

جامعة عمار ثليجي - الأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



الميدان: العلوم الإنسانية والاجتماعية
شعبة العلوم الاجتماعية

أثر العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة
المعالجة المدمج ببروتوكولات علم النفس الايجابي على مستوى
نسبة الصدمة، القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان
بالمؤسسة الاستشفائية (مصباح بغداد بتامنغست)

أطروحة دكتوراه من الطور الثالث للنظام ل.م.د في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:
د/ عاجب بومدين

إعداد الطالب:
- عمراوي نبيل

لجنة المناقشة

أعضاء اللجنة	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
رمضان عمومن	أستاذ التعليم العالي	جامعة الأغواط	رئيسا
عاجب بومدين	أستاذ محاضراً	جامعة الأغواط	مشرفاً ومقرراً
قويدري علي	أستاذ محاضراً	جامعة الأغواط	ممتحناً
زعايطه سيرين هاجر	أستاذ محاضراً	جامعة الأغواط	ممتحناً
قنون خميسة	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي بركة	ممتحناً
فطيمة نفيدة	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي تامنغست	ممتحناً
سعداوي مريم	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي أفلو	مساعد مقرر

السنة الجامعية: 2022/2021

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

قال رسول الله ﷺ ﴿من لم يشكر الناس لم يشكر الله﴾

في البداية أشكر الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدني على إنجازه هذا البحث سواء

من قريب أو من بعيد، كما يسعدني أن أقدم بأسمى التقدير وجزيل الشكر إلى

الحالات المطبق عليها في هذه الدراسة وإلى الأستاذ المشرف *عاجب بومدين* الذي لم

يخل علياً بنصائحه القيمة

التي مهدت لي الطريق لإتمام هذا البحث، ولا يفوتني أن أقدم بجزيل الشكر والعرفان

إلى الوالدين الكريمين والإخوة والأخوات والأهل والأقارب والأصحاب كل باسمه وإلى

كل من قدم لنا يد العون والمساعدة.

نبيل

فهرس المحتويات

	بسمة
	شكر وتقدير
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	الملخص باللغة العربية
	الملخص باللغة الإنجليزية Abstract
أ-ج	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
06	1.1. تحديد اشكالية الدراسة
08	2.1. فرضيات الدراسة
08	3.1. أسباب اختيار الموضوع
09	4.1. أهداف الدراسة
09	5.1. أهمية الدراسة
09	6.1. تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة
25	7.1. الدراسات السابقة
	الفصل الثاني: الخلفية النظرية
71	1.2. علم النفس الايجابي
71	1.1.2. تعريف علم النفس الايجابي
73	2.1.2. بروتوكولات علم النفس الايجابي
94	2.2. العلاج النفسي بحركات العين
94	1.2.2. تعريف العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة
95	2.2.2. فرضيات عمل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة

101	3.2.2. خطوات العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة
103	3.2. السرطان وعلم النفس الأورام
103	1.3.2. علم النفس الأورام
103	2.3.2. السرطان
105	3.3.2. تعريف الأمراض السيكوسوماتية
107	4.3.2. أسباب الأمراض السيكوماتية:
107	5.3.2. علاقة القلق والضغط والضييق بظهور الأمراض السيكوسوماتية
107	6.3.2. الميكانيزمات الفيسيوي - بيولوجية في المرض النفسي
108	7.3.2. أبعاد السببية في المرض النفسجسمي
111	8.3.2. الألكسثيميا Alexithymie
113	9.3.2. علم النفس المناعي العصبي (Psychoneuro-immunology)
117	10.3.2. أثر التفاؤل على المناعة النفسية العصبية
118	11.3.2. الروحانية في التكفل النفسي بمرضى الأورام السرطانية
121	12.3.2. الأبعاد النفسية والاجتماعية للأمراض السرطانية
126	13.3.2. التناول السيكاتري للاكتئاب، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والقلق
139	13.3.2. التدخل العلاجي النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة في علاج الأورام السرطانية
142	14.3.2. بروتوكول للاضطرابات النفسية والجسدية
146	15.3.2. بروتوكول علاج EMDR لمرضى الأورام
150	16.3.2. البروتوكول التكاملي EMDR للعلاج الجمعي لمرضى السرطان (EMDR-IGTP)
	الجانب التطبيقي
	الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية
159	1.3. الدراسة الاستطلاعية
162	2.3. المنهج المستخدم
162	3.3. متغيرات الدراسة

163	4.3. حدود الدراسة
163	5.3. مجتمع وعينة الدراسة
164	6.3. أدوات جمع البيانات والمعلومات
167	7.3. إجراءات التطبيق الميداني للدراسة
	الفصل الرابع: عرض النتائج وفقا للفرضيات
170	1.4. عرض النتائج
172	2.4. تفسير ومناقشة النتائج
183	خاتمة
187	قائمة المصادر والمراجع
196	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	رقم الجدول	عنوان الجدول
160	.1	إحصائيات أنواع السرطان الموجودة لست سنوات سابقة إلى السنة الحالية (جوان 2021)
170	.2	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
170	.3	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
171	.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
171	.5	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
172	.6	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة
172	.7	النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة
177	.8	نتائج الدراسة

فهرس الأشكال

الصفحة	رقم الشكل	عنوان الشكل
177	.1	شدة الصدمة قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة
178	.2	درجة الاكتئاب قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة
178	.3	درجة القلق قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة
179	.4	الفرق بين النسب بعد العلاج وبعد المتابعة

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة المدمج في بروتوكولات بعلم النفس الايجابي، وأهمها بروتوكولي التفاؤل وتطوير وتنشيط الموارد، على مستوى نسبة الأبعاد النفسية (الصدمية، القلق والاكتئاب) لدى مرضى السرطان.

فانطلقت الدراسة بطرح التساؤلات الآتية:

1. ما هو مستوى نسبة الصدمية لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
2. ما هو مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
3. ما هو مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
4. ما هو مستوى نسبة الصدمية لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟
5. ما هو مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟
6. ما هو مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟

للإجابة على هذه التساؤلات قام الباحث بطرح الفرضيات الآتية:

1. توجد فروق في مستوى نسبة الصدمية لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
2. توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
3. توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
4. لا توجد فروق في مستوى نسبة الصدمية لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.
5. لا توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.
6. لا توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.

اعتمدت الدراسة على عينة من أربعة أفراد، ثلاث إناث وذكر في مرحلة العلاج الكيماوي بمستشفى بغداد مصباح بتمانغست (الجزائر)، (2021/2020)، على أساس المنهج التجريبي "تجربة الحالة الواحدة" (Single case experiments)، باستخدام التصميم أ ب أ (ABA design)، وفق القياس القبلي والبعدي باستخدام مقاييس توافق الدليل الإحصائي الخامس هي المقياس الثاني لقياس الاكتئاب ومقياس دافسون لقياس الصدمية ومقياس هاملتون لقياس القلق، باعتبار الاضطرابات النفسية (الصدمية، القلق والاكتئاب) تمثل الأبعاد النفسية لمرض السرطان، وقد اعتمد الدليل الإحصائي الخامس ودليل الاضطرابات النفسية لمنظمة الصحة العالمية لتشخيصها.

وبعد فترة المتابعة لمدة ثلاثة أشهر، وبعد 06 جلسات علاجية، وعلى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري توصلت نتائج الدراسة إلى تحقق الفرضيات الثلاثة الأولى وعدم تحقق الفرضيات الثلاثة

الثانية لصالح العلاج بعد المتابعة أي تبين أنه بمرور الزمن يزيد أثر البروتوكول العلاجي النفسي المطبق في تخفيف مستوى نسبة الصدمة، القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان.

Abstract

This study aims to reveal the effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing psychotherapy integrated in positive psychology protocols on the level of psychological dimensions (trauma, anxiety and depression) in cancer patients, the most important of which are the optimism protocols and the development and stabilization of resources.

The study started by asking the following questions:

- 1.What is the level of shock rate for cancer patients before and after treatment?
2. What is the level of depression among cancer patients before and after treatment?
- 3.What is the level of anxiety among cancer patients before and after treatment?
- 4.What is the level of shock rate for cancer patients after treatment and after the follow-up period?
- 5.What is the level of depression among cancer patients after psychotherapy and after the follow-up period?
- 6.What is the level of anxiety among cancer patients after psychotherapy and after the follow-up period?

To answer these questions, the researcher put forward the following hypotheses:

1. There are differences in the level of trauma among cancer patients before and after treatment in favor of the post-measurement.
2. There are differences in the level of depression among cancer patients before and after treatment in favor of the post-measurement.
3. There are differences in the level of anxiety among cancer patients before and after psychotherapy in favor of the post-measurement.
4. There are no differences in the level of trauma among cancer patients after psychotherapy and after the follow-up period.
5. There are no differences in the level of depression among cancer patients after psychotherapy and after the follow-up period.
6. There are no differences in the level of anxiety among cancer patients after psychotherapy and after the follow-up period.

The study relied on a sample of four individuals, three females and a male in the chemotherapy phase at Baghdad Mesbah Hospital, Tamanghasset. (Algeria), (2020/2021), on the basis of the experimental method "single case experiments", using the (ABA design), according to pre- and post-measurement using the DSM5 and ICD11, the second scale for measuring depression, the Davidson scale for measuring trauma, and the Hamilton scale for measuring anxiety, considering that mental disorders (trauma, anxiety and depression) represent the psychological dimensions of cancer.

After a three-month follow-up period, and after 06 treatment sessions, and in the light of previous studies and the theoretical framework, the results of the study reached the realization of the first three hypotheses and the failure of the second three hypotheses in favor of psychotherapy after follow-up, to reducing the level of Trauma, anxiety and depression in cancer patients.

مقدمة:

شكل السرطان سببا رئيسيا في الوفاة في شتى أنحاء العالم بحسب منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي لعام 2020، فقد أزهق حسبها أزيد من 10 ملايين شخص عام 2020، كما يلي: سرطان الثدي (2.26 مليون حالة)؛ سرطان الرئة (2.21 مليون حالة)؛ سرطان القولون والمستقيم (1.93 مليون حالة)؛ سرطان البروستات (1.41 مليون حالة)؛ سرطان الجلد (غير الميلانوما) (1.20 مليون حالة)؛ وسرطان المعدة (1.09 مليون حالة) وللد من عبء السرطان لجأت هذه المنظمة إلى الوقاية بتلافي عوامل خطر الإصابة بالمرض وتنفيذ الاستراتيجيات والكشف المبكر للمرض وتزويد المرضى المصابين به بقدر كاف من العلاج والرعاية مأمّن من وقاية حوالي 30% و50% من حالات السرطان...، وكما أنه لا غنى عن التشخيص الصحيح للسرطان لعلاج بفعالية كون أن كل نوع يتطلب علاجا محدد سواء بالكيماوي أو الإشعاعي أو/و بالجراحة...، لم تغفل منظمة الصحة العالمية إلى الإشارة إلى تحسين نوعية حياة المريض كهدف عام بدعمه نفسيا ومعنويا وبدنيا واجتماعيا وتمكينه من الرعاية اللطيفة في المراحل النهائية من إصابته بالسرطان التي تحسن نوعية الحياة لديه ولذويه وتخفف عنهم اليأس والمعاناة...، وبذلك أصدرت جمعية المنظمة عام 2017، قرار الوقاية من السرطان ومكافحته في سياق مقارنة متكاملة يحث المنظمة والدول على تسريع وتيرة العمل لبلوغ أهداف خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة ما بين 2013 و2020 وخطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام 2030 للحد من الوفيات الناجمة عن السرطان.

في الجزائر، صرح رئيس مصلحة الأورام السرطانية بمركز بيار وماري كيري بالجزائر العاصمة (البروفسور كمال بوزيد)، أن المخطط الوطني الأول يعتبر ناجحا، وخلال المخطط الوطني الثاني (2020-2024 تكون النتائج حسنة في مجال الوقاية، الذي يتضمن تنظيم فحص وتشخيص شامل ومنظم، للتقليل من الإصابة والوفيات وهي طريقة أثبتت نجاعتها في كثير من الدول، كما يتوقع رئيس الجمعية الوطنية للأورام السرطانية الطبية تصاعدا مخيفا لنسبة السرطان في الجزائر، وبلغ 70 ألف حالة جديدة مطلع سنة 2030، بالرغم من الجهود المبذولة، وأرجع السبب لنمط المعيشة ونظام الأكل، وقلة النشاط...، كما أوضح البروفسور بوزيد أن المناطق أكثر انتشارا لمرض السرطان هي تامنغست وأدرار، بحكم التجارب النووية التي قام بها المستعمر خلال فترة الاحتلال، أما باقي الولايات الجزائرية فانتشار المرض فيها متقارب...، وقد وضعت الجزائر منذ 2014، في إطار توجه تنموي عالمي، شبكة وطنية للمراقبة الوبائية للسرطان (تتسيقيات جهوية: سطيف-الجزائر العاصمة-وهران)، لتخزين وجمع

وتفسير المعطيات المتعلقة بها للتحكم في إجراءات الوقاية والتكفل والتقييم، وتجتمع سنويا، وهي الأولى من نوعها في إفريقيا، وقد تم المصادقة على المخطط الوطني لمكافحة السرطان (2015-2019) عام 2015، والذي جاء في محوره الاستراتيجي رقم 6 و القرار رقم 22 المؤرخ في 18 فبراير 2014 تعزيز وتأسيس سجلات السرطان الموجودة وتعميمها عبر كامل ولايات الوطن، كما تم اعتماد صالون وطني للإعلام حول السرطان والذي يحمل "طابعا رسميا" ابتداء من سنة (2021) بموجب نص قانوني، وتشير أرقام التقرير السنوي لعام 2019، تسجيل ألف و 920 حالة سرطان جديدة بمعدل 112 حالة لكل 100 ألف نسمة، بحسب تغطية الشبكات الثلاث، وأوضح معد التقرير (البروفسور فواتيح الزويبر) أن منطقة الشرق في المرتبة الأولى بـ 19033 ألف مصاب، منطقة الوسط بـ 17141 ألف حالة، والإناث هم الأكثر عرضة للسرطان، بـ 25037 حالة مقابل 18883 إصابة بالسرطان عند الذكور، وقد كشفت "الشبكة الوطنية لسجلات السرطان" في الملتقى السنوي الرابع (2018) والخامس في 23 أكتوبر 2019، أن الجزائر تسجل حوالي 50 ألف حالة جديدة لمختلف أنواع السرطان بنسبة 52% لدى الرجال و 68% لدى النساء، 50% منها تمثل 04 أنواع من السرطان الأكثر انتشارا هي: سرطان الثدي يمثل 13 إلى 14 ألف حالة جديدة سنويا أي بنسبة 54% يتم الكشف عنه في مراحل متقدمة جدا من المرض بنسبة 90%، سرطان الرئة لدى الرجال يمثل أكثر من 3 آلاف حالة جديدة سنويا أي بنسبة 16.5%، معظم الحالات تعالج عندما يبلغ المرض مراحل متقدمة جدا، سرطان القولون والمستقيم يسجل بين 5 إلى 6 آلاف حالة جديدة سنويا أي بنسبة 12% لدى الجنسين، حاليين اثنين وراثيتين وحالة واحدة تصيب الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 40 سنة، سرطان البروستات يمثل أزيد من 15 ألف حالة جديدة سنويا أي بنسبة 2.8%، فمرض السرطان يقتل سنويا حوالي 19 ألف جزائري، ويحتل المرتبة الثانية في أسباب الوفاة بالجزائر، بنسبة تصل إلى 21% بعد أمراض القلب والشرابيين، إضافة إلى حوادث المرور، (عام 2018 فاق عدد المصابين 42 ألف و 800 سيطرت 05 أنواع من السرطان: القولون، الرئة، الثدي، البروستات، المستقيم وعنق الرحم)، وبمناسبة الرابع من شهر فيفري من كل سنة تحيي الجزائر اليوم العالمي للسرطان، لكن واقع التكفل بمرضى السرطان بحسب أحد الأطباء يتم حاليا منفصلا، وبعيدا عن مسعى منسجم يؤدي في وقت معين إلى انقطاع في سلسلة العلاج.

في تامنغست، والى غاية جوان 2021، توصل العدد الإجمالي للحالات 18 حالة حيث أخذت منحى تصاعدي خلال السنوات الثلاثة الفارطة: 92 حالة لعام 2020، 81 حالة لعام 2019، و 66 حالة لعام 2018، وسجل سرطان الثدي أعلى المستويات بـ 120 حالة للسنوات السبعة الأخيرة، سرطان

الغدة الدرقية ب: 33 حالة، سرطان الأنف والأذن والحنجرة ب: 30 حالة، البروستات ب: 27 حالة، ثم بأعداد متقاربة: القولون، الرئة، المعدة، المثانة، الكبد...

ولأن الكثير من بروتوكولات علم النفس الايجابي، نجدها محوريا في العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR)، وهي نفسه أهدافه، ففي النهاية هدفها تطوير موارد الذات، كبروتوكول تطوير وتنشيط المصادر

(Protocole de développement et d'installation des ressources DIR d'Anrew Leeds, 1995).

بروتوكول أحسن أداء (le Peak Performance de Foster et Lendl, 1996)
(Protocole DeTUR Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing, Pocky, 2005).

بروتوكول التفاؤل (Protocole d'optimisme de Regourd-Laizeau, 2013)

الوضع الأفضل (Le Put your best food forward)

معاناة أفضل رجل (Pâtir du bon pied de Kinowski, 2003)

الثنائي الديناميكي ou (le Duo dynamique d'Ann Marie McKelvey, 2009)

(Tarquinio et Tarquinio, 2015, p 112).

ونظرا لندرة الدراسات الجزائرية والعربية لاسيما المهتمة بتأثير أو فعالية أو جدوى أو أثر العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) على مرضى السرطان، فقد حاولنا دراسة تأثير هذا العلاج على الصدمة، القلق والاكتئاب باعتبارها أبعادا نفسية لمرض السرطان على حسب الدراسات السابقة، من خلال اندماجه بعلم النفس الايجابي، وفقا لبروتوكولات متخصصة، وقد تناولت في هذه الدراسة أربعة فصول، هي كالاتي: الفصل الأول: الإطار العام للدراسة، الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسة، الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية، الفصل الرابع: نتائج الدراسة وفقا للفرضيات ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة.

الجانِب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1. تحديد إشكالية الدراسة:

إن ثنائية الجسم والنفس، ولعقود طويلة، لطالما كانت محورا لعدد من البحوث والدراسات وأي منهما يؤثر في الآخر، متصلان أم منفصلان، وباختلاف النظرة الأحادية الاتجاه والتأثير، ويبدو أنه تكونت قناعة أخيرا بالتأثير المتبادل في الاتجاهين....، وأن الانفعالات النفسية، كالخوف والغضب والحزن والفرح، هي أعراض نفسية لكنها تظهر في الجسد، بحسب أمزجة الجسد كما يرى ابن سينا، فبعض الأمزجة يتبعه الاستعداد للغضب وبعضها يتبعه الاستعداد للشهوة، أو الجبن والخوف، أو الذعر والرعب....، وتتشارك النفس مع الجسد بأن يسبق أحدهما الآخر في علاقة ثنائية أو معا بالتساوي، ورأي ابن سينا يخالف أفلاطون، الذي يرى الانفعالات حالات نفسية خالصة لا علاقة لها بالجسد (وجهة نظر الروحيين)، مخالفا بذلك ماديي العصر الحديث، وعلى رأسهم ويليام جيمس الذي يرى أن حذف الظواهر الجسدية من الانفعال فلا يبقى منه شيء، لكن ابن سينا يرى أن الانفعالات تصدر من النفس والجسم معا، ولا يوجد تعاقب زمني بين الظاهرتين النفسية والفيزيولوجية التي يتكون منهما الانفعال بل هما تحدثان معا. (عرقسوسي وملا عثمان، 1982، 187-188).

ولأن السرطان على الخصوص تميز بأعراضه الخطيرة الجسمية والنفسية، كان التفكير في علاج شمولي تكاملي تفاعلي، يأخذ بعين الاعتبار النفس والجسد، أكثر من ضرورة ملحة، ولعل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) هو المقاربة العلاجية المنشودة، فالعديد من الدراسات البحثية في السنوات الـ 20 الماضية تعترف به كعلاج نفسي قائم على أدلة فعالة على الصدمة في العديد من المبادئ التوجيهية العيادية المهنية لمنظمات وخدمات الصحة النفسية، باعتراف منظمة الصحة العالمية عام 2013، وإدراجه في توصيات الجمعية الدولية للصدمة وفي دراسات الإجهاد كمقاربة علاجية قائمة على الأدلة، وفي عام 2004، اعترفت الجمعية البرلمانية الآسيوية بفعاليتها بإدراجه ضمن إرشاداته للممارسة العيادية (فاريتا، 2014، 2015).

ومنذ عام 2000، حصل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) على اعتراف دولي بإثبات فعاليته العلمية، وأظهرت التجارب المختلفة فعالية استخدامه في علم النفس على مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، وتظهر الكثير من التحليلات ذلك (Bisson & Andrew، 2007).

ولقد تبين أن للعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) تأثيرات علاجية مماثلة لتأثيرات العلاجات النفسية الأخرى التي خضعت لمزيد من البحث العلمي، مثل العلاج السلوكي المعرفي (CBT). (Faretta & Civilotti, 2016, p 145).

وفي سياق علم الأورام النفسي، حالياً، هناك حاجة ماسة لتطوير أدوات أفضل للعلاج النفسي والتقييم، بالإضافة إلى التدخل العيادي، الذي يعالج على وجه الخصوص الضغوطات المرتبطة بالسرطان، والتركيز يجب أن يكون على الأحداث التي سبقت ودعمت ظهور المرض العضوي، لعلاجها طوال فترة المرض ومساعدة المريض على مواجهة السرطان وما يرتبط به، ومن المفترض أن العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) يعزز الاستئارة من قدرة الشفاء الفطرية الذاتية، ويعتقد أن تأثيره مرتبط بشكل رئيسي بالتفاعل بين عملية الشفاء الطبيعية للجهاز المناعي وإعادة معالجة المعلومات التكيفية بسبب الخصائص المحددة لـ "حدث السرطان"، الذي يُنظر إليه على أنه "حدث صادم"، من الأساسي تطويره وتبني بروتوكولات متخصصة تركز على المرض. (Faretta & Borsato, 2016, p 162).

لذلك، ومن خلال هذه الدراسة سنحاول تسليط الضوء على أثر العلاج النفسي التكاملي: خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) مدمجاً في بروتوكولات بعلم النفس الإيجابي على مستوى نسبة الأبعاد النفسية لمرض السرطان المتمثلة في الصدمة، القلق والاكتئاب، بطرح الإشكال الآتي:

ما أثر العلاج النفسي "خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة" المدمج ببروتوكولات علم النفس الإيجابي على مستوى نسبة الصدمة، القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان بالمؤسسة الإستشفائية "مصباح بغداد" بتمنغست؟

وبناء على ذلك نطرح التساؤلات الآتية:

1. ما هو مستوى نسبة الصدمة لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
2. ما هو مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
3. ما هو مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده؟
4. ما هو مستوى نسبة الصدمة لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟
5. ما هو مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟
6. ما هو مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة؟

2.1. فرضيات الدراسة:

طبقا لتساؤلات الدراسة وهدفها والأدوات المستخدمة فيها، والدراسات السابقة، صاغ الباحث الفرضيات الآتية:

1.2.1. الفرضية العامة:

توجد فروق في مستوى نسبة الصدمة، القلق والاكتئاب والقلق قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي ولا توجد فروق بعد المتابعة في مستوى نسبة الصدمة، القلق والاكتئاب والقلق، لدى مرضى السرطان بالمؤسسة الاستشفائية "مصباح بغداد" بتامنغست.

2.2.1. الفرضيات الجزئية:

1. توجد فروق في مستوى نسبة الصدمة لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
2. توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
3. توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي.
4. لا توجد فروق في مستوى نسبة الصدمة لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.
5. لا توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.
6. لا توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة.

3.1. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

يعود السبب الرئيسي لاختيار موضوع الدراسة إلى محاولة التمكن من العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة عموماً، وخصوصاً عن اندماجه في بروتوكولات بعلم النفس الايجابي، في ظل النقص الفادح في المراجع، التكوين، المتخصصين....، باعتباره "علاجاً" نفسياً "تكاملياً"، والذي اثبت جدارته في العالم ليس فقط في علاج ضغوط ما بعد الصدمة PTSD بل في علاج اضطرابات نفسية أخرى هامة ومعاصرة، كما أن إدماجه وفق بروتوكولات بعلم النفس الإيجابي فكرة حديثة نسبياً.

4.1. أهداف الدراسة:

- الكشف عن أثر العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) المدمج ببروتوكولات علم النفس الإيجابي.
- لفت الانتباه إلى فئة مرضى السرطان وخصوصا ذوو المستوى الاقتصادي الهش للاهتمام بها ورعايتها نفسيا ومعنويا...
- التحقق من الفرضيات والإجابة على التساؤلات البحثية.

5.1. أهمية الدراسة:

- تطبيق بروتوكولات متخصصة للعلاج النفسي EMDR على مرضى مصابين بمرض مزمن (السرطان).
- وضع بروتوكول علاجي نفسي تكاملي تفاعلي شامل لفائدة مرضى السرطان.
- الإسهام بنتائج الدراسة للاستفادة منها عمليا في العلاج النفسي، وعلميا مصدر لأفكار بحثية أخرى.

6.1. تحديد مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

1.6.1. العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.

(EMDR) (Desensitization and Reprocessing Eye Movement)

هو علاج نفسي حديث، طورته المعالجة النفسية Francine Shapiro منذ عام 1987، اعتمدته منظمة الصحة العالمية OMS عام 2013، وحسب شابيرو، هو طريقة علاج ناشئة، متطورة، متجددة، ثابتة، تكامل العلاجات الرئيسية الأخرى بأكثر شمولية وبطريقة متينة، المكيف على البيئة الجزائرية من طرف مجاهدي أسامة ومعتصم ميموني بدر (2019).

2.6.1. علم النفس الإيجابي (Positive Psychology)

ظهر على يد العالم الأمريكي مارتين سليغمان، عام 1998، وهو كما وضحه، الدراسة العلمية للخبرات والسمات الفردية الايجابية، من أجل تطويرها ونمائها. فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية كثيرة في حياتهم غالبا ما يهتمون بحالتهم، ويطلبون المساعدة من الآخرين من أجل الوصول إلى درجة من السعادة والرضا عن أنفسهم، إنهم يريدون حياة مشبعة لها معنى وهدف. وهذه الحالة لا تأتي ببساطة بشكل تلقائي عند إزالة المعاناة، بل يجب أن تعزز المشاعر والانفعالات الإيجابية لبناء الشخصية الايجابية بشكل مباشر أو غير مباشر لتخفيف المعاناة وقطع جذور أسباب المشكلة.

3.6.1. بروتوكول تطوير وثبيت الموارد (DIR) ليدز (1995)،

في عام 1995، أدخل ليدز (كورن، ليدز، 2002) مصطلحات "تطوير وثبيت الموارد" (DIR) مع مشروع استخدام المحفزات الثنائية لمعالجة المواد الإيجابية (الصور والذكريات والرموز). ويعد تطوير وثبيت الموارد (DIR) Korn & Leeds ل (2002)، حسب (Ogden وآخرون، 2006)، تدخل علاجي في العلاج النفسي EMDR، على المرضى الذين يعانون من صدمات معقدة على الخصوص، ويتطلب توسيع مفهوم الموارد، ومساهمتها يستدعي موارد عاطفية، معرفية، حسية وعلائقية، استراتيجيات تعزيز الأنا...، بهدف تسيير الطاقة الأساسية (النوم الكافي، الراحة والتغذية)، وتنمية الموارد الجسدية، مثل تثبيت وإدراك جسم الفرد، واستخدام التجارب الحسية الأخرى لتعزيز الحدود والتنظيم وهما مهمان للغاية. (Hart et autre. 2014, E11).

4.6.1. بروتوكول التفاؤل EMDR-Optimism .

هذا البروتوكول مستوحى من بروتوكول EMDR الأساسي (Shapiro، 1995)، بواسطة بروتوكول Korn's DIR و ليدز (2002) من "بروتوكول الأداء الأمثل" (Lendl and Foster، 1997) ويتكامل بطبيعة الحال مكونات معينة من البروتوكولات الثلاثة. حول السماح بدمج DIR de (Korn and Leeds، 2002) ولإبراز ما هو إيجابي في ذخيرة العمل الحالية، في الإطار النظري الخاص للأنماط التفسيرية ل (Seligman، 1994). في الواقع، الفكرة هي تعديل إذا لزم الأمر تصور أسباب الأحداث التي تواجهها من أجل أن يمر من رؤية متشائمة للعالم (أسباب داخلية ومستقرة وعامة في وضع الفشل والخارجي وغير المستقر والمحدد في وضع ناجح) إلى رؤية أكثر تفاؤلاً (مخطط الإسناد العكسي). Regourd-Laizeau.

5.6.1. علم الأورام النفسي Psycho-oncology علم يشمل علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس، التي تكون عناصر هامة للعلاجات المقترحة حالياً لمرضى السرطان والأفراد المحيطين بهم، خلال مراحل تطور المرض من الإعلان، فمرحلة العلاج، مرحلة الراحة، الشفاء، أو الانتكاسة وأخيراً الوفاة، فلا تتوقف مهمة هذا العلم بالتكفل أو العلاج فقط بل أيضاً بالوقاية والكشف على علم الأورام الجيني وإعادة التأهيل، ونوعية الحياة المتعلقة بالمريض... (مرازمة، 2009، 26).

6.6.1. السرطان cancer حسب (مالكوم شوارتز، 1988) ورم خبيث ينتج عن تغير (نمو وتكاثر سريع فوضوي وعشوائي) يصيب الخلايا البشرية ويبعدها عن هدفها... (معمرية، 2007، 132).

7.6.1. الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً وقوياً وأساسياً، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة و عكاشة، 2018، 643)

8.6.1. علم المناعة النفسية العصبي Psychoneuro-immunology، علم يتقاطع مع علم النفس، علوم الأعصاب، وعلم المناعة، بهدف وضع قواعد علمية للأمراض السيكوسوماتية على أساس التجربة، هو العلم الذي يهتم بتأثير العوامل النفسية الايجابية والسلبية على الجهاز المناعي. (أحمان، 2019، 17-18)

وقد تبنى الباحث التعريف السيكاتري في تعريف الاضطرابات النفسية، الذي يؤسس التعريف بناءً على الأعراض (الشدة، المدة والتكرار)، ففي التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5، في المحور الرابع الاضطرابات الاكتئابية وتضم (1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش، 2. الاضطراب الاكتئابي الجسيم، 3. اضطراب اكتئابي مستمر سوء المزاج، 4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، 5. الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء، 6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، 7. اضطراب اكتئابي محدد آخر، 8. اضطراب اكتئابي غير محدد، 9. محددات الاضطرابات الاكتئابية: 1. مع انزعاج قلبي، 2. مع مظاهر مختلطة، 3. مع المظاهر السوداوية، 4. مع مظاهر لا نموذجية، 5. مع مظاهر ذهانية، 6. مع بدء حول الولادة، 7. مع النمط الفصلي، 8. تحديد الهدأة، 9. تحديد الشدة الحالية).

9.6.1. الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorders)، معايير التشخيص:

A. تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تتضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبّر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً)

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في

كل يوم تقريباً، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

(3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن)مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب)والذي قد يكون توهيميا) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C. لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية.

أخرى. المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

ملاحظة: الاستجابة لخسارة كبيرة)فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب .على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار .هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

أما اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition، معايير التشخيص:

- A. اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة. 82
- B. هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية-مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض اكتئابية-حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).
- D. لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E. يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

الاضطرابات الاكتئابية وصفها ICD-11: بأنها تتميز بمزاج اكتئابي (على سبيل المثال، حزين، سريع الانفعال، فارغ) أو فقدان المتعة مصحوباً بأعراض معرفية أو سلوكية أخرى، أو عصبية تؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على الأداء، لا ينبغي تشخيص الاضطراب الاكتئابي لدى الأفراد الذين عانوا في أي وقت مضى من نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة تحت هوس، مما قد يدل على وجود اضطراب ثنائي القطب.

في ICD-10:

النوبة الاكتئابية Depressive episode في النوبات النموذجية ذات الإشكال الموصوفة أدناه وهي الخفيفة (F.32.0) والمتوسطة الشدة (F32.1) والشديدة (وF32.2 F32.3)، يعاني الشخص عادة من انخفاض في المزاج، وفقدان التلذذ (الاستمتاع) والاهتمام بالأشياء وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى سرعة التعب ونقص النشاط. ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، ومن الأعراض الشائعة الأخرى: (أ) ضعف التركيز والاهتمام. (ب) انخفاض احترام الذات والثقة في النفس. (ج) أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة (حتى في النوبات الخفيفة) 128 (د) ويبدو المستقبل مظلماً مع نظرات تشاؤمية. (هـ) وتنتب المريض رغبة في إيذاء نفسه أو الانتحار. (و) ويضطرب في النوم. (ز) وتضعف الشهية للطعام. (ويتبدل المزاج المنخفض من يوم لآخر....، وقد يقنع بسمات اظافية: كالنرق، تعاطي مفرط للكحول، سلوك تكلفي هستيري أو تفاقم أعراض سابقة رهابية أو وسواسية أو الاستغراق بأعراض مراقبة -توهم المرض- وتشخيص النوبات الاكتئابية ذات الدرجات الثلاث يستدعي عادة مضي أسبوعين على الأقل وأحياناً أقل لسرعة وشدة الأعراض) 129...

وهو الدرجة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على اختبار بيك II المكيف على البيئة الجزائرية.

أما خامسا في DSM-5 فيتضمن اضطرابات القلق وهي أنواع (1. اضطراب قلق الانفصال، 2. الصُّمات الانتقائي، 3. الرهاب النوعي، 4. اضطراب القلق الاجتماعي - الرهاب الاجتماعي - 5. اضطراب الهلع، 6. رهاب السّياح، 7. اضطراب القلق المعمم، 8. اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء، 9. اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى، 10. اضطراب قلق محدد آخر، 11. اضطراب قلق غير محدد).

وعرف اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى

Anxiety Disorder Due to another Medical Condition (F06.4)

- A. هجمات من الهلع أو القلق والذي يهيمن على الصورة السريرية.
- B. هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- C. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.
- D. لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.
- E. يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

وصف ICD-11 اضطرابات القلق والاضطرابات ذات الصلة بالخوف بأنها تتسم بظهور القلق والخوف المفرط والاضطرابات السلوكية ذات الصلة، مع أعراض شديدة بما يكفي لتؤدي إلى ضائقة كبيرة أو ضعف كبير في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. الخوف والقلق الحاضر، على حين أن القلق موجه أكثر نحو المستقبل، في إشارة على التهديد المتوقع. من السمات الرئيسية التي تميز بين القلق والاضطرابات ذات الصلة بالخوف بؤر القلق الخاصة بالاضطراب، أي المحفز أو الموقف الذي يثير الخوف أو القلق يتضمن المظهر السريري للقلق والاضطرابات ذات الصلة بالخوف بشكل نموذجي إدراكات محددة مرتبطة يمكن أن تساعد في التمييز بين الاضطرابات من خلال توضيح بؤرة القلق.

في ICD-10 **الاضطراب القلبي المعمم** (generalized anxiety disorder F41.1) السمة الأساسية هي قلق عام مستديم، ولكنه لا يقتصر، أو لا يسيطر بشدة، في حالة بيئية خاصة (أي أنه يطفو

بحرية "free-floating" فوق كل المواقف)، وكما هي الحال بالنسبة للاضطرابات القلق الأخرى فإن الأعراض المهيمنة قي كل حالة تتباين تباينا كبيرا، ولكن يشيع الإحساس بالعصبية طول الوقت، والرعدة، والتوتر العضلي، والعرق، والدوار والخفقان والدوخة، وحس الانزعاج أعلى البطن، وقد يقلقه ويجعله متشائما التفكير بأنه هو شخصا أو أحد أقاربه سوف يمرض قريبا أو يصاب في حادثة، ذلك بالإضافة إلى مخاوف وتوقعات سيئة أخرى... (شرط ظهور أعراض قلقية أولية اغلب الأيام لمدة عادة أسابيع متصلة على الأقل وعادة لعدة أشهر...)150

وهو الدرجة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على اختبار هاملتون للقلق.

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد في DSM-5 تتضمن (1). اضطراب التعلق التفاعلي، 2. اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل، 3. اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، 4. اضطراب الكرب الحاد، 5. اضطرابات التأقلم، 6. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى، 7. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة).

1.6.1. اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (F43.10) Posttraumatic Stress Disorder

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من 6 سنوات .بالنسبة للأطفال 6 سنوات والأصغر، انظر المعايير أدناه.

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد(أو) أكثر(من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم(على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال flashbacks "ومضات الذاكرة") حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم 112 .

تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

1. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، والأحداث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D. التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم) عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

- 2.المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم(على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكلٍ كامل"، "الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكلٍ دائم").
 - 3.المدرجات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.
 - 4.الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).
 - 5.تضائل بشكلٍ ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.
 - 6.مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.
 - 7.عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
 - E. تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:
 - 1.سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكلٍ خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
 - 2.التهور أو سلوك تدميري للذات.
 - 3.التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
 - 4.استجابة عند الجفل مبالغ بها.
 - 5.مشاكل في التركيز.
 - 6.اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
 - F. مدة الاضطراب(معايير B، C، D، E (أكثر من شهر واحد.
- 113
- G. يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
 - H. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1.تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2.تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة(مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث(على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً).
اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً.

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر).

من الطرق التالية:

1.التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2.المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين وخصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

ملاحظة: المشاهدة لا تتضمن الأحداث المشاهدة فقط عبر الوسائط الالكترونية، التلفاز، الأفلام، الصور.

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

B. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد

الحدث الصادم:

1.الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: الذكريات العفوية والاقترامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم. 114

ملاحظة: قد لا يتمكن من التأكد أن المحتوى المخيف له علاقة بالحدث الصادم.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة) حيث يشعر الطفل أو يتصرف كما لو

كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط) قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو

تشبه جانباً من الحدث الصادم.

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من

الحدث الصادم.

C. واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية، والذي يمثل إما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث

الصادم، أو التغيرات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث، أو
ساعت بعده، يجب أن تتواجد:

*تجنب ثابت للمحرض.

1. تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول

الحدث الصادم.

2. تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث

الصادم.

*التعديلات السلبية في المدركات.

3. التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب،

والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).

4. تضاعف بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة، متضمناً تقيد اللعب.

5. سلوك الانسحاب الاجتماعي.

6. الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية.

D. تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد

وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكلٍ خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
2. التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
3. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
4. مشاكل في التركيز.
5. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم

المتوتر) 115

مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.

- F. يسبب الاضطراب إحباطاً سريراً هاماً أو ضعفاً في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران، أو مقدمي الرعاية الآخرين أو في السلوك المدرسي.
- H. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1. تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بحس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).
 2. تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).
- ملاحظة:** لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النسوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوراً). 116

أما اضطراب الكرب الحاد (F43.0) Acute Stress Disorder

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر). من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت

الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

4. لتعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول

المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B. وجود تسعة (و أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقترحة، المزاج السلبي، التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم:

*أعراض الاقتحام.

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر بموضوعات أو جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة متكررة ترتبط بمحتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، flashbacks "ومضات الذاكرة") حيث يشعر الفرد أو

يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد تحدث إعادة تمثيل محددة للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.
- * المزاج السلبي: 117
5. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
- * الأعراض التفارقية:
6. إحساس متغير بالواقع إما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلاً، رؤية النفس من منظور آخر، الإحساس بالغيوبة، تباطؤ الزمن).
7. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).
- * أعراض التجنب:
8. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع- الحدث الصادم.
9. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة،- والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
- * أعراض الاستثارة
10. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر)
11. سلوك متوتر ونوبات الغضب)دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف(والتي عادةً ما يُعرب عنها
- بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.
12. التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance.)
13. مشاكل في التركيز.
14. استجابة عند الجفل مبالغ بها .
- C. مدة الاضطراب)أعراض معيار B - (من 3 أيام إلى شهر واحد.

D.يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من - مجالات الأداء الهامة الأخرى.

E.لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة(مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى(إصابة خفيفة للرأس)ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني وجيز. 118

اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (6B40) وصفه ICD-11 أنه اضطراب قد يتطور بعد التعرض لحدث أو سلسلة من الأحداث المهددة أو المروعة للغاية. ويتميز بكل ما يلي: (1) إعادة تجربة الحدث أو الأحداث الصادمة في الوقت الحاضر على شكل ذكريات مقتحمة حية أو ارتجاعات عن الماضي أو كوابيس. عادة ما تكون مصحوبة بمشاعر قوية أو غامرة، خاصة الخوف أو الرعب، وأحاسيس جسدية قوية. (2) تجنب الأفكار وذكريات الحدث أو الأحداث، أو تجنب الأنشطة والمواقف أو الأشخاص الذين يذكرون بالحدث أو الأحداث. (3) التصورات المستمرة للتهديد الحالي المتزايد، على سبيل المثال كما يتضح من خلال التنبيه المفرط أو رد الفعل المفاجئ المضخم للمنبهات مثل الضوضاء غير المتوقعة. تستمر الأعراض لعدة أسابيع على الأقل وتسبب ضعفا كبيرا في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

في ICD 10:

F.43.1 الاضطراب الكربي التالي للرضح Post-traumatic stress disorder

يظهر هذا الاضطراب كاستجابة متأخرة مع أو بدون أن يكون ممثدا زمنيا لحدث أو حالة مسببة للكرب (الوجيز أو المديد) ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقا عاما لأي شخص (علي سبيل المثال كارثة طبيعية أو اصطناعية، حرب، حادثة شديدة،مشاهدة موت آخرين في حادث عنيف، أن يكون الشخص نفسه ضحية تعذيب، إرهاب، اغتصاب، أو جرائم أخرى). وإذا كانت هناك عوامل مهينة مثل سمات شخصية (على ص 157 سبيل المثال قهرية أو وهنية) أو تاريخ سابق لمرض عصابي، فإنها قد تتخفض من الحد العتيبي اللازم لتكوين المتلازمة أو تفاقم مسارها، ولكنها ليست ضرورية أو كافية وحدها لتفسير حدوثها.

وتتضمن الأعراض النموذجية نوبات متكررة من اجترار الرضح من خلال ذكريات اقتحامية (راجع زمني flashbacks)، الأحلام أو الكوابيس، التي تحدث عن خلفية مستمرة من الإحساس بالتمثل والتبذل الانفعالي، والانفصال عن الآخرين، وعدم الاستجابة للعالم المحيط، وزهد بالدنيا، وتجنب النشاطات والحالات التي قد تذكر بالرضح، وعادة ما يكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكر المصاب بالرضح

الأصلي. ونادرا ما تكون هناك تفجرات شديدة وحادة من الخوف أو الهلع أو العدوان تثيرها منبهات تستدعي اجترارا مفاجئا أو إعادة تمثيل مفاجئة أو للفاعل الأولي له.

كما تكون هناك عادة حالة من زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل مع فرط اليقظة، وتفاعل الجفول المتزايد وارق. ويشيع تصاحب القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه، كما أن التفكير بالانتحار ليس بنادر، وقد تزداد الحالة تعقيدا باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط في تعاطي الكحول.

وتبدأ الحالة بعد الرضح بفترة من الكمون قد تتراوح بين أسابيع وشهور (ولكنها نادرا ما تتجاوز ستة شهور). ومسار الحالة مذبذب، ولكن الشفاء متوقع في أغلب الحالات. ولكن في نسبة صغيرة من المرضى قد تأخذ الحالة مساراً متزامناً عبر سنوات كثيرة وتتحول إلى تغير دائم في الشخصية (أنظر F62.0)

الدلائل التشخيصية

لا تشخص هذه الحالة إلا إذا توفر دليل على حدوثها خلال ستة شهور من وقوع رضح ذي وطأة استثنائية الشدة. وقد يكون التشخيص "محتملا" إذا كانت الفترة بين الحدث وبداية الحالة أطول من ستة شهور، بشرط أن تكون المظاهر السريرية نموذجية، ولا يحتمل التعرف على تشخيص بديل للاضطراب (على سبيل المثال حالة القلق أو وسواس قهري أو اكتئاب). وبالإضافة إلى وجود دليل على الرضح يجب أن يكون هناك تذكر متكرر للحدث أو إعادة تمثيل له من خلال الذكريات أو أحلام اليقظة أو الأحلام. وكثيرا ما يوجد أيضا انفصال انفعالي أساسي وخدر في الأحاسيس numbing og feeling وتجنب المنبهات التي قد تذكر بالرضح ولكنها ليست كلها ضرورية للتشخيص. كذلك فإن اضطرابات الجهاز العصبي المستقل، واضطراب المزاج وغرائب السلوك، كلها عوامل مساهمة في التشخيص ولكنها ليست ذات أهمية رئيسية. ص 158 أما العواقب المزمنة المتأخرة للكرب المنتشر devastating stress أي تلك التي تستمر ظاهرة لعقود بعد التجربة المنيرة للكرب فيجب تصنيفها ضمن F.32.0 ص 159 وهو الدرجة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على اختبار دافسون.

7.1. الدراسات السابقة:

1.7.1. الدراسات الجزائرية:

الدراسة الأولى: دراسة مجاهدي أسامة ومعتصم ميموني بدر (2019) تهدف إلى تكييف بروتوكول لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الموجه لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية والى إصدار نسخة عربية له، شملت عينة الدراسة قوامها 20 حالة تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة مختلفة الجنس والعمر قسمت على قسمين 04 إناث و06 ذكور كعينة تجريبية و 03 إناث و07 ذكور كعينة ضابطة، جرى توجيههم من طرف نفسانيين عياديين لمصالح مختلفة إلى مصلحة علم النفس بالمستشفى المركزي تلمسان أو قدموا لتلقى العلاج في ذات المصلحة، وذلك بعد إطلاعهم أنه يتم تقديم حصص ال EMDR في مصلحة علم النفس. وتعرضوا إلى حادث سير أثناء ركوبهم في/أو سياقتهم سيارة، ولم يتلقوا أي علاج نفسي أو عقار نفسي، تتراوح أعمار كلا المجموعتين بين 24 و 40 سنة، استخدمت الدراسة مقياس دافسون وسلم (SUD)، واعتمدت المنهج التجريبي بعد استدراكم لقولهما أنهما اعتمدا المنهج الإكلينيكي، وقد توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة خفة حدثها بعد العلاج عند المجموعة التجريبية، حيث أبرز أفرادها تحسنا ملحوظا الذي ظهر أثناء وبعد حصص العلاج، وقد توصل الباحثان إلى وضع بروتوكول EMDR نسخة اللغة العربية.

الدراسة الثانية: دراسة نبيلة عتيق (2013)، هدفت إلى إبراز واقع علاج PTSD (اضطرابا ضغوط ما بعد الصدمة) بتقنية EMDR في الجزائر، مبرزة النظرية، التقنية والتطبيق، في إطار دراسة ميدانية لـ SARP (الجمعية الجزائرية للبحث السيكولوجي) وخلية الصدمات (البلدية)، على عينة قوامها ثلاثة أطباء نفسيين، متبعة المنهج الوصفي، وخلصت الدراسة إلى مساهمة في إبراز أهمية وفعالية EMDR في علاج PTSD في الجزائر (ك تقنية علاجية نفسية)،

الدراسة الثالثة: دراسة شكالي وبوتنبنت (2006)، مقدمة في مؤتمر دولي علمي بباريس، أنجزت على مستوى خلية الصدمات بالبلدية، موضحة فعالية EMDR في التكفل بضحايا صدمة الزلزال، حوادث المرور، التعنيف الزوجي، الإرهاب... في الجزائر، قامت على عينة من 25 فردا (14 ذكر/11 أنثى) بعمر يتراوح بين 30-60 سنة.

2.7.1. الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: دراسة ناطق فحل الكبيسي وعلي ناصر التميمي (2016)، تهدف إلى اختبار فعالية منهج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين على ضحايا الصدمات في خفض أعراض إبعاد الضغوط الصدمية PTSD، على عينة تتكون من فرد واحد بعمر (40) سنة مصاب باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من منتسبي جامعة بغداد، وقد استعمل مقياس الكبيسي لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية قبل وبعد تطبيق العلاج، المعتمد على تشخيص المراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب الأمريكي للطب النفسي الذي تميز بالصدق والثبات، وأظهرت النتائج فعالية برنامج تخفيف الحساسية عن طريق حركة العينين وإعادة المعالجة بدلالة إحصائية (0.005) عن طريق المؤشرات التقويمية التي اعتمدت في تقييم فعالية البرنامج وأسندت هذه النتائج إلى الدراسات السابقة.

الدراسة الثانية: دراسة ناطق فحل الكبيسي (2018) اثر EMDR على عينة من النازحين، تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر تخفيف التحسس وإعادة المعالجة من خلال حركة العينين للمصابات باضطراب ما بعد الصدمة، واختيرت عينة من 05 نساء مصابات بدرجة شديدة بهذا الاضطراب، نازحات متطوعات، خاليات من الأمراض النفسية والجسمية ولا يتناولن أدوية ذات التأثير النفسي، بمتوسط عمري قدره 28 سنة، بتطبيق مقياس الكبيسي لاضطراب ما بعد الصدمة، والكراس التشخيصي للمراجعة الرابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي، وبرنامج EMDR، واعتمد الباحث تصميم من النوع الأدنى وهو تصميم المجموعة التجريبية ذو الاختبار القبلي والبعدي، وبالمقارنة على مقياس PTSD من خلال الفرق بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.005، عن طريق المؤشرات التقويمية التي اعتمدت في تقييم البرنامج أي أن العلاج بEMDR له أثر في تحسين العينة.

الدراسة الثالثة: دراسة حسين الوراسنة (2016)، الدراسة عرضت نتائجها خلال برنامج مؤتمر البحوث النفسية في فلسطين بين النظرية والتطبيق، المنعقد في 22-23 أفريل 2016، بجامعة بيت لحم بفلسطين، وهدفت إلى التعرف على الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون الناجون من الاعتقال وفعالية علاجها بأسلوب تسكين حركة العين EMDR، العينة حسب ظروف الدراسة السياسية-الأمنية والاقتصادية تكونت من 131 طفلاً تراوحت أعمارهم بين 12-18 سنة، وزعت بطريقة عشوائية وعولجت إحصائياً عن طريق SPSS، منهم 68 طفلاً عينة تجريبية طبق عليها علاج EMDR، وعينة ضابطة من 63 طفلاً، واستخدمت الدراسة مقاييس: الخبرات الصادمة، تأثير الحدث المعدل، تقدير الذات

لروزنبرغ، التوجه نحو الحياة، التأقلم والصحة النفسية... وخلصت إلى أن الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال الفلسطينيون الناجون من الاعتقال قد نتج عنها اضطرابات ضغطة ما بعد الصدمة PTSD أثرت على تقديرهم لذواتهم، توجهاتهم نحو الحياة... كما أظهرت النتائج فعالية أسلوب EMDR في علاج PTSD، والتوجه الايجابي نحو الحياة... وبدراسة تتبعية بعد العلاج بـ 10 أشهر تبين استقرار وثبات النتائج والمؤشرات...

الدراسة الرابعة: دراسة مرسلينا شعبان حسن (2017)، اعتمدت التوصيف العام للعلاج النفسي وفقا لمنهجية الـ EMDR برؤية شمولية للأمراض النفسية من منظور التحليل النفسي، مضيئة إليها 04 حالات... (أنثى، 40 سنة، لديها متلازمة التعب النفسي والماسوشية، ذكر، 38 سنة، اكتئاب، يعاني اضطراب نفس-جسدي، خضع للعلاج الدوائي، ذكر، 47 سنة، لديه تحطيم لصورة الأنا الأعلى المتصلة، تاريخه المرضي يحتوي اغتصاب في المراهقة، أنثى 64 سنة، تعاني مشاعر الدونية وسوء تقدير الذات، فقدان عزيز...) والدمج بين منهجيتي EMDR والعلاج النفسي التحليلي (عند تناولها للحلم يفرض حسبها تخصيص الجلسات العلاجية طبقا لكل حالة ويكون العمل على الحلم وفق بروتوكول EMDR هو العلاج المتكامل... وخلصت إلى أن اعتماد هذا المنهج يؤدي إلى التخفيف من الأعراض عبر تقليص ضغط الصور الصادمة للذكريات ليتم تحسين النظر إلى الذات والتخفيف من الاضطرابات الجسدية...

3.7.1. الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو

(Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018):

تهدف هذه الدراسة إلى توسيع أبحاث جاريرو وآخرون عام 2015، التي خلصت إلى أن العلاج النفسي EMDR بمجموعة العلاج التكاملي، والبروتوكول المتكيف مع الإجهاد الناتج عن الصدمة المستمرة (EMDR-IGTP-OTS) فعالاً في الحد من حالات ما بعد الصدمة وأعراض اضطراب الإجهاد (PTSD) المتعلقة بتشخيص وعلاج أنواع مختلفة من السرطان لدى النساء البالغات، وهذا البروتوكول المتكيف: العلاج الجماعي التكاملي القياسي لـ EMDR، هو بروتوكول للتدخل المبكر (EMDR-IGTP؛ Jarero & Artigas، 2014) وعلاج EMDR فردي في إعداد المجموعة، يوفر ثمانية مراحل بروتوكول EMDR (شابيرو، 2001، 2018) في نموذج العلاج الجماعي مع تنسيق العلاج بالفن (كالرسومات والرموز...)، وتستخدم طريقة عناق الفراشة (BH؛ Jarero & Artigas،

(2014) كمحفز ثنائي ذاتي الإدارة لمعالجة المواد المؤلمة، خلال الجلسة، في رسم العميل صورة أو رمز يمثل الأحداث الصادمة، ثم يركز عليها في المتوسط 3 دقائق أثناء تنفيذ طريقة BH، تتكرر العملية أربع مرات في الجلسة، ويُبلغ العميل عادةً عن انخفاضات كبيرة في اضطراب شخصي في نهاية الجلسة، والفعالية تم توثيقها جيداً (على سبيل المثال، براون وآخرون، 2017؛ Jarero & Artigas، 2010، 2014)، وقد اقتبس جاريرو وآخرون (2015) من EMDR-IGTP لأجل علاج المراهقين (13-17 سنة) والبالغين الذين يعانون من ضغوط نفسية مستمرة ولا توجد فترة أمان بعد الصدمة لتقوية الذاكرة، فيتم تحديد الذاكرة المستهدفة أثناء المرحلة 3، والتغييرات في EMDR-IGTP للصدمة المستمرة الإجهاد (EMDR-IGTP-OTS) يشمل سؤال العميل، لتشغيل فيلم ذهني للحدث بأكمله، قبل البداية حتى اليوم أو في المستقبل، ثم تحديد الأصعب والأكثر إيلاً والأكثر لحظة محزنة، وقد تم إجراء هذا التكيف ليسمح بتحديد واستهداف والمعالجة من سلسلة التجارب المؤلمة المتعددة التي تواجهها هذه الفئة من الأفراد وليس هدفاً واحداً فقط لكل جلسة (Jarero، Artigas، Uribe و García، 2016). ودراسة جاريرو وآخرون لعام (2015) تجريبية لتقييم فعالية EMDR-IGTP-OTS في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان عند النساء البالغات، فتم إجراء العلاج EMDR المكثف لمدة 3 أيام متتالية، مرتين يومياً، تم تشخيص 24 امرأة بالغة مع أنواع مختلفة من السرطان (سرطان عنق الرحم والثدي والقولون، المثانة والجلد) الذين لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ذات الصلة بتشخيصهم وعلاجهم. نتائج العلاج تمت مقارنتها بين المرضى في المرحلة النشطة من علاج السرطان ومن هم في مرحلة المتابعة، مع الدرجات في مقابلة تصنيف PTSD القصيرة (SPRINT؛ Connor & Davidson، 2001) قبل وبعد علاج ال EMDR ومتابعة 30 و 90 يوماً، أظهرت النتائج عدم وجود فرق بين المجموعات، مع تحسن كبير في كلا المجموعتين لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والرفاه الشخصي بشكل عام.

وقد سعت الدراسة الحالية لتحديد ما إذا كان يمكن تكرار النتائج، وما إذا كان العلاج سيكون فعالاً أيضاً في تقليل أعراض القلق والاكتئاب، عينة الدراسة تكونت من 35 فرداً (N = 35) والتحكم في عدم المعالجة (N=30) أكملت المجموعات القياسات السابقة واللاحقة والمتابعة باستخدام القائمة المرجعية لاضطراب ما بعد الصدمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة؛ PCL-5) (DSM-5) ومقياس القلق والاكتئاب بالمستشفى (HADS)، تحليل البيانات من خلال المقاييس المتكررة، أظهر تحليل التباين (ANOVA) أن EMDR-IGTP-OTS كان فعالاً في التقليل

بشكل كبير من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب، مع الحفاظ على الأعراض عند 90 يومًا، المتابعة وبأحجام كبيرة التأثير، مقارنة بين العلاج وعدم العلاج، أظهرت المجموعات الضابطة انخفاضًا كبيرًا بشكل ملحوظ في مجموعة العلاج في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، القلق والاكتئاب، لم يتم العثور على ارتباط كبير عند استكشاف العلاقة بين الدرجات على مقياس تجارب الحياة الضارة والدرجات التي تشير إلى شدة المعالجة المسبقة لاضطراب ما بعد الصدمة، القلق والاكتئاب، تقترح هذه الدراسة أن EMDR-IGTP-OTS قد يكون طريقة فعالة لمعالجة أعراض ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق المرتبطة بالسرطان.

ولغرض الدراسة تقييم فعالية EMDR-IGTP-OTS في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة، أعراض الاكتئاب وأعراض القلق ذات الصلة لتشخيص وعلاج أنواع مختلفة من السرطان عند النساء البالغات، فقد أجريت عام 2017 في مدينة بوببلا، المكسيك، في المستشفى العام ديل سور، إدواردو فاسكيز نافارو، المشاركون المحتملون، تم تجنيدهم من خلال التحدث إلى كل مريض شخصيًا، عندما كانوا ينتظرون موعد المتابعة في عيادة المستشفى، المقبولات حصلن على موعد لمقابلة، بعد يوم من موعدهم الطبي مباشرة والذي اكتشف مساعد بحث مؤهل ما إذا كان أم لا استوفوا المعايير المطلوبة، حضر ما مجموعه 247 مشارك محتمل لمقابلة القبول، وكانت المعايير: (أ) 18 عامًا أو أكثر، (ب) تشخيص السرطان، (ج) تكون نشط أو مرحلة متابعة علاج السرطان، (د) يعانون من الصدمة من قائمة مراجعة اضطراب الإجهاد لنتائج (PCL-5)(DSM-5) من 30 أو أكثر، (هـ) لم يتلق علاج صدمة متخصصة، و(و) عدم تلقي العلاج الدوائي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كانت معايير الاستبعاد (أ) مستمرة إيذاء النفس/ التفكير في الانتحار أو القتل، (ب) تشخيص اضطراب ذهاني أو ثنائي القطب، (ج) تشخيص اضطراب فصامي، (د) اضطراب عقلي عضوي، (هـ) تعاطي المخدرات، و (و) ضعف إدراكي كبير (كالإعاقة الذهنية الشديدة والخرف)، من بين 247 مشاركًا محتملاً حضروا مقابلة قبول 177 امرأة لم يلبين التضمين/معايير الاستبعاد أو لم يتمكنوا من المشاركة في الدراسة، وقد شمل هؤلاء 145 مشاركًا محتملاً، الذين حصلوا على درجات PCL-5 أقل من 30، و 32 منهم غير قادر على المشاركة في الدراسة لأنهم يعيشون في منطقة نائية، 70 امرأة مصابة بأنواع مختلفة من السرطان (المخ والثدي وعنق الرحم والرحم والقولون وسرطان الدم والرئة، المبيض والمعدة والغدة الدرقية والنخاع والعظام والجلد المريء والكبد...) واضطراب ما بعد الصدمة، شخصن ويعالجن من السرطان، تراوحت أعمارهن بين 26 إلى 79 سنة (M = 47.02 سنة)، تراوح التشخيص من 3 أشهر (مايو 2017) إلى 54 أشهر

(فبراير 2013)، كان اختيار المشاركات بشكل عشوائي، لمجموعة العلاج أو التحكم في عدم المعالجة، مجموعة باستخدام رقم عشوائي تم إنشاؤه بواسطة قائمة الكمبيوتر، اثنان من المقيّمات المستقلات أعمى عن العلاج، أجرت الظروف عملية التوزيع العشوائي لتجنب تأثير التخصيص، وقد تم الاتصال بالمشاركات عبر الهاتف للإبلاغ منهم إذا كانوا ينتمون إلى مجموعة العلاج أو مجموعة مراقبة عدم المعالجة، تم إبلاغ المجموعة الضابطة، من أجل أسباب أخلاقية، سوف يتلقون العلاج بمجرد تم الانتهاء من الجزء الأول من الدراسة، خمسة مرضى الذين تم تكليفهم بمراقبة عدم المعالجة، لم يتم تحديد موقع المجموعة، كان هناك 35 مشاركة في مجموعة العلاج و 30 مشاركة في مجموعة مراقبة عدم المعالجة، لقياس PTSD استخدمت الدراسة قائمة مراجعة اضطراب ما بعد الصدمة لـ DSM-5 (PCL-5) (ويذرز وآخرون، 2013) قدمت النسخة الإسبانية مباشرة من قبل المركز الوطني لاضطراب ما بعد الصدمة (NCPTSD) وتكيفها بموافقة NCPTSD، للأسبوع الماضي بدلا من الشهر الماضي، أما لقياس القلق والاكتئاب فاستخدم مقياس القلق والاكتئاب المستشفى (HADS؛ Zigmond & Snaith، 1983) المستخدم على نطاق واسع لقياس المراضة النفسية في مرضى السرطان (Ornelas-Mejorada، Sánchez-Sosa، Tufiño، & 2011) و HADS هو مقياس تقرير ذاتي مكون من 14 عنصراً، باستخدام مقياس ليكرت المكون من 4 نقاط يتراوح من 0 إلى 3، سبعة عناصر تتعلق بالقلق وسبعة بالاكتئاب، مكيف للغة الإسبانية لمرضى السرطان (ريكو، ريستريبو، مولينا، 2005)، كما استخدم استبيان ACE مقياس تقرير ذاتي مكون من 10 عناصر من أجل ACE دراسة (فيليتي وآخرون، 1998) للتعرف على تجارب الطفولة من سوء المعاملة والإهمال.

أكملت المشاركات في المجموعة الضابطة الأدوات بشكل منفصل في لحظات القياس المختلفة، بواسطة الوقت 1 (يونيو / يوليو 2017)، جمع مساعدتي البحث التاريخ العيادي، قدم التعليم النفسي، وأجيب على الأسئلة المتعلقة بالصدمات، واضطراب ما بعد الصدمة، وعلاج الـ EMDR لتقليل أي تحيز محتمل ضد العلاج، أثناء الوقت 2 (تقييم ما بعد العلاج؛ أغسطس 2017) والوقت 3 (تقييم المتابعة 90 يوماً بعد العلاج؛ نوفمبر 2017)، تم إجراء التقييم لجميع المشاركات من قبل مقيمين مستقلين ليسوا جزءاً من الدراسة، وفي لحظات القياس التي طُلب من جميع المشاركات القيام بها، تم التركيز بشكل خاص على أسوأ حدث مرتبط بالسرطان، أكثر ما يزعجهم حالياً قبل الرد على PCL-5، شارك ما مجموعه 20 باحث مساعد في جمع البيانات، كلهم مرخصون، مع معالجي الـ EMDR مدربين، على إدارة الأدوات، تقنيات المقابلة العامة، وإجراء البحوث الأخلاقية، ولأنه يزيد الجدول الزمني المتكرر

لجلسات العلاج، نتائج علاج اضطراب ما بعد الصدمة (جوتتر، سوافاك، Sloan، Resick، & Jarero، 2011؛ جاري، 2017؛ Jongh، 2017؛ Wesson & Gould، 2009) بسبب سفر العديد من المشاركات إلى المستشفى منذ فترة طويلة، وبقيت هناك فقط لفترة محدودة، لهذا سمح التنسيق المكثف للمرضى بإكمال كامل مسار العلاج في فترة قصيرة، وقد تم إدارة EMDR-IGTP-OTS من قبل ستة معالجين مرخصين في EMDR مدربين رسمياً في إدارة البروتوكول. كان أحدهم معالج EMDR معتمداً، وخمسة من المعالجين المعتمدين في EMDR في التمرين. تم تقييم الإخلاص من قبل المشرف (IJ). تم العلاج في أغسطس 2017، على مجموعة العلاج، وتلقت المشاركات ست جلسات علاج خلال يومين المتتاليين، ثلاث مرات يومياً في مكان بالداخل المستشفى حيث تلقوا علاج السرطان أو المتابعة، كانت هناك مجموعة علاجية واحدة تضم 35 شخصاً من المشاركات، يركز علاج EMDR-IGTP-OTS فقط على ذكريات الصدمة التراكمية ذات الصلة لمرض الأورام ولم يعالج أي الأحداث الصادمة السابقة، وأول جلسة جماعية استغرقت ساعة و 40 دقيقة، أما جلسات المجموعة القادمة كان متوسط المدة 50 دقيقة منذ ذلك الحين، بدأت في المرحلة 3 من البروتوكول، لأنها لم تكن ضرورية لتكرار المرحلتين 1 و 2، وتلقى المشاركات متوسط إجمالي ست ساعات علاج، لم تكن هناك متسربات في مجموعة العلاج. لم يتم الإبلاغ عن آثار ضارة أثناء العلاج أو في 90 يوماً من المتابعة، تم الوفاء بإخلاص العلاج من قبل المعالجين والتقيد الصارم بجميع خطوات البروتوكول (Jarero et al.، 2016) أثناء تقييمها من قبل المشرف (IJ).

تحليل التباين (ANOVA) للقياسات المتكررة، على فترات زمنية مختلفة (ثلاث نقاط زمنية لـ PCL-5 ونقطتان زمنيتان للقلق والاكتئاب) ومجموعتين (العلاج = 35 حالة؛ التحكم في عدم المعالجة = 26 شخصاً) كمتغيرات مستقلة واضطراب ما بعد الصدمة (PCL-5)، القلق، والاكتئاب كمتغيرات تابعة، كانت النتائج بعرض $\beta 2$ المتغيرات، بالإضافة إلى ذلك، كان د كوهين تستخدم لقياس حجم الآثار الهامة للدراسة، وتم الحصول على ارتباطات سبيرمان بشكل منفصل عن مجموعة العلاج والمراقبة.

وقد أعاد المشاركات في مجموعة العلاج معالجة الذكريات الممرضة المتعلقة بالسرطان (Centonze، Siracusane، Calabresi، Bernardi، &، 2005) بكفاءة (ست جلسات فقط)، الفعالية (تقليل الأعراض)، وبدون ارتباط بذكرات الماضي تماماً كما لو كانوا يعيدون معالجة حدث

حديث، حتى على الرغم من أن الوقت منذ التشخيص يختلف من أكثر من 4 سنوات إلى 3 أشهر فقط. هذه الملاحظة العيادية متسقة مع نتائج (Jarero et al. 2015) على أساس AIP.

فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب، كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة العلاج والتحكم في عدم المعالجة عند المتابعة، فالقلق انخفض بشكل ملحوظ من الاختبار القبلي إلى المتابعة في مجموعة العلاج ولم يلاحظ أي تغييرات لمجموعة مراقبة عدم المعالجة، الاكتئاب انخفض بشكل ملحوظ في مجموعة العلاج من قبلية للمتابعة وازدادت بشكل ملحوظ في مجموعة مراقبة عدم المعالجة، تشير هذه النتائج أن EMDR-IGTP-OTS لم يكن فعالاً فقط في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ولكن كان واضحاً أيضاً تأثير في الحد من القلق والاكتئاب، ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أن هناك إحصائياً انخفاض كبير في التحكم في عدم المعالجة درجات PCL-5 للمجموعة من الاختبار التمهيدي إلى الاختبار البعدي ومن ما قبل المتابعة، مع تأثير صغير الحجم (Cohen's). ومع ذلك، على الرغم من أن هذه المجموعة أظهرت بعض التحسن، كان هناك فرق كبير بين درجاتهم وتلك الخاصة بمجموعة العلاج في الأوقات 2 و3، بالإضافة إلى ملاحظة الاختلاف الكبير بين المجموعتين، نعتبر أن التفسير العيادي، يمكن أن يكون مفيداً في شرح هذه النتائج، ويمثل التغيير في PCL-5 أهمية عيادية في التغيير (Blevins و Weathers و Davis و Witte و Domino، 2015)، وفرضية أخرى، بناءً على دراسة (Wu، Zhang و Jiang، 2017) مع ناجين من سرطان المبيض، ودراسة أندريكوفسكي، كوردوفا، ماكغراث، سلون وكنادي (2000) مع الناجين من سرطان الثدي، التي وجدت تقلبات كبيرة (تشمع دورة الأعراض المتضائلة) في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة داخل الأفراد بسبب الدعم الاجتماعي الأكبر والخبرة، وأقل ضغوطات مؤلمة قبل تشخيص السرطان، والأمل، والمرونة عبر الزمن يمكن أن تكون مرتبطة مع انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، في المستقبل، البحث عن تقلبات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مع العديد من الناجين من السرطان، الاحتمال الآخر هو أن المقابلة النفسية، فقد كان للجلسة تأثير علاجي، حيث أن المساعدين متعاطفين وداعمين، وذكرت المشاركات أنها كانت المرة الأولى التي سئلوا فيها عن أعراضهم النفسية والعاطفية وساعدهم التعليم النفسي على فهم الأعراض كمنتج ثانوي للتشخيص وعلاج السرطان، وتبددت معتقداتهن أنهم مجنونات أو أن السرطان كان خطأهم، وطبقاً لمقياس إيس تبين أن شدة أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء اللاتي تعاملن مع الإجهاد مرتبطة في المقام الأول بتشخيص وعلاج السرطان وغير مرتبطة بمرحلة الطفولة.

في الأخير تبين أن بروتوكول EMDR-IGTP-OTS يحتوي على جميع مزايا EMDR-IGTP القياسية ويسمح بالتحديد والاستهداف ومعالجة سلسلة من الصدمات المتعددة الخبرات التي يواجهها الأفراد من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان، الذين يعانون من ضغوط نفسية مستمرة بهدف واحد فقط لكل جلسة...، وتبين أنه علاج متعدد الثقافات، فهو يقلل من المقاومة الثقافية للعلاج، حتى لدى الأفراد ذوي الثقافات المتحفظين، لأنه ضئيل جدا من التطفل، ولا تتطلب إنشاء سرد التجربة المؤلمة، الإفصاح الشفهي أو الكتابي للتفاصيل، واستعادة التجارب المؤلمة لفترات طويلة، أو الواجب المنزلي، كما أن الاعتماد على الرسومات يقدم ميزة خاصة لتوفير حساسية ثقافية وفعالة لعلاج للمرضى الذين يكافحون من أجل الاتصال بحالاتهم المعرفية أو الشعور بالذنب أو الخجل، قد يكونوا أكثر راحة في التعبير عن ضيقهم العاطفي من خلال الرسم، أيضا، يتم استخدام الرسومات للفعالية وإعادة المعالجة مع المرضى الذين يعانون من انخفاض مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة (شابيرو، 2016) مثل المشاركات في هذه الدراسة، كما أن تحمل العلاج لتراكم الذكريات المخزنة المختلة، يزيد من احتمالية الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (McFarlane، 2009، 2010 ب، 2010 أ)، ويعتقد أن استخدام الإدارة الذاتية للتحفيز الثنائي (SBA) الذي يدمج حركات العين و/أو حركات العين والتتصت لدى مجموعة مع الأفراد الذين يعانون من صدمة مستمرة، يمكن أن يثير التوتر ردود فعل قد تكون صعبة للإدارة، لذلك، استخدم المشاركات في هذه الدراسة Artigas & Jarero (BH)، 2014، باعتبارها ثنائية ذاتية الإدارة وطريقة التحفيز لمعالجة المواد المؤلمة، خلال (BH)، يُطلب من المرضى التوقف والشعور بأجسادهم...، لكن يبدو أن EMDR-IGTP-OTS قيود، ففي المرحلة 3، لا يُسأل المشاركون عن السلبية أو الإدراك الإيجابي كما هو الحال في بروتوكول EMDR القياسي. المرحلة 5 (التثبيت) من معيار EMDR لا يمكن إجراء البروتوكول للأسباب التالية: قد يكون لكل مشارك وحدات ذاتية مختلفة درجة الاضطراب (SUD)، أو حجب المعتقدات، أو لديك توقيت مختلف للمعالجة والوصول إلى البيئة مستوى الاضطراب، في هذه المرحلة من البروتوكول، العمل على رؤية مستقبلية لتحديد التكيف أو غير التكيف للرسومات والإدراك التي قد تكون مفيدة في تقييم المشارك في نهاية إدارة البروتوكول، كما أن الحاضر والمستقبل من لم يتم تغطيتهما كما في البروتوكول القياسي في هذا البروتوكول، كما أظهرت الملاحظات العيادية بعد ستة حصص علاجية، بمتوسط 8٪ من المشاركين سيحتاج إلى علاج إضافي، لذلك يوصون بروتوكول EMDR للحوادث الخطيرة الأخيرة والإجهاد الناجم عن الصدمة المستمرة (EMDR-PRECI) Jarero et al. (2011) للعلاج الفردي.

الدراسة الثانية: دراسة أقتازيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب و لورا إفلين غارسيا (2018):
(Laura Evelyn García ،Susana Uribe ،Lucina Artigas ،Ignacio Jarero)
(المكسيك)

تهدف هذه الدراسة إلى وضع بروتوكول تكاملي EMDR للعلاج الجمعي لمرضى السرطان.

Le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe pour les patients atteints de cancer

(نشرت باللغة الانجليزية عام 2017 بمجلة EMDR التطبيق والبحث، عدد 03، مجلد 10)

وهي وصف مفصل لتطبيق العلاج ببروتوكول حركات العين وإعادة المعالجة المتكاملة-EMDR (IGTP) لفائدة لمرضى السرطان المراهقين للمراهقين (من 13 إلى 17 عامًا) وبالبالغين، يعانون إجهاد مؤلم مستمر، يدير هذا البروتوكول المراحل الثماني للمعالجة EMDR، لمجموعة من المرضى الذين يستخدمون أحد مكونات العلاج الفني (أي الرسومات -وعناق الفراشة - BH) طريقة التحفيز الثنائي ذاتية الإدارة تستخدم لعلاج المواد المؤلمة)، بناء على دراسة سابقة (جاريرو وآخرون، 2015) أنه بعد ست جلسات من EMDR-IGTP، كان هناك انخفاض كبير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، المتعلقة بتشخيص وعلاج أنواع مختلفة من السرطان لدى النساء البالغات. تم الإبقاء عليها في جلسة المتابعة بعد 90 يومًا. الدراسة تناقش كيف يمكن استخدام هذا البروتوكول لتقديم العلاج المكثف EMDR بشكل فعال لمجموعات كبيرة من المرضى، وتعطي تعليمات مفصلة لاستخدامه، لمعالجة أحد الأبعاد النفسية الرئيسية للسرطان وهي تفاعلات الضغط المؤلمة. ويبدو أن هذا البروتوكول قد وضع منذ عام 2014.

يحتوي EMDR-PITG على جميع مكونات معالجة EMDR الفردية، باستثناء العناصر المرحلة المعرفية 3 و 5، لتعقدها عند إدارتها في مجموعة، فالتثبيت المعرفي في المرحلة 5 من علاج EMDR الفردية يتم استبداله في بروتوكول EMDR-PITG برؤية الإجراء المستقبلي، لقد تم توثيق فعالية EMDR-IGTP لمجموعات كبيرة وصغيرة من المشاركين، البالغين الأطفال، مع عدد من تقارير الحالة ودراسات المجال، فضلا عن تسع تجارب عشوائية، يتم إعطاء علاج EMDR لمرضى السرطان، بتنسيق فردي، في دراسة تجريبية بواسطة كيبزاني وآخرون (2013)، على مرضى السرطان والمعاناة من اضطراب ما بعد الصدمة، ويعالج EMDR الفردي للمرضى في المرحلة النشطة، علاج السرطان (ن = 10) والمرضى المعينين بشكل عشوائي لعلاج EMDR (ن = 11) أو العلاج السلوكي المعرفي (ن = N

10) خلال مرحلة متابعة علاج السرطان، فظهرت فعالية علاج EMDR الفردي من خلال تخفيضات كبيرة لملاحظات على مقياس تأثير الحدث المنقح (IES-R) وعلى مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، المعالجين. علاج TBI، في هذه الدراسة، أظهرت فعالية محدودة، وأنتجت EMDR عشرات أقل بكثير من تلك CBT على كلا المقياسين، تم علاج عشرة من أصل أحد عشر مريضاً، لم يعد لدى EMDR تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة بعد ذلك، علاج واحد فقط من المرضى الذين عولجوا بـ TCC. ولتنسيق المجموعة، (جاريرو وآخرون، 2015) قاد دراسة تجريبية لتقييم تكييف EMDR-IGTP للمراهقين والبالغين يعانون إجهاد مؤلم مستمر، وفعاليتها في الحد من الحالات من الإجهاد المرتبط بالسرطان لدى النساء البالغات. تم إعطاء العلاج المكثف EMDR-IGTP لثلاثة أيام متتالية، مرتين في اليوم، لساعة، 24 امرأة بالغة مصابة بأنواع مختلفة من السرطان عنق الرحم والثدي والقولون والمثانة الجلد) وتظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلق بالإعلان عن هذا التشخيص وعلاج الأورام. تم مقارنة النتائج بين المرضى في المرحلة النشطة من علاج السرطان وتلك في مرحلة المتابعة مع بيان الملاحظات في المقابلة، مع موجز تقييم اضطراب ما بعد الصدمة (SPRINT؛ Connor & Davidson، 2001) في معالجة EMDR قبل وبعد المعالجة، ومتابعة 30 و 90 يوماً. أظهرت النتائج فقط لا فرق بين المجموعات، مع تحسن كبير في كلتا المجموعتين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والرفاهية الذاتية العامة. الدراسة الحالية وتوضح البروتوكول المقترحة أعطت مثال عيادي لحالة المريضة، إيفا، تبلغ من العمر 32 عاماً، مطلقة، تعيش مع طفليها، عمرهما 7 و 9 سنوات. تم استئصال الثدي وكان الآن تحت العلاج الكيميائي. لديها أعراض شديدة من اضطراب ما بعد الصدمة. متى تقييمها الفردي ووصفت الأعراض.

هذا البروتوكول هو تعديل EMDR-IGTP، وقد تم استخدامه بنجاح في جميع أنحاء العالم لتقديم استجابة سريعة لمجموعات كبيرة من المشاركين في أعقاب الكوارث (جاريرو وأرتيجاس، 2016). لمسات التكيف كيفية اختيار التذكارات المستهدف؛ لديها تم إجراؤها للسماح بمعالجة متصلة بحوادث الصدمات المتعددة التي تواجهها للعملاء الذين يواجهون إجهاداً صادمًا مستمرًا. و EMDR-PITG لا يستبعد علاج EMDR الفردي، كما هو بروتوكول علاجي، ولكن أيضاً أداة للتحري، لذلك، لم يفعل معالجو EMDR عدم الاختيار بين استخدام مجموعة أو الاستخدام الفردي للبروتوكول عند القيام به عند مواجهة عدد كبير من الناس للعلاج. مؤشرات وموانع العلاج، نستخدم معايير الاختيار الموضحة في الكتاب دي شابيرو (2001). بالإضافة إلى ذلك، أبلغت الدراسة أهمية الدعم الاجتماعي. واحدة من أكثر مهم لنا

خلال البحث مع مرضى السرطان، خلال ثمانية عشر عامًا من العمل الميداني مع EMDR-IGTP، لم يرى الباحثون مريض يغادر الغرفة لأنه كان منزعجا. قد يكون هذا بسبب حقيقة أننا نتقدم بطلب الكثير من الاهتمام بمعايير الاختيار الخاصة، ويفترض أيضا أن استخدام طريقة BH كمحفز ثنائي (Artigas وجاريرو، 2014) تبقي المرضى داخل نافذة التسامح وتسمح بإعادة المعالجة المناسبة، وقد توفر BH أيضًا العملاء الشعور بالسيطرة على علاجهم ويسمح لهم بالحفاظ على الشعور بالأمان عند معالجة الذكريات المؤلمة، دعمت هذه الممارسة في علم النفس والأورام، المبدأ الأول لدستور منظمة الصحة العالمية (2006) إعطاء الأولوية لمساهمة الرفاه الكلي والسعادة والعلاقات المتناغمة والأمن لجميع الناس.

الدراسة الثالثة: دراسة أماندا كاران باتريسيا روبر (Amanda Karen Patricia Roberts) (2018):

تهدف إلى استكشاف فعالية وسلامة بروتوكول EMDR الجمعي على بروتوكول حلقة الصدمة لدى الناجين من السرطان،

The Effects of the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Cancer Survivors

هدف هذه الدراسة هو استكشاف فعالية وسلامة بروتوكول حركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة على (EMDR) بروتوكول الحلقة المؤلمة (G-TEP) في الحالة النفسية لعلاج الناجين من السرطان وآثاره المحتملة على أعراض الإجهاد والقلق والاكتئاب بعد الصدمة. المشاركون (N = 35) من المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من السرطان، في مراحل مختلفة، الأولية أو المتكرر، مع تلقي التشخيص أو علاج الأورام خلال العام الماضي. متابعة الفرد نفسيا، تلقى المشاركون جلستين 90 دقيقة EMDR G-TEP، تدار في أيام متتالية، تم تعيينهم بشكل عشوائي. التقييمات كانت تدار في مرحلة ما قبل، وبعد، والمتابعة باستخدام مقابلة قصيرة حول اضطراب ما بعد الصدمة (SPRINT) وجرد القلق من صفة الحالة (STAI) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI-II) تدابير المتكررة كشفت مقارنات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب عن اختلافات كبيرة بين الاختبار المسبق و posttest، مع الحفاظ على معظم النتائج عند المتابعة. أظهرت أحجام تأثير ما قبل المتابعة تأثيرات متوسطة.

أشارت الدراسة الحالية إلى دراسة دور علاج EMDR (Faretta Civilotti, 2016) التي اقترحت أنه يمكنه كسر الحلقة المفرغة بين النفس والجسد في الصدمات المتعلقة بالسرطان الحفاظ ودراسة حالة لزوجين ودراسة (مور، 2016) لأحد الزوجين مصاب بالسرطان، وتم علاج EMDR لكل من الزوجين، إلى جانب علاج الزوج، والدراسة العلاج القياسي EMDR و CBT في علاج السرطان... أجريت الدراسة في أمهرست/ ماساتشوستس، بعد موافقة مجلس الهجرة واللجئين من Asentral, Inc. مجلس المراجعة المؤسسية (IRB) في نيويورك، ماساتشوستس. وتم تجنيد المشاركين من منطقة واسعة في جميع أنحاء ماساتشوستس من خلال أنظمة المستشفيات، مجموعات دعم السرطان وأطباء الأورام والرعاية الأولية عن طريق أطباء الصحة العقلية، إعلانات الصحف، عروض الخطابة، المنتديات، ومنظمات السرطان القائمة، كل المشاركين المحتملين لبوا المعايير: (أ) سرطان موجود، تم تلقي التشخيص خلال العام الماضي؛ (ب) يمر علاج السرطان خلال العام الماضي؛ و (ج) القدرة على التحمل الجسدي والمعرفي والعاطفي خلال علاج الصدمة. الأشخاص الذين يستوفون أي استثناء تم استبعاد المعايير من الدراسة. الاستبعاد كانت المعايير: (أ) مادة كيميائية نشطة مشكلة التبعية (ب) الميل الانتحارية النشطة أو الانخراط في إيذاء النفس؛ و(ج) دليل على نشاط الذهان أو الهوس أو الحمل أو سن أقل من 18 سنوات.

بعد الموافقة المسبقة الموقعة، خضع المشاركون 60-90 دقيقة لفحص واسع النطاق باستخدام مقابلة القبول المعتمدة من IRB، يتضمن أخذ التاريخ وتقييم دقيق للأداء الحالي. وشملت المكونات Karnofsky مقياس الأداء التقييم الوظيفي لمرضى السرطان، كافة الأفراد (FACT-GP)؛ امتحان كامل للحالة العقلية؛ توجه إلى العلاج النفسي EMDR؛ عرض دليل وفيديو للبروتوكول EMDR G-TEP. منذ العلاج الكيميائي، معروف بإحداث تغييرات معرفية لدى العديد من المرضى (يانسن، كوبر، دود، ومياسكوسكي، 2011)، حدد امتحان الحالة العقلية ما إذا كان المشاركون ستكون قادرة على الانخراط في المعرفية والجسدية المعالجة المطلوبة من أجل بأمان وفعالية تلقي فوائد علاج EMDR. تم تقديم التدخل مرتين في عطلات نهاية الأسبوع المختلفة. تلقى جميع المشاركين واحد 90 دقيقة EMDR لجلسة G-TEP لمدة يومين متتاليين على انفراد نهاية الأسبوع. مجموعة العلاج وتأخرها تدار مجموعة العلاج 1 شهر على حدة.

مباشرة بعد EMDR G-TEP الثاني جلسة في اليوم الثاني، ومتابعة شهر واحد، سبرنت. اضطراب الإجهاد التالي للصدمة مقابلة التصنيف (كونور & ديفيدسون، 2001) تتكون من أربعة

عناصر المقابلة لكل من الأربعة مجموعات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. اختبار مقبول - إعادة اختبار الموثوقية تأسست بقيمة 0.778 ($P < .001$) (كونور ودافيدسون، 2001). STAI. لقياس القلق (STAI، نسخة للبالغين) يقيس حالة والقلق والسمات، والتي هي ذات أهمية خاصة نظرا لما حدثت القياسات قبل وبعد الاختبار خلال 24 ساعة ثم 30 يوما بعد آخر تدخل. كان القصد هو فحص البيانات حول تغيير السمات في علامة الثلاثين يوما وأي تغييرات مهمة في حالة القلق مقارنة بالسابق. يتكون STAI من مقياسين فرعيين. قلق الحالة مقياس (S-Anxiety) يقيم الحالة الراهنة للقلق. يتم تقييم مقياس القلق بشأن السمات (T-Anxiety) جوانب مستقرة نسبيا من وضوح القلق. BDI-II بشكل متزايد مع المرضى طبيا لتقييم حالات الاكتئاب. تغطي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5؛ جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2013) معايير التشخيص لاضطراب الاكتئاب الشديد، وتقف كمؤشر موثوق لشدة الأعراض وأفكار انتحارية. تحليل البيانات ركز التحليل على الفحص داخل مجموعة الاختلافات مع مرور الوقت للعينة المدمجة (اثنين مجموعات التدخل) على تدابير متعددة، ثلاثة التي استخدمت لتقييم وجود وشدة الأعراض المتسقة مع أي من الاكتئاب، القلق، أو اضطراب مرتبط بالصدمة، سبرينت، STAI S-Anxiety و STAI T-Anxiety و BDI-II. توزيع البيانات لكل متغير تابع، تم تقييم طبيعتها عن طريق الانحراف...، وتحليل التباين (ANOVA) ومقارنات مقترنة بتصحيح Bonferroni عملت على فحص الاختلافات داخل المجموعة بين الاختبار المسبق والاختبار البعدي ومتابعة شهر واحد. تأثير الأحجام حسبت باستخدام الجزئي ANOVA η^2 ود كوهين للمقارنات المزدوجة. العينة الصغيرة، منع حجم القدرة على إجراء متعدد المتغيرات التحليلات مع قوة إحصائية كافية. تم فحص الأفراد وقبول 35 في الدراسة. وكانت الفرضية الأولية هي أن EMDR G-TEP سوف تخفض عشرات بشكل ملحوظ على ثلاثة موحدة تدابير تقييم وجود وشدة الأعراض بما يتفق مع الاكتئاب أو القلق أو الصدمة، الاضطراب المرتبط. مقارنات متكررة من مقاييس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب، شفت عن بعض الاختلافات الهامة مع مرور الوقت. أطروحة يجب تفسير النتائج بحذر في هذه المرحلة التجريبية، لكن صغر حجم العينة قلل التوزيع العشوائي، وغياب مجموعة المراقبة، والتأثير المحتمل للقيم المتطرفة على متوسط الدرجات. لم تتطلب معايير الاشتمال تشخيص ما بعد الصدمة اضطراب التوتر والقلق والاكتئاب. قد لا تكون أعراض بعض المشاركين شديدة. تخفيضات في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة كانت علامات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أعلى بشكل ملحوظ قبل العلاج من الاختبار البعدي والمتابعة. هذه النتيجة متسقة مع تلك

المنتجة في العلاجات الأخرى المتعلقة EMDR لمرضى السرطان (كيززاني وآخرون، 2013؛ فاريتا وآخرون، 2016؛ جريرو وآخرون، 2013). حدوث اضطراب ما بعد الصدمة في الناجين من السرطان أمر شائع. دراسة حديثة في ماليزيا تضم 469 مريضاً يعانون من أنواع مختلفة من السرطان كشف 21.7% يعانون من إجهاد ما بعد الصدمة، اضطراب في 6 أشهر بعد التشخيص (تشان وآخرون، 2018). في متابعة لمدة 4 سنوات، انخفض معدل الانتشار إلى 6.1%، مما يشير إلى أن ما يقدر بنحو 33% من هؤلاء المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب ما بعد الصدمة ما زالوا يعانون أعراض مستمرة - تزداد في كثير من الحالات - في وقت المتابعة لمدة 4 سنوات.

من اللافت للنظر أنه في دراسة EMDR G-TEP هذه كان 54% من المشاركين فوق مستوى SPRINT العيادي قطعاً قبل الاختبار. من الجدير بالذكر أنه في اختبار المتابعة كان هناك تخفيض إلى 26% مشجعة. هذه يقترح بقوة أن التدخلات النفسية مثل EMDR G-TEP لا يجب أن يقتصر فقط، وركزت على التدخل المبكر، ولكن قدمت طوال سلسلة الرعاية، كما في هذه الدراسة. انخفاض أعراض الاكتئاب تم بمقياس بيك الاكتئاب (BDI-II)، وكانت الدرجات BDI-II بشكل ملحوظ أعلى في الاختبار المسبق (مقارنة بالاختبار البعدي والمتابعة). كانت أحجام التأثير فقط صغيرة - متوسطة عند المعالجة اللاحقة (د = 369) ومتوسط عند المتابعة (د = 423). هذه النتيجة ليست متسقة مع تلك كيززاني وآخرون. (2013) أو فاريتا وآخرون. (2016) وقد تكون ذات صلة بمشاركينا الذين يقدمون تقارير خفيفة فقط الاكتئاب في المعالجة المسبقة.

ومع ذلك، فمن الممكن جداً أن المشاركين كانوا يتلقون علاج السرطان يعانون من العلاج أو الأعراض المرتبطة بالمرض التي تشبه الاكتئاب والتي تقاس على BDI-II كما انخفاض الطاقة، والتعب، والتغيرات في الشهية، والتغيرات في النوم. وقد تم التأكيد على أن تدابير الاكتئاب تتضمن أعراضاً جسدية لدى مرضى، قد يضخم الأفراد تدابير الشدة بشكل مصطنع، وبالتالي خلق التحيز. تتناقض إحدى الدراسات مع هذه التأكيدات لدى أفراد مرضى القلب (Thombs وآخرون، 2010).

انخفاض أعراض القلق، درجات القلق، كانت أقل بكثير في الاختبار البعدي من الاختبار المسبق، ولكن لم يتم الحفاظ على النتائج في المتابعة. في المقابل، عشرات سمة القلق كانت أقل بكثير من الاختبار المسبق في المتابعة. درجات المتابعة لقلق السمات (STAI T-Anxiety) كانت مثيرة للاهتمام بشكل خاص. وأشار عشرات تغيير في القلق الأساسي، وتقييم الشخصية أسلوب الاستجابة، وليس مجرد تقليل الأعراض (S-القلق). هذا يشير إلى أنه قد يكون هناك تغيير معتدل في نظرة المشاركين إلى

الذات علاج او معاملة. تغيرات في القلق والقلق بعد السمة تم فحص علاج EMDR ومقارنتها الرعاية القياسية في وضع صندوق المرضى تؤتي ثمارها النتائج (ماركوس، ماركيز، وساكا، 1997). الحالي تشير نتائج الدراسة إلى أن EMDR G-TEP فعال في الحد من القلق الظرفية وخط الأساس سمة القلق. طول مدة العلاج. التغييرات بين الاختبار البعدي والمتابعة عبر كانت العينة بأكملها متواضعة. جلستين EMDR G-TEP كانت أدنى مستوى من التدخل وربما الإشارة إلى أن الجرعات كانت غير كافية، بدلاً من نسبها هذه التغييرات المتواضعة على حجم العينة الصغير لكن النتائج واعدة. في البحوث ذات الصلة، جاريرو وآخرون. (2015) قدم EMDR-IGTP-OTS إلى عينة من 24 امرأة مصابة بالسرطان، ست مجموعات الجلسات. تم تخفيض درجات SPRINT لهؤلاء المشاركين من 16.32 (5.04) في المعالجة المسبقة إلى 5.41 (2.87) في المعالجة اللاحقة و 3.73 (3.99) في متابعة لمدة 90 يومًا.

إن استخدام تصميم دراسة حالة ما قبل التجربة يحول دون القدرة على استنتاج تلك المشاركة في تسبب بروتوكول EMDR G-TEP في هذه الاختلافات الكبيرة بسبب عدم القدرة على عزل تأثير العلاج بسبب عدم وجود مجموعة مراقبة. بالتالي تدعم الحاجة لمزيد من البحث باستخدام تجريبي الاختبار المسبق - تصميم مجموعة التحكم البعدي مع عينة كبيرة لفحص فعالية EMDR G-TEP في الحد من الأعراض النفسية بعد الإصابة بالسرطان، والمتابعة لمدة شهر واحد هي قيود. 3 شهور والمتابعة لمدة عام واحد كانت الأمثل؛ ومع ذلك، بسبب احتمالية الاستنزاف وعدم اكتمالها للبيانات والأولوية الأكثر أهمية للتجميع البيانات الأولية حول EMDR G-TEP مع السرطان الناجين، لم يتم متابعة هذا الخيار. نحن أيضا شيء عدد متواضع من جلسات EMDR G-TEP والتزام الحد الأدنى من الوقت، جزئيا لتقليل عبء على المشاركين. والنتائج تدعم الحاجة لمزيد من البحث، باستخدام مجموعة اختبار تجريبية - الاختبار البعدي. تصميم مع عينة كبيرة لفحص الفعالية من EMDR G-TEP في الحد من الأعراض النفسية، التشخيص بعد السرطان.

تقديم أكثر من جلستين EMDR G-TEP قد يؤدي إلى نتائج أكثر قوة، للحد من الضيق النفسي للأعراض مع EMDR G-TEP تساعد في الناجي من السرطان في إدارة التحديات المستمرة في كثير من الأحيان الأنظمة الطبية المؤلمة، وتعديلات نمط الحياة، الاجتماعية - الصعوبات العاطفية أو الإجهاد المهني أو فقدان القدرة على العمل، وتعزيز شامل للصمود.

الدراسة الرابعة: دراسة لويز ماكسفيلد (2016):

افتتح العدد 03، من المجلد 10 لمجلة EMDR البحث والتطبيق، بهدف توضيح العلاج ب

EMDR وعلم الأورام النفسي (EMDR Therapy and Psycho-Oncology).

وكونولوجيا، حسب، وجدت ثلاث دراسات منشورة أن حركة العين علاج إزالة الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR) (شابيرو، 2001) فعالة للغاية لمرضى السرطان، مع انخفاض كبير في جميع اضطراب ما بعد الصدمة ومجموعات الأعراض. اثنان: (كيزباني وآخرون، 2013؛ فاريثا، بورساتو، سيفيلوتي، فرنانديز، وباجاني، 2016) قارن علاج EMDR الفردي بـ تدخل من نوع CBT، على غرار العلاجات التي تمت مراجعتها في نينوا وآخرون عام (2013)، دراسة مماثلة أيضا توصلت إلى نتائج مراجعة نينوا وزملائه كان التدخل CBT فعالية محدودة فقط. في مقارنة، كيزباني وآخرون، (2013) و Faretta وآخرون عام (2016)، لاحظ أن علاج EMDR أنتج أهمية كبيرة في تخفيضات على جداول الإجهاد المؤلمة وما إلى ذلك من آثار الأعراض الأخرى، الدراسة الثالثة بقلم جريرو وآخرون (2015)، قدم مجموعة EMDR المتكاملة، ووجد أن بروتوكول العلاج فعال بنفس القدر للمرضى في المرحلة النشطة من علاج السرطان بالمقارنة مع أولئك الذين هم في مرحلة متابعة علاج السرطان، مع تحسن كبير في اضطراب ما بعد الصدمة، الأعراض والرفاهية الذاتية الشاملة، مع احتفاظ للنتائج بالمتابعة على المدى الطويل، والعدد الخاص، يحدد تطبيق EMDR في علاج مرضى السرطان والأمراض الجسدية الأخرى المهددة للحياة، يبدأ بمقال بواسطة Faretta و Civilotti، اللذان يقدمان نظرة عامة على الطبيعة المؤلمة للمرض، ووضع هذا في سياق معالجة المعلومات التكيفية لـ EMDR نموذج (AIP) (شابيرو، 2001) وشرح دور علاج EMDR. مقال بقلم كارليتو وباجاني يستعرض الأدب الحالي لعلم الأحياء العصبية لاضطراب ما بعد الصدمة في أمراض الأورام ويناقش هذا في العلاقة إلى التأثيرات الحيوية العصبية لـ EMDR. التي تحدد فاريثا وبورساتو علاجها لـ EMDR وفق بروتوكول لمرضى السرطان، يوضح العلاج بأمثلة سريرية غنية متعددة.

ويلي ذلك مقال لموراي يحدد بروتوكول شابيرو (2001) للمرض والاضطرابات الجسدية والتي تركز مقالها على تدخلات الموارد التي يمكن توفيرها في المراحل الأولى من العلاج أو عند الحاجة إلى إعادة معالجة الصدمة والتي تأخرت بسبب متطلبات علاج السرطان أو استقرار العميل. مساهمة Klaff الهامة هي مقالة مفصلة غنية تفكيك جلسات EMDR السريرية مع طفل مصاب بمرض يهدد الحياة،

وبوضح كيفية معالجة مخاوف الطفل اليومية لتي أصبحت بوابة للعمل مع معضلاتها الوجودية، والخوف من الموت.

يقدم مور قضية مثال على العمل مع زوجين زواجهما فاشل لأن أحد الزوجين لا يمكن أن يتحمل 136 المشاكل، موضحا كيف لـ EMDR (فردى) يتم دمج العلاج النفسي مع تعزيز العلاقة، باستخدام مثال الحالة أيضًا بواسطة Artigas، Jarero، أوريبى وغارسيا لتوضيح معاملة العميل باستخدام علاج بروتوكول EMDR، يقدم تعليمات مفصلة في التطبيق من هذا البروتوكول. القضية الخاصة تنتهي مع دراسة بحثية جديدة أجراها Faretta وآخرون. الموصوفة سابقا، فيها مقارنة بين علاج EMDR و CBT وجد تفوق EMDR، في حل الصدمة الإجهاد والأعراض أخرى.

الدراسة الخامسة: دراسة إلسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) (Cristina & Civilotti Elisa Faretta):

(إيطاليا) هدفها توضيح علاج EMDR في علم الأورام النفسي، باعتباره "جسر بين العقل والجسد" EMDR Therapy in Psycho-Oncology: A Bridge Between Mind and Body وقد نشرت الدراسة باللغة الفرنسية أيضا عام 2017 في نفس المجلة العدد 04 المجلد 11.

تؤكد الدراسة على أهمية فهم أن الألم النفسي والمعاناة الجسدية مترابطتان بشكل وثيق، في سياق علم الأورام النفسي، الذي يقترح منظورًا عياديا يعتمد على المقاربة العلاجية بحركة العين وإزالة الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR)، حيث يتداخل حدث السرطان في تاريخ حياة المريض، EMDR هو مقاربة علاجية تسترشد بنموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP)، وبينت الدراسة حفاظ الصدمات المرتبطة بالسرطان على حلقة مفرغة بين الصحة النفسية والجسدية والهدف من علاج EMDR هو كسر هذه الدورة، كما تهدف الدراسة إلى إثبات وجود صلة بين الجوانب النفسية والجسدية للتجربة الإنسانية، وكيفية إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) مقارنة في السياقات العلاجية يمكن أن تكون فعالة مع مرضى السرطان، وبعد استعراض الدراسات التي توضح الآثار النفسية والاجتماعية للسرطان، افترضت الدراسة أن الصياغة والتكامل بين العواطف والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالذكريات المؤلمة، إذا أعيد معالجتها بـ EMDR، يمكن تحفيزها بكفاءة لإعادة تشكيلها وإعادة دمج عناصرها الأكثر إثارة للقلق، سواء المتعلقة بالمرض أو تجارب الحياة المؤلمة الماضية.

اعتماداً على مرحلة المرض وما يرتبط به التاريخ الشخصي المؤلم، يمكن أن يكون هناك اختلاف أهداف EMDR في علاج هؤلاء المرضى، كما هي موصوفة في بروتوكول EMDR المحدد لمرضى مع السرطان (فاريثا، 2014).

وأكدت الدراسة لأول مرة أن هناك علاقة واضحة بين تجارب الطفولة السلبية (ACEs) والسلوك والمخاطر الصحية في مرحلة البلوغ (وظهور أمراض كالسرطان وأمراض القلب والسكري...). توصف ACEs كنتيجة للأسرة المختلة، قادرة على خلق الصدمة لدى الطفل، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لها تأثير كبير على البيولوجيا العصبية في مرحلة الطفولة والنمو، مع عواقب محتملة مدى الحياة يمكن أن تتسبب الصدمة في استمرارها في تغيرات عصبية وهرمونية تعدل هيكلية ووظيفية كما لها ارتباط وثيق بنظرية التعلق لبولبي، وبينت الدراسة الحالية أن الهدف من علاج EMDR مع المرضى البالغين المصابين بالسرطان هو "الإصلاح الذكريات الجسدية القديمة"، وبالتالي كسر هذه الدورة، ووضحت اضطراب ما بعد الصدمة وفق DSM5 الذي لم يعد يتناول اضطراب ما بعد الصدمة كاضطراب القلق، بل تناوله في فصل جديد "الصدمة والضغط النفسي أو الاضطرابات ذات الصلة" كما حذرت الدراسة من تداخل الأعراض فقد يمكن الخلط بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والعواقب الثانوية المعقولة للمرض، فقد يتذكر الخوف من التكرار أعراض التطفل والآثار الجانبية للعلاج الكيميائي قد تحاكي أعراض فرط الإثارة...، وبينت الدراسة دور علاج EMDR للتجارب الجديدة، في علم النفس والأورام، كتشخيص السرطان كتدفق لا نهاية له لا واعي من المعلومات، ذات الصلة الحسية والمعرفية والعاطفية، ويتم تخزين المعلومات الجسدية في الذاكرة في شبكات للتطبيق المستقبلي التكيفي لتوجيه ردود فعل الشخص تجاه البيئة المحيطة، ويتدخل على هذه المنتجات غير المعالجة لأحداث الحياة الصادمة، وبعد عرض الدراسة لمختلف البحوث والدراسات بما فيها دراسة الباحثة عضو الدراسة الحالية (Faretta وآخرون، 2014)، على 18 مريضاً مختلطاً بالسرطان، بينت أنه بعد 12 جلسة من EMDR، توهين لأشكال مختلفة من المضاعفات النفسية الناشئة عن ما تم تسجيله عند تشخيص السرطان، خصوصاً المغفرة من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وانخفاض في مستويات القلق والاكتئاب وتصور الألم، وأكدت الدراسة على أن التدخل العيادي بـ EMDR في ما يبدو أن علم الأورام النفسي مضطر للتطور على مختلف مستويات العمل، المرتبطة بمختلف الأبعاد الزمنية لحياة المريض. يقدم نموذج AIP نظرية شاملة وعيادية لإطار خصب يوجه تفكيك الدوائر التي تغذي الاستجابات العاطفية المرضية وتديم مستويات عالية من المعاناة، على طول مع الضيق الجسدي والنفسي، ومن خلال البروتوكولات المصممة

خصيصاً لمرضى السرطان أو أمراض عضوية أخرى (Faretta، 2014، 2015) ثم من خلال استخدام البروتوكول للماضي والحاضر والمستقبل، يجعل من الممكن مساعدة المريض على التعامل مع الجانب المادي وبخصوص التوقيت غير المتوقع للمرض.

الدراسة السادسة: دراسة إيلسا فاريثا وتوماس بورساتو (2016) (Thomas Borsato & Elisa Faretta):

(جامعة ميلانو/إيطاليا)، تهدف الدراسة إلى وضع بروتوكول علاج EMDR لمرضى الأورام

(EMDR Therapy Protocol for Oncological Patients)

تهدف هذه الدراسة لوضع نموذج شامل يساعد على تحديد الذكريات المستهدفة الحاسمة للعلاج النفسي EMDR مع مرضى السرطان، بفحص كل مرحلة من مراحل علاج السرطان لتساعد في فهم العلاقة بين النفس والجسم، EMDR وكيف يمكن تصحيح الخلل، بشرح بروتوكول EMDR لمرضى السرطان خطوة بخطوة، بالتفصيل الإكلينيكي، من خلال تاريخ الحالة. فبعد دراسة Civilotti وآخرون (2014)، التي أثبتت تجريبياً على 18 مريضاً مصابين بالسرطان، بعد 12 جلسة من EMDR، أظهرت النتائج الأولية توهيناً من أشكال مختلفة من المضاعفات النفسية التي تنشأ نتيجة لتشخيص السرطان، خاصة، تم الإبلاغ عن مغفرة من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، انخفاض مستويات القلق والاكتئاب في تصور الألم، ودراسة عيادية تجريبية أخرى (جارو وآخرون، 2015) تهدف إلى تقييم الفعالية بروتوكول المعالجة الجمعي المتكامل (EMDR-IGTP)، خاص بالنساء من مختلف أنواع السرطان، على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ذات الصلة، أظهرت النتائج تحسناً كبيراً، سواء في المرحلة النشطة من السرطان وفي مرحلة المتابعة، بعد العلاج النفسي مع EMDR-IGTP. وصف البروتوكول EMDR طورت Faretta (2014) بروتوكول للمرضى الذين عرضهم الأساسي هو السرطان الذي يهدف إلى مساعدتهم على استئناف السيطرة الشخصية على الجوانب التي لا يمكن السيطرة عليها، وتوضح الدراسة الحالية خطوة بخطوة من خلال الحالة المثال ساندرا، 36 سنة. (استمر علاجها سنة ونصف لـ 63 جلسة)، تعاني من انتكاسة سرطان الثدي، لقد أظهرت إحساس منخفض بالفعالية الذاتية ومشاعر العجز، من ذوي الخبرة الأولى مع التشخيص الأصلي للسرطان.

كان ظهور سرطان ساندرا في عام 2010، تلاه بروتوكول الجراحة والعلاج الكيميائي المساعد، عندما جاءت للاستشارة عام 2013، تكرر سرطان الثدي، وعملية جراحية جديدة، وقد تم اقتراح العلاج

الكيميائي. أثناء التقييم، أعادت ساندرا تنشيط ذاكرة الطفولة، الصدمة: من سن 8 إلى 11 سنة، كانت متكررة، بإساءة معاملة من قبل جار، قام بإشراكها في نشاط الاستمنا المتبادل.

لورا طبيبة أسنان تبلغ من العمر 34 عامًا، تم تشخيصها بأن لديها سرطان الثدي بعد شهرين من الانفصال عن صديقها، طلبت الدعم النفسي بسبب أنها كانت خائفة للغاية من المحتمل استئصال الثدي الأيسر، تسبب مشاعر الهشاشة والعجز، جاءت لورا للاستشارة قبل شهر واحد من الجراحة، وأظهرت أعراض متعلقة بالضغط الحاد بعد أسبوعين من الجراحة، ذكرت لورا أنها شعرت بالهدوء والثقة. بكلماتها الخاصة، يوم الجراحة، مكنت من الحفاظ على عمق، هادئ داخلي، بتنفس بطيء وعميق، الهدف من تدخل EMDR في هذه المرحلة، كان لتعزيز عوامل الحماية وتعزيز شعور بالأمان لمواجهة جراحة الثدي بشكل أفضل. بعد الجراحة، حدث الصدمة الأخير، بروتوكول EMDR (يمكن أن يعزز إعادة معالجة الحدث، وتعزيز التكامل التكيفي لكل جانب مزعج محدد وتعزيز الموارد ومهارات التأقلم. هذا البروتوكول هو نسخة موسعة من EMDR القياسي. بروتوكول لأنه يعالج العناصر المنفصلة ذات الصلة لحدث من 2 إلى 3 شهور، قبل الذاكرة الحديثة للجراحة تضم عدة أهداف مزعجة تحتاج إلى معالجة منفصلة: ألم جسدي، ضعف، شعور بالضعف، وتصور التهديد (فاريتا، 2014؛ موراي، 2010). من المحتمل، أي تجربة صعبة قد يمثل الاستشفاء هدفًا مناسبًا لمعالجة EMDR.

جوزيبي، مباشرة بعد خضوعه لجراحة في الحلق وقبل أن يخرج من المستشفى، جوزيبي، 67 سنة، أصيب بنزيف وتم وضعه بشكل مكثف للعلاج لعدة أيام، بمجرد أن عاد إلى الجناح، أظهر بوضوح أعراض فرط الإثارة، الاجتماع الأول بعد 15 يومًا من الجراحة، السرد مع إدارة بروتوكول EMDR الخاص بالحدث المؤلم، عنوان النقاط المزعجة الرئيسية، خلال الجلسات، كان لدى جوزيبي عدة تفاعلات، مثل البكاء والمعاناة من الخوف، بعد أسبوع، استأنف جوزيبي نمط نموه الطبيعي وكان قادرًا على الاسترخاء، وأشار بالشعور بالثقة والراحة، شعر جوزيبي أفضل بكثير أنه اقترح ترتيب بعض الجلسات من أجل زوجته، بروتوكول EMDR بحضور زوجها الذي بعد أن أعاد توازن وظيفته، كان قادرًا على الخدمة كعامل وقائي.

سلوك تجنب لويزا، نحو علاج إضافي، كان على لويزا أن تواجه صعوبة خيار، مرضها (سرطان الثدي) الانتكاس، وهذه المرة، كان عليها أن تخضع العلاج الكيميائي مع ما يترتب على ذلك من تساقط الشعر، حتى في الوقت الحاضر، اختارت العلاجات التي فعلت ذلك ليس لديهم هذا النوع من الآثار الجانبية، قالت إنها ستكون قادرة على تحمل المزيد من الجراحة ولكن يمكن تقبل فقدان شعرها، خلال

الجلسات، تحدثت لويزا عن مرضها، الذي كانت دائما قوية تجاهه وموقف التحدي، تدريجيا ذكرى لها ظهر مرض الأم، كانت لويزا صغيرة جدًا في ذلك الوقت (10 سنوات)، وصفت والدتها بأنها امرأة قوية لم تشعر بالأسف على نفسها ولم يكن ذلك أبدا "عبئا على الأسرة".

يمكن أن تؤدي نهاية العلاج إلى إيقاظ الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم الأصلي (موراي، 2010). كل شخص يتفاعل بشكل مختلف في إعادة التكيف مع الحياة الطبيعية: هذا يعتمد على أسلوب التأقلم مع الفرد، والذي قد يتميز في الغالب بإبطال السلوك، ازدهار النمو الشخصي أو المخاوف، و الاجترار (Faretta، 2014). المرضى الذين يعانون من الممكن أن يساعد الألم العالق من خلال تطبيق بروتوكول "التحكم في الألم مع EMDR" (جرانت، 2012). نهاية العلاجات المعيارية والتكميلية، يمكن أن تثير مشاعر شديدة التباين، بما في ذلك النشوة والخوف وعدم اليقين والندم على نهاية الرعاية الروتينية، وفقدان الاتصال بالرعاية الصحية العاملين أو مع الناجين من السرطان، هذه اللحظة التي يكون فيها المرضى أكثر طلبًا للمساعدة العلاجية النفسية (موراي، 2010).

احتمال تكرار الإصابة بالسرطان، يمكن فهمه على أنه حدث صادم مع مخاطر عالية للاستجابة للضغوط. يمكن للمريض أن يشعر بأن الأشياء ميؤوس منها أو يعتقد ذلك، من الآن فصاعدا، سيكون السرطان مرضا مزمنًا (فاريتا، 2014؛ موراي، 2010). المرضى الذين لم يتوقعوا مثل هذا التكرار، وخاصة بعد الانتعاش على المدى الطويل، يمكن يشعر بالخيانة من مصير قاس، عرض ردود فعل الرفض والإنكار والغضب واليأس والعجز، وقد حتى رفض العلاج (فاريتا، 2014). كثير من المرضى يدركون أن التكيف مع التكرار أكثر إشكالية من التكيف مع التشخيص الأولي، ربما تظهر اضطراب نفسي أشد مع خطر أعلى للتأثير على العلاقات مع الشركاء وأفراد الأسرة (Faretta، 2014). يجب أن تكون إدارة EMDR بشكل كاف معايرة مع مراعاة شدة العلاجات الطبية، وتأثيرها على المريض طوال الوقت جميع المراحل. النظر في الجديد والصعب والظروف، تحتاج الموارد المثبتة سابقا ليتم تعديلها، وينبغي إضافة موارد جديدة، إذا كان ضروري (فوستر، 2001). الجانب الآخر، محزن للغاية، نحو المستقبل، نتيجة المرض هو الخوف من تكرار الإصابة بالسرطان، أي القول سيظهر أو يتقدم في نفس أو في آخر عضو.

الموت، في هذه المرحلة، وصفت العواطف في كوبلر روس يمكن إعادة تنشيط دورة الحزن (Kübler-Ross & Kessler، 2005). لتحديد ومعالجة احتياجات المريض، يجب أن يكون لدى المعالج معرفة فسيولوجية محددة وقضايا السلامة لتقليل الأعراض، وتخفيف الآلام، والتقليل يجب أن تدار

وتدمج في العملية العلاجية (Faretta، 2014). المريض يحتاج إلى إدراك المساعدة النشطة والمهنية الفعالة، الاهتمام والدعم والنظر أنه من المهم للمريض أن يعزز الشعور بالانتماء، وأن تكون محاطاً بـ "الآخرين" المهمين، بالإضافة إلى التواصل والتعبير عن الأفكار والمشاعر أثناء إعادة النظر في معنى الحياة (سيرفان شريبر، 2008).

إعادة تقييم الهوية، فالسرطان هو "عملية تغيير الهوية" (موراي، 2010). لتعزيز إعادة دمج الذات وإعادة تنظيم الحياة العملية/الاجتماعية، من المفيد لفهم أي نوع من "التحالف" للمريض مع مرضه، يجب على معالج EMDR تقييم "الإيجابية" المحتملة العواقب الكامنة في القضايا الحالية، على المعالج أيضاً أن يولي اهتماماً خاصاً للانشقاق التعديلات؛ العمل على الهوية يساعد المريض عدم التخلي عن مشاعر الضعف بل بالأحرى أن ننظر إليه كجزء من ثراء "الطفل الداخلي" الذي يدعي إعادة اندماجه في الداخل الأداء النفسي للبالغين (Faretta، 2014).

حالات أخرى إلى جانب المراحل النموذجية المذكورة سابقاً، موراي (2010) و Faretta (2014) يصفان أنواعاً إضافية من السرطان وعوامل الخطر التي يمكن أن تؤدي إلى ردود فعل سلبية، من بين هذه الأعراض المريبة الفحص التشخيصي، يجري على قوائم الانتظار، يجري مشوهة أو اليسار مع أجزاء الجسم المشوهة، تمر العلاج الكيميائي والتعب والعلاج الإشعاعي نهاية العلاج، لها دور اجتماعي وعائلي جديد وتعديلات/تغيرات في العلاقات، متابعة طبية، الألم وآثاره الجسدية واحتفالات الذكرى السنوية والأصدقاء، مغفرة أو فقدان الأصدقاء، وتكرار/تطور المرض،

مرحلة السرطان المتقدمة، ونهاية الحياة/الموت، للتحالف العلاجي، في هذا السياق من التدخل، من المهم جداً لتأسيس وضمان تحالف قوي وصبور. الثقة في البعد العلاجي، تعريف متبادل الأدوار، الغرض الرئيسي هو أن يستعيد المريض ذلك الشعور بالسيطرة فيجب على المعالج ضمان التوازن والتعاون عن طريق وضع نفسه أو نفسها في موقع الميسر والصديق باستخدام EMDR من العلائقية، المنظور لا يعني أن المعالج يجب أن تؤكد كثيراً أو يشارك بأي ثمن حدسه.

لقد أبرزت العديد من الدراسات البحثية علاقة قوية بين أحداث الحياة المعاكسة والعديد من الأعراض النفسية الفسيولوجية (F. Shapiro، 2014). ترسم هذه الدراسة اقتراحات أولية لتطبيق العلاج النفسي EMDR مع المرضى، طلبها الأساسي هو السرطان، الـ EMDR في التدخل العلاجي مع مرضى السرطان يهدف إلى استعادة التوازن العاطفي والجوانب العلائقية، تعزيز عوامل المرونة والسماح بتجارب مؤلمة تتعلق بالمرض ليتم معالجتها، هذا البروتوكول ليس له موانع فيما يتعلق بحدوث التعايش

المحتمل لاضطرابات النفسية طالما العلاج بالـ EMDR أثبتت فعاليته في مختلف الأبعاد النفسية، في غضون ذلك، من المهم التأكيد أن تشخيص السرطان لا يتضمن تلقائيًا الصدمة: وفقا لنموذج AIP والتشخيص والدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5؛ "اضطراب ما بعد الصدمة"، "ميزات التشخيص")، علاج الحياة لا يعتبر المرض ضروريا حدث لأن الصدمة تنشأ من تركيبة عوامل موضوعية وذاتية، إذا كان السرطان " شرط ضروري ولكن ليس كافيا "لتجربة الصدمة، ثم بروتوكول EMDR لمرضى السرطان يشار فقط لأولئك الذين يتطورون بشكل فعال اضطراب ما بعد الصدمة أو "متلازمة"، يساعد توحيد أدوات التقييم على توفير الوزن المحدد لكل عامل أو مجموعات من العوامل - المشاركة في التأثير النفسي في التشخيص.

تظهر هذه الدراسة أن EMDR للمرضى مع السرطان يمكن استخدامه كعلاج فعال، وبروتوكول في تقديم الدعم للمرضى، العائلات ومقدمي الرعاية المهنية، كما أنه يتوسع مجال تطبيق EMDR ليشمل علاج الصدمة المرتبطة بالسرطان لأنه يوضح فعالية في "إزالة التحسس وإعادة المعالجة" هذا للغاية حدث محدد وربما صادم.

الدراسة السابعة: دراسة كاتي موراي (Katy Murray) (2016):

دراسة نظرية مشفوعة بحالات شواهد عملية، وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن موارد العلاج النفسي EMDR للنساء المصابات بسرطان الثدي لاستخدامها في التدخلات التي تتوافق مع أهداف السلوك الحيوي، فقد سعى علم الأورام إلى بذل جهود أكبر لمساعدة مرضى السرطان للتأقلم أثناء العلاج وتحسين نوعية الحياة بعد العلاج، على اعتبار أن ضائقة السرطان، "العلامة الحيوية السادسة" في رعاية مرضى السرطان والممارسة العيادية والمبادئ التوجيهية لفحص الاستغاثة وإدارتها، وهو ما تم نشره عن علم الأورام (National Compensive شبكة السرطان [NCCN، 2010])، على أساس وجود أدلة تفيد وتؤكد على أن الاستجابات والتكيف لهما تأثير على عمليات تعزيز نمو الورم كالالتهابات مثلا، وعمليات الدفاع عن الورم كانهضاض المناعة...، تأثير مباشر على مسار المرض والبقاء على قيد الحياة، وبناء على ما توصل إليه جلاسر (1994) أن التشخيص وعلاج السرطان يزيد من التوتر الذي يمكن أن يكون عكسياً ولا يؤثر فقط على جودة الحياة ولكن أيضاً على الصحة والسلوك والامتثال للعلاج، وما توصل إليه أيضا أندرسن ونموذجه للسلوك الحيوي و الإجهاد السرطاني ويتنبأ مسار المرض فالإجهاد والسلوكيات الصحية يمكن أن تؤثر بشكل مباشر على المناعة من خلال الغدد الصماء العصبية، وتعصيب الجهاز العصبي المركزي، بينما الامتثال لعلاج السرطان والسلوكيات الصحية تؤثر على

عمليات المرض، كما يتنبأ النموذج أيضًا بأن المناعة ستؤثر عمليات المرض على بعضها البعض وستؤثر في النهاية على المرض (أندرسن وآخرون، 1994). وجدت الأبحاث أن التوتر قد ينخفض السلوكيات الصحية الإيجابية (التمارين المنتظمة، جودة النوم، الأكل الصحي) بينما يؤدي إلى زيادة في السلوكيات الصحية السلبية (التدخين، تعاطي الكحول، الأكل القهري؛ شولر وأتكينسون وفيليب، 2015)، وإن ازدياد السلوكيات الإيجابية وتقليل السلوكيات السلبية قد يزيد من المناعة مع تحسين جودة الحياة والمزاج (شولر وآخرون، 2015)، وأيضاً نموذج التهديد الجسدي الدائم (إدموندسون، 2014) الذي يتكهن بأن اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان، قد يتجلى في أعراض الإجهاد وعدم الالتزام بالعلاج الطبي والتوصيات الصحية، وإن النساء اللواتي تتعامل من خلال فك الارتباط- التجنب والتجاهل، أو الانسحاب من الضغوطات العاطفية العواقب - صحة بدنية ونفسية أضعف رفاهية من أولئك الذين يستخدمون أكثر انخراطاً لأساليب المواجهة (Kvillemo & Bränström، 2014)، وتبين أن المريضات بالسرطان لديهن مشاعر اليأس والعجز 160% من السرطانات القاتلة بعد 6 سنوات من تلك التي لديها أدنى مستوى من العجز (إيفرسون وآخرون، 1996) واللائي يكملن العلاج والمتابعة بشكل كبير لديهن معدلات أقل من التكرار أو الوفاة من أولئك الذين يفعلون ذلك (هيرشمان وآخرون، 2011)، ومع ذلك فإن معدلات العلاج تختلف بحسب الامتثال من أكثر من 90% إلى 37% (لي وآخرون، 2000)، وإن تدخلات الدعم النفسي الحالية في سرطان الثدي، الغرض من تدخلات الدعم النفسي في سرطان الثدي هو لتعزيز الوعي والتعليم، وتقديم الدعم العاطفي والاجتماعي، والمساعدة على حل المشكلات وتحسين إدارة الإجهاد، لزيادة التأقلم أثناء وبعد السرطان النشط والعلاج (جاسم، وبتفورد، هيكلي، وكارتر، 2015).

كما تضيف تدخلات العلاج السلوكي مشكلة حل ومعالجة وتعلم مهارات التأقلم المحددة، وتحدي الإدراك، وكانت معظم الدراسات جماعية التدخلات، معظمهم لم يستهدفوا الإجهاد الناجم عن الصدمة، والأعراض عند النساء المصابات بالضيق الشديد مع سرطان الثدي، ولم تشمل التدخلات القائمة على الأدلة لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) (جاسم وآخرون، 2015؛ نينوفا وآخرون، 2013)، وفي مراجعة لتجارب معشاة ذات شواهد لتدخلات العلاج المعرفي السلوكي من أجل علاج أعراض الإجهاد الناجم عن السرطان، ذكرت دراسات قليلة أي تغيير في تطفل الأعراض، ولم يبلغ أي منها عن تأثير إيجابي على أعراض الإبطال (Nenova et al.، 2013)، وقد كان للتدخلات النفسية تأثير إيجابي على العمليات البيولوجية الخاصة بالسرطان، لكن لا تظهر جميع التدخلات آثاراً إيجابية (Lutgendorf

Andersen &، 2015)، ومن خلال نموذج شابيرو في تفسير عمل EMDR لمعالجة التكيفية للمعلومات TAI، الذي يتوافق مع تشخيص وعلاج سرطان الثدي، على الرغم من أن الفحوصات الطبية قد لا تظهر الآن أي علامات كالخوف، القلق، الأفكار، الأحاسيس، لكن تبقى التصورات المشفرة في ذاكرة غير معالجة هي أساس الضيق الذي تسببه الخبرات الحالية، وقوة العلاج الـ EMDR تكمن في إعادة المعالجة من الذكريات التي تساهم في حياة العميل، الضائقة، دمج المهارات اللازمة للحالية، قد يكون التأقلم والتعلم التكيفي ضروريين لنجاح إعادة معالجة EMDR واستقرار العميل، وبدون مثل هذه التجارب الإيجابية أو الأمثلة المضادة، لن تكون هناك تجربة تكيفية للذاكرة المستهدفة للارتباط بها، ولن تتقدم المعالجة، وهذا هو محور علاج الـ EMDR، في المرحلة الثانية، حيث الموارد تعد التدخلات العميل لإعادة المعالجة، في شكل تصور مكان هادئ أو آمن، وإنشاء علاقة علاجية تضمن القدرة على ذلك، وأثناء المعالجة يتم تسهيل الوعي المزدوج وتحديد الدعم الخارجي المناسب، وكانت الأنشطة الإيجابية هي الموارد الأولى المشار إليها في التطور المبكر لعلاج الـ EMDR (شابيرو، 2001)، وفي وقت لاحق تم تطوير بروتوكول تطوير وتثبيت الموارد (DIR) من طرف (ليدز، 2009) وتقنيات التخيل الأخرى أو تنمية المهارات، غالبًا ما يتم دمجها مع التحفيز الثنائي المتناوب (SBA) (شابيرو، 2007)، وأصبح عند الحاجة، قد يتم تجنيد تدخلات الموارد: صور، قصص، استعارة، تمارين مركزة جسديًا، أسئلة سقراطية، تجارب سلوكية، تعليمات رسمية وممارسة لمساعدة المرضى على الوصول إلى الموارد الموجودة وتطوير مهارات جديدة لزيادة الأداء الحالي والقدرة على التحمل وتنظيم العواطف القوية والشعور العام بها وضبط النفس (كورن، 2009). عدة طرق غير الـ EMDR تضمن أو التأكيد على بناء المهارات وامتلاكها وأظهر نتائج إيجابية عند تعرضه للبحث الخاضع للرقابة (ليدز، 2009)، ولهذا ظهر بروتوكول DIR وبروتوكول ذروة أو أحسن أداء لفوستر وليندل (1996)، كما تم تلخيص استخدام الموارد التدخلات في علاج الـ EMDR لاضطراب ما بعد الصدمة المعقد، فقد سرد ليدز (2009) مجموعة واسعة من الموارد التي يمكن التركيز عليها، بما في ذلك مهارات الاسترخاء واليقظة ومهارات أخرى للحد من الإجهاد/الإدارة، التمرين والتغذية والحزم والتواصل والتدريب على المهارات والرعاية الذاتية، مصادر إضافية المستخدمة في العلاج النفسي المدرجة من قبل ليدز تشمل التأمل، الصلاة والممارسات/المعتقدات الروحية؛ مهارات المعيشة اليومية مهارات التمكين؛ أنشطة إبداعية، بما في ذلك الفن والحركة والموسيقى والصحافة؛ وطرق تحسين القدرات الذاتية، بما في ذلك التنظيم الذاتي ومهارات الارتجاع البيولوجي والارتجاع العصبي، البروفيل العقلي والتحالف العلاجي، كما تأثرت شابيرو بمجال حديث ناشئ هو علم

المناعة النفسية العصبية لتضع بروتوكول EMDR الخاص بها للمرض/القضايا الجسدية (شابيرو، 2001)، يتضمن تدخلات محددة، متعلقة بالمرض والصحة واستخدامات بروتوكول EMDR القياسي ثلاثي الشعب: إعادة المعالجة، الذكريات الماضية التي ساهمت في الاضطراب، إعادة معالجة المواقف الحالية التي لا تزال تمثل تحديًا، وتطور المستقبل، فعند علاج عميل بمرض يهدد حياته مثل السرطان بحسب شابيرو (2001) يؤكد على أهمية وضع خطة لمعالجة أي مخاوف أو مشاكل تتطلب اتخاذ إجراء قبل إعادة معالجة صدمة الأحداث، التدخلات التي تركز على الموارد أنها يقترح تشمل (أ) التربية النفسية، (ب) حل المشكلة، (ج) تقنيات إدارة الأعراض، و(د) التدريب على الاسترخاء أو موارد المواجهة الأخرى. تقترح شابيرو أيضًا (هـ) تشجيع العملاء على الوصول إلى الموارد الخارجية مثل العلاج الجماعي الداعم و(و) الترويج لخطة رعاية ذاتية قد تشمل استخدام مناهج الرعاية الصحية التكميلية، مثل التدليك أو التغذية، تدخل آخر يتضمن (ز) الصور الموجهة التي تركز على الشفاء لتحفيزها لجهاز المناعة وتعبئة الموارد لدعم العلاج، وهو متوافق مع السلوك الحيوي لنموذج لدورة الإجهاد السرطاني والمرض، وللـ EMDR استراتيجيات لتوفير الموارد لمرضى سرطان الثدي، بسؤال المريض أن يولد ثم يركز على الإيجابية، الخبرة أو المهارة أو القدرة أثناء الانخراط في مجموعات من SBA (بشكل عام أقل وأبطأ) للسماح بالتعمق للارتباطات الإيجابية، ويمكن استخدام الموارد لتحقيق الاستقرار أو تعزيز الذات أو المقارنة القائمة على المهارات، فبمجرد أن تكون المرأة قادرة على التعلم ولديها تجربة إيجابية (عقلية أو جسمية) بطلب المساعدة بشكل فعال في بيئة اجتماعية أو طبية، يمكن للمعالج دعوة العميل للتركيز على التجربة، من خلال الوصول إلى حسها الإيجابي، الصفات العاطفية والعقلية، وإضافة مجموعات قليلة (أربعة إلى ثمانية) من BLS (SBA)، لتعزيز المهارات وتشجيع المزيد من التعميم للمورد.

في البروفة المستقبلية، يتخيل العميل استخدام المورد أو المهارة أو القدرة أثناء مواجهة التحدي المتوقع، مما يؤدي إلى إحساس أكبر من التمكن والثقة في المورد، كما يمكن استخدام الصور الموجهة لتساعد في تعليم الاسترخاء، وتخفيف الأعراض الجسدية، وتحفيز استجابات الشفاء في الجسم، وزيادة تحمل علاجات السرطان (روسمان، 2003)، ولتحقيق أقصى قدر من الفعالية في الصور الموجهة، يجب أن يستخدم المعالج لغة لا تتضمن فقط الصور المرئية ولكن أيضًا الأصوات والروائح والأحاسيس، الحوار والمحتوى العاطفي من خلال دعوة العميل للسماح بما يراه، ما يشعر به، يسمعه، أدواقه، أحاسيسه، أو الخبرات لتتطور بشكل طبيعي في الخيال، ويجب أن تكون الصور تفاعلية وديناميكية بدلا من كتابتها بشكل صارم، من خلال دعوة العميل للصور بدلاً من توجيهه في تجربة محددة مسبقًا، ويتم

الوصول إلى الصور والموارد الداخلية الخاصة بالعمل لتلبية تحدي محدد، ويمكنه من إجراء تعديلات للصور لتناسب احتياجاته على أفضل وجه.

الدراسة، مشفوعة بأمثلة وحالات، كحالة (جيمي) وتصور مكان آمن تفاعلي للتأقلم قبل تشخيص إصابتها بالسرطان، مكان آمن يوفر الراحة ليس فقط من مخاوفها ولكن أيضًا من الآثار الجسدية للسرطان (مكان صغير مشمس على حافة غابة للبحث عن فترات وجيزة من الراحة من الخوف والألم، الغثيان والبكاء المرهق، كمثير للشفقة...)، ومثال عن توفير الموارد من خلال التثقيف النفسي الذي هو مفيد عند الضيق، ناتج عن الشعور بالارتباك حول معلومات السرطان وخيارات العلاج والمخاطر، التكهن وكيفية معالجة المعلومات بمساعدة الأحبة (غالواي وآخرون، 2012)، فبينما علم الأورام متخصص ويوفر المعلومات حول سرطان محدد وخصائص الورم والأورام وخيارات العلاج، يمكن للمعالج أن يساعد المرأة على دمج المعلومات، والتدخلات النفسية التربوية التي تعد النساء لمواعيد الاستشارة مع أطبائهم، بما في ذلك تحديد الأسئلة والمخاوف، وإنشاء جدول أعمال مطبوع، والتدريب على المهارات لتحسين التواصل مع أطبائهم (سيبوتشا، بيلكورا، Mutchnick، & Esserman، 2002)، وحالة (ماري) التي تم تشخيص سرطان الثدي لديها ويراد المساعدة على "الحفاظ على تماسكها"، فهم المعلومات الطبية المعقدة، أعطيت ماري دليل Livestrong، بلانر آند جورنال (أرمسترونج، 2009) - مكونان من مجلدين، المجموعة التي تساعد الناجين على التعرف على مرض السرطان لديهم والعلاجات، والعثور على الرعاية الطبية والموارد وخدمات الدعم؛ تعلم كيفية الاستعداد للمواعيد وماذا تسأل الأطباء، اتخاذ قرارات الحياة والصحة؛ تعرف على القضايا المالية والتأمينية؛ والحفاظ على تتبع رحلاتهم مع السرطان، فوجدت ماري أنها مفيدة كرفيق ومرجع، قد يشمل التثقيف النفسي أيضًا مساعدة العميل على فهم التفاعل بين السرطان والتوتر والسلوكيات وكيفية إدارة الضغط ومهارات التأقلم، الدعم الاجتماعي، حل المشكلات، السرطان، الالتزام بالعلاج، والتمارين الرياضية، والتغذية، وتحسينها، يمكن أن تؤثر العادات الصحية بشكل إيجابي ليس فقط نوعية حياتها ومزاجها ومخاوفها من التكرار، ولكن أيضًا دورة الصحة العامة والمرض، كما وجدت كتاب Dr. Servan-Schreiber Anticancer: A New Life. David، 2009 ملهما وغنيا بالمعلومات وموردا يوفر معلومات مفيدة متسقة مع أهداف سلوكية حيوية، بما في ذلك علاج الـ EMDR لمعالجة مشاعر اليأس والعجز ويساهم في العمليات البيولوجية المشاركة في نمو الورم.

خلصت هذه الدراسة إلى أنه تماشياً مع أهداف السلوك الحيوي، فموارد الـ EMDR للنساء المصابات بسرطان الثدي قد يدعم التأقلم، جودة الحياة، السلوكيات الصحية، الامتثال للعلاج، وعمليات الجسم الطبيعية المضادة للسرطان، وقدمت الدراسة مجموعة من التدخلات التي تركز على الموارد EMDR، قد يستخدم المعالج أثناء علاج السرطان النشط وقد يتم أيضاً استخدام بعض نفس الموارد للاستعداد المرأة لمراحل إعادة المعالجة من العلاج EMDR، وقد يكون الكثير مفيداً لفترة طويلة بعد السرطان، والعلاج قد مضى، وفي عمل صاحب هذه الدراسة مع النساء الموصوفات في دراسته، بروتوكول شابيرو (2001) EMDR للأمراض والاضطرابات الجسدية ونموذج AIP يوجهان الاستخدام من موارد الـ EMDR أثناء علاج السرطان النشط، وتناول علاج المخاوف والتحديات الواقعية التي تواجه النساء، وتدخلات الموارد هي كموازنة لمطالب متعلقة بالسرطان، والخبرة. وجاء أكبر قدر من الراحة من المعالجة الشاملة الـ EMDR للتجارب والمحفزات والمخاوف المستقبلية المتعلقة بالسرطان وتركيب قوالب مستقبلية إيجابية، ولا يمكن أن تكون أفرط في التشديد على وجوب تدخلات توفير الموارد، لا تؤخر دون داع مراحل إعادة المعالجة من انه يجب أن يكون علاج الـ EMDR مصمماً حسب احتياجات العميل الخاصة، ولا يوجد مقياس واحد يناسب الجميع في السرعة من علاج الـ EMDR، ويعتقد الباحث أن أبقراط أن الجسد يحتوي على فطريات القدرة على إعادة التوازن وشفاء نفسها. لعلاج الإصابة أو المرض، ركزت علاجاته على التخفيف ببساطة على هذه العملية الطبيعية للشفاء الذاتي، فالمقاربة العلاجية كان تعتمد على "قوة الشفاء من الطبيعة" (في مقابل ميديكاتريكس ناتورا باللاتينية)، ضروري لعمليات إعادة التوازن والشفاء الذاتي هي نمو جديد للخلايا وموت الخلايا القديمة: عملية واضحة، خارج التوازن داخل جهاز المناعة أثناء تطور وتطور سرطان الثدي. كلاهما يلعب الجسد والعقل دوراً في هذا التوازن، مثل الإجهاد، يمكن أن تؤثر الاستجابات والتكيف على نمو الورم وعمليات الدفاع عن الورم.

الدراسة الثامنة: دراسة إيلسا فريتا، توماس بورساتو، كريستينا سيفيلوتي، غيزابيل فرناندس وماركو باغاني (2016): (إيطاليا)

Isabel Fernandez ،Cristina Civilotti ،Thomas Borsato ،Elisa Faretta)

(Marco Pagani

دراسة عيادية تهدف إلى مقارنة تأثير العلاج بحركات العين EMDR و العلاج المعرفي السلوكي

CBT على مرضى الأورام السرطانية

EMDR and CBT: A Comparative Clinical Study With Oncological Patients

أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم فعالية مقارنة العلاج بحركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة (EMDR) مقارنة بتدخل العلاج السلوكي المعرفي الذي لا يركز على الصدمة. كان هناك 11 رجلاً و46 مشاركة، مع تشخيص سرطان مختلط، تلقى 31 فردا العلاج EMDR، و 26 فردا تلقى العلاج السلوكي المعرفي لمدة 12 جلسة مدة كل منها 60 دقيقة، قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90-R) (90-R)، قياس COPE، ودافسون لقياس الصدمة (DTS) كانت تدار في ثلاث مرات مختلفة T0 من قبل تدخل تحكيمي T1 بعد الدورة السادسة؛ و T2 بعد الدورة الثانية عشرة؛ حالة أداء كارنوفسكي، تدار في T0 فقط. في مجموعة EMDR، تم الإبلاغ عن تحسن كبير لما يلي 11 من 17 متغيراً تابعاً: المقاييس الفرعية لـ COPE واستراتيجيات التجنب والمواقف الإيجابية؛ الثلاثة جميعاً DTS الفرعية، التسلسل، التجنب، والفرط، و6 مقاييس فرعية SCL-90-R. في مجموعة CBT، تم الإبلاغ عن تحسن كبير لـ 4 التالية من 17 متغيرات تابعة: المقاييس الفرعية COPE، الموقف الإيجابي والتوجه المتسامي؛ اثنان من DTS الفرعية، التطفل، والتجنب، مع عدم وجود تحسن على أي من المقاييس الفرعية-SCL-90-R. تظهر هذه الدراسة المبتكرة قيمة التركيز على الصدمة، وعلاج مرضى السرطان ويسمح باقتراحات أولية مهمة حول فائدة تطبيق علاج EMDR في بيئة الأورام، على الرغم من الحاجة إلى مزيد من البحث في هذا السياق.

الدراسة تمت على مصابين بسرطانات مختلفة في مراكز متعددة في سبع عيادات أو مستشفيات. (سرطان الثدي، المبيض، اللوزتين، الغدة الدرقية، الفم، الرئة، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي التناسلي، العظام...)، بمعايير: (أ) سن 20-75 سنة، (ب) جيدة فهم الإيطالية، و (ج) كونها نشطة مرحلة العلاج أو في مرحلة المتابعة لمدة لا أكثر من 30 يوماً. كانت معايير الاستبعاد (أ) حالة أداء Karnofsky 50٪، (ب) في مرحلة نهائية من المرض، و (ج) وجود إعاقة اضطراب نفسي.

تم علاج واحد وثلاثين من الحالات بعلاج EMDR و 26 مع CBT. متوسط عمر EMDR كانت المجموعة 51.45 (SD 11.555)، بينما في CBT المجموعة، كان 53.28 (SD 11.023). EMDR وكانت مجموعات CBT قابلة للمقارنة من حيث العمر والجنس جميع الأشخاص كان لديهم تشخيص يقع ضمنه اضطرابات القلق و/أو الاكتئاب اضطرابات الطيف حسب معايير DSM-IV-TR (APA، 2000)، وقد تم النظر فيه مناسب للعلاج النفسي لفترة وجيزة خارج وحدات الأورام في كل مستشفى. التعيين لـ EMDR أو العلاج CBT تم تحديده حسب الموقع (المستشفى الذي يعمل فيه

المعالج)، وهذا هو السبب في أن الانقسام في المجموعتين لم يفعل اتباع معايير التوزيع العشوائي. جميع المرضى 57 وافق على المشاركة في الدراسة.

تم تقسيم إجراء الدراسة إلى ثلاث مراحل: (أ) المرحلة الأولية: تقييم أولي أجراه معالج نفسي أو طبيب أورام نفسي حسب تشخيص DSM-IV-TR وشرح الدراسة إذا وافق المريض، الموافقة المسبقة وقد تم جمع؛ (ب) مرحلة العلاج: 12 EMDR / CBT الجلسات؛ (ج) مرحلة التقاسم واستخلاص المعلومات. كل عرض على المرضى اجتماع لمناقشة النتائج التي حصلوا عليها وأي مشاعر واجهوها خلال جلسات العلاج.

كانت تدار التدابير في ثلاثة مختلفة الأوقات: T0، قبل التدخل؛ T1، بعد السادس جلسة؛ و T2، بعد الدورة الثانية عشرة. الأتي كانت تدار الاستبيانات: Karnofsky حالة الأداء (مرحلة التقييم فقط) قائمة مراجعة الأعراض -SCL-90-R-90 (T0، T1، T2)، مقياس COPE (T0، T1، T2)، التصنيف العددي مقياس (T0، T2)، ومقياس ديفيدسون للصدمات (DTS؛ T0، T1، T2). مقياس حالة أداء كارنوفسكي (كارنوفسكي) وبورشينال، 1949). هذا مقياس للتقييم العادي، وضعت لتقييم مستوى التكيف الوظيفي للمرض لتحديد الغرض من العلاج وتحديد خطة العلاج.

تم إجراء جلسات العلاج النفسي من قبل خبير المعالجين النفسيين (6-15 سنة خبرة مع CBT و/أو علاج EMDR) وفقاً لكل منهما النماذج النظرية وتتألف من 12 جلسة، 60 دقيقة.

تم إجراء التحليلات باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics 21. غير معلمية، تم استخدام الإجراءات بسبب الانتهاك من الافتراض الطبيعي: من البيانات التي تم جمعها في الدراسة، لم يكن من الممكن افتراض أن النتيجة تم توزيعه بشكل طبيعي تقريباً. تحليل تجانس العينة الكلية، فيما يتعلق بالمتغيرات الاجتماعية الديموغرافية تم إجراؤه باختبار مان - ويتني يو (العمر) واختبار فيشر الدقيق (الجنس). تحليل التجانس بين المجموعتين في T0 فيما يتعلق إلى المتغيرات التابعة التحقيق (مقياس COPE، تم تنفيذ DTS، SCL-90-R) مع اختبار مان - ويتني يو. هاتين الخطوتين الأولى تجعل من الممكن استخلاص بعض الاستنتاجات الأولية لفعالية العلاج دون تضمينها أي اختلافات في المتغيرات العيادية الاثنتين من المجموعات في الأساس. تحليل الاختلافات داخل المجموعات على مدى تم إجراء بعض الوقت مع اختبار فريدمان لغير المعلمات مقارنات متكررة. المنشور تحليلات خاصة (مقارنات كولموجوروف-سميرنوف الزوجية) تم إجراؤها عند اختبار فريدمان إرجاع قيم p هامة. دراسة الفروق بين المجموعات. تم تنفيذ (تأثير العلاج) في T2 على التفاضلية، عشرات باستخدام اختبار مان

- ويتني يو. هذه الخطوة، تم التخطيط لتحديد ما إذا كانت التغييرات بين مجموعات T0 و T2 (EMDR و CBT) نفس الشيء أو ما إذا كان اختلافهم من حيث الفعالية كانت ذات دلالة إحصائية. الدرجات التفاضلية للمجموعتين تم احتسابها على أنها الفرق بين درجات متوسط الاختبار البعدي (T2) والدرجة المتوسطة للاختبار المسبق (T0). فرق إيجابي أشار إلى أن النتيجة في الاختبار البعدي كانت أكبر من الاختبار الأولي والعكس صحيح (Presaghi, 2007). اختيار استخدام العلامات المتوسطة بدلاً من المتوسط.

ولفعالية EMDR مقابل العلاج السلوكي المعرفي، تم حساب الدرجات التفاضلية للمجموعتين، كما الفرق بين متوسطات درجات الاختبار البعدي (T2) والعلامات الوسيطة للاختبار المسبق (T0). تحليل الفروق بين الوسيط تم إجراء درجات التفاضل مع اختبار مان- ويتني يو لدرجات قيمة p كبيرة في استراتيجيات التجنب والمواقف الفرعية المواقف الإيجابية لل COPE لصالح EMDR مهمة وإيجابية كما تم العثور على اختلاف لصالح EMDR بين المجموعتين في جميع المقاييس الفرعية الثلاثة من DTS: التجنب و Hyperarousal بقيمة p.01 والتطفل بقيمة p.005 على SCL-90-R، الجسد، الوسواس القهري، يظهر الاكتئاب والقلق بشكل خاص. فرق كبير، يليه رهاب القلق والذهانية، المقاييس الفرعية، في حين أن الفرق بين المجموعتين هو ذات دلالة إحصائية، يمكن استنتاج ذلك فيما يتعلق إلى المتغيرات في عينتنا، التدخل استناداً إلى العلاج الذي يركز على الصدمات EMDR كان أكثر فعالية من CBTs. بالنظر إلى الطبيعة الاستكشافية للفرضية، يمكن استنتاج أن كلا المقارنتين بروتوكول قائم على علاج EMDR، تتكيف مع الأورام السياق، و CBT - قدم نتائج مرضية لدى مرضى السرطان، أظهرت EMDR فعالية في الحد من الأعراض النفسية في الجلسات الست الأولى (T1). هذه نقطة حاسمة في محيط المستشفى وبشكل عام في علم النفس الصحي لأن الوقت هو غالباً ما تكون محدودة وتتميز بإيقاع العلاجات، العمل من أجل الأهداف ضمن تعريف مؤقت يعزز الإطار التنشيط الشخصي للموارد وتمكن المريض، مما يؤدي إلى قريب زيادة جودة الحياة على المدى القصير.

تحليل المقارنة التفاضلية تشير النتائج إلى أن 11 من أصل 17 معال.

من المهم أن نلاحظ أنه في هذه الدراسة، CBT يتم توفير العلاج، والتدخل العلاجي ل EMDR لدى مرضى السرطان يهدف إلى استعادة التوازن العاطفي والجوانب العلاقية، وتعزيز عوامل المرونة، وتسمح بالتجارب المؤلمة المتعلقة بمعالجة المرض. تسمح لنا هذه الدراسة برسم بعض الاستنتاجات الأولية حول تطبيق بروتوكول EMDR وتقييم فعاليته، بالمقارنة مع العلاج السلوكي المعرفي الداعم.

مزيد من التطوير EMDR في إعداد علم الأورام يتطلب إنتاج أكبر من البحث، ملاحظة قدرة هذه المقاربة على الاندماج بشكل مناسب مع قصة السرطان في قصة حياة الشخص.

الدراسة التاسعة: دراسة سارة كارليتو وماركو باغاني (2016):

تهدف إلى دراسة التأثير العصبي البيولوجي لـ EMDR في السرطان (Marco، Sara Carletto، Pagani) (إيطاليا) Neurobiological Impact of EMDR in Cancer

نشرت الدراسة باللغة الإيطالية عام 2017 في العدد 3 من المجلد 11 لمجلة EMDR البحث والتطبيق، الهدف من هذه الدراسة هو مراجعة الأدبيات الحالية لعلم الأعصاب من اضطراب ما بعد الصدمة في علم الأورام، مع التركيز على مقارنة نتائج الدراسات البيولوجية العصبية على اضطراب ما بعد الصدمة في غير الأورام، أدى المرضى والعلاجات فعالة لمثل هذا الاضطراب. هياكل الدماغ له دور في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة في علم النفس الأورام، وعلى وجه الخصوص، في الأعراض التدخلية، يبدو أن نفس المشاركة في اضطراب ما بعد الصدمة في غير الأورام. قد تكون لهذه النتائج آثار مهمة أيضًا على المستوى العيادي، مما يشير إلى أن العلاجات النفسية التي وجدت لتكون فعالة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى أفراد مختلفين، يتم تقديمها أيضًا للمرضى الذين يعانون من أعراض ما بعد الصدمة الناجمة عن السرطان. هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتعميق معرفتنا حول علم الأحياء العصبي و PTSD المرتبط بالسرطان وعلاجه، بهدف نقل النتائج في الممارسة العيادية.

بفضل تطوير تقنيات التصوير العصبي مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، المغناطيسية الوظيفية التصوير بالرنين (fMRI)، انبعاث البوزيترون بالتصوير المقطعي (PET) وانبعاث الفوتون الأحادي بالتصوير المقطعي (SPECT) تحديد مناطق الدماغ والدوائر المعنية بالفيزيولوجيا المرضية لاضطراب ما بعد الصدمة. اللوزة، قشرة الفص الجبهي الإنسي (mPFC)، والحصين هي مناطق الدماغ في المقام الأول يبدو أنها متورطة بشكل مرضي في اضطراب ما بعد الصدمة (مارتين، ريسلر، بيندر، ونمروف، 2010؛ شين، راوخ، وبيتمان، 2006؛ Wager، Lindquist، Kaplan، &، 2007؛ يهودا وليدو، 2007). علاج EMDR هو علاج معالجة المعلومات يركز على تفصيل الصدمة، منفصل من خصائص علاج EMDR هو استخدام التناوب التحفيز الثنائي (حركات العين، اللمس،...) يبدو أنه ينتج تأثيرًا فسيولوجيًا يعزز المعالجة المعجلة لخلل وظيفي المعلومات المخزنة المتعلقة بالحدث الصادم. الدراسات التي استخدمت SPECT لمقارنة تنشيط الدماغ قبل وبعد علاج EMDR أظهر ذلك حدثت تغييرات كبيرة في تدفق الدم بشكل رئيسي في مناطق الحوض وفي PFC. وقد درست دراسات التصوير

بالرنين المغناطيسي حجم الحصين المرضى الذين عولجوا بـ EMDR (بوسيني وآخرون، 2012) تظهر زيادة حجم الحصين بالتعاون مع تحسن أعراض ما بعد الصدمة. أظهر نارديو وزملاؤه (2010) أيضاً التصوير بالرنين المغناطيسي أن المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج EMDR أظهر، قبل جلسات العلاج، انخفاضاً في كثافة المادة الرمادية في مختلف المناطق الخوفية (الخلفية الحزامية والقشرة المجاورة للحصين والجزري القشرة). تم تقييم علاج EMDR أيضاً باستخدام EEG (Harper، Rasolkhani، Kalhorn، Drozd، &، 2009؛ لامبريشت وآخرون، 2004؛ Propper and Christman، 2008؛ Propper و Pierce و Geisler و Christman و Bellorado، 2007). لامبريشت والمتعاونين (2004) يحققون آثار الإمكانات المتعلقة بالحدث الصادم قبل وبعد جلسة علاج EMDR المقترحة أن التحسينات العيادية قد تكون مرتبطة بالتغيرات في معالجة المعلومات المرتبطة بالتخفيض من التوجهات الجديدة المحفزة ومستويات أقل من الإثارة بعد العلاج. المناسبة والزملاء (Propper & Christman، 2008؛ Propper et al.، 2007) فحص آثار حركات العين على البطين والتماسك ووجدتهم لتسهيل ذاكرة عرضية وتؤدي إلى انخفاض في نصف الكرة المخية، التماسك في PFC الأمامي. هذا يمكن أن يؤدي إلى ترسيخ الذاكرة المؤلمة للحدث، مما يسمح بتقليل الأعراض التدخلية. علاوة على ذلك، فإن حالة الدماغ خلال الثنائية تم العثور على مرحلة التحفيز للعلاج EMDR على غرار ذلك أثناء نوم الموجة البطيئة (Harper et al.، 2009)، الحالة التي يتم فيها تحرير المعلومات الجديدة وتخزينها في الذاكرة الدلالية (Stickgold، 2002؛ Stickgold، Hobson، Fosse، Fosse، &، 2001). على الرغم من الآليات البيولوجية العصبية المختلفة الكامنة في فعالية العلاج EMDR والثنائية تم وصف التحفيز (بيرغمان، 2010، وماكغواير، لي، ودروموند، 2014)، لم يتم التوصل إلى توافق نهائي في الآراء حتى الآن.

تم التحقيق في دراسة رائدة، مع دقة زمنية دقيقة، الدماغ في الوقت الحقيقي التغيرات التي تحدث أثناء جلسة العلاج، والتغلب عليها الملاحظات الثابتة السابقة قبل وبعد العلاج. باجاني وزملاؤه (باجاني وآخرون، 2011؛ باجاني وآخرون، 2012) مقارنة EEG من أولاً (حيث كان المرضى يعانون من أعراض) وآخر (حيث كان المرضى ليس لديهم أعراض) لجلسات العلاج EMDR، لوحظ تنشيط أكبر للقشرة الصدغية القذالية (الجانب الأيسر أكثر) التنشيط الحوفي السائد خلال التحفيز الثنائي البديل لـ EMDR كان حاضراً في OFC، في PFC... (باجاني وآخرون، 2015). يبدو أن علاج الـ EMDR يعزز تحول مادة صادمة من قشرة تحتية ضمنية إلى الحالة القشرية الصريحة حيث مناطق الدماغ

المختلفة المشاركة في معالجة التجربة. المرضى الذين لا يتحسنون بعد علاج EMDR أو CBT تظهر انخفاضاً في كثافة المادة الرمادية في الحزامية الخلفية والقشرة المجاورة للحصين والجزري قشرة الدماغ وزيادة تنشيط اللوزة و ACC البطني، ومن المعروف جيداً أن هذه المناطق متورطة في عمليات مثل التكامل المعرفي والعمليات العاطفية، ترميز واسترجاع سيرة ذاتية وذاكرات عاطفية معالجة، والوعي الداخلي، والمرجعية الذاتية للخبرة الواعية، وانقراض الخوف. العجز في هذه المجالات يمكن أن تشكل عاملاً رئيسياً في الحد من فعالية العلاجات النفسية. للآثار المترتبة على علاج اضطراب ما بعد الصدمة المتعلق بالسرطان. على الرغم من أن جميع الدراسات تقييم انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى المرضى الذين يعانون من السرطان يوصي التدخلات لهذا الاضطراب (Abbey et al., 2015؛ Andrykowski & كانغاس، 2010؛ Kangas وآخرون، 2002)، القليل من الأبحاث تمت على التدخل النفسي التي قد تقلل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى هؤلاء الأفراد، حتى الآن، هناك دراسة واحدة فقط فحصت فعالية علاج EMDR و CBT في مرضى الأورام مع اضطراب ما بعد الصدمة (Capezzani وآخرون، 2013)، علاوة على ذلك، لم تقم دراسات تصوير الأعصاب بتقييم فعالية العلاج النفسي لأعراض ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان.

توفر مراجع هذه الدراسة دعماً قائماً على الأعصاب البيولوجية. لما اقترحه معهد الوطني للسرطان (2015) الذي يوصي المرضى المصابين بالسرطان بتلقي نفس العلاجات المستخدمة في العلاج المرتبط باضطراب ما بعد الصدمة بأشكال أخرى من الصدمات. النظر في هذه التوصيات قد يشجع الدراسات المستقبلية التي تحقق في علم الأعصاب لتأثير العلاج النفسي في علم الأورام. علاج EMDR الذي كانت له آثار وظيفية، أظهر خلال جلسات العلاج وفي تقييمات ما بعد العلاج مرشح أن يكون مثالي.

الدراسة العاشرة: دراسة مارغريت ف. مور (2016): (Margaret V. Moore) (نيو ميكسيكو)

Couple Therapy When One Spouse Has Cancer: Integration of EMDR and Relationship Enhancement Therapies

هدف هذه الدراسة هو الكشف عن فعالية EMDR وتكامله مع العلاجات المعززة في العلاج الزوجي عندما يكون أحد الزوجين لديه سرطان، فيمكن أن مفيداً لكلا الزوجين في مساعدتهما على حل المشكلة، عرض القضايا وكذلك الصدمات الماضية التي تعوق قدرتهما على التعامل مع المرض في معظم الأحيان على نحو فعال. توضح هذه الدراسة كيف تم تطوير العلاج الثنائي بواسطة جونسون ومور (2012، 2014) يمكن استخدامها للأزواج الذين يواجهون تحديات طبية. يدمج الفرد في علاج EMDR

لكل شريك مع العلاج الزوجي المشترك باستخدام الاتصال اللاعنفي (Rosenberg، 2003) وعلاج تعزيز العلاقة (غيرني، 1987)، الأهداف هي خلق جو هادئ بين الزوجين، حل مشاكل التقديم، تحسين التواصل بين الشركاء، وتعميق العلاقة، يصف مثال الحالة الوصفية تطبيق هذا العلاج نموذج للزوجين الذين كانوا يعانون من تأثير المشاكل الطبية الخطيرة للزوج على الزواج. توفر الدراسة أيضاً التوجيه لمعالجة التحديات المختلفة في العمل الزوجي. فالسرطان يغير ديناميكيات العلاقة في طرق عميقة. آثار هذا الضغط يمكن أن تستمر سلسلة من خرق كامل للشراكة علاقة أوثق وأكثر داعمة. هناك وفرة من المؤلفات حول هذا الموضوع ولكن القليل عنها

استخدام العلاج النفسي إزالة التحسس وإعادة معالجة حركة العين (EMDR) (شابيرو، 2001)، الحالة المعالجة في هذه الدراسة: "مريم" مريضة بالسرطان كانت في على حافة الانتحار، عندما أخبرها طبيبها بأنها ستموت، تركها زوجها تشارلي على الفور، اشترت ماري مسدساً بقصد إنهاء حياتها، في هذه المرحلة ردت ماري على إعلان في الصحيفة التي تبحث عن المرضى لإجراء مشروع بحث EMDR، أثناء معالجة EMDR، ماري عانت من مستوى عالي من الاضطراب العاطفي، ولكن في نهاية هذه الجلسة، موقف ماري ونهجها لمرضها قد تغير بشكل كبير، عاد لها الأمل قبلت رحيل زوجها، وتعهدت بالموت بكرامة، توضح الدراسة الحالية كيفية علاج زوجين، بالمقاربة التي وضعتها جونسون ومور (2012، 2014) التي يمكن استخدامها للأزواج الذين يواجهون تحديات طبية. يدمج العلاج الفردي EMDR لكل شريك مع الزوجين العلاج باستخدام التواصل اللاعنفي (NVC؛ Rosenberg، 2003) وعلاج تعزيز العلاقة (RE) (غيرني، 1987). كما أنها تستخدم ابتكاراً غير مجرب الإجراء خلال الجلسات المشتركة، حيث الشريك يستمع يوفر التحفيز الثنائي (BLS) بينما يتحدث الشريك الآخر. أخذ تاريخ المرض وتقييمه، التحضير، ثم العلاج بـ EMDR الفردية لكل شريك، جلسات مشتركة باستخدام NVC و RE، مجتمعة مع التصنت الثنائي ثم التقييم...، العلاج الفردي EMDR، من المستحسن قبل بدء RE، لكل منهما يتم علاج الفرد لأول مرة من الصدمات الماضية. المعالج جنباً إلى جنب مع الزوجين يتخذ القرار بشأن، سواء تم الانتهاء من جلسات العلاج الفردية معاً أو بشكل منفصل. إذا كان الزوجان داعمين ومفتوحة لصدمة بعضهما البعض، معالجة EMDR يمكن إجراء الجلسات معاً. ينبغي للمرء أن يواصل مع تحذيرات هنا لأن أسرار الأسرة قد يتم الكشف عنها وخلق موقف محرج. انظر قسم "المناقشة" لقسم فرعي حول المزايا ومساوئ جلسات EMDR المشتركة. يمكن أيضاً تقديم جلسة علاج

EMDR جزئياً خلال جلسات تعلم المخاطر عندما يكون الزوجان متآلفي بالمهارات الأربع الأولى (التعاطف، والتعبير، مناقشة أو حل المشكلات) لكنه يريد استخدام مهارات في قضية مشحونة عاطفياً. التواصل اللاعنفي، NVC هي أداة طورها (Rosenberg 2003). انها مشتركة بيروتوكول منظم للغاية يسمح للأفراد للتواصل بطرق لا تنشط الدفاع أو رد الفعل من جانب المشاركين. ينصب التركيز في NVC على الاستماع العميق وتعزيز الاحترام والانتباه والتعاطف. في جونسون ونهج مور (2012، 2014) للعلاج الزوجي، يتم تعليم الشركاء على استخدام نموذج NVC الأساسي حيث يتم الاهتمام بالطريقة التي يتم بها التواصل منظم. أضاف جونسون ومور (2012، 2014) التصنت الثنائي ك تقنية من شأنها أن تخلق اتصالاً جسدياً بين الزوجين وخلق جو هادئ. خلال إجراءات NVC و RE، عقد الشركاء اليدين، وشريك الاستماع ينقر على الجانب الآخر يد الشريك المتكلم. لمس بعضها البعض يخلق اتصال حميم جسدياً عند النظر إلى كل منهما بعضنا البعض ونخبر بعضنا البعض بطريقة هادئة وهادفة كيف يشعرون وما يحتاجون إليه.

كما وصفت الدراسة قضية الزوجين، جان (63 سنة) وبوب (65 سنة) كانوا محترفين متقاعدتين جاء للعلاج بسبب الصراعات الخطيرة التي كانوا يهددون الزواج. لقد كانوا متزوجين لمدة عامين، وأكد كلاهما ذلك يودون إنقاذ الزواج. أفاد الزوجان القضايا المتعلقة بصحة بوب السيئة. في البداية، لم يكشف بوب تمامًا لجين أنه لم يفعل ذلك بصحة جيدة كما قدم نفسه. انه كان العديد من العمليات الجراحية لمشاكل العمود الفقري، كان يعاني من التهاب المفاصل وداء السكري من النوع 2. كما أنه لم يخبره جان أنه تم تشخيصه باضطراب ما بعد الصدمة وكان لديه نوبات الهلع المتكررة وكذلك الوسواس القهري اضطراب (OCD). كان زواج جين الأول زواجاً جيداً. لقد كانت تزوجت من زوجها الأول لأكثر من 20 عامًا، ولكن خلال السنوات العشر الماضية، كان زوجها على محمل الجد مع مرض موهن يؤدي في النهاية إلى وفاته. خلال ذلك الوقت، اهتمت جان به وبطفليها وكذلك العمل في مهنتها. كان هذا وقتاً صعباً بالنسبة لها. وصفت طفولتها غير مستقرة في أن والدتها لم تكن كذلك والد مساند جدا وقد طلقت وتزوجت أربع مرات. توفي والدها بسبب سرطان الجلد. في الوقت الحالي، كبر أطفالها وتزوجوا وبأطفالهم، وكان لديها حب وعلاقات وثيقة معهم. أفاد بوب كما شعر بقرية من أبناء زوجته وعائلاتهم. بوب، الذي يعاني الآن من العديد المشاكل الصحية، كما تم الزواج من قبل، ولكن انتهى الزواج بعد 3 سنوات فقط. كان لديهم طفل واحد، كان بوب لديه اتصال محدود فقط، وتوترت علاقتهما. شعر أن زوجته السابقة سممت طفلها ضده. كنتيجة شعر بأن لديه علاقة أوثق مع أطفال جان والأحفاد.

بالإضافة إلى مشاكله الصحية، كان لدى بوب تاريخ خطير من الصدمة من طفولته وخدمته العسكرية. بعد الجلسات الأولية لتاريخ الحالة، بدأ العلاج مع أربع جلسات EMDR منفصلة لجين وبوب، مع التركيز على القضايا الحالية التي كانوا يواجهونها. تبع ذلك جلستين متلازمتين. تلقت جين أربع جلسات فردية EMDR. كانت جين خائفة من عواطفها لكنها استمرت في المعالجة بعض صدماتها حول صدمة زوجها الأول المرض والموت وغضبها على بوب. أدرك المعالج أن العمل على صدمة الطفولة مع جين كانت مفيدة لأنها ذكرت أنه على الرغم من العمل فعلت فيما يتعلق برود فعلها على شكاوى بوب كانت مفيدة، وقد أثارت العملية ذكريات مؤلمة أخرى، ولم ترغب في الذهاب إلى هناك. تلقى بوب أربع جلسات فردية EMDR. هدفه هو تغيير الطريقة التي سوف يتدهور بها كل الوقت غضب جين معه. حقق بوب تقدماً جيداً مع العلاج EMDR في حل اضطراب ما بعد الصدمة. جلسات جان وبوب الزوجية، النهج المنظم للعلاج NVC تم استخدامه لتعزيز التواصل بين بوب وجين. طلب منهم المعالج الجلوس في مواجهة بعضهم البعض الآخر، يمسكون بأيديهم والتصنت أثناء تناوبهم إخبار بعضهم البعض في عبارات "أنا" كيف شعروا وما يحتاجونه. تم ذلك لجلستين، وقال بوب وجين إنهما اختتما القتال أقل والتمتع بمزيد من الأنشطة معاً. أفادت جين وبوب بارتياح أكبر لعلاقتهم. أكدت جان أنها شعرت بها يمكن أن تستمر في هذه العلاقة والاستمتاع بالأنشطة لا يزال بإمكانهم القيام به معاً. قلق بوب عن العلاقة لم تعد موجود، وقدم كشخص أكثر سعادة. كما استطاع لرسم بعض الحدود مع ابنته البالغة وحفيد لم يتمكن من القيام به قبل وتم دعمه في هذا الجهد من قبل جان. قال له أيضاً تحسنت أعراض اضطراب الوسواس القهري وهذا تحسن أيضاً لعلاقته مع جين.

أوصت شابيرو (2001) بفصل الشركاء عند استخدام EMDR لمعالجة مواد القلق، ومع ذلك، نشر العديد من التقارير من العلاج الزوجي EMDR استخدمت مرتبط بنجاح الجلسات، مع حضور الشريك أثناء EMDR، وقد تكون هناك أسباب وجيهة للاحتفاظ بالشركاء معاً خلال معالجة الصدمات EMDR. وقد يكون من المستحسن العلاج EMR المشتركة الأسباب التالية: أ. عند تطوير مكان آمن، يمكن لشريك واحد، الإشارة إلى مكانه/مكانها الآمن أثناء الصراع لإبطال الصراع، ب. معرفة الروابط بين الصدمات الماضية، المحفزات الحالية، ويمكن للتوقعات المستقبلية توفير الحميمية التي تسمح للزوجين أعمق، الاتصال وتجنب أو معالجة المحفزات المستقبلية، ج. عندما يصبح شريك واحد مرتبطاً بعملية الشفاء، يصبح النقل متصلاً إلى الشريك بدلاً من أو بالإضافة إلى المعالج، د. الحفاظ على الشركاء معاً

أثناء المعالجة بـ EMDR تعزز علاقتهم ببعض الآخر ويدعم قدرتهم على التفاوض على الصراع في المستقبل.

ويوصى باستخدام علاج EMDR المتزامن عندما يقدم الزوجان على أنهما ملتزمان بالعلاقة وسوف تفعل العمل لحل القضايا بينهما معاً، إذا تضررت العلاقة بعد إصلاح، فالعمل الفردي هو الطريق الذي ينبغي يتم أخذه. قد يحتاج أحد الزوجين أو كليهما عمل فردي واسع النطاق إذا كان ماضيهم الصادم التدخل في قدرتهم على أن يكونوا داعمين وشريك محب. إذن وحسب الدراسة الحالية يمكن مزج EMDR مع تقنيات RE أو NVC أن تعمق وترسخ علاقة الزوجين، خاصة عندما إنهم يواجهون معركة مع السرطان. والمعالجين يمكن أن يساعدوا أيضاً الأزواج على تقوية وتعميق علاقتهم.

الدراسة الحادي عشر: دراسة إغناسيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب، لورا إفلين غارسيا، ماريا أليسيا كافازوس، مارثا جيفودن (2015):

(Ignacio Jarero, Lucina Artigas, Susana Uribe, Laura Evelyn Garcia, Maria

Alicia Cavazos et Martha Givaudan)

الهدف من هذا البحث هو تقييم فعالية بروتوكول العلاج الجماعي التكاملي -حركة العين إزالة الحساسية وإعادة المعالجة (PTIG-EMDR) في التقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المتعلقة بتشخيص وعلاج مختلف أنواع السرطان لدى النساء البالغات، وقد تم إعطاء علاج مكثف PTIG-EMDR في أجل ثلاثة أيام متتالية، مرتين في اليوم، إلى 24 امرأة بالغة تم تشخيصها بأنواع مختلفة من السرطان (سرطان عنق الرحم والثدي والقولون والمثانة والجلد)، وقد ظهرت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بتشخيصهن وعلاجهن، تم تحليل البيانات باستخدام ANOVA عاملي حول تأثيرات PTIG-EMDR، تم تقييم PTSD من خلال مقابلة قصيرة كمتغير تابع، والعينة (مجموعتان من المرضى: المرحلة النشطة ومرحلة المتابعة من علاج السرطان) والوقت (أربع فترات زمنية)، تم إجراء التحليلات اللاحقة، أظهرت النتائج التأثيرات أهمية رئيسية للوقت والعينة، كما أظهرت النتائج أيضاً تحسناً شخصياً عاماً لدى المشاركات، هذه الدراسة تناولت الإصدار التجريبي للإدارة المكثفة لـ PTIG-EMDR قد تكون قيمة مضافة لمرضى السرطان الذين يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تتعلق بالتشخيص والعلاج.

بروتوكول العلاج الجماعي التكاملي PTIG-EMDR، تم تطويره من قبل أعضاء جمعية الدعم النفسي المكسيكية في حالة أزمة عندما تم تجاوزها من خلال طلب الرعاية النفسية بعد الممر المدمر

لإعصار بولين فوق سواحل أوكساكا وغيريرو في عام 1997 (Jarero & أرتيجاس، 2009). يجمع البروتوكول بين الثمانية مراحل العلاج الفردي للعلاج EMDR (شابيرو، 2001) في نموذج علاجي للمجموعة وضمن شكل العلاج بالفن (مثل الرسومات)، يستخدم ما يسمى بـ"الفراشة" (Artigas & Jarero، 2014) كوسيلة الإدارة الذاتية للتحفيز الثنائي والسماح بمعالجة المواد المؤلمة، ويُطلق على PTIG-EMDR أيضاً اسم بروتوكول مجموعة الفراشة، بروتوكول مجموعة EMDR أو بروتوكول EMDR لمجموعة الأطفال، تم تصميمه في الأصل للعمل مع الأطفال (أرتيجاس، جاريرو، ألكالا ولوبيز كانو، 2014)، ثم تم تعديله للاستخدام مع البالغين (جاريرو وأرتيجاس، 2014)، مقارنة بالموديلات الأخرى من العلاج الجماعي، وقد أظهر هذا البروتوكول نتائج ممتازة من حيث الوقت والموارد، تمت تعبئته والنتائج التي تم الحصول عليها (Aduriz، Knopfler & Bluthgen، 2009). تم استخدامه، في شكله الأصلي أو مع التعديلات عليه، ليتلاءم بشكل أفضل مع السياقات الثقافية في كثير من العدي من المواقف حول العالم (Gelbach & ديفيس، 2007؛ Maxfield، 2008) ومع الآلاف من الناجين وضحايا الكوارث الأصلية الطبيعية أو البشرية (Jarero & Artigas، 2012).

تم توثيق فعالية PTIG-EMDR، من خلال تسع دراسات تجريبية شملت الأطفال والبالغين نتيجة الكوارث الطبيعية في المكسيك ونيكاراغوا والسلفادور وكولومبيا وفي فنزويلا (أرتيجاس، جاريرو ماور، لوبيز كانو، ألكالا، 2000؛ Jarero، Artigas & Hartung، 2006؛ جاريرو، Artigas، Mauer، Lopez-Cano & Alcalà، 1999) وكذلك من خلال تقارير الحالة والدراسات الميدانية، تدار للأطفال والبالغين الذين خضعوا للكوارث الطبيعية أو من صنع الإنسان، صدمة الحرب والأزمات الجيوسياسية على المدى الطويل، للأطفال اللاجئين في أوقات الحرب للأشخاص الذين عانوا من الحوادث في مكان عملهم وتشخيص اضطرابات الإجهاد الحاد للأطفال والمراهقين الذين هم ضحايا أحداث خطيرة بين الأشخاص وكذلك أفراد من القوات المسلحة لأمريكا اللاتينية (جاريرو، Roque-Lopez، Gomez، & 2013؛ مهروتا، 2014؛ زغروت الهدلي، أليسا ودودجسون، 2008).

كما تم تكييف PTIG-EMDR لمرضى السرطان، بداية ممن كتبوا عن علم الأورام النفسي Morasso عام 2002، والأشخاص الذين لديهم السرطان مرتبطة بسلسلة كاملة من النوبات التي تحدث أثناء المرض والتي تكون مصحوبة أو لا مع تغيرات في النظام البيئي للمريض، لهذا السبب، فإن PTIG-EMDR للتدخلات في وقت مبكر من البالغين تم تكييفها للعلاج للأفراد البالغين الذين يعانون من ضغوط رضحية مستمرة، مرتبط بتشخيص وعلاج السرطان، وكانت هذه التعديلات تهدف إلى معالجة

وإعداد العلاج الجماعي، لحادث ذو أصل خطير (تشخيص السرطان) من خلاله انتشر الحدث المجهد (العلاجات) على مدى فترة طويلة، دون أي لحظة سلامة ما بعد الصدمة (لم يكن هناك مشارك خارج الرعاية)، وكان التكيف الرئيسي لتعديل التعليمات للمرحلة 3 (مرحلة التقييم): بدلاً من مطالبة المشاركين بذلك تذكر ما حدث في الحدث (على سبيل المثال، إعصار، زلزال...)، وسأل رئيس الفريق العلاجي المشارك لتغمض عينيك وتتخيل الفيلم ذهنياً، من كل ما حدث منذ اللحظة التي سبقت ذلك بقليل من تشخيص السرطان حتى يومنا هذا، بالنسبة لـ Jarero، 2011 و Uribe، 2012، المواقف لا ترتبط الصدمات الحادة فقط بالإطار الزمني (أيام أو أسابيع أو شهور)، ولكن أيضاً لفترة سلامة ما بعد الصدمة، ويفترض الباحثون أن استمرارية الأحداث المجعدة، بما في ذلك العواطف والمعلومات الجسدية والحسية والمعرفية مشابهة، لا تترك وقتاً كافياً للذاكرة المؤلمة اعتماداً على الحالة، دمج في كل متكامل، شبكات الذاكرة، وهكذا تبقى في حالة من الإثارة الدائمة، وتمتد إلى كل حدث جديد يسبب التوتر بعد ذلك...، والدراسة الحالية لتقييم فعالية PTIG-EMDR لتقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بتشخيص وعلاج أنواع مختلفة من السرطان عند النساء البالغات، وقد تمت مراجعة البروتوكول والبحث والموافقة عليه من قبل لجنة الامتحان التأسيسي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي للبحث في الصدمات النفسية، من أجل ضمان جودة البحث لهذا استوفت الدراسة معايير المقياس التالية المقياس الذهبي المعدل (Maxfield & Hyer، 2002)، وقد أجريت الدراسة التجريبية في مركز الإقامة بينك كروس، في مونتيري، المكسيك، حيث النساء من ذوي الدخل المنخفض كانوا يقيمون أثناء العلاج لسرطانهم، وشملت مجموعة المشاركين 24 امرأة بالغة، تم تشخيص إصابتهن بمختلف أنواع السرطان (سرطان عنق الرحم، سرطان الثدي، القولون والمثانة والجلد) وتظهر عليها علامات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بالتشخيص والعلاج، تراوحت أعمارهن من 36 إلى 68، تراوح التشخيص من يوليو 2006 إلى أكتوبر 2013، وكانت معايير الاشتمال: (أ) أن يكون عمره 18 عاماً أو أكثر، (ب) تم تشخيص إصابته بالسرطان، (ج) يكون في المرحلة العلاج الفعال أو في مرحلة متابعة العلاج، (د) لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في تشخيص وعلاج السرطان، (هـ) لا اتبعت أو لا تتبع علاجاً نفسياً متخصصاً في الصدمات و(و) لم تتلق أو عدم تلقي العلاج الدوائي لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. معايير الاستبعاد كانت: (أ) تراودك أفكار انتحار أو قتل، (ب) تشخيص الاضطرابات الذهانية أو ثنائية القطب، (ج) وجود اضطراب عقلي عضوي، (د) إدمان المخدرات، (هـ) ضعف كبير في الإدراك. كانت المشاركة في هذه الدراسة طوعية ولم يكن هناك متسربون، وتم تجنيد المشاركين من 1 إلى 21 فبراير

2014 في مركز الإقامة بينك كروس مونتيري، المكسيك، حدثت هذه العملية في خطوتان، من 27 فبراير إلى 1 مارس 2014، كان PTIG-EMDR في ست جلسات، مرتين يوميًا، بين 10 و 13 مارس 2014، تم إجراء التقييم بعد العلاج، كان تقييم المتابعة الأول أجريت بعد 30 يومًا من تقييم ما بعد العلاج، 2-5 أبريل 2014، تقييم المتابعة الثاني بعد 90 يومًا من العلاج، من 2 إلى 4 يونيو 2014، وتم إعطاء العلاج EMDR بشكل مكثف (Abel، 2011؛ Gray، 2011؛ Jarero، 2011؛ Gomez & Givaudan، Roque-Lopez، 2014؛ ويسون و Gould، 2009) لمجموعة تضم 24 مشاركًا لمدة 3 أيام متتالية بمعدل يومين جلسات في اليوم، استمرت جلسة المجموعة الأولى ساعة و 42 دقيقة استمرت الجلسات الخمس التالية في متوسط 45 دقيقة منذ أن بدأنا في المرحلة 3 من البروتوكول، لا يتم تكرار المرحلتين 1 و 2 ليس ضروريا، بعد تقييم المتابعة الأول، اثنان من المشاركون الذين حصلوا على درجات أعلى في SPRINT عند الحصول على الدرجة الفاصلة البالغة 14 (15 و 18 على التوالي)، جلسات علاج فردية من ال EMDR، ابتداءً من مرحلة المتابعة لمجموعة علاج السرطان، فتلقى المشاركون الأول جلسة فردية والخمسة الثانية، مع بروتوكول EMDR أساسي، وتم إدارة PTIG-EMDR من قبل اثنين من المدربين من معهد EMDR فرانسيس شابيرو و جمعية EMDR Ibero-أمريكا، بواسطة مدرب آخر وكذلك بواسطة مشرف مرخص ومعالج معتمد في EMDR، وبالنسبة لبروتوكول PTIG-EMDR للتدخل المبكر (Jarero & Artigas، 2014) تقرر تعيين 5 معالجين في ال EMDR لهذه الدراسة التجريبية من أجل الحصول على ما يكفي لمعرفة ردود الفعل العاطفية لجميع المشاركين ومساعدتهم ان كان ضروري، يتولى المعالج المعتمد EMDR بإدارة البروتوكول الفردي لاثنتين من المشاركين على أساس دليل معهد EMDR، بعد تحليل البيانات باستخدام ANOVA عاملي، مع تقييم تأثيرات PTIG-EMDR مع ال SPRINT كمتغير تابع، والمجموعة (مجموعتان من المرضى: المرحلة النشطة من العلاج ومرحلة متابعة السرطان) والوقت (أربع مرات) كمتغيرات مستقلة، وتحليلات Posthoc، باستخدام معيار الأهمية بعد مخصص....، وأظهرت نتائج ANOVA تأثيرًا رئيسيًا مهم لعامل الوقت، (F) كما أظهرت درجات SPRINT الاختلافات مع مرور الوقت، تظهر آثار علاج ال EMDR بمرور الوقت ولوحظ أن المرضى في مرحلة متابعة علاج السرطان أظهرت درجات أقل من المرضى الإناث من المجموعة في المرحلة النشطة من علاج السرطان....، وفي دراسة المتابعة الثانية، بعد 90 يومًا من العلاج، واحد فقط من المشاركين الأربعة في مجموعة العلاج نشط في السرطان، الذي كان الأطباء أعلن عن تكرار الورم السرطاني، وأظهرت النتائج أعلى من الحد الفاصل لسبرينت (16 نقطة)،

كما بينت النتائج أن آثار العلاج تم الحفاظ على العلاج على مدى الزمن. ولوحظ انخفاض آخر في من الأعراض خلال التقييم الرابع، لدى المشاركين في مجموعة المراقبة لعلاج السرطان الذين توقفوا عن علاج سرطان مجهد، ومن المهم أن نذكر أن PTIG-EMDR لا يستبعد علاج ال EMDR الفردي لأنه هو بروتوكول علاجي بالإضافة إلى أنه أداة تحري. لذلك لا يتعين على المعالجين ال EMDR القيام بذلك، فالخيار بين العلاج الفردي أو العلاج في مجموعة عندما يتعين عليهم معالجة عدد كبير عدد الأشخاص، فتوصي الدراسة باستخدام أولاً PTIG-EMDR وإدارة علاج ال EMDR فردي فقط لأولئك الذين يحتاجون إلى الدعم الإضافي بناءً على التوصيات الواردة في المرحلة 8 من البروتوكول (إعادة التقييم والمتابعة). الملاحظات أظهرت أن تطبيقاً واحداً أو تطبيقين من بروتوكول PTIG-EMDR ليست كافية لضمان أفضل النتائج العيادية، لذلك نقترح ستة تطبيقات للعلاج EMDR بشكل مكثف، يتبع بأمانة البروتوكول واستخدام القياسات التحقق من صحتها من أجل الحصول على نتائج موثوقة، وتشير هذه الدراسة التجريبية إلى أن إدارة PTIG-EMDR المكثف يدعم قيم لمرضى السرطان لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبطة بالتشخيص والعلاج.

الدراسة الثانية عشر: دراسة مارتين رغورد لايزو (Martine REGOURD-LAIZEAU, 2013)
علم النفس الايجابي و EMDR: أسئلة وتوصيفات

Psychologie positive et EMDR: Questions et perspectives

رسالة دكتوراه (بالفرنسية) بجامعة Lorraine،

هدفت الدراسة إلى وصف EMDR كطريقة علاجية تكيفية للمعلومة (TAI) من 1987 (شابيرو) إلى 2001 و 2006...، ووصف علم النفس الايجابي من ميلاده على يد سوليغمان (1998) إلى وضعه لسلم السعادة (-5 إلى 0) و السلم (0 إلى +5)...، وبعد وضعه للتساؤلات، وصف 03 دراسات حول قوة الطبع لدى عينة من 60 فرداً للأولى، و 100 فرداً للثانية، ودراسة حالة، والتي تهدف إلى تقييم التفاؤل وإدماج القوى بعناصر آتية من EMDR... الدراسة أسست لبروتوكول EMDR تفاعل ودراسة إمكانياته... خلصت في الأخير إلى ضرورة التنظير وبشدة والتصديق العلمي لما جاء به علم النفس الايجابي وتحديده جيداً، لأجل كفاءة التدخلات التي لها علاقة بعلم النفس الايجابي و EMDR...

الدراسة الثالثة عشر: دراسة M. Regourd-Laizeau, C. Matin-Krumm, C. Tarquinio (بالفرنسية) (2012)

التدخلات في مجال الرياضة: بروتوكول التفاؤل.

Interventions dans le domaine du sport: le protocole d'optimisme.

الدراسة، تهدف بالتعريف ببروتوكولات علم النفس الايجابي EMDR، أحسن أداء Peack Performance، تطوير وتثبيت الموارد DIR، وبروتوكول التفاؤل Optimisme-EMDR في إطار وحد بحث فرنسية، تناولت التفاؤل والنظر إليه وفق عدة مقاربات (مباشرة حسب Carver Scheier، 1982) بتصور التفاؤل المرتب، أو (غير مباشر حسب Abramson وآخرون، 1978) بتصور الطريقة التفسيرية التفاؤلية، ومهما يكن فالتفاؤل مرتبط بتأثيرات جيدة وفي أي مجال: الصحة، العمل، المدرسة... والأداء الرياضي على سبيل المثال، الدراسة تهدف إلى وضع تقنيات موجهة إلى الرفع من مستوى التفاؤل الذي أصبح معتقدا في شتى المجالات...، والى عرض بعض التقنيات وتطويرها وفق EMDR بأسلوب توضيحي تفاؤلي في مجال الرياضة...

الدراسة شملت 21 لاعب رغبي بهدف اختبار آثار بروتوكول التفاؤل EMDR (Laizeau وآخرون، 2008)، وبشكل أكثر دقة فعاليته في المنظور وزيادة مستوى التفاؤل في الأسلوب التفسيري واحترام الذات. تم اختيارهم من فريقين إقليميين من أوفرن، وتقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين مستقلتين. استفادت المجموعة الأولى (ن = 11)، المجموعة التجريبية، من تأثيرات بروتوكول التفاؤل EMDR. في المجموعة الثانية (ن = 10)، استمع الرياضيون إلى نص حول تاريخ الرغبي. كان متوسط مدة الجلسات للمجموعتين 30 دقيقة. أكملت الحالات سلسلة من الاستبيانات في T1 (اختبار مسبق) و T2 (بعد التجريب): • المهارة المدركة: استبيان القدرة المدركة الخاصة بالنشاط الرياضي (QHPSAS) (فاموز وآخرون، 1994)؛ • تقدير الذات: استبيان تقييم تقدير الذات في المجال الجسدي (Ninot وآخرون، 1997)؛ • أسلوب الإسناد: مقياس رياضي لقياس نمط الإحالة (ESMSA) (مارتن-كروم وآخرون، 2001). تظهر النتائج اختلاف الاتجاه بين المجموعة التجريبية والمجموعة الشاهد على المهارة التي شوهدت في T2. أيضا لوحظ أن متوسط تقدير الذات زادت المجموعة التجريبية (M = 125 مقابل M = 132) بينما متوسط المجموعة الضابطة لم يتغير (م = 115). للتفاؤل، زاد متوسط المجموعة التجريبية (M = 4.81 مقابل M = 5.31)، بينما انخفض متوسط المجموعة الضابطة (M = 5.26 مقابل M = 4.99). يبدو أن النتائج الأولية تشير إلى التأثير الإيجابي لبروتوكول تفاؤل EMDR

على تحسين احترام الذات الكلي والتفاؤل والمهارة المتصورة. إنها نتيجة مشجعة لأن المدربين وعلماء النفس الرياضيين يقضون وقتًا طويلاً للحفاظ على هذه الخصائص النفسية المركزية أو تحفيزها للنجاح الرياضي (شيلدون وإكليس، 2005). وفقًا لـ (Gotwals and Wayment 2002)، الرياضيين الأقوياء يحترمون الذات يعمل بشكل أفضل من أولئك الذين لديهم احترام الذات المنخفض. فيما يتعلق بالأسلوب التوضيحي، فإن أداء الرياضيين المتفائلين أفضل من الرياضيين المتشائمين (Martin-Krumm وآخرون، 2003). هذه تمثيلات للذات ومسؤوليتها عما يفعله أو ما يحدث للفرد هي مسائل رئيسية التي من خلالها سيتمكن الرياضيون من فك الشفرة وترسي أسس أدائهم المستقبلي، أو ببساطة التزامهم بها.

4.7.1. تعقيب عام على الدراسات السابقة:

ويبدو أن الدراسات بمختلف أنواعها انصببت على إظهار نجاعة وفعالية العلاج بـ EMDR باعتباره علاجاً نفسياً أو تقنية علاجية نفسية، في إطار ما يسمى بما وراء التحليل Meta Analyse، كما يعد طريقة علاجية حديثة تستخدم في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والنفس-جسدية... منافساً في ذلك العلاج المعرفي السلوكي TCC، خصوصاً في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD... وهو ما يتفق بمسلمات الباحث مبدئياً باعتبار أن الدراسات جاءت مبنية على أسس علمية، وكذلك تسليماً بأن جل الاضطرابات النفسية قد تكون الصدمة عاملاً مساعداً أو عاملاً مفجراً لها... (بحسب مدرسة التحليل النفسي) لكن العلاج بـ EMDR باعتباره "علاجاً" واعتبار بروتوكولات علم النفس الإيجابي قلب هذا العلاج، وانفتاح هذا العلاج على مجالات أخرى في الصحة والمرض لم يجد الباحث بحسب ما توصل إليه أو ما وصل إلى علمه إلى أي بحث أو دراسة تناولت هذا الجانب إلا ما تناوله كتاب Cyril Tarquinio و Pascal Tarquinio عام 2015، " L'EMDR Préserver la santé et prendre en charge la maladie " الذي أكد أن العمل الأكاديمي (بالفرنسية) الوحيد الذي تناول نظرياً وعلمياً للعلاج EMDR وعلم النفس الإيجابي عند مناقشته لمذكرته بجامعة Lorraine هو Martine Regourd-Laizeau عام 2013...، رسالة دكتوراه بعنوان: علم النفس الإيجابي و EMDR: أسئلة وتوصيفات (Psychologie positive et EMDR: Questions et perspectives)، تهدف إلى تقييم التفاؤل وإدماج القوى بعناصر آتية من EMDR.

الفصل الثاني

الخلفية النظرية

1.2. علم النفس الايجابي

1.1.2. تعريف علم النفس الايجابي:

علم النفس الايجابي (Positive Psychology) كتيار أو اتجاه فكري حديث جدا في علم النفس، ظهر على يد العالم الأمريكي مارتين سليغمان، عام 1998، صاحب نظرية العجز المكتسب أستاذ علم النفس في جامعة بنسلفانيا (العاسمي، 2016، 31).

علم النفس الايجابي هو علم دراسة وفهم تطوير الهناء الشخصي/الذاتي، أي يسعى للفهم والدراسة الجادة لمكونات الحياة الايجابية كالانفعالات الايجابية كالرضا والسعادة، والأمل...، ويهدف إلى تطوير الصفات الايجابية كالشجاعة والصمود والفضول والتسامح والحب ومعرفة الذات والنزاهة والرحمة والإبداع... (يونس، 2015، 45)، وهو ما وضعه "مارتين سليغمان"، وما نشره في مقاله مع زميله "ميهايلي شيكزينتيمهالي" عام 2000، بعنوان: "علم النفس الايجابي: تقديم" بمجلة "الأخصائي النفسي الأمريكي". (فرج، 2004، 29)

تتمثل أهم إسهامات علم النفس الايجابي، توفير هوية جماعية للعاملين في مختلف ميادين علم النفس من منظور نمائي ايجابي يؤكد على تفتح الطاقات والقدرات وتحقيق حسن الحال الوجودي، وبوفر بالتالي لغة مشتركة للباحثين والممارسين، ولا يسعى علم النفس الايجابي إلى تأسيس فرع جديد بل يسعى إلى تجاوز الفصل وتوفير مقارنة تكاملية بين جميع ميادين علم النفس (حجازي، 2012، 26)

فهو يهتم بالدراسة العلمية لمكامن القوة والفضائل التي بفضلها يزدهر ويتطور الأفراد والمؤسسات والمجتمعات، ويعيشون الرفاه، أي يدرس مكامن القوة البشرية وكل ما يحول بينها اضطرابها النفسي... (العزيزي، 2019، 9)

ويتبنى علم النفس الايجابي مسلمات المنحى الإنساني والمتمثلة في الايجابية، الدافع للنماء وتحقيق الذات، المسؤولية، الالتزام بالآخرين وصولاً إلى إطلاق طاقات الحياة والعطاء إلى أقصى حدودها (حجازي، 2012، 30)

المرض النفسي، من وجهة نظر علم النفس الايجابي، هي أن طاقة الحياة هي التي تولد القلق، ويستمر النشاط الإنساني العادي بدرجات متفاوتة، هي طاقات المعافاة تتابع مسيرتها رغم إعاقات المرض. هي التي تطلب العلاج، وتسعى للشفاء، وتعيد تنظيم تشغيل الطاقات الحيوية، وحتى الآليات الدفاعية تلجأ إليها قوى المعافاة وليس وليدة المرض النفسي، وليس هناك شفاء من أمراض الجسد أو النفس إلا بفضل تحرك قوى الحياة وإصرارها (حجازي، 2012، 57).

يذكر سليغمان، أن علم النفس ليس دراسة الضعف والضرر فقط، بل إنه أيضا دراسة القوة والفضيلة، والعلاج ليس فقط إصلاح ما انكسر، إنه تربية ما هو أفضل داخل النفس. (لوبيز، جنيفر وسنايدر، 2018، 34)، وهو بحاجة لبحوث واسعة حول القوة والفضيلة البشرية، وأن الممارسون في حاجة ماسة إلى تعزيز نقاط القوة بدلا من إصلاح نقاط ضعف مرضاهم... (لوبيز وآخرون، 35)، ولا يمكن استبعاد النظرة التقليدية (المرضية) للاضطراب النفسي بل إن الحل الأمثل هو تبني كلا الاتجاهين مع الانتباه المستمر للسياق الثقافي. (لوبيز وآخرون، 41)

ويرى سليغمان، أن علم النفس الايجابي هدفه أن نعيش حياة ذات مغزى (هدف) تتجاوز حتى الحياة الطيبة... (سليغمان، 2006، 13)، وعرفه (2000)، أنه: "دراسة الظروف والعمليات التي تسهم في الازدهار أو الأداء الأمثل للناس والجماعات والمؤسسات الاجتماعية، وهو أبلغ وجهات النظر العلمية لما يستحق من حياة الإنسان أن يبحث، ويركز على جوانب الحالة الإنسانية التي تؤدي إلى السعادة، والرفاه والازدهار"، كما عرفه مع باحثين آخرين (2005)، هو: "الدراسة العلمية للخبرات والسمات الفردية الايجابية، من أجل تطويرها ونمائها. فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية كثيرة في حياتهم غالبا ما يهتمون بحالتهم، ويطلبون المساعدة من الآخرين من أجل الوصول إلى درجة من السعادة والرضا عن أنفسهم، إنهم يريدون حياة مشبعة لها معنى وهدف. وهذه الحالة لا تأتي ببساطة بشكل تلقائي عند إزالة المعاناة، بل يجب أن تعزز المشاعر والانفعالات الإيجابية لبناء الشخصية الايجابية بشكل مباشر أو غير مباشر لتخفيف المعاناة وقطع جذور أسباب المشكلة". (العاسمي، 2016، 32).

واختصره آخرون في: "نظرية وتطبيقات تتعلق بدراسة نقاط القوة والانفعالات الايجابية". (لوبيز وآخرون، 51).

كما عرفه "ميهايلي وهيدت" (2005) بأنه: "الدراسة العلمية الموضوعية للظروف والعمليات التي تسهم في ازدهار أو رفاة الفرد والجماعات والمؤسسات، والتي تمكنهم من الأداء الوظيفي الفعال أو المثالي". (العاسمي، 2016، 32).

ويرى سليغمان، أن القدرات والفضائل تخدمنا في أوقات المحن وأيضاً في الأوقات الطيبة... (سليغمان، 2006، 11)، وأن المشاعر الايجابية تجاه المستقبل، تضم: الإيمان، والثقة، والأمل، والتفاؤل. التفاؤل والأمل مفهومان تماما، فلقد كانا مادة لآلاف الدراسات التجريبية وأفضل شيء أنهما يمكن بناؤهما وتطويرهما... (سليغمان، 2006، 83).

والإيجابية، حسب مخيمر (1978) تتحدد في توجيه والسير بالقدرات والإمكانات بما يتمتع صاحبها من تلقائية ومرونة تبعده عن الجمود، وتدفع الحياة إلى التقدم ولولاها لن تكون السوية والتوافق... (سليمان، 2014، 68)، وللإيجابية مستويات حسب سامية القطان تتجلى في مظاهر تسعة، هي: التروي، المرونة، الثقة بالنفس، المبادأة، قوة الضمير، الرغبة في الانجاز، تحقيق الذات، المخاطرة، الابتكارية. (سليمان، 2014، 71-78)

أما العلاج النفسي الإيجابي PPT هو: "العلاج الذي يركز على الموضوعات والجوانب الإيجابية في حياة الأفراد والجماعات، وخصوصا العملاء الذين بحاجة للمساعدة من دون الاهتمام كثيرا بالمشكلات النفسية الشديدة" مستندا على مفاهيم سليغمان حول الرفاه الذي يتكون من: المشاعر الإيجابية، والمشاركة، والعلاقات، ومعنى الانجاز. (العاسمي، 2016، 179)

علم النفس الإيجابي التطبيقي، هو تطبيق أبحاث علم النفس الإيجابي لتسهيل الأداء الأمثل، على المستوى الفردي أو المجموعة أو المنظمة أو المجتمع، فيعمل على تعزيز الأداء الأمثل عبر مجموعة كاملة من الوظائف البشرية، من الفوضى والضيق إلى الصحة والإنجاز... (Linley & Joseph , 2004, 6).

2.1.2. بروتوكولات علم النفس الإيجابي:

الكثير من بروتوكولات علم النفس الإيجابي، نجدها محوريا في العلاج بـEMDR...، وهي نفسه أهداف هذا العلاج، ففي نهايتها تعمل على تطوير المصادر الموجودة في الذات، كبروتوكول تطوير وتنشيط المصادر (Protocole de développement et d'installation des ressources DIR) (d'Anrew Leeds, 1995)، بروتوكول أحسن أداء (le Peak Performance de Foster et) (Lendl, 1996)، (Protocole DeTUR Desensitization of Triggers and Urge ، (Patir du bon pied de Kinowski, 2003) (Le Put your best food forward)، (2013)، (ou le Duo dynamique d'Ann Marie mcKelvey, 2009)... (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 112).

1.2.1.2. بروتوكول التفاؤل:

التفاؤل والأمل، مرتبطان ومتبادلا التعزيز، ويولد أحدهما الآخر، ويشتركا ليكونا ممر للتفكير والعواطف الايجابية، ويضعهما علم النفس الايجابي ضمن مجال الأفكار الايجابية، بدل الوجدان كما أشاعه الفكر السائد،(حجازي، 2012، 111-112). وهو الاعتقاد أن الأحداث المستقبلية سيكون لها نتائج ايجابية...، (لي 1995، شنايدر، بيك-سايفر وشنايدر 1999) فدراسته لها جذورها في مجال علم النفس الصحة، وكل ما يتعلق به مرجعه دراسة شاير وكافر وبيرج (2000)، التي أشارت نتائجها أن له تأثير ايجابي ومهارات مفيدة للتكيف والقدرة لدى الفرد على التعامل مع التوتر والاكتئاب (جيلهام وسليجهم، 1999). (العاسمي، 2016، 236)، وحسب سليغمان، المتفائلون أطول عمرا بنسبة 19 بالمائة، وهو إحدى القدرات الأربعة والعشرين التي تحقق سعادة أكبر... (سليغمان، 2006، 9)

انطلقت البحوث الجادة حول التفاؤل، عندما كتب تايجر كتابه عن "التفاؤل-بيولوجية الأمل" في 1979، وبين ما للعوامل البيولوجية من تأثير وكمكون أساسي فيه، ثم توالى الدراسات متتالية هذا المفهوم وعلاقته بالمتغيرات النفسية كالسعادة والأمل، وتقدير الذات والانجاز الدراسي والأداء الوظيفي وضبط الذات، والقدرة على حل المشكلات، واستراتيجيات التفكير، والعصابية والقلق، والأمراض المزمنة كالسرطان ومرض السكري والاغتراب النفسي...، وصنف التفاؤل ضمن مفردات علم النفس الايجابي (سنايدر، 2004). (العاسمي، 2016، 237-238)

عرفه العاسمي، بعدما عرض تعريفاته مختلفة أنه: "سمة نفسية عقلية انفعالية، واتجاه ايجابي لتوقع الفرد نتائج ايجابية وفقا لمتطلباته ورغباته وأهدافه التي سوف تحدث له في المستقبل القريب بناء على خبرته، وقدرته على تحليل وتفسير الأحداث في الواقع المعاش، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل" (العاسمي، 2016، 244).

كما عرفه سليغمان أنه: "التفاؤل المكتسب" جلب الأمل إلى المعامل حيث حلله العلماء من اجل فهم كيفية عمله... (سليغمان، 2006، 92)

التفاؤل تناولته نظرتان "التفاؤل المكتسب" لـ"مارتن سليغمان" وزملاؤه (فالتفاؤل يستخدم عزوا سببيا تكيفيا لتفسير الخبرات أو الحوادث السلبية...، يجد جذوره في البيئة أو التعلم) وما يراه"مايكل شاير" و"تشارلز كارتر" (هو توقعات للوصول إلى هدف ما مرغوب، هو ميل ثابت إلى الاعتقاد أن أشياء جيدة ستحدث بدلا من السيئة...) (لوبيز وآخرون، 250-255)، هناك إجماع على وجود أساس جيني للتفاؤل بحسب تعريف "شاير" و "كارفر" تقليدا لنظرية "اريكسون" في النمو فالتفاؤل حسبها ينبع من خبرات

الطفولة المبكرة التي تعزز الثقة والتعلق الآمن بالوالدين (بولبي، 1988) وللوالدين دور مهم في تطور التفاؤل... (لوباز وآخرون، 256).

وقد خلص الباحثون، (بترسون، 2000)، إلى أن التفاؤل سمة وحالة على حد سواء. سمة من سمات الشخصية تمثل الفروق الفردية المستقرة (وهو ما يبرر المكون البيولوجي للتفاؤل بحسب تايجر وفرانكل)، في حين يجسد التفاؤل حالة قد تتغير بناء على حالة أو العوامل السياقية (وهو ما يفسر المكون المتعلم للتفاؤل حسب "سليغمان" في كتابه "التفاؤل المكتسب" وكتاب "جولمان دانيال" في كتابه " الذكاء العاطفي" يريان أن الأمل والتفاؤل يمكن تعلمهما، وأيضا المكون المعرفي، فالتفاؤل حسب "سنايدر" 2004، نشاط معرفي عكس التعلم. (العاسمي، 2016، 244-248)، (حجازي، 2012، 115).

يرى "ليبنز"، أن العالم هو أحسن العوالم الممكنة وأن الشرور مفيدة وضرورية لخير أعظم، "فولتير" رفض تفاؤل "ليبنز"، وشك "هيوم" بقدرة الإنسان الوصول إلى يقين هذه المشكلة المتصلة بشقاء الإنسان وسعادته، ودعم التفاؤلية "ديكارت" و"سبينوزا" بإيمانهم الراسخ أن الشر محدود. (العاسمي، 2016، 251-252). وحتى نهاية السبعينيات، اعتبر التفاؤل عجزاً نفسياً، أو علامة على عدم النضج أو ضعف الشخصية أثناء إجراء تقييم متوازن للآفاق المستقبلية، هذه النظرة السلبية للتفاؤل يمكن إيجادها في العمل من فولتير (1759)، الذي أصر الدكتور بانجلوس بسذاجة على أننا نعيش في أفضل العوالم الممكنة، بورتر (1913) بوليانا، الذي احتفل بالسوء، وتحليل سيجموند فرويد (1928) للدين باعتباره وهماً متفائلاً.. (Alan, 2004, 79) أشار ماتين وستانج (1978) أن اللغة والذاكرة والتفكير تكون ايجابية بشكل تلقائي وانتقائي، أما تايجر (1979) يرى في كتابه "بيولوجية التفاؤل" أن التفاؤل جزء أصيل من الطبيعة البشرية ويتطور بتطور القدرات المعرفية إضافة إلى القدرة البشرية للثقافة. ويرى فرويد (نظرية التحليل لنفسي) أن التفاؤل هو القاعدة العامة للحياة وان التشاؤم لا يقع في حياة الفرد إلا إذا تكونت لديه عقدة نفسية، وتؤمن النظرية أن الرضاعة الطبيعية من ثدي الأم تعطي نوعاً من التفاؤل والأمل والتوقع السعي، أما فييل وهال (2011) (نظرية التعلم الاجتماعي)، يريا أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات والأهداف والطموحات وفعاليات الذات، تعمل هذه البنية بشكل تفاعلي بالتعلم بالملاحظة عن طريق المنبه والاستجابة والتعزيز، فتتكون التوقعات الايجابية (تفاؤل) أو السلبية (تشاؤم) في المستقبل بحسب الموقف وترتبط قوة التوقع بحسب المجتمعات والثقافات (سليغمان، لي، لهمان، هاين، شانغ (1995—1997)، في حين طور شاير وكافر عام 1981 (نموذج تنظيم الذات)، يركز على تحقيق أهداف السلوك وأساليب الأفراد لتحقيقها، فيزيدون من مجهوداتهم (المتفائلون) أو يقللونها (المتشاؤمون)

بحسب معالجتهم التقديرية للموقف، كما يركز النموذج على الشعور بالثقة (قيم وأفكار) أو الشك في تحقيق هذا الهدف، وهناك أدلة تربط بين التشاؤم والبقاء على قيد الحياة لدى مرضى السرطان كدراسة شولتز وآخرون (1996) فالمعانون من السرطان لمدة 8 أشهر ثلثهم مات بينما الأقل تشاؤما بقوا على قيد الحياة فترة أطول. و أشار شاير وكافر (1980) إلى الفروق الفردية في التفاؤل، وأن توظيفه يعد إستراتيجية فعالة للتغلب على الضغوط والاحباطات، وهو سمة من سمات الشخصية، وترتكز النظرية على التوقعات المتفائلة "نزعة التفاؤل" وهي قريبة من الأمل وأكدت دراسة (2001) على وجود ارتباط موجب بين التفاؤل والصحة النفسية والجسدية وارتباط سالب بين التفاؤل وانخفاض ضغط الدم الانقباضي واليأس والعدوانية... (العاسمي، 2016، 249-256)

وتبين أن للتفاؤل رأيان، رأي سليغمان ورأي وسنايدر، فتبنى الأول الأسلوب التفسيري، بشكل غير مباشر لدراسة التفاؤل، يحدد المعتقدات على أساس التجارب السابقة، يستند إلى أن نمط الشخص المتفائل، يتسم بمجموعة من الصفات تشكل بطريقة نظريته وشرح خبراته السابقة، وأنماط الصفات تقاس بأسلوب الاستبيان حول استجابات الأفراد ومعتقداتهم لأسباب سيناريوهات مختلفة في الحياة (الداخلية مقابل الخارجية، مستقرة مقابل غير مستقرة، المحدودية مقابل الشمولية أو الانتشار) (سليغمان، 1998، 1999) وتخصص نتائج الاستبيان لاحقا تفصيليا لدراسة التفاؤل وتحديد صفات سلبية (بأساليب معرفية أو سلوكية) قد تغيرت عن طريق العلاج. لكن استخدام نظرية الصفات معقدة للفهم وتستند إلى التقدير الذاتي (شاير وآخرون، 2000) فالتوقعات المستقبلية بناء على الخبرات السابقة الايجابية لكن بعض الخبرات والذكريات غير المسيطر عليها سلبية (عوامل خارجية) قادرون على تجاوزها مستقبلا فلديهم إذن نمطا تفسيريا ايجابيا أو متفائلا عكسهم من يلومون أنفسهم للمصائب والنكسات (عوامل داخلية) فلهم نمطا تفسيريا سلبيا أو متشائما، هذا النمط أوجده سليغمان وسنايدر يشيران إلى أن العامل الوراثي والعامل المكتسب له دور مهم في اكتساب التفاؤل أو التشاؤم، وهناك ثلاث أبعاد للتفسيرات التقليدية: مركز السببية (تفاؤل داخلي مقابل تفاؤل خارجي) ويشتمل على العزو الداخلي والخارجي. بعد الثبات (لتفاؤل المستقر مقابل التفاؤل غير المستقر) ويرجع إلى العامل الزمني للسبب (يتغير ويثبت عبر الزمن). الانتشار أو الشمولية (التفاؤل المحدود مقابل الشمولي) بتعميم العزو (الخصوصية والتعميم) أضافه تسيدال وسليغمان (1978) تعزى مبررات التفاؤل لدى البعض تجاه الخبرات السلبية لعوامل خارجية عن الذات غير مستقرة ومستمرة ومحدودة على بعض مجالات الحياة. (العاسمي، 2016، 256-257)

هناك ثلاث أبعاد رئيسية مهمة يستخدمها الفرد دائما لكي يفسر سبب وقوع أي حدث جيد أو سيء: الاستمرارية أحيانا مقابل دائما، يعتقد الناس أنهم سبب الأحداث السلبية والتجارب السلبية ملازمة لهم. الانتشار/التعميم مقابل التحديد، تعميم اثر الأحداث...، يؤدي هذا التفسير بالفرد إلى اعتقاد الحث السيئ يؤدي إلى حدوث مشكلات كثيرة مستقبلا، وهذا الانتشار (التحديد مقابل التعميم) يستند على طريقة الناس التي تسمح للظروف المؤسفة أو المؤلمة أن تؤثر على حياتهم كلها. التخصيص الداخلي مقابل الخارجي، يفوق هذا التفسير حدود الانتشار والاستمرارية ويعني تحديد الشخص المسئول عن الخطأ، فيلقي الطفل اللوم على نفسه(داخلي) أو يمكن أن يلقيه على الآخرين أو الظروف (خارجي)...، ويرى سليغمان أن المتفائلين يعتقدون بوجود استمرارية الأسباب الشخصية المؤدي إلى الأحداث الايجابية في حياتهم، فيسعون إلى تعزيز وتدعيم هذه الأسباب (نقاؤل متعلم) عكس العجز المتعلم أو المكتسب، فالتقاؤل المكتسب يدفع صاحبه إلى إتباع أساليب أو سلوكيات ايجابية تمكنه من تحقيق أهدافه المستقبلية...، والتقاؤل ينطوي على المكونات المعرفية والعاطفية (أسلوب سليغمان في النظرية التفسيرية) ومكونات تحفيزية (نظرية التنظيم الذاتي لشاير وكارفر) فتؤثر بالتالي على مجموعة متنوعة من المواقف والسلوكية. وقد وضع سليغمان مقياسا للتقاؤل المتعلم من 48 عبارة، كما صمم ديمبر وآخرون (1989) مقياسا للتقاؤل والتشاؤم. ومقياس للتقاؤل العلاجي لدى الأطباء نحو مرضاهم من 10 بنود، صمم بطريقة ليكرت. الثاني، نموذج التقاؤل الطبيعي أو المعتقد المباشر، هو محاولات لدراسة التقاؤل من خلال معتقدات الأفراد اتجاه الأحداث الحياة في المستقبل، يتم قياسه مباشرة، ك: "مقياس خبرات التوجه الحياتي المنقح" (LOT-R) (العاسمي، 2016، 262)، ارتبطت درجاته المرتفعة بالشفاء من عمليات الشريان التاجي كما تعامل بفعالية مع مرض الايدز، السرطان بأكثر سهولة وسهل التكيف مع الحمل وعمل على إطالة العلاج من إدمان الكحول... (لوبيز وآخرون، 256-257)، وضعه شاير وكارفر (1987) (Life Orientation Test) يتكون من 10 عبارات، أيضا "نموذج الاعتقاد المباشر" (كارفر، شاير 1994)، إن الدراسة المباشرة للمعتقدات حول التقاؤل تسمح بدراسة التقاؤل مع المتغيرات المعروفة الأخرى التي تشجع على تعزيز الجوانب النفسية والجسدية (شاير وآخرون، 2000) فلذلك فاستخدام نموذج نمط الصفات يبدو أفضل طريقة لفهم لماذا الناس هم متفائلون أم متشائمون، في حين أن نموذج المعتقد المباشر هو أكثر قدرة فقط على قياس فيما إذا كان الشخص لديه تقاؤلا أم تشاؤما.

(العاسمي، 2016، 258 - 275)، (Alan, 2004,87)، (Hefferon & Boniwell,

2011,95-98)

والتفاؤل أنواع، دينامي، حسب "مور" اتجاه عقلائي ايجابي نحو الإمكانيات الفردية والجماعية...، استعدادي، وظيفي أو استراتيجي، أول من استخدمه كارفر وشاير (1992) عند دراسة نموذج التنظيم الذاتي القائم على فكرة توجيه السلوكيات نحو أهداف محددة، واقعي، مزيج من التفاؤل والواقع (3 نماذج في الماضي والحاضر والمستقبل (سنايدر، 2001) أول نموذج "صالح مبدأ الشك" طريقة تصنيف التجارب السابقة و يمكن الحكم عليها بطريقة واقعية أو غير واقعية، الثاني "مبدأ لحظة تقدير" يعطى معنى للحياة الشخصية بأكثر متعة، يتمتع الفرد بقدراته وإمكاناته، الثالث، توقع "غير الواقعي للتكيف" محاولة مقارنة التحيزات غير الواقعية المرتبطة بالتفاؤل مع الخصائص، حفز الهمم للتكيف، واقعية ايجابية لحالتهم، وعن قدرتهم للتعامل مع الأحداث). غير الواقعي، نزعة داخل الفرد لتوقع حدوث الأشياء الايجابية أكثر مما تحدث، يعرفه بيتر وبراون وتايلور "تحيز التفاؤل" شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع أو مظاهر تؤدي إلى هذا الشعور مما قد يتسبب في حدوث النتائج غير متوقعة، ظهر في دراسة تايلر أن التوقعات غير الواقعية إزاء الأحداث المستقبلية خصوصا الصحية تدفع الأفراد إلى عدم ممارسة السلوك الصحي الجيد، أما وينستين يفسره بالخطأ المعرفي لبعض الأشخاص إما لتأثرهم بالآخرين أو انغلاقهم وتمركزهم حول ذواتهم، حسب أنغر وماريسون (1999) هو نتيجة انخفاض نسبة الذكاء وقلة المهارات العقلية للفرد ما يؤدي إلى عدم تقدير للأحداث السيئة بشكل جيد، يتفق جل الباحثين أن سمة التفاؤل غير الواقعي قد تكون سببا في التعرض للمخاطر نتيجة سوء التقدير، روثيق وآخرون (2004)، والتفاؤل المقارن نظرة الشخص إلى الآخر وتوقعه في الحياة مقارنة به، الساذج، سمة التفاؤل الدفاعي أو التفاؤل المتحيز أو الساذج والتفاؤل العصابي والدفاعي، والتفاعل غير الواقعي. (العاسمي، 2016، 262 - 266).

علما وأن للتفكير التفاؤلي عوامل تساهم فيه، لها علاقة بطبيعة كل مجتمع وعاداته وتقاليده، وظروفه الاقتصادية والاجتماعية والثقافية...، أهمها: (العوامل البيولوجية: المحددات الوراثية على الخصوص تحدد سمة التفاؤل، كما يشير الباحثون أن البيئة والوراثة تعملان على توجيه الوراثة إلى ما يتفاعل به أو ما يتشاعم. العوامل الأسرية: التربية الأسرية وما تغذيه للأبناء بالنظرة الايجابية للمستقبل والتفكير المنطقي الايجابي، تنتج ثمارا طيبة من الفضائل والخصال الحميدة كالحب والتفاؤل والأمل والسعادة، فتتولد توقعات النجاح. العوامل الاجتماعية: التنشئة الاجتماعية، اللغة، العادات، القيم والاتجاهات السائدة في المجتمع، لها دور في نشأة هذا المفهوم والميل الى التفاؤل أو التشاؤم. فلبينة والثقافة دور كبير في تحديد التفاؤل بين الجنسين. العوامل الاقتصادية والسياسية: التراجع الاقتصادي

يؤثر على أهداف الحياة التي يضعها الشباب. كما وصف سليغمان وآخرون (1984) أربعة مصادر رئيسية أثرت في تطوير أسلوبه التفسيري السلبي للتفاؤل: الأسلوب التفسيري للألم، وردود فعل الكبار مختلفة الأداء على أساس عوامل: نوع الجنس، العوامل الوراثية، الفقدان أو الانفصال المستمر والقاسي، والتجارب المؤلمة قبل سن الثامنة. أيضا المعلمين، المدراء، وسائل الإعلام... (العاسمي، 2016، 269-272).

2.2.1.2. بروتوكول تطوير وتثبيت الموارد المعرب:

بروتوكول تطوير وتثبيت الموارد (DIR) ليدز (1995)، وكما أوضح ليدز (1998؛ Leeds & Shapiro، 2000)، أولى العديد من معالجي EMDR اهتمامًا خاصًا بمرحلة الاستقرار واستخدام EMDR لتطوير الاقتراحات الإيجابية وزيادة التأثير على التنظيم الانفعالي.

قد يجد المعالجون، أنه من المفيد استكشاف موارد العميل في غضون ثلاثة مجالات خبرة واسعة:

1. **موارد الإتيان**، وتشمل: ذكريات العميل الخاصة عن الاستجابات المواقبة الأخيرة أو الماضية وتجارب الرعاية الذاتية الفعالة وتهدة الذات، موقف جسدي أو حركة تثير حالة عاطفية وظيفية أو قدرة على الاستجابة.

2. **موارد علائقية**: ذكريات القدوة الإيجابية - كالأشخاص الذين يعرفهم العميل أو يعرفهم الآن شخصيًا، أو شخصيات من الكتب أو القصص أو الرسوم المتحركة أو الأفلام أو التلفزيون - الذين أظهروا قدرات يرغب العميل في دمجها مثل الشجاعة والمثابرة أو تحديد الحدود أو قول الحقيقة، ذكريات الآخرين الداعمين - كمقدمي الرعاية، الأقارب، المعلمين، وشخصيات السلطة الإيجابية، الأقران، أو الحيوانات الأليفة - الذين قدموا مهددًا أو رعاية أو عاطفة أو حماية.

3. **موارد رمزية**، تتضمن: ذكريات لأشياء من العالم الطبيعي، كالمحيط، صخرة، شجرة، بالإضافة إلى الرموز والتجارب الدينية والأصلية والطوطمية وعبر الشخصية، الأشكال أو الرموز من الأحلام أو أحلام اليقظة التي تعبر عن قدرة العميل على الأداء التكيفي، الرموز أو الصور التي تم تطويرها أثناء تمارين الصور الإرشادية، كصورة شخص متكامل، حيوان يمثل القوة، أو المحيط، الذي يستمر، الذكريات أو الصور أو الأيقونات أو الأشكال الطوطمية من الثقافية أو الدينية أو مصادر روحية، صور من الأعمال الفنية أو غيرها من المساعي الإبداعية. أو القصص التي يقدمها المعالج التي توضح الأفكار الجديدة أو وجهات نظر للوصول إلى الموارد الإيجابية واستخدامها (التي يمكن تشغيلها في الجلسة)، التي تثير حالة عاطفية إيجابية، صورة لحالة الهدف الإيجابي أو الذات المستقبلية.

قد يحتاج تطوير الموارد لفترات طويلة، ويتم تطويرها عادة من خلال النمذجة المناسبة من قبل مقدمي الرعاية والشخصيات القيادية، والتعليم في المبادئ العملية والأخلاقية، والقصص والاستعارات. سيجد المعالجين أن بعض العملاء يفتقرون إلى الموارد اللازمة في شكل يمكن تثبيته مع التحفيز الثنائي. فيلجئون لاستخدام المزيد من التدخلات الأساسية لتنمية الموارد بسلسلة من الجلسات حتى يتم تطويرها بشكل جيد بما يكفي لتثبيتها بالتحفيز الثنائي. تم العثور على استراتيجيات تنمية الموارد هذه في كثير من أنواع العلاج النفسي. يمكن أن تكون مركزة وإلزامية، يمكن أن يخدم التحالف العلاجي كمورد.

لـ DIR احتياجات كفحص العملاء للكشف عن وجود اضطراب انفصامي قبل العلاج بـ EMDR، وهو ضروري أيضاً قبل تقديم DIR. أيضاً المصابين باضطراب انشقاقي، فاستخدام DIR مع تغيرات غير جاهزة (حالات الأنا) أو مع تضاربها يمكن أن يعرض المصاب لخطر الاستجابات غير المخطط لها أو ضائقة طويلة الأمد من خلال اختيار الموارد أو التدخلات غير الملائمة، والتي تشكل تهديد لأجزاء أخرى من النظام الذاتي له. الانتباه لمن لديهم تاريخ من الإهمال المبكر العميق قد لا يتمكنون من تحمل التأثيرات الإيجابية وتعديلها. قد تؤدي محاولات تنفيذ إجراءات DIR معهم إلى عدم حدوث أي تغيير أو ردود سلبية، مثل الارتباك أو زيادة القلق، بسبب محدودية التأثير الإيجابي المحدود أو التغيرات السريعة التأثير الشائعة في DIR.

DIR، هو إجراء مبتكر ومرن يجب تكييفه مع الاحتياجات الفريدة لكل حالة، ويتعين على المعالجين تحديد العبارات المناسبة لكل حالة من عبارات كل خطوة. (Shapiro, 2001, 334-436). وقد عرب الباحث البروتوكول، تماشياً مع لغة الدراسة والعمل البحثي، وتجنباً الدراسة الإحصائية (صدق الترجمة والثبات) كون البروتوكول ليس اختباراً ولا مقياساً بل مجموعة إجراءات، وعباراته كما قالت "شابيرو" "تحديد العبارات بحسب كل حالة". (Shapiro, 2001, 436)، أي بلغتها ولو بالعامية أو (الدارجة)، وقد تحصل الباحثان على دراسة جزائية حديثة عنوانها "تكييف بروتوكول EMDR" وهدفها "إصدار نسخة عربية عن البروتوكول EMDR" لكن الدراسة الإحصائية لأثر وفعالية البروتوكول على المصابين باضطراب PTSD. (مجاهدي وميموني، 2018، 203)

المرحلة 1: تحديد الموارد اللازمة

- تعليمات كلاسيكية: "أود أن تفكر في موقف صعب بشكل خاص في حياتك الحالية. عندما تفكر فيه، ما هي الصفات أو الموارد أو نقاط القوة التي تفتقر إليها والتي ستحتاجها لمواجهة الموقف؟ كيف تريد أن تفكر في نفسك في هذا الموقف؟ كيف تريد أن تشعر؟"

أو:

- تعليمات بديلة ممكنة: "أود أن تفكر في حالة الحياة (العمل، الرياضة، الحياة الأسرية) التي ترغب في تحسينها أو التي تريد أن تكون فيها أكثر كفاءة. عندما تفكر في هذا الموقف، ما هي الصفات أو الموارد أو نقاط القوة التي تفتقر إليها والتي ستحتاجها لمواجهة الموقف؟ ماذا تريد أن تفكر في نفسك في هذا الموقف؟ كيف تريد أن تشعر؟"

الإجابات المحتملة هي:

"أود أن أشعر بأني أقوى وأكثر أمانًا وأكثر ارتباطًا وأكثر شجاعة، أكثر ثقة، أكثر تصميمًا، أكثر مرونة...، أحتاج إلى تعزيز ثقتي...، أريد أن أؤمن بنفسِي...، أريد أن أكون قادرًا على الهدوء...، أريد أن أكون قادرًا على التسامح وأسير انفعالاتي وأحاسيسي... أريد أن أشعر بالحب... "

المرحلة 2: استكشاف وتطوير الأنواع المختلفة من الموارد.

(اختر أ أو ب أو ج حسب الاقتضاء)

أ. تجارب وصور مرتبطة بالنجاح

"فكر في وقت شعرت فيه... [أمثلة: قوي (ة)، واثق (ة)، هادئ (ة)، قادر (ة) على تحمل مشاعرك]. فكر عندما كنت، أو يمكنك أن تكون قادرًا، على التصرف بمزيد من... [أمثلة: الثقة بالنفس، والشجاعة، والمرونة]."

"في أي مواقف الحياة كنت قادرًا على الحصول على هذه الجودة أو هذا الشعور أو ترغب فيه؟ هذا يضعك في علاقة مع أجزاء معينة من نفسك [أمثلة: الجزء الذي تصفه بأنه حكيم، محترف، محارب، متحكم...]."

هل تستطيع رؤية صورة أو تبني صورة لنفسك في الآتي [أو المستقبل] حيث سيكون لديك الصفات حيث الموارد التي تتحدث عنها هنا، وتفتقدها وتحتاجها هنا؟ "

ب. الموارد العلائقية (نماذج وأرقام مرجعية).

"فكر في الأشخاص في حياتك الحالية أو الذين كانوا جزءًا منها في ماضيك، يمتلكون أو يجسدون حسبك هذه الجودة. فكر في هذا الشخص يمكن أن تجده في الزاوية، يصفق لك، سيدريك ويساعدك على الشعور... [أمثلة: أقوى، أكثر ثقة، إلخ.]. فكر في أصدقائك، والديك، والمعلمين، ومقدمي الرعاية، المعالجين. فكر في الأشخاص في أي مكان في العالم الذين يمتلكون هذه الجودة أو يحتوونها أو يجسدونها ويمكنهم أن يكونوا قدوة لك [أمثلة: نجوم التلفزيون والشخصيات العامة. يمكن أن تكون أيضًا

شخصيات من الكتب أو الأفلام أو القصص المصورة]. فكر في الموجهين إذا كان لديك منهم، أو الأشخاص الذين لعبوا دورًا مهمًا في حياتك. هل لديك مرشد روحي أو شخص أو شيء يمنحك الأمل؟ هل هناك حيوانات تربطها بهذه المشاعر الإيجابية أو الصفات؟

ج. الاستعارات والموارد الرمزية.

"فكر في كل الصور أو الرموز أو الاستعارات التي من شأنها أن تساعدك على الشعور... [أمثلة: الهدوء والسلم والمحبة والحماية...].

فكر في الصور أو الرموز الإيجابية التي استخدمتها في أعمالك الفنية، رسوماتك [مثال: شجرة يمكن أن ترمز إلى القوة والمرونة]".

المرحلة 3: تنمية الموارد: الوصول إلى مزيد من المعلومات.

العمل على مورد واحد في كل مرة. "عندما تفكر في... [أمثلة: الخبرة، الشخص، الرمز، وما إلى ذلك]، ماذا ترى؟ ما هي أحاسيسك؟ ما هي الانفعالات التي تنتابك؟ ما هي الأحاسيس التي تشعر بها في جسمك؟ "

المرحلة 4: التحقق من المورد.

"عندما تركز على... [كرر وصف الصورة] والتي ترتبط بها... [كرر وصف المشاعر والأحاسيس والروائح والأصوات وما إلى ذلك]، كيف تشعر؟ [تحقق مما إذا كان للتداعي تأثير إيجابي. تحقق مما إذا كان المريض يتحمل الاتصال بالمورد دون دلالات أو تأثيرات سلبية.] كيف تشعر الآن؟ "

بعد ذلك أضاف ممارسو EMDR مقياسًا تم الإبلاغ عنه ذاتيًا

سجل من 1 (خاطئة تمامًا) إلى 7 (صحيحة تمامًا) لتقييم مستوى الملائمة بين الموقف الإشكالي والمورد. هذا جانب مثير للاهتمام من الإجراء، والذي يسمح لك برؤية المؤشر يتطور طوال الإجراء.

"عندما تفكر في الموقف... [وضع إشكالي] كذلك في المورد [يجب تكرار ذلك لكل مورد إذا كان هناك العديد] الذي ترغب في العمل عليه، تضع علامة على مقياس من 1 (خطأ تمامًا) إلى 7 (صحيح تمامًا) تشعر أنه حقيقي كفاية بين الاثنين؟ "

المرحلة 5: تثبيت الموارد.

"ركز الآن على... [كرر الوصف الحرفي للمريض الصورة، فضلًا عن العواطف والأحاسيس المرتبطة بها] و اتبع أصابعي [إذا كانت حركة العين، إذا كانت شيئًا آخر فقم بتكييف التعليمات مع نوع التحفيز]".

ثم يقدم الممارس عدة سلاسل قصيرة (6 إلى 12) من التحفيز الثنائي. بعد كل مجموعة، يسأل الممارس نفس السؤال: "ماذا تشعر أو تلاحظ الآن" لا ينبغي أن يستمر التحفيز الثنائي إذا أبلغ المريض عن ارتباطات سلبية. سيتم احتواء المادة السلبية إما عن طريق استدعاء خيال المريض، من خلال عرض إبداعها في حاوية من اختياره (خزنة، مكتب المعالج، إلخ)، أو عن طريق اقتراح بدء العملية مرة أخرى بمورد آخر.

المرحلة 6: تعزيز الموارد: الربط بالمؤشرات اللفظية والحسية.

"تخيل المضي قدماً قليلاً في هذا المورد [اعتماداً على المرحلة 2، اختر أ أو ب أو ج]."
"عندما تتذكر أو تسجل الدخول إلى هذه التجربة [تجربة النجاح]، ما هي الكلمات الأكثر إيجابية التي يمكنك العثور عليها لنقول شيئاً إيجابياً عن نفسك الآن؟"
"عندما تفكر في هذا الشخص [موارد العلاقة] وذاك تتخيلها بجانبك و تعطيك و تخبرك ماذا ما تحتاجه، تخيلها كعملية دمج تدريجي بينك وبينها. ما هي الكلمات الأكثر إيجابية التي يمكنك العثور عليها لنقول شيئاً إيجابياً عن نفسك الآن؟"
"تخيل الآن هذا المورد [الاستعارات والموارد الرمزية] بين يديك. تخيل أنك محاط بهذه الصورة أو هذا الشعور. تخيل، تنفس هذا الشعور، ولاحظ في هذا الصدد جسمك، ستشعر أن هذه النوعية الإيجابية تتجلى".

واصل مجموعات التحفيز الثنائية طالما أنه يبدو العلاج مفيداً ويحسن الطبيعة الإيجابية للموقف.

المرحلة 7: إنشاء سيناريو للمستقبل.

"تخيل أن لديك هذا المورد في المستقبل عندما تواجه... [وصف المأزق الذي تم تحديده سابقاً]. كن واعي (ة) بموردك".

استمر في سلسلة قصيرة من التحفيز الثنائي طالما أن العلاج يبدو مفيداً.

"عندما تفكر في الموقف... [وضع إشكالي] كذلك في المورد [قم بذلك لكل مورد إذا كان هناك العديد]، أعملنا، كم على مقياس تم تقييمه من 1 (خطأ تماماً) إلى 7 (صحيح تماماً) تشعر أن الملائمة صحيحة بين اثنين؟". يمكن تكرار هذه العملية لكل من الموارد التي يرغب المريض في تعزيزها.

(Tarquinio et Tarquinio, 2015, 90-92)

الروحانية كمصدر للموارد.

لاحظ العلماء أن المصابين بالصدمات وخروجهم منها، المفروض تظهر عليهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، لكن تبين على بعضهم مظاهر ايجابية نمائية هي الشعور بمزيد من القوة والصلابة والقدرة على التحمل والمجابهة، واتخذت الحياة معنى جديد ورؤية جديدة وبروز أهمية القيم والروحانيات... (حجازي، 2012، 65).

وقد عرف Hill وآخرون (2009) الروحانية، المشاعر والأفكار والسلوكيات التي تنشأ من عملية البحث عن المقدس. يرى Pargament و Mahoney (2009)، أن البحث عن المقدس هو الذي يستطيع فيه الناس القيام بعدد لا متناه من المسارات في محاولاتهم لاكتشاف المقدس والبقاء معه. أما Emmons وآخرون (1998)، يعتبرون مسارات البحث عن المقدس، هي كفاح روحاني يتضمن أهداف شخصية ترتبط بالاهتمام المطلق بالغرض والأخلاق ومعرفة التسامي. (لوبيز، جنيفر وسنايدر، 2018، 351).

فرق Bergin و Reherds (1997)، بين مصطلحي الروحانية والتدين Spirituality and Religion، واعتبرهما متداخلان ويصعب التفريق بينهما ويستخدمان بالتبادل، والكلمة اللاتينية Spiritus تعني قوة الحياة life Force، بمعنى المعنى والغرض من الحياة...، لكن، Hill و Pargament (2003) يفترض أن البحث عن المقدس يقع وراء الروحانية والتدين، والروحانية مصطلح عالمي يشمل الوجودية (المعاناة، الشر، الموت...) ويفرق علماء النفس بينها وبين التدين، أما Pargament (1997) ربط الروحانية بالوجدانية والبحث عن المعنى والتسامي...، والدين بالتنظيم المؤسسي والطقوس والايديولوجيا، ويرى Zinnbauer (1997) أن علماء علم النفس الديني، يعتقدون الدين يعبر عنه فرديا أو مؤسسيا (المؤسسة الدينية) والروحانية هي البعد الأساسي لهذا العلم، ولا يزال هناك جدل في تعريف الدين والروحانية. (العاسمي، 2016، 448-449).

هناك إجماع من أن الروحانية حالة ذهنية ايجابية يمر بها معظم البشر، ويؤكد "بيترسون" و"سليغمان" (2004) أن الروحانية هي قوة التسامي، وحسب دراسة لـ Mahoney وآخرون (2005)، فالكفاح الروحاني والبحث عن المقدس قد يؤدي إلى الغاية والمعنى من الحياة والمستوى الأعلى من الالتزام الروحي قد يزيد من مستويات الأمل والتفاؤل، حسب (Ciarrocchi وآخرون، 2008)، والروحانية والانفعالات الايجابية هي في علاقة تبادلية سببية، كما تفيد الروحانية طبقا لـ (Holt وآخرون

(2011) في أوقات المعاناة، في السرطان وفي الأمراض المزمنة عموماً وعند العناية بالمسنين... (لوبيز، جنيفر وسنايدر، 2018، 352-353).

3.2.1.2. بروتوكول أحسن أداء (أو بروتوكول الأداء الأمثل) (le Peak Performance de) (Foster et Lendl, 1996)

تم إنشاء بروتوكول الأداء الأمثل بواسطة Foster و Lendl بين 1996 و 1997، عن طريق الافتراض أن طريقة مثل EMDR يمكن تطبيقها على التسوية والخوف والشل وإعادة معالجة الصعوبات الحالية. يمكن أن يساعد الناس أيضاً من خلال تطوير قدراتهم لمستقبل أكثر إنتاجية وإبداعاً. فلسفياً، يؤكد بروتوكول الأداء الأمثل EMDR ما هو إيجابي في الدليل الحالي للعميل، ما هو ممكن للمستقبل، وكيف لهذا الاحتمال أن يظهر نفسه في حياة العميل. يسمح بروتوكول الأداء الأمثل في تحسين أداء العمل، وتقليل قلق الأداء الذي يعاني منه الفنانين والمبدعين والناجحين، والاستعداد للمسابقات والانتعاش، الإصابة النفسية للرياضيين. هذا التوجه الفلسفي يقود بطبيعة الحال بالممارس لاعتماد منظور غير مرضي، ولكنه فعال ومفيد في تقييم الوضع الحالي للعميل وتحسين إمكاناته. في الواقع، يسمح هذا النهج لأخذ اهتمام مباشر بالقوى. (Laizeau, Krumm et Tarquinio, 2012, p 195)

كما عرف ببروتوكول تحسين الأداء النفسي، (EMDR-PEP)

Performance Enhancement Psychology Protocol يوجه إلى: قلق الأداء، معتقدات الهزيمة الذاتية، تثبيط السلوك، ما بعد الصدمة، الإجهاد، والشفاء النفسي من الإصابة للفنانين المبدعين، وأداء الموظفين في مكان العمل، الرياضيين...، كما يمكن أن يكون EMDR-PEP مفيداً للغاية في الشكاوى غير المرضية اليومية مثل التسوية، والخوف من الفشل، والانتكاسات، وتحولات الحياة...، EMDR-PEP وجهة نظر كاملة (الجسم والعقل والروح)، تشمل الأداء الأمثل في العمل والحياة، منظور يلهم العملاء لتحديد نقاط قوتهم ومجالات تحسين وترتيب أولويات عملهم وفقاً لذلك، ويعتمد EMDR-PEP على نظرية ماسلو، وعلم النفس الإيجابي (دراسات موثقة أثبتت ذلك). (Marilyn, Luber, 2009, 377).

يحتوي البروتوكول على موارد، بحيث يتم توجيه إجراءات الموارد نحو راحة البال والتمكين، بما في ذلك توليد شعور العميل بالأمل وإمكانية تحقيقه لأهدافهم في حياة كاملة ومرضية (فوستر، 2012)، تحديد أي عجز في المهارات المطلوبة لتحقيق النجاح هو أيضاً أمر حاسم، ويتم دعم العملاء في

اكتساب المهارات المفقودة قبل إعادة المعالجة، وإذا كان العميل يشعر بالقلق والشعور بالضييق من المهارات التي لا يمتلكها حالياً، تجرى محاولات لإعادة معالجة القلق فهي لن تكون ناجحة بالكامل" (فoster، 2012)، فيتم استخدام الصور الموجهة لتطوير مكان آمن، والوصول والاستشارة الداخلية للمدرب أو المستشار أو فريق الدعم؛ ولتثبيت التجارب السابقة الناجحة والتدريبات العقلية للنجاح في المستقبل، بمجموعات بطيئة وموجزة (6-12) للعين تستخدم الحركات لتعزيز الارتباطات الإيجابية بالموارد. (Murray, 2016, pp 178, 179).

- بروتوكول EMDR Peak Performance

(ليندل، فوستر، 1997؛ فوستر، 2012) إنه امتداد لبروتوكول EMDR الأساسي (فوستر، ليندل، 1996)، تم تطويره لتحسين الأداء في العمل وتقليله للقلق من الأداء، وتحسين التحضير للمسابقات والشفاء النفسي بعد إصابات الرياضيين، ولأداء الأقصى، أنشأه Lendl and Foster عام 1997، يمكن أن يساعد الناس لتطوير قدراتهم ليكونوا أكثر إنتاجية وإبداعاً. يؤكد هذا البروتوكول على ما هو إيجابي في الشخص، لاستثارته، يعتمد على كتابات ماسلو (1968) و"الحركة من الإمكانيات البشرية"، ولدت هذه الحركة داخل الثقافة المضادة خلال الستينيات في الولايات المتحدة، إذ يقوم على فكرة أن بعض الموارد النفسية والروحية في الغالب غير مستغلة، ويتطلب تطبيق هذا البروتوكول خبرة جيدة في استخدام البروتوكول القياسي، وهو علاج فعال للأحداث في الحاضر، قدمه في فرنسا Regourd-Laizeau في أعماله (Regourd-Laizeau، Tarquinio، Martin-Krumm، 2012).

- بروتوكول ذروة الأداء (Lendl، فوستر، 1997)

المرحلة 1: اختيار هدف العمل.

قد تكون المشكلة المقدمة موضوعاً شائعاً أو مشكلة في العمل أو حالة في البحث عن أداء العملاء.

المعالج النفسي: "ما الذي يقلقك الآن عملاً/ في موسيقاك/ فن/ رياضة؟ الصورة التي تمثل التحدي...96 التي لديك حالياً في العمل [أو احتمال البدء] لها تعمل على نحو أفضل؟ ما هي الكلمات التي تتماشى بشكل أفضل مع هذه الصورة والتعبير عنها، المعتقد السلبي لديك الآن؟ عندما تحضر هذه الصورة [متعلقة بالعمل أو الفن أو الرياضة]، ما رأيك أنت الآن؟ "

المرحلة الثانية: إعداد المريض وتطويره للموارد والتثبيت.

المعالج النفسي: "تخيل مكانًا حقيقيًا أو افتراضيًا تتواجد فيه وتشعر بالحماية والهدوء والسكينة، لاحظ المشاعر والأحاسيس جسديًا عندما تتخيل نفسك في هذا المكان، فكر الآن كيف يمكنك أن تأخذ دقيقة أو دقيقتين مكثفة من يوم العمل، لإعادة إنشاء هذا المكان الآمن وهذا الشعور بالرفاهية، تصور الذهاب إلى هذا المكان الآمن أثناء جلوسك في مكان عملك".

- إنشاء مستشار داخلي:

المعالج النفسي: "تخيل شخصًا حقيقيًا أو افتراضيًا يمكنه أن يكون مصدرًا داخليًا لك، مثل المدرب الداخلي؟، هو - هي، يمكن أن يكون جزءًا منك، مثل نفسك أو حكمتك الداخلية، تخيل أن صوت هذا الشخص يهدئك عندما تشعر بشكل سيء أو محبط، مما يذكرك بنقاط قوتك ومواهبك وصفاتك الإيجابية"

- إنشاء فريق دعم داخلي:

المعالج النفسي: "تخيل هذا المدرب الداخلي والأشخاص الآخرين الذين يدعمونك ويشجعونك كفريق داخلي، مثل جزء منك يهدف لك، اسمعهم وشاهدهم الآن كما لو كانوا من حولك حقًا، مع التشجيع، يبتسم لك ويقدم لك النصيحة عندما تحتاج"

- قائمة الإنجازات:

المعالج النفسي: "فكر في وقت في الماضي عندما فعلت ذلك، شعرت بمزيد من القوة، أو كان لديك المزيد من السيطرة، أو كنت أسعد بالنتائج التي حصلت عليها، لاحظ المشاعر والأحاسيس الجسدية التي تأتي عندما تفكر في هذه التجارب الناجحة، تخيل أنك تجلب هذه التجارب عمدًا، نجاحات في عقلك عندما تشعر بالإحباط، طريقة لتغيير طريقة تفكيرك لتصبح أكثر قوة وإيجابية".

- المكانة العقلية:

المعالج النفسي: "تخيل في عقلك مساحة داخلية كغرفة مريحة أو مساحة خارجية جميلة، فيها يمكنك الجلوس على كرسيك المفضل أو على العشب تحت الأشجار، تخيل شاشة عرض كبيرة أمامك وتستطيع عليها أن ترى نفسك تفعل الأشياء كما تريد أن تفعلها في المستقبل".

المرحلة الثالثة: التقييم.

الهدف الأول هو تحديد المشكلة الحالية:

المعالج النفسي: "ما الصورة التي ترمز إلى التحدي الذي تواجهه، تواجهه حاليًا العمل [أو احتمال البدء لكي تمثل]؟"

تحديد الإدراك السلبي (CN).

المعالج النفسي: "أفضل الكلمات تنطبق على هذه الصورة والتعبير عن الشعور السلبي [التوتر/ القلق/ الشك] الذي تشعر به، يرتبط بك الآن؟"

تحديد الإدراك الإيجابي (PC).

المعالج النفسي: "ما هي أفضل الكلمات التي تنطبق على هذه الصورة، كيف تريد أن تفكر في نفسك بشكل إيجابي؟"

SUD:

المعالج النفسي: "على مقياس من 0 إلى 10، حيث يعني الصفر" لا شيء اضطراب" و 10" أعلى مستوى من الإزعاج يمكنك تخيله"، كيف تقيم الاضطراب الذي تشعر به؟ الآن ؟ "

المرحلة 4: إزالة التحسس.

إزالة الحساسية من القلق الحالي كما هو الحال في البروتوكول القياسي، للوصول إلى SUD = 0. أحد أهداف هذه المرحلة هو الوصول إلى الأفكار التي تساعد المريض على الربط بينه وبين مخاوف الأداء الحالية والمخاوف أو خيبات الأمل السابقة، تظهر هذه الروابط في معظم الأحيان بطريقة عفوية، إذا بدأ المريض في حبس نفسه ولم يدرك الاتصال بين الحاضر والماضي، يمكن استخدام الجسر المؤثر فقد ثبت أنها مفيدة.

المرحلة الخامسة: التثبيت.

المعالج النفسي: "تخيل الآن المكانة ونوعية الصوت، الإيماءات والمشاعر الإيجابية التي يمكن التعبير عنها أو إظهارها في جسدك عندما تفكر في الموقف المطلوب"

عندما يمكن للمريض أن يتخيل الموقف بوضوح، فإن الممارس يقوم تثبيته بمجموعات قصيرة متعددة (6 إلى 12) من SBA. بعد كل مجموعة من التحفيز الثنائي، يسأل الطبيب نفس السؤال.

المعالج النفسي: "بماذا تشعر أو تلاحظ الآن؟"

لا ينبغي أن يستمر التحفيز الثنائي إذا أشار المريض لتراطات سلبية، سيتم احتواء المادة السلبية إما عن طريق الطلب بخيال المريض من خلال عرض وضعه في حاوية من اختياره (خزنة، مكتب المعالج، إلخ) أيضاً عرض بدء العملية من جديد مع مورد آخر.

لتحقيق أقصى قدر من التأثير، قد يطلب الممارس من العميل الوقوف وتخيل نفسه في مواجهة الموقف بالموارد اللازمة.

يمكن للممارس متابعة أعمال التثبيت دون أي مشكلة في وضعية الوقوف.

المرحلة 6: فحص الجسم مثل البروتوكول القياسي.

المعالج النفسي: "أغض عينيك، ركز على الموقف والكلمات [اذكر الإدراك الإيجابي] والمراجعة الذهنية لجسمك كله، قل لي أين تشعر بشيء؟"
إذا تم ذكر إحساس، فقم بإجراء حركات للعين (محددة اعتمادًا على ما إذا كان الإحساس إيجابيًا أم سلبياً).

المرحلة 7: الإغلاق، كما هو الحال بالنسبة للبروتوكول القياسي.

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم.

عند التعامل مع الأهداف المستقبلية في مرحلة إعادة التقييم (كالشخص الذي يريده المريض أو المهارة التي يريدها تظهر في حالة مستقبلية محددة)، استخدام "الغرفة العقلية" من قبل المريض يمكن أن تكون مفيدة.

المعالج النفسي: "تخيل أنك في هذا المكان الذي يمكنك تمثيل أهدافك والتدرب عليها عقليًا والتخطيط، انظر وأمامك شاشة العرض هذه، الآن تخيل ذلك يمكنك أن تعرض على هذه الشاشة صور نفسك وأنت تفعل... [تذكر ما يريد المريض تحقيقه، كالتحدث أمام الجمهور، يعرض أعماله...]."
بينما يتخيل المريض هذه الصور للمستقبل المنشود من البداية إلى النهاية، يتعامل الممارس مع SBA كما في مرحلة إزالة التحسس كل العوائق التي ترتفع إلى السطح، مع الأخذ باستمرار الشحن حتى لا يعاني المريض من مشاكل أخرى، عندما يذكر مرة أخرى مجمل الأداء المستقبلي المستهدف.
(Tarquinio et Tarquinio, 2015, 96-100).

تطوير وثبيت الموارد (DIR) ليدز (1995)،

في عام 1995، أدخل ليدز (كورن، ليدز، 2002) مصطلحات "تطوير وثبيت الموارد" (DIR) مع مشروع استخدام المحفزات الثنائية لمعالجة المواد الإيجابية (الصور والذكريات والرموز). ويعد تطوير وثبيت الموارد (DIR) لـ Korn & Leeds (2002)، حسب (Ogden وآخرون، 2006)، تدخل علاجي في العلاج النفسي EMDR، على المرضى الذين يعانون من صدمات معقدة على الخصوص، ويتطلب توسيع مفهوم الموارد، ومساهمتها يستدعي موارد عاطفية، معرفية، حسية وعلائقية، استراتيجيات تعزيز الأنا...، بهدف تسيير الطاقة الأساسية (النوم الكافي، الراحة والتغذية)، وتنمية الموارد الجسدية، مثل تثبيت وإدراك جسم الفرد، واستخدام التجارب الحسية الأخرى لتعزيز الحدود والتنظيم وهما مهمان للغاية. (Hart et autre. 2014, E11).

الموارد النفسية هي نوع من الخزان الذي نحن فيه يمكن استغلاله. يمكن أن تكون أحداث الحياة أو المواقف أو الإدراك أو أشخاص حقيقيين و/أو خياليين يمكنهم تنويرنا بشكل إيجابي في حياتنا وتجاربنا. وبالتالي، يركز DIR حصريًا على تحفيز الموارد الإيجابية والوظيفية في شبكات الذاكرة (ليدز، شابيرو، 2000) من خلال تجنب تحفيز أجهزة شبكات الذاكرة المعطلة عن عمد. وهي مستوحاة من طرق تقوية الأنا الناتجة عن التنويم المغناطيسي (فريدريك، ماكنيلز، 1999) وتختلف عنه بإضافة التحفيز الثنائي الخاص بـ EMDR. ويعتقد أن هذه المحفزات الثنائية تؤدي إلى زيادة شدة الانفعالات الحية، الغنية، القادمة من هذه الشبكة الوظيفية المتكيفة. هذا التزايد في كثافة الانفعالات الإيجابية و الارتباطات الوظيفية الجديدة على علاقة بتقوية وعي الأنا. هذا يسمح للمريض بتقوية قدرته على الوصول إلى التكيفات العاطفية والمعرفية والسلوكية. قد تكون شبكات الذاكرة الوظيفية هذه مفيدة بشكل خاص عندما يواجه المريض فيما بعد محفزات أخرى محتملة للإضرار. ولكن يمكن تحفيزهم أيضًا للحفاظ على نوعية حياة جيدة بالفعل أو تحسينها، أقترح DIR أولاً كإستراتيجية لتحقيق الاستقرار للمرضى الذين يعانون من الصدمات المعقدة من أجل تحقيق الاستقرار النفسي لهم وعدم جرهم انفعاليا خلال عملية العلاج النفس، الحالة، يصاحبها في تعريف الذكريات والصور المرافقة لوضعية انفعالية ايجابية أو سلوكيات متكيفة.

الغرض من DIR ليس تثبيت الذكريات الإيجابية أو استدخالها بأكثر وضوحا، فالذكريات الإيجابية والسيناريوهات المتخيلة تستحضر أثناء DIR تهدف إلى مساعدة المريض على إنشاء وتكرار مهارات إيجابية جديدة تبنى من مجموعة من التشابكات المرتبطة بصور وانفعالات وأحاسيس، معتقدات وأفعال تذكرية ومتخيلة. هذه الذكريات الجديدة تشكل إذن موارد، عندما يتم تنشيطها بوعي، تتيح للمرضى الوصول إلى حالة من الرفاهية يمكن أن تساعدهم على التعامل مع الصعوبات الحالية والمستقبلية في الحياة اليومية أو في العلاج النفسي. (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 88-89).

ما يجعل من الممكن دمج الموارد التي يمكن للمريض تعبئتها لاحقًا للتعامل مع الموقف، يركز DIR بشكل خاص على تحفيز الموارد الإيجابية والوظيفية في شبكات الذاكرة (ليدز وشابيرو، 2000)، وتجنب عمداً جاذبية أو يحفز المحتوى المعرفي من أصل صادم أو سلبي. مستوحى من أساليب تعزيز الأنا، الناتج عن التنويم المغناطيسي (فريدريك وماكنيل، 1999) ويتم تمييزه من قبل المنبهات الثنائية من EMDR. تؤدي المحفزات الثنائية إلى زيادة تلقائية وسريعة في الشدة العاطفية المرتبطة بشبكة ذاكرة إيجابية، ولكن أيضًا للارتباطات ذات العواطف الغنية والحيوية التي تأتي من هذه الشبكة الإيجابية. زيادة في شدة المشاعر الإيجابية والارتباطات الوظيفية الجديدة توفر مادة مفيدة لتقوية وعي الأنا. للقيام بذلك،

يستخدم الممارس سلسلة قصيرة من التحفيز الثنائي (حركات العين، التصنت أو الأصوات) لزيادة الحالة العاطفية الإيجابية والوصول للارتباطات، فقط للذكريات الأكثر إيجابية ووظيفية، (ست إلى 12 حركة ثنائية لكل سلسلة لـ DIR، مقابل 24 إلى 36 للبروتوكول القياسي). لا يتعلق الأمر بإزالة الحساسية من الوضع السلبي أو الصادم، بل على العكس لتعزيز وجود شعور إيجابي، لذا، مثل العلاجات الأخرى، يسمح لك EMDR بالعمل على الموارد والمهارات وخبرات الإتقان ونقاط القوة كما تصورها بيترسون وسيليجمان (2004). (Laizeau, Krumm et Tarquinio, 2012, pp 194-195)

في DIR، يطلب من العميل تقرير عن التجربة، مع استمرار مجموعات SBA طالما أن الشعور الإيجابي يزداد قوة أو أكثر، ويتم اختيار كلمة جديرة، وتقويتها بـ SAB، ثم يطلب من العميل التركيز على استخدام الموارد مع التحدي في المستقبل، وبمرور الوقت، قد يتم تثبيت العديد من هذه الموارد، وفي النهاية، يعمل المريض قوالب للمستقبل، تتضمن هذا الشعور الجديد، حيث الذات والموارد في تصور فعال للتأقلم والأداء في المستقبل، بإضافة الموارد التي تم تطويرها خلال الجلسات، أي مواكبة النجاحات التي يبلغ عنها المريض في خارج الجلسة (كالنجاح في تهدئة الذات، والقوة، السلوك الحازم) يمكن تثبيتها باستخدام بروتوكول RDI؛ يركز المريض ببساطة على تجربة إتقان كمورد استهداف (كورن، 2009)، ولتليخيص استخدام الموارد التدخلات في علاج EMDR لل PTSD المعقدة، يسرد ليدز (2009) مجموعة واسعة من الموارد التي تركز على الموارد والتدخلات بما في ذلك العديد من نفس الأنواع المستخدمة في التدخلات النفسية الاجتماعية التقليدية لسرطان الثدي، بما في ذلك مهارات الاسترخاء والذهن والوعي كمهارات أخرى في الحد أو إدارة الإجهاد وممارسة الرياضة والتغذية والحزم والاتصالات، التدريب على المهارات والرعاية الذاتية، ومصادر إضافية المستخدمة في العلاج النفسي أدرجها ليدز تشمل التأمل، الصلاة والممارسات/المعتقدات الروحية اليومية، مهارات الحياة؛ مهارات التمكين؛ أنشطة إبداعية، بما في ذلك الفن والحركة والموسيقى والصحف؛ وطرق تحسين القدرات الذاتية، بما في ذلك التنظيم الذاتي للمهارات، الارتجاع البيولوجي والارتجاع العصبي، التمرين العقلي والتحالف العلاجي. (Murray, 2016, p 179).

وفي دراسة رائدة بينت فعالية EMDR وبروتوكول DIR على اضطراب تفكك الشخصية (TDSP)

(la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité)

وحسبها العلاج EMDR و (DIR)، مهمان جدا للمرضى الذين يعانون صدمة معقدة، تتطلب وجوب توسيع الموارد، يعني استدعاء الموارد العاطفية، المعرفية والحسية والعلائقية والاستراتيجيات

وتدخلات تعزيز الأنا، لتمكين المريض من إدارة الطاقة الأساسية (النوم، الراحة الكافية والغذاء)، وتطوير الموارد الجسدية، واستخدام الخبرات الحسية لتعزيز الحدود والتنظيم (Ogden وآخرون، 2006)، وتزيد أهمية DIR على المرضى الذين يعانون من تفكك الشخصية المعقدة، (الجزء الانفعالي من الشخصية) (PE) يعيش عادة في الوقت المناسب وفي الصدمة لا يميز الماضي عن الحاضر، فالمعالج يتحدث مع (الجزء العادي من الشخصية) (la partie apparemment normale de la personnalité) (PAN) باستخدام سلسلة قصيرة وبطيئة من SBA، فيساعد PE المحددة لتصبح على علم بالعالم الحالي وأن الخطر انتهى.

كما تؤدي إضافة سلسلة قصيرة من SBAs إلى تحسين الوعي المشترك، بسبب انخفاضاً في ضغط الدم وتعزيز التكامل من خلال الارتباطات مع معلومات تكيفية. لكن الحذر ضروري لتجنب إثارة المواد التي سيتجاوز تحمل المريض. إذ تظهر العواطف السلبية، يجب أن يتوقف SBAs؛ مطلوب مزيد من الاستكشاف من أجل فهم ما يحدث، وتقوي أيضاً سلسلة SBA قصيرة وبطيئة. صور مكان آمن يمكن أن يساعد تخيل مكان آمن أو هادئ للأطراف لإدارة حالات الزناد التي يمكن التنبؤ بها من الحياة اليومية، ذكريات مزعجة للغاية، المعتقدات والمناقشات بين الأطراف التي يمكن أن تؤدي إلى ذكريات مؤلمة، وغيرها من الحقائق المخيفة. يتضمن هذا الصور من مكان يشعرون فيه بالأمان والحماية، أو إذا كان مفهوم الأمن وتجربته لا يزالون مجهولين بالنسبة لهم، حيث أن تثبيت مكان آمن هو تدخل معروف لمعالجي EMDR، استخدامات تطوير وتثبيت الموارد، تجد الموارد مجموعة واسعة من التطبيقات من المرضى الذين لديهم تاريخ من الصدمة مركب. يمكن أن يكون DIR مفيداً جداً ليس فقط ل PAN الرئيسي ولكن أيضاً للأجزاء الأخرى الانفصامية (بما في ذلك PE). بالنسبة إلى PAN، أمثلة الموارد المطلوبة هي التنظيم الذاتي، ثبات الأشياء والشجاعة والتعاطف تجاهها النظام الداخلي والثقة. بالنسبة لـ PE المحشور بشكل رئيسي بواسطة نظام فرعي دفاعي والموارد أو المهارات اللازمة ذات الصلة ثبت الأمن والتعلق والقوة وأسلوب التكيف والتكيف الاستباقي في الحاضر. من أجل تطبيق DIR بنجاح في هذه الحالة، والعمل الأولي غالباً ما يكون ضرورياً للتغلب على الرهاب كرهاب الأجزاء الانفصالية. ففرضية TAI في EMDR و TDSP هما نموذجان متوافقان في العمل مع مرضى الصدمات وربما مكمل. من ناحية، يوفر TDSP إطار عمل شامل للفهم العام بشكل أفضل للانفصام الداخلي المعقد للمرضى والاضطرابات المعقدة التي تتعلق بالصدمة وتوجيه تصور الحالات. مقارنة العلاج تركز على

منحى المرحلة، وعلى أهمية المرحلة الاستقرار الكافي، بما في ذلك الحد من الأعراض وتنمية المهارات وإقامة علاقة علاجية آمنة. (Hart & al. 2014, 11-13)

رغم أن قوة علاج EMDR هي في إعادة معالجة الذكريات التي تساهم في ضيق العمل، وإدماج المهارات اللازمة، وقد يكون التأقلم والتعلم التكيفي ضروريًا لتحقيق نجاح إعادة معالجة EMDR واستقرار العمل، وبدون مثل هذه التجارب الإيجابية أو الأمثلة المضادة، لن تكون هناك تجربة تكيفية للذاكرة المستهدفة للارتباط، ولن تعالج، وهذا هو محور المرحلة الثانية من علاج EMDR، حيث الموارد هي تدخلات العمل لإعادة المعالجة، فالهدوء أو الصور مكان آمن، وإنشاء علاقة علاجية، تضمن القدرة على أن تكون موجودة أثناء المعالجة لتسهيل الوعي المزدوج، تحديد الدعم الخارجي المناسب، كانت الأنشطة الإيجابية أول الموارد المشار إليها في التطوير المبكر للعلاج EMDR (شابيرو، 2001)، وهكذا في وقت لاحق يتم تطوير وتثبيت الموارد (RDI؛ ليدز، 2009) وغيرها من تقنيات الصور أو تطوير المهارات - وغالبًا ما تقترن ب SBA - كانت إضافتها كاستراتيجيات إعداد محتملة في العلاج EMDR (شابيرو، 2007)، وحتى الآن، لا توجد رقابة الدراسات البحثية التي قيمة موارد التدخلات مع SBA في علاج EMDR، ولكنها كافية للاستعدادات المرحلة 2، بما في ذلك القدرة على تحول الحالات العاطفية، مطلوبة لعلاج EMDR (شابيرو، 2001)، وعند الحاجة، قد تجند تدخلات الموارد (الصور والقصص والاستعارات وتمارين مركزة جسديًا، الاستجاب السقراطي، التجارب السلوكية) تعليمات وممارسات رسمية لمساعدة المرضى على الوصول الموارد الموجودة وتطوير مهارات جديدة لزيادة الأداء الحالي والقدرة على التسامح وتنظيم العواطف القوية والشعور العام بضبط النفس (كورن، 2009)، فهناك عدة طرق غير EMDR تشمل أو تؤكد على بناء المهارات وأظهرت نتائج إيجابية عند التعرض لها وبدراسة محكمة (ليدز، 2009). (Murray, 2016, 178).

كما أفردت موراي (2016) موارد مختلفة مستشهادة بحالات معالجة بروتوكول DIR هي: الموارد من خلال التربية النفسية، 181 الموارد من خلال حل المشكلات و تطوير المهارة، الموارد من خلال خطة الرعاية الذاتية اليومية، الموارد من خلال إدارة الأعراض، الموارد من خلال الموارد الخارجية للتكيف وإدارة الضيق، الموارد الخارجية للصحة والعلاج، العلاقة العلاجية كمورد، الموارد من خلال الصور التي تركز على الشفاء، الموارد مع الاسترخاء واليقظة (Murray, 2016, 181-184)

2.2. العلاج النفسي بحركات العين

1.2.2. تعريف العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.

(EMDR) (Desensitization and Reprocessing Eye Movement)

هو علاج نفسي حديث، طورته المعالجة النفسية Francine Shapiro منذ عام 1987، وأسست معهدا لهذا العلاج عام 1988، اعتمدته منظمة الصحة العالمية OMS عام 2013، كالعلاجات المعرفية السلوكية TCC في إطار التكفل بالاضطرابات ذات الطبيعة النفس-صدمية (30 Tarquinio, et Tarquinio, 2015).

وحسب شابيرو، هو طريقة علاج ناشئة، متطورة، متجددة، ثابتة... تكامل العلاجات الرئيسية الأخرى بأكثر شمولية وبطريقة متينة (عبد الحميد، 2011، 68)، فهو يستخدم عناصر وتقنيات العلاجات النفسية الأخرى، كما في التحليل النفسي، العلاج بـ EMDR يستدعي تقنية التداعي الحر، أيضا العرض والاسترجاع المعرفي للذات هما قلب العلاجات السلوكية والمعرفية (TCC)، يستخدمان بصفة واسعة جدا في العلاج بـ EMDR (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 31)، كما تعتبر صياغة معرفية سلوكية للمشكلة عند تركيز هذا العلاج على أعراض المريض الحالية... (عبد الحميد، 2011، 68)، ما جعل EMDR محل أنظار المختصين والمعالجين وعلى الخصوص المهتمين بالضحايا، ضحايا الحرب، الاعتداءات الجنسية، الاغتصاب والعنف... (Cottencin, Doutrelugne, 2009, 1-7) ... بل هناك من الباحثين من اعتبر EMDR ثورة علاجية للاضطرابات النفسية (Roques, 2016)، وتساءل عن كونه معجزة؟ (Boudoukha, 2009, 104)، واعتبره Joanna Smith و Michel Silvestre أنه علاج الصدمة بامتياز. (COUTANCEAU, SMITH, LEMITRE, 2012, 265).

EMDR هو "تقنية علاجية جديدة تقوم على التيار النفسي العصبي الانفعالي لسلب حساسية وسحب المعلومات بالتنبيه الحسي عن طريق حركات العينين أو منبهات سمعية أو لمسية لتسهيل الحل السريع للأعراض الصدمية..." (آيت قني سعيد، 2017، 174).

حسب مرسلينا، "المعالجة النفسية (EMDR) هو العلاج النفسي الذي وضعته "فرنسين شابيرو"... هدف هذا الأسلوب العلاجي بصورة أساسية يتمثل بالتخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ويستخدم EMDR للأفراد الذين عاشوا خبرة الصدمة الشديدة لا تزال دون حل..." (شعبان حسن، 2017).

حسب شابيرو (2005)، هو "علاج يركز على الصور المؤلمة والإدراك السلبي والردود والعاطفة المرتبطة بهما والهدف منه هو إبطال إحساس الفرد بتلك الردود العاطفية المؤلمة وإعادة صحة وأكثر ايجابية للإدراكات والعواطف المرتبطة بتلك الصور". (بخاري وقايد، 2013، 127).

EMDR، مقارنة للعلاج النفسي يشترك العملاء في الكثير من العناصر التقليدية للمقاربات العلاجية الأخرى، نظمت في طريقة فريدة، أصيل، متطور، تطبيقي، العميل منخرط في حلقات تحريك عينيه إلى الأمام والخلف، بتتبع أصابع المعالج.... (Howard, 2000, 19)، تم تطوير EMDR كمقاربة علاجية إكلينيكية متكاملة، وكمنهج متكامل نظريا، ترى بسهولة الملامح الرئيسية للعلاج العقلاني الدافعي السلوكي، العلاجات التجريبية، المتمركز حول العميل، الديناميكية، وغيرها من المقاربات... (Howard, 2000, 30)

وحسب ما جاء في مقدمة مؤلف (Marilyn, 2009) أنه من المفيد أن لفت النظر إلى التطور المذهل لهذا النموذج من العلاج النفسي...، فالمقاربة العلاجية EMDR اندماجية لعناصر من كثير من النظريات النفسية، مثل (التأثير، التعلق، السلوكية، معالجة المعلومة الحيوية، المعرفية، الأنظمة الأسرية، الإنسانية، الديناميكية النفسية والجسدية) والعلاجات النفسية، مثل (الجسدية الأساس، المعرفي السلوكي، ما بين الأشخاص، المتمحورة على الشخصية والديناميكية النفسية) في مجموعة موحدة من الإجراءات والبروتوكولات الإكلينيكية. البحث عن كيف يعالج الدماغ المعلومات ويولد الوعي يخبر أيضا تطور نظرية وإجراءات EMDR.

تتوافق العديد من مكونات EMDR مع دراسات اضطراب ما بعد الصدمة وتقارير الحالة في مجال الكيمياء الحيوية، المعالجات النفسية، ومع المقاربات النفسية الديناميكية والمعرفية والتجريبية والسلوكية، وعلى المستوى العيادي والبحثي، ف EMDR هو مقارنة معقدة مع مجموعة متنوعة من المكونات تعتبر ضرورية لتحقيق الفعالية الكاملة. (Shapiro, 2001, 28).

كما عرفته جمعية EMDR-FRANCE "علاج بالإدماج العصبي الانفعالي عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها)..." (عتيق، 2013/2012، 54).

2.2.2. فرضيات عمل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.

-المعالجة التكيفية المعلومات (TAI)، EMDR هو مقارنة علاجية نفسية تكاملية خاصة، يمثل نموذج معالجة المعلومات التكيفية -TAI- النموذج العام الذي يوفر الإطار والمبادئ النظرية للعلاج وشرح لأساس علم الأمراض وتطوير الشخصية. يتوافق TAI مع فهم فرويد (1955/1919) وبافلوف

(1927) المبكر لما هو يشار إليها الآن بمعالجة المعلومات. وبدقة، هناك توازن عصبي في نظام فسيولوجي مميز، يسمح بمعالجة المعلومات إلى "قرار التكيف"، عن طريقه تنشأ روابط، ويستخدم الفرد، التجربة بشكل بناء ومندمج في مخطط عاطفي ومعرفي إيجابي. بشكل أساسي، ما هو مفيد يتم تعلمه وتخزينه مع التأثير المناسب ومتاح للاستخدام في المستقبل... (Shapiro, 2001, 30)

أطلق عليها، "إعادة الترميز المعرفي"، فمعرفة المريض لأفكاره السلبية وإدراك عدم عقلانيتها وإعادة بناء أفكار إيجابية هي عمل EMDR في أحد مراحله. (آيت قني، 178)

الفرضية هي أن العناصر الإجرائية في EMDR، ومحفزات الانتباه المزدوجة -SBA- تؤدي إلى حالة فسيولوجية تسهل معالجة المعلومات. آليات مختلفة يتم من خلالها هذا التنشيط وتسهيل المعالجة، بما في ذلك ما يلي:

1. التكيف الناجم عن استجابة الاسترخاء.
 2. التحول في حالة الدماغ، وتعزيز التنشيط والتداعيات الضعيفة.
 3. هناك عامل آخر ينطوي على تركيز العميل المزدوج واهتمامه، كما يحضر في الوقت نفسه للمنبهات الحالية وصدمة الماضي (ك"اليقظة الذهنية"، الاستجابة الموجهة، اضطراب وظيفة لوحة الرسم البصري المكاني، وغيرها).
- لذلك، في EMDR عندما نطلب من العميل إحضار ذكرى الصدمة، نقيم صلة بين الوعي وموقع تخزين المعلومات في الدماغ، ويبدو أن التحفيز المزدوج ينشط نظام معالجة المعلومات ويسمح بإجراء المعالجة، بسبب تغيير مباشر في الركيزة الفسيولوجية من الشبكة المستهدفة، أو من خلال توليد الحالة الذهنية اللازمة لاستيعاب المعلومات، أو كليهما (غير معروف حتى الآن). ومع كل مجموعة من التحفيز، تتحرك معلومات مزعجة - بمعدل متسارع - أكثر على طول المناسبة المسارات الفسيولوجية العصبية حتى يتم حلها بشكل تكيفي.

واحد من إن الافتراضات الرئيسية لـ EMDR هي تنشيط معالجة الصدمة سوف تحركها الذاكرة بشكل طبيعي نحو المعلومات التكيفية لها يحتاج إلى قرار. المتأصل في نموذج معالجة المعلومات التكيفية هو المفهوم للشفاء الذاتي النفسي، بناء يعتمد على شفاء الجسم استجابة للإصابة الجسدية. فعندما تجرح اليد مثلاً، يعمل الجسم على إغلاق وشفاء الجرح، إلا إذا كان هناك ما يمنع الشفاء، كجسم غريب أو صدمة متكررة، سوف يتفاقم الجرح وتسبب الألم، إذا تم إزالة السبب، يستأنف الشفاء، نفسه مشابه لتسلسل الأحداث يحدث مع العمليات العقلية، في اتجاه طبيعي لنظام معالجة المعلومات في

الدماغ بالتحرك نحو حالة الصحة العقلية، وإذا تم حظر النظام أو الإخلال بالتوازن بسبب تأثير الصدمة أو الاستجابات السيئة، التي يتم تشغيلها بالحاضر بالمحفزات أو ربما من خلال محاولة آلية معالجة المعلومات لحل المواد. فضحية الاغتصاب مثلاً، وتلقائياً تواصل تذكر صور الاغتصاب في محاولة مسدودة للوصول إلى القرار والمعالجة الكاملة (Horowitz، 1979). إذا تمت إزالة الكتلة، بمعالجتها فيستأنف وينقل المعلومات نحو حالة القرار التكيفي والتكامل الوظيفي، قرار بتغيير الصور والتأثير والإدراك الذي يربطه العميل مع الحدث. مجازياً، يمكننا التفكير في المعالجة آلية "هضم" أو "استقلاب" المعلومات بحيث يمكن استخدامها بطريقة صحية تعزز الحياة. أفترض أن نظام معالجة المعلومات متكيف عندما يتم تنشيطه لأن ضحايا الاعتداء يبدأ العلاج بـ EMDR مع سلبية مفهوم الذات فيما يتعلق بالحدث وتنتهي باستمرار الشعور الإيجابي بقيمة الذات. ولا يحدث العكس. أي أن العلاج بـ EMDR تكشف عن تقدم سريع نحو الصحة (العواطف الإيجابية والاعتبار الذاتي العالي)، وليس تجاه الخلل الوظيفي (اللوم غير المناسب والكراهية الذاتية). مفهوم التفعيل هي آلية أساسية تكيفية لمعالجة المعلومات في EMDR، وكان حاسماً في تطبيقه على مجموعة متنوعة من الأمراض.

(Shapiro, 2001, 31-32).

-علاقة مرحلة النوم الفارقي REM، كانت أيضاً من أولى تفسيرات شابيرو أن حركات العين تنشط نفس آلية النوم الفارقي الذي يتم بحركات العين السريعة... (آيت قني، 184-185)

بحوث كثيرة أظهرت أن حركات العين لها تأثير حول بعض الخصائص الفيزيولوجية... (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 32)، وفي تفسير EMDR تخضت فرضية أن حركات العين السريعة "تطلق" آليات الجذع المخي tronc cérébral....، معرفة خلال النوم REM، ما يفسر تأثيرات العلاج بـ EMDR بإنتاجه إعادة مجموع العمليات البيو-عصبية (neurobiologique) التي تحضر طبيعياً، لكن تعمل بصعوبة في الفضاء النفسي والمعرفي لحالة ظرف مضطرب. (Tarquinio et 40)

(Tarquinio, 2015)، وافترضت أيضاً شابيرو "استجابة الاسترخاء"، من خلال التشكل الشبكي المؤدي للكف العضلي في حالة النوم الفارقي أو الجهاز العصبي الباراسمبتاوي أيدتها دراسة Wilson وزملائه (1995) في دراستهم للتغذية الرجعية البيولوجية biofeedback (آيت قني، 180).

أيضاً هناك ما يعرف اختصاراً بفرضية SWS مختصراً لـ SLOW WAVE SLEEP، وتركز على التشابه بين حركة العين النموذجية (EMDR Eye Delta) وموجات دلتا، وموجات بيتا التي تحدث أثناء النوم البطيء، ويبدو أن SWS لها دور رئيسي في دمج الذاكرة وإعادة تنظيم الشبكات

الوظيفية البعيدة، وحركة العين تؤدي إلى إضعاف الذاكرة العرضية الصادمة وإعادة دمج المعلومات المرتبطة الجديدة... وتمثل فرضية SWS خطوة مهمة أخرى نحو الفهم حول كيفية عمل EMDR... (Pagani, Carletto, 2017, 301)، ونظام SWS غير REM له دور رئيسي في توحيد الذاكرة، SWS أيضا يسهل نقل المعلومات من قرن آمون إلى القشرة المخية الحديثة وإعادة تنظيم الشبكات الوظيفية البعيدة... (Pagani, Carletto, 2017, 302)، ففي عام 2009، لاحظ هاربر وزملاؤه أنه عند تحركات العين ب EMDR، سجلت EEG في مجموعة دلنا (1.5 هيرتز) موجات تشبه إلى حد بعيد تلك المسجلة خلال SWS، أيضا موجات بيتا (تردد 13.5 هيرتز)، يحدث رنين عام في كهربية الدماغ من خلال التحفيز الثنائي الذي يتطابق مع حركات العين...، وبعده (Pagani وآخرون 2011، 2012) في تحقيقين مختلفين لاحظوا من خلال مرحلة التحفيز الثنائية من العلاج EMDR نمط تخطيط الدماغ مماثلة لتلك التي وصفها هاربر وزملائه، ما يوحي بأن واحدة من عدة التأثيرات العصبية ل EMDR، عند إعادة الذاكرة المؤلمة بالتعاون مع حركات العين، قد يكون تشابهاً وثيقاً للنشاط الكهربائي موجات دلنا شوهدت خلال SWS. (Pagani, Carletto, 2017, 303)

- وقد فندت فرضية "التنويم المغناطيسي" لأنها جاءت نتيجة الشك في العلاج السريع ل EMDR لكنه مختلف تماما عنه فقراءة EEG أثبتت الجهة المحفزة، كما أن المريض لا يكون في حالة تنويم. (آيت قني، 182)

وحسب Roques (2004) فالاضطرابات النفسية بحسب العلاج EMDR هي نتاج تخزين فيزيولوجي مضطرب للمعلومة مكتسب لحظة الصدمة يمكن الوصول إليها دون استخدام الأدوية... والتنبية الحسي ينشط نظام معالجة المعلومات، فيسهل إدماج متعدد النماذج لنصفي كرة المخ للذكريات فتقد إنتاج ظواهر إعادة المعاشة والاستجابات الانفعالية السلبية، وهو ما يعرف بفرضية "المزامنة النصف الكروية للدماغ"، يؤدي إلى اندماج المعلومات المنبهة بالصوت أو التريبت، افترضتها شابيرو بناء على أعمال بافلوف فلعلاج العصاب والتوازن يجب الاستثارة والكف، وأكدت دراسات هذه الفرضية، كما افترضت "استجابة التوجه" التي هي أيضا من أولى فرضيات شابيرو لتفسير آثار العلاج ب EMDR عند استجابة المريض للمادة المرضية الصدمية وبحركات العين تتشكل حالة فيزيولوجية تتعارض مع التداعيات السابقة فينتقل المريض من اللاتوازن الى المعالجة. (آيت قني، 171، 187)

على المستوى العصبي، العلاج ب EMDR يعمل على تنشيط قشرة الدماغ cortex préfrontal المكلفة بكف النظام اللبي خصوصا تنقص النشاط في l'amygdale...، الآتية من الصدمة

(Tarquinio et Tarquinio, 2015, 51)، بما يعرف بفرضية "الوظائف القشرية"، تؤثر حركات العين بالذاكرة في معالجتها وترميزها للمعلومات، التخزين والاسترجاع (لآيت قني، 187-189).

كما سجلت الأعمال المتعلقة بجميع أنواع الذاكرة بما فيها الذاكرة العرضية épisodique مساهمتها في حالة العلاج بـ EMDR (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 44)، وقد كشف La SPECT (Single photon emission computed tomography) بعد العلاج، ارتفاع قوة تدفق مخي قشري أمامي والفص الجبهي الأيسر... (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 49)، أي فرضية "تقلبات على المستوى الخلوي والدماعي"، بسبب حركات العين، فالذكريات تتشكل وفق كمون العمل الطويل المدى، برفع فعالية عمل المشابك العصبية فالحافظة السلبية تحتجز في شبكة عصبية تستدعي في مراحل لاحقة من العمر وهي ما تفسر الأحلام والكوابيس (آيت قني، 183-184)

حاولت شابيرو الاستعانة في تفسير عمل العلاج النفسي EMDR على فرضيات تقنيات العلاج السلوكي والتحليلي ك: فرضية "التعرض المتقطع" التي تعتبر إجراء جـ د أساسي من إجراءات EMDR كما في العلاج السلوكي، فمن 6 إلى 16 حصة بـ زمن من 60 إلى 90 دقيقة لكل حصة كانت لها أثر بـ 75% في التأثير على آثار PTSD حسب marks وزملائه (1998)، لكنه غير كاف في تفسير أثر EMDR، فرضية "مشاعر الضبط والسيطرة"، فقد أثبتت الدراسات أن إدراك الفرد لعجزه على السيطرة على أعراضه الاقتحامية يزيد من شدة يأسه، لكن بالتحالف العلاجي يمكن فك الرابط لكن يحتفظ المريض بسلوكات التجنب، وفرضية "التداعي الحر"، في نهاية التحفيز الثنائي يسأل المريض بما يخالجه من مشاعر وأفكار فيسترسل في عرضها وهي من تقنيات العلاج التحليلي. (آيت قني، 176-178).

حالة الانتباه الكامل، تعرف في العلاج السلوكي، أي الانتباه إلى كل ما يخلج المريض من صور وأحداث ومشاعر وأحاسيس وأفكار... ليصل إلى حل مشاكله العاطفية، لأنه تعاد معايشة المادة المرضية... 180

إضافة إلى استخدام EMDR في العلاج الفردي، يمكن استخدامه أيضا في العلاج الجمعي والعائلي، فالدماع ينشئ تنظيمات اجتماعية في أجسامنا، والعلاقة مع الآخر تنمو من بداية حياتنا... فهذه المقاربة العلاجية المعترف بها حديثا من طرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) هي الآن تستخدم من طرف العديد من الدول... (Shapiro, Kaslow, Maxfield, 2012, 1-2)

في العلاجات الأسرية النسقية (FST) المستخدمة في المقاربات المتكاملة، لعلاج المشكلات الأسرية كالأزمات الزوجية، ومشاكل الأبوة والأمومة، وإصابات الارتباط، والطلاق، والإساءة والصعوبات

الصحية...، أي كيف لخبرات الماضي لأحد أفراد الأسرة أن تسبب الضيق لهذا الفرد وعائلته، فيتكامل EMDR مع أنواع مختلفة من العلاجات النفسية الأسرية، العلاج الأسري البنائي في مقاربتهم التكاملية، نظرية بوين (تتكامل مع EMDR لمساعدة الانفصال عن الأسرة الأصلية، والحد من الانصهار العاطفي، والسماح بمتابعة نضوجها التنموي...)، العلاج السياقي (يركز على الموروثات والولاءات داخل الأسر الهدف من العلاج هو إعادة التوازن بين التزامات الفرد في العلاقات الأسرية...)، العلاج الأسري التجريبي، العلاج الطبي العائلي، علاج العلاقة، العلاج العمل الاجتماعي، العلاج الأسري الإستراتيجي، علاقات الأشياء والاتصالات...، العلاج الزوجي، العلاج المركز عاطفياً (جونسون، 2002، 2004) وعلاج العلاقة (هندريكس، 1996، 2001)، علاج العمل الاجتماعي (Madanes، 1990) يوفر العلاج للأزواج المصابين بصدمات نفسية وإصابات التعلق ويسعى لتسهيل التعبير عن المشاعر والكشف عن الذات وزيادة الحميمية والرحمة، يدمج EMDR مع هذه العلاجات ويسمح بحل ماضي الصدمات أثناء إصلاح الإصابات وتعزيز العلاقة الحالية. مبدأ أساسي في النظرية النفسية هو أن الكل أكبر من مجموع من أجزائه، يمكن تطبيق هذا المبدأ الأساسي لدمج (EMDR) و (FST) فالمقاربة المشتركة لها تأثير تآزري، هذه المقاربة العلاجية التكاملية يمكن أن تؤدي إلى تغييرات عميقة لكل من الفرد والأسرة، يتكامل EMDR والعلاج الأسري البنيوي، كما يندمج مع العلاج التجريبي ويشمل أساليب العلاج التعبير العاطفي المباشر والكشف عن الذات بين أفراد الأسرة إلى "كسر دورات جامدة من السلوكيات التلقائية وتغيير أسطورة الأسرة عن وحدة الأسرة"، علاج الترابط بين الأم والرضيع، يسمى: الأمهات والترابط بالرضع Maternal-Infant Bonding (MIB) "مجموعة من الانفعالات والسلوكيات البدائية والغريبة الموجودة في الأم" يختلف عن مفهوم التعلق، يمكن أن تتلف الرابطة النفسية والعاطفية بين الأم والطفل عندما انفصال الطفل عند الولادة، أو عندما تشعر الأم بالضيق الانفعالي أثناء الحمل أو الولادة أو الطفولة المبكرة... (Shapiro, Kaslow, Maxfield, 2007, 407-417)

كما يجمع EMDR مع المقاربات في مجال علم نفس الطاقة الناشئ (Hartung & Galvin، 2003) بشكل جيد للغاية ولديها الكثير من العوامل الإجرائية، وهناك وجهات نظر ودراسات (كورتينا ومارون، 2003) ترى من الممكن استخدام EMDR وطرق علم نفس الطاقة للوصول إلى عمق في النظام النفسي الجسدي، وهناك ملاحظات لعلماء نفس الطاقة، تعطي لمحة عن العمليات الجسدية العميقة للانحراف، وجوانب معينة من المرض الجسدي، و "غريزة الموت"... (Mollon, 2005, 261)

3.2.2. خطوات العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.

ظهر EMDR أولاً كتقنية بأربعة عناصر طورتها شابيرو (2007) تعبيراً بطريقة حكيمة وذكية رمزية التراب، الهواء، الماء والنار في EMDR (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 6) ليصبح العلاج بـEMDR بروتوكول علاجي من 08 خطوات:

1-دراسة تاريخ الحالة (التاريخ المرضي وتخطيط العلاج)، 2-التهيئة للعلاج بالاسترخاء والتهديئة... (التحضير)، 3-التقييم، يختار المريض فكرة أو صورة أو مشهد... من حادث الصدمة ويصوغ جملة لاعتقاد سلبي مقترن بالصدمة ثم يصوغ جملة ايجابية كبديل مع استدعاء العواطف والأحاسيس المقترنة (وإعطاء قيمة لكل ذلك VOC -قياس الإدراك الإيجابي- على سلم من 1 إلى 7 ثم SUD -مقياس شدة الأثر المزعج- على سلم من 0 إلى 10)، 4- التركيز على إزالة التحسس (إبطاله) بـ SBA - Stimulations Bilatérales Alternées (تتأوب حركة العينين يمين-يسار بإتباع أصبعي المعالج مثلاً)، 5-التثبيت (التركيب)، لقوة الاعتقادات الايجابية لتحل الاعتقادات السلبية الأصلية، 6-مسح الجسد (الجسم)، للإزالة أي ألم، توتر، صداع... استجابة البدن المقترنة بالذكري والعواطف السلبية...، 7-الاختتام (الإغلاق) بالتهديئة ومناقشة طريقة معيشة المريض...، 8-تقييم (إعادة التقييم) النتائج وتعيين أهداف أخرى للعلاج... (شعبان حسن، 2017، 3-4) (عبد الحميد، 2011، 96-72)

لخصها Tarquinio في 04 مراحل، على خطى Francine Shapiro كما قال، في معرفة الذكريات المعيقة ثم تقييم العبء الانفعالي والتركيز عليها جسدياً في مرحلة لاحقة، وأخيراً تطبيق حركة العينين والتقييم إن لا يزال SUD مرتفع العودة إلى الخطوة الثالثة، وهكذا.. (Tarquinio et Tarquinion, 2015, 12-13).

للأطفال: 1- يرسم الطفل مكان يشعره بالراحة والأمان...، 2- استرخاء بطريقة الفراشة بوضع اليدين متصالبتين على الصدر والتربيت المتتابع ونسجل الصورة الآتية لذهن الطفل... نضع على مقياس الوجوه الصورة التي تعكس الحالة الانفعالية للطفل - 3- يرسم الطفل أسوأ ذكرى، حلم، فكرة... - نضع على مقياس الوجوه الصورة التي تعكس الحالة الانفعالية للطفل - 4- إعادة العملية بطريقة الفراشة وتسجيل أي تغيير يخطر على الذهن صورة، فكرة، عاطفة... ثم رسم الجديد الذي خطر على البال مع الوضع على المقياس كيفية الشعور... وإعادة العملية بطريقة الفراشة من جديد... وهكذا كل مرة -حسب الوقت وما خطر ببال الطفل - 5-العودة إلى الرسم الأول الأمان والراحة...، 6- تثبيت المشاعر الايجابية

حتى يشعر بقوتها... بطريقة الفراشة، 7-إنهاء الجلسة العلاجية بتقدير مجهود الطفل وتشجيعه... (في حالة علاج جماعي يسبق إنهاء الجلسة أسئلة عن التجربة العلاجية وهل تغيرت الصورة المزعجة في الأذهان وهل تغيرت المشاعر...؟). (شعبان حسن، 2017، 4-5)، الطريقة وضعتها Lucina Artigas (2000). (Tarquinio et Tarquinion, 2015, 109).

لكن، يحتاج العملاء إلى إدراك أن عملية علاج EMDR يمكن أن تكون مثيرة للقلق...، نظرًا لأن نظام EMDR لديه القدرة على الكشف السريع عن أشياء غير متوقعة، قد يكون بعضها مؤلمًا للغاية (Shapiro، 2001)، يجب إجراء تقييم لقدرة العميل على التعامل معه بمشاعر قوية، يجب أن تكون سلامة العميل دائمًا موضوعًا مهمًا يعمل من خلال أي عمل نظري. يجب تقييم عوامل الخطر حتى على المدى القصير (ضعف الأداء اليومي، نمط حياة غير مستقر، عدم كفاية أسلوب التعامل والموارد، الاعتماد على شخص واحد وحده، غير متعاون في العلاج النفسي السابق أو غير متقبل للمساعدة، المرض المزمن، متغيرات دخيلة أو الانتحار داخل الأسرة، محاولات الانتحار السابقة، الخسائر الأخيرة، الاكتئاب الشديد أو اليأس، تعاطي مزمّن للكحول أو المخدرات، تحسن غير مفسر في السمات الإكلينيكية...، يحذر من استعمال العدسات اللاصقة عند العلاج، يمكن استخدام بديل كالصوت و النقر، الحذر من الحمل وتجنب مستويات عالية من الإثارة أثناء الحمل، حالة القلب، وضع مساعدة طبية يمكن الوصول إليها بسهولة حالة مرض في الجهاز التنفسي، الحذر من الضعف الجسدي الشديد فالذكرات المتعلقة بالصدمات قد تتطوي على أحاسيس جسدية شديدة، كالاختناق، الغرق، ألم...، الحذر من الصرع، تعاطي المخدرات أو الكحول هو سيكون مصدر قلق...، قد يتشارك العمل مع المهنيين العاملين مع الإدمان، فالعملاء بحاجة إلى أن يكون حالتهم مستقرة قدر الإمكان قبل إزالة الحساسية، والانتباه إلى خطر الانتكاس، رصد نشاط الفصام أو أي تلف عضوي في الدماغ، الحذر من الأدوية الموصوفة، فقد تكون هناك حاجة لتحقيق الاستقرار للعميل أثناء العلاج وفعاليته وينبغي رصد مدى ملاءمته، فأنثر العلاج EMDR يمكن توقعه مع معظم الأدوية العقلية باستثناء البنزوديان لأنه يمكن أن تمنع هذه الأدوية الأخيرة العميل من تجربة التأثيرات والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالذاكرة...، وأي شك تطلب دائمًا المشورة من طبيب مؤهل بشكل مناسب (Royle, Kerr, 2010, 7-8).

3.2. السرطان وعلم النفس الأورام

1.3.2. علم النفس الأورام

علم الأورام النفسي PSYCHO-ONCOLOGY، الذي ظهر في الثمانينات بسبب الاهتمام المتزايد للعوامل النفسية السلوكية والاجتماعية المرتبطة بصدمة السرطان، ويشمل علم الأورام والطب العقلي وعلم النفس، التي تكون عناصر هامة للعلاجات المقترحة حالياً لمرضى السرطان والأفراد المحيطين بهم، خلال مراحل تطور المرض من الإعلان، فمرحلة العلاج، مرحلة الراحة، الشفاء، أو الانتكاسة وأخيراً الوفاة، فلا تتوقف مهمة هذا العلم بالتكفل أو العلاج فقط بل أيضاً بالوقاية والكشف على علم الأورام الجيني وإعادة التأهيل، ونوعية الحياة المتعلقة بالمريض... (مرازقة، 2008/2009، 26).

تواجه التحديات الطبية تغيرات الحياة عند التعامل مع مرض محتمل قاتل، يمكن أن تصبح الحياة اليومية مريكة لمرضى السرطان. ويكون أكثر صعوبة عندما يكون المريض وظائفه محدودة بسبب الأعراض الجسدية للتعب والأرق، الغثيان والألم أو الانتهاك العاطفي، أعراض مثل القلق واليأس والحزن والوحدة، والخوف. إن مرضى السرطان معرضون لخطر التطور مشاكل الصحة النفسية: القلق والاكتئاب، اضطراب التكيف، والضغط الحاد وما بعد الصدمة، الاضطرابات (اضطراب ما بعد الصدمة) هي متكررة المصاحبة، وعلى الرغم من أن مجال علم الأورام النفسي هو نسبياً يعتبر أنظمة علاج جديدة عديدة متقدمة، فقد تختلف قيمة العلاج النفسي وفقاً لذلك حسب نوع السرطان ونوع العلاج وتتنوع الآثار، فبعض الدراسات أظهرت انخفاض أعراض الاكتئاب والصدمة والقلق والألم وتحسين نوعية الحياة. (Maxfield, 2016, p 135).

تعد المدرسة البريطانية الرائدة في دراسة آليات التكيف مع هجمة السرطان ومرحلة العلاجات، مستوحاة من النموذج السيكوسوماتي عند البحث عن الارتباطات، وميدان المناعة النفسية العصبية لبحث العلاقات المتبادلة بين العوامل النفسية وتطورات مرض السرطان (مرازقة، 2008/2009، 28).

2.3.2. السرطان:

السرطان cancer حسب (مالكوم شوارتز، 1988) ورم خبيث ينتج عن تغير (نمو وتكاثر سريع فوضوي وعشوائي) يصيب الخلايا البشرية ويبعدها عن هدفها... (معمرية، 2007، 132).

السرطان ليس مرضاً بعينه، بل مجموعة من الأمراض التي تختلف اختلافاً كبيراً في أي تنظيم ممكن تقريباً - طبيياً ومرضياً ووراثياً ووبائياً، سرعان ما يكتشف المرضى مدى اختلاف أمراض السرطان عند تعرفهم على الخصائص الخاصة للسرطانات من مهنيي الصحة المعنيين بهم ومن المرضى الآخرين

الذين يلتقون بهم في العيادات والمستشفيات ومجموعات المساعدة الذاتية وتقارير ومجموعات الإنترنت.
(Kreitler, Shulamith, 2019, 247)

السرطان، يهاجم أي جزء من أجزاء الجسم ويشكل انتفاخا وتورما وتكاثرا في الخلايا....، لم تعد نظرية الخلايا الجينية الموروثة وما يقابلها من نظريات كافية في تفسير تطور المرض وعدواه، ولم يعد العلاج الكيميائي أو الجراحي أو الكهربائي حاسما، فلجا العلماء إلى الإشعاع النووي الذي بدا يحصر المرض دون معرفة الأسباب، ووضع العلماء مادة الكورتيزول التي تساعد في القضاء على الخلايا المصابة لكنها قاتلة لكريات الدم البيضاء المصابة وغير المصابة فرجعوا إلى الأشعة النووية (عطوف، 1987، 172) (عطوف، 1988، 116)

هناك المئات من أنواع السرطان...، غالبًا ما يتم تسميتها وفقًا للأعضاء أو الأنسجة التي تتشكل فيها وأحيانًا حسب نوع الخلية التي أنشأتها، والمجموعات الخمس الرئيسية للسرطان هي سرطان الدم، الأورام اللحمية، سرطانات الجهاز اللمفاوي، الدماغ والنخاع الشوكي....، وتختلف السرطانات في الأعراض الأولية، في طريقة اكتشافها، والطريقة التي يتم بها التشخيص، المراحل، خيارات العلاج، طريقة ودرجة ومواقع الانتباث، مجمل المرض في رعاية المتابعة وفرص التكرار والبقاء....، تتضمن هذه الجوانب الطبية أيضًا اختلافات في الشدة والمراحل والشذوذ الكامن في الخلايا، أيضًا يختلف السرطان في انتشاره، والخلفيات الإثنية، والسكان، والتعرض لعوامل الخطر المختلفة، وإصابة مجموعات محددة (الجنس والعمر) والبيئات والمناطق الجغرافية....، ويتعرف المرضى في الغالب فقط على الخصائص العامة لنوع السرطان الذي تم تشخيصهم به، ويتعلمون تدريجيًا فقط في تقدير الاختلافات بين أنواع السرطان والتوقف عن تعميم الحقائق حول مرض السرطان الذي يكتشفونه من مرضى السرطان الآخرين، وهناك اختلافات نفسية كبيرة في تجربة وعلاج أنواع مختلفة من السرطان، تعتمد على نوع السرطان نفسه، بما في ذلك المرحلة والصنف، أيضًا على شخصية المريض ونوع العلاج والبيئة، بما في ذلك الثقافة ونمط الحياة والعوامل العائلية والدعم الذي يحصل عليه المريض، ويعتبر موقفه تجاه المرض محددًا رئيسيًا للتجربة الكلية، إن الإصابة بالسرطان غالبا هي حدث شاق بالنسبة للمريض. ومع ذلك، فبعض المرضى يتركون المرض يغزو كامل حياتهم ويحدث ثورة، معتقدين أن حدوث تغيير كبير في أنفسهم وأسلوب حياتهم هو فقط ما سيمكن من الانتعاش، في حين. يحتفظ الآخرون بمسافة بين أنفسهم والمرض، ولا يدعونه يغزوهم أو يسيطر عليهم، ويغير نمط حياتهم وسلوكهم بأقل قدر ممكن، في انتظار ما كان يمر به العاصفة حتى تصل الأوقات الأكثر هدوءًا. (Kreitler, Shulamith, 2019, 247)

سعت النفسانية "روبين هالار" إلى منح المساعدة لمرضاها للتغلب على الورم السرطاني اكتشف في ثديها منذ ستة أشهر...، ودلت الدراسات أيضا أن الرجال المصابون بنقص المناعة المكتسبة الذين خضعوا للعلاج والإرشاد النفسي لاسيما الاسترخاء والسيطرة الذاتية المضادة للتوتر النفسي أظهروا بداية متأخرة لأعراض مرض الايدز وأعراضه المرضية...، وقد كان السيكلوجيون الرواد في الكشف الطبي النفسي الحديث بلعبهم دورا مهما في الدراسات الخاصة بعلم النفس المناعي- العصبي...، فقد توصل الباحث والعيادي "جيفري ريد" من جامعة كاليفورنيا إلى تأثير العوامل النفسية وتبدلاتها على جهاز المناعة عند المصابين بنقص المناعة المكتسب، وليبرهن على النفع العملي لمقارنته من خلال افتراضات علم النفس المناعي العصبي، وطرح مشروعا بالتعاون ليثبت قيمة العناية النفسية المندمجة في معالجة مريضات سرطان الثدي، وتبين أن النساء اللاتي تلقين العلاج الجمعي كعلاج مكمل يظهرون تكييفا نفسيا مستحسننا ومهارات تعاملية وتبني سلوكيات أكثر صحية ومطوعة أكثر...، أحسن من المعالجة الدوائية، كما اظهرن وظيفة مناعية متحسنة. وقد نشرت الجمعية الأمريكية النفسية APA دراسة أثبتت نتائجها أن مريضات سرطان الثدي اللاتي خضعن لعناية ورعاية نفسية أظهرن تحسنا واضحا في قوة جهاز المناعة، مشابهة لنفس نتائج "جيفري ريد".

ونشير إلى أنه، يتولى علم الأورام النفسي إعداد أدوات القياس النفسي للأبعاد النفسية لمرض السرطان وآثار العلاج النفسي...، ومعظم هذه الأدوات هي تقارير ذاتية ويمكن للمرضى إكمالها بأنفسهم، لا يتم تقديم الأدوات التي يديرها الطبيب التي تتطلب التدريب في إدارتها وسجلها لضمان الموثوقية، مثل المقابلة الإكلينيكية المهيكلة لاضطرابات (SCID) DSM ومقياس تقييم الاكتئاب... (Holland, Jimmie C and al. 2010, 119)

3.3.2. تعريف الأمراض السيكوسوماتية

في اللغة اليونانية، الكلمة من مقطعين، psyche soma تعني نفس جسد (جسم)، وهي أحد اتجاهات علم النفس الطبي، يركز على دراسة تأثير العوامل السيكلوجية في ظهور الأمراض السوماتية، كالربو وضغط الدم وقرحة المعدة... (بني يونس، 2008، 465)

جاء في قاموس علم النفس أن السيكوسوماتي هي العلاقة بين الظاهرة النفسية السوية أو اللاسوية، والظروف الجسمية للفرد. (الخالدي، 2006، 462).

وفي الانسكلوبيديا البريطانية ظل مفهوم السيکوسوماتية يتضمن علاقة واضحة بين الظاهرة المرضية، كالاستجابة للخوف أو الغضب، وبين التغيرات البنائية أو الوظيفية كسرعة ضربات القلب وقرحة المعدة وإصابة المخ... (الخالدي، 2006، 462).

(السيکوفسيولوجية) أو النفسجسدية هي الأكثر الأمراض بدائية ونكوصا من الناحية قبل اللفظية في التعبير فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض. (عكاشة وعكاشة، 2018، 644)

لفظ سيکوسوماتية يعني ازدواجية الجسم عن النفس، وحيث أن النفس جزء من الجسم والمخ، ولذا لا يصح انفصالهما.

الاضطرابات السيکوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها العامل الانفعالي دورا مهما وقويا وأساسيا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة و عكاشة، 2018، 643)

التفسير العلمي للأمراض السيکوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة، وتسمى الكسيثيميا Alexithymia، ومن ثم يظهر الانفعال في هيئة أمراض جسدية، وكأنما الفرد بدلا من البكاء بعينيه، فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه، مثل: الجلد، المعدة، القولون، القلب... (عكاشة وعكاشة، 2018، 650).

علم السيکوسوماتيك، يدرس المادة الإجرائية التي تتمثل في التمايز والتكامل بين النفس والجسد... (بني يونس، 2008، 465)

سيکوسوماتيك، أول من استخدمه علميا عام 1818، Heinroth ليؤكد استقلال النفس عن الجسد، ثم عام 1922 ألغى F. Deutsch الاستقلالية، ثم عام 1946 أدخله إلى فرنسا ليؤكد النظرة الطبية الشمولية... (بني يونس، 2008، 466).

فابيان ل. روك، د. كوستيلو: مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها. تحدث نتيجة اختلال شديد أو (مزمن) في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفيزيولوجية) للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي،... (عطوف، 1987، 137)

يشير Brady و Sanford 1958 الأمراض الناتجة عن أسباب نفسية هي: الربو، الصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم، التهابات الجلد، التهابات الغشاء المخاطي أو القولون، القرحة، أو نزيف معدي داخلي... (عطوف، 1987، 138)

الاضطراب السيكوسوماتي هو "الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية، والتي تأخذ شكل اضطراب عضوي". (الخالدي، 461، 2006)

ويعد استعراض تعريف جلفورد الذي يركز على الاعراض، بلاتملتمان، لوا مالكنون، الذي يركز على الألم والخلل الوظيفي للعضو، آيزنك وفلوريدش، "وافقت جميع التعريفات بأن الاستثارة الانفعالية الحادة والمستمرة تؤدي حتما إلى تغيرات بنائية في الجسم". (الخالدي، 462، 2006)

4.3.2. أسباب الأمراض السيكوماتية:

تحدث نتيجة لضغط انفعالي، أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر...، ضغط متوقف على (الأسلوب) أو (الحل) الذي يستجيب به الفرد لشدائد الحياة ومواقفها، بغض النظر عن إدراكه لها بصورة موضوعية أو غير موضوعية. فإذا لم يتم إخراج الانفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة (فيزيائية أو لفظية) فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل وتعطل الوظائف السوية لبعض الأعضاء. ويلعب الخوف بأنواعه والقلق والغضب والكبت والضغط دور المقص في الأعصاب والأجهزة الداخلية. (عطوف، 139، 1987)

5.3.2. علاقة القلق والضغط والضيق بظهور الأمراض السيكوسوماتية:

في كل موقف من الحياة، مظهر من مظاهر الضيق Stress يكون ناتجا عن ضغط Pressure ويولد قلقا Anxiety والقلق بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي (اللاإرادي) ويصيب المعدة أو القلب أو الرئتين... التي تتعكس بردود أفعال آلية مؤلمة... (عطوف، 143، 1987)

ويعتقد أن انفعالات القلق والمخاوف والضغط، تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية طويلة، تؤدي إلى تحطيم أعضاء الجسم... والخبرات الانفعالية الطويلة ينتج عنها أعراض فيسيولوجية وتدمير حقيق لأعضاء الجسم فتظهر الأعراض السيكوسوماتية... (عطوف، 145، 1987)

6.3.2. الميكانيزمات الفيسيوي - بيولوجية في المرض النفسي:

1. نظرية الجهاز العصبي الذاتي (كانون):

أ. الجسم والنفس وجهان لعملة واحدة، ونقطة التقائهما هي الدماغ ينظم كل الجسم ومركز العمليات الأفكار، العواطف، الخطط والذكريات...

ب. لا يوجد أبسط انفعال دون مرافقة تغيرات (عطوف، 50، 1988)

عضوية، فمجرد القلق في النفس يصاحبه في الجسم خفقان وارتجاف وشحوب فالجهاز العصبي الذاتي السمبثاوي والباراسمبثاوي يغذي جميع الأحشاء الداخلية للإنسان. ويؤكد cannon أن سلوك إثارة

استجابة، قتال هروب، يعتمد على محور الغدتين النخامية والكظرية. كل صدمة أو ضغط نفسي تؤدي إلى ردود أفعال واستجابات متتالية في الجسم ويتدخل هرمون الأدرينالين والنوادرينالين وغيرهما في كل تغير فيزيولوجي...

2. نظرية التكيف مع الصدمة (سيلي): تمر بمراحل: الصدمة والمواجهة، فيستتفر الجهاز الدموي والأعصاب والغدد الصماء. محاولة التكيف أو الفشل أو الإعياء: مواجهة لكن استمرار الشدة يؤدي إلى الإعياء فتفرز الغدة الكظرية الكورتيزول بكثرة. الفوضى العضوية والمرض النفسجسمي: الخلل الهيموستازي يتحول إلى مرض جسمي ويصاب عضوا معينا... (عطوف، 1988، 51)

تعليل كان، للانفعال والمزاج: حسب الانفعال يقوم على جهازين: النفسي (يتصل بالمخ جهاز الحركة يطور ما يصل إليه من الأعصاب الحسية) والكيميائي الدموي الهرموني (على أساس المخ، له اثر على: الحساسية النفسية بالزيادة والنقصان، اللذة وعدمها في المحتويات النفسية، السرعة النفسية من كبت واندفاع، حصار وعقد...، الحركة النفسية: معطل، جامد، حديدي، ناعم، لبق..)

7.3.2. أبعاد السببية في المرض النفسجسمي

الضغوط النفسية هي نسبية لارتباطها بتاريخ حياة المريض ونشأته وشخصيته واستعداداته الوراثية والظروف البيئية، والشدة: توتر داخلي تؤدي إلى تخريب عضوي أو خلل وتقرض على المصاب تهديدا وتحديا وأحيانا أذى ومرض جسمي هو في أصله ذو مصدر نفسي وهناك عدة تعليلات لذلك. (عطوف، 1988، 52).

1. التعليل السببي (كارل ياسبرز) المرض النفسجسمي يظهر على خطوتين: علاقة آلية مكانية: رد فعل يفوق المعتاد كالإسهال والقيء نتيجة انفعال شديد. علاقة اكتسابية بالمنعكسات الشرطية: تكرار على المنعكس الشرطي فالشلل الوظيفي مثلا نتيجة الخبر المزعج يقع له تثبيت في المنعكس الشرطي ويتكرر كلما سمع خبرا مزعجا.

2. السببية النفسية (دوتش، والكسندر)، دوتشي ترى الأذى النفسي في الطفولة يتسبب في إصابة عضو نتيجة الحرمان والضغوط فيصبح محل انفعال دائم عصاب العضو. الكسندر سبب المرض هو صراع سايكو ديناميكي يربط بين عقدة ومرض فعقدة الفراق عن الأم تولد الربو، وعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة

3. سببية الشعور بالنقص (ادلر) الشعور بالنقص في عضو معين يقود إلى المرض السيكوسوماتي. (عطوف، 1988، 53).

للإجابة على سؤال كيف للقدرات النفسية الكامنة إمكانية الشفاء؟ انقسم العلماء إلى مدارس:

1.المدرسة الفيزيولوجية: على رأسها Watson و Fechner Ribot Mosso ومدرسته السلوكية وPavlov، وترى أن الأوعية نشاط حيوي بيولوجي بحث وتفسر فسيولوجيا للظاهرة النفسية بدلا من الفردية والأحاسيس... ورد الفعل الجسدي من الداخل أبداً ن تنبيهات الخارج...ومن بين اتجاهاتها: -نظرية كانون: يرى ان الانفعال والموقف المهدد يضع الجسم في حالة استنفار وتعدى التفكير الى ردة فعل جسدية تسبق الانفعال النفسي إلى تغيرات جسدية (أهمها زيادة الأدرينالين...) ووصل في أبحاثه العملية أن المناطق العصبية (مافوق المهاد التلاموس) هو المركز الدماغي للانفعالات... (بني يونس، 2008، 471، 472)

-نظرية سيللي: بعد دراساته أطلق نظرية (التأذر العام للتكيف) وقسم رد فعل الجسدية أمام الضغط النفسي إلى مراحل: مرحلة الاستعداد وهي مرحلتين، الأولى الصدمة بإنذار الجسد وردود فعله الفيزيولوجية (الهرمونات الكظرية) والثانية الصدمة المضادة، عند انخفاض رد الفعل الفيزيولوجي استمرار الضغوط، تبدأ مرحلة المقاومة، تعبئة قدرات الجسد كلها لمواجهة الضغوط، والمرحلة الثالثة، مرحلة استنفاد قدرات الجسم والتكيف مع الضغوط ويعجز الجسم عن التفاعل وقد تؤدي بالموت حال الاستمرار... ويصنف سيللي عوامل الشدة أو الضغوط إلى: عوامل جسدية: حوادث، آلام، جروح،...، عوامل نفسية: قلق، إنهاك، مخاوف، إرهاق...، عوامل اجتماعية: مشكلات مهنية، معيشة صعبة، عزلة... وطورت النظرية بإدخال الأثر الرجعي Bio feed back للغدة النخامية إلى اكتشاف مورفينات المخ: Enkaphiline Endorphine Dinorphine ... (بني يونس، 2008، 472، 473)

نظرية بريبرام: Pribram

مدرسته الفيزيولوجية العصبية، تركز نظريته على طريقة عمل الدماغ Holograme كل خلايا الدماغ تختزن كل المعلومات لكن بدرجات متفاوتة، وأثبت وجهة نظره E R Jhon بتجاربه على القطط، فالأعطال الوظيفية (الشلل، العمى والبكم والصمم الهستيرى) هو تحويل مفاجئ بسبب الرضوض النفسية، للخلايا المسؤولة على هذا الحس ولا يتاح للخلايا الأخرى أن تعمل بدلا لها... (بني يونس، 2008، 473، 474)

2.المدرسة التحليلية:

فرويد وشاركو عملا على الهستيريا، لكن لم يكن هدفهم البسيكوسوماتيك،، وتطبيق المبادئ التحليلية في المجال النفسجسدي كان على يد تلامذته، استغلالا لنتائج الحربين العالميتين حين فشل أطباء الأعصاب في علاج الشلل الهستيرى وعرّاش المحارب... (بني يونس، 2008، 475، 476)

أما بالنسبة للمدارس العلاجية السيكوسوماتية نذكر: 1. التنويم المغناطيسي الذي أبدع فيه شاركو وفرويد في إطار المدرسة التحليلية، 2. المدارس الاسترخائية:، طريقة Mitchell طورها magman الاسترخاء الفيزيولوجي السلبي، طريقة Coutee أدخل عليها التنويم المغناطيسي الذاتي، طريقة Jakobson خضوع المريض لجلسة إلى 3 جلسات بتمرينين استرخائيين لمدة 30 دقيقة يوميا. طريقة Training Autogene أسسها Schultz عدلها W Luthe من دورتين سفلى وعليا، استرخاء تدريجي، طريقة Sophrologie أسسها الاسباني A Caceydo أثبتت فعاليتها بعد وضع المريض في حالة بين النوم واليقظة بالاسترخاء. المدارس الحديثة: نتيجة التطبيقات الجديدة للمدارس القديمة الاسترخاء الذاتي والتكامل الجسدي...

3. المدارس التجريبية: كان لمورفينات المخ الأثر البالغ في ظهور هذه المدارس، منها العلاج بالموسيقى على أبحاث Jeffry rody، استطاع علاج الأمراض النفسجسدية، الوخر بالإبر، الضغط بالأصابع،....

4. النظرية القائمة على خصوصيات الصراع J. reuch يحدد الشخصية وخصوصية الصراع لتغيير بعض خصائص الشخصية.

5. نظرية التأخر النفسي-الوظيفي th Szasez E Trillat المرض الجسدي سببه الإثارة المزمنة للجهاز العصبي نتيجة الضغط والإرهاق النفسي فالبحت ينصب على المشكلات النفسية المزمنة الدائمة المستمرة...

6. مدرسة الأنماط السلوكية: على فشل Dunbar قامت هذه المدرسة التي تقسم الناس إلى نمطين أ و ب (Rosenman و Friedman) يرمز لهذين النمطين SCTA SCTB

7. المدرسة التحليلية: نظرية الأنماط كانت لـ F. Alexander مدخلا ليوفق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي، بنظرة دينامية أساسها الصراع اللاوعي كالعدائية، التعلق... والآليات الدفاعية المستخدمة، وللصراعات خاصية التأثير في أعضاء معينة، فالخوف والغضب يؤثر في القلب والأوعية، ومشاعر التبعية والحاجة للحماية تؤثر على الجهاز الهضمي، والوراثة وطبيعة الجسم لا تكفي كاستعداد للإصابة بالمرض بل للانفعال التأثير الكبير، كما كان لـ Horney دور فقد عالج الشقيقة

بالتحليل الذاتي، ودعا إلى وحدة النفس والجسد، وطرح نظرة طبية تحليلية فالطاقة النفسية تصرف أما بالتجسيد فيحدث الاضطراب الجسدي الوظيفي أو عن طريف الجهاز النفسي فيتغير السلوك والعمليات العقلية.... وكان أول من وضع فرضية ضعف الأنا ووهنها لدى المرضى النفس جسديين....، ما جعلها سامي علي وبيار مارتي منطلقا لهما فسامي علي شدد على أهمية ودور وعدم تناسق تطور النمو منذ الطفولة في ظهور الأمراض النفس جسدية، ويرى في الإسقاط وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف الأنا....، وركز على أهمية البعد الثالث (مفهوم الفضاء)....، والمرض نفس جسدي يتم بالنقص في قدرة المريض على الإسقاط....

8. مدرسة بيار مارتي Marty: يعتبر الإنسان وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة، متميزة ومتفردة بآليات دفاعية جسمية ونفسية، وتتوطد من خلال علاقة أم طفل، التي تشحنه ليصل إلى أنا فاعلة وجهاز نفسي متوازن وجيد، فنظرية مارتي دينامية تتابع الإنسان خلال مرحل نموه، أثناء صحته وأثناء مرضه عند اختلال توازنه النفسي الجسدي، وغريزتي الحياة والموت هي معادلة التوازن، وتنظيمه واختلال هذا التنظيم... (بني يونس، 2008، 486)

8.3.2. الألكسثيميا Alexithymie:

هو مصطلح يرجع إلى المدرسة الأمريكية بزعامة Sifneos et Nemiah (1970) يتقارب مع مفهوم التفكير العملي للمدرسة الباريسية لـ Pierre Marty (1963)، كلمة يونانية تتركب من "كلمة" و"مزاج" يعبر عن الصعوبات في التعبير الشفوي الملاحظ عادي لدى المرضى الذين يظهرون الأعراض السيكوسوماتية.

وأهمية مصطلح "الألكسثيميا" ومصطلح "التفكير العملي" أمر مؤكد لدرجة اعتبارها قوة جديدة بعد التشخيص في ميدان طب السيكوسوماتية التي تركز على الصراع النفسي أم تدمجه مشيرا Baldoni F et al , 2005 أن الألكسثيميا قد أدمجت في وسط المقاييس الشخصية في ميدان البحث السيكوسوماتي. (Rafanelli, Fava et coll, 1995) يعتبرونه نظام تشخيصي يضاف للنظام التقليدي DSMI ، L ICD-10 يساعد على وصف دقيق وكامل للمرضى.

وقد صنف المحلل النفسي Bergeret Jean السيكوسوماتية، أنها أسلوب للتعبير يستعمل بالضرورة الجسد. أما Joyce et Dougall الألكسثيميا هو ميكانيزم دفاعي للأنا، ينتج عنه نبد للعواطف، وقد يسهل التكيف أحيانا عند الأشخاص الذين عايشوا تجارب قاسية. أما Formi et al (2011) صنفت نتائج دراسته على مرضى السرطان، أن تشخيص الألكسثيميا لوحظ ارتباط سلبي مع

الأعراض العقلية لا تتجاوز حدود الحصر والانهيار المقاس بقياس HADS، وسجل ارتباط إيجابي بنوعية الحياة، فالنسبة العالية للأكستيميا اعتبرت بمثابة حماية وأثارت مسألة الضرورة ونوعية التدخل المحتمل لعلم النفس الأورام.

دراسة أخرى قام بها Amani et al, 2006 حول الأكستيميا وارتباطها بنشأة السرطان، نتائجها الخاصة الأكستيميا غير متلائمة، وقد وضع الباحث Todarello وآخرين اختبار على نساء مريضات بسرطان الثدي تبين سمات الأكستيميا بكل وضوح، وفي بدراستين (1954)، 1997 نفس الباحث ظهرت نسبة مرتفعة جدا من الأكستيميا لدى النساء المصابات بسرطان الدماغ مقارنة بالنساء الغير مصابات. دراسات في علم النفس العيادي وعلم الأورام النفسي مست الوظيفة العصبية المخية (Nemiah JC , 1977) اعتبر بأن الأكستيميا هي إشارة لعدم توظيف متتالي، هو انتقال متدهور للمعلومات من الجهاز اللمبي إلى الجهاز الفصي الخارجي، وهذا ما يجري أثناء العمليات الذهنية التي تساعد بالخصوص على الترميز والتمثيل الذهني للوضعية. قد يؤدي هذا اللاتوظيف إلى تغيير التركيبية المستقلة للاستجابات الانفعالية.

إن الأكستيميا هي أساس اضطراب تنقل المعلومات داخل الطريق الذهني. فيما يخص الأشخاص الأكستيميا، فآثار نظرية مضمونها أن الأحداث المتداخلة تثير إجابة انفعالية مرتبطة بالوعي الانفعالي المحدود، هذا يعني أن هؤلاء الأشخاص حين يكونوا في وضعية تنشيط انفعالي تكون لديهم مظاهر مستقلة سلوكية للاستجابة الانفعالية، لكن بسبب نقص الوعي الانفعالي لديهم يقرون بعدم الإحساس (أي البرودة العاطفية)، كذلك فالأشخاص المسنين لديهم انفعالات لكن لا يعترفون بها، يعملوا علي إعدادها وإيصالها وتعديلها، قد يغلب عليهم الاستجابات الفيزيولوجية على حساب الاستجابات الذهنية. أما النظرية التحليلية لمفهوم الأكستيميا وعلاقتها بالشخصية، لقد أثرى مفهوم الأكستيميا المناقشة فيما يخص علاقتها بسمات الشخصية المنضبطة أم حالة ثانوية مؤقتة تظهر عند الفرد في وضعية خطر. Freyberger H , 1977 أول من اقترح مناقشة الأكستيميا الأولية والأكستيميا الثانوية، فالأولى تعتبر عامل استعداد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بينما الثانية هي عامل واق ضروري يقف عكس مفهوم المرض ثابت بعمق في عملية الاقتصاد المعرفي للفرد ويكون بمثابة الوظيفة القاعدية أما الثانوية فهي مرتبطة بحادث صادم معروف باستعمال الميكانيزمات الدفاعية خاصة النفي الذي يحمي المريض من واقع صعب. وحسب (Kristal et al, 1988) تعتبر الأكستيميا الثانوية حالة إستراتيجية قريبة من استراتيجية التكيف تساعد على تسير القلق الذي يأتي من وضعية ضاغطة.

اقترح Taylor (1997) فكرة الألكسثيميا كسمة للشخصية المنضبطة تسمى "الألكسثيميا سمة"، كسمة ثانوية للشخصية في هذه الحالة توضع الألكسثيميا مع الأبعاد الكلاسيكية للشخصية حسب Costa et Mc Crae (1987)، حيث أن الأبحاث الأولى أظهرت أن الألكسثيميا هي سمة للشخصية المركبة تكون عناصر العصابية والانبساطية والانفتاح، فهي مرتبطة بالميول للإحساس المعقد للضيق الانفعالي، وبالقدرة الناقصة للإحساس بالانفعالات الإيجابية، إقبال ضعيف للحياة، هذا ما يقترب من فكرة Thomas C.B, 1974 فالأشخاص لديهم استجابة ضعيفة، ومزاج موحد يعانون بصمت وبوحدة كبيرة داخلية، لديهم نسبة 16 مرة أكثر للإصابة بالسرطان، أما الأشخاص الذين لديهم اختلاف في المزاج وحصر يساعدهم ذلك علي التعبير عن الانفعالات.

بالنسبة لارتباط الألكسثيميا بالمناعة في هذا المفهوم نجد أعمال تقييم الوظيفة الألكسثيميا علي الوظيفة المناعية وهو ارتباط مهم بالخصوص حين يتجسد على شكل نفسي عصبي، هرموني مناعي، فإن إثارة محور قشرة الكظر والمحور الودي قد يكون هو المسؤول على اضطراب الوظيفة المناعية على المدى المتوسط. بالنسبة لبعض المؤلفين (Corsos et al, 2003) فإن الحفاظ على إثارة المحور الودي وقشرة الكظر قد يكون مسئول على القضاء على المناعة، ممكن أن يكون لها انعكاسات جسدية على المدى الطويل. وفي الأخير نستطيع القول أن الشخص الألكسثيميا له حساسية وهشاشة تجاه الضغوطات ومرتبطة بإثارة دائمة لمحور غدة محور القشرة الكظري المسؤولة عن ضعف المناعة مع تنشيط السيتوكينين لتعويض (المادة المسؤولة على الاتصال المفروزة من طرف الجهاز المناعي) وهذا ما يؤدي إلى إثارة الاستجابة المناعية، كذلك نظرية انعدام الوظيفة السيتوكينية المرتبطة بتدني الاستجابة المناعية عند الأشخاص الألكسثيمين المحتاجين للدعم. (شدمي، 2015/2014، 67-72)

9.3.2. علم النفس المناعي العصبي (Psychoneuro-immunology)

قدم علم النفس المناعي العصبي العلاقة بين النفس والبدن، من خلال الشدات النفسية المزمنة التي تحدث فرطاً في إفراز الكورتيزول القشري (قشر الكظر)، ما يثبط إنتاج تعدد الخلايا الجذعية المناعية نوع T4 القاتلة للخلايا السرطانية والأمراض الخماجية (الانتانية)، وإضعاف هذه الشدات المزمنة يؤدي إلى تنشيط مناعة البدن (وهي آلية مسلم بها طبياً)، ففي دراسة رائدة عام 1991، لـ "شيلدون كوهين"، بينت أن الأفراد المتعرضين للشدات الحياتية أكثر إصابة بالأنفلونزا، كما توصل "دافيد سبيغل" من جامعة ستافورد بمعاونة المعالجة النفسية "إيرفين يالوم" للذان طبقا على مريضات بسرطان الثدي تقنية "يالوم" "العلاج الجمعي التعبيري الداعم"، وبعد 10 سنوات عاد "سبيغل" للسجلات الرصدية العلاجية- الطبية

فوجد أن النساء المريضات اللاتي خضعن للعلاج النفسي الجماعي عشن مدة الضعفين مقارنة مع النساء المريضات اللاتي لم يتلقين العلاج النفسي....، فشددت نتائجها انتباه المجتمع الطبي المهني نحو مسألة إطالة البقاء في الأورام الخبيثة واثّر الدعم النفسي في هذا الخصوص....، فوجد الباحثون مؤشرات أخرى لعلاقة المداخلات النفسية واستجابات جهاز المناعة....، واتضح لـ"جيمس بنباكر" من جامعة Southern Methodist أن أفراد التجربة أظهروا دفعا في نشاط المناعة بعد إزالة الحوادث الرضية مقارنة مع أفراد الضبط التجريبي... (الحجار، 1998، 39 – 41)

وعلم المناعة النفسية العصبي Psychoneuro-immunology، علم يتقاطع مع علم النفس، علوم الأعصاب، وعلم المناعة، بهدف وضع قواعد علمية للأمراض السيكوسوماتية على أساس التجربة، هو العلم الذي يهتم بتأثير العوامل النفسية الايجابية والسلبية على الجهاز المناعي. (أحمان، 2019، 17-18) وقد أشارت العديد من الدراسات إلى تأثير الضغوط النفسية على الأداء المناعي (موانيهان وآدر، 1996)، (كوهن وهاربرت 1996) كما توصل (إشيغامي) أن الأداء المناعي يتدنى أثناء فترات الهياج الانفعالي، (هاربرت وكوهن، 1993) تدني فعالية الخلايا الطبيعية NK أو عدد خلايا T (CD4 و CD8)، (ايرونسون، 1997) (لفي، هاربرمان سيمونس وآخرون، 1989)، (وبسبب الضغوط تتخفض نسبة الخلايا المساعدة Th وهي الخلايا التي تعزز أداء الخلايا Tc وغيرها (كامني، كوهن، زيغانس وكانونت، 1989)، كما توصل (سيجرستروم وزملائها) أن التعامل الإيجابي والفعال كفيل بأن يعوض عن الآثار السلبية للضغط على الجهاز المناعي، لدى الطلبة المتفائلين الايجابيين الفعالين المواجهين لإدارة ضغوط دراسة الحقوق، تحسّنوا تحسّنا نفسيا مناعيا يفوق الذي أظهره الذين فشلوا في ذلك. ودلت الأبحاث حول المناعة على أهمية ودور العلاقات الشخصية المتبادلة (كوهن و هاربرت، 1996)، (أكرمان وآخرون، 1988)، وأن اضطراب العلاقات الاجتماعية ونقص المساندة الاجتماعية ينتج عنه ضعف جهاز المناعة، وترتبط سلبا الاضطرابات الزوجية والصراعات مع تغير المناعة، (دراسة كيكولت - جلاسر وزملاءه، 1987). (تايلر، 2017، 780-785)، (أحمان، 2019، 159-162)

دراسات عديدة عززت الأثر الإيجابي للتكفل النفسي على المناعة النفسية العصبية لدى المضطربين نفسيا، فأساليب حل المشكلات وإدارة الضغط والاسترخاء يمكن أن تخفف من الضغط بآثاره السلبية على الصحة، وباستطاعتها توسط العلاقة بين الضغط وجهاز المناعة، وتؤدي إلى التخفيف من حدة الضغط، وقد وجد (سيجرستروم، تايلر، كامني، فاهاي، 1998) في دراستهم، أن التفاؤل واستراتيجيات المواجهة الفاعلة، تحمي الإنسان من الضغط النفسي، وتجارب بينت أن المتفائلين يلجئون

للأساليب التجنبية في تكيفهم أقل من غيرهم، ويشعرون أقل من الضيق، والعكس التشاؤم والتدبر التجنبي واضطراب المزاج هي أساليب ترتبط بانخفاض خلايا المناعة NK وخلايا T أي أن التفاؤل والتدبر تأثيرهما مهم في العلاقة بين الضغوط والأداء المناعي. (تايلر، 2017، 787).

وقد كان للسيكولوجيين دورا مهما في الدراسات الخاصة بعلم النفس المناعي- العصبي، فقد توصل "جيو فري ريد" من جامعة كاليفورنيا- لوس أنجلوس، أن العوامل النفسية والتبدلات التي تحدثها تؤثر على جهاز المناعة عند المصابين بنقص المناعة المكتسب، واقترح مشروعاً بالتعاون مع مؤسسة الصليب الأزرق في ولاية ماساشوتيس ليثبت قيمة العناية السيكلوجية المندمجة في معالجة مريضات سرطان الثدي، فالأزمات النفسية المزمنة تحدث فرطاً في إفراز كورتيزول القشري (قشر الكظر) وهذا ما يثبط من إنتاج تعدد الخلايا الجذعية المناعية T4 القاتلة للخلايا السرطانية والأمراض الانتانية، وإضعاف هذه الأزمات المزمنة يؤدي إلى تنشيط مناعة البدن، وتوصل "دافيد سبيغل" من جامعة ستافورد و"إيرفين يالوم" الذي قاد علاجاً جمعياً في السبعينيات لنساء في درجات متقدمة بمرض سرطان الثدي، بحيث طبقت على المريضات تقنية "يالوم" "العلاج الجمعي التعبيري الداعم"، وبعد 10 سنوات عاد "سبيغل" للسجلات الرصدية العلاجية- الطبية فوجد أن النساء المريضات اللائي خضعن للعلاج النفسي الجماعي عشن مدة الضعفين مقارنة مع النساء المريضات اللائي لم يتلقين العلاج النفسي، واتضح لـ"جيمس بنباكر" من جامعة Southern Methodist أن أفراد عينته أظهروا دفعا في نشاط المناعة بعد إزالة الحوادث الرضية مقارنة مع أفراد الضبط التجريبي، وقد نشرت الجمعية الأمريكية النفسية APA دراسة أثبتت نتائجها أن مريضات سرطان الثدي اللائي خضعن لعناية ورعاية نفسية أظهرن تحسناً واضحاً في قوة جهاز المناعة، مقارنة مع النساء المريضات بسرطان الثدي تعرضن للعلاج الطبي فقط، وهي نفس نتائج "جيفري ريد". (الحجار، 1998، 39 - 41).

وقد اكتشف "شليدون كوهين" بعد دراسة نفسية أجراها، أن التفكير الإيجابي (المتفائلين) يرتبط بمناعة قوية ضد فيروسات البرد... (أحمان، 2019، 162). وحسب Peterson وآخرون (1988) فالناس المتفائلون أكثر صحة وسعادة. تعمل أجهزة المناعة لديهم بشكل أفضل. يتعاملون بشكل أفضل مع الضغط باستخدام استراتيجيات أكثر فعالية للتكيف مثل إعادة التقييم وحل المشكلات. كما يتجنبون بنشاط أحداث الحياة المجهدة ويشكلون شبكات دعم اجتماعي أفضل حولهم. لديهم أنماط حياة صحية تمنعهم من الإصابة بالمرض، أو إذا أصيبوا بالمرض، فإنهم يلتزمون بالمشورة الطبية بشكل أفضل

ويتبعون أنماط السلوك التي تعزز التعافي. التفاؤل في مرحلة البلوغ المبكر يتنبأ بالصحة في مرحلة البلوغ المتأخر على مدى فترات تصل إلى 35 عامًا. (Alan, 2004,101).

وفي دراسة لـ"بريرا أنديرسون" (2004)، على عينة من 113 امرأة مصابة بسرطان الثدي، خضعن للعلاج السلوكي (الاسترخاء) لمدة 04 أشهر فضعف القلق لديهن وتحسن مزاجهن إلى أكثر ايجابية وفسرت الباحثة ذلك بتطور الخلايا للمفاوية T بثبات وتزايد خلال مدة العلاج... (أحمان، 2019، 165).

يمكن للأمراض التي تهاجم الجهاز المناعي، مثل السرطان وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أن تظهر للباحثين علامات موضوعية فيما يتعلق بالتفاؤل المبلغ عنه ذاتيًا. على فالأشخاص الذين يسجلون درجات أعلى في السمات المتفائلة أثناء تشخيص سرطان الثدي في المراحل المبكرة يبلغون عن مستويات أعلى من الرفاهية، كما لاحظ الباحثون وجود علاقة بين درجات التشاؤم والتنبؤ بالوفيات المبكرة بين المرضى الصغار المصابين بالسرطان المتكرر، بقي هذا الارتباط حتى بعد السيطرة على موقع السرطان وشدة الأعراض. كما خلص الباحثون إلى أن التفاؤل غير الواقعي (أو الأوهام الإيجابية) بدلاً من القبول الواقعي كان في الواقع مؤشراً أكثر فعالية للبقاء. تتناسب هذه النتائج مع الموقف العام لتايلور بأن الأوهام الإيجابية يمكن أن تكون مفيدة عند مواجهة مرض شديد لأن هذه الأوهام الإيجابية تساعد الشخص للعثور على معنى حتى في ظل المحن الشديدة (تايلور، 2009). والتفاؤل (بحسب Scheier and Carver، 2009) يرتبط بالتأثير الإيجابي. قد يكون التفاعل بين هذه العوامل مثل المزاج الجيد وجهاز المناعة، يعمل يتوسط التأثير. فالمرضى المتفائلون بفيروس نقص المناعة البشرية عادات صحية أفضل من نظرائهم الأكثر تشاؤماً...، ويميل المتفائلون إلى الاستمرار في السلوكيات المعززة للصحة مثل تناول أطعمة قليلة الدهون وتناول الفيتامينات والتسجيل في برنامج إعادة تأهيل القلب. (Hefferon & Boniwell, 2011,100).

في دراسة استقصت النساء اللائي يخضعن للعلاج الكيميائي لسرطان المبيض (دي مور وآخرون، 2006)، توقع التفاؤل الأساسي انخفاضاً في CA 125 (مضاد السرطان وقياس تطور المرض) في نهاية العلاج. بينما توقع التفاؤل انخفاضاً في تطور المرض، إلا أنه لم يتنبأ بانخفاض CA 125 إلى المستويات الطبيعية. لاحظ الباحثون أن النتيجة التي تفيد بأن التفاؤل توقع انخفاضاً في CA 125 يمكن أن تكون ذات أهمية سريرية، كما بحث بينيدو وزملاؤه (2006) في التفاؤل والوظيفة المناعية (NKCC) السمية الخلوية للخلية القاتلة الطبيعية) لدى الرجال الذين يعالجون من سرطان البروستاتا (PC)، ارتبط

انخفاض NKCC بتقديم الورم في النماذج الحيوانية، وأشارت النتائج إلى أن التفاؤل يرتبط بشكل إيجابي مع NKCC في الرجال الذين يعالجون من سرطان البروستات. ارتبط التفاؤل أيضًا باكتئاب أقل وكبح أقل للغضب، والفائدة أن الاكتئاب لم يكن مرتبطًا بـ NKCC. تدعم هذه النتائج الأخيرة فكرة أن التدخلات النفسية الاجتماعية التي تستهدف استراتيجيات التنظيم الذاتي التكيفية قد تفيد الصحة الجسدية والعقلية للرجال الذين يخضعون لعلاج سرطان البروستات. (Lopez, 2008,140).

إذن، مع تأكيد البحوث الكثيرة لعلم نفس الصحة أن التفاؤل والمزاج الإيجابي أمران أساسيان لصحة الجسم ويسرع الشفاء في حال المرض، وأن هناك جانب مهم يمكن أن يميز بين مريض وآخر في الأمل في الشفاء، ويعكس التفاؤل والتشاؤم الذي يرتبط بعدم الأمل والغضب والعداء ويتسبب في مشكلات صحية كثيرة منها ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي والسرطان، كما يؤدي انخفاض كل من مستوى الصحة والعمر المتوقع وارتفاع معدل الوفاة، وبطء الشفاء بعد إجراء العملية الجراحية. وأكدت بعض الدراسات إلى كفاءة جهاز المناعة تزداد لدى المتفائلين بالنسبة للمتشائمين فالتفاؤل يقوم بدور هام كعامل وقائي ينشط عندما يواجه الفرد صعوبات الحياة كتلك الناتجة عن المرض، وقد تعددت الأبحاث العلمية عن بعض السمات الشخصية الايجابية كالتفاؤل في زيادة نسبة الوقاية من الأمراض النفسية إلى نشأة علم النفس الايجابي (بترسون، 1988)، (شاير وآخرون 1999). (العاسمي، 2016، 276-277).

كما يرتبط التفاؤل والأمل بشكل إيجابي مع الصحة البدنية والعقلية كما هو متوقع في العديد من التدابير بما في ذلك الصحة المبلغ عنها ذاتيًا، والاستجابة الإيجابية للتدخل الطبي، والرفاهية الذاتية، والمزاج الإيجابي، والقوة المناعية، والتكيف الفعال. (إعادة تقييم، حل المشكلات، تجنب أحداث الحياة المجهد، التماس الدعم الاجتماعي) والسلوك المعزز للصحة. ربما يكون للتفاؤل والأمل العديد من الارتباطات البيولوجية بما في ذلك الأداء الفعال لأنظمة الناقلات العصبية التي تنطوي على السيروتونين والنورادرينالين، وفعالية عمل الجهاز المناعي. زيادة ربط GABA والقدرة على نسيان أو تثبيط ذكريات الأحداث المجهد، ونظام تنشيط أو تيسير سلوكي نشط أو فعال بشكل خاص يشمل مسارات الدوبامين المتوسطة والميسورية. في النساء، قد تترافق الأوكسيتوسين والأنظمة القائمة على المواد الأفيونية الداخلية مع المشاركة في علاقات داعمة اجتماعيًا متفائلة.. (Alan, 2004,106-107).

10.3.2. أثر التفاؤل على المناعة النفسية العصبية

لقد ظهرت نتائج هامة حول علاقة جهاز المناعة بالاضطراب النفسي المزمن وبالأورام السرطانية والعلاج النفسي السلوكي وخصوصا التخيل... (الحجار، 1998، 39)، وتبين أن استمرار الرعاية

بمريض السرطان خاصة من الأسرة والارتباط بأفراد ذوي علاقة حميمية والتكيف مع المخاوف والتخلص من القلق والاكتئاب...، لها أهمية في التحكم بالمرض، ويتضاءل الورم نتيجة شعور المريض بالوجود الأفضل (السعادة) وجودة الحياة، ويستخدم الأطباء أساليب كالتدعيم والمساندة، الاسترخاء، التمارين السلوكية، تحديد أهداف الحياة، إدارة الألم، بعث التفاؤل، التصور، برامج التغذية.... (معمرية، 2007، 134).

11.3.2. الروحانية في التكفل النفسي بمرضى الأورام السرطانية:

في دراسة مقطعية عنوانها: " فهم الاختلافات بين علم الأورام المرضى وعلم الأورام الصحة المهنية فيما يخص الروحانية/التدين "

(Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity)

Elaine Marcon ،Carlos Eduardo Paiva ،Mayara Goulart de Camargos ل:

Barroso ،Estela Cristina Carneseca ،Bianca Sakamoto Ribeiro Paiva ، نشرت عام 2015، تناولت ما إذا كانت الروحانية/التدين (S/R)، يلعب دورا هاما في حياة مرضى السرطان وفي عمل مهنيي الصحة الذين يقدمون الرعاية لهؤلاء المرضى، بحث الارتباطات بين جودة الحياة الروحية (QOL) والمجالات الأخرى لـ QOL للمرضى ومهنيي الصحة، على مجتمع دراسة قوامه 1050 مشاركا (525 مريضا و 525 مهني صحي). تم تقييم نوعية الحياة مع منظمة الصحة العالمية (WHO) جودة الحياة الروحية والدينية والمعتقدات الشخصية (WHO QOL-SRPB). وقد معالجة البيانات إحصائيا (الانحدار الكمي، نموذج التباين). The WHO QOL-Bref و WHO QOL-SRPB، تم ربط المجالات من خلال معامل بيرسون والارتباط الجزئي...، وثبت أن 94.1% من المرضى اعتبروا مهما توجه مهنيي الصحة إلى معتقداتهم الروحية، و 99.2% من مرضى السرطان اعتمدوا S/R في مواجهة السرطان، ما يقرب من 99.6% من المرضى ذكرت أن دعم S/R ضروري أثناء علاج السرطان، 98.3% من مهنيي الصحة اتفقوا على أن الدعم الروحي والديني كان ضروري لمرضى الأورام. سجل ارتباطات ايجابية بين الروحانية في QOL ومجالات QOL الأخرى، أظهر المرضى أنفسهم مستويات أعلى بشكل ملحوظ من الروحانية QOL. وتبين أن S/R كان بنية مهمة في أذهان مرضى السرطان ومهنيي الصحة، وغالبا ما تستخدم المجموعتان موارد S/R في حياتهم اليومية، والتي يبدو أنها تؤثر بشكل إيجابي على تصوراتهم QOL. هذه الأخيرة، التي زاد الاهتمام بها في العقود الأخيرة، عرفت منظمة الصحة العالمية تصورات "الأفراد" لموقفهم في الحياة في سياق الثقافة وأنظمة

القيم التي يعيشون فيها وما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم ومخاوفهم....، "هذا المفهوم" واسع ويختلف إدراكه بين الأفراد والثقافات والأماكن والأوقات، وبالنظر إلى تعدد أبعاده (QOL)، يعتقد أن تشخيص السرطان، والتفاعل النفسي للمظاهر العيادية اللاحقة المرض وعلاجه قد يؤثر عليه سلباً، و QOL في المهن (العمل) هو عامل رئيسي في QOL العامة، حيث يشمل العمل جزءاً مركزياً من أرواح الأفراد، والمهن الصحية قد تعزز تدريجياً العواقب النفسية الاجتماعية التراكمية ويمكن أن ينظر إليها على أنها غير صحية....، وفي علم الأورام، تواجه معاناة الإنسان بتواتر أعلى وكثافتها، مما يجعلها عرضة اضطرابات العاطفة.

الروحانية/التدين (S/R)، هي واحدة من استراتيجيات التأقلم الأكثر استخداماً من قبل مرضى السرطان، وخاصة خلال فترات زيادة التوتر الانفعالي، بعد التشخيص الأولي، وخلال بداية العلاج الكيميائي وبعد التوقف عن العلاج المضاد للسرطان، وبعد الإحالة إلى الرعاية التلطيفية....، فاستخدام S/R كوسيلة للتعامل قد تساعد الإستراتيجية على تقليل الشعور بالخوف طوال وقت مسار المرض، وربما تتدخل في التكفل العيادي، وعمليات صنع القرار، وأعلى مستوى لـ S/R هي المرتبطة بعلاقات اجتماعية أفضل، ومستويات أعلى من الأمل و QOL.

وقد كان معظم المرضى من الرجال (العدد 282، 53.7٪)، ومن بين مهنيي الصحة، كانت الأغلبية من النساء (398، 75.8٪)، معظمهم من الأطباء (117، 22.3٪)، ممرضات مسجلات (92، 17.5٪)، ممرضون تقنيون (264، 50.3٪)، معظم الأفراد كانوا كاثوليك (المرضى: 66.9٪، n 339؛ المهنيين: 60.2٪، 316)، ادعى الإيمان بالله (المرضى: 100٪، n255؛ المحترفون: 96.8٪، n5050). ويعتقد أن S/R ساعدتهم خلال المواقف العصيبة (المرضى: 99٪، n 520؛ المهنيون: 97.3٪، n 510). بين المرضى، اعتبر 494 (94.1٪) أنه من المهم أن يسألهم مهنيو الصحة عن معتقداتهم الروحية، ادعى 520 (99.2٪) لاستخدام S/R أثناء العلاج يؤدي إلى الأفضل التعامل مع المرض، و 523 (99.6٪) أفادوا أن التعامل مع السرطان تتطلب الدعم الروحي/الديني أثناء علاج أو التعامل مع السرطان. وبالمثل، 515 (98.3٪) من مهنيي الصحة وافق على أن الدعم الروحي والديني ضروري لمرضى الأورام.

وقد لوحظت ارتباطات معتدلة بين معظم مجالات WHO QOL-SRPB، السلام الداخلي، الأمل والتفاؤل....، ونطاقات Bref-WHO QOL حسب درجات المرضى. ومعتدلة أيضاً لدى مهنيي الصحة، مع الأخذ في الاعتبار أن مجالات QOL الروحية يجب أن تتداخل مع بعضها البعض في

العلاقة مع WHO QOL Bref. وبالمقارنة مع المرضى، كان مهنيو الصحة في الغالب من النساء، الأصغر سناً وذوي التعليم العالي. فيما يتعلق بالممارسات الدينية والكاثوليك والإنجيليين كانت الأكثر شيوعاً في كلا المجموعتين؛ ومع ذلك، المهنيين كانوا أعلى من الملحدين والروحانيين مقارنة مع المرضى بناءً على نتائج الدراسة، تم تطوير إطار مفاهيمي ملخص في الشكل رقم 1 (الملحق).

وبين نتائج أفضل لجودة الحياة في مجموعة (أ) من مرضى السرطان و (ب) مهنيي الصحة. (ج) العلاقة بين نوعية الحياة الروحية لدى مرضى السرطان في ضوء العلاج الذي يتلقونه. الأعلى إمكانية الموت (نهاية الحياة)، كلما انخفضت جودة الحياة الروحية. (د) العلاقة بين نوعية الحياة الروحية في الصحة مجموعة الرعاية المهنية في ضوء مكان العمل. كلما زاد الاتصال اليومي بالموت (المرضى في نهاية العمر)، زادت الجودة عشرات الحياة الروحية. الشكل التكميلي. مخطط انسيابي لتوظيف الدراسة.

وخلصت الدراسة في الأخير إلى أن الروحانية/التدين هي بناء مهم في عقول مرضى السرطان ومهنيي الصحة المشاركين في رعاية هؤلاء المرضى، وأكدت كلتا المجموعتين بوجود تضمين S/R في مقارنة شاملة للمريض. وقد أفاد المشاركون أن S/R ساعدتهم في مواجهة المشاكل. علاقة إيجابية بين QOL الروحية وقد لوحظ مستويات ومجالات QOL الأخرى. عرض المرضى أعلى درجات QOL الروحية مقارنة مع مهنيي الصحة. وجوب النظر في أهمية S/R في صحة المريض...، وهناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتحديد كيفية معالجة مهنيي الصحة فعالية S/R في علاج الأورام.

تعد الدراسة السابقة نموذجية للكشف أن أهمية الروحانية في رعاية مرضى السرطان، وهنا دراسات أخرى أيضاً تبين أهميتها في اضطرابات وأمراض أخرى، كما جاء في دراسة لـ Lewis BJ وزملائه، حول علاقة القدرة والتفائل والروحانية والأعراض الاكتئابية مع شدة السكتة الدماغية الأولية، تكرارها، وما بعدها، ومعدل الوفيات (من يونيو 2004 إلى ديسمبر 2008 بتكساس) وخلصت إلى أن للروحانية أو التفائل تأثير كبير على شدة السكتة الدماغية أو التكرار أو الوفاة...

ويعتقد لوبيز وزملائه (2018) أن الروحانية، يقظة الذهن والتدفق تناقش في إطار البحث عن الخبرات الأمثل، وإنه يمكن السعي -على أساس يومي- وراء خبرة حياتية أغنى والتي تتضمن حداثة أكثر (يقظة ذهن)، واستغراقاً (تدفقاً)، وانتباهاً للمقدس (روحانية). وحسب Ellen Langer، يقظة الذهن، حالة مرنة من العقل، وانفتاح على الحداثة، وعملية تخطيط نشط لمميزات جديدة، أما Bishop وآخرون (2004)، يلفت الانتباه إلى المكونات المعرفية والانفعالية للممارسة المتيقظة ذهنياً. Shapero و Kabat اعتبراً يقظة الذهن، الانتباه لكل المثيرات في البيئتين الداخلية والخارجية، ففيه تأتي خواصه إلى نطاق

الوعي (عدم إصدار الأحكام، عدم الإلحاح، القبول، الصبر، الثقة، الانفتاح، ترك الأمور تسير، الكياسة، الكرم، التقمص الانفعالي، العرفان بالجميل، الصفح الجميل). استخدم Kapat-Zinn (1982)، (2005)، نوعا من التأمل اليقظ في العلاج الناجح للألم المزمن والقلق. وفي دراسة مضبوطة لـ"شابيرو" و"شوارتر" و"بونر" (1998) بينت زيادة في مستوى العاطفة وانخفاضا في مستويات القلق والاكتئاب لدى مجموعة التأمل (يقظة الذهن). وأظهرت دراسة تدخل إكلينيكية مع مرضى السرطان لـBrown وRyan (2003)، زيادات في يقظة الذهن عبر الزمن ارتبطت بالانخفاضات في الاضطرابات المزاجية والضغط. ووجد Asten (1997) زيادة دالة في الخبرات الروحانية بعد الممارسة التأملية اليقظة لدى مجموعة الطلبة الجامعيين. وكذلك "شابيرو" وآخرون (1998) في دراستهم وجودا درجات مرتفعة على مقياس الخبرات الروحية لدى المجموعة التجريبية. وحسب Chiesa وآخرون (2013)، الأفراد الذين يملكون يقظة ذهنية مرتفعة يتحكمون في ردود الفعل الانفعالية على صادر التهديد عن طريق إنتاج قدر أقل من الكورتيزول. أما التدفق، في البحث عن الاستغراق Flow In Search For Absorption، فالدراسات النوعية والكمية تم تلخيصها من طرف Mihaly Csikszentmihalyi وNakamura (2009)، استكشفت أسس الدافعية الداخلية مجموعة المتغيرات الشخصية، الذاتية (كحب الاستطلاع والمثابرة والتمركز الذاتي المنخفض) ربما ترتبط مع القدرة على تحقيق التدفق ومع نوعيته الذي يخبره الفرد، فيستمتع بالحياة ويؤدي الأشياء عموما لأجله هو وليس لأجل أهداف خارجية، وقد وضع نموذج للتدفق، فيها شدة أي خبرة (الممثلة بدوائر وسطى كالقلق والاستثارة والاسترخاء، يزداد مع الابتعاد عن المستويات المتوسطة للفرد من التحدي والمهارة). (لوبيز، جنيفر وسنايدر، 2018، 329-347).

12.3.2. الأبعاد النفسية والاجتماعية للأمراض السرطانية.

تشخيص وعلاج الأمراض الخبيثة تؤثر في جوانب كثيرة من حياة المرضى ومقربيه، وتكون ردود الفعل المشتركة والمباشرة بعد التشخيص هي الصدمة والإنكار، وكثيرا ما يتبع ذلك الاكتئاب والقلق و/أو الغضب، حوالي ثلث مرضى السرطان تتدهور حالتهم الصحية والعقلية، ما يتطلب دعم مهني من قبل الفريق الطبي بأكمله، بما في ذلك أخصائيي الأورام النفسيين...، وغالبا يتجاهل القضايا المالية والاجتماعية التي تسببت فيها مشاكل عدم القدرة على العمل أو بسبب التكاليف الطبية والعلاجية... (Goerling, Mehnert, 2018, 1)

أهمية تحسين طرق المناعة بالطرق السلوكية ودور الاضطراب المزمن النفسي في إضعاف مناعة الجسم هي ثابتة إكلينيكية وخضعت للضبط التجريبي. (الحجار، 1998، 41).

إن أهم الأبعاد النفسية لمرض السرطان نذكر: صدمة الإعلان، فقدان الشعور بالخلود، المواجهة المباشرة التي لا رجعة فيها مع مفاهيم الفناء وعدم اليقين، المواجهة مع التمثلات الخاصة للمرض والموت، القلق بشأن التشخيص والمآل، صعوبات التعاطف أو قبول الآثار الجانبية للمعالجات وعواقبها المحتملة، نتائج فحوصات المراقبة المتكررة خلال فترات حمل المرض، اضطراب الزوج، الأسرة، الأقارب، تجربة التهميش والعزلة والإقصاء الاجتماعي والتخلي، البحث عن معايير جديدة وقيم جديدة تعطي معنى لحياة أساسها التحدي، وقد اتخذ خيار علاج أهم جوانب هذا الضيق النفسي فقط، في ضوء علم الأمراض السرطانية، بالنظر إلى مسألة الاكتئاب واضطرابات القلق، وبعد الصدمة النفسية الذي ستعالج أيضًا، حتى لو كانت تتجاوز "اضطرابات أو ضغوط ما بعد الصدمة" PTSD ومن المحتمل أن تأخذ بعدًا وتشكل بشكل كلي وخاص. (Tarquinio et Tarquinio, 2015, 269)

ويتناول السرطان على مستويين، من لحظة اكتشافه، وآثار العلاج وطرق التكيف، ففيهما يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية والتكيف غير المناسب إلى ارتفاع المعاناة التي يعبر عنها المريض عن طريق كلمة "ألم" وتقيد سيء بالعلاج الذي يعرض فرص شفاء المريض... (مرازقة، 2008/2009، -96 98)، واعتبرت هذه الأبعاد النفسية محاور علم الأورام النفسي:

1- تجربة السرطان والتمثلات الذهنية المرتبطة به (التوظيف النفسي المرضي للمرض وأقاربهم) الوضعية العلاجات (تحديد التشخيص أو الكشف عن الاضطرابات النفسية المرضية الانعكاسية وكل الأمراض والأعراض الموجودة).

2-تقييم التكفل في علم الأورام النفسي بالأدوية أو بدونها المساهمة في تقييم التكفل في مجال السرطان وبالخصوص نوعية الحياة.

3-علاقة العلاج بالإعلان، الاتصال، وأخذ القرار.

4-الارتباطات النفسية، مرض السرطان، القيمة التنبؤية لبعض حالات الشخصية، ولبعض السلوكات ودراسة الآليات الكامنة الرابطة بين النفسية والسرطان.

5-معاناة المعالجين. (شدمي، 2014/2015، 28-29)

كما أن أهداف هذا العلم تدور حول مراحل المرض، التشخيص، العلاجات، المعاوذة،... لتحسين نوعية الحياة... (شدمي، 2014/2015، 30-31).

وילخص علم الأورام النفسي الأبعاد النفسية التي يتأثر بها المصاب بالسرطان كثيرا في: الألم (الناتج عن العملية والألم الذي مصدره القلق والمرتبب بتطور مرض السرطان)، الضيق النفسي، تطوره

والعوامل التي تؤثر فيه وتزيد منه...، مرحلة العلاجات التلطيفية أو النهائية "تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمرضى وعائلاتهم اتجاه عواقب مآله الموت، ومع الوقاية من المعاناة المعروفة مسبقا وكذا المشاكل الجسدية والنفسية والروحية المرتبطة به" (حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS) فمواجهة الموت تؤدي إلى صدمة نفسية، وما يرافقها من تطور للألم، وأعراض نفسية...، وبالتالي تتمحور العلاجات في: العلاجات القصوى، تدخلات متعددة لنقل المريض إلى وسط مختص، العلاجات المريحة: لتسيير الأعراض، العلاجات النهائية: عند الاحتضار... (أين يكون الحداد مسبق وممكن لدى أقارب المصاب ويفكرون في الجنازة بل إن طابو الإعلان له عواقب قد لا تصدق...، لدى الطبيب والمريض وخطر الصدمة يشكل بين 10% إلى 40% من وضعيات ما بعد الصدمة من الحالات بعد الإعلان، احتمالية الانتحار...) (شدمي، 2014/2015، 33-46).

تشخيص السرطان يمكن أن يعطل بشكل كبير حياة الشخص، تؤثر على العواطف، الإدراك، الصحة الجسدية والعلاقات والروحية، والمجال الثقافي، غالبًا ما ينطوي تكوين السرطان على الإدراك على قدر كبير من الألم والمعاناة الجسدية، ربما حتى الموت، والتي عادة ما ينظر إليها على أنها فقط الاحتمالات البعيدة أو كمأساة للآخرين. بالإضافة، إلى ذلك يغير تماما من طبيعة العلاقات بين مرضى السرطان وعائلاتهم، والبيئة الاجتماعية الأوسع، مما يعطل القواعد المعتادة للمعاملة بالمثل والدعم المتبادل، ولعدة قرون كان تشخيص السرطان يحمل وصمة عار بين عامة الناس والمرضى وأسره، وبين الأطباء أنفسهم، الذين نادرا ما تواصلوا الوضع الحالي للمرضى للمتضررين به. ممارسة "الحفاظ على سريتها" من المرضى بمنع الحديث معهم عن مشاعرهم أو المشاكل النفسية المرتبطة بالمرض، وتبني استراتيجيات التكيف المناسبة للتعامل مع المرض وخطر الموت. فقط في العقود الأخيرة حق المريض في الوصول إلى المعلومات وخفض وصمة العار التي تحملها عن طريق السرطان روج لحوار أكثر انفتاحا، مما سمح زيادة الاعتراف بالتأثير العاطفي للمرض على الحالة النفسية للمريض. (Faretta & Civilotti, 2016, pp 138-139)

يحتل علم الأورام النفسي مكانة مركزية في كل خطوة على الطريق من التشخيص إلى الشفاء، حتى لأولئك الذين يعيشون مع سرطان متقدم، في مراحله النهائية، هذا المكانة التي تؤهله إلى أن يعترف به وجوبا ويدمج في مراكز السرطان الحالية والمستشفيات والصحة الوطنية وفي النظم وخطط مكافحة السرطان، و يأمل أن يتم تسهيل الوصول إلى الرعاية النفسية-الأورام في جميع أنحاء العالم. (Goerling, Mehnert, 2018, 64-65)

تجدر الإشارة أيضا، إلى حالات الطوارئ النفسية في الأورام، تناولها بالدراسة،

Andrew J. Roth and Talia R. Weiss Wiesel

والتي تحدث كمشاكل طبية و/أو نفسية غير متوقعة، تستدعي حدوثها العمل لضمان سلامة المرضى أو غيرهم (العدوان، العنف، الاندفاع، والإثارة قبل أو أثناء حالة طوارئ نفسية...) يظهرها المرضى، وتحدد في المراحل المبكرة، وتتعين عوامل الخطر لحالات الطوارئ النفسية في مرحلة متقدمة من المرض: الاكتئاب المهتاج، الأعراض الجسدية التي لم يتم حلها، المرض أو العوامل المرتبطة طبيا، العوامل المرتبطة بالعلاج، اضطرابات نفسية مبكرة، عوامل اجتماعية، تاريخ العنف أو الإضرار بالنفس، استخدام مواد نفسانية التأثير أو سوء استخدامها...

(Holland, Jimmie C. and al. 2015, 267-268)

في العلاج النفسي عموما، وعلاج السرطان على الخصوص، العلاقة: طبيب-مريض، هي أكثر من أي وقت مضى الضمان الأسلم لحماية المريض من التأثيرات التي قد تضر بالمعالجات الفعالة و/أو مفيد للراحة ونوعية الحياة...، والحذر مطلوب لتجنب خداع المرضى بتكهنات مشكوك فيها، فيمكن أن تؤثر العوامل النفسية على حدوث و/أو تطور السرطان بطريقتين مختلفتين: أولاً عن طريق السلوكيات التي تجعل الشخص على اتصال مع المواد المسببة للسرطان (الكحول، التبغ، إلخ)، وعن طريق التأثير المحتمل العوامل النفسية "المباشرة" على المضيف (على نظامها الجهاز المناعي مثلا) و/أو على التسرطن نفسه. هذا التأثير "المباشر" لا يزال يتعين إثباته، والنظريات عديدة تدرس ذلك، لكن نتائج الدراسات متناقضة ويصعب تفسيرها بسبب العديد من التحيزات المنهجية... (RAZAVI, DELVAUX, 17)

ولعل EMDR يراعي كل هذه الأبعاد النفسية والمراحل المختلفة لهذا المرض وتداخل الأعراض وتناذرهما...

كما عد العالم "Simmons" في كتابه "المظاهر السيكوسوماتية للسرطان" الأبعاد النفسية للسرطان (عطوف، 1988، 119). كما يلي:

1. هناك صدمات نفسية، تعجل بظهور السرطان، دون أن تكون هي السبب الأولي للمرض،
2. اضطرابات في الوظائف الغددية تنيرها وتطلقها (الضغوط الانفعالية) خصوصا تلك المتعلقة بمشاكل الطفولة والقلق العنيد،

3. العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة وعلاج الغدد والعلاج النفسي والخدمة الاجتماعية، وقد وجد المحللون النفسيون أن معظم النساء المصابات بالسرطان كن يعانين صعوبة في تقبل ذاتهن كما هي على علتها، كن يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالبا ما يكون موضع الإصابة الندي، يعانون غير دفيئة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب وغالبا عداوتهن مكبوتة... (عطوف، 1987، ص183).

لا تتوقف أبعاد السرطان إلى الجوانب النفسية فقط، بل تمتد إلى العوامل الاجتماعية، فيعطل السرطان إحساس الفرد بالهوية، ويتداخل مع السمات الرئيسية المتأصلة في شخصيته، بتفردا البشري ووعيها الذاتي، يهاجم السلامة الجسدية للشخص، مما يؤدي في مقدمتها الموت، وآثاره وعلاجه يسبب دراماتيكية وتعديلات في صورة الجسم، بما في ذلك التحولات في كيفية رؤية المريض لجسمه المقطع، كل مرحلة من التشخيص إلى العلاج والمغفرة يشرك في آليات دفاعية واستجابات عاطفية تؤثر على صنع المعنى الشخصي فيما يتعلق بالمرض، نموذج كوبلر روس (1969) يصور تماما مراحل مختلفة من قبول المريض للمرض، الإنكار والرفض هي ردود الفعل الأولى. في وقت لاحق، الواقع يمهّد الطريق لردود فعل الغضب وغالبا احتجاج غاضب، يتبعه المزيد من المشاعر الاكتئابية التي تسمح للحالة بالاعتراف والقبول أخيرًا للمرض. قد يؤدي المرض الذي يهدد الحياة إلى حث الأسئلة الوجودية التي يتعين معالجتها من منظور ديني أو روحي. يمكن للسرطان تهديد بشكل مباشر شعور المريض بالانتماء داخل النظام المصغر الذي يشمل الأسرة، والأصدقاء والجيران. في وقت لاحق، مشاعر الاغتراب قد تمتد إلى النظام الأوسع للبيئة الاجتماعية والعمل وعضوية مختلف الفئات الاجتماعية، والتأثير على الأسرة في المقابل، يجب على الأقارب تعديل سلوكهم والعلاقات داخل الأسرة وكذلك داخل المجتمع. عليهم أن يواجهوا مسؤوليات جديدة، ولعب أدوار غير متوقعة يحددها مرض أحبائهم، الذين زاد اعتمادهم عليهم، يجبرهم على مشاركة خوف الموت وشهادة كل التغييرات الجسدية. بغض النظر عن هو في المقام الأول المسؤول عن المريض المحبوب، فقدان المريض للاستقلالية، والألم والتعب والآثار الجانبية للعلاج، تشكل عبئا ثقيلا على جميع أفراد الأسرة. على العائلات أن تواجه مستويات مختلفة من الصعوبات، معنى الحياة واحتياجات الوجود الشخصي وإعادة تعريفها وإعادة التفكير فيها وإعادة فحصها الانتباه لقدرات التعامل مع الأسر قسرا، وتحولات المرض وتوتر الشعور بالخسارة، الهجر، كرب الانفصال، القلق، الشعور بالحتمية، واللوم. فأدوار الأسرة لا محالة بحاجة إلى التغيير، ومع مرور الوقت، تطوم الأعراض أكثر جسدية، فيجب مواجهة الإجهاد — الإرهاق والإرهاق الجسدي، وصعوبات في النوم أو الاستيقاظ.

إلى حد كبير وفي كثير من الأحيان، تعاني الأسر من الحواجز غير الطبية، مثل الصعوبات المتعلقة بالمعلومات، والمالية، والعمل والأسرة. التفاعل مع الآخرين، خاصة المؤسسات، يمكن أن تصبح مزعجة؛ الاتصالات قد تنشأ مشاكل مع موظفي الرعاية الصحية، بما في ذلك الغموض والصراعات وسوء الفهم، فضلا عن المشاكل التنظيمية وعدم وجود علاج.

تأثير ضغوطات الحياة المبكرة، والعوامل النفسية والاجتماعية على المناعة، والأداء والصحة، (1986، منظمة الصحة العالمية)، ودمج معظم النظم الصحية الرسمية في العالم، كالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (إنجل، 1977) في إطارها التوجيهي، مع التركيز على العوامل المتعددة ووجهات نظر تقيم التفاعل بين الكائن الفردي، والبيئة، والأنظمة الاجتماعية، في وقت لاحق، العلاقات بين النفسي والجوانب الفسيولوجية لخطر الإصابة بالسرطان، تمت دراسة التقدم من خلال مقارنة علم المناعة المناعي العصبي، الذي بموجبه ثبت تنشيط الغدة النخامية - الغدة الكظرية قد يضعف محور (HPA) في استجابة الإجهاد المزمن، الاستجابة المناعية والتأثير على بداية والتوسع لبعض أنواع السرطان (Faretta & Civilotti, 2016, 139-140)

أما العوامل غير النفسية هي:

1. العامل الوراثي. 2. العوامل البيولوجية (الطفيليات، البكتيريا والفيروسات). 3. العوامل الكيميائية (التدخين والقطران). 4. العوامل الفيزيائية (الأشعة ما فوق البنفسجية وتأثيراتها) 5. العوامل البايوكيميائية (مادة الهيدروكربون ومركباتها كالميثيل كول أنترين، البنزبيرين) وجودها في الجسم من أكثر العوامل المؤدية إلى السرطان. 6. عامل الهرمون (الأوستروجين والأندروجين) (الثدي) والسينوجين (الغدة الدرقية) ودورهم في إحداث السرطان. 7. عامل البروتين الفاسد (تختلف نواة وبروتين الخلية المصابة بالسرطان عن الخلية السليمة محدثة الالتهاب المزمن) (عطوف، 1988، 117-119).
- 13.3.2. تناول السيكاتري للاكتئاب، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والقلق.

ويعرف بالمقاربة اللانظرية في تناول الاضطراب النفسي *l'approche athéorique*، ويقصد بها تصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders) ومصطلح اللانظري حسب Ionescu غير واضح، ويفضل استخدام متعدد النظريات *polythéorique* أو المحايد بين مختلف النظريات (حافري، 2016، 9)، DSM، من إصدار الجمعية الأمريكية للطب العقلي APA، اهتم أولاً بالراشدين فقط ثم ادمج الأطفال والمراهقين....، يهدف إلى حل صعوبات التشخيص، ويقوم على 04 مبادئ في عدم الاعتماد على نظرية

محددة، ويمتاز بالموضوعية (يستخدم مصطلح الاضطراب بدلا عن المرض)، وهو نظام يعتمد على معايير محددة وموحدة في تشخيص الاضطرابات، متعدد المحاور ومتعدد الخصائص، وهو نتاج عمل 14 فرقة عمل مسئولة كل واحدة عن نوع من الامراضية، يبدأ بتعليمات الاستخدام والاحتياجات، ثم معايير التشخيص وقائمة منظمة لرموز وفئات خاصة لكل اضطراب ثم يليه وصف لنظام تشخيصي متعدد المحاور ثم يقدم محكات للبحث للحكم على شخص معين وتصنيف اضطرابه في فئة معينة ويقدم شرحا مختصرا لكل اضطراب... وفي آخر الدليل المراجعات والاختلافات بين DSM وتوضيح رموزه وما يتوافق مع CIM، ولا يهمل الدليل البعد الثقافي في تشخيص الاضطرابات...، ظهرت الطبعة الأولى علم 1952 والثانية 1968 والثالثة 1980 (ادجت فيها اضطرابات الطفل) واختفى مصطلح العصاب ثم عام 1987 مراجعة للتالثة ثم الرابعة عام 1994 اختفى مصطلح هستيريا وظهر مصطلح اضطرابات جسدية الشكل... وحلت محل الميكانيزمات الدفاعية مصطلح استراتيجيات المقاومة...، مراجعة الرابعة عام 2000، وعام 2013 صدر DSM5 الذي يحتوي 05 محاور و297 فئة تشخيصية... (حافري، 2016/2015، 21).

في DSM-5 خص المحور الرابع الاضطرابات الاكتئابية وتضم (1. اضطراب المزاج المتقلب المشوش، 2. الاضطراب الاكتئابي الجسيم، 3. اضطراب اكتئابي مستمر سوء المزاج، 4. اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، 5. الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/دواء، 6. اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، 7. اضطراب اكتئابي محدد آخر، 8. اضطراب اكتئابي غير محدد، 9. محددات الاضطرابات الاكتئابية: 1. مع انزعاج قلقي، 2. مع مظاهر مختلطة، 3. مع المظاهر السوداوية، 4. مع مظاهر لا نموذجية، 5. مع مظاهر ذهانية، 6. مع بدء حول الولادة، 7. مع النمط الفصلي، 8. تحديد الهدأة، 9. تحديد الشدة الحالية).

فالاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorders)، معايير التشخيص:

A تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة. **ملاحظة:** لا تضمن الأعراض التي تُعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويُعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا)

ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

- (2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.)
- (3) فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لأكثر من 5 % في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.
- ملاحظة:** ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.
- (4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
- (5) (هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء).
- (6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- (7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
- (8) (انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- (9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية.
- أخرى. المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.
- ملاحظة:** الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن،
- حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب .على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة
- يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار .هذا القرار يتطلب حتماً الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد

والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.

أما، اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى

Depressive Disorder Due to Another Medical Condition، معايير التشخيص:

A اضطراب بارز ومستمر في المزاج والذي يهيمن على الصورة السريرية، ويتميز بمزاج منخفض أو

انخفاض الاهتمام أو المتعة في كل أو تقريباً كل الأنشطة. 82

B هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة

فيزيولوجية-مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

C لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (اضطراب التأقلم مع أعراض

اكتئابية-حيث عامل الشدة هو حالة طبية خطيرة).

D لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.

E يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات

الأداء المهمة الأخرى.

في ICD-10

النوبة الاكتئابية Depressive episode في النوبات النموذجية ذات الإشكال الموصوفة أدناه وهي

الخفيفة (F.32.0) والمتوسطة الشدة (F32.1) والشديدة (و F32.2 F32.3)، يعاني الشخص عادة من

انخفاض في المزاج، وفقدان التلذذ (الاستمتاع) والاهتمام بالأشياء وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى سرعة

التعب ونقص النشاط. ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، ومن الأعراض الشائع

الأخرى: (أ) ضعف التركيز والاهتمام. (ب) انخفاض احترام الذات والثقة في النفس. (ج) أفكار عن

الشعور بالذنب أو فقدان القيمة (حتى في النوبات الخفيفة) 128 (د) ويبدو المستقبل مظلماً مع نظرات

تشاؤمية. (هـ) وتتنب المريض رغبة في إيذاء نفسه أو الانتحار. (و) ويضطرب في النوم. (ز) وتضعف

الشهية للطعام. (ويتبدل المزاج المنخفض من يوم لآخر.... وقد يقنع بسمات اظافية: كالنرق، تعاطي

مفرط للكحول، سلوك تكلفي هستيري أو تفاقم أعراض سابقة رهابية أو وسواسية أو الاستغراق بأعراض

مراقبة -توهم المرض- وتشخيص النوبات الاكتئابية ذات الدرجات الثلاث يستدعي عادة مضي أسبوعين

على الأقل وأحياناً أقل لسرعة وشدة الأعراض) 129...

أما خامساً في DSM-5 فيتضمن اضطرابات القلق وهي أنواع (1. اضطراب قلق الانفصال، 2.

الصُّمات الانتقائي، 3. الرهاب النوعي، 4. اضطراب القلق الاجتماعي - الرهاب الاجتماعي- 5.

اضطراب الهلع، 6. رهاب السيّاح، 7. اضطراب القلق المعمم، 8. اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء، 9. اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى، 10. اضطراب قلق محدد آخر، 11. اضطراب قلق غير محدد).

وعرف اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى

Anxiety Disorder Due to another Medical Condition (F06.4)

A هجمات من الهلع أو القلق والذي يهيمن على الصورة السريرية.

B هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو من النتائج المخبرية أن الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.

C لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

D لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء سير هذيان.

E يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

في ICD-10 الاضطراب القلبي المتعمم (generalized anxiety disorder F41.1) السمة الأساسية هي قلق عام مستديم، ولكنه لا يقتصر، أو لا يسيطر بشدة، في حالة بيئية خاصة (أي أنه يطفو بحرية "free-floating" فوق كل المواقف)، وكما هي الحال بالنسبة للاضطرابات القلق الأخرى فإن الأعراض المهيمنة في كل حالة تتباين تبايناً كبيراً، ولكن يشيع الإحساس بالعصبية طول الوقت، والرعدة، والتوتر العضلي، والعرق، والدوار والخفقان والدوخة، وحس الانزعاج أعلى البطن، وقد يقلقه ويجعله متشائماً التفكير بأنه هو شخصياً أو أحد أقاربه سوف يمرض قريباً أو يصاب في حادثة، ذلك بالإضافة إلى مخاوف وتوقعات سيئة أخرى... (شرط ظهور أعراض قلقية أولية أغلب الأيام لمدة عادة أسابيع متصلة على الأقل وعادة لعدة أشهر...) 150

الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد في DSM-5 تتضمن (1. اضطراب التعلق التفاعلي، 2. اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل، 3. اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، 4. اضطراب الكرب الحاد، 5. اضطرابات التأقلم، 6. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة الأخرى، 7. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد غير المحددة).

اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (F43.10) Posttraumatic Stress Disorder

ملاحظة: تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من 6 سنوات. بالنسبة للأطفال 6 سنوات والأصغر، انظر المعايير أدناه.

A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو- أكثر) من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، في حالات الموت الفعلي

أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول

المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على

الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون،

والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد

الحدث الصادم:

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول

مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.

ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال flashbacks "ومضات الذاكرة") حيث يشعر الفرد أو يتصرف

كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً

هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة: في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه

جانباً من الحدث الصادم.

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث

الصادم 112 .

تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهما:

1. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).

2. المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم (على سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكل كامل"، "الجهاز العصبي لدي دمر كله بشكل دائم").

3. المدركات الثابتة، والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه/نفسها أو غيرها.

4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).

5. تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6. مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).

E تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2. التهور أو سلوك تدميري للذات.
3. التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).
4. استجابة عند الجفل مبالغ بها.
5. مشاكل في التركيز.
6. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
- F مدة الاضطراب (معايير B، C، D، E أكثر من شهر واحد).

113

G يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى.

حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تقي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1. تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بإحساس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2. تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النسوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوراً).

- اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر ست سنوات والأصغر سناً.

A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر).

من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2.المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين وخصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

ملاحظة: المشاهدة لا تتضمن الأحداث المشاهدة فقط عبر الوسائط الالكترونية، التلفاز، الأفلام، الصور.

3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم للوالدين أو للشخصيات المقدمة للرعاية.

B جود واحد (أو أكثر) من الأعراض المقترحة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم:

1.الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: الذكريات العفوية والاختامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يُعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

2.أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.114

ملاحظة: قد لا نتمكن من التأكد أن المحتوى المخيف له علاقة بالحدث الصادم.

3.ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة) حيث يشعر الطفل أو يتصرف كما لو كان

الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان

كامل للوعي بالمحيط) قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4.الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه

جانباً من الحدث الصادم.

5.ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث

الصادم.

C واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية، والذي يمثل إما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث

الصادم، أو التغيرات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث، أو

ساعات بعده، يجب أن تتواجد:

*تجنب ثابت للمحرض.

1.تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول الحدث

الصادم.

2.تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.

*التعديلات السلبية في المدركات.

3.التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).

4.تضاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة، متضمناً تقيد اللعب.

5.سلوك الانسحاب الاجتماعي.

6.الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية.

D تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي:

1.سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2.التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).

3.استجابة عند الجفل مبالغ بها.

4.مشاكل في التركيز.

5.اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر) 115

مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.

F يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران، أو مقدمي الرعاية الآخرين أو في السلوك المدرسي.

H لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى. حدد في ما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

1.تبدد الشخصية: تجارب ثابتة أو متكررة بالشعور بالانفصال عن الذات، وكما لو كان الواحد مراقباً خارجياً، للجسم أو العمليات العقلية (على سبيل المثال، الشعور كما لو كان الواحد في حلم، الشعور بحس غير واقعي عن النفس أو الجسم أو تحرك الوقت ببطء).

2.تبدد الواقع: تجارب ثابتة أو متكررة بلا واقعية البيئة المحيطة (على سبيل المثال، يختبر العالم المحيط بالفرد على أنه غير واقعي، شبيه بالحلم، بعيد، أو مشوه).

ملاحظة: لاستخدام هذا النمط الفرعي، يجب ألا تُعزى الأعراض التفارقية إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل النساوة بسبب مادة، وسلوك أثناء التسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، نوبات الصرع الجزئية المعقدة).

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فوراً).116

أما اضطراب الكرب الحاد (F43.0) Acute Stress Disorder

A التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو أكثر). من الطرق التالية:

1.التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2.المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.

3.المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين. في حالات الموت الفعلي

أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.

4.لتعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال، أول

المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون، والأفلام،

أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B وجود تسعة (و أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقتحمة، المزاج السلبي، التفارق،

التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم:

*أعراض الاقتحام.

1.الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.

ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر بموضوعات أو

جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة متكررة ترتبط بمحتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.
3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، flashbacks "ومضات الذاكرة") حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
ملاحظة: في الأطفال، قد تحدث إعادة تمثيل محددة للصدمة خلال اللعب.
4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم.
* المزاج السلبي: 117
5. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا، أو مشاعر المحبة).
* الأعراض التفارقية:
6. إحساس متغير بالواقع إما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلاً، رؤية النفس من منظور آخر، الإحساس بالغيوبة، تباطؤ الزمن).
7. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة التفارقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات).
* أعراض التجنب:
8. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
9. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة، والأشياء، والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.
* أعراض الاستثارة:
10. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).
11. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادةً ما يُعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

12.التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).

13.مشاكل في التركيز.

14.استجابة عند الجفل مبالغ بها.

C مدة الاضطراب (أعراض معيار) B من 3 أيام إلى شهر واحد.

D يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

E لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، الأدوية، والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يُفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني وجيز. 118

في ICD-10 الاضطراب الكربي التالي للرضح Post-Traumatic Stress Disorder F43.1

يظهر هذا الاضطراب كاستجابة متأخرة مع أو بدون أن يكون ممثداً زمنياً لحادث أو حالة مسببة للكرب (الوجيز أو المديد) ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص (على سبيل المثال كارثة طبيعية أو اصطناعية، حرب، حادثة شديدة، مشاهدة موت آخرين في حادث عنيف، أن يكون الشخص نفسه ضحية تعذيب، إرهاب، اغتصاب، أو جرائم أخرى). وإذا كانت هناك عوامل مهيئة مثل سمات شخصية على 157 سبيل المثال قهرية أو وهنية) أو تاريخ سابق لمرض عصابي، فإنها قد تخفض من الحد العتبي اللازم لتكوين المتلازمة أو تفاقم من مسارها، ولكنها ليست ضرورية أو كافية وحدها لتفسير حدوثها.

وتتضمن الأعراض النموذجية نوبات متكررة من اجترار الرضح من خلال <كريات اقتحامية (وجائع زمنية "flashbacks")، الأحلام والكوابيس، التي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالتأمل والتبدل الانفعالي، والانفصال عن الآخرين، وعدم الاستجابة للعالم المحيط، وزهد بالدنيا، وتجنب النشاطات والحالات التي قد تذكر الرضح. وعادة ما يكون هناك خوف وتجنب لرموز تذكر المصاب بالرضح الأصلي. ونادراً ما تكون هناك تفجرات شديدة وحادة من الخوف والهلع أو العدوان تثيرها منبهات تستدعي اجتراراً مفاجئاً أو إعادة تمثيل مفاجئة للرضح أو المتفاعل الأولي له.

كما تكون هناك عادة حالة من إعادة نشاط الجهاز العصبي المستقل مع فرط اليقظة، وتفاعل الجفول المتزايد وأرق. ويشيع تصاحب القلق والاكتئاب مع الأعراض والعلامات المذكورة أعلاه، كما أن التفكير بالانتحار ليس بنادر، وقد تزداد الحالة تعقيداً باللجوء إلى استخدام العقاقير أو الإفراط في تعاطي

الكحول.

وتبدأ الحالة بعد الرضخ بفترة من الكمون قد تتراوح بين بضعة اسابيع وشهور (كنها نادرا ما تتجاوز ستة شهور) ومسار الحالة متذبذب، ولكن الشفاء متوقع في أغلب الحالات، ولكن في نسبة صغيرة من المرضى قد تأخذ الحالة مساراً متزامناً عبر سنوات كثيرة وتتحول إلى تغير دائم بالشخصية. 158.

13.3.2. التدخل العلاجي النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة في علاج الأورام السرطانية.

العلاج النفسي، عرفه فرانك (1988) أنه التخفيف من الضيق أو العجز لدى شخص ما بواسطة شخص آخر، استناداً إلى نظرية أو نموذج معين، مع اشتراط أن يكون العون الذي يجري العلاج قد تلقى تدريبات. حدد فرانك وفرانك (1991) أربعة أبعاد واسعة تتقاسمها جميع الطرق العلاجية النفسية: (1) العلاقة التي يرى المريض أن المعالج متخصص، ويعتني بحالته؛ (2) الإعداد للمكان الذي يعرف بأنه مكان للشفاء؛ (3) الأساس المنطقي الذي يفسر معاناة المريض وكيف يمكن أن يمكن التغلب عليه؛ (4) مجموعة الإجراءات التي تتطلب مشاركة نشطة للمريض والمعالج، يعتقد كلاهما أنه وسيلة لاستعادة صحة المريض. (Holland, Jimmie C. and al. 2015, 148)

نتائج هامة بدأت في الظهور في المجال النفسي الطبي...، ومن أهمها علاقة جهاز المناعة بالاضطراب النفسي المزمن وبالأورام السرطانية والعلاج النفسي السلوكي وخصوصاً التخيل... (الحجار، 1998، 39)

تبين أن استمرار الرعاية بمريض السرطان خاصة من الأسرة والارتباط بأفراد ذوي علاقة حميمة والتكيف مع المخاوف والتخلص من القلق والاكتئاب...، لها أهمية في التحكم بالمرض، ويتضاءل الورم نتيجة شعور المريض بالوجود الأفضل (السعادة) وجودة الحياة...، ويستخدم الأطباء أساليب كالتدعيم والمساندة، الاسترخاء، التمارين السلوكية، تحديد أهداف الحياة، إدارة الألم، بعث التفاؤل، التصور، برامج التغذية.... (معمرية، 2007، 134).

بحوث ودراسات كثيرة بينت تفوق العلاج EMDR على العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في علاج ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) كما ثبت تفوقه في التكفل النفسي بمرضى السرطان، بل أظهر العلاج MDR فعالية في الحد من الأعراض النفسية في الجلسات الست الأولى، وريح الوقت معيار هام في الاستشفاء المؤسسي وفي علم النفس الصحي عموماً. (Faretta, 2016, p 223)

علاج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) له فعالية راسخة في علاج الإجهاد الناتج عن الصدمات والأدلة الأولية في علاج الاكتئاب والقلق. إنه علاج فعال للغاية ويمكن أن ينتفع به

مرضى السرطان، لأنه لا يتطلب واجبات منزلية، فهو أقل تطلبًا من العديد من أشكال العلاج الأخرى، ويمكن توفيره على أساس مكثف (مرتين) يوميًا، مما يجعله متاحًا للمرضى الذين يسافرون من خارج المدينة لأجل معالجة السرطان. بالنسبة لأولئك المرضى غير القادرين على إدارة العلاج الذي يركز على الصدمة خلال الأوقات الصعبة، يمكن استخدامه لتعزيز الموارد الشخصية. يمكن إجراء علاج EMDR بشكل فردي أو جماعي وتنسيقات الزوجين ومناسبة للأطفال وكذلك البالغين. يوفر البحث الجديد نتائج واعدة لتطبيق EMDR لمرضى السرطان. (Maxfield, 2016, p 135)

فتتبع العديد من أعراض ما بعد الصدمة من أعراض الفرد النضال المعرفي لمواجهة حدث صادم، وفشل في إعادة معالجة الذاكرة المؤلمة-الإدراك ذات الصلة. لذلك يجب أن يأخذ تدخل EMDR بعض الجوانب في الاعتبار، أولاً، النفسية، فيتأثر التكيف مع المرض بالخصائص الشخصية المستقرة نسبياً (الوضع الاجتماعي، الشخصية، أحداث الحياة)، من خلال المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على التكيف العام للفرد للمرض ويمكن أن يتغير بمرور الوقت (التأقلم والاستراتيجيات)، وعن طريق العلاج والتقنيات المطبقة فتتكون خصوصية علم النفس والأورام مخاطبة مريض يعاني من انزعاج نفسي ينشأ في المقام الأول من الوضع المؤلم للاضطراب والمرض، العلاج النفسي والتدخل مع التركيز على المريض المصاب بالسرطان لديه الأهداف التالية: (أ) للحد من المعاناة، تشجيع المريض على اللفظ السلبي والأفكار والمشاعر. (ب) لمساعدة المريض على تطوير سلوكيات أكثر تكيفاً، مما يعيد التحكم الشخصي على حياته الخاصة؛ (ج) لصالح التواصل بين المريض والطبيب والعائلة، السماح بمشاكل عملية طبية مرتبطة بالعلاج الذي يتعين حله؛ (د) توضيح للمريض تأثير العوامل النفسية على السرطان؛ و (هـ) إعادة الإحساس بالمستقبل للمريض والعائلة ويبدو أن EMDR تستجيب بنجاح للحاجة إلى برامج علاجية منظمة بشكل كلي، تأخذ بعين الاعتبار الأبعاد المادية والجسدية والدلالية لجوانب تجربة المرضى. بشكل أساسي، EMDR يسمح بالشفاء من الجروح النفسية، ثم من خلال استخدام البروتوكول للماضي والحاضر والمستقبل، يجعل من الممكن مساعدة المريض على التعامل مع الجانب المادي وبخصوص التوقيت غير المتوقع للمرض. (Faretta & Civilotti, 2016, 146-147)

السرطان يعطل الوجود من خلال فرض تعديلات نفسية متكررة على المرضى مرتبطة مباشرة بجميع الاختبارات وجميع الأحداث التي تميز هذا المرض (الفحوصات الأولى، الإعلان عن التشخيص، الكشف، العلاجات، مرحلة الفتور، النكوص المحتمل، العلاج بالمضادات، نهاية الحياة). يواجه كل

منهم بعد ذلك أسئلة أساسية تتعلق بالهوية، بالإضافة إلى إعادة تكوين العلاقة التي تربطه بنفسه، وبأسرته، وبالعالم...

يهدف EMDR أولاً إلى معرفة الآثار النفسية المرضية التي يفرضها السرطان للمريض هذا على الخصوص، كالاكتئاب واضطرابات القلق والصدمات النفسية... (Tarquinio et Tarquinio, 268, 2015)، ثانياً، يتكفل العلاج النفسي في EMDR ويساهم مساهمة حقيقية في رعاية مرضى السرطان عبر مراحل المرض المختلفة، في البداية، يتعامل مع مشكلة المواجهة بين المرضى عند إعلانهم بالمرض، كذلك مرافقتهم خلال المراحل المختلفة من المرض والعلاجات، وبالتالي، فبالإضافة إلى الصدمة الافتتاحية للإعلان والتكفل بها، سينظر في "علاج" من المرجح أن يساعد المريض طول فترة الرعاية، يركز العلاج المقترح (EMDR) ليس فقط على الأحداث التي تتخلل الحياة اليومية للمرضى، ولكن أيضاً على توقعات المريض الكبيرة من الجراحة أو العلاج الكيميائي أو العلاج الإشعاعي. ثم، سوف يستحضر مسألة خمود حدة المرض، أي علامة على "نهاية" المرض (زوال الآثار أكثر وضوحاً) تبقى هذه الفترة على المستوى النفسي صعبة بشكل خاص، ليس فقط لأن المرضى يأخذون مقياس ما مروا به، ولكن أيضاً لأنهم يتصارعون مع تخوفهم من النكوص، وظروفه المخيفة مع القلق...، فمراحل العلاج والانتكاس لدى مرضى السرطان، عادة ما تتخللها فترات من خمول المرض واحدة أو متعددة، لها آثار على المستوى النفسي، وهي معركة أخيرة تشير إلى فشل التدخلات العلاجية مولدة ضائقة كبيرة: الانتقال إلى الرعاية التلطيفية...

ثالثاً، يحاول العلاج النفسي EMDR وضع الأساس لما يمكن أن يكون مساهمة منه في هذا المجال. أخيراً، يقترح التفكير في التكفل بمرضى السرطان، من خلال نموذج عالمي يمكن اعتباره إطاراً عاماً يمكن أن يدعم الممارسين في اختياراتهم للعلاج النفسي. (Tarquinio et Tarquinio, 269, 2015)

تقوم فلسفة شابيرو العلاجية، على دور التخيل الموجه في تقوية جهاز مناعة الجسم وخلق صورة ذهنية إيجابية بما يسمى Positive cognition (الفكر الإيجابي) عند المصاب بالورم الخبيث يمكن تثبيته في ذاكرته بحركات العين التي تضع هذا الفكر الإيجابي (فبالخلايا السرطانية عموماً تضعف من الخلايا القاتلة لها من نوع T4)، ونموذج التخيل المناهض للخلايا السرطانية لـ"سيمونترز" القائم على تخيل المريض لجهاز المناعة كقوة فائقة، في حالة حرب مع الخلايا السرطانية، متعاونة مع الدواء، وتخيل

الخلايا السرطانية بالعدو الضعيف، والاعتقاد بهذا التخيل من المريض شرط أساسي لفعالية هذا العلاج أو السيناريو العلاجي. (الحجار، 41، 1998)

14.3.2. بروتوكول للاضطرابات النفسية والجسدية

وضعت شابيرو، بروتوكول EMDR للأمراض والاضطرابات الجسدية وعلى رأسها السرطان، وتبرر ذلك، أن البروتوكول جاء للتأكيد على حقيقة أن ضحايا المرض الجسدي يعانون أيضاً من صدمة نفسية، في حين يتم تشخيص الاستجابات، كاضطراب ما بعد الصدمة بسهولة لدى العملاء الذين لديهم معاناة من الاغتصاب أو الإجهاد....، لا يدرك العديد من المعالجون ذلك الاعتداء على نفسية العميل ربما يكون بنفس القدر - أو حتى أكثر شدة - عندما يُنظر إلى الجاني على أنه جسم العميل نفسه.

الآثار النفسية منهكة بسبب الألم والتعب الناجم عن مرض مزمن أو بسبب تأثير كارثي لأمراض كالسرطان أو الإيدز، يجب علاج قلق هؤلاء العملاء....، هناك حاجة إلى البحث لتقييم فعالية على حد سواء شدة الأعراض ونوعية أبعاد الحياة بما في ذلك الألم المزمن...

بروتوكول EMDR للعمل مع المرض والاضطرابات الجسدية، كما يلي:

1. إنشاء خطة عمل لتلبية الاحتياجات الحقيقية.
2. تحديد وإعادة معالجة الذكريات ذات الصلة، المواقف الحالية، والمخاوف من التعامل مع

المستقبل

أ. القيود الشخصية أو المادية.

ب. القضايا الاجتماعية.

ج. الخبرات الطبية.

3. تشغيل "شريط فيديو" للسنوات 1 إلى 5 القادمة.

4. استخدام التخيل من نوع Simonton مع الأسس المعرفية المناسبة.

5. تحديد الإدراك الإيجابي المناسب.

6. ربط الصورة والإدراك الإيجابي.

7. تعيين الواجبات المنزلية مع إجراء الاستخدام الذاتي.

8. استخدام إجراءات السجل والرعاية الذاتية.

يعالج هذا البروتوكول العوامل النفسية والجسدية ذات الصلة بالشكاوى الجسدية. ومع ذلك، لا ينبغي أن يكون بديلاً عن رعاية طبية مناسبة ولكن مساعد لها. على الرغم من أن البروتوكول في سياق

علاج مريض السرطان، يمكن بسهولة تعديله ليتم تطبيقه على النفسية (وربما الجسدية) يصاحب ذلك أي مرض أو شكاوى جسدية أو اضطراب جسدي.

بالنسبة للعديد من العملاء الذين يعانون من شكاوى جسدية، أبعاد المعالجة النفسية، سوف توجه كليا إلى الأعراض الجسدية. عندما تشارك العمليات العضوية أولاً، النفسية يمكن النظر إليها على أنها تقاوم الشروط الجسدية. في حين أن الأعراض الجسدية قد لا تتحول، إلا أن التركيز العيادي هو على تحسين نوعية حياة الشخص. في كثير من الأحيان، فيعيش العميل التوتر النفسي أو تحديد الذات كضحية عاجزة، أو يمكن يكون العامل الأكثر معاشية هو الوهن.

المبدأ الذي أصبح محوريًا في علاج EMDR "ليس ما يحدث لك ولكن كيف تتعامل معه" من الواضح أنه في حالة العجز الدائم، سيقوم العيادي بذلك يجب أن تتعامل مع القضايا المالية، والوظيفية، وتغيير العلاقات، وهكذا لا يقضي EMDR على المخاوف المتعلقة بالقضايا ينبغي معالجتها عن طريق التعليم أو العمل. فقط بعد ابتكار خطة عمل وتلبية احتياجات العميل الأكثر إلحاحًا يجب على العيادي أن يتعامل مع العواقب النفسية للإعاقة. (SHAPIRO, 2001, 235-236).

من بين افتراضات العلاج النفسي EMDR أن الصياغة والتكامل بين العواطف والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالذكريات المؤلمة، إذا أعيد معالجتها ب EMDR، يمكن تحفيزها بكفاءة لإعادة تشكيلها وإعادة دمج عناصرها الأكثر إثارة للقلق، سواء المتعلقة بالمرض أو تجارب الحياة المؤلمة الماضية.

اعتمادًا على مرحلة المرض وما يرتبط به التاريخ الشخصي المؤلم، يمكن أن يكون هناك اختلاف أهداف EMDR في علاج هؤلاء المرضى، كما هي موصوفة في بروتوكول EMDR المحدد لمرضى مع السرطان (فاريتا، 2014). باختصار، بروتوكول EMDR القياسي يتضمن ثماني مراحل لعلاج الذكريات المعطلة، ويفترض نموذج AIP أنه "مجمد" في اختلال وظيفي لشبكات الدماغ. في علاج الأورام النفسية، علاج ال EMDR يركز على جميع الاختلالات المرتبطة بالسرطان، ذكريات التشخيص وحتى اللحظة، وعلى جميع وجهات النظر الثلاثة لحياة المريض: الماضي، الحاضر والمستقبل، مع التركيز على بناء المرونة، تعزيز التنظيم العاطفي، وتقوية مهارات التعامل مع المريض، كما تبين أن لتأثيرات الطفولة، تجارب نفسية...، مكن لفيليتي والمتعاونين مع الورقة العلمية لعام 1998 من القيام بدراسة رائدة للصحة العامة، وقيل لأول مرة أن هناك علاقة واضحة بين تجارب الطفولة السلبية (ACEs) والسلوك والمخاطر الصحية في مرحلة البلوغ. توصف ACEs كنتيجة للأسرة المختلة، قادرة

على خلق الصدمة لدى الطفل، سواء بشكل مباشر (على سبيل المثال، نفسية، جسدية أو الاعتداء الجنسي) وبشكل غير مباشر (مثل الإهمال الشديد والتعرض لتعاطي مواد الوالدين، والأمراض النفسية، عنف الشريك الحميم أو السلوك الإجرامي؛ فيليتي & Anda، 2010؛ Liotti & Farina، 2012؛ ليون روث، برونفمان، وبارسونز، 1999). بمجرد أن جاء هذا التقرير، فإن مقارنة الصحة والعلاج النفسي من شأنه أن تكون هي نفسها؛ لم يعد من الممكن تجاهل الصلة بين الأحداث الصادمة وتأثيرها على الصحة. (Faretta & Civilotti, 2016, 140)

ACEs لها تأثير كبير على البيولوجيا العصبية في مرحلة الطفولة والنمو، مع عواقب محتملة مدى الحياة (ريس، 2007). يمكن أن تتسبب الصدمة في استمرارها في تغيرات عصبية وهرمونية تعدل هيكلية ووظيفة الدماغ والتي يمكن أن تؤثر على العواطف، السلوكيات والإدراك. نقص داخلي و يمكن أن تزيد الموارد الخارجية من احتمالية الصدمة، هذه النقطة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنظرية التعلق، فنظام التعلق، كما قال بولي (1988)، تواصل العمل "من المهد إلى اللحد"، ويتم تنشيطه كلما كان الوضع صعباً ومؤلماً، ينشأ عندما تشعر الحالة بالضعف. ويصف التفاعل العلائقي المبكر مع مقدم الرعاية كشرط يمكن بموجبه تطوير فوضى التعلق. في هذا التكوين، تظهر مشاعر والديه معادية بشكل علني، أو عجز يتسبب الطفل في الشعور بالخوف والعجز الجنسي الذي تحدده مفارقة مقدم الرعاية الذي هو في نفس الوقت مصدر خطر بالإضافة إلى الحماية، في هذا التكوين، كما في الصدمة، هناك تزامن ولكن غير متناسق في تفعيل آليات الدفاع ونظام الحجز كما وضحه شور (2000)، العلاقة مع الأم ليست كذلك فقط لتنظيم تأثير الطفل ولكن أيضاً لتنظيم الإنتاج الهرموني والعصبي الهرموني، يؤثر على أنظمة التنشيط الجيني المتورط في التطور الهيكلي لبعض مناطق الدماغ (على وجه الخصوص، القشرة المدارية قبل الجبهية في النصف الأيمن والجهاز الحوفي)، حاسم لنمو الطفل الاجتماعي والعاطفي.

علاقة الطفولة وتجارب الأمراض الجسدية، فعواقب ACEs ليست ممثلة فقط بسبب حالات سريرية محددة مثل اضطراب اجهاد ما بعد الصدمة المعقدة (c-PTSD)، اضطراب انفصامي، أو اضطراب الشخصية الحدية (Farina & Liotti، 2011) لكنهم يمارسون تأثيرهم على نطاق واسع على مجموعة من الأمراض الجسدية في مرحلة البلوغ، بما في ذلك السرطان (Brown et al.، 2010؛ Brown، Thacker & كوهين، 2013؛ فولر طومسون وبرينينستول، 2009). فالنقطة الحاسمة هي أن HPA يصل المحور إلى أقصى تطوره الأول في 5 سنوات من حياة الطفل (Sapolsky & Meaney، 1986)، ومن المفهوم إذن أن الأحداث المؤلمة في تلك الفترة ضارة لنمو الطفل، وقد تعكس الآثار طويلة

المدى قد تكون لها آثار جينية، تتكون الأخيرة في تغيير دائم للتعبير الجيني في الجهاز العصبي المتعلقة بتنظيم التفاعل مع الضغوطات (Meaney & Szyf، 2005). في هذا السياق، فرعاية الوالدين، ونظام التعلق هو عامل وقائي ضد التطور البيولوجي العصبي غير المتكيف (فيشر وجونار، 2012). قد تؤدي أحداث الحياة المبكرة الضائرة إلى خلل في تنظيم الخلايا ووظيفة المناعة والاستجابات اللاإرادية، كما يؤدي إلى مستويات أعلى من الكورتيزول الناجم عن الإجهاد فتنشيط محور HPA وما بعده غالبًا ما يعمل فرط الكورتيزول الدم في الدم بشكل سلبي آلية رد فعل للسيطرة على جهاز المناعة أو استجابة التهابية نشأت من سلسلة السيتوكينات. يبدو أن هذا التوازن الدقيق جزء من آلية متوازنة، عطل منها يمكن أن يعقبها اضطرابات خطيرة مثل العدوى أو السرطان أو أمراض المناعة الذاتية. لان الدماغ يلعب دورًا مركزيًا في هذه الدورة، عوامل مثل العواطف أو الضغوطات النفسية والاجتماعية يمكن أن تكون سلبية التأثير على توازن هذه الآلية (Kronfol & ريميك، 2014). كما ثبت أن التغيرات المناعية المرتبطة بالإجهاد قد جعلت القاتل الطبيعي للسرطان أو الالتهابات الفيروسية أقل قدرة على الرد. في عام 2010، افترض Felitti و Anda أن ACEs لها تأثير مباشر على ظهور السرطان وغيره من الأمراض الشديدة، فالأطفال الذين عانوا من صدمة الأحداث قد تطور لديهم سلوكيات المخاطر الصحية (هوسي، Chang، Kotch &، 2006)، الأمراض الجسدية (مثل الإقفارية، أمراض القلب، داء السكري، السرطان المزمن، أمراض الرئة، كسور الهيكل العظمي، أمراض الكبد)، اجتماعي كالمشاكل والضعف الاجتماعي والعاطفي القدرات المعرفية (Felitti، 2002؛ Felitti et al.، 1998؛ شابيرو، 2014) طوال حياتهم. نوعان من السببية البيولوجية بين ACEs يمكن أن يفترض السرطان: "تأثير مباشر" و"تأثير غير مباشر". يشمل التأثير المباشر جميع العوامل البيولوجية والتعديلات الناتجة عن إجهاد المرض؛ يظهر التأثير غير المباشر كسلوكيات قد تعرض الصحة للخطر (مثل التدخين والسمنة الشديدة والاكتهاب، الاختلاط، محاولات الانتحار، إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات؛ Anda وآخرون، 1999؛ براون وآخرون، 2010؛ Delpierre & Kelly-Irving، 2011؛ Kelly-Irving et al.، 2013؛ Monahan & Forgash، 2012؛ شابيرو، 2014). في دراسة حديثة، Larkin و Felitti و Anda (2014) التأكيد على أهمية تضمين العلاج النفسي، النفسي الاجتماعي لمنظور في دراسة خبرة الطفولة السلبية. يبدو أن ACEs تخلق نوعًا من الحلقة المفرغة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والصحة البدنية، دائرة تتغذى على نفسها؛ أول يغذي سلبي الثاني، والثاني الأول، وبالتدرج، زيادة في المعلمات المعنية. (Faretta & Civilotti، 2016، 141-142)

إن تأثير مرض السرطان والعلاجات على نوعية الحياة على المريض وذويه واضح وقي دون شك....، تتضح من خلال ردود فعل المريض على السرطان والعلاجات، العلاقة بين ردود الفعل المختلفة ونوعية الحياة، مقارنة التكاليف والفوائد ذات الصلة بالعلاجات (فإذا كان هناك علاجان يقدمان نفس معدل البقاء على قيد الحياة مثلاً، يجب أن يختار المرء العلاج الذي يوفر أكبر راحة)، شكاوى المريض المسجلة، التي يجب أن تؤثر في مواقف المعالجين وتؤدي إلى فهم أفضل له لتلبية الاحتياجات الكلية... (Guex, 1994, 25-26).

15.3.2. بروتوكول علاج EMDR لمرضى الأورام

العلاج النفسي EMDR لمرضى السرطان، يفحص كل مرحلة من مراحل علاج السرطان قد تساعد في فهم العلاقة بين النفس والجسم، ومهمة EMDR كيف يمكن تصحيح الخلل. شرح بروتوكول EMDR لمرضى السرطان خطوة بخطوة، بالتفصيل، وموضحة إكلينيكيًا، ومن خلال تاريخ الحالة ي ما سعى إليه الإيطاليين، Elisa Faretta و Thomas Borsato، فالعمل على قضايا السرطان حسبها يعني العمل على الماضي، الحاضر والمستقبل، وحسب مفهوم العلاج النفسي الذي يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد التاريخية للمرض، والعمل مع EMDR يعني النظر في خمس مجموعات من العوامل السريرية (F. شابيرو، 2001، 2014): الذكريات المؤلمة، المتعلقة بالمرض، المشاكل الحالية، المحفزات، والعمل في المستقبل. اعتمادًا على مرحلة المرض، وكذلك عن التاريخ الشخصي للمريض من هذا النوع، السياق، قد تتغير أهداف EMDR بشكل كبير. (Faretta & Borsato, 2016, 163)

تدخل EMDR في علم الأورام النفسي يتم التركيز على الصعوبات الحالية المتعلقة بمختلف مراحل المرض (موراي، 2010؛ ف. شابيرو، 2001). المرتبط بمستوى الشدة، تتطلب كل مرحلة تمرينًا خاصًا لإعادة المعالجة، تعزيز مهارات التأقلم وتعزيز الصمود، وهو ضروري لمواجهة المرض.

المرحلة الأولى، أخذ التاريخ وجمع البيانات متطابقة إلى الإجراء القياسي، مع الاهتمام خاصة بمهارات التأقلم العاطفي والقدرة على التنظيم الذاتي، التعرض للتجارب المؤلمة و/أو المقلقة (على سبيل المثال، الأحداث الصادمة السابقة)، يؤدي إلى ذلك إلى إعادة تجربة الأحداث المتعلقة بالسرطان و/أو الحلقات السابقة، والعوامل الارتباطية ذات مغزى للمريض.

المرحلة الثانية، إجراء تخطيط التدخل مطابق للمعيار، مع إيلاء اهتمام خاص للأمل، السلامة والشبكات الداعمة. تحسين الرعاية الذاتية، تمكين الصمود، ومهارات التأقلم، ضرورة لضمان الامتثال العلاجي وللحفاظ على الشعور بالرفاهية.

المرحلة الثالثة: يختلف اختيار الهدف عن معيار إجراء لأن الأولوية تعطى لأهداف الحاضر و/أو الماضي القريب المتصل مع تجربة المرض (Capezzani وآخرون، 2013). هذا لأنه في سياق الاستشفاء، التدخل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتقديم المرض، والوقت متاح غالباً محدود إلى 6-10 جلسات. حتى لو كانت ذكريات مؤلمة التي تسبق ظهور السرطان تؤخذ بعين الاعتبار، ومعايير التدخل على الوضع التي يواجهها المريض. بشكل خاص متماسك، ينبغي الانتباه إلى الأحداث المتعلقة بالسرطان، والخبرات، وإدارة المشاكل الحالية، والآثار على سياق المريض وتعلقه الوالدي...

المرحلة الرابعة، إزالة الحساسية وإعادة المعالجة متطابقة إلى الإجراء القياسي، مع اهتمام خاص لجودة التحالف العلاجي: تحديد المعالج كقاعدة آمنة يسمح للمريض لمواجهة العواطف الشديدة التي تأتي على طول العملية.

- المرحلة الخامسة، تثبيت الإدراك الإيجابي (PC)، مطابق للإجراء القياسي.

- المرحلة السادسة، مسح الجسم مطابق للإجراء القياسي.

- المرحلة السابعة، إغلاق الجلسة، التركيز على "مكان الأمان" مع عدم وجود التحفيز الثنائي (BLS) ولكن بدلاً من ذلك، توجيه التخيل للموارد الصحية. إذا كان جلسة غير مكتملة، من المهم بشكل خاص ترك المريض متيناً لدعمه له / لها في إدارة الصعوبات.

المرحلة الثامنة، إعادة التقييم مطابقة للإجراء القياسي. اختيار الهدف التالي يتبع نفس المعايير كما

في "المرحلة الثالثة". (Faretta & Borsato, 2016, 164)

حتى لو كانت تجربة مرض السرطان عالية وذاتية، فمن الممكن أن تفصل ثماني خطوات، فيتطلب تحديد مستوى الشدة المتعلقة بكل مرحلة من مراحل المرض، إعادة المعالجة وتجريب تعزيز مهارات التعامل مع المريض. تقدم كل مرحلة من مراحل العلاج الطبي تحديات جديدة على المريض أن يواجهها. يجب أن تأخذ القضايا الخاصة بعين الاعتبار فيما يتعلق بفحص السرطان والتشخيص وتخطيط العلاج والتدخل والعلاجات الإضافية، الغفران، التكرار المحتمل، عملية الموت، أو إعادة تقييم الهوية. الخصوصية العلاجية والتحالف في علم الأورام النفسي مستتير أيضاً.

1. فحص السرطان، (ظهور المرض إلى استجابة إنذار، قلق، ميل إلى تجاهل الأعراض، المعاناة من وصمة وجود مريض، مشاعر الخجل والعيوب التي تؤثر سلباً على الإدراك الذاتي والاجتماعي والتنبؤ، سلوك الإيذاء الذاتي والتضحية بالنفس شائعة...) تدخل EMDR التركيز وتعزيز الموارد الشخصية للمريض.

2. تشخيص السرطان وتخطيط العلاج، صعوبة التواصل، صدمة التشخيص، تليها ردود فعل عاطفية حادة، اكتئاب، مشاعر الدمار والتفقت، يأس، رفض وخدر، يعيد المريض تنظيم الخصائص الهيكلية لمعناه الشخصي: معتقداته، عواطفه، والأنماط السلوكية، اطلاق أحكام، معالج EMDR يستخدم تقنيات مختلفة لتشجيع وتعزيز الموارد، بدءا من تطوير مكان آمن، العمل على مهارات التأقلم بتحديد داخلي وخارجي لموارد مفيدة لدعم امثال المريض لإجراءات الفحص والتشخيص وخطة العلاج ومساعدته لتحقيق حالة نفسية واضحة تؤدي إلى اتخاذ قرارات جيدة. في حالة الجراحة، يجب رفع وعي المريض بشأن أي ممكن، التشوهات اللازمة وكذلك في وضع خطة للشفاء الذاتي النفسي.

3. تدخل السرطان، يميل الاضطراب العاطفي إلى الاستقرار، واستعادة الأمن والشعور بالسيطرة على المرض، يتيح الوعي الجديد بالتعامل مع الآثار الجانبية كمشاعر الكرب والحزن، العزلة، الغضب...، إذا أصبحت الجراحة خيار، تنشأ مخاوف عميقة، لا مفر منها، تزداد الشدة، استجابات حادة فورية، تقييم المريض لموقع الجسم المصمم للخضوع لعملية جراحية سعطي معنى خاص يشمل قلقا عميقا. ألم جسدي وجسم يخضع لتعديلات في الباطن وفي العالم العلائقي. يمكن للألم والقلق وعدم اليقين ان يتسبب في التهيج والغضب ومشاعر سلبية ساحقة. العلاج يجب أن يشمل استقرار تحويل وتخفيف طور الكرب الحاد، تقليل أو تخفيف التفاعلات الشديدة التي سببها الحدث، استقرار العواطف، واستئناف الأداء التكيفي العام...، كما تتطلب هذه المرحلة تقييم عوامل الحماية الداخلية والخارجية، كالمرونة الشخصية، ووجود شبكة اجتماعية داعمة، قبل المضي في التدخل، يحتاج المعالج إلى إنشاء وتعزيز مكان هادئ وسلمي. تقنية التخيل هذه تعزز عوامل الحماية الموجودة مسبقا ويساعد على تطوير الأساس وتوجيه الموارد إلى التنظيم العاطفي، قد يوجه المعالج المريض في تذكر قدوة إيجابية تلهم الموارد الداخلية تعزز PC ضد الشعور السائد بالعجز، الاسترخاء و EMDR وتقنيات التنفس مفيدة أيضا في هذه المرحلة.

4. علاجات إضافية، (العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي والهرمونات)، تسبب التعب الجسدي الشديد، يشعر المرضى كما لو أن أجسادهم ووقتهم لم تعد ملكا لهم. يمكن لهذه الظروف إحباط عملية العلاج النفسي من حيث الجدولة.

5. الغفران، يمكن أن تؤدي إلى إيقاظ الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم الأصلي، ويعتمد على أسلوب تأقلم كل لفرد، لإبطال السلوك وازدهار النمو الشخصي أو المخاوف، والاجترار...، يمكن تطبيق بروتوكول "التحكم في الألم ب EMDR" نهاية العلاجات المعيارية والتكميلية، يمكن أن تثير مشاعر

شديدة التباين: نشوة، خوف وعدم اليقين والندم على نهاية الرعاية الروتينية، وفقدان الاتصال بالرعاية الصحية، يمكن ان تكون مرحلة أكثر طلباً للمساعدة النفسية.

6. احتمال تكرار الإصابة بالسرطان، يمكن فهمه على أنه حدث صادم مع مخاطر عالية للاستجابة للضغوط. مشاعر اليأس، وسيكون السرطان مرضاً مزمنًا، توقع التكرار بعد الانتعاش يمكن أن يشعر بالخيانة من مصير قاس، عرض ردود فعل الرفض والإنكار والغضب واليأس والعجز، وقد حتى رفض العلاج. فأكثر المرضى يدركون أن التكيف مع التكرار أكثر إشكالية من التكيف مع التشخيص الأولي، ربما تظهر اضطراب نفسي أشد مع خطر أعلى للتأثير على العلاقات مع الشركاء وأفراد الأسرة. يجب على EMDR مراعاة شدة العلاجات الطبية، وتأثيرها على المريض طوال الوقت جميع المراحل. النظر في جديد الصعوبات والظروف، تحتاج الموارد المثبتة سابقاً ليتم تعديلها، وينبغي إضافة موارد جديدة، إذا كان ضروري. نظرة الحزن، الخوف والقلق من المستقبل، نتيجة المرض هو الخوف من تكرار وانتشار الإصابة بالسرطان.

7. الموت. تنشط دورة الحزن، يجب أن يكون لدى المعالج معرفة فسيولوجية محددة وقضايا السلامة، تقليل الأعراض، تخفيف الآلام....، المريض يحتاج إلى إدراك المساعدة النشطة والمهنية الفعالة، الاهتمام والدعم، تعزيز الشعور بالانتماء ومعنى الحياة....

8. إعادة تقييم الهوية، فالسرطان هو "عملية تغيير الهوية" (موراي، 2010). لتعزيز إعادة دمج الذات وإعادة تنظيم الحياة العملية/الاجتماعية، من المفيد لفهم أي نوع من "التحالف" للمريض مع مرضه. يجب على معالج EMDR تقييم "الإيجابية" المحتملة العواقب الكامنة في المسائل الحالية، مساعدة المريض على عدم التخلي عن مشاعر الضعف بل بالأحرى النظر إليه كجزء من ثراء داخلي يستدعي إعادة اندماجه في الداخل الأداء النفسي للبالغين.

حالات أخرى إلى جانب المراحل النموذجية المذكورة سابقاً، موراي (2010) و Faretta (2014) يصفان أنواعاً إضافية من السرطان وعوامل الخطر التي يمكن أن تؤدي إلى ردود فعل سلبية. التدخل، من المهم جداً لتأسيس وضمان تحالف قوي وصبور. الثقة في البعد العلاجي، تعريف متبادل الأدوار، ليستعيد المريض ذلك الشعور بالسيطرة... (Faretta & Borsato, 2016, 168-173)

16.3.2. البروتوكول التكاملي EMDR للعلاج الجمعي لمرضى السرطان (EMDR-IGTP)

وضعه باحثين من المكسيك Susana Uribe ،Lucina Artigas ،Ignacio Jarero

Laura Evelyn García و

وهو يناسب للمراهقين (13 - 17 عامًا) والكبار الذين يعانون من إجهاد مؤلم ودائم، يتم بجلسة تقييم وبيان فردي، ثم إجراء التاريخ لكل مرشح محتمل عند دخول المجموعة لتحديد ما إذا كانوا كذلك جاهزين وقادرين على تلقي علاج EMDR وفقًا للإجراءات القياسية (شابيرو، 2001). يختلف علاج EMDR-IGTP اختلافاً كبيراً عن العلاج الجماعي التقليدي، ويمكن أيضاً استخدام علاج EMDR في مجموعة للمرضى الذين لديهم نفس النوع الصدمة (مثل الاعتداء الجنسي والعنف الشديد بين الأشخاص)، نفس النوع من الخبرة (كضحايا الكوارث الطبيعية واللاجئين والضحايا الحرب)، أو مع ماض صادم مختلف، ولكن بخصائص مشتركة (كمرض مزمن، مرض خطير، عنف منزلي). بروتوكول علاج EMDR التكاملي الجمعي يوظف المراحل الثماني للمعالجة بـ EMDR الفردية (شابيرو، 2001) أي على جميع مكونات معالجة EMDR الفردية، باستثناء العناصر المرحلة المعرفية 3 و 5، هذه أيضاً معقدة لإدارتها في مجموعة: التثبيت المعرفي في المرحلة 5 من علاج EMDR الفردية يتم استبداله في بروتوكول EMDR-IGTP برؤية الإجراء المستقبلي. (Jarero and al. 2018, E32-E33)

المرضى يستخدمون أحد مكونات العلاج الفني (أي الرسومات)، و SBA بأسلوب "عناق الفراشة" (BH) وهي طريقة التحفيز الثنائي ذاتية الإدارة تستخدم لعلاج المواد المؤلمة. (Jarero and al. 2018, p E33)

في المرحلة 4، عند إزالة التحسس: يطلب من المرضى رسم: الصورة أ. يُطلب من المرضى رسم هذه التجربة في المربع أ ثم إعطاء تقييم درجة التحسس (SUD) لهذه الصورة. المعالج يجعل المرضى يفعلون BH ويطلب منهم التوقف عندما يكونون جاهزين (حوالي 2-3 دقائق). صورة B. ثم يطلب المعالج من المرضى تمثيل حالتهم الداخلية في مربع B، ثم تقييم التحسس جديد لهذه الصورة. ثم يطلب منهم إجراء BH، ويتوقفون عندما يكونون مستعدين (حوالي 2-3 دقائق). الصور C و D. يتم تكرار الإجراء في الصورة B لكل من الصور C و D.

تقييم التحسس في نهاية الجلسة. يطلب المعالج من المرضى مراقبة جميع الرسومات بعناية، ثم الاختيار الذين أزعجهم أكثر، ثم اقلبوا أوراقهم وكتابة وتقييم تحسس جديد تمثل لهم مستوى الاضطراب الحالي.

في المرحلة 5، رؤية المستقبل: صورة رؤية المستقبل. يطلب المعالج من المرضى رسم الطريقة التي يرون بها أنفسهم في المستقبل، إعطاء عنوان لرسمهم بكلمة أو جملة. ثم إجراء BH.

في المرحلة 6، مسح الجسم: يطلب المعالج من المرضى تذكر الرسم الأكثر إزعاجًا وملاحظة أحاسيسهم البدنية الممتعة أو غير السارة، ثم إجراء BH.

المرحلة 7، عند الإغلاق، يقوم المرضى بالتمارين الأكثر راحة للشفاء الذاتي ثم يتم إعطاؤهم الفرصة لتبادل تجربتهم في إعادة المعالجة. استشارة أعضاء فريق الحماية العاطفية (EPE)، تجارب إعادة المعالجة هذه، موضحة طبيعياً، ويجب على الأسئلة، أخيراً المرحلة 8، إعادة التقييم وتوصيات المتابعة، في نهاية كل جلسة جماعية، يراجع أعضاء EPE مادة كل مريض لتحديد أي منهم يحتاج إلى مساعدة إضافية، في نهاية جميع جلسات المجموعة، يتم تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من العلاج من قبل الفريق. (Jarero and al. 2018, p E34)

في تقييم للبرتوكول الجمعي التكاملي EMDR-IGTP اعتبر أنه بالموجة الثانية للعلاج EMDR، فتقديم العلاجات الجمعية في مختلف الظروف العيادية، هي تدخلات نفسية اجتماعية قابلة للبقاء اقتصادياً على نطاق أوسع في كل مكان. العدد الكبير من الناجين من السرطان الذين يختارون عدم حضور مجموعات الدعم التقليدية خارج قلق قد يكون لديهم صدمة يكشف المزيد الحاجة إلى أنواع بديلة من الدعم تختلف عن تلك المتاحة بالفعل. توفر أيضاً المرونة، وتجاوز أي القلق الاجتماعي المحتمل المرتبط بالتحدث في مجموعة، وربما الاستفادة من بعض الفوائد الإيجابية المشتركة لتجربة جماعية، وقد تم تكييف EMDR-IGTP للبالغين والمراهقين للعيش مع "الإجهاد الناجم عن الصدمة المستمرة" ويشار إليها باسم EMDR-IGTP-OTS (جاريرو وآخرون، 2015). دراسة تجريبية لتقييم فعاليتها في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبطة بالسرطان، فأظهرت النساء تحسناً كبيراً في اضطراب ما بعد الصدمة والرفاهية الذاتية، على ثلاثة أيام متتالية مرتين يومياً. (Roberts, 2018)

107).

وقد تم استخدام EMDR-IGTP بعد الهجمات الإرهابية في بلجيكا، فرنسا، بريطانيا العظمى، تركيا، وفي كارثة مختلفة مناطق في الولايات المتحدة وأوروبا وآسيا، وعلى اللاجئين السوريين في مخيم اللاجئين التركي كشف عن إجهاد ما بعد الصدمة، أعراض الاضطراب التي انخفضت بشكل ملحوظ بعد جلستين (2018). ودراسة ميدانية مع اللاجئين المصابين بصدمات نفسية في ألمانيا أظهر انخفاضاً

كبيرا في الصدمة والاكتئاب مع بروتوكول EMDR G-TEP بعد اثنين فقط من الجلسات لمدة 90 دقيقة (Roberts, 2018, 109)

قد يواجه المعالجون حالة زوجين أحدهما مصاب بالسرطان، ولطبيعة العلاقة والمرض، دراسة رائدة أوصت بالمزج بين EMDR مع تقنيات NVC الاتصال اللاعنفي (Rosenberg, 2003) أو علاج تعزيز العلاقة RE (غيرني، 1987) أن يتعمق وترسيخ علاقة الزوجين، خاصة عندما إنهم يواجهون معركة بالسرطان، دون الإضرار بالعلاقة، بينما يحتاج الآخرون إلى المساعد، بالإضافة إلى المساعدة عليهم التعامل مع الحزن الذي يجلبه هذا المرض، المعالجين يمكن أن يساعد أيضا الأزواج على تقوية وتعميق علاقتهم. (Moore, 2016, 213)، والأهداف هي خلق جو هادئ بين الزوجين، حل مشاكل التقديم، تحسين التواصل بين الشركاء، وتعميق العلاقة. فالسرطان إشارة لإمبراطور جميع الأمراض (موخيري، 2010)، وتأثيره يمكن أن يكون هائلا على الأسرة، المرض لا يضرب فرد واحد فقط، إنه يمر عبر عائلاتهم مثل موجات حصة سقطت في بركة، في العلاقة الأكثر حميمية للأسرة، الزوجين، المرض يغير ديناميكيات العلاقة في طرق عميقة، آثار هذا الضغط يمكن أن تستمر سلسلة من خرق كامل للشراكة علاقة أوثق وأكثر داعمة، هناك العديد من الدراسات حول هذا الموضوع ولكن القليل عنها حول استخدام إزالة التحسس وإعادة معالجة حركة العين (EMDR) (Moore, 2016, 208)

كما يتولى العلاج النفسي EMDR علاج الألم المزمن الذي هو تجربة معقدة حسية وعاطفية تسبب آثارا سلبية منتشرة في كل شيء في مجالات الحياة والشخصية، وفقا لأحد دراسات لمنظمة الصحة العالمية، الأفراد الذين يعانون من ألم مستمر يكونون أربع مرات أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب أو القلق الذي لا يشعر به الناس (Mazzola et autre. 2016, E31)

الألم غير المعالج له أيضا تأثير كبير على التكاليف الطبية المباشرة وغير المباشرة من خلال أيام العمل الضائعة، والعلاج الطبي، الأدوية، الإجراءات الجراحية، إعادة التأهيل الجسدي والنفقات ذات الصلة. (جمعية الألم الأمريكية، 2001) خلص إلى أن الأثر الناتج عن التكاليف من الألم المزمن أكبر من السرطان وأمراض القلب مجتمعة. على الرغم من التقدم في العلاجات المختلفة، الدوائية والفيزيائية والجراحية للألم، يستمر عدد كبير من المرضى بتجربة الألم، المخاطر والضيق النفسي...

إن علاج EMDR هو علاج سريع لعلاج معلومات المريض من أفكار ومشاعر وتصورات جسدية مؤلمة أو مختلة، في علاج الألم المزمن، تدخلات EMDR السعي لتغيير الأعراض الإدراكية والعاطفية ولجسدية من المريض وتحديد الموارد التي يمكن أن توفر الراحة، في دراسة حالة علاج

EMDR للألم الشديد في الأطراف الوهمية بعد البتر والألم من عضو الشبح، قد اختفى تمامًا بعد تسع جلسات وتم الحفاظ على هذه النتائج خلال المتابعة بعد 18 شهرًا من العلاج (شنايدر، هوفمان، روست وشابيرو، 2007). في حالة أخرى، لراسل (2008)، أربع جلسات علاجية كانت EMDR كافية للقضاء على الألم والاكتئاب ووخز في الإحساس بالأطراف (الشبح). وقد أظهر باحثون آخرون أيضًا فعالية ال EMDR في تخفيف آلام الطرف الوهمي الذي يحدث بعد البتر، والحفاظ على النتائج أثناء المراقبة...، علاج ال EMDR مع التنفس وضغط الحجاب الحاجز و الجمجمة تم استخدامه لوقف الصداع النصفي (Mazzola et autre. 2016, pp E32-E34)

نموذج معالجة المعلومات التكيفية (شابيرو، 1995، 2001) الذي يوجه علاج ال EMDR يعتبر ذلك تمامًا مثل التجارب يمكن أن يكون الألم الرضحي المزمّن نتيجة ذكريات لم يتم استيعابها وتخزينها بيولوجيًا عصبيًا، متعلق بمصدر الألم نفسها (حادث، بداية المرض، وما إلى ذلك)، ألم دائم، الإجراءات الطبية أو أحداث مزعجة أخرى لم تحل يشمل علاج EMDR للألم المزمّن إعادة المعالجة وإزالة التحسس من الاستجابة عاطفي آلي إلى الإحساس المؤلم أن المكون الجسدي للذكريات المخزنة فيه الارتباط بمسببات الألم. يبدو العلاج له تأثير ومباشرة على إزالة الحساسية من جزء من تجربة الألم التي يتم تضخيمها بواسطة الجهاز الحوفي. حتى يتمكن من إعادة تشغيل تنظيم العواطف من خلال السماح بالاستجابة أكثر طبيعية عاطفية لإشارات الألم والأحداث المجردة، بيانات أخرى تدعم فعالية EMDR تأتي من دراسة نفسية عصبية حديثة على التفاعلات بين الطبقات وداخلها أثناء إعادة معالجة الألم. خلال تفعيل نصف الكرة الأيمن للاستجابة للمنبهات الضارة وعند تفعيل نصف الكرة الأيسر يزيد أكثر الموارد للتعامل لتصبح المتاحة، وبالتالي تسهيل إعادة تنظيم تجربة مؤلمة بطريقة أكثر ملاءمة كما أن فرط اليقظة الذي يمكن أن يحدث أيضًا يتسبب في انخفاض إدراك الألم. بيرجمان (1998) صاغ فرضية أن EMDR يسبب زيادة التنشيط القشرية الحزامية الأمامية ومنطقة الفص الجبهي، وبالتالي تمكين وظائف الدماغ تفوق على المعلومات من الهياكل الحوفية. بالإضافة إلى ذلك، يحفز التحفيز الثنائي EMDR رد فعل الاسترخاء (بيرغمان، 1998). فمن المحتمل أن هذا يسمح بإفراز المواد الأفيونية الطبيعية والتي تترافق مع تثبيط اللوزتين وتحسن الأعراض والأحاسيس الجسدية (بيرجمان، 1998؛ جرانت وثريفلو، 2002). (Mazzola et autre. 2016, E41)

ويسعى الباحث في تطوير الفكرة من خلال استدخال بروتوكولات علم النفس الإيجابي وتثبيتها خلال التكفل العلاجي بـ EMDR للمرضى الذين يعانون الأمراض المزمنة كالسرطان.

ومن خلال وجود بروتوكولات علم النفس الايجابي في العلاج بـ EMDR، يمكن أن يستهدف العلاج بـ EMDR العديد من المرضى (السرطان عند العلاج بالكيماوي، بعد التدخل الجراحي...) وحتى الأصحاء الراغبين في تحسين أدائهم عموماً أو في وضعيات خاصة (مدراء وعمال، أساتذة، طلبة وتلاميذ، رياضيين...) (Tarquinio et Tarquinio, 2015,104)، الفكرة حديثة نسبياً، وهناك من استخدم EMDR في علاج أمراض القلب، في مرض السرطان، وبتر الثدي - ألم العضو الشبح- واعتبر مقارنة علاجية لعلاج الأمراض السيكوسوماتية (Untas, Bungener, Flahault, 2016, 75-95)

وحسب Anna Stickel و Ute Goerling فالتحسينات المستمرة في تشخيص وعلاج السرطان تؤدي إلى تحسين معدلات الشفاء والبقاء على قيد الحياة، وتصبح نوعية حياة المرضى (QOL) قضية حاسمة، فالسرطان وعلاجه يضعفان، بالتالي يكون لهما تأثير على QOL، وهي من خلال التقارير الذاتية تضيف صورة للنتائج الطبية الحيوية وهي مهمة لاكتساب فهم أفضل لعواقب السرطان وعلاجاته، وبغض النظر عن المعايير الموضوعية كمدة البقاء حياً، والمدة والتكرار، والآثار الجانبية، وغيرها، فالفائدة في تجارب المرضى وتصوراتهم الذاتية من التعايش مع السرطان هي الأكثر قيمة... (Holland, Jimmie C. and al. 2015,163-164)

من خلال الدلالة الإكلينيكية للنتائج التي هي معيار للحكم على التقدم أو التحسن أو التراجع الذي حصل لأفراد عينة الدراسة بعد تعرضهم للمعالجة. (نصار، 2017، 353) يمكن تفسير تأثير العلاج النفسي EMDR المدمج ببروتوكولات علم النفس الايجابي على مرضى السرطان ومدى تحسن أو تقدم أو تراجع المناعة النفسية العصبية لدى هذه الفئة من المرضى على الخصوص، وبالمطرق العلمية يمكن ملاحظة هذا التأثير واعتباره إضافة إلى الافتراضات العلمية لعمل EMDR.

خصوصاً وأنه في الآونة الأخيرة، ولسنوات، سلطت عدة دراسات الضوء على ما يمكن أن تسبب الصدمة من تغيرات تشريحية ووظيفية، في مناطق محددة من الدماغ المرتبطة بظهور أعراض ما بعد الصدمة. بفضل تطوير تقنيات التصوير العصبي مثل التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، المغناطيسية الوظيفية التصوير بالرنين (fMRI)، انبعاث البوزيترون بالتصوير المقطعي (PET) وانبعاث الفوتون الأحادي بالتصوير المقطعي (SPECT) تحديد مناطق الدماغ والدوائر المعنية بالفيزيولوجيا المرضية لاضطراب ما بعد الصدمة. ووفقاً لنموذج بيولوجي عصبي من اضطراب ما بعد الصدمة، هناك أدلة على زيادة استجابة اللوزة، مما يعني المبالغة الاستجابة للخوف وكذلك المتعلقة

بالتهديد، المحفزات الغامضة وغير المؤكدة من ناحية أخرى، هناك استجابة متناقضة من مناطق قشرة
الفص الجبهي (بما في ذلك الحزامية المنحدرة، القشرة والتلفيف الجبهي البطنية)، بالإضافة، دليل على
انخفاض حجم الحصين وسلامة الخلايا العصبية وكذلك ضعف الحصين يرتبط بوظيفة ضعف الذاكرة
بشكل صريح هذا النموذج البيولوجي العصبي مقبول الآن على نطاق واسع من قبل المجتمع العلمي
(Carletto & Pagani, 2016, 153)

فالتعرض للصدمة أو استجابة ما بعد الصدمة قد يؤثر على حجم الحصين بسبب السمية العصبية
التي يسببها الكورتيزول (بريمر وآخرون، 2000). كما أظهرت العديد من الدراسات أن العلاج الكيميائي
والعلاج الإشعاعي يمكن أن يتسبب في فقدان الخلايا الضارة وقد تؤثر على تكوين الخلايا العصبية
للحصين، المساهمة في عجز الذاكرة وظهور أعراض مثل الاكتئاب (بيريرا دياس وآخرون، 2014).
وأشارت دراسات حديثة على بيئة التصوير تشير إلى ذلك الاختلاف الجيني سببه إجهاد الغدد
الصماء العصبية، ونظام الهرمونات والعوامل البيئية المبكرة تساهم في الاختلاف في تفاعل الإجهاد
وحجم الدماغ (أي اللوزة والحصين)، والتي بدورها قد تؤدي إلى تطور عوامل خطر المرض النفسي.
تجدر الإشارة إلى أن مناطق الدماغ وجد أنه يعاني من نقص التمثيل الغذائي بعد شهرين من
العلاج الكيميائي كانت هي نفسها المتورطة في الاضطرابات العاطفية. (Carletto & Pagani, 2016, 155)

وكذلك تعطيل لمنطقة بروكا قد يفسر الصعوبة بالنسبة للناس يعانون من هذا الاضطراب، في
الوصول إلى دلالة معرفة تجاربهم العاطفية. حتى الآن، العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على
الصدمة، إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) العلاج وإدارة الإجهاد، هل تعتبر تلك
العلاجات أكثر فعالية في الحد من أعراض PTSD.

واستخدام التناوب التحفيز الثنائي (حركات العين، اللمس،...) يبدو أنه ينتج تأثيراً فسيولوجياً تعزيز
المعالجة المعجلة لخلل وظيفي المعلومات المخزنة المتعلقة بالحدث الصادم.

الدراسات التي استخدمت SPECT لمقارنة تنشيط الدماغ قبل وبعد علاج EMDR أظهر ذلك
حدثت تغييرات كبيرة في تدفق الدم بشكل رئيسي في مناطق الحوض وفي PFC. وقد درست دراسات
التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير بالرنين المغناطيسي الأخرى حجم الحصين المرضى الذين
عولجوا بـ EMDR (بوسيني وآخرون، 2012) تظهر زيادة حجم الحصين بالتعاون مع تحسن أعراض
ما بعد الصدمة.

أظهر ناردو وزملاؤه (2010) أيضاً التصوير بالرنين المغناطيسي أن المرضى الذين لم يستجيبوا للعلاج EMDR أظهر، قبل جلسات العلاج، انخفاضاً في كثافة المادة الرمادية في مختلف المناطق الخوفية (الخلفية الحزامية والقشرة المجاورة للحصين والجزري القشرة)، تم تقييم علاج EMDR أيضاً باستخدام EEG يحققون آثار الإمكانات المتعلقة بالحدث الصادم، قبل وبعد جلسة علاج EMDR المقترحة وأن التحسينات العيادية قد تكون مرتبطة بالتغيرات (Carletto & Pagani, 2016,156)

أن فعالية العلاج النفسي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً لتطبيع وظائف المخ. خاصة، يبدو أن علاج EMDR يعزز تحول مادة صادمة من قشرة تحتية ضمنية إلى الحالة القشرية الصريحة حيث مناطق الدماغ المختلفة المشاركة في معالجة التجربة. المرضى الذين لا يتحسنون بعد علاج EMDR أو CBT تظهر انخفاضاً في كثافة المادة الرمادية في الحزامية الخلفية والقشرة المجاورة للحصين والجزري قشرة الدماغ وزيادة تنشيط اللوزة و ACC البطنى. ومن المعروف جيداً أن هذه المناطق متورطة في عمليات مثل التكامل المعرفي والعمليات العاطفية، ترميز واسترجاع سيرة ذاتية وذكريات عاطفية معالجة، والوعي الداخلي، والمرجعيات الذاتية للخبرة الواعية، وانقراض الخوف. العجز في هذه المجالات يمكن أن تشكل عاملاً رئيسياً في الحد من فعالية العلاجات النفسية. للآثار المترتبة على علاج اضطراب ما بعد الصدمة المتعلق بالسرطان. والدراسات المستقبلية التي تحقق في علم الأعصاب لتأثير العلاج النفسي في علم الأورام. علاج EMDR الذي كانت له آثار وظيفية، أظهر خلال جلسات العلاج وفي تقييمات ما بعد العلاج مرشح ان يكون مثالي. أثبت القدرة على تطبيع الخلل الحوفي قد تخفف المناطق المصابة باضطراب ما بعد الصدمة والاكنتاب للمرضى من العبء النفسي المرتبط مع أمراض الأورام. الدراسة العيادية الوحيدة التي أجريت حتى الآن (Capezzani وآخرون، 2013) أظهر ذلك فكان علاج EMDR أكثر فعالية من العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان،. (Carletto & Pagani, 2016, pp 157- 158)

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة الميدانية

1.3. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية الحالية تمهيدية (وهي دراسة كشفية) حيث قام الباحث بالتعرف على عينة الدراسة ومجتمعها وظروف إجراءات البحث وطرق التحكم فيها للخروج بدراسة صحيحة متكاملة والكشف عن عوامل مؤثرة وأبعاد لم يكن الباحث على اطلاع عليها وإدراك وجودها، علماً وأن هناك الدراسة الاستطلاعية الكشفية التي تهدف إلى اكتشاف أفكار بحثية جديدة والتماس الفوارق في التوقعات البحثية التي من شأنها أن تساعد في فهم المشكلة البحثية، والدراسة الاستطلاعية الصياغية التي تهدف إلى اختبار أداة الدراسة الخاصة بالباحث والتحقق من صدقها وثباتها من خلال عرضها على عينة صغيرة جزئية خارجة عن عينة الدراسة الحقيقية.

1.1.3. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية الحالية إلى ما يلي:

- تحديد وجود مشكلة بحثية لم يسبق الكشف عنها وإلقاء الضوء على الحاجة الملحة لبحثها وهي التكفل النفسي بالأبعاد النفسية لمرض السرطان.
- تحديد أبعاد الدراسة البحثية الرئيسية وكافة العوامل التي تحتاجها الدراسة التي تدرسها في الإجراءات القادمة.
- جمع المعلومات الأولية حول طبيعة الإجراءات اللازمة لبحث مشكلة الدراسة والأدوات البحثية الأنسب.
- استطلاع جميع الظروف التي تتضمنها الدراسة البحثية الرئيسية.
- إثراء الخزانة المعرفية لدى الباحث للإلمام بجميع الأبعاد الممكنة للدراسة والموضوع المبحوث فيه
- إيجاد الثغرات البحثية في موضوع البحث وإلقاء الضوء على جوانب الضعف والقوة في الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة وموضوعها.
- وضع تصور مسبق للمشكلات والعوائق التي ستواجه الباحث مما يتيح له الوقت الكافي لتجنبها في الدراسة البحثية الرئيسية.
- وضع تقديرات زمنية صحيحة ودقيقة للزمن المطلوب لإنهاء الدراسة وكذلك تقديرات لحجم العينة وحصر مجتمع الدراسة.

ولأجل ذلك، وللتأكد من فرضيات البحث والتساؤلات المسبقة قام الباحث بإجراء الدراسة استطلاعية التي تتضمن المقابلة مع الأخصائيين في الأورام السرطانية بمستشفى مصباح بغدادي بأموشون

بتأمغست، كما قام الباحث بمقابلة حالتين مصابتين بالسرطان للتأكد أكثر من الفرضيات أو الخروج بإشكالات أخرى.

لكن إحدى الحالتين أجابت عن اختبارات الباحث (الصدمة، الاكتئاب والقلق) وأعطت بيانات مضللة (خاطئة) فتحصلت على نقاط خام منعدمة، لكن بعد أيام فقط توفيت بسبب مرضها، أما الحالة الثانية فانسحبت في منتصف تطبيق العلاج، ورغم اتصال الباحث بها عدة مرات ووعداها بالحضور، لكن تقاجاً الباحث بوفاتها بسبب سماعها فاجعة فقدان قريب لها وارتفاع نسبة السكر في دمها.

كما تحصل الباحث على إحصائيات تفيد أنواع السرطان الموجودة لست سنوات سابقة إلى السنة الحالية (جوان 2021) مهيئة بعد نهاية الدراسة الأساسية، موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (1): يوضح إحصائيات أنواع السرطان الموجودة لست سنوات سابقة إلى السنة الحالية

(جوان 2021)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	total المجموع
Voix biliaire المرارة	2	2	0	0	5	1	0	10
Rectum & c. anal الشرج	2	1	0	2	0	2	1	8
Cavurn البلعوم	1	2	3	6	1	4	0	17
Trm cérébral & tronc جذع الدماغ	1	0	0	2	1	3	0	7
Col uterin & vulve المهبلي vaginal	6	1	4	3	3	0	2	19
Colon الكولون	4	1	4	1	5	6	0	21
CPI	0	1	0	1	2	3	0	7
Endomètre بطانة الرحم	0	1	2	1	2	0	0	6
Estomac المعدة	0	3	2	3	4	7	0	19
Foie الكبد	4	4	2	1	5	5	0	21
Sphare orl الأنف الأذن والحنجرة	4	8	1	5	4	7	1	30
GIST أورام باطنية معدية معدية	0	0	0	0	1	1	0	2
Lymphome الغدد اللمفية	0	0	0	1	0	0	0	1
Melanome ميلانوم	1	0	0	1	0	0	0	2
Cesophage البلعوم	1	1	2	0	6	0	0	8
T. des qs & partie molle	3	2	3	2	1	4	0	20
Ovaire المبيض	4	0	1	2	2	1	0	9
Pancreas البنكرياس	1	3	2	0	1	2	2	12

Peau الجلد	2	3	0	2	0	6	2	16
Peritoine دسم الاحشاء	0	0	1	1	3	1	0	3
Poumon الرئة	2	2	7	3	2	3	0	20
Prostate البروستات	2	5	2	5	21	8	3	27
Rein الكلية	3	1	4	3	0	2	0	15
Sein الثدي	24	14	17	13	5	26	5	120
Testicule الخصيتين	0	0	1	0	0	0	0	1
Thyroide الغدة الدرقية	0	6	12	8	5	0	2	33
Tne	1	0	2	0	0	0	0	3
Vessie المثانة	1	2	4	0	1	1	0	9
Total المجموع	69	63	76	66	81	92	18	263

وبمساعدة الأخصائيين النفسيين العياديين للصحة العمومية على مستوى مصلحة الأورام تم اختيار أفراد العينة بطريقة مقصودة بناء على الشروط الآتية:

- الحالة لديها ملف وتعالج نظاميا لدى مصلحة الأورام بمستشفى مصباح بغدادي بأمشون/تامنغست.

- تجنب السن المتقدمة جدا (الشيخوخة) لارتباطها باضطرابات نفسية معقدة قد تتداخل مع الأعراض النفسية لمرض السرطان،

- قرب المسافة من مكان العلاج (المؤسسة الاستشفائية) لتمكن الحالة من الحضور في المواعيد المضبوطة.

- اللغة المفهومة حتى يتفادى التواصل السيئ أو التعليمات غير المفهومة.

- أن تكون من الجنسين (ذكر/أنثى) ومختلفة في طبيعة وأنواع السرطان لإدراك الشمولية قصد المستطاع.

كما تم وضع مخطط زمني للعمل الميداني بحسب ظروف كل فرد من العينة للقياس القبلي والعلاج ثم القياس البعدي، مدة المتابعة والقياس بعدها.

وتبين أنه لا يمكن اختيار عينة ضابطة توافقا مع المنهج التجريبي لاعتبارات عملية وأخلاقية، فشروط العينة الأساسية أفضت إلى اختيار 04 أفراد فقط، وحتى وجد فأخلاقيا أفراد العينة الضابطة يجب أن يخضعوا للعلاج النفسي حال تحقق نتائج مرضية للدراسة.

2.3. المنهج المستخدم

في البحوث الخاصة بأسباب المرض النفسي، تستخدم التصميمات التجريبية بشكل واسع وتسمى بـ "علم النفس المرض التجريبي" (Experimental psychopathology)، كما تستخدم في علم الأمراض النفسية لاختبار تأثير أو فعالية أنواع مختلفة من العلاجات النفسية، وتعرف باسم "المحاولات الإكلينيكية" (Clinical trials)، لكن ما يوافق هذه الدراسة هو تجارب الحالة الفردية (Single case experiments) فتجربة الحالة الواحدة لها قيمتها في بحوث الأمراض والاضطرابات النفسية ومستخدم بكثرة، فلتجنب المسألة الأخلاقية بإنكار تلقي المجموعة الضابطة للعلاج، في البحوث التي تتناول فعالية أو مدى كفاءة علاج معين، وصعوبة جمع مشاركين بدرجة وافية في مجموعات تجريبية وأخرى ضابطة، يستخدم الباحث التصميم (ABA design) تبدأ بمرحلة ملاحظة وقياس الخط القاعدي للسلوك دون أي تدخل (A) ثم مرحلة العلاج التجريبية وملاحظة وقياس تأثيره على السلوك (B) ثم عودة نهائية إلى الخط القاعدي (A) وهي مرحلة ملاحظة السلوك من جديد في غياب العلاج. (دافني، 2016، 183-190) أو تعرف ببروتوكول A-B التقريب التجريبي (quasi expérimental) أحد بروتوكولات الخط ذي القاعدة الوحيد (protocoles à ligne de base unique) 03 مراحل: A، السلوك قبل العلاج، المرحلة B، مرحلة العلاج أو تنفيذ الإجراء العلاجي، مرحلة المتابعة (follow-up) تقييم السلوك. (Bouvard et Cottraux، 2010، 18-19).

3.3. متغيرات الدراسة:

تصنف المتغيرات تبعاً لعلاقتها السببية، فالمتغير الذي يحدث تغيراً في متغير آخر يسمى بالمتغير المستقل Independent variable أما المتغير الذي يحدث فيه الأثر يسمى المتغير التابع Dependent variable والأمر نسبي تبعاً لموقع المتغير ومدى تأثره بالعوامل الأخرى، (الجاسمي، 2001، 90)

وحسب الدراسة الحالية، المتغير المستقل: هو العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) المدمج ببروتوكولات علم النفس الإيجابي، أما المتغير التابع: فهو التغيرات في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، القلق والاكتئاب في نتائج الاختبار القبلي والبعدي.

4.3. حدود الدراسة:

من البديهي أن يختار الباحث مكاناً مناسباً لدراسته يكون بمثابة الأرضية التي يطبق فيها أدواته، بالإضافة إلى مراعاة زمن محدد يكون كافياً لتطبيق تلك الأدوات، وهذا ما دفعنا إلى اختيار حدود مكانية وزمنية نرى أنها مناسبة، والتي يمكن عرضها فيما يلي:

1.4.3. الحدود المكانية:

مصلحة الأورام السرطانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "مصباح بغداد" بتامنغست (الجزائر)

2.4.3. الحدود الزمنية:

03 سبتمبر 2020 إلى 22 نوفمبر 2020 (مرحلة أولى: قياس قبل العلاج-العلاج-قياس بعد

العلاج)

04 مارس 2021 إلى 09 مارس 2021 (مرحلة ثانية قياس بعد المتابعة)

3.4.3. الحدود البشرية:

تتكون من 04 أفراد تم اختيارهم بصفة مقصودة نظرا لصعوبة طبيعة المرض التي لا تسمح لهم بمواصلة المقابلات.

5.3. مجتمع وعينة الدراسة

1.5.3. المجتمع: من الناحية الاصطلاحية هو تلك المجموعة الأصلية التي تأخذ منها العينة وقد تكون هذه المجموعة فرق، تلاميذ، أو أي وحدات أخرى.

إن المجتمع يعتبر شمول كافة وحدات الظاهرة التي نحن بصدد دراستها وهذا ما يشمل مجموعة من المرضى المتواجدين بمصلحة الأورام السرطانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "مصباح بغداد" بولاية تامنغست (الجزائر).

2.5.3. العينة: وتعتبر خطوة العينة من أهم الخطوات المنهجية حيث أن الاختيار الأمثل للعينة يضمن للباحث النجاح في باقي خطوات دراسته مما يؤدي إلى مصداقية أكبر، وهذا ما أدى بنا إلى مراعاة مجموعة من الجوانب الهامة والمساعدة؛ لتمثل عينتنا المجتمع الأصلي في مختلف نواحيه.

اعتمدنا في الدراسة الحالية على عينة قصدية مكونة من (03) إناث وذكور (01) وحيد:

- الحالة الأولى: أنثى، مطلقة، 53 سنة، أم لطفل وحيد، مصابة بسرطان الفك، في مرحلة العلاج الكيماوي.

- الحالة الثانية: أنثى، 25 سنة متزوجة وأم لطفلين، في مرحلة العلاج الكيماوي، ثم الجراحي باستئصال الثدي، مصابة بسرطان الثدي.
- الحالة الثالثة: أنثى، 29 سنة، عذراء، مصابة بسرطان الأنف، في مرحلة العلاج الكيماوي.
- الحالة الرابعة: ذكر، 26 سنة، متزوج بدون أطفال، مصاب بسرطان القولون، في مرحلة العلاج الكيماوي.

6.3. أدوات جمع البيانات والمعلومات

بروتوكول EMDR من 08 إجراءات المكيف على البيئة الجزائرية من طرف البروفسور مجاهدي أسامة والبروفسورة معتصم ميموني بدر (2019).

بروتوكول تطوير وتنشيط المصادر (Protocole de développement et d'installation des ressources DIR d'Anrew Leeds، 1995)،

بروتوكول التفاؤل (Le Protocole d'optimisme de Regourd-Laizeau)، (2013)

1.6.3. مقياس الاكتئاب II (آرون بيك) المكيف على البيئة الجزائرية من طرف البروفسور معمريه بشير...

يعتبر آ. ت. بيك، الطبيب النفسي الأمريكي وزملائه، أول من قام ببناء قائمة لقياس الاكتئاب. وتعرف باسمه رغم اشتراك العديد من زملائه معه في إعدادها. وهناك ثلاث صور أو نسخ ظهرت للقائمة.

ظهرت الصورة أو النسخة الأولى عام 1961 ويرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I أي Depression.Beck Inventory وقد استعملت القائمة في حوالي 1000 بحث منذ صدور لها إلى غاية 1988. وظهرت الصورة الأولى المعدلة عام 1979 ويرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I- IA، وتم ترجمة هذه النسخة إلى اللغة العربية في مصر عام 1981 ثم ظهرت الصورة الثانية للقائمة عام 1996 والتي يرمز لها اختصارا بالرمز B.D.I - II وتم تعريبها كذلك في مصر عام 2000.

تتكون القائمة في صورتها الأصلية الكاملة من 21 مجموعة من العبارات. وتتكون كل مجموعة منها من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجيا من انعدام الاكتئاب إلى أكثره شدة، وفي

1972 ظهرت نسخة مختصرة للقائمة تتكون من 13 في دراسة من إعداد آ. ت. بيك وآخر. وبينت هذه الدراسة التي أجريت على النسخة المختصرة، أنها ترتبط بالنسخة الكاملة بمعامل ارتباط بلغ 0.96 على عينة مختلطة من المرضى العاديين وفي دراسة أخرى أجراها

آ. ت. بيك وآخرون عام 1974 على عينة مختلطة من المرضى العاديين بلغ معامل الارتباط بين النسخة الكاملة والنسخة المختصرة 0.97. وترجمت النسخة المختصرة إلى العربية في مصر عام 1985. ومنذ ظهور النسخة المختصرة صارت تستعمل في البحوث أكثر مما تستعمل النسخة الكاملة. وقد استعملها الباحث الحالي في دراسة أجراها عام 2000 على طلاب جامعة الحاج لخضر باتنة حول مدى انتشار الاكتئاب على الشباب من الجنسين.

تعد قائمة آ. ت. بيك الثانية BDI - II لقياس الاكتئاب، أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب. وتتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة. وتتميز هذه القائمة، بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM - IV) للاضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994، وتم اجراء تعديلات على القائمة.

والأعراض الـ 21 التي تقيسها قائمة بيك الثانية للاكتئاب، هي ما يلي: (1) الحزن. (2) التساؤم. (3) الفشل السابق. (4) فقدان الاستمتاع. (5) مشاعر الإثم. (6) مشاعر العقاب. (7) عدم حب الذات. (8) نقد الذات. (9) الأفكار الانتحارية. (10) البكاء. (11) التهيج والاستثارة. (12) فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي. (13) التردد في اتخاذ القرارات. (14) انعدام القيمة. (15) فقدان الطاقة. (16) تغيرات في نمط النوم. (17) القابلية للغضب أو الانزعاج. (18) تغيرات في الشهية. (19) صعوبة التركيز. (20) الإرهاق أو الإجهاد. (21) فقدان الاهتمام بالجنس.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، سواء على العينات الأمريكية أم العينات العربية، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتمتع بشروط أدوات القياس الجيدة لقياس أعراض الاكتئاب.

تكونت عينة التقنين من 998 فردا؛ منهم 473 ذكور و 525 إناث. تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18 . 49 سنة.

سحب العينتين (الذكور والإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر، الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة، وتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

2.6.3. مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون

تم الاستعانة بمقياس دافيدسون (1987) ترجمه عبد العزيز ثابت الذي قام بتطويره من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة، ويتكون هذا المقياس من 17 بندا تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي، ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة أقسام فرعية وهي:

- استعادة الخبرة الصادمة، وتشمل البنود التالية: 1,2,3,4,17.
- تجنب الخبرة الصادمة، وتشمل البنود التالية: 5,6,7,8,9,10,11.
- الاستثارة، وتشمل البنود التالية: 12,13,14,15,16.

يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 بدائل (0,1,2,3,4)

(علما أن الإجابة على كل سؤال تنتقط كما يلي: 0 = أبدا، 1 = نادرا، 2 = أحيانا، 3 = غالبا، 4 = دائما. كما يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي :

- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة .
- عرض من أعراض تجنب الخبرة الصادمة.
- عرض من أعراض الاستثارة.

وفيما يخص الخصائص السيكومترية للمقياس، قام كل من صاحب المقياس "دافيدسون" و مترجمه بحساب صدق المقياس وثباته، وكلاهما توصلا أنه يتمتع بثبات وصدق عالي.

وبخصوص صدقه على البيئة الجزائرية، فقد تم اختباره بعدة طرق من طرف الكثير من الباحثين الجزائريين بهدف معرفة ملائمته على بيئتنا، فعلى سبيل المثال قامت أمينة بن التواتي (2015) (بجامعة ورقلة بحساب صدقه بالإعتماد على طريقة المقارنة الطرفية للمقياس، وتوصلت إلى أنه يتمتع بدرجة صدق عالية، كما قامت باختبار ثباته بطريقة ألفا كرونباخ، وتوصلت أيضا إلى تمتعه بثبات قدر بـ0.77، وهو معامل عالي من الثبات.

3.6.3. مقياس القلق لهاملتون

وضع هذا المقياس الطبيب النفسي مآس هاملتون عام 1959م لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطي درجة معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية، وإذا استخدم استخداماً سليماً فإن الدرجات تكون مؤشراً يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

ويعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

ويشمل المقياس 14 عرضاً يكون مجموع درجاتها مقياساً لدرجة القلق، وعادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دورياً بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن.

يقيس هذا المقياس مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق، فيضع الفاحص درجة لاستجابة المريض وفقاً لخمس مستويات هي: صفر = لا توجد أعراض 1 = أعراض طفيفة 2 = أعراض متوسطة 3 = أعراض شديدة 4 = أعراض شديدة جداً.

تفسير الدرجات: هناك طريقتان

الطريقة الأولى: تتبع عرض واحد ومقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن، أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسن، أو استفاد من العلاج.

الطريقة الثانية: هي مقارنة المجموع الكلي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمريض الذي ينال في أول تطبيق درجة آلية 30 وبعد أربعة أسابيع يحصل على 15 يكون قد تحسن يكون قد تحسن بنسبة 50%.

7.3. إجراءات التطبيق الميداني للدراسة

المرحلة الأولى:

- قياس الصدمة باستخدام اختبار دافسون على عينة الدراسة.
- قياس درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على عينة الدراسة.
- قياس درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على عينة الدراسة.

المرحلة الثانية:

- تطبيق إجراءات العلاج EMDR optimisme/EMDR DIR

المرحلة الثالثة:

- قياس الصدمية باستخدام اختبار دافسون على عينة الدراسة.
- قياس درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على عينة الدراسة.
- قياس درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على عينة الدراسة.

المرحلة الرابعة:

- إعطاء موعد لأفراد العينة بعد 03 أشهر (متابعة)

المرحلة الخامسة:

إعادة قياس:

- شدة الصدمية باستخدام اختبار دافسون على عينة الدراسة.
- درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على عينة الدراسة.
- درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على عينة الدراسة.

الفصل الرابع:

عرض النتائج وفقا للفرضيات

1.4. عرض نتائج الدراسة:

1.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

نص الفرضية: "توجد فروق في مستوى نسبة الصدمية لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (2): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

شدة الصدمية 68-51-34-17	الدرجة الخام قبل العلاج	الدرجة الخام بعد العلاج
الحالة الأولى	13 طفيفة	02 نسبة العلاج 84.62%
الحالة الثانية	08 طفيفة	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الثالثة	25 فوق الطفيفة إلى المتوسطة	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الرابعة	25 فوق الطفيفة إلى المتوسطة	00 نسبة العلاج 100%

من خلال الجدول نلاحظ توجد فروق في شدة الصدمية لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

2.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

نص الفرضية: "توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (3): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

درجة الاكتئاب 63-42-21	الدرجة الخام قبل العلاج	الدرجة الخام بعد العلاج
الحالة الأولى	36 فوق الطفيفة إلى المتوسطة	06 نسبة العلاج 83.34%
الحالة الثانية	14 طفيفة	07 نسبة العلاج 50%
الحالة الثالثة	27 فوق الطفيفة إلى المتوسطة	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الرابعة	18 طفيفة	00 نسبة العلاج 100%

من خلال الجدول نلاحظ انه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

3.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

نص الفرضية: "توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان قبل العلاج النفسي وبعده لصالح القياس البعدي"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (4): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

درجة القلق 56-42-28-14	الدرجة الخام قبل العلاج	الدرجة الخام بعد العلاج
الحالة الأولى	31 فوق المتوسطة	07 نسبة العلاج 77.42%
الحالة الثانية	17 بين طفيفة إلى متوسطة	03 نسبة العلاج 82.36%
الحالة الثالثة	25 تقريبا متوسطة	08 نسبة العلاج 68%
الحالة الرابعة	28 متوسطة	07 نسبة العلاج 75%

من خلال الجدول نلاحظ توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

4.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

نص الفرضية: "لا توجد فروق في مستوى نسبة الصدمة لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (5): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

شدة الصدمة 68-51-34-17	الدرجة الخام بعد العلاج	الدرجة الخام بعد المتابعة
الحالة الأولى	02 نسبة العلاج 84.62%	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الثانية	00 نسبة العلاج 100%	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الثالثة	00 نسبة العلاج 100%	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الرابعة	00 نسبة العلاج 100%	02 نسبة العلاج 96%

من خلال الجدول نلاحظ:

لا توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى حالتين. وتوجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى حالتين: لصالح القياس بعد المتابعة لدى حالة ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالة.

5.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

نص الفرضية: "لا توجد فروق في مستوى نسبة الاكتئاب لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (6): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

درجة الاكتئاب 63-42-21	الدرجة الخام بعد العلاج	الدرجة الخام بعد المتابعة
الحالة الأولى	06 نسبة العلاج 83.34%	04 نسبة العلاج 88.89%
الحالة الثانية	07 نسبة العلاج 50%	01 نسبة العلاج 92.86%
الحالة الثالثة	00 نسبة العلاج 100%	02 نسبة العلاج 92.6%
الحالة الرابعة	00 نسبة العلاج 100%	02 نسبة العلاج 88.89%

من خلال الجدول نلاحظ:

توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لصالح القياس بعد المتابعة لدى حالتين ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالتين.

6.1.4. عرض النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

نص الفرضية: "لا توجد فروق في مستوى نسبة القلق لدى مرضى السرطان بعد العلاج النفسي وبعد فترة المتابعة"، ولدراسة الفروق بين الدرجات لدى العينة المدروسة، وضع الجدول الآتي:

جدول رقم (7): يبين النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

درجة القلق 56-42-28-14	الدرجة الخام بعد العلاج	الدرجة الخام بعد المتابعة
الحالة الأولى	07 نسبة العلاج 77.42%	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الثانية	03 نسبة العلاج 82.36%	00 نسبة العلاج 100%
الحالة الثالثة	08 نسبة العلاج 68%	01 نسبة العلاج 96%
الحالة الرابعة	07 نسبة العلاج 75%	10 نسبة العلاج 64.29%

من خلال الجدول نلاحظ توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى القياس بعد المتابعة لدى ثلاث حالات ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالة واحدة.

2.4. تفسير ومناقشة النتائج:

1.2.4. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

تحققت الفرضية الأولى 100% لدى الحالات الثلاثة إلا واحدة بنسبة مرتفعة نسبيا 84.62%، ومبدئيا توافقت هذه النتائج مع جميع البحوث والدراسات التي تناولت فعالية العلاج النفسي EMDR في علاج الاضطرابات النفس-صدمية، وقد ثبت فعلا فعاليته في علاج الصدمة عموما واضطراب ضغوط بعد الصدمة خصوصا لدى عينة الدراسة، ووجدت فروق فعلية بين مستوى قبل العلاج طفيف إلى قريب من المتوسط في شدة الصدمة إلى انعدامها تماما بعد العلاج بحسب مقياس دافسون، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة جاريرو وآخرون لعام (2015) لتقييم فعالية EMDR-IGTP-OTS في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان عند 24 امرأة بالغة مع بأنواع مختلفة من السرطان، أيضا مع دراسة أفنازيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب و لورا إفلين غارسيا (2018) من المكسيك، التي أكدت نتائج دراسة 2015 لجاريرو بتطبيق العلاج ببروتوكول حركات العين وإعادة المعالجة المتكاملة (EMDR-IGTP) لفائدة لمرضى السرطان المراهقين للمراهقين وبالغين، وبعد ست جلسات من EMDR-IGTP، كان هناك انخفاض كبير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كذلك دراسة إيلسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) من إيطاليا، والتي تبين فعالية العلاج النفسي EMDR على 18 مريضا بالسرطانات المختلفة، فبعد 12 جلسة من EMDR، ضعفت المضاعفات النفسية الناشئة عن ما تم تسجيله عند تشخيص السرطان، خصوصا أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، النتيجة نفسها في دراسة إيلسا فاريثا وتوماس بورساتو (2016) من جامعة ميلانو/إيطاليا، التي تهدف إلى وضع بروتوكول علاج EMDR لمرضى الأورام، والتي خلصت إلى توسيع مجال تطبيق EMDR ليشمل علاج الصدمة المرتبطة بالسرطان، وهو ما توصل إليه الباحثون إغناسيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب، لورا إفلين غارسيا، ماريا أليسيا كافازوس، مارثا جيفودن في دراستهم لعام (2015)، عند بحث تقييم فعالية بروتوكول العلاج الجماعي التكاملية -حركة العين إزالة الحساسية وإعادة المعالجة (PTIG-EMDR) في التقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المتعلقة بتشخيص وعلاج مختلف أنواع السرطان لدى 24 امرأة بالغة وقد اختفت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بتشخيصهن وعلاجهن، وثبت أنها دالة إحصائيا عند تحليل البيانات باستخدام ANOVA عاملي حول تأثيرات PTIG-EMDR، هي نفسها نتائج دراسة أماندا كاران وباتريسيا روبر (2018) عند خلاصتها إلى فعالية وسلامة بروتوكول حركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة - الحلقة المؤلمة-EMDR G (EMDR

(TEP) على الحالة النفسية وعلاج الناجين من السرطان وآثاره المحتملة على أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى 35 مشاركا من المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من السرطان، في مراحل مختلفة، الأولية أو المتكرر، مع تلقي التشخيص أو علاج الأورام خلال العام الماضي، ودراسة إيلسا فريتا، توماس بورساتو، كريستينا سيفيلوتي، غيزابيل فرناندس وماركو باغاني (2016)، عد مقارنتها لتأثير EMDR والعلاج المعرفي السلوكي على 31 مريضا بالأورام السرطانية وتبين تفوق EMDR في مدة العلاج والنتائج على العلاج المعرفي السلوكي عند التركيز على الصدمة...، وتفسر هذه النتيجة عصبيا، ما توصلت إليه دراسة سارة كارليتو وماركو باغاني (2016) إلى أنه يبدو أن علاج الـ EMDR يعزز تحول مادة صادمة من قشرة تحتية ضمنية إلى الحالة القشرية الصريحة حيث مناطق الدماغ المختلفة المشاركة في معالجة التجربة.

2.2.4. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية 100% لدى حالتين وأخرى لأكثر من 80% وحالة النصف (50%) بعد أن كانت من طفيفة إلى متوسطة، وبهذا يكون EMDR فعالا في شفاء أو التقليل من شدة الاكتئاب لدى مرضى الأورام السرطانية، أي أنه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي، والنتيجة تتوافق مع دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) على عينتهم من 35 فردا فتحليل التباين (ANOVA) بين أن EMDR-IGTP-OTS كان فعالاً في التقليل بشكل كبير من أعراض الاكتئاب، أيضا دراسة إيلسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) (Cristina & Civilotti Elisa Faretta)، فقد خلصت إلى انخفاض مستوى الاكتئاب لدى عينتها المكونة من 18 مريضا بمختلف أنواع السرطانات، نفس نتيجة دراسة أماندا كاران باتريسيا روبر (Amanda Karen Patricia Roberts) التي أثبتت فعالية وسلامة بروتوكول حركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة الحلقة المؤلمة (EMDR G-TEP) في التخفيف من آثار الاكتئاب بعد الصدمة لدى عينة من 35 مشاركا...، كما توجد أيضا دراسات كثيرة تتناول وتثبت فعالية العلاج بـ EMDR على الاكتئاب كاضطراب مستقل على عينة من المرضى وأهمها.....

ويبدو أن تفسير دراسة سارة كارليتو وماركو باغاني (2016) للتأثير العصبي وفرضية المعالجة التكيفية للمعلومة (TAI) لشابيرو هو التفسير الأوضح لهذه النتائج.

3.2.4. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

تبين من النتائج قبل وبعد العلاج أن البروتوكول العلاجي النفسي قد أفاد عينة الدراسة بحوالي متوسطه 76% شفاء، أي توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي، وهي نتيجة دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018)، فبالإضافة الى ما سبق فتحليل التباين (ANOVA) بين أن EMDR-IGTP-OTS فعال في التقليل من شدة القلق لدى العينة المتكونة من 35 فردا، أيضا دراسة إليسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) (Cristina & Civilotti Elisa Faretta) التي انخفض مستوى القلق لدى العينة المتكونة من 18 مريضا بالسرطان، كذلك دراسة أماندا كاران باتريسيا روبر (2018) (Amanda Karen Patricia Roberts) التي انخفض فيها درجة القلق لدى العينة المتكونة من 35 فردا، يعانون أنواع مختلفة من السرطان، عند خضوعها للعلاج الجمعي EMDR للحلقة الصدمة (EMDR G-TEP)، بل وليس فقط تقليل الأعراض بل إن سمة القلق انخفضت بعد العلاج على اختبار (STAI T-Anxiety) وانخفاض واضح في القلق الأساسي، وفسر إلى أنه قد يكون هناك تغيير معتدل في نظرة المشاركين إلى الذات والعلاج أو المعاملة، إذن أهم نتيجة هي أن EMDR G-TEP فعال في الحد من القلق الظرفي وخط الأساس لسمة القلق، وهو ما يؤكد نتيجة هذه الدراسة من أنه توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

4.2.3. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

تحققت الفرضية جزئيا، فقد اتضح أنه لا توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى حالتين، لكن توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى حالتين: لصالح القياس بعد المتابعة لدى حالة، ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالة، وهو عكس ما خلصت إليه دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) من أنه استقرت الأعراض بعد 90 يوما، من المتابعة، ويبدو أن فعالية العلاج النفسي المطبق تزيد بمرور الوقت وهي نتيجة جيدة، أي أن التفسير العصبي يتأكد، ويمكن إهمال الانخفاض شدة الصدمة للحالة الوحيدة بعد المتابعة مقارنة بنسبة الشفاء والتحسن السابقة، وتفسر بالعادية كون الحالة أعلمت من طرف طبيبها المتخصص في علاج الأورام السرطانية خلال فترة المتابعة أن العلاج الكيميائي لسرطانها لم يجدي نفعا وستحول إلى العلاج الإشعاعي، ولم يقدم لها أي مساعدة عدى أرقام الأطباء المتخصصين في هذا العلاج الموجودين في

الشمال، ولحالتها المادية المزرية، عياديا، تكون استجابتها ورد فعلها بالعادي على اختبار قياس الصدمة.

5.2.4. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

لم تتحقق الفرضية، فقد ثبت أنه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لصالح القياس بعد المتابعة، وهي نتيجة جيدة بما أن العلاج النفسي تزيد فعاليته بمرور الوقت، لكن توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى حالتين ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالتين، ولدى إحدى الحالتين قد يفسر عياديا بتغيير العلاج إلى الإشعاعي بدل الكيماوي ووضعها المادي المزري وبعد مسافة مكان العلاج في الشمال مقارنة بإقامتها بأقصى الصحراء الجزائرية، أما الحالة الأخرى فالنتيجة عادية كونه كان ينتظر تحسنا أكثر من هذه النتائج على المستوى البيولوجي فقد فقدت أجهزته التناسلية نشاطها ويعاني فقدان الرغبة والشهوة الجنسية والانتصاب وهو الشاب اليافع ذو 26 ربيعا متزوج ودون أطفال، لذلك التمس نهاية الاختبار بعد المتابعة من الطبيب العام بمصلحة الاورام مقويات جنسية لتساعده على التغلب على محنته البيولوجية، ونتيجة الدراسة الحالية لهذه الفرضية لا تتوافق مع نتيجة دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan,) (Amalia Osorio) (2018)، التي احتفظت على نتائجها بعد العلاج بعد 90 يوما من المتابعة.

6.2.4. تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

لم تتحقق الفرضية، فقد ظهر أنه توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى القياس بعد المتابعة لدى ثلاث حالات وهي نتيجة جيدة تفسر بفعالية EMDR بمرور الزمن، وهي تتوافق مع نتائج دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) فالقلق انخفض بشكل ملحوظ من الاختبار القبلي إلى المتابعة في مجموعة العلاج، ولكن ولصالح القياس بعد العلاج لدى حالة واحدة، وتفسر عياديا، وهي الحالة المشار إليها سابقا والمبلغة من طرف طبيبها المختص أن العلاج الكيميائي لم يجدي معها نفعا والمفضل أن تتحول إلى العلاج الإشعاعي في الشمال وهي المزرية حالها، فطبيعي أن يرتفع لديها درجة القلق، وتتشابه النتيجة مع نتائج دراسة أماندا كاران باتريسيا روبر (Amanda Karen Patricia Roberts) التي طبقت بروتوكول EMDR الجمعي على بروتوكول للحلقة الصدمة على عينة من 35 فردا من مرضى والتي لم يتم الحفاظ على النتائج في المتابعة وبدقة في سمات القلق وليس أعراض اضطراب القلق الأساسي.

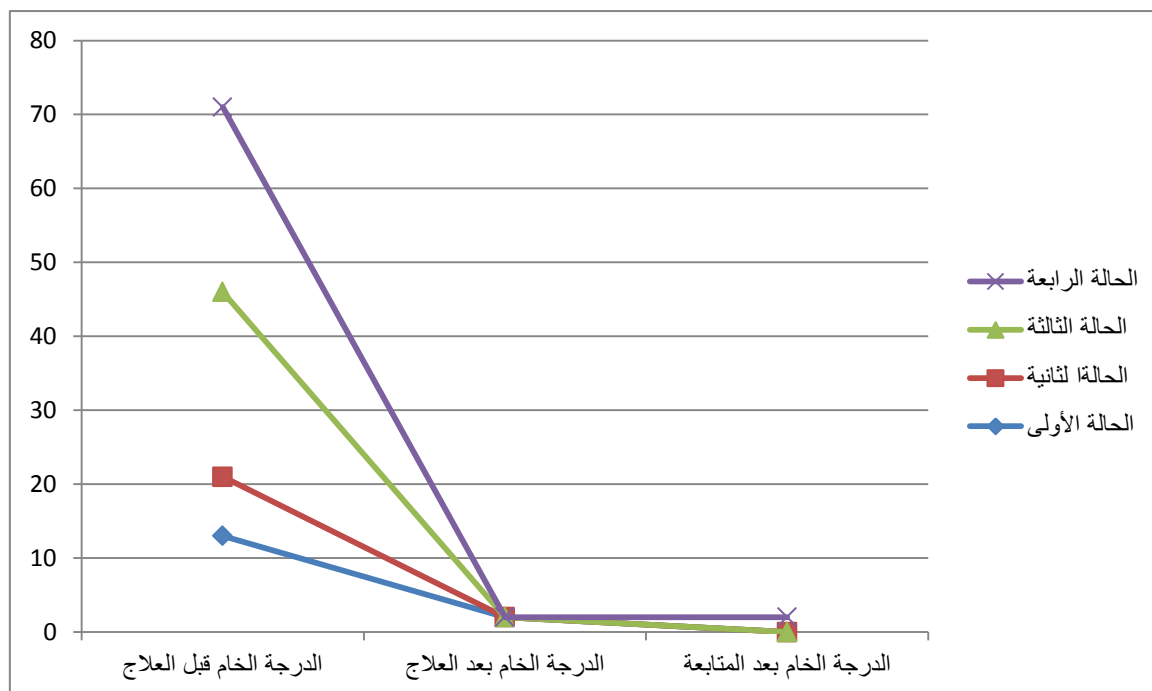
3.4. نتائج الدراسة ومساهمتها العلمية والمشاكل التي تثيرها:

1.3.4. نتائج الدراسة:

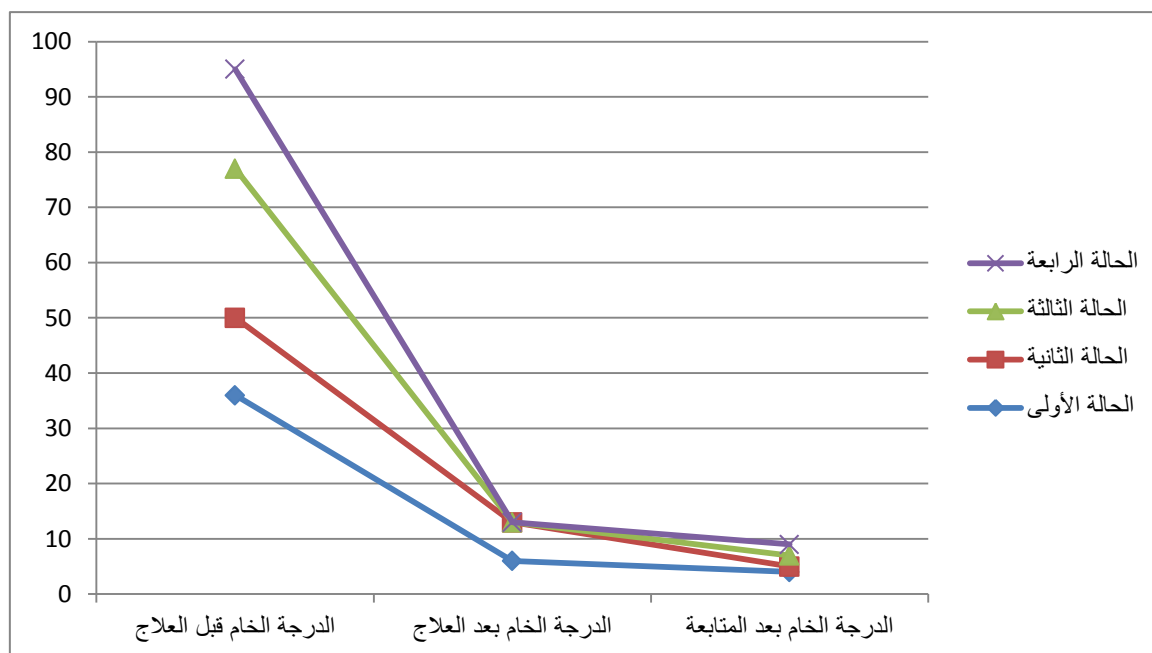
يمكن أن نلخص الدرجات الخام التي حصلت عليها عينة الدراسة في الجدول الآتي:

جدول رقم (8): يبين نتائج الدراسة

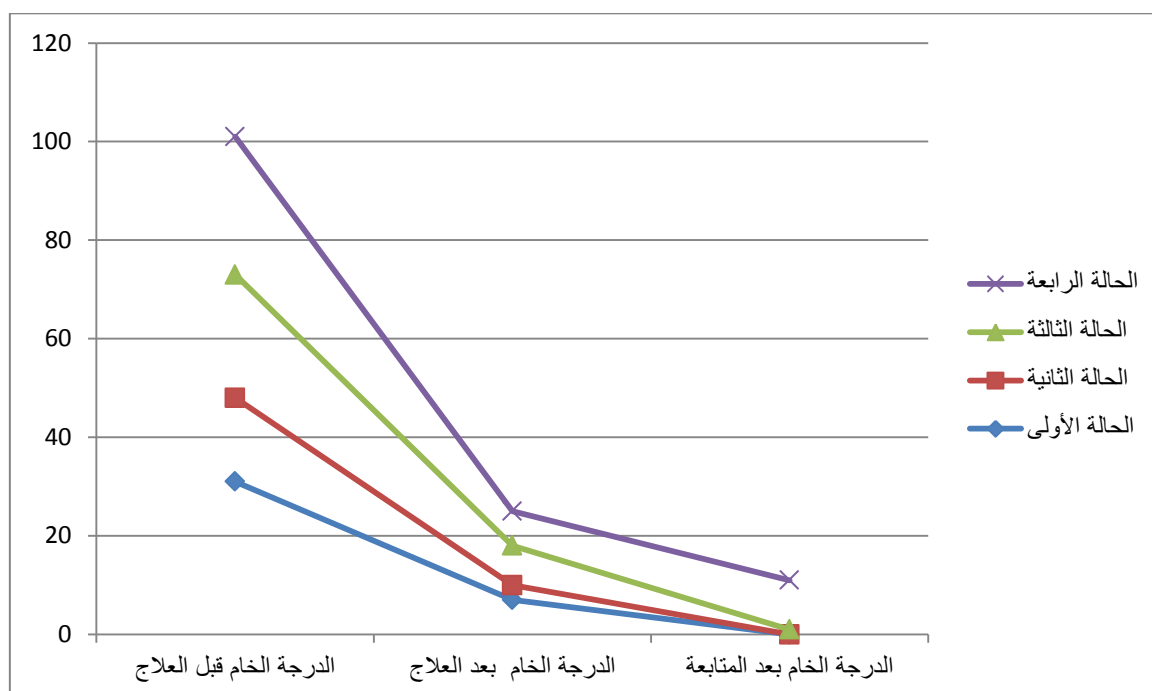
الأبعاد النفسية للسرطان	النسبة بعد العلاج	النسبة بعد المتابعة
الاكتئاب	%83.33	%90.81
الصدمية	%96.15	%99
القلق	%75.69	%90.04
المتوسط الحسابي	%85.05	%93.28



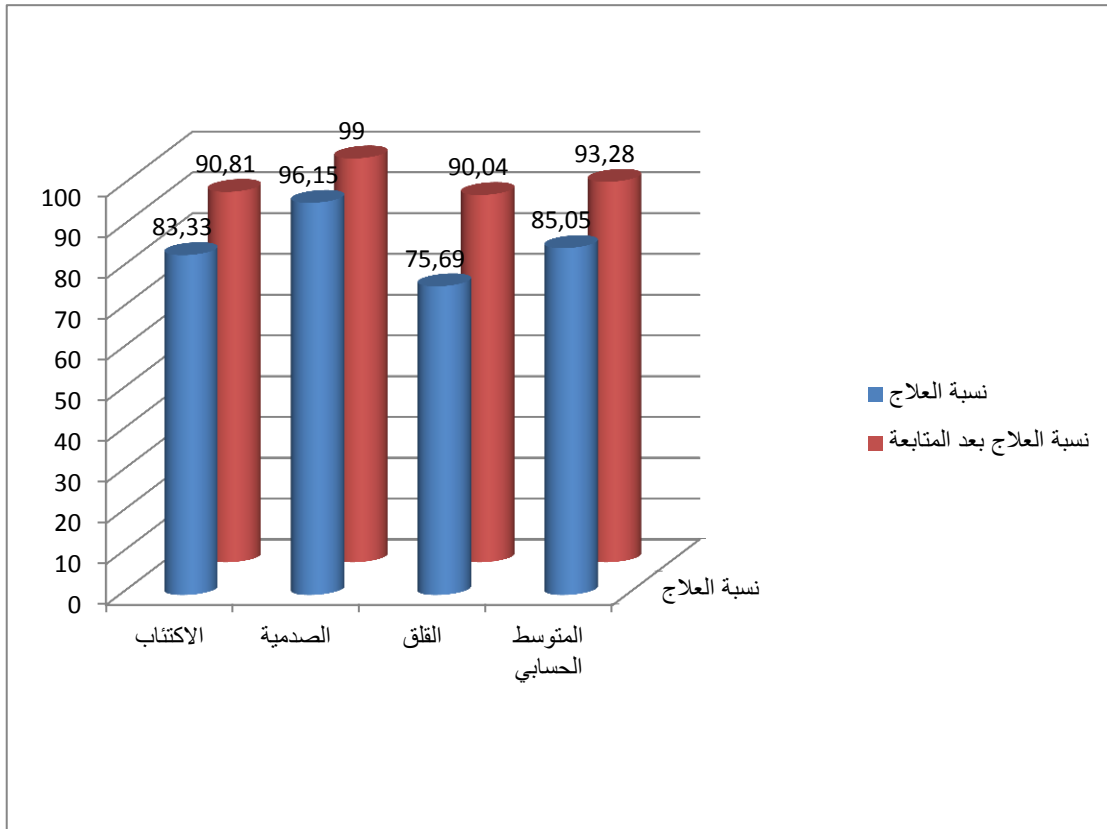
رسم بياني رقم (1): يوضح شدة الصدمة قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة



رسم بياني رقم (2): يوضح درجة الاكتئاب قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة



رسم بياني رقم (3): يوضح درجة القلق قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة



رسم بياني رقم (4): يوضح الفرق بين النسب بعد العلاج وبعد المتابعة

من خلال النتائج المتحصل عليها، تبين أن العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) المدمج بعلم النفس الايجابي فعال لأكثر من 90% في علاج الأبعاد النفسية لمرض السرطان، فبعد العلاج كانت الصدمة قد عولجت بنسبة 99%، الاكتئاب: 90.81%، القلق: 90.04% وهو ما يؤكد فعالية هذا العلاج، كما لوحظ استقرار نسبي أو زيادة في نسبة الشفاء بعد مدة المتابعة وهي ميزة تحسب ايجابية لهذا العلاج النفسي.

في الحالة الأولى أثبت البروتوكول النفسي العلاجي EMDR-DIR فعالية كبيرة على الشفاء (96.29%)، فقد تبين في الأخير (بعد المتابعة) أن نسبة علاج: الاكتئاب هي 88.89%، قضى على الصدمة والقلق نهائيا بنسبة (100%) ولم يكتفي بذلك فحسب، بل ساهم في تقليص كمية استهلاك الحالة للتبغ، والواقع أن الحالة ظهرت عليها علامات الرفاه والسعادة من خلال ثيابها الجديدة ذات اللون الأزرق الفاتح، وملاحظة الفرحة والابتسامة التي لم تفارقها خلال جلسة التقييم النهائية، ودعوة الباحث إلى عرس ابنها الوحيد.

باقي الحالات، تبين أن البروتوكول العلاجي النفسي EMDR-Optimisme أبدى فعالا في علاج أبعاد الاضطرابات النفسية التي تمثل أعراضا نفسية لمرضى السرطان، ففاقت 90% إلى 100% في علاجه لاضطراب القلق، لكن حالة وحيدة انخفضت نسبة الشفاء لديها وكان العلاج بنسبة نسبة

العلاج 64.29% بعد المتابعة بعد أن كانت 75% وهي معقولة للوضعية التي تعيشها الحالة مقارنة بباقي الحالات التي تعيش في منازلها، كما أنها مرت بمرحلة عصبية أخرى وهي التحول من العلاج الكيميائي إلى العلاج بالأشعة وسعيها إلى تكوين ملف طبي لقبول ذلك لدى عدة جهات (أدرار، ورقلة، العاصمة...)، وكانت قلقة منتظرة لشهور لقبول ملفها أو رفضه، كما عانت آلاما بعينها اليسرى ما أدى بها إلى استعمال نظارات طبية ولا تزال الآلام على مستوى أذنها اليسرى أيضا، بسبب سرطان الفك الذي ألم بها، بغض النظر على آلام العلاج بالكيمائي الذي وصفته بأنه نار تلتهم جلدها...، وهو ما أظهره فعلا مقياس هاملتون للقلق في البند الثامن: (المشاعر الجسمية الحسية) فقد صرحت في القياس بعد المتابعة إلى طنين في الأذن وزغللة في البصر، مبينا تقهقر الدرجة إلى أعراض شديدة جدا بعد أن كانت طفيفة بعد تطبيق البروتوكول العلاجي مباشرة.

كما أن البروتوكول العلاجي النفسي EMDR-Optimisme المطبق على الحالة التي تعاني سرطان الثدي، والذي استأصلته بعد القياس القلبي وقبل القياس بعد المتابعة (بتاريخ: 2020/12/21) كان فعالا جدا فاضطرابات الصدمة والقلق عولجت نهائيا بنسبة 100% والملفت للانتباه هو ارتفاع نسبة شفاء اضطراب الاكتئاب بعد العلاج من 50% إلى 92.86% ما يفسر فعالية هذا البروتوكول في المستقبل والمواقف والأحداث الصدمية في المستقبل وهو ما مرت به الحالة والمتمثل في العملية الجراحية لاستئصال الثدي والذي يمثل ورما يزن عدة كيلوغرامات...، وأكثر من ذلك صرحت الحالة خلال القياس البعدي بعد المتابعة أنها اجتمعت بزوجها من جديد وترغب في الحمل وزيادة الأطفال...

ويرجح أن المعالجة التكيفية للمعلومة لشاييرو (TAI) هي الأقرب في تفسير هذه النتائج، إضافة إلى ما توصلت إليه دراسة كاتي موراي (Katy Murray) (2016)، فقد توصلت إلى أن موارد الـ EMDR للنساء المصابات بسرطان الثدي يدعم التأقلم، جودة الحياة، السلوكيات الصحية، الامتثال للعلاج، وعمليات الجسم الطبيعية المضادة للسرطان، وقدمت الدراسة مجموعة من التدخلات التي تركز على موارد EMDR، في المراحل المختلفة في علاج ومرض السرطان، وهي متوافقة حسب هذه الدراسة بما توصل إليه أبوقراط أن الجسد يحتوي على فطريات القدرة على إعادة التوازن وشفاء نفسه، لعلاج الإصابة أو المرض، فالمقاربة العلاجية كان تعتمد على "قوة الشفاء من الطبيعة" ففي التوازن داخل جهاز المناعة أثناء تطور سرطان الثدي، فالجسد والعقل يلعبان دورا في هذا التوازن فالإجهاد يمكن أن يؤثر على الاستجابات والتكيف وعلى نمو الورم وعمليات الدفاع المناعية...

2.3.4. مساهمة الدراسة العلمية:

الدراسة الحالية تعد إضافة علمية لما تم نشره سابقا حول فعالية EMDR وبروتوكولاته المتخصصة في علاج القلق، الصدمية والاكتئاب... كاضطرابات نفسية، أو كمحاور رئيسية للأبعاد النفسية لمرض السرطان، وقد تكون الإضافة النادرة لتكامل علم النفس الايجابي والعلاج النفسي بحركة العين وإزالة الحساسية وإعادة المعالجة في شكل بروتوكولات علاجية.

وقد بينت الدراسة الحالية أن EMDR فعال من حيث المدة والنتيجة، ففي أغلب الدراسات السابقة الأجنبية كانت الجلسات العلاجية تصل إلى 12 جلسة بينما الحالية أقصاها 06 جلسات بمتوسط 45 دقيقة لجلسة الواحدة، ويبقى توزيع الجلسات حسب توافر الوقت للمريض للحضور.

وتبين أن فعالية العلاج النفسي ب EMDR تزيد بمرور الوقت، وخصوصا بروتوكولاته المتضمنة سيناريو المستقبل، وهذا ليس بغريب فهذا العلاج يتناول المجالات الثلاثة: الماضي، الحاضر والمستقبل. تؤكد تكامل العلاجات النفسية بجميع مدارسها وخلفياتها العلمية في هذا العلاج وأهمها السلوكية، المعرفية، الإنسانية، التحليل النفسي وحتى الوجودية...، والأكثر من ذلك الدراسة بينت تكامل الجسد مع النفس في المرض والشفاء.

3.3.4. المشاكل التي تثيرها الدراسة:

أول مشكلة تثيرها الدراسة الحالية هي العينة الصغيرة جدا (04 حالات) وبالتالي يتحفظ على تعميم النتائج، فبالنظر إلى المنهج المتبع فيها وهو المنهج التجريبي، كان من المفروض على الأقل توفر 15 فردا عينة تجريبية و 15 فردا عينة ضابطة، لكن توافر أفراد العينة على الشروط المطلوبة لتسهيل البحث الدراسة كانت عائقا وأهم هذه الشروط اللغة لتسهيل التواصل.

مدة المتابعة حوالي 03 أشهر، لكن كان يستحسن أن تكون خلال عام كامل بفصوله الأربعة للتأكد من نتائج البروتوكول العلاج النفسي المتبع في هذه الدراسة.

خاتمة

خاتمة:

تبين أن جل المدارس والتوجهات النفسية تعمل في تكامل من خلال هذه المقاربة العلاجية الرائدة فالتخيل والتداعي الحر بما جاءت به مدرسة التحليل النفسي، إلى الأفكار والانفعالات السلبية ثم إزالة الحساسية وفقا للمنظور السلوكي وتغيير وتثبيت الأفكار والانفعالات الايجابية وفقا للاتجاه المعرفي، بل إن التحالف العلاجي يبنى على أسس إنسانية والبحث عن المعنى طبقا للوجودية...، وهذا ما تسعى هذه الدراسة لفت الانتباه إليه.

كما يمتد التكامل والتفاعل بين الاتجاهات النفسية العلاجية المختلفة في EMDR إلى الاندماج ببروتوكولات علم النفس الايجابي، فعلاج المريض يتطلب أكثر من تدخل علاجي سواء طبي أو نفسي للوصول إلى الشفاء والرفاه، السعادة وجودة الحياة...، ورغم حداثة هذه الرؤية العلاجية (الوقائية-الانتموية للفضائل ونقاط القوة) فهي لا تقصي التناول المرضي (علم النفس المرضي وعلاج نقاط الضعف) بل تكمله.

وقد كشف بروتوكول تطوير وتثبيت المصادر EMDR-DIR أن الشفاء والعلاج يمكن أن يكون من مصدر الداء ألا وهو الإنسان نفسه، فعوامل شفاؤه من الاضطراب النفسي مواردها ومصادرها نفسية، فقط يحتاج المريض إلى الكيفية والإجراءات والتوجيه لاستثمارها وتنميتها وتطويرها وتثبيتها، فاستخراجها في المجال الزمني الحاضر، مخزنة في الماضي للعمل بها في المستقبل، بل الأكثر من ذلك فلل-EMDR خطوة المسح الجسدي، بمعنى يمكن للنفس أن تعالج الجسد وهي ثورة علاجية قد تضع حدا للمعاناة والألم...

وكذا، المرضى، المحرومين وضعيفي الدخل، يمكن للبروتوكول المذكور أن يكون سبيلا لشفائهم خصوصا ذوي الأمراض المزمنة، فالروحانية والتدين يمكن يكون مصدرا لمواردهم النفسية، وقد ثبت جليا من خلال الدراسة فعاليتها وثبوت استخدامها، وتعد عودة إلى الأصل خصوصا للملتزمين بتعاليمهم الدينية، أو من لا يجد له المعالج النفسي ثراء في خبراته وموارده لعوزه وفقده...

وفي نفس الإطار، يمكن لبروتوكول (EMDR-DIR) أن يوجه إلى الجميع وحتى الأصحاء منهم، وليس المرضى والمصابين فقط، وهي من مبادئ علم النفس الايجابي، التطوير والتنمية لخلق الحصانة والمناعة والصلابة النفسية...

ويعد الإلمام قدر المستطاع بموضوع النقاؤل كأحد مواضيع علم النفس الايجابي ومدى تأثير النفس على البدن، الموضوع الأزلي القديم المستجد، وكأي نظرية علمية نفسية تمتد إلى التقنية والعلاج، كان

العلاج النفسي (التفاعلي-التكاملي) بحركات العين وإعادة المعالجة أفضل تكفل نفسي للاضطرابات المعقدة-المركبة، لاشتمالها على الخصوص على بعد القلق، الاكتئاب والصدمية (الذكريات ليست مؤلمة فقط بل صدمية) تمتد من الماضي إلى الحاضر وصولاً إلى المستقبل، ولعل المصابين باضطرابات سيكوسوماتية في حاجة ماسة لأن يكونوا أهدافاً لهذا التكفل النفسي العلاجي الفعال، والمصابين بالأورام السرطانية من أهمهم.

وإن ترجمة بروتوكول علاجي (الإجراءات والخطوات ليست اختبار أو مقياس) من لغة إلى لغة أخرى، يتطلب خبرة مهنية وإحاطة نظرية واسعة، بل هناك من الباحثين من تناول بالدراسة الخصائص السيكومترية (صدق الترجمة والثبات لبروتوكول EMDR)، لكن البحث الحالي تفادى ذلك بعد استشارة الخبراء لأن البروتوكول ليس اختبار أو مقياس هذا من جهة ومن جهة أخرى لكل ممارس عيادي أن يشرح البروتوكول بلغة ولهجة كل مفحوص في مرحلة التحضير للعلاج... كما وجهت إلى ذلك فرنسين شابيرو.

ولما اختلفت الاتجاهات النظرية في تفسير المرض النفس-الجسدي، كان الاتفاق على العلاج الطبي والنفسي هو واجب، وتبين أن العلاج التكاملي أكثر من ضروري بل إلزامي وخصوصاً عندما يكون المرض خطيراً ومهدداً للوجود والحياة متداخلاً ومعقد الأعراض كمرض السرطان، واقتراح بروتوكول نفسي متخصص لكل مرض واضطراب، له من الأهمية ما يجعل إلزامية التفكير بوضع خطة علاجية شاملة وتكاملية، وعلى المستوى النفسي، العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR أثبت فعاليته مع الصدمة، القلق والاكتئاب التي تشكل المحاور الأساسية للأبعاد النفسية للسرطان.

وأصبح العمل في فريق علاجي متعدد التخصصات (نفس-جسد) لا بد منه للتكفل الفعلي والفعال للاضطرابات النفس-جسدية وخصوصاً في ميدان الأورام السرطانية، ويجب أن يمتد إلى المؤسسات الاستشفائية والعمومية على الخصوص لأن الفئات الهشة والمعسرة الاقتصادية المصابة بهذا النوع من المرض في حاجة ملحة للتكفل الطبي والنفسي المستعجل.

ويأخذ بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR للسرطان، سواء الفردي أو الجماعي، بعين الاعتبار كل مرحلة من مراحل المرض وما يرافقها من أحاسيس ومشاعر وأفكار وآليات دفاعية، والظروف الداخلية والخارجية المرض والمريض والبيئة...، كما أن إجراءاته صارمة تتناول النفس (الانفعالات السلبية والإيجابية) والجسد (Body scan) مع تقييم ذاتي

(VOC-SUD) وتعمل على مجالات الماضي، الحاضر والمستقبل، تدعو الدراسة الى تعميمه في مصالـح علاج الأورام السرطانية، ولأن العيادي يسبق الأكاديمي، فـخبرة العيادي تزيد من تراكمية العلم عموما وهذا العلاج خصوصا ويقدم المزيد للتكفل الأمثل بالمريض واقتصاد الوقت، الجهد والمال.

وتوصلت الدراسة إلى الاقتراحات الآتية:

- الدعوة إلى التفتح على العلاجات الحديثة وتطويرها، تقنيها، تكييفها وتعريبها...
- الاستفادة من علم النفس الايجابي العيادي في العلاجات وعلى الخصوص بروتوكولاته فنظرته تكمل نظرة علم النفس المرضي فهو ينظر إلى نقاط القوة والفضائل الإنسانية لاسيما قوة الأمل والتفاؤل والموارد الذاتية...، تنميتها، توجيهها، تطويرها...، لتحقيق العلاج والشفاء، السعادة، الرفاه وجودة الصحة والحياة...، خصوصا وأن دراسات meta analyse أثبتت جدارته وفعاليته... (لننظر إلى الجزء من الكأس المملوء ولا نغفل طبعاً عن الجزء الفارغ)
- لفت الانتباه إلى تعقد وتداخل الاضطرابات سواء الجسمية أو النفسية وبالتالي على العلاجات أن تتأقلم وأن تكون حيوية، تفاعلية، تكاملية...، وقبل ذلك الإلمام بتقنياتها ومبادئها وإجراءاتها، استيعابها وفهمها... (فنحن نعالج المريض وليس المرض)
- تطوير التكفل النفسي بـ EMDR لفعاليته وفائدته وتكامله وتناوله لمختلف الاتجاهات والمدارس النفسية...، فقد انطلق كتقنية محدودة إلى علاج نفسي شامل صارم تتزايد الدراسات والبحوث التي تثبت فعاليته في الكثير من الاضطرابات وليس فقط PTSD لحضور الصدمة، القلق والاكتئاب...، في كثير من الاضطرابات والسير النفسية المرضية...
- الإشارة إلى حركة الترجمة العلمية وتشجيع اللغات الأجنبية في المؤسسات الأكاديمية لمسايرة التطور الحاصل في العلاجات النفسية وتشجيع المخابر العلمية للتكفل بهذه المهمة بشريا، موضوعيا وماديا...

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أحمان، لبنى. سبل تأثير الضغط النفسي الاجتماعي على النظام المناعي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. العدد 24. سبتمبر 2017. 231-260.

أحمان، لبنى. (2019). علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية.

أحمد السكافي، فاتن. إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عبر حركة العينين EMDR: نظرة عامة على تطورها وآليات عملها. مجلة الميدان للعلوم الانسانية والاجتماعية. المجلد 03. العدد 03 (2021). 01-13.

أنجس، مورييس. (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات عملية. ترجمة: بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، مصطفى ماضي. الجزائر: دار القصة للنشر.

آيت قني سعيد، نعيمة. (2017). علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين، العلاج الإدماجي الجديد للاضطرابات النفسية. مجلة دراسات نفسية وتربوية. الجزائر: جامعة البليدة.

علم Ann, M. Kring, Sheri, L. Johnson, John, M. Neale, Gerald, C. Davison. النفس المرضي بالاستناد إلى الدليل التشخيصي الخامس. (2016). الإصدار الخامس. (ط.11) ترجمة: أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

بني يونس، محمد محمود. (2008). الأسس الفسيولوجية للسلوك. (ط.1). الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

بوخاري، سهام. تقنية سلب وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (EMDR). مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. العدد 10. جانفي-جوان 2017. الجزائر: كنوز الحكمة. 58-76.

بوخاري، سهام، قايد، عادل. (2013). مدى فعالية تقنية سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال. مجلد المرشد. العدد 3. المجلد 3. الجزائر.

تايلور، شيلي. (2017). علم النفس الصحي. ترجمة: وسام درويش بريك، فوزي شاكور طعيمة. (ط.3). الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- حافري، زهية غنية. (2016/2015). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي. جامعة سطيف.
- الحجار، محمد حمدي. لغز الميدان الجديد في الطب النفسي السلوكي: السيطرة على الأورام السرطانية وانتقالها. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. العدد 36. المجلد 9. تشرين أول-أكتوبر 1998. دار النهضة العربية. لبنان. 39-42.
- حجازي، مصطفى. (2012). إطلاق طاقات الحياة. بيروت: التنوير للطباعة والنشر والتوزيع.
- الحمادي، أنور. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض. الطبعة الحادي عشر.
- الحمادي، أنور. (د.س). معايير DSM5.
- الخالدي، أديب محمد. (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. (ط.1). الأردن: دار وائل للنشر.
- دافبي، غراهام. (2016). علم النفس المرضي، البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي. (ط.1). ترجمة: فيصل محمد خير الزراد ومحمد صبري سليط. الأردن: دار الفكر.
- سليغمان، مارتن إي بي. (2006). السعادة الحقيقية استخدام علم النفس الايجابي الحديث لتحقيق أقصى ما يمكنك من الإشباع الدائم. (ط.1). السعودية: مكتبة جرير.
- سليمان، عبد الواحد إبراهيم. (2014). الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الايجابي. (ط.1). الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
- شدمي، رشيدة. (2014). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي. تلمسان، الجزائر: جامعة أبي بكر بلقايد.
- شعبان حسن، مرسلينا. (2017). مقاربات... الرؤية من منظور مختلف، حركة العينين السريعة والمتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة. مجلة دراسات نفسية: المجلد 11- العدد 52-53. 1-19.
- العاسمي، رياض نايل. (2016). علم النفس الايجابي السريري. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- عبد الحميد، وليد خالد. (2011). إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العينين (EMDR) علاج جديد لاضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة. المجلة العربية للعلوم النفسية. (31). 68-75.

- العبيدي، محمد جاسم. (2001). القياس النفسي والاختبارات. (ط.1). الأردن: درا الثقافة.
- عتيق، نبيلة. (2013/2012). واقع علاج ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية "إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR) في الجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة فرحات عباس سطيف: الجزائر.
- عدوان يوسف. العلاج الجشثالتي (قراءة تقييمية في ضوء محكات الفعالية). مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. العدد 27. ديسمبر 2016. 342-331.
- عرقسوسي، محمد خير حسن، ملا عثمان، حسن. (1982). ابن سينا والنفس الإنسانية. لبنان: مؤسسة الرسالة.
- العزيزي، محمود عبده حسن محمد (2019). علم النفس الإيجابي: ماهيته، أسسه وافترضاته، تطبيقاته. مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية. 6 (22). 35-6.
- عطوف، محمود ياسين. (1987). علم النفس العيادي (الإكلينيكي). (ط.2). لبنان: دار اعلم للملايين.
- عطوف، محمود ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية). (ط.1). لبنان: منشورات يحسون الثقافية.
- عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق. (2018). الطب النفسي المعاصر. (ط.17). مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج، عبد القادر طه. علم النفس الايجابي وسعادة الإنسان. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. 15 (58). 31-24.
- لموفق، ثلجة. الكفاءة الذاتية والاستجابة المناعية. مجلة العلوم الاجتماعية. جامعة الأغواط. المجلد 7، العدد 28 جانفي 2018. 154-148.
- لوباز، شان ج، جنيفر، تيراموتو بيدروتي، سنايدر، س، ر. علم النفس الإيجابي، الاستكشافات العلمية والعملية لنقاط القوة البشرية. (2018) (ط.1). ترجمة: ثائر أحمد غباري. الأردن: دار الفكر.
- مجاهدي، أسامة، ميموني، معتصم بدرة (2018). تكييف بروتوكول لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. (03). 224-203.

مرازقة، وليدة. مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. (2009/2008). مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، باتنة، الجزائر: جامعة الحاج لخضر.

معمرية بشير. تقنين قائمة آرون ت بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، صورة الراشدين B.D.I-II. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 25 & 26. ربيع 2010. 105-92.

معمرية، بشير. العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 15 و 16. صيف وخريف 2007. 135-130. لبنان.

نصار، يحي حياتي. الدلالة الإكلينيكية للبحوث النفسية والتربوية المستخدمة للتصاميم التجريبية "دراسة تحليلية". مجلة الدراسات التربوية والنفسية. جامعة السلطان قابوس. الإمارات العربية المتحدة. 369-352. مجلد 11 عدد أبريل 2017.

وليد خالد، عبد الحميد. (2011). إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين (EMDR) علاج جديد لاضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة. المجلة العربية للعلوم النفسية: العدد 31. 75-68. يونس، سلمى (2015). علم النفس الايجابي: مفهومه، تطوره، مجالاته التطبيقية، ورؤية مستقبلية في الوطن العربي. مجلة الشرق الأوسط لعلم النفس الايجابي. 59-45.

Alan, Carr. (2004). **Positive Psychology The science of happiness and Human Strengths**. USA: Brunner-Routledge.

BOUDOUKHA, Abdel halim. **Burn-out et traumatismes psychologiques**. DUNOD.

Bouvard, Martine& Jean, Cottraux. (2010). **Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie**. (5éd.). France: Elsevier Masson SAS.

Carletto, Marco & Pagani, Marco. (2016). **Neurobiological Impact of EMDR in Cancer**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 153-161.

Cottencin, Olivier, Doutrelugne, Yves. (2009). **Intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des traumatismes psychiques**. Journal International de Victimologie. Avril. Tome 7, N°01.

Cristina, Estela and al. (2015). **Understanding the Differences Between Oncology Patients and Oncology Health Professionals Concerning Spirituality/Religiosity**. Medicine Journal. 94 (47). 1-15.

Cyril, Tarquinio, Pascal Tarquinio. (2015). **L'EMDR Préserver la santé et prendre en charge la maladie**. France: Elsevier Masson.

Faretta and al. (2016). **EMDR and CBT: A Comparative Clinical Study With Oncological Patients**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 215- 227.

Faretta, Elisa & Borsato, Thomas. (2016). **EMDR Therapy Protocol for Oncological Patients**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 162- 175.

Faretta, Elisa & Civilotti, Cristina.(2016). **EMDR Therapy in Psycho-Oncology: A Bridge Between Mind and Body**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 138- 152.

Goerling, Ute , Mehnert, Anja. (2018). **Psycho-Oncology**. (2.E). USA: Springer International Publishing AG.

Grassi, Luigi, Riba, Michelle. (2012). **Clinical Psycho-Oncology An International Perspective**. USA: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons, Ltd.

Guex, Patrice. (1994). **An introduction to psycho-oncology**. USA: Routledge.

Hart & al.(2014). **Dissociation de la personnalité et thérapie EMDR dans les troubles complexes liés au trauma: applications dans la phase de stabilisation**.Journal of EMDR Practice and Research. 8 (1). E1-E15.

Hefferon, Kate, Boniwell, Ilona. (2011). **Positive Psychology Theory, Research and Applications**. (First published). USA: Open University Press.

Holland, Jimmie C and al. (2010). **Psycho-Oncology**. (2 Ed). USA: Oxford University Press, Inc.

Holland, Jimmie C. and al. (2015). **Psycho-Oncology**. (3Ed). USA: Oxford University Press.

Howard, Lipke. (2000). **EMDR and Psychotherapy Integration**. USA: CRC Press LLC.

Jarero, Ignacio and al. (2018). **Le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe pour les patients atteints de cancer**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 12, Number 1, E31 E40.

Kreitler, Shulamith. (2019). **Psycho-Oncology for the Clinician, The Patient Behind the Disease**. Switzerland: Springer Nature AG.

Laizeau, Krumm et Tarquinio. (2012). **Pratiques psychologiques 18** (2012) 189–204, France: Elsevier Masson SAS.

Lewis B and al. (2011). **Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms and stroke outcome: A population-based analysis**. Stroke. 42 (12): 3518–3523.

Linley,Alex and Joseph ,Stephen. (2004). **Positive Psychology in Practice**. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Lopez, Shane J. (2008). **Positive Psychology Exploring the Best in People**. Volume 1, 2, 3 and 4. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Marilyn, Luber. (2009). **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)Scripted Protocols, basics and special situations**.USA: Springer Publishing Company , LLC.

Maxfield, Louise. (2016).**EMDR Therapy and Psycho-Oncology**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 135-137.

Mazzola, Alexandra et autre. (2016). **L’EMDR dans le traitement de la douleur chronique**. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 4, Number 3, E31- E44.

Medjahdi, Oussama & Moutassem Mimouni, Badra. **Contribution de la psychoterapie EMDR (Eye Mouvement Desensitization and Reprocessing) a l'attenuation de TSPT (Trouble du Stress Post-traumatique) victime de violence. Etude de Cas.** Revue Humaines & Sociales. Volume 6. Issue 1, June 2020, 554-567.

Mollon, Phil. (2005). **EMDR AND THE ENERGY THERAPIES.** Royaume-Uni : Routledge.

Moore, Margaret V. (2016). **Couple Therapy When One Spouse Has Cancer: Integration of EMDR and Relationship Enhancement Therapies.** Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 2016 208 – 214.

Murray, Katy. (2016). **EMDR Resource Methods for Women With Breast Cancer.** Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 176 – 188.

Pagani, Marco et Carletto, Sara. (2017). **A Hypothetical Mechanism of action of EMDR: The role of Slow Wave Sleep.** Clinical Neuropsychiatry: 14, 5, 301-305. Italy: Giovanni Fioriti Editore.

RAZAVI, Darius, DELVAUX, Nicole (2008). **Précis de psycho-oncologie.** France: Elsevier Masson SAS.

Regourd-Laizeau, C. Matin-Krumm, C. Tarquinio. **Interventions dans le domaine du sport: le protocole d'optimisme.** (2012). Pratiques psychologiques.18, France: Elsevier Masson. 189-204.

REGOURD-LAIZEAU, Martine. (2013). **Psychologie positive et EMDR: Questions et perspectives.** Thèse de doctorat. France: Université de Lorraine.

Roberts, Amanda Karen Patricia. (2018). **The Effects of the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Cancer Survivors.** Journal of EMDR Practice and Research, Volume 12, Number 3, pp 105-117.

Roques, Jaques. (2016). **EMDR une révolution thérapeutique**. France: desalées de Brouwer.

Royle, Liz, Kerr, Catherine. (2010). **Integrating EMDR Into Your Practice**. USA: Springer Publishing Company, LLC.

Shapiro, Francine, Kaslow, Florence W, Maxfield, Louise. **EMDR and Family Therapy Processes**. (2007). USA: John Wiley & Sons, Inc.

Shapiro, Francine, W. Kaslo, Florence, Maxfield, Louis. (2012). **EMDR et Thérapie familiales, manuel pratique**. France: inter Editions.

SHAPIRO, FRANCINE. (2001). **EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) Basic Principles, Protocols, and Procedures**. (2Ed). USA: The Guilford Press.

Untas, Auréli, Bungener, Catherine, Flahault, Cécile. **Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques, Accompagner les patients et leurs proches**. (2016). France: De Boeck Supérieur.

قائمة الملاحق

نموذج أديب الخالدي

(لدراسة الحالة المفردة)

Single case study

مبررات تصميم نموذج أديب الخالدي (دراسة الحالة المفردة) :

- أن دراسة الحالة المفردة هي المنهج الملائم لبحث والفحص في علم النفس الإكلينيكي
- أن بعض الزملاات المرضية شديدة الندرة بحيث تتعذر الفرصة لاستخدام النصبينات الجماعية لدراستها .
- أن الاستدلالات الناتجة عن دراسة الحالة المفردة توفر فروضا لفحوص تأليه باستخدام الدراسات الجماعية .
- أن دراسة الحالة المفردة تقدم الفائدة الكاملة للمريض لمساعدة الأخصائي النفسي الإكلينيكي على تصميم خطة علاج فردية ناجحة .
- أن دراسة الحالة المفردة تفيد في تحقيق مبدأ تجزئة الزملاات الذي يتعين وضعه في الاهتمام الأقصى ، فإذا ما لوحظ عدد أقل من الآفات المحددة في زملة معينة لسوء مريض معين ، فيتعين عندئذ تجزئة هذه الزملة بوصفها كينونة وظيفية إلى زملاات نوعية أكثر .

وصمم هذا النموذج وفق ثلاث محكات أساسية هي :

1. الخبرة والممارسة الفعلية في التشخيص النفسي .
2. الدراسات السابقة : الاستعانة بالدراسات ونماذج دراسة الحالة السابقة المعتمدة في بيانات أجنبية ، وتكييف بعض محتوياتها للبيئة العربية وملاءمتها لطبيعة عمل المؤسسات الصحية ، كدراسة (ريتشارد Richards) ، ودراسة (ويلز Wells) ورويش (Ruesch) ، ودراسة (سونديبرج Sundberg) ، و (تايلر Tyler) ، ونموذج (جامعة بودرو U.Bodrow) ، ونموذج (جامعة بروتوسلافيا U.Proto) .
3. الاستفادة من كتابات المتحدثين في مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي ومنهم (حجة هنا ، محمود الزياي ، مصطفى فهمي أحمد عكاشة ، عطوف ياسين ، حمودة حمودة ، ليندزاي وبول) .

واستخدم هذا النموذج مع عينات من المرضى الراقدين في مستشفيات الأمراض العصبية والعقلية ، وبعض المرضى المراجعين للعيادات الخارجية التابعة للمستشفيات الرسمية في بعض الأقطار العربية ، وبصفة خاصة : مستشفى الرشاد (العراق) ، ومستشفى الرازي (ليبيا) ، ومستشفى العباسية (مصر) ، كما استخدم مع بعض المرضى المترددين على العيادات النفسية .

وقد حقق نتائج دقيقة في استخدامه لأعراض العلاج النفسي ، كأداة تشخيصية في مجال البحوث والدراسات العليا في الصحة النفسية ، وعلم النفس الإكلينيكي .
وتتضمن ستة أقسام هي :

(1) البيانات الأولية .	(2) التاريخ التعليمي .
(3) التاريخ المهني .	(4) التاريخ الأسري .
(5) التاريخ الشخصي : أ - سن الولادة - الطفولة المتأخرة	
ب - سن البلوغ وتطوره .	
(6) الصحة النفسية :	

أولاً : البيانات الأولية :

- (1) الاسم .
- (2) الجنس .
- (3) تاريخ ومكان الميلاد .
- (4) الحالة الاجتماعية .
- (5) المدرسة أو الجامعة .
- (6) السنة الدراسية .
- (7) المهنة أو العمل .

ثانياً : التاريخ التعليمي :

ويتضمن معلومات عن سير الدراسة لدى الحالة وهي :

- (1) سنة دخول المدرسة الابتدائية :
- (2) عمره عند الدخول :
- (3) استجابته للدراسة :
- (4) مستواه الدراسي السابق :
- (5) مستواه الدراسي حالياً :
- (6) عدد مرات رسوبه خلال حياته الدراسية :
- (7) أسباب الرسوب :
- (8) الجماعات التي ينتمي إليها في المدرسة أو الجامعة : طيبة ، سيئة :
- (9) المصاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد :
- (10) رغبته في مواصلة الدراسة : قوية ، ضعيفة :
- (11) رغبة الوالدين في مواصلة الدراسة : يشجعونه - لا يشجعونه - ليس لهم دور .

12) علاقة الحالة بالمدرسين والإدارة :
ثالثا : التاريخ المهني : ويتضمن معالومات عن الحياة المهنية لدى الحالة . وهي :

- (1) نوع العمل الحالي ودخله :
 - (2) عمره عند دخوله العمل :
 - (3) الأعمال السابقة التي شغلها المريض ، وسبب تركها .
 - (4) مدى رضاه عن عمله : ضعيف — وسط — عال .
 - (5) طموح المريض والحالة المادية في العمل :
 - (6) علاقته برفاق العمل :
 - (7) صعوبات العمل :
 - (8) مزايا العمل :
- رابعا : التاريخ الأسري :
- (الأب) :

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| (1) اسم الأب : | (2) السن : | (3) المهنة : |
| (4) مستواه التعليمي : | (5) شخصيته : | (6) علاقته بالأم : |
| (7) علاقته بالأبناء : | (8) عدد مرات الزواج : | |
| (9) تاريخ الزواج : | (10) عدد مرات الطلاق : | |
| (11) عدد مرات الانفصال : | (12) على قيد الحياة : نعم — لا | |
| (13) عمر المريض سنة وفاة والده : | | |
- (الأم) :

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------|
| (1) اسم الأم : | (2) السن : | (3) المهنة : |
| (4) مستواها التعليمي : | (5) شخصيتها : | (6) علاقتها بالأب : |
| (7) علاقتها بالأبناء : | (8) عدد مرات الزواج : | |
| (9) تاريخ الزواج : | (10) عدد مرات الطلاق : | |
| (11) عدد مرات الانفصال : | (12) عدد مرات الحمل : | |
| (13) عدد مرات الإجهاض : | (14) على قيد الحياة : نعم — لا | |

(13) عمر المريض سنة وفاة والده :

(الأخوة والأخوات) :

(1) عدد الأخوة :

(2) عدد الأخوات :

(3) ترتيب المريض بينهم

(4) علاقاتهم بين بعضهم : (5) علاقات المريض بأخوته وأخواته :

(6) أفراد آخرون في العائلة :

(7) دار السكن : ملك للعائلة — إيجار :

(8) عند الحجرات :

(9) مكان السكن : مزدحم — غير مزدحم :

(أمراض عائلية) يتضمن هذا البند معلومات عن العادات الصحية وأمراض أفراد العائلة ، أمراض العائلة الوراثية .

(مرض عصابي ، مرض ذهاني ، إدمان ، صرع ، اضطرابات الشخصية بين أفراد العائلة) ، ويفضل أن تكون طريقة الحصول على هذه المعلومات بأسلوب المجاملة والشفافية ؛ حتى لا يتعرض المريض لصدمة الفشل في قواه العقلية .

خامساً : التاريخ الشخصي : (القسم الأول) معلومات عن الحالة من الولادة — الطفولة المتأخرة .

1. مكان الولادة .

2. حالة الأم أثناء الحمل .

3. طبيعة ومضاعفات الولادة .

4. أي عقاقير أثناء الحمل .

5. الرضاعة : طبيعية — خارجية .

6. التنشئة : في العائلة — مع الأقارب — في مؤسسة .

7. النمو المبكر : الجلوس — الحبو — الوقوف — المشي — ظهور الأسنان — الكلمات الأولى — النوم — العظام .

8. الأمراض التي أصيبت بها الحالة في الطفولة : (يكتب المرض أو الأمراض بدقة) .

9. الحياة الانفعالية في الطفولة : عدوان - عناد - هرب - توتر - إحباط - صراع - لامبالاة - تمرد - عصبية - قس الأظافر - خجل زائد - انطواء - مص الإبهام - تلثم .

التاريخ الشخصي (القسم الثاني) معلومات عن الحالة في سن البلوغ وتطوره .

1. النشاطات والاهتمامات (الهوايات) .

2. الميول المهنية واللامهنية .

3. المشكلات في الأسرة والمدرسة .

4. مشكلات فترة المراهقة والرشد .

5. (الفحوص العصبية) التي تعرضت لها الحالة في أي مرض عصبي أو عقلي ، وكيفية علاجه .

6. (الفحوص الطبية) التي أجريت للحالة في أي أمراض جسمية سابقة وكيفية علاجها .

7. بيانات جسمية : الطول - الوزن - نحيل - بدين - مقبول .

8. الإعاقة أو التشوهات .

(الفحوص الحسية) الإبصار - السمع

1. حدة البصر : العين اليمنى - العين اليسرى .

أمراض البصر : العين اليمنى - العين اليسرى

2. حدة السمع : الأذن اليمنى - الأذن اليسرى

درجة تقدم السمع : الأذن اليمنى - الأذن اليسرى

(القياس العقلي) : (يفضل استخدام الاختبارات المقننة والمناسبة للعمر الزمني) .

1. الذكاء . 2. القدرة الحركية . 3. القدرة اللغوية . 4. القدرة العددية 5. التفكير .

6. الانتباه (التركيز - التشتت) . 7. الذاكرة . 8. الاستيعاب (الفهم) .

(مستوى الدافعية) : الإنجاز - الطموح - المثابرة .

(مستوى التوافق) : التوافق الشخصي - التوافق الاجتماعي .

(الاتجاهات) : اتجاهات الحالة بصفة عامة مع الناس والأحداث موجبة - سالبة .

سلاماً : (الصفحة النفسية) : التعرف تفصيلاً على الحالة النفسية للمريض ، ويتضمن ما يلي :

- (1) النوم : (معتدلة) - مضطرب - كوابيس - فرح - نوال - ليسى - المشي أثناء النوم -
قيلولة أثناء النوم - عدة مرات النوم .
- (2) الأكل : غذائي - الشهوة - شهوة مفرطة .
- (3) الكلام : بتر - وصوت - إجابات فائضة (عدم - لا) - رابط الكلام أو تطور - التطور
من موضوع لآخر - السرعة أو البطء في الكلام نوع صعوبة النطق .
- (4) الجنس : (وهنا يجب مراعاة النمط الاجتماعي والقيمي) .
يتطور الاهتمام الجنسي - بدء الدورة الشهرية والآن المصاحبة لها لعدة الحريات
- الخوايا والأحلام الجنسية - الاستئذان - العلاقة مع الجنس الآخر - تعبير
المريض لمفهومه على التعبير الجنسي .
- (5) الزواج : مدته - المعرفة قبل الزواج - عمر الزوج والزوجة لتوافق بينهما -
عدد الأبناء الأحياء - كيفية وفاة الآخرين وأسبابها .
- (6) الأحداث الكبرى وقت الزواج - رأي المريض بأسرته - ورأي الأسرة بالمريض
- نقاط التحول الهامة في حياة المريض بعد الزواج - الفصل والأطفال (الصار
الأطفال ونقصانهم) .
- (7) العادات السلوكية المرضية : القمار - الخمر - المضرات - السجتر والسمية
- (8) المزاج : متشجع - منقلب - قهط - مكتئب - متقلب - متقلب - غير متقلب .
- (9) المضلالات : اعتقادات خاطئة اضطهادية - عظمة - توهم - تلميح - نبوءات إحياءات
(وهنا يجب مراعاة الحرص على محتوياتها ، وتعليقات المريض) .
- (10) الأفكار التسلطية والأفعال القهرية : أفكار غريبة تسيطر على المريض وهو يترك
عدم جنواها ، ولا يمكنه التخلص منها صور تنفكات - مخلوف وطقوس
حركية دورية .
- (11) الهلوس : هلوسة سمعية - بصرية - حسية - شموية يتركها المريض دون وجود
أساس لها .
(وهنا أيضاً يجب الحرص في هذه الأسئلة على محتوياتها وتعليقات المريض) .
- (12) الذاكرة : بالنسبة للأحداث القريبة التي تشير إلى مرض عضوي في المخ - أو
الأحداث البعيدة ، ولأجل الاختيار السريع تحكي قصة قصيرة وبسطة للمريض ،
ثم يطلب منه إعلانها أثناء الفحص أو بعده .
- (13) الانتباه والتركيز : في حالة تشوش الوعي يطلب من المريض أن يعد أشهر السنة أو
أيام الأسبوع بعكس ترتيبها ، أو يطلب منه طرح 5 من 50 وهكذا ، وأحياناً يتطلب

الموقف أن يقوم المريض بجمع 3+3 وهكذا ، و يطرح 6 من 100 ويستخدم
وبصيغة أخرى يمكن عرض صورة أمام المريض وتسحب ويطلب منه الإجابة على
الأسئلة حولها .

14) وصف الذات : ويتعلق بإدراك المريض لذاته أو مفهومه لنفسه :

ندعه يصف نفسه كما لو كان يكتب قصة عن شخص ، أو دوره في موقف معين ،
أو وصفه لما كان يود أن يفعله لو تخلص فجأة من مرضه ، أو تم حل مشكلته ، وكذلك
وصف المريض لمصادر إزعاجه: الفك - القلق - تائب الضمير .

15) معلومات تتعلق المريض قبل الإصابة : هناك اتفاق في الرأي بأن الشخصية تتغير
تماماً بعد الإصابة بالمرض ، فإن لم نسال عن طبيعتها قبل ذلك فمن المحتمل أن
ينظر لها نظرة سوية ، إلا أن تغير الشخصية المفاجئ يدل على اضطراب مرضي
واضح ، لذا يجب التثبت في المعلومات الآتية عن المريض :

• العلاقات الاجتماعية مع الأصنفاء في الدراسة أو في العمل .

• الاهتمامات (الهوايات) والميول .

• الكتب أو المجالات أو الأفلام أو المسرحيات التي يفضلها .

• التناول - التناؤم .

• القلق - الاستقرار الانفعالي .

• الوضع الانفعالي : الغيرة - الغضب - المخاوف - الخجل (تقدير كل تفاعل على
حدة) - التنبيب - الثبات في الرأي .

• الشك - الأنانية - العناد - التمرد (العصيان) - التعرق - الإغماء الاتكالية -
الاعتماد على النفس .

• الكسل - النشاط والاجتهاد .

• العزلة - التوافق الاجتماعي .

• المزاج الحاد والصداع المستمر - الهدوء والشعور بالارتياح .

• السرقة والغش - الأمانة .

• الكذب - الصدق .

• السلوك الطفلي - النضج (في التصرف مع الناس) .

• الجبن - الجرأة والمبادأة .

• الانسحابية (الهروب) - الثبات .

- الإحساس السريع بالإجهاد أو الشعور الدائم بالإرهاك التحمل والصبر.
- العدوان أو الميل للمشاجرة — المسالمة والحب .

الذكاء في الحياة

الذكاء هو القدرة على التكيف مع البيئة

الذكاء هو القدرة على التعلم من التجربة

الذكاء هو القدرة على التفكير

الذكاء هو القدرة على التخطيط

الذكاء هو القدرة على اتخاذ القرارات

الذكاء هو القدرة على التواصل

الذكاء هو القدرة على حل المشكلات

الذكاء هو القدرة على إدارة الوقت

الذكاء هو القدرة على إدارة المال

الذكاء هو القدرة على إدارة العلاقات

الذكاء هو القدرة على إدارة الصحة

الذكاء هو القدرة على إدارة التعليم

الذكاء هو القدرة على إدارة العمل

الذكاء هو القدرة على إدارة الحياة

الذكاء هو القدرة على إدارة النفس

الذكاء هو القدرة على إدارة المجتمع

الذكاء هو القدرة على إدارة العالم

الذكاء هو القدرة على إدارة الكون

الذكاء هو القدرة على إدارة الله

قائمة آرون ت. بيك وآخرون الثانية للاكتئاب

BDI - II

ظهرت عام 1996

تطبق على 16 سنة من العمر فأكثر

العمر
الجنس
المهنة
المستوى التعليمي
التخصص التعليمي

تعليمات

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات. المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية).

1	الحزن	0 - لا أشعر بالحزن. 1 - أشعر بالحزن معظم الوقت. 2 - أشعر بالحزن طول الوقت. 3 - أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	0 - لم تضع متي فيما يتعلق بمستقبلي. 1 - أشعر بضعف متي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 2 - أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3 - أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.
3	الفشل السابق	0 - لا أشعر بأني شخص فاشل. 1 - لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2 - كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3 - أشعر بأني شخص فاشل تماما.
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0 - أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1 - لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2 - أحصل علم، قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3 - لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0 - لا أشعر بالذنب. 1 - أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2 - أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3 - أشعر بالذنب في كل الأوقات.
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو للآذى	0 - لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للآذى. 1 - أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للآذى. 2 - أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للآذى. 3 - أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للآذى.
7	عدم حب الذات	0 - شعوري نحو نفسي عادي. 1 - فقدت الثقة في نفسي. 2 - أصبت بحيرة أمل في نفسي. 3 - لا أحب نفسي.
8	نقد الذات ولومها	0 - لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1 - أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2 - أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3 - أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.

9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0 - ليس لدى أى أفكار للانتحار. 1 - لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكن تنفيذها. 2 - أريد أن أنتحر. 3 - قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	البكاء	0 - لا أبكى أكثر مما تعودت. 1 - أشعر بالرغبة في البكاء. 2 - أبكى أكثر مما تعودت. 3 - أبكى بكثرة جدًا.
11	التهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0 - أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. 1 - أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2 - أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب عليّ البقاء مستقرا. 3 - أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0 - لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1 - أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2 - فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3 - من الصعب عليّ أن أهتم بأي شيء.
13	التردد في اتخاذ القرارات	0 - اتخذ القرارات بنفس كفاءة التي تعودت عليها. 1 - أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2 - لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3 - لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انعدام القيمة	0 - لا أشعر أنني عديم القيمة. 1 - أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2 - أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3 - أشعر أنني عديم القيمة تماما.
15	فقدان الطاقة على العمل	0 - لدى نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1 - لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2 - ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3 - ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.
16	تغيرات في نظام النوم	0 - لم يحدث لي أى تغير في نظام نومي. 1 أ - أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1 ب - أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2 أ - أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2 ب - أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3 أ - أنام معظم اليوم. 3 ب - أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.
17	الغالبية للغضب أو الانزعاج	0 - أغضب بدرجة عادية. 1 - أغضب أكبر مما تعودت. 2 - أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3 - أكون في حالة غضب طول الوقت.
18	تغيرات في الشهية	0 - لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1 أ - شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1 ب - شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2 أ - شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. 2 ب - شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3 أ - ليست لدي شهية علم الإطلاق. 3 ب - لدى رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.
19	صعوبة التركيز	0 - أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1 - لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2 - من الصعب عليّ أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3 - أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
20	الإرهاق أو الإجهاد	0 - لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. 1 - أصاب بالإرهاق أو الإجهاد من عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 2 - يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3 - أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0 - إن اهتمامي بالجنس عادى في هذه الأيام. 1 - أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2 - أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3 - فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيسون
PTSD Scale according to DSM--IV
ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم:..... العمر:..... الجنس (ذكر - أنثى)

العنوان:.....

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب علي كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات

0= أبدا، 1= نادرا، 2= أحيانا، 3= غالبا، 4= دائما

4	3	2	1	0	الخبرة الصادمة	الرقم
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	هل تتخيل صور، وتذكرات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟	1-
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	2-
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟	3-
					هل تتضيق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	4-
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	5-
					هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	6-
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)	7-
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	8-
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	9-
					هل فقدت للشعور بالحزن و الحب (أنتك متبدل الإحساس)	10-
					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، والزواج، و إجاب الأطفال ؟	11-
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟	12-
					هل تتألمك نوبات من التوتر و الغضب؟	13-
					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	14-
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلت معاك على الآخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15-
					هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟	16-
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والحرق العزير وسرعة في ضربات قلبك؟	17-

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيسون
PTSD Scale according to DSM--IV
ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم:..... العمر:..... الجنس (ذكر - أنثى)

العنوان:.....

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك و مشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب علي كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات

0= أبدا، 1= نادرا، 2= أحيانا، 3= غالبا، 4= دائما

4	3	2	1	0	الخبرة الصادمة	الرقم
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟	1-
					هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟	2-
					هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟	3-
					هل تتضيق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟	4-
					هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟	5-
					هل تتجنب المواقف و الأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟	6-
					هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)	7-
					هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟	8-
					هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟	9-
					هل فقدت للشعور بالحزن و الحب (أنتك متبدل الإحساس)	10-
					هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، والزواج، و إيجاب الأطفال ؟	11-
					هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟	12-
					هل تتألمك نوبات من التوتر و الغضب؟	13-
					هل تعاني من صعوبات في التركيز؟	14-
					هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلت معاك على الآخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك؟	15-
					هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟	16-
					هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والحرق العزير وسرعة في ضربات قلبك؟	17-

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة