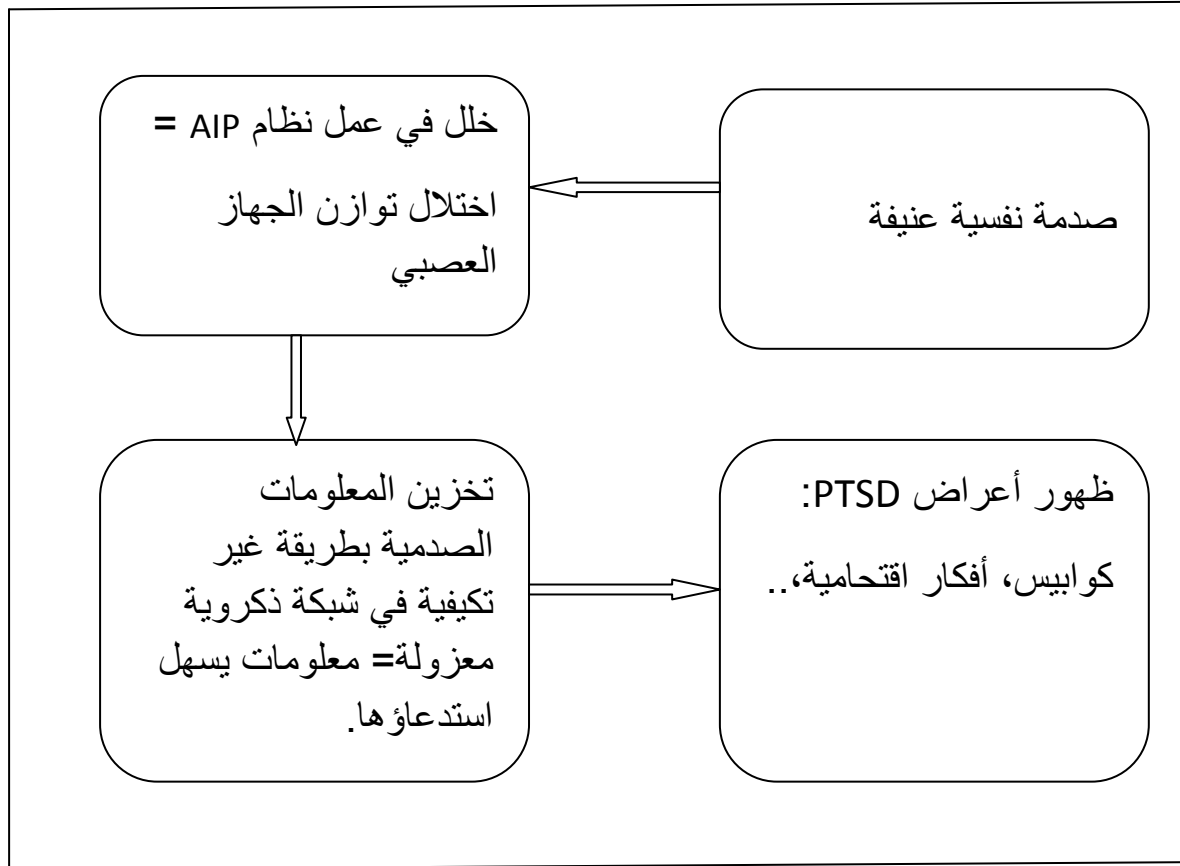
<p>كبح تام في إعادة المعالجة.</p>		
<p>- إجراء سلسلات منفصلة من BLS بينما يُبقي المريض في وعيه "الهدف" ويصحب ذلك الاعتقاد الإيجابي المرغوب. - الاستمرار إلى أن يبلغ المريض الدرجة 7 في VOC أو على الأقل 6.</p>	<p>- إعادة معالجة 'الهدف' مع الانفتاح على إدراج الاعتقاد المرغوب. - الإدماج التام للاعتقاد المرغوب ضمن الشبكة الذكروية والذي يستدل عليه بدرجة 7 في VOC.</p>	<p>5-الترسيخ:</p>
<p>- إجراء سلسلات منفصلة من BLS بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي إحساسات جسدية متبقية إلى أن تتواجد فقط إحساسات محايدة أو إيجابية.</p>	<p>-التأكد من أن أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف قد أعيدت معالجته تماما. -السماح للمريض ببلوغ أعلى مستويات التركيب (Higher level of synthesis)</p>	<p>6-المسح الجسدي:</p>
<p>-استعمال تقنيات ضبط الذات عند الحاجة لها لضمان استقرار المريض. -تذكير المريض بآثار العلاج. -الطلب من المريض أن يحتفظ بسجل للملاحظات الذاتية ما بين الجلسات.</p>	<p>-ضمان استقرار المريض وتحقيق سيرورة عادية في ختم كل جلسة إعادة معالجة.</p>	<p>7-الاختتام:</p>
<p>-تسوية الخطة العلاجية كلما يُحتاج إليها ويقوم هذا بناء على تقارير المريض. -إعادة فحص "الأهداف" للتحقق من التأثيرات الثابتة للعلاج</p>	<p>- التحقق من أن جميع مظاهر (عناصر) الخطة العلاجية تم التطرق إليها.</p>	<p>إعادة التقييم:</p>

جدول (02): المراحل الثمانية للعلاج EMDR.⁷⁷

⁷⁷ LEEDS AM, ibid, p (49-50)

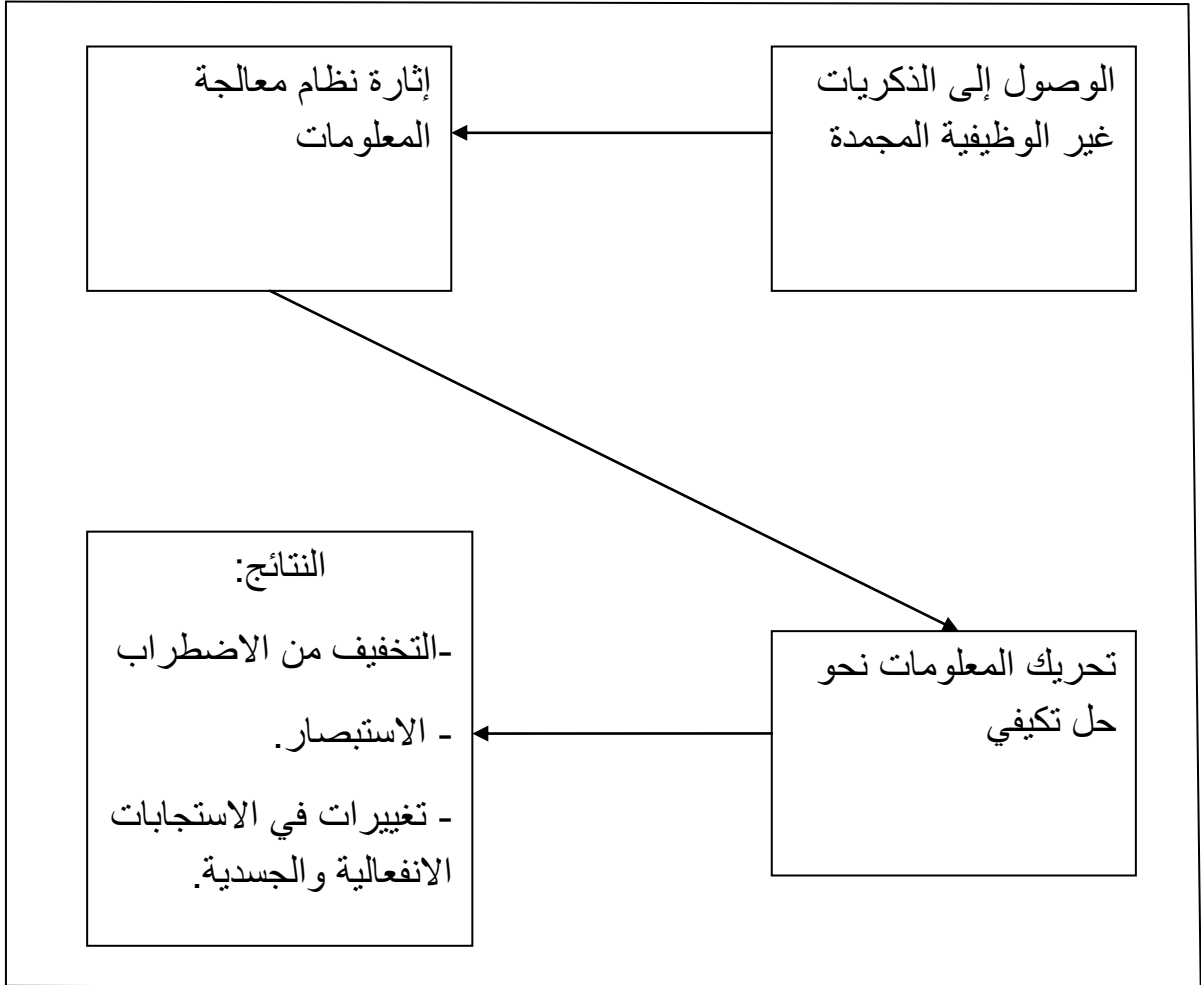
8- تأثير الصدمة على نظام AIP، ودور عناصر EMDR في معالجة المعلومات:

أشرنا في الصفحات السابقة إلى أن الصدمة تسبب تعطل في عمل نظام المعالجة التكيفية للمعلومات، مما يؤدي إلى تخزين تلك المعلومات بطريقة غير تكيفية/ غير وظيفية، فتظل على حالتها الخامة، وبما أن تلك المعلومات غير مهضومة فإن أي مثير داخلي أو خارجي له علاقة بالمعلومات الصدمية بإمكانه أن يوقظها/ يثيرها، ويتمظهر ذلك من خلال أعراض PTSD المعروفة. ونقترح المخطط التالي لتوضيح الفكرة.



شكل (04): تأثير الصدمة على عمل نظام AIP (إعداد الباحثة)

- ويعمل EMDR على إعادة تنشيط نظام AIP مما يؤدي في الأخير إلى معالجة المعلومات الصدمية والوصول إلى حل تكيفي، وسندرج فيما يلي مخططاً يركز على عناصر الـEMDR في حالة تنشيطها، ونُتبع ذلك بتعليق وتوضيح للمخطط حتى تتضح الرؤية أكثر.



شكل (05): تنشيط عناصر (EMDR)⁷⁸

⁷⁸ HENSLEY BJ, ibid, p09.

- شرح المخطط:

تتمثل عناصر EMDR حسب هذا المخطط فيما يلي:

1+ الوصول إلى الذكريات غير الوظيفية المجمدة: (Access frozen dysfunctional memory):

نبّه العالم LANG وزملاؤه إلى أن الخطوة الأولى في تغيير الشبكة [الشبكة الذكروية الصدمية] تتمثل في التمكن من الوصول إليها⁷⁹، وهناك تعاريف كثيرة للوصول (Access) إلا أننا نفضل التعريف الذي قدّمه H.LIPKE وهو: "استحضار الشبكة جزئياً إلى الوعي دون تواجد أي مظهر من تلك الشبكة بإمكانه أن يتسبب في إحداث كفّ كبير في الوعي وفي الإدراك"⁸⁰.

ويحدث الوصول إلى الذكريات غير الوظيفية المجمدة خلال مرحلة إزالة الحساسية، حيث يركز المريض انتباهه على المواد المستهدفة المحددة في مرحلة التقييم.

2+ إثارة نظام معالجة المعلومات (Information Processing System stimulation):

بعد الوصول إلى تلك المعلومات غير الوظيفية المجمدة تتم إثارة وتنبيه نظام معالجة المعلومات، ويرجّح العياديون أن العنصر المسؤول على تنشيط نظام معالجة المعلومات المعطل سابقاً هو الإثارة ثنائية الجانب (BLS)، أو ما يسمى الانتباه الثنائي.

وهنا نشير إلى نقطة هامة؛ فعندما نقول أن نظام AIP معطل بسبب الصدمة فهذا لا يعني أنه تعطل عن معالجة أي معلومة يستقبلها وعن معالجة الوضعيات والمواقف المختلفة التي يواجهها الفرد، وإنما نقصد بذلك أن AIP تعطل فقط عن معالجة المعلومات الصدمية أو التي ترتبط بها لاحقاً.

3+ تحريك المعلومات نحو حل تكيفي: (Moving information to adaptive resolution)

على إثر تنبيه نظام معالجة المعلومات يعود هذا الأخير للقيام بعمله حيث يقوم بتحريك المعلومات المعطلة والتوصل إلى حل تكيفي.

⁷⁹ LIPKE H, EMDR and psychotherapy integration : Theoretical and clinical suggestions with focus on traumatic stress, USA, Library of congress cataloging-in-publication Data, 2000. (MARCH2010), p18.

<http://books.google.fr/books?id=op9xrkilfkuc&printsec=frontcover&dq=emdr&cd=10#v=onepage&q&f=false>

⁸⁰ Op.cit, p18.

ونقصد بالحل التكيفي -حسب SHAPIRO- "أن تتكوّن ارتباطات للذكرى الصدمية [المعزولة] مع باقي التجمعات الذكورية العادية الأخرى، وأن الفرد يستفيد بطريقة بناءة من التجربة [الصدمية] ويقوم بإدماجها ضمن مخطّط انفعالي ومعرفي إيجابي، والمهم أن ماهو مفيد تمّ تعلمه، ويمكن توظيفه مستقبلاً"⁸¹، أي أن النجاح في معالجة المعلومات الصدمية يستدلّ عليه من خلال انخفاض حدة الاضطراب، وحدوث استبصارات لدى المريض، وتغييرات ملموسة في استجاباته الانفعالية والجسدية، كما يمكن أن تطفو الذكريات الإيجابية المرتبطة بالصدمة، وهذا ما لاحظناه في حالة DOUG الذي عالجه SHAPIRO، فقد تذكّر بعد 20 سنة أول رحلة إلى الفيتنام حيث شبّه جمال طبيعة البلد بجنة الفردوس.

9- الانتقادات الموجهة لتقنية EMDR:

منذ اكتشاف SHAPIRO لـ EMDR انصبّ على هذه التقنية العديد من الانتقادات والتساؤلات، وسنحاول أن نعرض أهم الانتقادات الموجهة لـ SHAPIRO ومناصريها، وكيفية تطوير التقنية من أجل التأكيد على مصداقيتها العلميّة، واستقلاليتها كتقنية قائمة بذاتها. وبما أن الانتقادات كثيرة ومتشعبة ولا يمكننا الالتزام بإدراجها كرونولوجياً ارتأينا أن نطرحها في شكل نقاط أساسية.

9-1- دور حركات العينين/ ماهو العنصر الفعال في EMDR ؟

تعتبر حركات العينين في EMDR أهمّ عنصر لفت انتباه العلماء في هذه التقنية، وكان تساؤلهم الرئيسي كالآتي: ماهو دور حركات العينين في هذه التقنية؟

ترى SHAPIRO -مبدئياً- أن حركات العينين تستثير ميكانيزم معالجة المعلومات تماماً مثلما تفعله حركات العينين السريعة خلال مرحلة REM من النوم (Rapid Eye Movement - Sleep)⁸²، إذ أن هذه الحركات السريعة للعينين تحدث خلال الحلم، وهناك أدلة على أن دور الحلم يتمثل في إدماج وهضم الأحداث التي عايشها الفرد في حياته الواقعية، ويبدو أنه عند ظهور الذكريات المؤلمة في الأحلام فإن حركات العينين السريعة تخلق نوعاً من الانسراح، مما يسمح بالمعالجة الانفعالية لتلك الخبرات، وهنا تفترض SHAPIRO أن حركات العينين خلال النوم تقضي على الضيق⁸³.

وقد اعترف العديد من العلماء بإمكانية وجود ارتباط بين حركات العينين التابعة لـ EMDR وحركات العينين السريعة في مرحلة REM، وفي كلتا الحالتين تحدث معالجة المعلومات

⁸¹ SHAPIRO F , (2001), ibid, p30.

⁸² Op.cit, p33.

⁸³ CROCQ L, DALLIGAND L et al, ibid, p162.

الانفعالية، ويمكن أن تكون مرحلة REM هي المسؤولة على تحريك ونقل المعلومات المخزنة في الذاكرة الاستطراذية (Episodic memory) على مستوى قرن آمون نحو المعرفة الأكثر تعميماً أو الذاكرة الدلالية (Semantic memory) على مستوى القشرة الجديدة (Neocortex)، وقد وصفت إحدى المريضات تأثير ذلك بقولها أنها لاحظت أن بعد جلسات EMDR لم تعد تتركها الذكريات الاقترامية المرتبطة بالاعتداء الجنسي أثناء طفولتها، لكنها بدلاً من ذلك ظلت على دراية بما حدث لها في طفولتها، وبهذه الطريقة فهي تشعر بأنها تحررت من ماضيها⁸⁴.

وهنا نقدم تعريفاً بسيطاً لكل من الذاكرة الاستطراذية والذاكرة الدلالية من أجل فهم الفكرة المدرجة أعلاه.

- الذاكرة الاستطراذية: هي ذاكرة تسمح للفرد بتسجيل وتذكر المعلومات الموجودة ضمن محيط زمكاني، فهي إذن تسمح بتذكر الأحداث المرتبطة بالتاريخ الشخصي للفرد، وكذا تاريخه العائلي أو الاجتماعي. يتعلق الأمر إذن بذاكرة حديثة، تسمح للفرد بأن يستعيد في الحاضر ذكريات يعترف بأنها ملكه وبأنها وقعت في الماضي.

-الذاكرة الدلالية: وهي تضم جملة معارف الفرد المتحررة من أي مرجعية مكانية وهي تعني "المعرفة" أو "الثقافة" أو أيضاً "كفاءات الفرد" فهي إذن ذاكرة تعليمية تخص معلومات حيث أن استحضارها لا علاقة له بالتاريخ الشخصي للفرد. تعمل هذه الذاكرة أيضاً على تسيير دلالة الكلمة مثل المعلومات التي تصل إلى الوعي عبر القنوات الحواسية⁸⁵.

ومن هنا نجد أن SHAPIRO قد أكدت على أن حركات العينين في تقنيتهما تعمل على تنشيط عمل نظام معالجة المعلومات مما يؤدي إلى هضمها وإدماجها، أما ميكانيزم حدوث ذلك فهو شبيه بدرجة كبيرة بميكانيزم تأثير حركات العينين في مرحلة REM من النوم على الأحلام المؤلمة.

وقد كان هذا التفسير مقبولاً نوعاً ما في الساحة العلمية لكن لوحظ فيما بعد أن استبدال حركات العينين بمثيرات سمعية أو لمسية يؤدي إلى نتائج مشابهة. فوجهت الاستفسارات التالية:

1- النموذج المفسر لحركات العينين المستوحى من REM لا يفسر دور المثيرات الحسية الأخرى.

⁸⁴ MOLLON P, EMDR and energy therapies: psychoanalytic perspectives,p07.

⁸⁵ GIL R, Neuropsychologie, France, Masson, 3 eme ed,2003, p(181-182).

2- حركات العينين ليست العنصر الفعال في التقنية، إذن: ما هو العنصر الفعال في EMDR؟

وكانت إجابة SHAPIRO على الانتقاد الأول كالاتي: "إن فرضية حركات العينين السريعة REM حاولت أن تشرح فقط الدور الجلي لحركات العينين في تحقيق تأثيرات علاجية، وهذا لا يحول دون الفائدة الممكنة للمثيرات الأخرى كالمثيرات السمعية أو اللمسية"⁸⁶.

- أما الانتقاد الثاني الذي ينفي أن تكون حركات العينين هي العنصر الفعال في التقنية، فقد أجابت عليه SHAPIRO بقولها: "كانت الدراسة الافتتاحية قد أكدت على أهمية حركات العينين المباشرة باعتبارها العنصر الأساسي في العلاج، ويمكن تفسير هذا التأويل الخاطئ للتقنية على أنه راجع لتركيز الكاتبة على التأثير الملموس للتقنية خلال العلاج"⁸⁷.

وهذا يعني أن SHAPIRO حين صرّحت بأن حركات العينين هي المسؤولة على تحقيق مكاسب علاجية إنما كان ذلك كتفسير أولي، خاصة وأن هذه التقنية جديدة، وبالتالي فمن المنطقي الوقوع في مثل هذه الأخطاء، ولا بد من دراسات أخرى للتأكد مما توصلت إليه.

- وقد عمدت SHAPIRO وبعض المناصرين للتقنية إلى تقديم افتراض آخر يستوعب دور حركات العينين والمثيرات الأخرى، فمن المعروف أن كل هذه المثيرات تكون في شكل إثارة ثنائية الجانب (BLS) وهنا يفترض أن الإثارة ثنائية الجانب يمكنها أن تسهل الاتصال ما بين نصفي الكرة المخية، إذ أن BLS تثير نصفي الكرة المخية بطريقة متناوبة.

وهذا الافتراض الذي يرى أن حركات العينين والمثيرات الأخرى لها علاقة بتنشيط الجوانب المتعارضة من الدماغ تدعمه أعمال KINSBOURNE منذ 30 سنة، وقد أكد على هذه النتائج SIEGEL (2002) حيث أشار إلى أن الناس يميلون للنظر يساراً عندما يستحضرون ذكريات متعلقة بسيرتهم الذاتية (وهذا ما يدل على تنشيط النصف الأيمن من الكرة المخية) وبذلك يبدو أن الذكريات الصدمية التي تأتي على شكل Flashbacks تعمل على التنشيط الحاد لنصف الكرة المخية الأيمن (بما في ذلك القشرة المخية البصرية) بينما يظل نصف الكرة المخية الأيسر اللساني غير نشيط (Linguistic left hemisphere). يبدو أن العناصر الدلالية والواقعي من الذاكرة تستدعي النصف الأيسر من الكرة المخية.

⁸⁶ SHAPIRO F, (2001), ibid, p33.

⁸⁷ Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R, **Counseling and psychotherapies in context and practice: skills, strategies and techniques**, New York, John Wiley & sons, inc, 2004, (MARCH 2010), p454.

<http://books.google.fr/books?id=bpzrbuse0ikc&pg=pa453&dq=emdr&lr=&cd=39#v=onepage&q=emdr&f=false>

وهكذا يبين لنا هذا الافتراض أن الإثارة ثنائية الجانب والإيقاعية تؤدي إلى تنشيط كلا نصفي الكرة المخية، وبالتالي تسهل عملية إدماج مختلف عناصر الذكري، وقد تسمح كذلك بتشكيل مسالك مشبكية (Synaptic pathways) جديدة تعوّض أنماط التهيج الصّدمي السابقة والسائدة.

كما أن تسهيل الاتصال بين الدماغ الأيمن والأيسر المصحوب بالطلب من المريض أن يقدم تقريرا لفظيا موجزا مع نهاية كل سلسلة من BLS يبدو على الأرجح أنه يغذي عملية إدماج الانفعال واللغة الناتجين عن القصة التي يرويها المريض وهذا ما يشبه التخلص الأبدي من تجربة [حلمية] على إثر الاستيقاظ من النوم.⁸⁸

- وعلى إثر هذا الافتراض، قامت دراسات كثيرة لتختبر هذه الفرضية، فمنها من توصلت إلى نتائج مؤيدة، ومنها من توصلت إلى نتائج معارضة، وهنا ندرج دراسة عن كل اتجاه.

*أقر SIEGEL (2002) أنه عندما طبق الإثارة غير ثنائية الجانب (Non-BLS) على أشخاص استجابوا إيجابيا من قبل للعلاج بـEMDR، فإن هؤلاء لم يعودوا يشعرون بالراحة والاسترخاء.

كما أن الدراسات التي قارنت بين طريقة التعرض المتكرر مع طريقة التعرض المتكرر يضاف إليه حركات العينين [BLS] وجدت أن هذه المجموعة انخفض لديها مستوى الضيق والتهيج النفسي الفيزيولوجي بصورة دالة مقارنة مع المجموعة الأولى.⁸⁹

*وفي الاتجاه الآخر، اختبر كل من REFREY و SPATES (1994) 23 ضحية تعاني من الصدمة، حيث شخص 21 منها تعاني من PTSD، خضع عشوائيا هؤلاء المشاركون إلى أحد الشروط الثلاثة التالية:

- EMDR مقنن [حيث تتم فيه حركات العينين من خلال متابعة أصابع المعالج].

- EMDR مشابه: حيث تتم إثارة حركات العينين بجهاز يعمل على إشعال الضوء بصورة متناوبة يمين وشمال المحيط الخارجي للمجال البصري.

-EMDR مشابه: حيث الضوء يومض في مركز المجال البصري.

⁸⁸ MOLLON P, ibid, p (07-08).

⁸⁹ Op.cit, p06.

وتبع الخضوع لهذه المتغيرات تقدير ذاتي للضيق، وقياس ضربات القلب، وقياسات مقننة لأعراض PTSD.

بعد العلاج وجد أن 5 من 23 مشاركاً مازال لديهم PTSD وأنهم يتوزعون بصورة متساوية تقريباً عبر مجموعات العلاج⁹⁰.

ومع ذلك فقد أقر الباحثان أن شروط التجربة لم تكن مضبوطة تماماً.

رغم النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وأمثالها إلا أن مناصري EMDR استمروا في التأكيد على أهمية BLS وعملوا على تعميق دراساتهم، أما SHAPIRO فقد أشارت إلى أهمية إثارة الانتباه الثنائي Dual Attention Stimulation من خلال المثيرات الثنائية الجانب حيث تعتقد أنه العنصر الفعال في تقنيتهما، وترى "أن الانتباه الثنائي يخلق حالة من الوعي يمكن من خلالها تعزيز معالجة المعلومات الانفعالية"⁹¹.

وقد افترض STICKGOLD أن التوجيه المتكرر للانتباه قد يولد تغييرات خاصة في نشاط بعض المناطق من الدماغ، كما يسبب تغييرات عصبية مشابهة لتلك التي تحدث خلال مرحلة REM من النوم⁹².

* هناك نقطة هامة لا بد من توضيحها قبل مواصلة مناقشة الانتقادات الموجهة للتقنية وهي:

إن "حركات العينين" والمثيرات السمعية واللمسية التي تحدث بصورة متناوبة خلال تطبيق EMDR، والتي تؤدي إلى إثارة جانبي الدماغ، كانت تسميها SHAPIRO مثيرات ثنائية الجانب (BLS)، وفي سنة 2001 أطلقت على هذه المثيرات اسم "مثيرات الانتباه الثنائي" (Dual Attention Stimulation) لأن هذه المثيرات تعمل مع العناصر الاجرائية الأخرى لـ EMDR على إثارة الانتباه الثنائي لدى المريض والذي يفترض أنه يسهل معالجة المعلومات الصدمية. ولذلك نجد أن بعض الكتاب حافظوا على تسمية BLS ومنهم من يستعمل التسمية الجديدة، ومنهم من وظّف التسميتين في نفس المؤلف. وما يهّمنا هو التأكيد على أن التسميتين تعودان لنفس المدلول.

⁹⁰ LILIENFELD SO, LYNN SJ et al, **Science and pseudo-science in clinical psychology**, New York, Guilford Press, 2003.(june 2010), p251.
<http://books.google.fr/books?id=rzr0dtx2siqc&pg=pa249&dq=emdr&lr=&hl=fr&cd=40#v=onepage&q=emdr&f=false>

⁹¹ LEEDS AM, ibid, p27.

⁹² SHAPIRO F (2001), ibid, p33.

* العنصر الفعال من وجهة نظر بعض النقاد:

يرى بعض النقاد أن لا حركات العينين، ولا الإثارة ثنائية الجانب، ولا إثارة الانتباه الثنائي هي العنصر الفعال في EMDR، ويعتقدون أن فعالية هذه التقنية تكمن في جملة العوامل غير الخاصة (Non-specific factors)، وتعني العوامل التي تدخل أثناء العلاج التجريبي ولها تأثيرات عرّضية في العلاج وتؤثر على صدق (Validity) النتائج المتحصل عليها، ومن هذه العوامل نذكر:

- توقع [المريض] التحسن (Expectation for improvement).
 - الطلب التجريبي (Experimental demand) [أي تركيز الانتباه فقط على المطلوب من التجربة أي الهدف المراد إثباته والوصول إليه]
 - تحمس المعالج التجريبي لطريقته (Therapist-experimenter enthusiasm) [وهذا يعني غياب الموضوعية].
 - ولاء المعالج التجريبي لطريقته [لفكرته] (Therapist-experimenter allegiance).
- ولقد توصلت نتائج دراسات صارمة [حسب هؤلاء النقاد] إلى أن هناك أدلة ضئيلة وضعيفة على أن فعالية EMDR تتعدّى:
- + توقعات المريض بالتحسن،
 - + الاهتمام / الانتباه العلاجي،
 - + العوامل غير الخاصة⁹³.

فحسب هؤلاء المعارضين فإن فعالية EMDR لا تكمن في أي عنصر خاص بها ويميزها ، وإنما تعود لجملة من العوامل الدخيلة التي لم يتم ضبطها أثناء إجراء التجارب.

2-8- نقد الجانب المنهجي والأساس العلمي للتقنية؛ EMDR علم أو علم كاذب؟ : EMDR science or pseudoscience?

يشكك بعض العلماء في كون EMDR تستند إلى أساس نظري علمي [خاصة في السنوات الأولى من ظهورها]، ويعتقدون أنها تخضع لنظرية علمية كاذبة، والتي نعني بها

⁹³ LILIENFELD SO, LYNN SJ et al, **Science and pseudo-science in clinical psychology**, p250.

النظرية المقدّمة على أنها ذات مفاهيم علمية مع أنها ليست كذلك؛ إذ أن النظرية العلمية – على عكس الكاذبة- تتضمن العناصر التالية:

- القدرة على التفسير الكلي لمجموعة من الظواهر التجريبية.

- القدرة على أن تكون صادقة (Validity). - إمكانية اختبارها تجريبياً.

كما أن الصدق التجريبي في النظريات العلمية يتطلب الاستنتاج/الاستنباط والتنبؤ التجريبي.

- علماً أن النظرية التي يتم تنفيذها بنتائج واقعية ليست نظرية علمية جيدة، كما أن النظرية التي تتوافق مع الوقائع لا تعني بالضرورة أنها نظرية علمية جيدة.

وبناء على هذه الملاحظات قدم هؤلاء العلماء انتقاداتهم لـEMDR كما يلي:

* بالنسبة لمراحل تفسير فعالية EMDR:

أ- حركات العينين هي الميكانيزم الوظيفي المؤدي للفعالية العلاجية.

الحجة المناقضة: لقد ثبت أن النقر بالأصابع ومثيرات أخرى تعطي نفس النتائج.

ب- الطريقة المتناوبة هي الفعالة علاجياً.

الانتقاد: لم يقدم -فعلاً- الجزء من العلاج المسؤول، وما هو تأثيره، وميكانيزم تلك الفعالية؛ إذن غياب الصدق التجريبي.

ج- العلاج برمته فعال (حسب مناصري التقنية).

ومن جديد يقدم المعارضون انتقادات حول الحجج المناصرة لـEMDR؛

أ- إن الحجج التجريبية المؤكدة لفعالية التقنية تبدو مقنعة نوعاً ما، لكن ثبت غياب التماسك العام في المنهجية، والتقييم في التجارب.

ب- كما أن الحجج التجريبية المؤكدة لفعالية التقنية تقوم على تقارير ذاتية بسيطة وغير كافية، ومن الخطأ تعميم النتائج انطلاقاً من هذه التقارير لوحدها.

ج- هناك نقص في المعطيات التشخيصية في الدراسات المدافعة عن التقنية، فالشروط التشخيصية للأفراد لم تؤخذ بعين الاعتبار [وهنا نشير إلى أن هذا الانتقاد موجه للدراسات التي تمت في السنوات الأولى فقط لأنه فيما بعد حدث تحسين في المنهجية وأخذ بعين الاعتبار هذا الخطأ]

د- لقد حدثت تحسينات منهجية معتبرة لكن الأساس النظري لـ EMDR يبقى دائما في صراع مع حجة فعاليته⁹⁴.

يمكننا أن نرصد الجدول القائم بين مناصري EMDR ومعارضيهما في الجدول التالي:

المعارضون	المناصرون
- ماهي الآلية العصبية الفيزيولوجية في حدوث الفعالية العلاجية بحركات العينين؟	- حركات العينين عنصر فعال في EMDR.
- يمكن استبدال حركات العينين بمثيرات سمعية، لمسية،..إذن ما هو العنصر الفعال؟	- حركات العينين في EMDR تكافئ في فعاليتها و آلية تأثيرها حركات العينين السريعة في مرحلة REM من النوم.
- ما هي آلية حدوث الفعالية بـ(BLS)؟	- الإثارة ثنائية الجانب (BLS) هي الفعالة.
- يبقى ذلك افتراض فهناك تجارب أثبتت أن BLS ليست العنصر الحاسم.	- الإثارة ثنائية الجانب تُحدث تغييرات في مناطق من الدماغ مشابهة لتأثيرات حركات العينين السريعة في مرحلة REM.
- لم يحدد العنصر الفعال في التقنية	- العلاج EMDR بأكمله هو الفعال.
- التجارب المؤيدة لفعالية EMDR تعتمد على التقارير الذاتية، وهناك نقص في المعطيات التشخيصية.	
- هناك فعلا تحسينات منهجية معتبرة لكن يبقى الأساس النظري الذي تقوم عليه التقنية ضعيفا وغير متماسك.	- هذا التقصير كان في السنوات الأولى من اكتشاف التقنية، فقد أصبحت تُطبق الاستبيانات والاختبارات والسّلام للتأكد من التشخيص الصحيح، وكذا للتعرف على مدى الفعالية العلاجية.

جدول (03): ملخص الجدول القائم بين مناصري تقنية EMDR ومعارضيهما (إعداد الباحثة).

من هذا الجدول ومما تقدم نستنتج أن مناصري EMDR ومعارضيهما يتفقون على أن التقنية ذات فعالية علاجية معتبرة ولا يمكن تجاهلها خاصة في حالة الضيق المرتبط بالذكريات الصدمية وكذلك أعراض PTSD عموما. كما أن هناك اتفاق على أن الأساس النظري الذي تستند إليه EMDR لا يزال ضعيفا ويحتاج إلى دراسات وجهود أخرى.

⁹⁴ L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires
<http://charlatans.info/emdr.shtml> (mai2010)

وقد اعترف معارضو التقنية أنها بدأت تكتسب تدريجيًا ملامح علمية حقيقية خاصة مع الجهود الجبارة التي تبذلها SHAPIRO ومناصروها.

9-3-3- علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى:

على صعيد آخر من الانتقادات الموجهة لتقنية EMDR يرى بعض النقاد أن التعرض التخيلي (Imagery Exposure) للذكريات الصدمية خلال العلاج بEMDR هو العنصر الفعّال في هذه التقنية، أما آخرون فيرون أن إعادة المعالجة المعرفية هي الفعّالة، ولذلك توصلوا إلى أن EMDR لا يتعدى أن يكون أحد أشكال العلاجات النفسية المعروفة مثل العلاج المعرفي، أو العلاج السلوكي، بل ذهب البعض للقول بأن EMDR شكل من أشكال التنويم، إلا أن مناصري التقنية أكدوا على أنها علاج متميز وله خصوصيته وقدموا حججاً تؤيد أقوالهم، وفيما يلي نستعرض علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى:

9-3-3-1 EMDR والعلاج بالتعرض (Exposure Therapy)

يرى بعض العلماء أن EMDR هي في الأساس علاج بالتعرض يشبه العلاجات السلوكية المقننة، والتي تتضمن التعرض لمثيرات قلق محددة من أجل إطفاء الاستجابة [المنبوذة]، وهذا من خلال مبادئ الإشراف الكلاسيكي، ومن ناحية أخرى عادة ما يُزعم أنه في مثل هذه العلاجات فإن التعرض يكون مطوّلاً، ومستمرًا دون انقطاع، ودون تغيير المشهد أو المثير المستهدف، إلا أن كل هذه الشروط الضرورية يتم خرقها في بروتوكول EMDR المختصر⁹⁵، إذ أن فترات التعرض إلى الذكرى الصدمية تميل لأن تكون قصيرة [موجزة]، ويتم بانتظام قطعها بفترات يُزاح خلالها انتباه المريض عن الذكرى الصدمية ويركز انتباهه على مثيرات حسية ثنائية الجانب.

وكذلك خلال إعادة المعالجة بEMDR يعايش المرضى ذكريات إيجابية ضمن تلك الذكريات السلبية، كما يقرّ المرضى عادة أنهم غير مدركين [لا يستشعرون] للذكريات الصدمية أثناء فترات الإثارة ثنائية الجانب.

وأخيراً، في العلاج بEMDR [بروتوكول مختصر]، يكون المرضى غير مطالبين بالحديث المفصل عن الحدث الصدمي، حيث يمكن للعيادي مساعدتهم على إعادة معالجة الذكريات الصدمية دون أن يعرف تفاصيل [دقيقة] عن الخبرات الصدمية التي عايشها المرضى⁹⁶.

أما بالنسبة لمسألة "سرعة الاستجابة" [ونعني بها سرعة التغيير والتحسين العلاجيين]، فإنه من الصعب أن نفهم كيف تحدث تلك التغييرات العلاجية بسرعة كبيرة إذا استندنا إلى نموذج تفسيري نابع من نظرية التعلم الكلاسيكي والتي تمخّضت عنها علاجات قائمة على

⁹⁵ MOLLON P, ibid, p05.

⁹⁶ LEEDS AM, ibid, p29.

التعرض، في حين إذا حولنا تفكيرنا من سيرورة الإطفاء البسيط وفكرنا في نموذج معالجة المعلومات الذي يسهل العلاج باستعمال عملية الإدماج الطبيعية، في هذه الحالة نكون أكثر استعداداً لفهم ذلك التغيير السريع⁹⁷.

يمكننا المقارنة بين EMDR والعلاج بالتعرض في الجدول الآتي:

العلاج بالتعرض	EMDR
- ضرورة الحديث جهرا وتفصيلا عن الحدث الصدمي.	- المريض غير مطالب بالحديث المفصل عن خبراته الصدمية.
- التعرض يكون لفترة طويلة وبصورة مستمرة.	- التعرض يكون لفترات متقطعة وموجزة.
- يكون انتباه المريض مركزا أساسا على الخبرة الصدمية.	- ينتقل انتباه المريض ما بين الذكرى الصدمية والمثيرات الحالية ثنائية الجانب

جدول (04): مقارنة بين EMDR والعلاج بالتعرض (إعداد الباحثة).

9-3-2- EMDR والتنويم:

يرى O.COOTTENCIN و Y.DOUTRELUGNE أن المعالجين بالتنويم والذين مارسوا تقنية EMDR تفاجأوا من التشابه الكبير بين الطريقتين، فمن حيث التقنيات المستعملة سواء في EMDR أو في التنويم هناك: تثبيت للانتباه (على المشهد الصدمي)، الرجوع إلى الخبرة الصدمية كاف لوضع المريض في حالة مختلفة من الوعي، ويتم ذلك باستعمال أدوات مختلفة مثل الساعة أو الصوت الرتيب،.. وكل هذه الإجراءات تم استعمالها منذ عهد CHARCOT.

كما أن هناك ما يسمى في التنويم "المرج" (Confusion)، ويعني اقتراح نشاطين في آن واحد حيث يظل المريض غارقاً في الذكرى الصدمية وفي نفس الوقت يتابع مثيرات متناوبة. وأضاف الكاتبان -في تأكيدهما على تشابه الطريقتين- أن التجربة التي عايشها المرضى من خلال العلاج ب-EMDR أدهشتهم وتفاجأوا مما خبروه بل واستعملوا كلمات تصف مشاعرهم قريبة من الكلمات المستعملة في وصف مشاعرهم على إثر تجربة التنويم!!

⁹⁷ LIPKE H, ibid, p17.

وقد خلص الكاتبان إلى أن EMDR حظي بإعلام ودعاية كبيرين، حيث تضخمت صورة هذه التقنية بتأثير الموضحة والتسويق، وبالتالي فإن الإيحاء بفعالية التقنية لعب دورا كبيرا في تحقيق تأثيرات علاجية ملموسة، وفي جعل EMDR يظهر بمظهر علاج نفسي متميز وفريد⁹⁸.

نلاحظ أن الكاتبين عملا على استخراج نقاط التشابه بين EMDR والتنويم، وأرادا التوصل إلى فكرة أن EMDR هي علاج بالتنويم لكنه يتخذ حلة جديدة.

وهنا نجد أن هذين الكاتبين وكذلك العلماء الذين يرون أن EMDR هو أحد أشكال التعرض إنما يركزون على بعض مظاهر EMDR والتي تتشابه أو تطابق طريقتهم، ثم ينسبون التقنية بأكملها إليهم.

9-3-3- EMDR والتحليل النفسي:

رغم ادعاء العديد من الباحثين أن EMDR ما هو إلا أحد أشكال العلاج بالتعرض (علاج سلوكي)، غير أننا لا ننكر وجود بعض مظاهر التحليل النفسي، هذا الأخير الذي يعتبر مختلف كثيرا عن العلاج السلوكي.

فقد لوحظ مثلا أن EMDR رغم أنه لم يظهر -أساسا- كعلاج قائم على الاستبصار إلا أنه وُجد أن الخضوع لـ EMDR يؤدي إلى الاستبصارات (Insights)، وفهم الصراعات النفسودينامية، وفهم أصلها من خلال الإثارة ثنائية الجانب [وهذا ما لا يحدث في العلاج السلوكي]، كما يمكن تسهيل عملية الاستبصارات وغيرها عبر إدخال المعالج محتوى جديدا إلى وعي المريض [إذا علق هذا الأخير] وهذا ما يسمى التمازج المعرفي، [يذكرنا تدخل المعالج بـ EMDR بموقف المحلل النفسي عندما يعجز المريض عن مواصلة التداعي الحر].

كما أن الميزة الدائمة لـ EMDR هي ظهور رغبة تدريجية لدى الراشد في إعادة النظر في صدمة الطفولة حيث يبدأ بالكشف عن مشاعر العجز، وفقدان التحكم، والشعور بعدم الملاءمة (Sense of inadequacy) التي اكتتفت طفولته، ثم يستبدل كل ذلك برؤية جديدة وأكثر واقعية⁹⁹.

⁹⁸ DOUTRELIGNE Y, COTTENCIN O, **Thérapies brèves: principes et outils pratiques**, Paris, Elsevier MASSON, 2eme ed, 2008.(juin 2010), p(09-10).

<http://books.google.com/books?id=zfvTNd2tugoc&pg=pa11&dq=emdr&hl=fr&cd=7#v=onepage&q=emdr&f=false>

⁹⁹ MOLLON P, *ibid*, p04

ولا ننسى أن طريقة EMDR تقود المريض إلى أن يلاحظ محتويات ذهنه، إذ يطلب منه أن يكتفي فقط بملاحظة الأفكار والمشاعر والصور التي تمر على وعيه وهذا ما يشبه الدور الأساسي الذي يلعبه التداعي الحر في طريقة فرويد¹⁰⁰.

فلو أراد التحليليون أن يتخذوا نفس موقف السلوكيين لقالوا أن EMDR هو أحد أشكال التحليل النفسي لأنه يضم بعض مظاهره!!

وكنتيجة عامة يمكننا القول أن EMDR "هو شكل متميز ومتكامل من أشكال العلاج النفسي، فهو يضم مظاهر العلاج السلوكي والتحليل النفسي وعدداً آخر من الاتجاهات النفسية الكبرى، عدا استعماله مثيرات الانتباه الثنائي"¹⁰¹. فالممارسون الذين ينحدرون من مدارس مختلفة في العلاج النفسي سيتعرفون في EMDR على عناصر تابعة لنظرياتهم وتطبيقاتهم الخاصة بهم [وهذا يعني] أن EMDR يستعين بالمعارف التي يتلقاها من الطرائق [العلاجية] الأخرى، لكنه يفعل ذلك من أجل أن يشكّل مقاربة علاجية جديدة ومتميزة.

سيتعرف المعالج الذي لديه خلفية تحليلية (Psychanalytic background) على التداعي الحر في EMDR وكذلك على نموذج التصور الثنائي لذهن.

أما المعالج المعرفي السلوكي فيتعرف على البنى والمخططات المعرفية.

في حين يتعرف المحلل النفسي على التأثير الهام للتعلم الماضي على السلوك الحالي.

وسيفهم المعالج الذي يعتمد على العلاج المتمركز حول المريض أهمية أن يكون المريض مركز المعالجة (center of process)¹⁰².

10- مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى:

من أجل معرفة مدى فعالية EMDR في علاج الاضطرابات تمت مقارنتها مع العلاجات الأخرى فطبقت على مجالات عديدة من الاضطرابات، وقد نشر العلماء عشرات الدراسات التي تؤيد أو تفند فعالية EMDR إلا أن هذه الدراسات تختلف من حيث خضوعها للشروط العلمية الصارمة، ولذلك ارتأينا أن ندرج بعض هذه الدراسات التي نشرت في مجلات معروفة بطابعها العلمي الصارمة، ومنها المجالات التابعة لـ (APA).

¹⁰⁰ Op.cit, p03.

¹⁰¹ SHAPIRO F (2001), ibid, p26.

¹⁰² RUBIN A, SPRINGER DW, ibid, p264.

وسعيًا منا لالتزام الموضوعية لم ننتق فقط الدراسات التي توصلت إلى أن EMDR فعالة وتضاهي العلاجات المعروفة بفعاليتها في علاج PTSD بل انتقينا كذلك الدراسات التي توصلت إلى نتائج معاكسة، وفيما يلي بعض هذه الدراسات:

1- دراسة مقارنة بين EMDR والتغذية الرجعية الحيوية (Biofeedback) في علاج المصابين بـ PTSD على إثر الحرب:

تمت في هذه الدراسة المقارنة بين فعالية تدخلين علاجيين لـ PTSD من خلال استعمال مجموعات مضبوطة تم اختيارها عشوائياً، وهي 35 فرداً من المحاربين القدامى والذين لديهم PTSD مرتبط بالحرب.

تم علاج هؤلاء بإحدى العلاجات التالية:

12- جلسة EMDR ، ن=10.

12- جلسة تغذية رجعية حيوية يصحبها الاسترخاء، ن=13.

- معالجة عيادية روتينية على أساس أنها مجموعة ضابطة، ن=12.

بالمقارنة مع الشروط العلاجية الأخرى وُجد أن هناك تأثير دال مباشرة بعد العلاج بـ EMDR، وهذا بناء على عدد من التقارير الذاتية، وكذا القياسات السيكومترية المقننة.

وبالمقارنة كذلك مع ال تدخلات العلاجية الأخرى فإن هذه التأثيرات العلاجية [على إثر EMDR] استمرت عموماً في الثلاثة أشهر الموالية¹⁰³.

2- دراسة مقارنة بين فعالية EMDR والتعرض المطول في علاج ضحايا الاغتصاب المصابين بـ PTSD:

قامت هذه الدراسة بتقييم مدى فعالية التعرض المطول و EMDR بالمقارنة مع عدم تلقّي العلاج في حالة PTSD لدى راشدات ضحايا الاغتصاب، حيث ن=74.

¹⁰³ Carlson JG, Chemtob CM et al, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)**, Journal of Traumatic Stress, Jan1998, vol11, issue 1, USA, (june 2010),pp(3-24).
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/110487135/abstract>

وُجد تحسّن في PTSD والذي تم تقييمه من خلال الاكتئاب، والتفكّك، وحالة القلق.

وهذا التحسّن دال جدا سواء في مجموعة EMDR أو مجموعة (PE) مقارنة مع المجموعة الثالثة والتي عددها ن=20 فردا.

لا توجد فروق دالّة بين EMDR والتعرض المطول من حيث التغيير من الحالة الأولى أو بعد العلاج مباشرة أو بعد مرور 6 أشهر وهذا بناء على القياسات التي تمت على سلالمة كمية¹⁰⁴.

نلاحظ في هذه الدراسة أن EMDR والتعرض المطول فعالان ويتساويان في فعاليتهما.

3- دراسة مقارنة بين تأثيرات ثلاث طرق علاجية: العلاج بالتعرض، EMDR، التدريب على الاسترخاء لعلاج الغضب، والشعور بالذنب المرتبطين بـPTSD:

تسعى هذه الدراسة للتحري عن فعالية التعرض المطول، EMDR، التدريب على الاسترخاء لعلاج الغضب، والشعور بالذنب المرتبطين بالصدمة، وهذا في سياق علاج PTSD. خضع المصابون بـPTSD وعددهم (ن=15) إلى أحد العلاجات، وتم تقييمهم بعد العلاج مباشرة، وبعد 3 أشهر، ووجد ما يلي: ينتج عن العلاجات الثلاثة انخفاض دال في كل قياسات الغضب، والشعور بالذنب، مع مكاسب استمرت فيما بعد.

لا توجد فروق دالة بين العلاجات، سواء من حيث الفعالية أو من حيث نسبة المرضى الذين أصبح غضبهم أو شعورهم بالذنب أسوأ.

إن الفرق بين العلاجات من حيث التأثير ضئيل جدا.

توصلت نتيجة الدراسة إلى أن العلاجات الثلاثة اقترنت بانخفاض في الغضب والشعور بالذنب، حتى في الحالات التي كان لدى بعض المرضى مستوى عال من هذه الانفعالات. ومع ذلك فإن هذه العلاجات المخصصة للـ PTSD قد تكون غير كافية لعلاج الغضب والشعور بالذنب، وبالتالي من الأفضل القيام بتدخلات إضافية¹⁰⁵.

¹⁰⁴ ROTHBAUM BO, ASTIN MC et al, **Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims**, Journal of Traumatic Stress, Dec 2005, vol18, issue 6, USA, pp(607-616).
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/11222306/abstract>

¹⁰⁵ STAPLETON JA, TAYLOR S et al, **Effects of three PTSD treatments an anger and guilt: Exposure therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation training**, Journal of Traumatic Stress, feb 2006, vol 19, issue 1, USA, pp(19-28).
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112447823/abstract>

4- دراسة مقارنة بين EMDR والعلاج المعرفي السلوكي CBT في علاج PTSD

قام DEVILLE & SPENCE (1999) بمقارنة بين العلاجين، حيث شُخص المشاركون بأن لديهم PTSD وتم تقييم الأعراض من خلال التقارير الذاتية، والاستبيانات التي يستعملها العيادي، وبعد ذلك خضع المشاركون عشوائياً إما للعلاج بـEMDR أو للعلاج المعرفي السلوكي والذي يتضمن التعرض التخيلي المطول، التدريب على إدارة الضغوط، وإعادة البناء المعرفي.

تلقى كل المشاركون 09 جلسات علاجية. وتم تسجيل العلاجات صوتاً وصورةً، وهذا لضمان أمانة وصحة العلاج.

كما تم تقييم المشاركين قبل العلاج، وبعده مباشرة، وكذا بعد مرور سنة واحدة.

أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من EMDR وهذا من الناحية الإحصائية، والعيادية، سواء بعد العلاج مباشرة أو بعد مرور سنة واحدة.

ورغم أن العلاجين يتساويان في التخلص من الضيق إلا أن العلاج المعرفي يبدو أكثر مصداقية ويؤدي إلى توقعات أكبر في التحسن، وفي التغيير¹⁰⁶.

نلاحظ في هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي يتفوق على EMDR.

5- مقارنة بين العلاج بـEMDR وعدم تلقي أي علاج لدى أشخاص مصدومين:

في دراسة على 80 شخصاً، يتراوح عمر الصدمة لديهم من 3 أشهر إلى 54 سنة [حيث تم تأخير علاج نصف هؤلاء الأفراد]، تلقوا على الأقل 3 جلسات (90 دقيقة/جلسة) علاج بـEMDR، توصل WILSON, BEKER & TINKER (1995) إلى نتائج دالة إحصائية وعيادية من حيث علاج الذكريات الصدمية وأعراض PTSD.

بالنسبة للنتائج على سلم تأثير الحدث (IES) انخفضت من 30 قبل العلاج إلى 10 بعد العلاج، وظلت هذه الدرجة على حالها بعد مرور 3 أشهر من انتهاء العلاج.

وقبل أن يتم علاج النصف الثاني من العينة، وُجد أنه لم يحدث أي تغيير على سلم تأثير الحدث، ونفس النتيجة على مقياس القلق حالة- سمة. بعد علاج كل أفراد العينة وجد أن التحسن استمر لدى 66 فرداً بعد مرور 15 شهراً من العلاج.

¹⁰⁶ LILIENFELD SO, LYNN SJ et al, ibid, p254.

في بداية العلاج/ الدراسة كان 37 من أفراد العينة يستوفون المعايير الخمسة المشخصة لـ PTSD حسب DSM-IV و 17 منهم ضحايا التحرش الجنسي أو الاغتصاب، وقد دلت التحاليل الإحصائية على أن التحسن لم يكن مرتبطاً بمعايير PTSD أو بنوع الصدمة أو بأي متغير يسهل تحديده وإنما التحسن راجع أساساً لعلاج الصدمة بـ EMDR.

بعد مرور 15 شهراً، وُجد أنّ 5 فقط ظلّ لديهم PTSD من أصل 37 فرداً كانوا في البداية تتوفر فيهم جميع معايير تشخيص PTSD.¹⁰⁷

فهذه الدراسة تؤكد على أن EMDR فعال في علاج أعراض PTSD كما أن استمرار ذلك التحسن العلاج واختبار ذلك بعد 15 شهراً يعتبر دالاً.

6- دراسة مقارنة بين فعالية EMDR والعلاج المعرفي السلوكي في حالة التعرض لتحرش جنسي:

قامت هذه الدراسة للمقارنة بين فعالية EMDR و CBT في علاج فتيات تعرضن لتحرش جنسي، حيث تلقّت 14 فتاة إيرانية، تتراوح أعمارهن بين 12 و 13 سنة، وتعرضن لتحرش جنسي إلى 12 جلسة علاج بالعلاج المعرفي السلوكي أو EMDR (الخضوع لأحد العلاجين كان عشوائياً).

وتم تقييم أعراض PTSD والمشكلات السلوكية قبل العلاج وبعد مرور أسبوعين من تلقي العلاج، وقد أشار كلا العلاجين إلى تأثيرات إيجابية كبيرة على الأعراض المرتبطة بالصدمة، وتأثيرات متوسطة على المشكلات السلوكية، وكانت كل هذه التأثيرات دالة إحصائياً. هناك تفوق لـ EMDR على CBT من خلال تقسيم درجات التغيير على عدد الجلسات، ووجد أن EMDR أكثر كفاءة من العلاج الآخر، وهذا الفرق دال¹⁰⁸.

وجدت هذه الدراسة أن EMDR أسرع في تحقيق تحسينات علاجية مقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي، وهذه هي الخاصة المميزة لـ EMDR.

¹⁰⁷ HOWARD L, ibid, p09.

¹⁰⁸ JABERGHADERI N, GREENWALD R et al, **Practitioner report: A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls**, Clinical psychology & psychotherapy, published online 17 sep 2004, vol 11, issue 5, (june 2010), pp(358-368).
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/109624963/abstract>

7- دراسة مقارنة بين فعالية وسرعة والتأثيرات السلبية لثلاث علاجات لـ PTSD: العلاج بالتعرض، EMDR، والتدريب على الاسترخاء:

قامت هذه الدراسة الأمريكية باختبار فعالية وسرعة وإمكانية تفاقم أعراض PTSD على إثر الخضوع للعلاج بالتعرض، أو EMDR، أو التدريب على الاسترخاء. وكان عدد أفراد العينة ن=60، [وبعد توزيع الأفراد عشوائياً إلى 3 مجموعات وإخضاع كل مجموعة إلى أحد العلاجات الثلاثة المذكورة] وُجد ما يلي:

لا يوجد اختلاف بين العلاجات الثلاثة من حيث أنها تسبب إنهاك للمريض، ومن حيث احتمال أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض، أو من حيث تأثيراتها الفعّالة على أعراض التبدل والتهيج العصبي.

وبالمقارنة مع EMDR والتدريب على الاسترخاء، وجد أن العلاج بالتعرض:

- يؤدي -بصورة دالة- إلى انخفاض كبير في أعراض التجنب وإعادة المعيشة.

- يميل لأن يكون أسرع في خفض التجنب.

- يميل لأن يخلص أكبر نسبة من الأشخاص المشاركين من أعراض الصدمة بعد تلقي العلاج.

أما EMDR والاسترخاء فلا يختلفان من حيث السرعة والفعالية¹⁰⁹.

توصلت هذه الدراسة إلى أن العلاج بالتعرض يتفوق على EMDR والتدريب على الاسترخاء من حيث الفعالية والسرعة وقلة الآثار السلبية للتقنية، ولكن ذلك لا ينفى أن EMDR ذو فعالية معتبرة.

8- دراسة إيرانية حول فعالية EMDR في خفض القلق والمشاعر غير السارة الناتجة عن خبرة الزلزال:

سعت هذه الدراسة لتقصّي فعالية EMDR في خفض القلق المرتبط بالتعرض للزلزال، ولذلك تم انتقاء 41 شخصاً عايشوا ضغطاً (STRESS) على إثر زلزال "بام"،

¹⁰⁹ STEVEN T , THORDARSON DS et al, **Comparative efficacy, speed and adverse effects of three PTS treatments: Exposure therapy, EMDR and Relaxation training**, Journal of Consulting and clinical psychology, April2003, vol71(2), pp(330-338).
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optiontobuy&id=2003-02091-012&cfid=6955119&cftoken=59859691>

وخضعوا عشوائياً إما إلى شروط تجريبية (تجربة العلاج) أو بقوا ضمن المجموعة الضابطة.

خضعت المجموعة التجريبية إلى 4 جلسات EMDR، حي تم استعمال برنامج آمن، وأخذت تقييمات قبل العلاج، وبعده مباشرة، وبعد مرور شهر واحد. وقد دلت نتائج المقارنة بين المجموعتين، وكذا المقارنة بين الدرجات قبل العلاج وبعده أن: EMDR فعال في خفض القلق المرتبط بالزلال وفي خفض المشاعر السلبية (بما في ذلك أعراض PTSD، والخوف والأفكار الاقتحامية، والاكتئاب،..) الناتجة عن خبرة الزلال. وقد أثبتت النتائج أن التحسن الناتج عن العلاج ظل على حاله بعد مرور شهر كما أن تطبيق EMDR فيما بعد على المجموعة الضابطة توصل إلى نفس النتائج المتحصل عليها في المجموعة الأولى.¹¹⁰

تبين هذه الدراسة أن EMDR فعال في خفض القلق وأعراض PTSD الناجمة عن تجربة الزلال لكن مدة شهر واحد بعد تلقي العلاج غير كافية للتأكيد على استمرارية الفعالية العلاجية.

9- دراسة مضبوطة حول علاج PTSD باستعمال EMDR: (مقارنة بين EMDR والعناية المقننة (STANDARD CARE (SC):

في دراسة على 67 فرداً، تتراوح أعمارهم بين 18-73 سنة، وشخص لديهم PTSD خضع هؤلاء عشوائياً إما إلى EMDR أو إلى العلاج القائم على العناية المقننة، وتم تقييم هؤلاء المشاركين قبل العلاج، وبعد 3 جلسات، وفي نهاية العلاج. حيث طبق عليهم اختبار الاكتئاب لبيك BDI، وسلم تأثير الحدث IES وسلم تغييرات أعراض PTSD، واختبار القلق حالة-سمة، وقياسات أخرى.

وقام أحد الباحثين المحايدين بتقييم المشاركين باستعمال DSM-IVR.

وقد أظهرت مجموعة العلاج بـ EMDR تحسناً كبيراً ودالاً، وكذلك سرعة كبيرة مقارنة مع مجموعة (SC) وهذا على مستوى النتائج المرتبطة بـ PTSD، والاكتئاب، والقلق، والأعراض العامة. كما وجد فيما بعد أن الأفراد الذين تلقوا العلاج بـ EMDR صاروا

¹¹⁰ NEGAD MA, MAHANI KN et al, **Efficacy of EMDR in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience**, in Psychological Research, 2007, vol 9, issue(3-4), Iran, pp(104-117).

<http://psychresearch.ir/en/list-of-articles-/60--n-.html>

يتعاطون الأدوية بكمية أقل لعلاج أعراضهم كما أنهم احتاجوا إلى مواعيد علاجية أخرى أقل من مجموعة (SC)¹¹¹.

وهذا يعني أن EMDR يظهر فعالية في التخفيف من أعراض PTSD ، ومن إيجابيات هذه الدراسة أنها لم تعتمد فقط على التقارير الذاتية التي يدلي بها المرضى، بل اعتمدت على اختبارات وسلالم معروفة بصدقها، وهذا ما يجعل هذه الدراسة مضبوطة ونتائجها صادقة إلى حد كبير.

بناء على هذه الدراسات التي تم عرضها، يمكننا القول أن EMDR ذو فعالية معتبرة ويضاهي العلاجات النفسية الأخرى المعروفة بقدرتها وفعاليتها.

ونظرا لأن عدد هذه الدراسات ضئيل ولا يكفي للجزم بصحة النتيجة المتوصل إليها، ارتأينا أن نستشهد برأي إحدى أكبر الهيئات العلمية العالمية المعروفة بمصداقيتها، وهي جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) حيث اعترفت من خلال الدليل العملي لعلاج الاضطرابات السيكياترية أن " EMDR أفضل من عدم العلاج، ومن الإرشاد التدميمي (Supportive counseling) ويمكنه أن يتشابه في فعاليته مع العلاج المعرفي السلوكي، والتقنيات الأخرى القائمة على التعرض، وقد ظلت المكاسب العلاجية [على إثر العلاج بـ EMDR] لمدة طويلة مثل العلاجات الأخرى"¹¹².

11- الهيئات العلمية المعترفة بفعالية EMDR:

بعد استعراضنا للجدل القائم حول EMDR ومختلف الانتقادات الموجهة لها، وكذا مساعي المناصرين لتأكيد تميز EMDR وفعاليتها يمكننا أن نحسم ذلك الجدل بقولنا: إن الأساس النظري لهذه التقنية مازال ضعيفا، إلا أن فعاليتها كبيرة في علاج الصدمة. وهناك عدة هيئات وجمعيات علمية اعترفت بـ EMDR كعلاج فعال في PTSD ومنها:

- قسم الدفاع (Department of defense) التابع لقسم قضايا قدامى المحاربين (2004) حيث وضع EMDR في أعلى المجموعات وأوصى به لجميع ضحايا الصدمة.

¹¹¹ STEVEN VM, PRISCILLA M, et al, **Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting**, Psychotherapy: Theory, research, Practice, Training, feb1997, vol34(3), pp(307-315).

<http://psycnet.apa/journals/pst/34/3/307.html>

¹¹² **American Psychiatric Association Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders**, USA, American Psychiatric Association, Compendium 2006, p1059.

<http://books.google.fr/books?id=zql0aqtrsryc&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

- جمعية الطب النفسي الأمريكية.
- "دليل الممارسة العلاجية الحالية" التابع للجمعية الدولية للدراسات حول الضغط الصدمي، حيث أشار إلى EMDR على أنه علاج فعال لـ PTSD.
- قسم إيرلندا الشمالية للصحة.
- المجلس الوطني الإسرائيلي للصحة النفسية.
- المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية الفرنسي. (INSERM)
- المعهد الوطني للجودة العيادية. (NICE)¹¹³

12- مجالات تطبيق EMDR:

إن فعالية هذه التقنية في علاج الصدمة أمر مفروغ منه ومعترف به ولم يعد محل جدال أو صراع، ولذلك تزويد طموح المناصرين، فوسعوا مجال تطبيقها على اضطرابات نفسية أخرى وكذلك على مجتمعات خاصة، ولو أن هذه التجارب مازالت تحتاج لتتقنها وتطويرها أكثر.

وجد عدة علماء أن " EMDR ذو فعالية معتبرة في التخفيف من اضطرابات الهلع، والخوف من الحديث أمام الجمهور " ¹¹⁴، كما وُجد أن هذه التقنية فعالة في علاج اضطرابات نفسية

¹¹³ LEHRER PM, WOOLFOLK RL et al, **Principles and practice of stress management**, New York, Guilford Press, 3rd ed, 2007, (june 2010) p551.

http://books.google.fr/books?id=T-hUvwUNjvUC&printsec=frontcover&dq=principles+stress+management&hl=fr&ei=R3I4TeD6B83qOfzaub4L&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

<http://books.google.fr/books?id=ayqegljuvr8c&pg=pa550&dq=emdr&lr=&cd=32#v=onepage&q=emdr&f=false>

¹¹⁴ CRAIGHED WE, NEMEROFF CB, **The corsini encyclopedia of psychology and behavioral science**, USA, vol1, 2001

<http://books.google.fr/books?id=ayqegljuvr8c&pg=pa550&dq=emdr&lr=&cd=32#v=onepage&q=emdr&f=false>

تطورت في سياق أحداث الحياة المؤلمة مثل علاج حالات الحداد على إثر فقدان شخص عزيز، اضطرابات سلوكية كالعدوانية لدى المراهقين، أو الخوفات المرتبطة بالأسنان.¹¹⁵

ويمكننا القول أن آخر ما توصل إليه تطوير تقنية EMDR هو إمكانية تطبيقها على بعض المجتمعات الخاصة مثل: الأطفال، الأزواج، كما استعملت في العلاج الأسري، وفي حالات الإدمان، وحتى في الصداع النصفي. وهذا طبعاً بتكييف البروتوكول ليتماشى مع تلك الفئات والحالات الخاصة.

وخلاصة الفصل أن تقنية EMDR حققت خطوات عملاقة خلال سنوات قليلة، حيث بدأت باستهجان كبير من طرف العلماء وانتهى بها المآل إلى الاعتراف بها وبفعاليتها خاصة في مجال الصدمة النفسية، مما حقق انتشارها الواسع عبر مختلف الدول والقارات، ولو أن هناك تفاوت كبير في عدد ممارسي هذه التقنية من بلد لآخر بناء على عدة عوامل. وما يهمنا الآن هو التعرف على واقع تطبيق هذه التقنية في الجزائر. وهذا ما سنسعى لتحقيقه في الجانب التطبيقي من هذا البحث.

¹¹⁵ EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (Fevrier 2010).
http://fr.wikipedia.org/wiki/Eye_movement_desensitization_and_reprocessing

تعرّفنا في الفصل الأول من الجانب النظري على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) من حيث ماهيته، والعوامل المساهمة في ظهوره ومعايير تشخيصه، والنظريات المفسرة لظهور أعراضه والجانب ال عصبى الفيزيولوجي لهذا الاضطراب ثم عرضنا مختلف الطرق العلاجية الموجهة له، وفي الفصل ال موالى سلّطنا الضوء على إحدى هذه الطّرق العلاجية وهي تقنية EMDR فتعرّفنا على ماهيّتها، وكيفية تطبيقها، والأساس النظري الذي تقوم عليه، وعرضنا مختلف الهيآت العلميّة التي اعترفت بفعالية هذه التقنية العلاجية في عدة دول من العالم، وسنسى في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة إلى التّعرف على واقع علاج PTSD بتقنية EMDR في الجزائر، فننعرّف على الطّروف العيادية المهيّئة لدخولها العيادة النفسية الجزائرية وعدد ممارسيها والنتائج العلاجية على إثر تطبيقها وكذلك الصّعوبات التي واجهوها خلال تطبيق هذه التقنية.

1- تذكير بسؤال الدراسة وبالأسئلة الفرعية:

يتمثل سؤال دراستنا في الآتي:

ما هو واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بتقنية EMDR بالجزائر؟

وتفرعت عنه الأسئلة الفرعية التالية:

1 - الظروف العيادية المهيئة لظهور EMDR في الجزائر .

2 - الاستفادة من تكوين في EMDR

3 - تطبيق EMDR على المصابين بـPTSD

4- النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR في علاج PTSD.

5- صعوبات تطبيق EMDR في علاج المصابين بـPTSD.

6 - دراسات حول فعالية EMDR في علاج PTSD.

ومن أجل الإجابة على هذه الأسئلة قمنا بما يلي:

2- الدراسة الاستطلاعية:

إن الهدف من إجراء دراسة استطلاعية هو الحصول على معلومات تفيدنا في أخذ فكرة عامة عن الظاهرة المدروسة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تمكّنا من تحديد منهج وأدوات الدراسة، ولذلك قمنا بدراسة استطلاعية على مستوى الجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي SARP؛ وهي جمعية معروفة في مجال التكفل بضحايا الأحداث الصدمية، وكانت الإجراءات المتبعة كالتالي:

- إجراء مقابلة مع رئيسة الجمعية، وهي أخصائية نفسية ومعالجة نفسية منذ حوالي 25 سنة، وهي إحدى رواد الصدمة النفسية في الجزائر. مدة المقابلة 30 دقيقة.

- إجراء مقابلة مع أخصائية نفسية بهذه الجمعية، لديها 06 سنوات خبرة في الممارسة العيادية، وتتلقى تكويناً في EMDR ووصلت إلى المستوى الثاني فهي مازالت لم تنته التكوين ولم تحصل على شهادة ممارس EMDR .

- استخدمنا مرشد مقابلة يضم ثلاثة محاور:

محور البيانات العامة.

محور التكفل بالمصدومين.

محور العلاج بتقنية EMDR.

فكان مرشد المقابلة التالي:

1 – محور البيانات العامة:

اسم المؤسسة:

مهنة المستجوب:

الخبرة:

2 - محور التكفل بضحايا الأحداث الصدمية:

1- متى وكيف بدأت التكفل بضحايا الأحداث الصدمية؟

2- ما هي خصائص المصدومين الذين يتم استقبالهم؟

أ- الشريحة: أطفال

مراهقين

راشدين

إناث

ب - الجنس: ذكور

- 3 - عدد المرضى المصابين بـPTSD الذين تم استقبالهم؟
- 4 - أنواع الأحداث الصدمية التي تعرض لها هؤلاء المرضى؟
- 5 - ما هي الخلفية النظرية المعتمدة في التكفل بضحايا الأحداث الصدمية؟
- 6 - ما هي التقنيات المستعملة في التكفل بهؤلاء المرضى؟
- 3 - محور العلاج بتقنية EMDR:
- 1 - هل يتم استعمال تقنية EMDR في علاج المصابين بـPTSD؟
إن كان : نعم،
- 2 - كيف ومتى عرفتكم تقنية EMDR؟
- 3 - كيف استفدتم من تكوين في EMDR؟
- 4 - منذ متى تطبقون EMDR على المصابين بـPTSD؟
- 5 - كم عدد المرضى الذين طبق عليهم EMDR؟
- 6 - ما هي النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR؟
- 7 - ما هي صعوبات تطبيق EMDR على المصابين بـPTSD في الجزائر؟
- 2 - من هم ممارسو EMDR في الجزائر الذين تعرفونهم؟ وأين يعملون؟
- بالإضافة إلى مرشد المقابلة، اطلعنا على الأدبيات الموجودة بمكتبة الجمعية والتي تضم أيضا منشورات الجمعية.
- كما أجرينا بعض المقابلات القصيرة مع بعض أعضاء الجمعية.

- نتائج الدراسة الاستطلاعية: (المعلومات المتوصل لها):

سنقدم معلومات عامة عن الجمعية (تعريفها، مهامها، والمراكز التابعة لها)، حتى نأخذ فكرة مبدئية عن مستوى الأخصائي النفسي الجزائري ومدى فعاليته في مجال التكفل بضحايا الأحداث الصدمية.

ثم سندرج بإيجاز أهم المعلومات المتحصّل عليها، لأننا سنتطرق إليها بالتفصيل عند عرض المعطيات وتحليلها، وهذا من أجل المحافظة على تسلسل الأفكار وتجنّب التكرار.

1 - تعريف الجمعية :

الجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي (SARP) هي جمعية علمية معتمدة من طرف ولاية الجزائر في ديسمبر 1989، تحت رقم 946. وهي تضم أساتذة، وباحثين، وعددا من الأخصائيين النفسيين الممارسين. ومقرها الحالي هو دالي إبراهيم- الجزائر العاصمة¹.

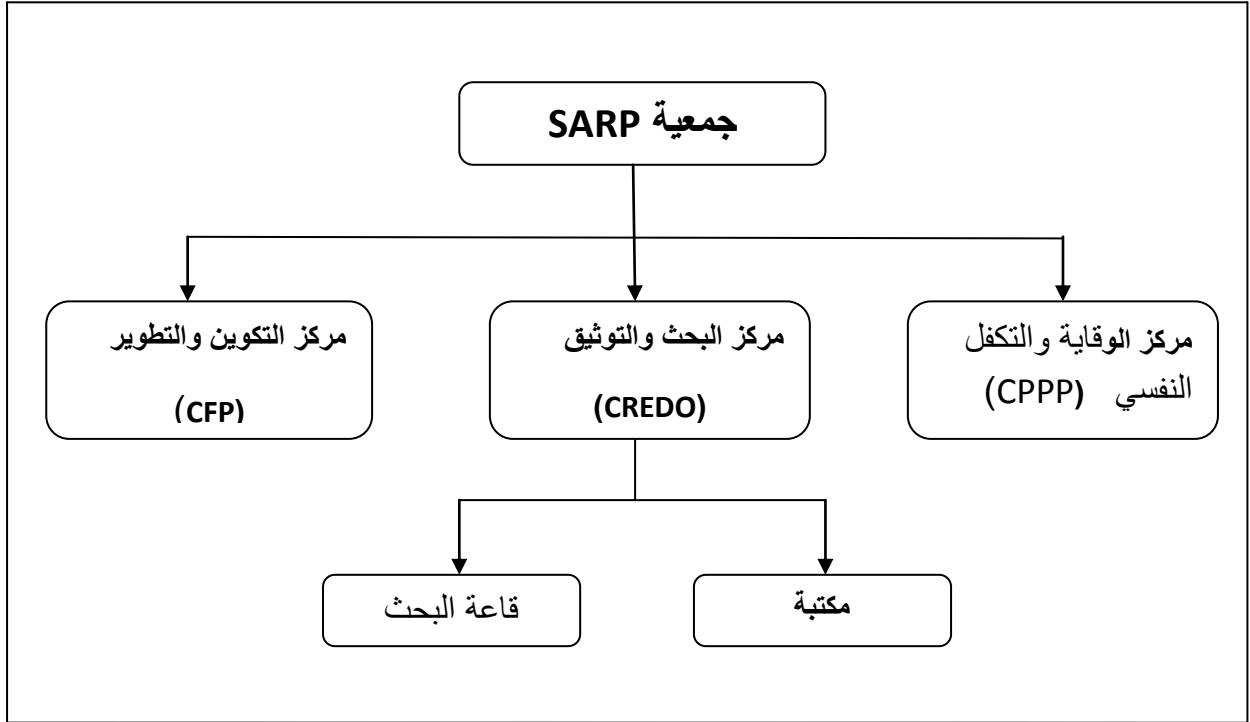
2- مهام الجمعية:

تتمثل المهام الأساسية للجمعية في الآتي:

- التدخّل من أجل الوقاية، ومن أجل المساعدة النفسية.
- العمل على تطوير البحث في علم النفس، وعلم التربية.
- العمل على تحسين التكوين لدى الأخصائيين النفسيين، والأخصائيين في علوم التربية.
- نشر وتوزيع الاختبارات.

¹ <http://www.sarpsy.com/>

3- الهيكل التنظيمي للجمعية:



شكل (06): الهيكل التنظيمي لجمعية SARP

4 - المراكز التابعة لجمعية SARP، ومهام كل مركز:

فتحت الجمعية منذ تأسيسها ثلاثة مراكز، وهي:

4-1- مركز الوقاية والتكفل النفسي:

ويوجد على مستوى دالي إبراهيم، وتتمثل مهامه الأساسية في التكفل النفسي بالأشخاص الذين يعانون نفسياً، والوقاية، وكذلك الإشراف على الممارسين (الأخصائيين النفسيين) في نشاطهم العيادي اليومي.

4-2- مركز المساعدة النفسية:

ويوجد على مستوى سيدي موسى، حيث فتح أبوابه في 22 أبريل 2000، وتتمثل المهمة التي عهدت إلى أعضاء المكتب التنفيذي للجمعية -هناك- في التكفل النفسي، والاجتماعي، والقانوني بضحايا العنف الإرهابي.

أما الموظفون في المركز فهم أخصائون نفسيون، ومساعدات اجتماعيات، وعاملة في القانون، وسكرتيرة، وحارسان.

وصار المركز منفتحاً أكثر فأكثر على محيطه، من خلال عمله مع الشركاء المحليين مثل: المعلمين في المدارس الابتدائية، والأساتذة في المتوسطات والثانويات، ومركز التكوين المهني، والهدف من ذلك هو توعية هؤلاء بسلوكيات الطفل والمراهق، ومساعدتهم على فهمهم، وبالتالي يكونون أكثر فاعلية في عملهم.

أجريت حملات توعية لصالح المراهقين، وأيام للتوعية بحقوق الفرد عموماً والطفل خاصة².

4-3- مركز قورصو:

كان يتكون من 421 دارة مخصصة لمنكوبي زلزال بومرداس، وعمل المركز ما بين ماي 2003 إلى ديسمبر 2006.³

5- بعض إنجازات الجمعية في ميدان البحث العلمي:

- الملتقى الدولي بعنوان: "تفكير حول الممارسات السلوكية" في 29-30 نوفمبر 2010.

- الملتقى الدولي بعنوان: "الشخص المعاني" 06-07 ديسمبر 2010.⁴

- أصدرت الجمعية مجلة « Psychologie » السنوية منذ 1990 (العدد: 01) إلى 2009-2010 (العدد: 17/16)، وقد أصدرت المجلة عدداً خاصاً بالصدمة النفسية (العدد: 08) في 1999-2000.

²http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105:presentation&catid=49:centre-de-sidi-moussa-cap&Itemid=59

³http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=101:presentation&catid=50:centre-de-corso&Itemid=57

⁴ http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=category&id=46&Itemid=80

- بعد أن أخذنا فكرة عن نشاطات الجمعية، ندرج فيما يلي أهم النتائج التي توصلنا إليها:

- تعرّفنا على طرق التّكفّل بضحايا الأحداث الصّدميّة على مستوى الجمعية وعلى ظروف دخول تقنية EMDR إلى هذه الجمعية (سنستعرض ذلك لاحقاً)
- تعرّفنا على نتائج الدّراسة الوبائيّة التي أجريت في 1999. (سنعرضها لاحقاً)
- اكتشفنا أنّ عدد ممارسي EMDR ضئيل جداً.
- وجدنا بعض الأدبيّات حول التّكفّل بالمصابين بـPTSD
- يمكننا القول أنّ دراستنا الاستطلاعية ساعدتنا في الإجابة على جزء من السؤال الأول.

3- المنهج المستخدم:

إنّ موضوع دراستنا المتمثّل في التّعرف على واقع علاج PTSD بتقنية EMDR في الجزائر يجعلنا نستبعد استخدام المنهج العيادي لأنه لا يلائم هذا الموضوع، كما أن وجود عدد ضئيل من ممارسي EMDR أي عدد قليل من مجتمع البحث - وهذا بناء على الدراسة الاستطلاعية- يجعلنا نستبعد كذلك المنهج الإحصائي، وبالتالي نجد أن المنهج الأنسب لدراستنا هو المنهج الوصفي، حيث نقوم من خلاله بوصف الظاهرة والتعرف على مكوناتها بالتفصيل، وعلاقتها بالظواهر الأخرى، وأسباب ظهورها.

وهناك تعاريف كثيرة للمنهج الوصفي وفيما يلي التعريف الذي قدمه (WALLEN & FRAENKLE): "المنهج الوصفي هو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها، وتحليلها، وإخضاعها إلى الدراسة الدقيقة"⁵

ومن بين أهداف الأسلوب الوصفي نذكر :

- جمع بيانات حقيقية ومفصلة لظاهرة ومشكلة موجودة فعلاً لدى مجتمع معين .

⁵ سامي محمد ملحم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، (ط2)، عمان، دار المسيرة، 2002، ص352

- تحديد المشكلات الموجودة وتوضيحها .
- إجراء مقارنات لبعض الظواهر أو المشكلات وتقويمها وإيجاد العلاقات بين تلك الظواهر أو المشكلات .
- تحديد ما يفعله الأفراد في مشكلة أو ظاهرة ما و الاستفادة من آرائهم وخبراتهم في وضع تصوّر وخطط مستقبلية⁶
- نلاحظ أنّ أغلب هذه الأهداف تتماشى مع أهداف دراستنا مما يؤكد أنّ المنهج الوصفي هو المنهج الأنسب لدراستنا .

4- مجتمع وعينة الدراسة :

"نعني بمجتمع الدراسة جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث"⁷

يتكوّن مجتمع دراستنا من الأطباء النفسيين ، والأخصائيين النفسيين ، ذكورا وإناثا الذين تلقوا تكويننا في EMDR وتحصلوا على شهادة "ممارس EMDR" وطبقوا هذه التقنية خلال ممارساتهم العيادية، ويعملون في مؤسسات عمومية أو خاصة .

وجدنا أنّ العدد الإجمالي لأفراد مجتمع الدراسة هو ن = 04

وكان من المفروض أن نقوم بالدراسة على كلّ أفراد مجتمع الدراسة لأنّ عددهم صغير إلّا أنّنا لم نستطع الاتّصال بالأخصائي النفسي الذي يعمل بجمعية بوسبسي نظرا لالتزاماته الكثيرة خارج الوطن، فهو لا يأتي إلّا أحيانا، ورغم اتصالاتنا المستمرة بجمعية بوسبسي إلّا أنّهم يؤكّدون لنا أنّه غير موجود ولا يعلمون متى يعود، واستنتجنا أنّه يتولّى أساسا مسؤولية إدارية باعتباره رئيس الجمعية، لأنّه نادرا ما يزورها، كما أنّه يعود بعد فترة قصيرة إلى فرنسا، وقد أرسلنا له استبيان الدراسة عبر بريده الإلكتروني لكنّه لم يردّ علينا بأيّ إجابة، وعليه صارت عيّنة بحثنا تتكوّن من ثلاثة أفراد فقط.

⁶ م ن ص 353

⁷ م ن ص 247.

و فيما يلي جدول يوضح خصائص عينة الدراسة :

رقم الفرد	التخصص	مكان العمل	خبرة تطبيق EMDR
01	طبيب نفسي	خلية الصدمات، مصلحة الطب النفسي، مستشفى فرانس فانون، البلدية	منذ 2006
02	طبيب نفسي	خلية الصدمات، مصلحة الطب النفسي، مستشفى فرانس فانون، البلدية	منذ 2006
03	طبيبة نفسية	مصلحة الطب النفسي، مستشفى مصطفى، الجزائر	منذ 2006

جدول (05): خصائص عينة الدراسة

5- الإطار الزمكاني للدراسة:

الزّمان : تمّت الدّراسة الميدانيّة من 15 ديسمبر 2010 إلى 18 أفريل 2011

المكان : - خلية الصّدّمات، مصلحة الطّبّ النّفسي، مستشفى فرانس فانون، البلدية

- مصلحة الطّبّ النّفسي، مستشفى مصطفى ، الجزائر.

سنكتفي بتقديم بطاقة تقنيّة عن مصلحة الطب النفسي عموماً وخليّة الصدمات خاصّة-
بمستشفى فرانس فانون ببلدية باعتبارها أهمّ وأوّل خلية على المستوى الوطني متخصصة
مباشرة في الصّدّمات النفسيّة، كما أنّها ذات تأثير كبير على القرارات التي تتخذها وزارة
الصّحة والسكان خاصّة في مجال الصّدمة النفسية، ونعلّل عدم إدراجنا تعريف جمعية
بوسبسي رغم أن ممارسة EMDR تعمل فيها بأنّ المقابلة التي أجريناها معها تمّت على
مستوى مصلحة الطبّ النفسي بمستشفى مصطفى.

❖ تعريف بـ "خلية الصدمات" وبمهامها:

وهي خلية للتكفل النفسي بالمصدومين، وقد أنشئت على إثر الأعمال الإرهابية التي اجتاحت البلدة وضواحيها، وفتحت أبوابها في 1997.

وتضم حالياً 04: أطباء نفسيين.

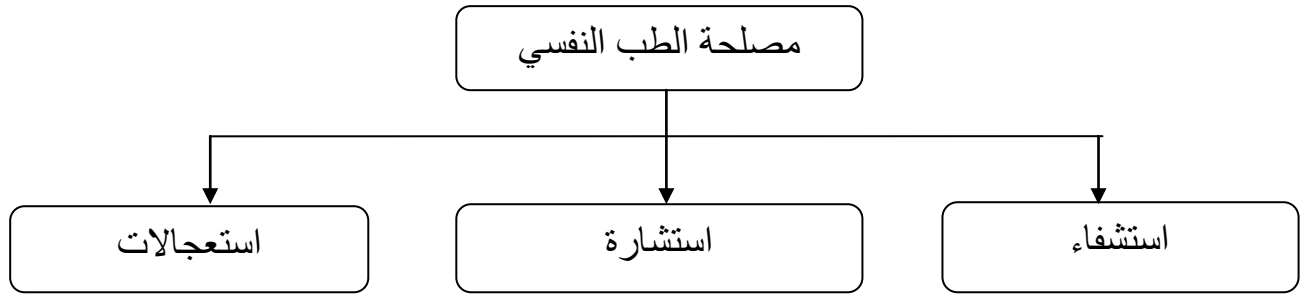
05: أخصائيين نفسيين.

يتناوبون على الخلية ويقومون بأعمالهم العادية.

01: سكرتيرة.

وتوجد هذه الخلية على مستوى مصلحة الطب النفسي للمستشفى.

الهيكل التنظيمي للمصلحة:



شكل (07): الهيكل التنظيمي لمصلحة الطب النفسي بمستشفى فرانس فانون

* الاستشفاء: ويضم 60 سريراً للرجال.

40 سريراً للنساء.

* الاستشارة: تعمل في شكل 04 نقاط في المستوصفات مرة كل أسبوع، أي أن 04

مستوصفات واقعة في ضواحي بلدية تستفيد من زيارة الأطباء النفسيين للقيام بالاستشارة لصالح أولئك السكان مرة كل أسبوع.

* استعجالات: تستقبل الحالات السيكياترية الاستعجالية كل يوم عدا نهاية الأسبوع.

❖ مهام وإنجازات الخلية:

- * شاركت الخلية في التّدخل في الكوارث الاجتماعية الطبيعية التي أصابت الجزائر مثل الإرهاب، فيضانات باب الواد، زلزال بومرداس، فيضانات غرداية، ضحايا حوادث الطرقات، العنف الزوجي والأسري ومختلف أشكال العنف.
- * أشرفت الخلية على مؤتمر حول ظاهرة العنف، في 2004، حيث عُقد ببليدة.
- * إضافة للمشاركة في مؤتمرات وطنية وخارج الوطن.
- * أشرفت الخلية على تكوين الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين، خاصة في الصدمة النفسية، وهذا على مستوى عدة ولايات مثل: وهران، قسنطينة، تيزي وزو، بسكرة،...

6- أدوات الدراسة :

من أجل الإجابة عن سؤال البحث استخدمنا الأدوات التالية :

6-1- مرشد المقابلة: ويضمن خمسة محاور رئيسية وهي:

المحور الأوّل : الاستفادة من تكوين في EMDR.

المحور الثاني : تطبيق EMDR على المصابين بـ PTSD.

المحور الثالث : النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR في حالة PTSD.

المحور الرابع: صعوبات تطبيق EMDR لعلاج PTSD.

المحور الخامس: دراسات حول فعالية EMDR في علاج PTSD.

فكانت مرشد المقابلة الآتي:

محور 1: الاستفادة من التكوين في EMDR.

1- متى وأين استفدت من تكوين في EMDR؟

2- كيف يتم التكوين في هذه التقنية؟

3- هل استفدت من التكوين في EMDR عن طريق :

أ- جمعية انضمت إليها ؟

ب- المؤسسة العمومية التي تعمل فيها ؟

3- منذ متى تطبق هذه التقنية ؟

محور 2: تطبيق EMDR على المصابين بـ PTSD:

1- كيف تتم الإثارة ثنائية الجانب ؟

أ- عن طريق التلويح باليد؟

ب- عن طريق الإضاءة الجانبية ؟

ج- عن طريق اللمس ثنائي الجانب المتناوب ؟

د- بطرق أخرى؟

2- ما هي خصائص المرضى المصابين بـ PTSD الذين تلقوا علاجاً بتقنية EMDR؟

أ - عمر الصدمة لديهم .

ب - طبيعة الحدث الصدمي .

ج- الجنس.

د - المستوى التعليمي.

3- ما هو عدد المرضى المصابين بـ PTSD الذين تلقوا علاجاً بتقنية EMDR؟

4- ما هو متوسط مدة الجلسة العلاجية بEMDR؟

5- هل تطبقون EMDR وحدها أم تصحبها تقنيات علاجية أخرى؟

محور 3: النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR في حالة المصابين ب PTSD ؟

1- ما هو متوسط عدد جلسات EMDR للحصول على نتائج علاجية مقبولة ؟

2- هل لاحظتم تحسنا مقبولا لدى المريض ناتجا عن تطبيق هذه التقنية ؟

3- ما مدى فعالية EMDR مقارنة مع التقنيات العلاجية الأخرى ؟

4- ما هي المهارات التي يجب أن يتمتع بها ممارس EMDR للحصول على نتائج علاجية مقبولة ؟

محور 4: صعوبات تطبيق EMDR لعلاج PTSD:

1- هل تتوفر لكم الشروط الفيزيائية الملائمة لتطبيق هذه التقنية العلاجية ؟

2- ما هي الصعوبات التي يواجهها أغلب المرضى عند تلقي علاج بتقنية EMDR ؟

3- هل تواجهون صعوبة في إقناع المريض بأهمية وفعالية هذه التقنية العلاجية ؟

4- ما العلاقة بين الاستفادة من العلاج بتقنية EMDR والمستوى التعليمي للمريض؟

5- هل تعاطي الأدوية النفسية أثناء العلاج بEMDR يقلل من الفوائد العلاجية لهذه التقنية؟

محور 5: دراسات حول فعالية EMDR في علاج PTSD:

1- هل أجريت دراسة حول فعالية EMDR في علاج PTSD؟

إذا كان نعم :

أ - هل أجريت الدراسة بمفردك أم مع مجموعة ؟

ب- ما عدد أفراد العينة ؟ (الأفراد الذين تلقوا علاجاً بEMDR)

ج- ما هي خصائص هذه العينة ؟

د- كيف تمّت الدراسة؟ (خطوات إجراء الدراسة)

هـ - ما هي النتائج المتوصّل إليها ؟

6-2- الملاحظة: بالإضافة إلى مرشد المقابلة اعتمدنا على الملاحظة، فمن خلالها تحصّلنا على معلومات أفادتنا في دراستنا، وهي معلومات مرتبطة بظروف عمل المستجوبين، ولم نكن نحصل عليها لو اعتمدنا فقط على مرشد المقابلة.

كما اعتمدنا على معاينة المقالات والكتب والمواقع الإلكترونية المرتبطة بموضوع بحثنا حيث أفادتنا كثيرا وخاصة في السؤال الفرعي الأول.

7- إجراءات الدراسة : تمثّلت إجراءات البحث في الخطوات التالية :

- الاطلاع على المجالات والكتب والمواقع الإلكترونية التي تخدم موضوع دراستنا وخاصة التساؤل الفرعي الأول.

- إعداد مرشد مقابلة .

- إجراء مقابلة مع أوّل ممارسين اثنين EMDR (العاملين بخلية الصدمات بمستشفى فرانس فانون بالبلدية).

- سؤالهما عن ممارسين EMDR آخرين ومكان عملهم.

- لقاء ممارسة EMDR تعمل بمستشفى مصطفى، وبعد اعتراضها التام عن إجراء مقابلة معها بسبب كثرة انشغالاتها وضيق الوقت، طلبت منّا أن نعيد صياغة مرشد المقابلة في شكل استبيان على أن يكون بالفرنسية لأنّها لا تعرف العربية.

- بناء استبيان باللغة الفرنسية مشتق من مرشد المقابلة .(انظر الملحق).

8- عرض المعطيات وتحليلها:

1-8- الظروف الاجتماعية والعيادية المهيئة لظهور EMDR :

إنّ حديثنا عن EMDR كتقنية علاجية موجّهة لعلاج PTSD يحتمّ علينا أن نتعرّف على العوامل والظروف التي ساهمت في ظهورها بالجزائر، و يمكننا القول أنّ العامل الأوّلي والأكثر أهميّة هو " العنف الإرهابي"، ولذلك سنقف عنده، فنعرّف على مدى خطورته، ومخلفاته، وكيفية تأثيره على قرارات وزارة الصحّة، ثمّ نتعرّف على تأثيراته النفسية على الضحايا، فندرج أول دراسة وبائية على المستوى الوطني أجرتها جمعية SARP سنة 1999، كما نتطرّق إلى طرق التكفّل بالمصدومين واكتشاف عدم جدوى الطّرق التقليديّة، وضرورة الانفتاح على طرق علاجية حديثة .

وقد كان زلزال بومرداس (2003) الحدث الذي سمح بالتعرّف على EMDR ودخوله الجزائر، فكلّ هذه المعلومات تساعدنا على معرفة الأرضية المهيئة لظهور EMDR، ومن جهة أخرى تثري معلوماتنا حول خصوصية علاج PTSD بتقنية EMDR في الجزائر، وفيما يلي نعرض بالتفصيل هذه العوامل :

أ- العنف الإرهابي والإجراءات المتّخذة :

عانى الجزائريون منذ سنة 1990 من آثار الإرهاب المدمّرة، حيث تقرّ الإحصاءات الرّسميّة بوقوع 150.000 ضحيّة المجازر الإرهابية. وحسب المرصد الوطني لحقوق الإنسان فإنّ عدد المجازر الجماعية خلال عام 1996 بلغ 299 مجزرة. وقد كانت منطقة سيدي موسى سنة 1996 مسرحا لأحداث عنيفة جدا، حيث قتل في ليلة واحدة أكثر من 400 شخص⁸.

⁸ KHALED N, Psychological effects of terrorist attacks in Algeria. In: DANIELI Y, BROM D et al, The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care, An international handbook,USA,2005,p201.

وحسب مصادر تابعة لوزارة الداخلية الجزائرية فإن الإرهابيين اغتصبوا 5000 فتاة في 1999.⁹

وقد كان ضحايا الإرهاب في بداية التسعينيات يعانون في صمت، ومع تزايد الاعتداءات وتوسيع المناطق والجماعات المستهدفة حتى صار المواطن البسيط مستهدفا، بدأت مصالح الصحة العمومية تدرك فداحة المشكلة التي يعانيها الضحايا، وسعت خلال سنة 1996 لإيجاد حلّ للتكيف، ولكن نظرا لوجود عدّة عوائق خاصّة الإدارية لم تتمكن مصالح الصحة العمومية من وضع استراتيجية متماسكة ومعّمة على كامل التراب الوطني وذات رؤية مستقبلية، إلا أنّ المجزرة الفظيعة التي تعرّضت لها مناطق من الجزائر العاصمة، والتي قضت على 100 مدني دفعت المسؤولين الكبار في الصحة في جانفي 1997 إلى تكوين أولى المجموعات من أجل التفكير الجادّ لحل هذه الوضعية الكارثية، وبدأ سريعا في تكوين أجهزة رسمية للتكفل بضحايا الأحداث الصدمية، وتأسّس ما يعرف بـ "SAMU-PSY" (وحدة التدخل النفسي الاستعجالي) [علما أنّ سعد سعود دليلة هي أول المشرفين على إنشائه في 10 ماي 1997] وهو مسير مباشرة من وزارة الصحة، ومن بين مهامه العمل المنسجم والمتناسق مع SAMU المتواجد بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية مصطفى بالجزائر العاصمة [لم يعد موجودا حاليا]. وهكذا بدأت تظهر إلى الوجود أولى خلايا الإصغاء عبر الوطن حيث أحصت وزارة الصحة خلال 2003 وجود أكثر من 50 خلية إصغاء تعمل تحت رايتهام وموزعة عبر 33 ولاية¹⁰

ب - تطوّر التكفل بضحايا الإرهاب :

دخل مصطلح "الصدمة النفسية" و "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة" بعد المجازر الإرهابية في بن طلحة و رايس في منتصف التسعينيات¹¹ حيث كان الأخصائيون النفسيون والأطباء النفسيون يتعاملون مع ضحايا الإرهاب كغيرهم من المرضى الآخرين، وهذا ما أكّده شكالي خلال مقابلتنا معه -وفي مقال نشره- حيث كان ضحايا العنف الإرهابي الأوائل

⁹ BOUDARENE M, *ibid*, p151.

¹⁰ CHAKALI M, *Santé publique et effets de la violence*, Alger, Revue NAQD, n18, automne/hiver, 2003, pp (72-77)

¹¹ BOUDARENE M, *Ibid*, p125.

في بليدة- يُنظر إليهم على أنهم مرضى عاديين، ويتم استقبالهم في الاستجابات السيكياترية وفي الاستشارات العادية بمستشفى فرانس فانون. ومنذ 1992-1993 بدأ الأطباء النفسيون يلاحظون اضطرابات خاصة نوعاً ما، ذات علاقة نسبية مع الأحداث التي يذكرها المرضى، وغالبا ما كانت العلاقة (سبب- أثر) أي العلاقة ما بين الحدث وتأثيره غير واضحة المعالم، ولم يكن هؤلاء الأطباء النفسيون والأخصائيون النفسيون -في الغالب- يربطون بين اضطرابات قلق معينة أو أي عرض بسيط مثل الأرق بحدث صدمي.

وشيئا فشيئا بدأ الضحايا المصدومون يتميزون عن المرضى الآخرين، فصار من الضرورة أن تُتخذ إجراءات خاصة، فتمّت محادثات ما بين عمال الصّحة في بليدة والجزائر العاصمة. [وننتج عن ذلك] أن مستشفى فرانس فانون وضع منذ سبتمبر 1997 جهازا يهدف العاملون فيه لضمان التكفل الاستعجالي في حالة الصدمات الجماعية، مع تدخل بعين المكان، وهذا بسبب تأكيد العلماء على الفوائد الجمة للتدخل الفوري.

لكن تجري الرياح بما لا تشتهي السفن، حيث ظهرت عدة عوائق، منها محدودية الموارد المادية والبشرية، وغياب القدرة على التنظيم، فكان عمّال هذا الجهاز مجبرين -آنذاك- على الاكتفاء بالتكفل بالآثار الطويلة المدى للصّدمة النفسية¹².

أما على مستوى جمعية SARP فنجد أنّه على إثر الإرهاب الذي اجتاحت الجزائر خلال العشرية السوداء والذي كان في أول الأمر ضد قوات النظام؛ الشرطة، الجيش، الدرك الوطني، وفيما بعد مورست أعمال إرهابية في حق الفنانين، والإعلاميين، والأطباء، وفي مرحلة ثالثة أرتكبت مجازر جماعية مثل: مجزرة رايس، وبن طلحة، حيث أبيت مجتمعات خلال بضع ساعات. سعى أعضاء جمعية SARP -من أجل مساعدة ضحايا العنف- للإجابة عن الأسئلة التالية:

ماذا نعمل من أجل هؤلاء؟ وكيف نعمل ذلك؟

¹² CHAKA LI M, ibid, p73.

وقاموا تدريجياً ببناء استراتيجية التكفل بهؤلاء الضحايا، حيث لاحظوا في البداية أنهم غير مزودين سواء على المستوى النظري العيادي أو من ناحية المعرفة الدقيقة بالآثار الدائمة التي تسببها "الكارثة الاجتماعية".

فكانت الاستراتيجية وفق ثلاثة محاور:

المحور الأول: فتح استشارة:

ففي سنة 1997 فتحت الجمعية في مقرها الرئيسي بدالي إبراهيم استشارة مجانية موجّهة للتكفل النفسي بضحايا العنف، وهذا ما سمح للأخصائيين النفسيين بمعرفة وضعية "ضحية"، لكن ذلك لم يكن مثمراً لعدة أسباب، واستنتجوا أن اقتراح فضاء للإصغاء للضحايا غير كاف، وأن التكفل النفسي الكلاسيكي -والذي يشتمل على بقاء الأخصائي في عيادته منتظراً طلباً للمساعدة يقدمه المريض- لا يلائم الأفراد الذين عاشوا رعباً قلب حياتهم رأساً على عقب.

المحور الثاني: القيام بتكوينات:

نظمت جمعية SARP، بالتعاون مع أطباء بلا حدود بلجيكيين، تكويناً بعنوان "الجانب النظري والعيادي للصدمة"، وكان ذلك في 1998، حيث وُجّه التكوين للأخصائيين النفسيين التابعين للجمعية، بالإضافة إلى الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين العاملين بالمناطق التي مسها العنف الإرهابي، مثل: سيدي موسى، الأربعاء، بليدة،... ودامت مدة التكوين سنتين.

كما اشتمل هذا المحور على مناقشة الحالات.

المحور الثالث: الدراسة الوبائية.

فبالموازاة، قامت الجمعية بدراسة وبائية حول انتشار الأحداث الصدمية وتأثيراتها على الصحة النفسية للأفراد، وتمت الدراسة في منطقتين إحداهما أكثر تعرّضا للعنف الإرهابي هي سيدي موسى، أما المنطقة الأخرى فهي دالي إبراهيم¹³. (سنعرض هذه الدراسة لاحقا)

وعلى إثر نتائج هذه الدراسة تمّ فتح مركز سيدي موسى للمساعدة النفسية لضحايا العنف بسيدي موسى في أبريل 2000، بالإضافة إلى اقتراح مساعدة اجتماعية- قانونية، والذي يهدف إلى مساعدة الضحايا على استيفاء حقوقهم، وذلك من خلال مصاحبتهم وتوجيههم، والاستعانة بالتشريعات المعمول بها لتوجيههم، والحصول على مواعيد (عند الطبيب) للضحايا الذين لديهم أمراض عضوية، كما تمنح للضحايا مساعدات مادية، ويشرف على هذه المهام "المساعدة الاجتماعية"، وهي تعمل بالتعاون مع شركاء الجمعية؛ جمعيات، أطباء في القطاع العمومي، أطباء خواص، شبكة WASSILA،...¹⁴

وبهذه الجهود المبذولة لم يعد المواطن الجزائري يجد عبئا كبيرا في اللجوء إلى المساعدة النفسية، إذ يرى شكالي أنّ اقتحام مفهوم "الصدمة النفسية" الرأى العام ساهم في تقليص المسافة ما بين المجتمع وجهاز الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين، وقد يفسّر هذا بأنّ المرض النفسي [الناتج عن التعرض لحدث صدمي] لم يعد راجعا إلى ضعف لدى المريض نفسه، بل هو راجع إلى عوامل خارجية ضاغطة، فهذه حرّضت الأفراد على التوجه والاتصال بمختلف مراكز الإصغاء التي وضعتها السلطات العمومية.¹⁵

ج - الآثار النفسية للعنف الإرهابي :

إنّ التعرّض لكارثة جماعية يستدعي إجراء الدراسات الوبائية من أجل رصد نوع، ومدى، ودرجة الضرر الذي مسّ الأفراد حيث تسمح الدراسة الوبائية سواء كانت وصفية أو

¹³ BOUATTA C, *La pratique psychologique au temps du trauma*, Alger, Revue NAQD, n18, automne/hiver, 2003, pp (84-87).

¹⁴ Ibid, p87.

¹⁵ CHAKA LI M, Ibid,p73.

تحليلية أو تقييمية بقياس مشكلة تدخل ضمن انشغالات حول الصحة العمومية، كما أنّها تعطي للعيادي وللباحث أدلة تفسيرية للسببية الإمرضية الخاصة باضطراب ما¹⁶.

وقد أجرت الجمعية دراسة وبائية حول انتشار الأحداث الصدمية وتأثيراتها على الصحة النفسية للأفراد، وأنجزت الدراسة على عينة مكونة من 652 راشداً، (297 امرأة، 355 رجلاً). وتمت الدراسة في منطقتين إحداهما أكثر تعرّضاً للعنف الإرهابي هي سيدي موسى، أما المنطقة الأخرى فهي دالي إبراهيم.

وفي الجدول التالي تلخيص للاضطرابات النفسية لدى المجتمع المدروس:

جسدنة %	قلق %	اكتئاب %	PTSD %		
04	27	18	32	ذكور	الجنس
14	50	29	44	إناث	
05	33	18	27	سيدي موسى	مكان
12	42	28	48	دالي إبراهيم	الإقامة
10	44	22	34	أقل من 25 سنة	الفئة
09	41	22	39	25-34 سنة	العمرية
07	40	23	41	35-49 سنة	
08	23	25	34	أكبر من 50 سنة	
07	34	21	35	متزوج (ة)	الحالة
20	40	50	65	أرمل (ة)	المدنية
08	40	21	37	عازب (ة)	

جدول (06): انتشار الاضطرابات النفسية حسب متغيرات ديمغرافية.

وقد وجدت هذه الدراسة -عموما- أن الاضطرابات الأكثر انتشاراً هي PTSD (37%)، واضطرابات القلق (37%)، يليها الاكتئاب (23%)، واضطرابات جسدية (8.3%).

¹⁶ LOPEZ G , JEHEL L et al, Ibid, p01.

وهذه الاضطرابات أكثر انتشارا في سيدي موسى، وتمس النساء أكثر من الرجال، والأرامل أكثر من المتزوجين أو العازبين¹⁷.

وقد كان هدفنا من عرض هذه الدراسة الوبائية هو :

- التأكيد على أنّ PTSD منتشر في المجتمع الجزائري بنسب متفاوتة .

- التأكيد على ضرورة تطوير الطرق العلاجية المستخدمة في التكفل النفسي بضحايا الأحداث الصدمية.

وهذا بالضبط ما توصل إليه الأخصائيون النفسيون والأطباء النفسيون حيث استخدموا منذ أواخر التسعينيات الطرق التالية :

- الإصغاء المتعاطف، الدعم النفسي، الأدوية النفسية، العلاج الجماعي، العلاج الأسري، السيكودراما مع المراهقين، الاسترخاء، بالإضافة إلى تقنية EMDR.

ويمكننا القول -عموما- أنّ تعرّض الجزائر إلى الإرهاب طيلة سنوات أحدث تطورا كبيرا وقفزة نوعية في ميدان الصدمة النفسية والتكفل بضحايا الأحداث الصدمية.

د - زلزال بومرداس والتعرّف على تقنية EMDR:

في 21 ماي 2003، حدث زلزال عنيف على مستوى بومرداس وضواحيها خلف 3000 قتيل و 100.000 فرد دون مأوى¹⁸

وتدخلت فورا عدّة جمعيات وجهات - محلية و أجنبية- متخصصة في مجال التدخل في حالة الكوارث، وفي هذه الفترة - حسب ما قاله لنا الطبيبان النفسيان العاملان بخلية الصدمات - تعرّف على وفد طبي فرنسي جاء هو أيضا من أجل تقديم المساعدة لضحايا الزلزال، وكان من أعضائه أخصائية نفسية -لا يتذكّر ان اسمها- ممارسة EMDR، وحدثتهما عن هذه التقنية

¹⁷ BOUATTA C,ibid,p86

¹⁸ CHORFI MS, MEZHOU N, **Types de réactions post-traumatiques suites à une catastrophe naturelle chez les adolescent scolarisés, Algérie**, Edition de l'université de MENTOURI, (s.d),p52

الجديدة وفعاليتها في علاج PTSD وعن كيفية الاستفادة من تكوين في هذه التقنية، ومن هذا الموقف تعرّف الطبيبان النفسيان على تقنية EMDR.

2-8- الاستفادة من تكوين في EMDR:

استمرّ الاتصال بين أعضاء خلية الصدمات وجمعية EMDR France باعتبار تلك الأخصائية النفسية عضوا فيها، واستفاد الطبيبان النفسيان من تكوين مجاني في 2004-2005 وتحصّلا على شهادة ممارس EMDR سنة 2006 (هناك نسخة من الشهادة في الملحق)، وهكذا دخلت تقنية EMDR الجزائر. علما أن هذا التكوين يدعمه "برنامج المساعدة الخيرية" (Humanitarian Assistance Program) (HAP)، وهنا نجد من الضرورة التعريف باختصار بجمعية EMDR France وكيفية التكوين فيها، ثم نعرّف ببرنامج HAP ودوره في تكوين الجزائريين في تقنية EMDR.

❖ جمعية EMDR – France:

و هي الوحيدة الموجودة على مستوى فرنسا، وهي تابعة لجمعية EMDR-Europe. يتمّ التكوين المبدئي والحصول على شهادة "ممارس EMDR" بعد المراحل التالية: مستوى أوّل، الطور الأوّل من الإشراف، مستوى ثان، الطور الثاني من الإشراف، خلال المستوى الأوّل والثاني يتمّ اكتساب الأسس النظرية للتقنية بالإضافة إلى جزء هام من التكوين في شكل تمرينات تطبيقية وتدريبات عن طريق لعب الأدوار.

أمّا الإشراف فهو عبارة عن سيرة مرافقة تسمح بدعم ممارسي EMDR المستقبليين من طرف عياديين خبراء في خطواتهم الأولى، كما يقدّمون لهم نصائح وتوجيهات إزاء الصعوبات التي يواجهونها.

برنامج المستوى الأوّل : يتمّ هذا البرنامج عبر الخطوات التالية:

1- مقدّمة في علم النفس الصدمي.

2- تاريخ EMDR.

- 3- نموذج المعالجة التكوينية للمعلومات (AIP) .
 - 4- المرحلة (1) : تاريخ المريض .
 - 5- المرحلة (2) : التحضير .
 - 6- تطبيقات (تمرينات وتدريبات).
 - 7- المرحلة (3): التقييم .
 - 8- المرحلة (4) : إزالة الحساسية.
 - 9- المرحلة (5) : الترسخ.
 - 10- المرحلة (6) : المسح الجسدي.
 - 11- المرحلة (7) : اختتام.
 - 12- تطبيقات (تمرينات وتدريبات)
 - 13- المرحلة (8) : إعادة تقييم .
 - 14- إجراء سلسلة الاستهداف.
 - 15- بروتوكولات إجراءات في الوضعيات والمجموعات الخاصة .
 - 16- تطبيقات (تمرينات وتدريبات)
 - 17- الخاتمة.
- علما أنّ مدّة التكوين في المستوى الأوّل 24 ساعة ونصف ساعة موزعة على ثلاثة أيام ونصف يوم؛ 14 ساعة ونصف ساعة : تكوين نظري ، 10 ساعات : تكوين تطبيقي.

ويُلي هذا التكوين الطور الأول من الإشراف، ويكون في شكل حصّتين على مجموعة يتراوح عدد أرواحها بين خمسة وستة ، ومدة كلّ حصّة خمس ساعات ، و يستلزم تقديم الفيديو الذي سجّل عليه تطبيق المشارك العلاج بـ EMDR بعد تلقّيه المستوى الأول من التكوين.

برنامج المستوى الثاني من التكوين:

1- مقارنة EMDR : ثلاثة أزمنة :

2- مرحلة (1) : تاريخ المريض.

3- تطوير الأفكار انطلاقاً من مشاكل حالّة.

4- مخططات الاستهداف.

5- مرحلة (2) : التحضير

6- تمارينات تطبيقية.

7- مرحلة (3) : التقييم .

8- مرحلة (4) : إزالة الحساسية.

9- فيديو : استعمال النسج المعرفي.

10- مرحلة (5) : الترسّخ.

11- مرحلة (6) : المسح الجسدي.

12- مرحلة (7) : الاختتام.

13- تمارينات تطبيقية.

14- مرحلة (8) : إعادة تقييم.

15- EMDR والصدمة المعقّدة (DESNOS)

16- EMDR والتفكك.

17- EMDR والأمراض الجسدية والجسدية.

18- EMDR والخوفات.

19- EMDR والحداد.

20- EMDR وقدمى المحاربين .

21- EMDR والأطفال.

22- تمرينات تطبيقية.

23- خاتمة.

علماً أن مدة التكوين في هذا المستوى 20 ساعة و 45 دقيقة موزعة على ثلاثة أيام ؛ 10 ساعات و 45 دقيقة تكوين نظري ، و 10 ساعات تكوين تطبيقي حيث المشاركة في هذا المستوى تستلزم إنجاز الطور الأول من الإشراف.

الطور الثاني من الإشراف :

يتطلب نفس المدة الزمنية التي يستغرقها الطور الأول ، ومن أجل مصداقيته يجب على المشارك أن يقوم بتطبيق على الأقل 20 جلسة EMDR على ثلاثة مرضى على الأقل بين المستوى الثاني وبداية الطور الثاني من الإشراف، وفي نهاية التكوين يحصل المشارك على شهادة "ممارس EMDR " التي تصادق عليها جمعية " EMDR –France " و " EMDR - Europe"¹⁹

❖ برنامج المساعدة الخيرية (HAP):

ظهر أول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1995، وهو عبارة عن شبكة موجودة على المستوى الدولي والأوروبي، أما على مستوى فرنسا فقد ظهر في 2004، ويهدف أساساً

¹⁹ WWW.EMDR-FRANCE.ORG

لمساعدة ضحايا الأحداث الصدمية، بطريقة غير مباشرة؛ وذلك من خلال دعم عمليات التكوين، ونقل الكفاءات والمهارات في الصدمة النفسية إلى العاملين في الصحة الذين يرافقون الضحايا.

والبلدان الموجه لها هذا البرنامج هي البلدان التي تعاني تراكمات من الوضعيات الصدمية، مثل: الحرب، الإرهاب، والبلدان التي مستها الكوارث الطبيعية.²⁰

وفي الجزائر عمل شكالي - وهو أحد الطبيين النفسيين الذين استفادوا من تكوين في EMDR- على التعريف بهذه التقنية العلاجية، وذلك من خلال :

1- محاضرة بعنوان " Eye Movement Desensitization and Reprocessing قدمها لصالح أعضاء جمعية SARP.

2- محاضرة قدمها في 29 ماي 2010 لصالح الجمعية الجزائرية للطب النفسي (تحصلنا على ملخص تلك المداخلة)

وبعد هذين الطبيين النفسيين مباشرة وفي نفس السنة استفادت طيبة نفسية من تكوين في EMDR وهي تعمل رسميا في مستشفى مصطفى الجامعي وملتووعة بجمعية بوسبسي كما استفاد من التكوين أيضا أخصائي نفسي وهو رئيس هذه الجمعية.

إذن ، العدد الإجمالي لممارسي EMDR في الجزائر هو 04.

وقد استوقفنا العدد الضئيل لممارسي EMDR في الجزائر، فمنذ حوالي خمس سنوات تكوّن أربعة أشخاص فقط، ووضّح لنا الطبيبان النفسيان العاملان بخلية الصدمات بأنهما بعدما لاحظا التأثير الإيجابي لـ EMDR أكّدا على ضرورة تكوين مجموعة من الأخصائيين

النفسيين والأطباء النفسيين في هذه التقنية، وبعد التواصل مع جمعية EMFR France وHAP-FRANCE تمّ التخطيط لتكوين أكثر من 20 ممارس في عام 2007 إلا أنّ حدوث

²⁰ GOURHANT A, La thérapie EMDR est-elle intégrative ?, Révue Santé Intégrative, avril 2009, n08, pp(4-8).
synchronie.org/la-therapie-EMDR-est-integrative.pdf

عدّة عوائق أدّى إلى تأجيل ذلك المشروع إلى غاية 2009 حيث تمّ انتقاء 26 شخص (منهم 12 فرد تابع لمستشفى فرانس فانون) وقد تجاوزوا حالياً المستوى الثاني، وهم في الطور الثاني من الإشراف الذي يليه، ومن المفترض أن ينتهي التكوين خلال هذه السنة.

وقد أدرج برنامج HAP-FRANCE نفس هذه المعلومات خلال عرضه لنشاطاته في الجزائر، ونحن نعرض بدورنا هذه المعلومات الموثقة.

- ✓ جوان 2004 – سبتمبر 2005: استفاد عياديان من جمعية بوسبسي بالجزائر العاصمة، وعياديان من مستشفى فرانس فانون ببلدية من تكوين بباريس في EMDR، وكان التكوين مجاني، وقد قام عضو من HAP - وهو مشرف معتمد - بزيارات عديدة إلى الجزائر من أجل مرافقتهم في التطبيق، ومساعدتهم على إنهاء تكوينهم.
- ✓ نوفمبر 2005: قامت جمعية بوسبسي بدعوة David Servan-Schreiber وهو مكوّن في EMDR، وقدم محاضرة لجمهور عريض بالجزائر العاصمة، حيث حضر أكثر من 500 شخصاً.
- ✓ ماي 2006: التقى فريق HAP، وجمعية بوسبسي، وفريق فرانس فانون بالجزائر العاصمة من أجل إنشاء أول مشروع تكوين EMDR بالجزائر.
- ✓ خلال 2007: كان من المفروض أن يستفيد حوالي 20 عيادياً جزائرياً من تكوين في EMDR بالجزائر العاصمة، وكان المنسق المحلي للمشروع هو جمعية بوسبسي.
- ✓ خلال 2008: تمّ إلغاء المشروع لأسباب أمنية لذلك عمل فريق HAP بفرنسا على تنظيم تكوين للجزائريين جنوب فرنسا.
- ✓ في ماي 2009: استفاد 26 عيادياً جزائرياً من تكوين (مستوى أول) في EMDR.
- ✓ في 2010: استفاد 23 عيادياً جزائرياً من تكوين (مستوى ثاني) بمدينة تلمسان.²¹

²¹ <http://www.hap-france.org/projets.php>

8-2- تطبيق EMDR على ضحايا الأحداث الصدمية :

* طريقة إثارة الانتباه الثنائي (BLS) : وجدنا أنّ كلّ ممارسي EMDR الذين قابلناهم يعتمدون على التلوّيح باليد أي إثارة الانتباه الثنائي عن طريق تحريك المعالج يده يمين وشمال المجال البصري للمريض وعلى بعد حوالي 30 سم من عينيه اللتين تتابعان يد المعالج مع سكون الرأس، فهذه الطريقة هي الأكثر شيوعاً لدى عامة ممارسي EMDR في العالم، وهي غير مكلفة .

* خصائص المرضى الذين تلقوا علاجاً بـ EMDR :

- عدد المرضى : لا توجد لدى ممارسي EMDR أرقاماً دقيقة حول عدد المرضى الذين تلقوا علاجاً بهذه التقنية، لكنّ شكالي يؤكد على أنه عالج أكثر من 100 مريض، أمّا الممارسين الآخرين بيّنوا أنّهما عالجا عشرات الحالات، حيث عايشت كلّ تلك الحالات أحداثاً صدميةً لكنّها لا تعاني كلّها من PTSD.

- طبيعة الأحداث الصدمية: كان التعرّض للعنف الإرهابي الذي يضمّ الاغتصاب، الاختطاف، التهديد بالقتل، قتل أحد أفراد العائلة، مشاهدة قتل شخص ما، ... هو الحدث الصّدمي الأكثر انتشاراً بين المرضى الذين تلقوا علاجاً بهذه التقنية. ومع ذلك هناك أحداث صدميةً أخرى غير مرتبطة مباشرة بالإرهاب مثل : العنف الأسري، العنف الزوجي، الاعتداءات الجنسية، حوادث المرور، زلزال بومرداس ، فيضانات باب الواد، ...

- الجنس : ذكور وإناث.

- المستوى التعليمي : طبّق ممارسو EMDR هذه التقنية على أفراد يتباينون في مستوياتهم التعليمية، فمنهم الأميّ، ومنهم الجامعي، وهذا ما يميّز تقنية EMDR فهي لا تستوجب أن يتمتّع الفرد بمستوى تعليمي عال كي يستفيد منها.

- مدّة الجلسة العلاجية : اتفق ممارسو EMDR على أنّ مدّة الجلسة العلاجية غير ثابتة، فهي تختلف من فرد إلى آخر، ومن جلسة إلى أخرى، ومن وضعية إلى أخرى، كما أنّها تتعلّق بقدرة المريض على الاستمرار في معالجة (Processing) المادة المستهدفة،

بالإضافة إلى الحالة النفسية التي جاء بها المريض لإجراء جلسة EMDR، وعموماً، وجد أنّ الجلسات تتراوح مدتها ما بين نصف ساعة إلى ساعة ونصف.

- تطبيق EMDR : يكون وحده أم تصحبه تقنيات علاجية أخرى؟

أقرّ الممارسون أنّ هذه التقنية لم يتمّ تطبيقها وحدها بل عادة ما يكون هؤلاء المرضى خاضعين للعلاج بالأدوية النفسية، وهذا شيء متوقّع ومنطقي، فالممارسون الثلاثة هم أطباء نفسيون ويعتمدون أساساً على العلاج بالأدوية النفسية، ولذلك فإنّ استخدام تقنية EMDR إنّما يكون بمثابة علاج تكميلي، فليس من المعقول أن ينقطع المريض فجأة عن تعاطي أدويته النفسية من أجل تلقّي جلسات علاج بـ EMDR خاصة أنّه ثبت علمياً غياب أيّ ضرر في الجمع بين التقنيتين العلاجيتين .

3-8- النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR :

1- متوسط عدد جلسات EMDR للحصول على نتائج علاجية مقبولة :

أقرّ الممارسون أنّ عدد الجلسات يتفاوت من فرد إلى آخر حسب عدّة عوامل، منها :
عمر الصدمة النفسية، قدرة المريض على فهم تطبيق التعليمات التي يوجّهها له المعالج، نوع الصدمة، فتعرّض راشد إلى صدمة نفسية وحيدة وخضوعه إلى علاج بـ EMDR مبكّر يزيد من احتمال أن تكون عدد الجلسات قليلاً مقارنة مع شخص تعرّض منذ سنوات (في طفولته) إلى صدمات متتالية (DESNOS). وقد وجدت ممارسة EMDR أنّ متوسط عدد الجلسات يصل إلى أربعة، ويعتبر هذا الرقم منطقياً ومرضياً، ويؤكد لنا أنّ هذه التقنية فعلاً سريعة الفعالية مقارنة مع العلاجات الأخرى مثل العلاج بالتعرّض الذي يتطلّب العديد من الجلسات وتمارين منزلية يومية .

2- فعالية EMDR العلاجية :

لم يجزم ممارسو EMDR على أنّ التحسّن العلاجي الذي حقّقه المرضى الذي خضعوا لجلسات EMDR ويتعاطون في الوقت نفسه أدوية نفسية راجع فقط لجلسات EMDR، فكلا العلاجين ثبتت علمياً فعاليتهما ونجاعتهما في التخفيف من أعراض PTSD

ومع ذلك لاحظوا أنّ المرضى الذين يتعاطون أدوية نفسية، وخضعوا لعلاج EMDR حققوا تحسّناً علاجياً ملموساً وسريعاً مقارنة بالذين تعاطوا أدوية نفسية فقط.

كما يؤكّد ممارسو EMDR أنّه تمّ تحقيق نتائج علاجية مرضية في حالة المرضى الذين تلقّوا علاجاً مبكراً.

3- حدوث انتكاسات على إثر تلقي علاج بـ EMDR :

أكّد لنا شكالي وزميله أنّ EMDR قد أدّى إلى تحسّن معتبر، أو على الأقلّ لم يسبّب ضرراً للحالات التي تلقّت EMDR، وهذا بناء على تجربتهما، في حين وجدت ممارسة EMDR أنّ بعض مرضاها الذين تلقّوا علاجاً بهذه التقنية حدثت لهم انتكاسات سريعة بعد تحسّن حالتهم.

إنّ هذه النتيجة (حدوث انتكاس بعد العلاج بـ EMDR) غريبة نوعاً ما، فبناءً على أحدث المراجع التي اطّلنا عليها، وفي حدود معلوماتنا، لم يذكر أنّ تلقي علاج بـ EMDR قد يؤدي إلى انتكاسة الحالة الصحيّة للمريض بعد تحسّنها بفترة قصيرة، رغم التأكيد على أنّ EMDR قد لا يتناسب مع بعض الحالات حيث يؤدي إيقاظ بعض الذكريات الأليمة جدّاً إلى إغراق بعض المرضى في انفعالات سلبية مما يسبّب لهم كبحاً و أحياناً هيجاناً شديداً فيضطرّ الأطباء إلى تهدئة حالتهم ببعض الأدوية النفسيّة، وإيقاف العلاج بـ EMDR.

وهنا نفترض تفسيرات لتلك الانتكاسات التي تحدّثت عنها ممارسة EMDR :

التفسير الأوّل: بما أنّ المريض الذي يتلقّى جلسات EMDR يبقى خاضعاً للعلاج الدوائي، فهناك احتمال أن يرجع سبب تلك الانتكاسة إلى عدم انتظام المريض أو انقطاعه فجأة عن تناول دوائه مما يضاعف الأعراض المرصّية (علماً أنّ هذه الممارّسة سرعة طبيبة نفسية)، وهذا احتمال ضعيف.

التفسير الثاني: خلال إجراء جلسات إزالة الحساسية إزاء مواد صدمية حدّدت سابقاً، هناك احتمال أنّ المريض لم يستكمل معالجتها، وبالتالي لم يحدث فعلاً وبصورة قطعية هضم تلك المعلومات وربط شبكة تلك الذكريات الصدمية بباقي شبكات الذكريات التكيّفية، وبالتالي فإنّ إعادة تنشيط تلك المواد الصدمية لاحقاً هو احتمال وارد جدّاً.

لذلك يؤكّد رواد تقنية EMDR على ضرورة التأكّد التّام من أنّ المريض قام بمعالجة كاملة للمادة المستهدفة (Targeted Material) والتأكّد من تلاشي جميع مظاهرها السلبية قبل الانتقال إلى مادة مستهدفة أخرى، وهذا ما تقوم عليه مرحلة "إعادة التقييم" في بروتوكول EMDR، حيث يجب على المعالج أن يتأكّد في بداية الجلسة من أنّ النتائج العلاجية المتحصّل عليها في الجلسة السابقة لم تتعطل، إذ يطلب من المريض التفكير ثانية في الهدف (TARGET) المحدّد خلال الجلسة السابقة، وبناء على ردود فعل المريض يقيّم المعالج أثر العلاج، ومن ثمّة يكيّف السيرورة العلاجية، فيعملان على تحديد ومعالجة الأهداف القديمة التي مازالت لم تهضم بعد وإلا يحدّدان أهدافا جديدة لمعالجتها .

3- المهارات اللازمة لممارس EMDR كي يساعد مريضه على تحقيق نتائج علاجية مقبولة:

إنّ تحقيق نتائج علاجية مقبولة على إثر تطبيق EMDR لا يتعلّق فقط بالمريض بل أيضا بالممارس فلا بدّ أن تتوفر فيه عدّة مهارات أهمّها :

- الصّبر والمثابرة ، فالممارس غير الصبور يجد صعوبة في التعامل مع المرضى خاصّة الذين لا يفهمون ما طلب منهم وكذلك الفضوليون جدّا أيّ أنّ قلّة الصبر تحول دون استفادة المريض من العلاج.

- الذكاء الوجداني : ويتمظهر من خلال معرفة المعالج متى انتهت قدرة المريض على الاستمرار في معالجة مادة صدمية محدّدة، فخلال مرحلة إزالة الحساسية، عندما تتمّ إثارة الانتباه الثنائي وذلك بأن يستحضر - ذهنيا - المريض مادة صدمية بينما يقوم بتحريك عينيه لمتابعة يد المعالج التي تتحرّك يمينا وشمالا، وقد تدوم هذه العملية بضع ثوان إلى بضع دقائق، فهذا يتوقّف على قدرة المريض النفسية على المعالجة، فلو أنّ مريضا يقوم بمعالجة مادّة صدميّة وفي لحظة ما أصابه التعب ولم يعد يستطيع الاستمرار في المعالجة، ولم ينتبه للقيام بإشارة التوقّف المتّفق عليها سابقا، فإذا كان المعالج يفتقد الذكاء الوجداني فإنّه سيستمرّ في تحريك يده لفترة أطول مما يتسبّب في إنهاك وإغراقه في الانفعالات السلبية المؤلمة، أمّا المعالج الذكيّ وجدانيا فإنّه يشعر وينتبه من خلال تعابير وجه المريض ولغة جسده أنّه لم يعد

يستطيع الاستمرار في المعالجة، فيتوقف المعالج عن تحريك يده، وينتقل مع المريض إلى الخطوة الموالية، وهي سؤاله - مثلاً - : "ماذا لديك الآن؟"

وقد أكد الممارسون على هذه المهارات لكنّها - كما قالوا تتطور - وتحسّن مع الوقت والخبرة.

4-8- صعوبات تطبيق EMDR:

إنّ تطبيق EMDR يتطلّب توفّر جملة من الشروط المتعلقة بعضها بالممارس، وبعضها بالمريض، والبعض الآخر بالشروط الفيزيائية، لذلك ليس من السهل أن تتوفّر هذه المتطلّبات بأكملها بصورة مستمرة، وقد أدرجنا الصعوبات التي يواجهها الممارسون في النقاط التالية:

- صعوبة الحصول على الظروف الفيزيائية المناسبة: حيث وجدت ممارسة EMDR العاملة بمستشفى مصطفى صعوبة كبيرة في تطبيق هذه التقنية في هذه المؤسسة بسبب غياب الظروف الفيزيائية الملائمة، وقد لاحظنا خلال انتظارنا لدورنا من أجل مقابلتها - عندما كانت تجري مقابلة علاجية مع أحد مرضاها وجود حركة كبيرة في المكتب إذ أنّ العاملين بتلك المصلحة - ممرضين، زملاء، ... يدخلون عليها عدّة مرّات كما أنّ ذلك المكتب ضيق و لا يتوفّر على كرسي مريح من أجل الاسترخاء اللازم للعلاج ب-EMDR .

تجعل هذه الظروف مجتمعة المريض غير مرتاح، وتمنعه من أن يتصرّف بتلقائية ويتحدّث بصدق، وبعثق عن معاناته، ما بالك بإجراء جلسة EMDR التي تتطلّب -أساسا- التركيز التام، وعدم تشتتّ الذهن حيث الهدوء والعزلة شرطان ضروريان لا غنى عنهما.

بالإضافة إلى الصعوبة الإدارية، حيث طلبت هذه الممارسة من الجهات المسؤولة في مصلحة الطبّ النفسي الحصول على مكتب منعزل من أجل تطبيق EMDR إلا أنّ طلبها رفض لذا كانت تطبّق هذه التقنية في جمعية بوسبسي محفوظ باعتبارها طبيبة نفسية متطوّعة تعمل هناك كلّ يوم سبت لكن منذ عام توقّفت عن تطبيق EMDR بسبب تغيير الدوام على المستوى الوطني.

أمّا على مستوى جمعية بوسبسي فكانت الشروط الفيزيائية متوفرة تماما، وقد لاحظنا خلال زيارتنا جمعية SARP أنّ هناك نظاما كبيرا في انتظار استقبال المرضى حيث تضبط

المواعيد مسبقاً، ويكون الأخصائي النفسي دائماً في انتظار المريض، وهناك ممراً مخصصاً لدخول وخروج المرضى دون أن يراهم باقي أعضاء الجمعية، وبالإضافة إلى الهدوء التام وتأكيد الأخصائية على السكرتيرة بعدم مقاطعتها قبل انتهاء الجلسة.

والنتيجة التي نخرج بها أنّ الجمعيات عموماً الهادفة إلى التكفل النفسي بالأشخاص الذين يعانون، توفر شروطاً فيزيقية أفضل كثيراً من المستشفيات أمّا ممارسا EMDR اللذان يعملان في خلية الصدمات فقد لاحظنا أنّ الشروط الفيزيقية متوفرة إلى حدّ كبير علماً أنّ أحدهما رئيس خلية الصدمات ورئيس مصلحة الطب النفسي.

- صعوبة فهم المريض التعليمات :

بعدما تلقى ممارسو EMDR تكويناً في هذه التقنية باللغة الفرنسية كانت لديهم مخاوف كبيرة من أن يعجز المريض البسيط عن فهم التعليمات الموجهة له، وفعلاً، حدث ما كان متوقّعا خاصّة مع المرضى الأوائل لكن تدريجياً اجتهد كلّ ممارس في إيجاد طريقة بسيطة وسهلة يفهم بها المريض المطلوب منه، وهنا تظهر مهارات المعالج وقدراته على إيصال أفكاره وعلى مخاطبة المريض بما يفهمه.

وفعلاً، بعد مرور أشهر من الممارسة أكّد لنا ممارسو EMDR أنّهم تمكّنوا نوعاً ما من تجاوز هذه الصعوبة مع أغلب المرضى، وقد أشاروا إلى أنّ أهمّ شيء هو إقناع المريض بضرورة تلقّي هذا العلاج والتأكيد على فعاليته، والإجابة على أسئلة المريض حول هذه التقنية لأنّها غريبة وغير معتادة في العيادة النفسية الجزائرية.

وقد لاحظنا في دراستنا الاستطلاعية عندما أجرينا مقابلة مع الأخصائية النفسية التي تتلقّى تكويناً في EMDR، أنّ هناك غياباً معتبراً في المعلومات حول الأساس النظري الذي تقوم عليه هذه التقنية، ولذلك وجدت صعوبة في الإجابة على أسئلة المرضى الذين استغربوا كثيراً هذه التقنية. وكانت أسئلتهم المستمرة حول أهميّة حركة العينين (لماذا يتابع بيديه حركة يد المعالج؟ ما فائدة ذلك؟ كيف لتحريك العينين أن يؤدي إلى تحسّن العلاج؟...)

وأخبرتتنا تلك الأخصائية النفسية أنّ المعلومات التي يتلقونها خلال التكوين عامة وقد أصرت على ضرورة الاجتهاد الشخصي من أجل تطوير وتعميق معلوماتها حول هذه التقنية، وبناء عليه نستطيع القول أنّ ممارس EMDR الذي لا يفهم جيداً هذه التقنية لا يمكنه أن يجيب على جميع أسئلة المريض، فتظلّ لديه شكوك حول هذه التقنية مما يقلل من نسبة استفادته منها على عكس الممارس المتمكّن من هذه التقنية حيث يكون قادراً على الإجابة على كلّ أسئلة المريض مما يزيد ثقته في المعالج والتقنية معاً وبالتالي هناك فرصة أكبر للاستفادة من العلاج.

* المستوى التعليمي والاستفادة من تقنية EMDR:

وجد ممارسو EMDR أن بعض المرضى الذين لديهم مستوى تعليمي عالي قد لا يستفيدون من العلاج بـ EMDR في حين وجدوا أن بعض المرضى الآخرين الذين لديهم مستوى تعليمي منخفض (ومنهم الأميين) قد يفيدهم هذا العلاج، ومن جهة أخرى يؤكّد هؤلاء الممارسون أن المرضى الذين يجيدون اللغة الفرنسية لا يتعبونهم مثل الذين لا يجيدون هذه اللغة.

والمقصود من كل ذلك أن المستوى التعليمي للمريض ليس شرطاً حاسماً في استفادته من العلاج بـ EMDR. لكن عموماً فإن المرضى الذين يجيدون اللغة الفرنسية قد لا يجدون صعوبة في فهم التعليمات الموجهة لهم، كما يسهل على الممارسين إيصال الأفكار لهم، وتوجيه التعليمات إليهم، على عكس المرضى الذين لا يجيدون اللغة الفرنسية إذ يجب على الممارس أن يجد الكلمات التي يفهمها المريض، لكن الأهم من كل ذلك هو قدرة المريض على تطبيق المطلوب منه وعلى التركيز في فعل ذلك، والتقليل من تشتت الذهن خاصة أثناء مرحلة إزالة الحساسية عندما يخضع للإثارة ثنائية الجانب.

5-8- دراسات حول تقنية EMDR

وجدنا أن هناك دراسة وحيدة حول فعالية EMDR في علاج PTSD قام بها شكالي وبوتوشنت وهما الطبيبان النفسيان اللذان يعملان بخلية الصدمات في 2006، وهذا يعني غياب شبه تام للدراسات حول تقنية EMDR في الجزائر منذ أكثر من 05 سنوات، وهناك أسباب كثيرة لذلك، ومن أهمها: كثرة انشغالات هؤلاء الممارسين، وهم أطباء نفسيون يعملون في مستشفيات بمدن مرتفعة الكثافة السكانية، بحيث تكون أعداد ضخمة من المرضى بحاجة للاستشارة النفسية، إذن كثرة الأعباء المهنية داخل المستشفى وخارجه، وكثرة الاهتمامات تحول كلاً دون تفرغ الممارس للقيام بدراسات صارمة حول فعالية EMDR، وهنا ندرج مقارنة بسيطة بين الجزائر وتونس حول توفير الخدمات الصحية العمومية: "وُجد أن كل طبيب نفسي في الجزائر مسؤول على 60.000 مواطن أما في تونس كل طبيب نفسي مسؤول على 5.000 مواطن"²² فهذا الفرق الشاسع بين البلدين يعطينا فكرة جيدة عن كثرة الأعباء التي يتحملها الأطباء النفسيون مما يؤثر على تقدّم البحوث العلمية في مجال الطب النفسي عموماً، كما لاحظنا خلال زيارتنا مكتبة مستشفى مصطفى الجامعي -وهي مكتبة تضم العديد من الكتب والموسوعات المجالات في مختلف المجالات الطبية - أن المراجع حول الطب النفسي، وخاصة في ميدان الصدمة النفسية والتكفل بالمصدومين مقتصرة فقط على المراجع الفرنكفونية المشهورة مثل كتب: CROCQ L, VAIVA G, LEBIGOT, LOPEZ G ولاحظنا غياباً تاماً لمؤلفات جزائرية في مجال الطب النفسي، وهذا أيضاً مؤشر واضح حول مستوى البحوث العلمية في ميدان الصحة النفسية، ولذلك ليس غريباً أن نجد دراسة واحدة حول فعالية EMDR في علاج ضحايا الأحداث الصدمية.

وفيما يلي عرض هذه الدراسة الوحيدة.

أجرى شكالي وبوتوشنت دراسة بعنوان: " EMDR وضحايا العنف في الجزائر " مقدمة في إطار مؤتمر علمي دولي بباريس في 2006، عرض الباحثان نتائج دراسة للتعرف على أولى تأثيرات تقنية EMDR، وهي دراسة أنجزت على مستوى خلية الصدمات بالبلدية

²² Rush sur les cabinets de psychiatres et de psychologues en Algérie... schizophrènes, journal EXPRESSION, 16.03.2008.

- تم استعمال مقابلة WATSON لتقييم الحالة النفسوسدمية لهؤلاء المرضى في بداية علاجهم بتقنية EMDR.

ونظرا لغياب ترجمات صادقة لسلالم التقييم (باللغة العربية)، والذي يعتبر مشكلة يصعب حلها، اكتفى الباحثان بتقييم حالة هؤلاء المرضى بعد الجلسات العلاجية.

- خصائص أفراد العينة:

العدد: 25 مريض، وهم مرضى يتابعون في خلية الصدمات.

السن: تتوزع أعمار هؤلاء المرضى كالآتي:

02: أقل من 30 سنة.

07: ما بين 30 و39 سنة.

11: ما بين 40 و49 سنة.

04: ما بين 50 و59 سنة.

01: أكبر من 60 سنة.

الجنس: 14: ذكور، 11: إناث.

المهنة:

04: معلمين. 04: إطار سام.

03: شرطة. 02: متقاعد.

06: عامل متوسط. 06: دون وظيفة.

- الأحداث الصدمية:

17: أحدث صدمية متعلقة بالعنف الإرهابي.

01: زلزال.

07: أحداث صدمية أخرى (عنف زوجي، حوادث مرور،...).

- زمن وقوع الصدمة: (1993-2005).

- التشخيص:

11: لديهم PTSD حالي.

04: لديهم PTSD خلال فترة من حياتهم.

10: غياب PTSD.

- عدد جلسات EMDR:

جلسة واحدة: 02

02 جلسة: 05

03 جلسة: 06

04 جلسة: 04

05 جلسة: 07.

* وجد الباحثان ما يلي:

- بما أن التكفل بهؤلاء المرضى مازال جاريا بالنسبة لأغلب المرضى فإن تقييم النتائج

مازال غير نهائي.

- لا يمكن تعميم هذه الطريقة العلاجية على كل المرضى، ويجب انتقاء المرضى المناسبين، وهم الأشخاص الذين يعانون أكثر، وكذلك الذين لديهم القدرة على المشاركة الفعالة في مقابلة من هذا النوع، أي الأشخاص المستعدين [الإيجابيين] ولديهم استعداد فكري معين.

* أما عن النتائج العلاجية فهي كالآتي:

- إيقاف العلاج مع تحسن محقق: 04 حالات (منهم 02 لديهم PTSD).

- تحسن جاري محتمل: 13 حالة.

- تغيير قليل / بسيط: 07 حالات.

- غياب أي تأثير: حالة واحدة.

* وقد أكد الباحثان في الأخير- على:

- مشكلة ترجمة البروتوكول إلى اللغة العربية.

- إن الأحداث الصدمية التي تعرض لها أغلب هؤلاء المرضى قديمة وعادة ما تكون

متعددة (وهذا يعني وجود صدمات معقدة / DESNOS)²³.

9- مستقبل EMDR في الجزائر:

* ذكرنا سابقا أنّ هناك مشروع لترجمة بروتوكول EMDR إلى اللغة العربية ينوي أعضاء خلية الصدمات الانطلاق بإنجازه قريبا وهذا ما يساهم في تحسين التّواصل بين المعالج والمريض، ومن جهة أخرى يزداد عدد المرضى المؤهلين للاستفادة من تقنية EMDR، كما أنّ ترجمة بروتوكول إلى اللغة العربية، وتوحيد اللغة والتعليمات يعطي مظهرا أكثر علمية لهذه التقنية.

* أدرجنا في موضع سابق أنّ هناك مشروع تكوين 23 أخصائي نفسي وطبيب نفسي في EMDR، وهذا يعني أنّ هذه التقنية ستعرف انتشارا حقيقيا في الجزائر.

²³ CHAKALI M, EMDR et victimes de violence en Algérie, 2006, (fichier power point).

* نحن نتوقع أن تجرى مستقبلا دراسات صارمة حول فعالية EMDR، ومن المحتمل أن الأخصائيين النفسيين هم الذين يقومون بها، أو على الأقل سيتولون العدد الأكبر من الدراسات لأنهم لا يتحملون أعباء مهنية كبيرة مثل الأطباء النفسيين، ونخص بالذكر هنا العاملين بالمستشفيات.

كما أنه من المحتمل أن تتم تلك الدراسات على مستوى الجمعيات وليس على مستوى المستشفيات، لأن الجمعيات - كما ذكرنا سابقا- توفر الشروط الفيزيائية والإدارية التي تتطلبها البحوث العلمية، ونحن نستدل على كلامنا هذا بالدراسة الوبائية الأولى في الجزائر حول انتشار الأحداث الصدمية وتأثيراتها على الصحة النفسية للأفراد التي أجرتها جمعية SARP حيث كان الفريق المسؤول على تلك الدراسة أغلبه أخصائيون نفسيون عياديون.

الخلاصة:

من خلال الدراسة الميدانية التي أجريناها نستخلص أن تعرض الجزائر للعنف الإرهابي ساهم في تحسين وتطوير الاهتمام بالصحة النفسية للمواطن، وجعل الطب النفسي وعلم النفس يخطوان خطوة عملاقة في مجال الصدمة النفسية، سواء من حيث معرفة ماهيتها، أو من حيث التدخل الفوري في حالة الكوارث، أو من حيث طرق التكفل بالمصدومين، كما ساهم في تفعيل العمل الجماعي فصار له دور معتبر في هذا المجال. ويعتبر انفتاح الجزائر على تقنية EMDR وإدخالها في العيادة النفسية خطوة إيجابية وإنجازا معتبرا، خاصة أن هذه التقنية ثبتت علمياً فعاليتها في علاج أعراض PTSD، هذا الاضطراب الذي تعاني منه الجزائر كثيرا بسبب توالي الأحداث الصدمية عليها. إلا أن تجربة الجزائر مع هذه التقنية لا تزال في أول الطريق، ويتمظهر ذلك من خلال العدد الضئيل لممارسي EMDR وغياب شبه تام للدراسات العلمية حول فعالية هذه التقنية، إلا أن الاقتراب من تكوين حوالي 23 ممارس EMDR يعتبر مؤشرا جيدا لتحسين الصحة النفسية للمواطن الجزائري.

الخاتمة:

تمثلت مشكلة بحثنا في التعرف على واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR في الجزائر". ومن أجل الإجابة على هذه المشكلة عمدنا إلى إجراء مقابلات مع ممارسي EMDR في الجزائر وهم ثلاثة ممارسين من أصل أربعة؛ طبيبان نفسيان يعملان في خلية الصدمات بمصلحة الطب النفسي بمستشفى فرانس فانون بالبلدية، وطبيبة نفسية تعمل بمستشفى مصطفى الجامعي بالجزائر العاصمة، ونلخص أهم النتائج المتحصل عليها فيما يلي:

1- هناك عدّة عوامل وظروف هيأت لظهور تقنية EMDR في الجزائر، أهمّها: معاشة الجزائر لأعنف الأحداث الصدمية، وعلى رأسها الإرهاب منذ أوائل التسعينات من القرن الماضي، حيث كانت آثاره على الصّحة النفسيّة العمومية مدمّرة، ممّا دفع وزارة الصّحة لاتّخاذ إجراءات عمليّة جادّة لمواجهة هذه المشكلة فأثر ذلك إيجابياً على تطوير وتفعيل عمل الأخصائي النفسي والطبيب النفسي وخاصة في حالة الكوارث، وجعل دورهما إيجابياً في تحسين الصّحة العمومية، كما لعب الجهاز الجمعي دوراً فعّالاً في مجال التكفل بضحايا الأحداث الصدمية، كل ذلك ساهم في انفتاح الجزائر على تقنيات علاجية هامة وعلى رأسها تقنية EMDR.

2- كان زلزال بومرداس 21 ماي 2003 هو الظرف المباشر الذي تعرّف من خلاله الطبيب النفسي العامل بخلية الصدمات بالبلدية على أخصائية نفسيّة (عضو بجمعية EMDR-FRANCE)، وبعد التّواصل المستمر بين الطرفين تمكّن هو وزميله من الاستفادة من تكوين مجاني في هذه التقنية العلاجية بفرنسا، وتحصّلا على شهادة "ممارس EMDR" سنة 2006، وهما بذلك أوّل جزائريين يتكوّنان في هذه التقنية، وبعدهما مباشرة تحصّلت طبيبة نفسية وأخصائي نفسي منضمّان لجمعية بوسبسي على شهادة "ممارس EMDR" فأصبح المجموع الإجمالي لممارسي EMDR في الجزائر 04 ممارسين إلى يومنا هذا.

3- تطبيق EMDR على ضحايا الأحداث الصدمية:

- يعتمد جميع ممارسي EMDR على إثارة الانتباه الثنائي (BLS) لدى المريض عن طريق تحريك اليد يمين وشمال المجال البصري للمريض على بعد 30 سم من عينيه.

- لا توجد إحصاءات دقيقة حول عدد المرضى الذين تلقوا علاجاً بـ EMDR لكن الأكيد أن عددهم يتجاوز كثيراً 100 فرداً.

- طبقت EMDR على مرضى ذكور وإناث حيث عمر الصدمة النفسية لديهم يتراوح ما بين بضعة أشهر إلى عدة سنوات، كما وُجد أن المستوى التعليمي يتراوح ما بين الأمي والجامعي، أما الأحداث الصدمية التي تعرّض لها هؤلاء المرضى فهي متنوّعة (إرهاب، اغتصاب، خطف، حوادث مرور، زلزال، فيضانات، تهديد بالقتل،...).

النتائج العلاجية على إثر تطبيق EMDR على ضحايا الأحداث الصدمية:

أجمع ممارسو EMDR على أن تطبيق EMDR على ضحايا الأحداث الصدمية حقّق نتائجاً علاجية مقبولة لدى العديد من هؤلاء، فالمهمّ هو توقّر المواصفات في المريض كي يستفيد من هذه التقنية العلاجية، ومنها: القدرة على فهم التّعليمات الموجهة له، القدرة على تطبيقها، أن تكون المعاناة شديدة، كما يؤكّد ممارسو EMDR أنه تم تحقيق نتائج علاجية مُرضية جداً في حالة المرضى الذين تلقوا علاجاً مبكراً.

صعوبات تطبيق EMDR:

- بروتوكول EMDR مُصاغ باللغة الفرنسية وهذا ما صعب على العديد من المرضى الذين لا يجيدون اللغة الفرنسية فهم التعليمات الموجهة لهم، فيضطرّ المعالج للاجتهاد وإيجاد طريقة وأسلوب خاصين به لتبسيط الفكرة وإيصالها إلى المريض. لذلك تمّ التأكيد على ضرورة ترجمة البروتوكول إلى اللّغة العربيّة.

- صعوبة الحصول على ظروف فيزيقيّة مناسبة، حيث أكدت ممارسة EMDR أنّ الصّعوبة الحقيقية التي واجهتها خلال عملها في مصلحة الطّب النفسي هي توفير الشّروط الفيزيقيّة اللاّزمة، ونعني توفير مكتب خاص، منعزل دون مقاطعات، وهادئ، وفيه كرسي مريح،... وهذا ما منع تطبيقها EMDR حيث تعتمد أساساً على العلاج بالأدوية النفسية.

دراسات حول فعالية EMDR: هناك دراسة وحيدة حول أولى تأثيرات EMDR العلاجية على ضحايا العنف في الجزائر، قام بها شكالي وبوتوشنت، الطبيبان العاملان بخلية الصدمات، في 2006.

المشاريع الحالية:

- هناك مشروع تكوين 23 ممارس EMDR ما بين أخصائيين نفسيين وأطباء نفسيين، انطلق في 2009، وسينتهي في حوالي 2011.

- هناك مشروع ترجمة بروتوكول EMDR إلى اللغة العربية، ينوي الانطلاق في إنجازه أعضاء بخلية الصدمات بمستشفى فرانس فانون.

ويمكننا القول في الأخير أن تجربة الجزائر مع تقنية EMDR مازالت فتية، وفي أول الطريق إلا أن هناك احتمال كبير أن تنتشر هذه التقنية وتلقى رواجاً في ظل الظروف الحالية، خاصة وأن تبعات الأحداث الصدمية التي تعرّضت لها البلاد مازال يعاني منها الضحايا.

وبناء على دراستنا هذه، نقدّم جملة من الاقتراحات والتوصيات التي تساهم في الاهتمام أكثر بتقنية EMDR، وإعطائها دوراً ريادياً في علاج ضحايا الأحداث الصدمية:

1- العمل على ترجمة الأعمال الرائدة في تقنية EMDR، وعلى رأسها أعمال SHAPIRO.

2- عقد ملتقيات ومؤتمرات للتعريف أكثر بهذه التقنية.

3- الزيادة في عدد ممارسي EMDR بالجزائر، مع إعطاء فرصة التكوين للأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين الذين يعملون بالمدن الداخلية والمدن الصغيرة، وعدم اقتصار التكوين على العاملين بالمدن الكبرى.

4- توفير على مستوى المستشفيات مكاتب تستوفي جميع الشروط الفيزيائية اللازمة لتطبيق تقنية EMDR، من أجل إعطاء فرص أكبر لضحايا الأحداث الصدمية كي يستفيدوا من هذه التقنية

5- إجراء دراسات تعالج الإشكاليات التالية:

- ✓ فعالية تقنية EMDR في علاج اضطراب PTSD، على أن تتم الدراسة على عدد كبير من الأفراد، وتخضع لشروط علمية صارمة.
- ✓ فعالية EMDR في علاج الاكتئاب والقلق المرتبطين بالتعرض لأحداث صدمية.
- ✓ تأثير العلاج بتقنية EMDR على تقدير الذات لدى ضحايا الأحداث الصدمية.
- ✓ فعالية EMDR في التخفيف من الألم الجسدي.

قائمة المراجع:

1- المراجع باللغة العربية:

1-1- الكتب:

- 1 - روبرت ليهي، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية ؛ ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة، (ط1)، القاهرة، إيتراك، 2006.
- 2 - سامي محمد ملحم، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، (ط2)، عمان، دار المسيرة، 2002.
- 3 - محمد أحمد النابلسي، الصدمة النفسية: علم نفس الحروب والكوارث، لبنان، دار النهضة العربية.
- 4 - عدنان حب الله، الصدمة النفسية: أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية ، (ط1)، الجزائر، لبنان، ANEP، دار الفارابي، 2006.
- 5 - غسان يعقوب، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، (ط1)، لبنان، دار الفارابي، 1999.
- 6 - فيصل محمد خير الزراد، العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض، (ط1)، لبنان، دار العلم للملايين، 2005.
- 7 - محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج، القاهرة، دار قباء.
- 8 - محمد حمدي الحجار، تشخيص الأمراض النفسية، (ط1)، دمشق، دار النفائس، 2004.
- 9 - ملحمة كلكامش، ترجمة، طه باقر، الجزائر، موفم للنشر، 1995.

2-1- المقالات:

- 10- حمود بن هزاع الشريف، الآثار النفسية للحوادث المرورية، مؤتمر التعليم والسلامة المرورية، السعودية، 2006.

11- محمد نجيب الصبوة، مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة وبائية كLINIكية، سبتمبر 2000م، 11ع، 41ع، لبنان، دار النهضة العربية، (79-118).

2- القواميس والمعاجم:

12- سهيل إدريس، المنهل: قاموس فرنسي عربي، (ط 38)، بيروت، دار الآداب للنشر والتوزيع، 2007.

13- معجم الطلاب

14- Cambridge

15-LAPLANCHE J , PONTALIS J.B, **Vocabulaire de psychanalyse**, (5eme édition), France, Presses Universitaires de France, 2007

16- SILLAMY N, **Dictionnaire de psychologie**, Paris, Larousse,(s.d),

3- المراجع الأجنبية:

3-1- المراجع الورقية:

3-1-1 الكتب:

16- American Psychiatric Association, **Mini DSM-IV-TR :Critères diagnostiques** (Washington DC,2000).Traduction française par GUELFY JD et al, PARIS,MASSON, 2004.

17- ANAUT M, **La résilience: Surmonter les traumatismes**, France, NATHAN, 2003.

18- BOUDARENE M, **Le stress entre bien-être et souffrance**, Alger, BertIÉDITION, 2005.

19- BRILLON P, **Comment aider les victimes souffrant de stress post traumatique**, Canada, Quebecor, 2004.

- 20- CHORFI MS, MEZHOUD N, **Types de réactions post-traumatiques suites à une catastrophe naturelle chez les adolescent scolarisés, Algérie**, Edition de l'université de MENTOURI, (s.d).
- 21- COTTRAUX J, **Les thérapies cognitive**, Paris, RETZ, 1992.
- 22- CROCQ L, DALLIGAND D et al, **Traumatismes Psychiques**,Belgique, Masson,Elsevier, 2007.
- 23- DAYON M, **Trauma et devenir psychique**, France, Presses Universitaires de France, 1995.
- 24- DE CLERCQ M, LEBIGOT F et al, **Les traumatismes psychiques**, Paris, MASSON, 2001.
- 25- FREUD S, **Au-delà du principe de plaisir**,(1920).In : Essais de psychanalyse,tradui, BOURGUIGNON, A,ALTOUNIANT et al, France, Petite Bibliothèque Payot, 2001.
- 26- JEHEL L, LOPEZ G et al, **Psychotraumatologie :Evaluation, clinique, traitements**, Paris, DUNUD.
- 27- JOLLY A, **Stress et Traumatisme :Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence**, (Thèse de Doctorat), Université de REIMS, France, 2002.
- 28- KEDIA M, SEGUIN AS, **Psychotraumatologie**, Paris, DUNOD, 2008.
- 29- KHALED N, **Psychological effects of terrorist attacks in Algeria**. In: DANIELI Y, BROM D et al, **The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care**, An international handbook,USA,2005.
- 30- LEBIGOT F, **Le traumatisme psychique**, Bruxelles, communauté française de Belgique, 2006.
- 31- LOPEZ G, SEGUIN AS et al, **Les psychothérapies des victimes : le traitement multimodal du psychotraumatisme**, Paris, DUNOD, (s.d).
- 32- NUTT DJ, STEIN MB et al, **Post Traumatic Stress Disorder : Diagnosis, management and treatment**, UK, (2nd ed), informa Healthcare, 2009.

- 33- PAULHAN I, BOURGEOIS M, **Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité**,(2em ed),France, Presses Universitaires de France, 1998.
- 34- VAIVA G, LEBIGOT F et al, **Psychotraumatisme ; prise en charge et traitement**, France, Masson, 2005.

3-1-2- مقالات

- 35- BOUATTA C, **La pratique psychologique au temps du trauma**, Revue NAQD, n18, Alger, 2003
- 36- CHAKALI M, **Santé publique et effets de la violence**, Alger, Revue NAQD, n18, automne/hiver, 2003.
- 38- CROCQ L , **Critique du concept d'état de stress post traumatique**, Revue Perspectives Psychiatriques,(dec1996), vol35,n05, France, p363.In : In :CROCQ L, VITRY M, Dossier documentaire : Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme, (Seminaire de formation des formateurs), Institut Pasteur, Sidi Fradj, 19-22 nov2000
- 39- CROCQ L, **Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques:ses variations cliniques, sa signification**, REVUE Perspectives Psychiatriques,(1992) , n32, France,p59 .In :CROCQ L, VITRY M, Dossier documentaire : Prise en charge psychologique des enfants traumatisés par la violence liée au terrorisme, (Séminaire de formation des formateurs), Institut Pasteur, Sidi Fradj, 19-22 nov2000.
- 40- LEBIGOT F, **La clinique de le névrose traumatique dans son rapport à l'évènement**, Revue Sress & trauma, 2000, vol01,n01, France.
- 41- PRIETO N, **L'expérience de la catastrophe du tunnel de Mont-Blanc**, Revue STRESS &TRAUMA, 2000, vol01,n01,France.

42- WINTGENS A, BOILEAU B, **Le penser et le dire autour du syndrome de stress post traumatique en pédopsychiatrie**, P.R.I.S.M, 1996, vol06, n03, , Canada.

2-3- المراجع الالكترونية (من الانترنت)

1-2-3- الكتب:

43- **American Psychiatric Association Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders**, USA, American Psychiatric Association, Compendium 2006.

<http://books.google.fr/books?id=zql0aqtrsryc&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

44- CARROTH B, **Psychological trauma and addiction treatment**, USA, HAROTH Press, 2006.

http://books.google.fr/books?id=bTsu_7mzCYkC&printsec=frontcover&dq=psychological+trauma&cd=5#v=onepage&q&f=false

45- DOUTRELIGNE Y, COTTENCIN O, **Thérapies brèves: principes et outils pratiques**, Paris, Elsevier MASSON, 2eme ed, 2008. (juin 2010)

<http://books.google.com/books?id=zfvTNd2tugoc&pg=pa11&dq=emdr&hl=fr&cd=7#v=onepage&q=emdr&f=false>

46- FOA EB, KEANE TM et al, **Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies**, New York, (2nd ed), Guilford Press, 2009. (mai 2010).

<http://books.google.fr/books?id=MFyEg007YEIC&printsec=frontcover&dq=EFFECTIVE+TREATMENT+FOR+PTSD&hl=fr&ei=SkswTZOvMNTS4gbLpZ>

XFCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=EFFECTIVE%20TREATMENT%20FOR%20PTSD&f=false

47- FREEDMAN C, POWER MJ, **Handbook of evidence- based psychotherapies: A guide for research and practice**, UK, John Wiley & sons, 2007. (june 2010)

<http://books.google.fr/books?id=gslg25mz7emc&pg=100&dq=emdr&lr=&cd=65#v=onepage&q=emdr&f=false>

48- GUAY S, MARCHAND A, **Les troubles liés aux évènements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitement**, Canada, Les Presses de l'Université de Montréal,2006. (December 2010)

http://books.google.fr/books?id=_NZILFUXQV4C&pg=PA83&dq=traumatic+stress+trauma&hl=fr&ei=sOAArFH5G1hAe9opG3Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=traumatic%20stress%20trauma&f=false

49- HENSLEY BJ, **An EMDR primer : From practicum to practice**, New York, Springer Publishing Company, 2009.(june2010)

<http://books.google.fr/books?id=vpy4xmiem7gc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=16#v=onepage&q&f=false>

50- HOYT MF, **Constructive therapies**, N.Y, The Guilford Press, 1996,(APRIL2010).

<http://books.google.fr/books?id=zrbxhdymua8c&pg=pa197&dq=emdr&lr=&cd=28#v=onepage&q=emdr&f=false>

51- HUDGINS K, HUDGINS MK, **Experiential treatment for Post Traumatic Stress**

Disorder: The therapeutic spiral model, New York, Springer Publishing Company, 2002. (December 2010)

[.http://books.google.fr/books?id=ZXaxkNbvX8QC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=Gf4UTevFIcqWhQeIsP22Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwADgK#v=onepage&q&f=false](http://books.google.fr/books?id=ZXaxkNbvX8QC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=Gf4UTevFIcqWhQeIsP22Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwADgK#v=onepage&q&f=false)

52- KATO N, KAWATA M et al, **PTSD :Brain mechanisms and clinical implications**, Japan, Springer, 2006, (December 2010)

http://books.google.fr/books?id=FUOHCwnHFKUC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=o_MUTb_XDNC2hAfNpM24Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

53- KLEIN RH, SCHERMER VL, **Group psychotherapy for psychological trauma**, USA, Guilford Press, 2000, (October 2010)

<http://books.google.fr/books?id=351YFSwX3bIC&printsec=frontcover&dq=psychological+trauma&cd=7#v=onepage&q&f=false>

54- LEEDS AM, **A guide to standard EMDR protocols for clinicians, supervisors and consultants**, New York, Springer Publishing Company, 2009. (May 2010).

<http://books.google.fr/books?id=cpyheEAdkiqc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=23#v=onepage&q&f=false>

55- LEHRER PM, WOOLFOLK RL et al, **Principles and practice of stress management**, New York, Guilford Press, 3rd ed, 2007, (June 2010).

<http://books.google.fr/books?id=T-hUvwUNjvUC&printsec=frontcover&dq=principles+stress+management&hl=fr>

&ei=R3I4TeD6B83qOfzaub4L&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

56- LILIENFELD SO, LYNN SJ et al, **Science and pseudo-science in clinical psychology**, New York, Guilford Press, 2003.(june2010)

<http://books.google.fr/books?id=rzr0dtx2siqc&pg=pa249&dq=emdr&lr=&hl=fr&cd=40#v=onepage&q=emdr&f=false>

57- LUBER M, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) :Scripted protocols, special populations**, New York, Springer Publishing Company, 2010, (MARCH2010).

<http://books.google.com/books?id=suhd74hvlc4c&printsec=frontcover&dq=emdr&hl=fr&cd=7#v=onepage&q&f=false>

58- MOLLON P, **EMDR and energy therapies: psychoanalytic perspectives**, London, KERNAK, 2005.

http://books.google.fr/books?id=ibegzd_g75cc&printsec=frontcover&dq=emdr&lr=&cd=26#v=onepage&q&f=false

59- MORTIER J, **Réactiver les fonctions naturelles du cerveau : Le docteur VITTOZ, un repercusseur**, France, Pierre TEQUI éditeur, 2005, (MAI 2010).

<http://books.google.fr/books?id=fdAb-cb3yjsc&pg=pa78&dq=emdr&lr=&hl=fr&cd=16#v=onepage&q=emdr&f=false>

60- RUBIN A, SPRINGER DW, **Treatment of traumatized adults and children: clinician's guide to evidence-based practice**, New Jersey, John Wiley & sons, , 2009 (MAY2010)

<http://books.google.fr/books?id=209kjuttu6kc&pg=pa416&dq=emdr&lr=&cd=71#v=onepage&q=emdr&f=false>

61- SCHIRALDI GR, **The Post-Traumatic Stress Disorder sourcebook: A guide to healing, recovery and growth**, USA, Library of congress cataloging-in-publication Data, 2nd edition, 2009.

http://books.google.fr/books?id=rxokks49_1cc&pg=pa213&dq=emdr&ed=10#v=onepage&q=emdr&f=false

62- SCOTT MJ, PALMER S, **Trauma and Post Traumatic Stress Disorder**, London, Sage Publication Company, 2003.

http://books.google.fr/books?id=ifKG_P0dy98C&printsec=frontcover&dq=traumatic+stress+trauma&hl=fr&ei=sOAaTcrFH5G1hAe9opG3Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDAQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

63- SHAPIRO F, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures**, USA, Guilford Press, 2001, (May 2010)

<http://books.google.fr/books?id=od9iiN6MFGQC&printsec=frontcover&dq=emdr&cq=1#v=onepage&q=emdr&f=false>

64- Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R, **Counseling and psychotherapies in context and practice: skills, strategies and techniques**, New York, John Wiley & sons, inc, 2004, (MARCH 2010).

<http://books.google.fr/books?id=bpzrbuse0ikc&pg=pa453&dq=emdr&lr=&cd=39#v=onepage&q=emdr&f=false>

65- VAN DER KOLK B, MCFARLANE AC et al, **Traumatic Stress: The effects of overwhelming of experience of mind, body and society**, New York, Guilford Press, 1996. (December 2010).

http://books.google.fr/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PA47&dq=ptsd&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=ptsd&f=false

66- VASTERLING J, BREWIN CR, **Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive and clinical perspectives**, New York, Guilford Press, 2005.(december2010)

http://books.google.fr/books?id=WW6bmGCzHvEC&printsec=frontcover&dq=ptsd&hl=fr&ei=o_MUTb_XDNC2hAfNpM24Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEYQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false

67- YEHUDA R, **Psychological Trauma**, Review of psychiatry, 1998,vol17, USA, American Psychiatric Press, (june2010).

<http://books.google.com/books?id=kepsw8jpvkic&printsec=frontcover&dq=ptsd&lr=fr&cd=46#v=onepage&q=ptsd&f=false>

3-2-2- مقالات:

68- BARROIS C, **Le traumatisme et l'effroi**, Le séminaire « Psychiatrie, psychothérapie et culture(s)», 1993-1994.

<http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?rubrique16> (juin2010)

69- BRUCHON-SCHWEITZER M, **Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress**, Revue Soins infirmiers,Dec 2001,n67,BORDEAUX, p68.

http://catalogue.iugm.qc.ca/geidefile/coping.pdf?archive:194294691247&file=coping_pdf

70- Carlson JG, Chemtob CM et al, **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related Posttraumatic Stress**

Disorder (PTSD), Journal of Traumatic Stress, Jan1998, vol11, issue 1, USA, (june 2010),pp(3-24).

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/110487135/abstract>

71- COTE L, **Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychologiques dans les réactions post traumatiques**,Revue Santé Mentale au Quebec, 1996, vol21,n01, Canada,p215.

<http://id.erudit.org/iderut/032388ar>

72- EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (Fevrier 2010).

http://fr.wikipedia.org/wiki/Eye_movement_desensitization_and_reprocessing

73- GOURHANT A, **La thérapie EMDR est-elle intégrative ?**, Révue Santé Intégrative, avril 2009, n08, pp(4-8).

synchronie.org/la-therapie-emdr-est-integrative.pdf

74- JABERGHADERI N, GREENWALD R et al ,**Practitioner report: A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls**, Clinical psychology & psychotherapy, published online17sep2004, vol11, issue 5, pp(358-368).

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/109624963/abstract>

75- JOLLY A, **Evènements traumatiques et état de stress post traumatique : une revue de la littérature épidémiologique**, Annales médico-psychologiques, 2000, vol158,n5, France, p16. (octobre 2010).

www.anne-jolly.com/publications/articles/annaesmedicopsy2000.pdf

76- Kaslow FW, Jeffrey J et al, **Comprehensive handbook of psychotherapy: cognitive-behavioral approaches**, USA, Edition John wiley & Sons, 3rd ed, vol 2, 2002, (may2010).

http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=2_wiyestqocc&pg=pa266&dq=comprehensive+handbook+of+psychotherapie+emdr&lr=&hl=fr&cd=1#v=onepage&q=&f=false

77- Le terrorisme routier fait des ravages en Algerie, (jeudi17juin2004).
www.algerie-dz.com

78- MASSON J, **L’outil EMDR en alcoologie : Réflexions théoriques et cliniques**, Revue PSYCHOTHERAPIES,2005, vol25,n02, Canada,p118.
(juin2010)

<http://www.cairn.info/article.php?IDREVUE=PSYS&IDNUMPUBLIE=PSYS052&IDARTICLE=PSYS0520117>

79- NEGAD MA, MAHANI KN et al, **Efficacy of EMDR in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience**, in Psychological Research, 2007,vol 9, issue(3-4), Iran, pp(104-117).

<http://psychresearch.ir/en/list-of-articles-/60--n-.html>

80- RAYNAUD M, **Stress et axe corticotrope : Réflexions autour de la physiopathologie de la dépression et du PTSD**, CHU de Clermont-Ferrand,
(nov2010)

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/stressimmunitereynaud.html>

81- ROTHBAUM BO,ASTIN MC et al, **Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape**

victims, Journal of Traumatic Stress, Dec 2005, vol18, issue 6, USA, pp (607-616).

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/11222306/abstract>

82- Shapiro F: **Efficacy of Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories**, Journal of Traumatic Stress, Avril 1989, vol2, issue 2, USA, pp(199-223), Published online 19feb2006.

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112447317/abstract>

83- STAPLETON JA, TAYLOR S et al, **Effects of three PTSD treatments an anger and guilt: Exposure therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation training**, Journal of Traumatic Stress, feb 2006, vol 19, issue 1, USA, pp(19-28).

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112447823/abstract>

84- STEVEN T , THORDARSON DS et al, **Comparative efficacy, speed and adverse effects of three PTS treatments: Exposure therapy, EMDR and Relaxation training**, Journal of Counselling and clinical psychology, April2003, vol71(2), pp(330-338).

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optiontobuy&id=2003-02091-012&cfid=6955119&cftoken=59859691>

85- THABET A.A , ABUTAWHIN A et al, **War on Gaza: Trauma, grief and PTSD in Palestinian children victims of war on Gaza.**

http://www.gcmhp.net/File_files/AbstractMar2k9.pdf

3-2-3- الروابط:

86- <http://www.sarpsy.com/>

87 http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105:presentation&catid=49:centre-de-sidi-moussa-cap&Itemid=59

88 http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=101:presentation&catid=50:centre-de-corso&Itemid=57

89 http://www.sarpsy.com/index.php?option=com_content&view=category&id=46&Itemid=80

90- <http://WWW.EMDR-FRANCE.ORG>

91- <http://www.hap-france.org/projets.php>

92 <http://emdria2.affiniscap.com/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=123>
(april2011)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE FERHAT ABBAS - SETIF
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

QUESTIONNAIRE SUR :

«La réalité du traitement de trouble de stress post-traumatique (PTSD) par
la technique de Désensibilisation et Retraitement par les mouvements
oculaires (EMDR) en Algérie »

Dans le cadre de préparation de la thèse de magister

Préparé par :

Nabila ATIK

Encadré par :

Professeur Med SEGHIR Chorfi

Dans le cadre de préparation de la thèse de magister intitulée «La réalité du traitement de trouble de stress post-traumatique (PTSD) par la technique de Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR) en Algérie », et comme vous êtes praticien EMDR. Permettez- moi de vous inviter à répondre à ce questionnaire.

Veillez lire attentivement les questions avant de répondre, en mettant (X) dans la case indiquée ou en donnant réponse bien précise.

Questions :

I- Formation en EMDR :

1- Quand est-ce que vous avez bénéficié d'une formation en EMDR ?.....

2- Dans quel cadre vous avez bénéficié de cette formation ?

.....

3- Depuis quand vous utilisez EMDR ?.....

II- Application de l'EMDR pour les sujets souffrant de PTSD :

1- Comment faire la stimulation bilatérale ?

- a- Par les mouvements de la main du thérapeute.
- b- Par la lumière bilatérale et alternative.
- c- Par le toucher bilatéral alternatif.
- d- Autres.

2- Quelles sont les caractéristiques des sujets, souffrants de PTSD, qui ont reçu la thérapie EMDR ?

a- Age du traumatisme : (..... -)

b- La nature de l'évènement traumatique :

- * Terrorisme.
- * Agressions sexuelles
- * Violence familiale
- * Séisme
- * Inondations
- * Accidents de route

* Autres

c- Sexe : F M

d- Niveau éducatif :

* Non-alphabétique

* Primaire

* Moyen

* Secondaire

* Universitaire

3- Le nombre total des sujets traités par EMDR :

4- La durée moyenne d'une séance EMDR.

5- Est-ce que vous appliquez EMDR seule ou vous la combinez par une autre technique ?

III- Les résultats thérapeutiques :

1- Quel est le nombre moyen des séances EMDR pour obtenir des résultats thérapeutiques satisfaisant?

2- Est-ce que vous avez obtenu des bons résultats dus essentiellement à l'application de l'EMDR ? Oui : Non :

3- L'efficacité de l'EMDR par rapport les autres techniques thérapeutiques :

a- EMDR est plus efficace que les autres techniques thérapeutiques

b- EMDR est moins efficace que les autres techniques thérapeutiques

c- EMDR est efficace comme les autres techniques thérapeutiques

d- EMDR joue un rôle thérapeutique complémentaire

e- EMDR joue un rôle thérapeutique principale.

4- Par quelles capacités le praticien EMDR doit être doté pour obtenir de bons résultats ?

IV- Les difficultés de l'application de l'EMDR :

1- Est-ce que vous travaillez dans des conditions physiques adéquate ?

Oui :

Non :

2- Quelles sont les difficultés que rencontrent les patients souvent au cours de l'application de EMDR ?

3- Quelle est la relation entre le niveau éducatif du patient et l'obtention des bons résultats thérapeutiques ?

a- Le patient ayant un haut niveau éducatif a une chance de guérir mieux que celui ayant un niveau éducatif bas.

b- Aucune relation entre le niveau éducatif du patient et les résultats thérapeutique en utilisant EMDR.

c- Il ya une relation relative entre le niveau éducatif du patient et les résultats thérapeutiques.

4- Est-ce que vous trouvez des difficultés pour expliquer la technique EMDR aux patients.

V- Etudes sur EMDR :

Avez-vous fait des études sur EMDR ?

Si oui :

a- Vous l'avez faite seul ou dans une équipe ?

b- Quelle est le nombre total des sujets de l'échantillon ?

c- Quelles sont les caractéristiques de cet échantillon ?

d- Quelles sont les procédures de cette étude ?

e- Quels sont les résultats obtenus ?

Merci pour votre collaboration

فهرس المصطلحات

الإنجليزية	العربية
Dual attention stimulation	-أ- إثارة الانتباه الثنائي
Bilateral Stimulation	إثارة ثنائية الجانب
Tactile stimulation	إثارة لمسية
Procedures	إجراءات
Physical sensations	إحساسات جسدية
Closure	اختتام
Perception	إدراك
Disturbance	ارتباك
Supportive counseling	إرشاد تدعيمي
Eye Movement Desensitization and Reprocessing	إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين
Targeting	استهداف
Insight	استبصار
Freezing response	استجابة التجمد
Immune response	استجابة محصنة
Induction	استنتاج
Assimilation	استيعاب
Stop-signal	إشارة التوقف
Conditionement	إشراط
Impaired sleep	اضطراب/ تضرر النوم
Reprocessing	إعادة المعالجة
Sexual assult	اعتداء جنسي
Belief	اعتقاد
Avoidance symptoms	أعراض التجنب
Rape	اغتصاب
Paradigm	افتراض
Intrusion	اقتحامات
Ego	الأنا
Dual attention	انتباه ثنائي
Vulnerability	انجراحية
Narrowing of attention	انحسار الانتباه
Emotion	انفعال
Constriction in throat	انقباض الحلق
Empirical investigation	-ب- بحوث أمبيريقية
	-ت-
Experience	تجربة
Avoidance	تجنب
Experimental analysis	تحليل تجريبي

Preparation	تحضير
Theoretical conjectures	تخمينات نظرية
Free-association	تداعي حر
Installation	ترسيخ
Dual focus	تركيز ثنائي
Design	تصميم
Discomfort	تضايق
Clean-out	تطهير
Psychological self-healing	تعافي ذاتي نفسي
Imagery exposure	تعرض تخيلي
Prolonged exposure	تعرض مطول
Self-definition	تعريف الذات
Learning	تعلم
Case report	تقرير حالة
Exposure-based techniques	تقنيات قائمة على التعرض
Evaluation/ assessment	تقييم
Cognitive interweave	تمازج معرفي
Representation	تمثيل
Expectation	توقع
Self-confidence	- ث - ثقة بالنفس
	- ج -
Corpus collosum	الجسم الجاسي
Limbic system	الجهاز الحافي
	- ح -
Event	حدث
Touchstone event	حدث محكي
Resolution	حل / انحلال
Adaptive resolution	حل تكيفي
Cognitive overloading	حمولة معرفية زائدة
	- خ -
Phobia	خواف
Experience	خبرة
	- د -
Dismantling studies	دراسات تفكيكية
Social support	دعم اجتماعي
Brain	دماغ
	- ذ -
Memory	ذاكرة
Episodic memory	ذاكرة استظرادية
Declarative memory	ذاكرة تصريحية
Semantic memory	ذاكرة دلالية

Traumatic memory	ذاكرة صدمية
Long-term memory	ذاكرة طويلة المدى
Memory	ذكرى
Sensory memory	ذكرى محسوسة
Memory lapses	ذكريات مفقودة
Mind	ذهن
Link	- ر - رابط
	- س -
Impact of event scale (IES)	سلم تأثير الحدث
Personality traits	سمات الشخصية
	- ش -
Network	شبكة
Traumatic memory network	شبكة الذكريات الصدمية
Memory network	شبكة ذكروية
Neuronetworks	شبكات عصبية
Targeted network	شبكة مستهدفة
Guilt	شعور بالذنب
	- ص -
Health	صحة
Mental health	صحة نفسية
Validity Of Cognition	صدق الفكرة
Sound	صوت
Image	صورة
	- ض -
Victimisation	ضحوية
Tight chest	ضيق الصدر
	- ع -
Agent / Factor	عامل
Powerlessness	عجز
Symptom	عرض
Exposure therapy	علاج بالتعرض
Hypnotherapy	علاج بالتنويم
Pharmacotherapy	علاج بالعقاقير
Cognitive behavioral therapy	علاج معرفي سلوكي
Procedural elements	عناصر إجرائية
	- غ -
Anger	غضب
Anhedonia	غياب المتعة
	- ف -
Hyperarousal	فرط نشاط (عصبي إعاشي)
Effectiveness	فعالية

Lack of control	فقدان التحكم
Psychological Amnesia	فقدان الذاكرة نفسي المنشأ
Loss of meaning	فقدان المعنى
Thought	فكرة
Positive Cognition (PC)	فكرة إيجابية
Negative Cognition (NC)	فكرة سلبية
	- ق -
Belief Statements	قائمة الاعتقادات
Hippocampus	قرن آمون
Cortex	قشرة مخية
Channel	قناة
Amygdala	- ل - لوزة
	- م -
Variable	متغير
Mediating variables	متغيرات وسيطة
Stimulus	مثير
Journal	مذكرات
Trial and Error	المحاولة والخطأ
Phase	مرحلة
Reevaluation/ Reassessment phase	مرحلة إعادة التقييم
Preparation phase/ Treatment planning phase	مرحلة التحضير / مرحلة التخطيط للعلاج
Synaptic pathways	مسالك مشبكية
Body scan	مسح جسدي
Feelings	مشاعر
Credibility	مصداقية
Processing	معالجة
Accelerated Information Processing	معالجة سريعة للمعلومات
Adaptive information processing	معالجة تكيفية للمعلومات
Neurophysiological Information	معلومات عصبية فيزيولوجية
Approach	مقاربة
Treatment gains	مكاسب علاجية
Interior cingulated areas	منطقة حزامية داخلية
Skill	مهارة
Accommodation	مواءمة
Coping	مواجهة
Original material	مواد أصلية
Attitude	موقف
	- ن -
Hemisphere	نصف الكرة المخية
Linguistic left hemisphere	نصف الكرة المخية الأيسر اللساني
Information processing system	نظام معالجة المعلومات

	- ه -
Target	هدف
Digesting/ metabolizing	هضم
	- و -
Access	وصول / بلوغ
Mindfulness	الوعي
Consciousness	الوعي / الشعور

الملخص:

تهدف هذه الدراسة للتعرف على واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين" (EMDR) في الجزائر.

ولذلك أجرينا مقابلات مع ممارسي EMDR في الجزائر، فتعرفنا على ظروف دخول هذه التقنية العلاجية العيادة النفسية الجزائرية، وكذلك عدد ممارسيها، وخصائص المرضى الذين طبقت عليهم، والنتائج المتوصل إليها وكذلك الصعوبات التي واجهها الممارسون والمرضى، والتي من أهمها غياب الظروف الفيزيائية الملائمة لتطبيق العلاج، وصعوبة فهم المرضى التعليمات الموجهة وخاصة المرضى الذين لا يجيدون اللغة الفرنسية، مما أكد لهؤلاء الممارسين على ضرورة ترجمة البروتوكول إلى اللغة العربية، وهذا هو المشروع الذي انطلقوا في إنجازه. أما الدراسات التي أجريت حول تقنية EMDR فانحسرت في دراسة وحيدة حول أجريت للتعرف على أولى تأثيرات EMDR العلاجية على ضحايا أحداث صدمية. وقد أكدت لنا دراستنا أن تجربة الجزائر مع هذه التقنية فتية وما زالت في أول الطريق إلا أن هناك مؤشرات تدل على أن هذه التقنية ستلقى رواجاً وانتشاراً كبيرين لاحقاً، ومنها الإشراف على الانتهاء من تكوين 23 ممارس EMDR.

الكلمات المفتاحية: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD ، إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR

Abstract:

This study seeks to identify the reality of treating PTSD by EMDR in Algeria.

To achieve this end, we made interviews with some Algerian EMDR's practitioners so, we shed light on the circumstances surrounding the using of this technique for the first time in Algerian clinic , its practitioners' conditions, characteristics of patients experienced this technique, the results concluded, the difficulties faced by both practitioners and patients, included: the absence of suitable physique conditions to apply this technique, the difficulty of understanding the instructions addressed to patients especially those who do not know French.. The practitioners were sure that translating the protocol into Arabic is inevitable. Today, this idea is put in practice .On the other hand, there is a single study about the initial influences of EMDR on the victims of traumatic events. To conclude, the Algerian experience of EMDR is still at the starting point. There are, however, some positive signs show that this technique will be flourished .The supervision of the formation of 23 EMDR practitioners is a big step forward .

Key Words: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).