

من المظاهر الإكلينيكية الى المعتقدات المختلة وفعالية التدخل بتقنية إزالة الحساسية

وإعادة المعالجة بالاستثارة المتناوبة في الحالات المعقدة

From clinical manifestations to dysfunctional cognitions and efficacy of EMDR

Intervention in complex cases

فوزية غماري Fawzia Ghamri

المركز الجامعي تيبازة- الجزائر

ghomari.fawzia@cu-tipaza.dz

DOI: 10.46315/1714-014-002-037

الإرسال: 2024/12/28 القبول: 2025/03/14 النشر: 2025/06/16

**

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم خصوصية التدخل بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق الاستثارة المتناوبة (EMDR) في علاج الحالات المعقدة من بينها حالات استفادت من المعالجة الدوائية من قبل أخصائيين سايكاتريين لفترة تمتد إلى مرحلة المراهقة مما جعل عملية إعادة المعالجة بطيئة رغم فعاليتها. اعتمدنا المنهج العيادي في دراسة ثلاث حالات حيث طبقنا أولاً تقنيات التهدئة وبناء الموارد وتمارين الترسيع قبل بدء العلاج ثم في المراحل اللاحقة عندما يتعرض العلاج للانسداد أو فترات مؤقتة من التفكك والانفصال عن الوعي وذلك حفاظاً على استمرار عملية إعادة المعالجة. كما اعتمدنا مجموعة من البروتوكولات المخصصة لإعادة معالجة الآثار الذكروية البدائية المنشطة للأعراض الحالية كوسائل مساعدة على الولوج بهدوء ورفق الى شبكات ذكروية ضمنية وغير واعية أحيانا والتي تمس إشكالية العميل. ولإبراز التغيرات التي طرأت على الحالات موضوع الدراسة قمنا بتطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل قبل العلاج ثم بعده حيث تبين أن مؤشر شدة الاعراض العام قد عرف انخفاضا ملحوظا بعد إعادة المعالجة لدى الحالات الثلاث كما عرف مؤشر الحالة الاكتئابية، والأعراض الوسواسية الاجترارية ومؤشرات القلق والحساسية التفاعلية انخفاضا أيضا. كلمات مفتاحية: الحالات المعقدة؛ التهدئة؛ وبناء الموارد؛ التفكك.

Abstract:

We present in this study some particularities of intervention by Desensitization and Reprocessing by Bilateral Stimulations technique (EMDR) to treat complex cases who benefited from a long- term psychiatric drug treatment earlier in adolescence and early adulthood, which makes the retreatment process slower despite its efficacy. We used the clinical method by studying three cases, focusing first on stabilization techniques, building resources and grounding exercises and later when retreatment was interrupted by temporary periods of dissociation and anesthesia, which threatens the retreatment process. We have adopted also specific protocols for reprocessing the memories activating the current symptoms to help access calmly and gently to implicit and sometimes unconscious memory networks affecting the patient's problem. We applied the revised mental health scale before and after treatment to highlight the changes that occurred and the results obtained showed a significant decrease of the three cases general symptoms severity index. The index of depression, obsessive ruminative symptoms, anxiety and reactive sensitivity also decreased.

Key words: Complex cases; Stabilization techniques; Building; Resources; Dissociation.

**

1- مقدمة

تتفق النماذج المعرفية على مبدأ أساسي انطلقت منه العلاجات الحديثة وهو أن التشوهات المعرفية والافكار الأوتوماتيكية لها تأثير كبير على مزاج الفرد وسلوكه وهي مشتركة بين كل الاضطرابات النفسية. كما تؤكد هذه النماذج أن التقييم الواقعي وتغيير هذه الأنماط المعرفية الجامة يؤدي إلى تغير إيجابي في المزاج وفي السلوك وفي الانفعالات عموماً. بالتالي فإن مختلف العلاجات المستمدة من المنظور المعرفي تعمل على تغيير هذه الأفكار بواسطة تقنيات مختلفة كإعادة البناء المعرفي ودحض الافكار والتعريض..... إلخ

إن الأفكار الأوتوماتيكية التي ترد الى ذهن الإنسان وهو يواجه وضعية، ما تؤدي به إلى استجابة انفعالية وسلوكية غالباً ما تكون قصيرة إذ تكتسحها الانفعالات وتتبعها إلى درجة عدم انتباه الفرد لوجودها أصلاً فتغذي بدورها مختلف المشكلات والاضطرابات.

وبالطبع فإن هذه الأفكار التي تنتاب كل فرد منا لا تكون آلية فحسب، بل تحمل في طياتها أخطاء وانحرافات في التفكير مثل تعميم خبرة فاشلة على وضعيات الحياة المختلفة والتهويل وتفكير الكل أو لا شيء. ومع ذلك نجد هذه التشوهات يتقاسمها الناس الأسوياء منهم وغير الأسوياء، إنها أفكار أوتوماتيكية تقوم حسب Beck على معتقدات رئيسية سماها المخططات يمتلكها الافراد حول ذواتهم، حول الآخرين وحول العالم، هي مخططات راسخة منذ الطفولة تحدد طريقة تفسيرهم للأحداث على شكل أفكار سلبية آلية وتقييم معرفي يتسبب في سوء التكيف مع الموقف ثم رد فعل وجداني. وقد جاء Ellis في نفس الوقت ليركز على تداخل المعرفة والسلوك والانفعال واعتبرها معارف مختلفة وظيفياً وليست لاعقلانية كما اعتقد في السابق (هوفمان، 2012، 14)

وبالفعل انطلقت العلاجات الحديثة من هذه الأسس ليتبنى مؤسسوا تقنية العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستئارة المتناوبة مبدأ أن المعتقدات الأساسية التي تسبب الاضطرابات ومختلف مظاهر الصدمة تعود الى خبرات طفولية مؤلمة وصعبة وصددمات، فهي معتقدات سلبية راسخة وغير متكيفة تلون كل أحداث الحياة التالية.

يقوم هذا العلاج على مبدأ تكاملي ذو طبيعة تحليلية سلوكية، معرفية، نسقيه حيث يعمل على علاج الصدمات والذكريات الصادمة وكذا الصدمات المعقدة من خلال تغيير معتقداتنا اتجاه هذه الذكريات عن طريق إعادة معالجتها وربطها بالذكريات السابقة الأخرى ثم عادة تخزينها.

فالاعتقاد cognition هو عبارة عن اعتقاد حول الذات ويكون بمثابة تعريف لنا كأشخاص (...). يكون ضمنياً في معظم الأوقات وينشط حسب (Damasio 1991) على مستوى القشرة الدماغية التحتية ويكون مرتبطاً بالانفعالات والاحاسيس الجسدية. وهنا يحتاج المعالج الى طرح سؤال حول المعتقد السلبي المرتبط بالحدث موضوع الشكوى ومرافقة الشخص في التعبير عنه على أن يكون

متمحورا حول الذات، لا عقلاني، أي، قابل للتعميم وله صدى عاطفي. (Dellucci & Bouvier, 2017, 96)

في هذا الإطار يعد نموذج المعالجة المكيفة للمعلومة TAI امتدادا للتوجهات المعرفية السابقة إلا أنه نموذج نظري أكثر تطورا يعمل على إدماج الابعاد النوروفيزيولوجية في عملية العلاج بفضل الاستثارة المتناوبة. فهو نموذج يرتكز حسب (Shapiro,2007,68) على فكرة وجود نظام فيزيولوجي فطري يعمل على تحويل وحل المعطيات المسببة للتوتر والاضطراب بطريقة مكيفة تسمح بإدماجها نفسيا بطريقة آمنة، كما تؤكد أن معظم الاضطرابات النفسية مردها الى خبرات السنوات الاولى من الحياة والتي تم تخزينها بطريقة مضطربة أي غير وظيفية.

لقد أصبح العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستثارة المتناوبة EMDR من العلاجات الرائدة في مجال التكفل بالصددمات النفسية باعتراف الهيئات العلمية العالمية، إلا أنها لم تعد مقتصرة على علاج الصدمات بل تعدت الى علاج مختلف ضغوط وخبرات الحياة المؤلمة بل وتفيد أيضا في تطوير كفاءات الافراد وقدراتهم الإبداعية في مختلف المجالات الدراسية والمهنية والاجتماعية (...). ذلك ما أكدته Logie(2014) الذي اعتبر أن هذه التقنية قد تطورت نحو معالجة أحداث الحياة غير السارة متجاوزة الصدمات، كما أن معظم التناذرات النفسومرضية الكبرى حسب كل من (Tarquinio et Tarquinio (2015) تمتد جذورها إلى أحداث الحياة المؤلمة وبالتالي يمكن اعتماد هذه الطريقة مع أفراد يعانون اضطرابات القلق، اضطرابات المزاج، اضطرابات ذهانية، اضطرابات الشخصية، الإدمان، الاضطرابات الجسدية الشكل، الحداد، اضطرابات الأداء والصددمات الحديثة. (Augeraud,2017, 45)

وحسب ملاحظتنا الإكلينيكية فإن العملاء الذين يتقدمون إلى الاستشارة النفسية بمختلف الجداول العيادية يؤكدون في إحدى محطات العلاج أن طفولتهم قد توقفت بهم في زمن معين وفترة معينة وفي لحظة ما أو لقطة واحتفظوا بها دون فهمها أو استيعابها وكأنها انحسرت بين الوعي واللاوعي. كما يعتقدون أن مشاعر التخلي والعجز والضعف والتفاهة والخوف وعدم الأمن مازالت ترافقهم في حاضرهم وتنعكس على مزاجهم وسلوكياتهم وعلاقاتهم وجودة حياتهم فلا يستطيعون تحديد ذواتهم كأشخاص لهم وجودهم وقدراتهم وكفاءاتهم. بل ويتعدى الى معاش جسدي مضطرب يتم تفسيره حسب نموذج المعالجة المكيفة للمعلومات TAI على أنه تعبير عن أحداث مخزنة فيزيولوجيا فتكون مصدرا للعديد من الاختلالات (...). حيث أن الصعوبات الحالية تنشطها تجارب في الماضي لم يتم معالجتها بطريقة مناسبة وبقيت مخزنة في الجهاز العصبي بطريقة مختلة غير وظيفية.

وفاعلية التدخل بقتية إزالة الحساسية وإعادة المطلة بالاستشارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الاكلينيكية الى العتقدات المختلة

إن العمل بالبروتوكول المعيارى الخاص ب EMDR مع الحالات المتقدمة للاستشارة لم يكن بالبساطة التى اعتقدناها فى بداية ممارستنا لهذا نوع من العلاج. لم يكن من السهل بناء تاريخ شامل لاضطراب العميل لوجود فراغات كثيرة ، إما تحفظاً أو امتناعاً أو عجزاً عن تذكر معلومات قد ارتبطت بمشاعر العار والذنب أو تعبيراً عن ذكريات غير متناسقة.

وبالتالى فإن العمل مع هذا النوع من المفحوصين يصبح معرضاً فى أية لحظة للانسداد والتوقف وقد يؤدي إلى إعادة المعاشة وحدوث تنشيط ذكراوى شديد ومكثف لا يتناسب مع قدرات تحمل العميل وموارده الحالية، فيتسبب ذلك فى ارتفاع مستوى التنشيط الفزيولوجى أو على العكس حالة تخدير شبيهة بحالة فقدان الوعى أى غياب تام للتنشيط الانفعالى. فقد تستغرق مثلاً إعادة معالجة عملية حداد معقدة لم يتم تجاوزها، عدد كبيراً من الجلسات تتخللها فترات من الانسداد والتفريغ الشديد والحاد حيث نعمل عادة على تعليق المعالجة مؤقتاً وإعادة الهدوء والاستقرار والإحساس بالأمن للعميل. كما نضطر غالباً إلى إعادة تصميم خطة العلاج انطلاقاً من معتقدات سلبية تجلت من خلال خبرات طفولية سابقة قد تمتد الى مرحلة الرضاعة، الولادة وحتى ما قبل الولادة.

إن مثل هذه الحالات المعقدة تتقدم فى العلاج بخطوات بطيئة وتتعثّر لوجود شبكات ذكراوية غير متكيفة وحادة تسبب أثناء عملية إعادة المعالجة فى حالات تفككية وفترات من التصريف الانفعالى الشديد مع عدم انخفاض مستوى شدة المعاناة (SUD)، مما دفعنا فى العديد من المرات إلى توقيف المعالجة مؤقتاً لإعادة الهدوء والاستقرار الجسدى والانفعالى. فى هذا السياق ميزت Boon Suzette بين ثلاثة مستويات لظهور علامات التفكك أو الانفصال يجب أخذها بعين الاعتبار أثناء سيرورة العلاج الخاصة بالحالات المعقدة:

-التفكك والانفصال على شكل عرض حيث يتعين على المعالج ان يفحص نوعية الاتصال بالعميل ويسانده لمواصلة عملية إعادة المعالجة

-التفكك فى صلب عملية إعادة المعالجة عندما يدرك المعالج بأنه بدأ يفقد الاتصال بالعميل إذ يحتاج الى تحفيزه بتمارين الترسىخ مع مراقبة زمن رد فعل العميل وذلك مثلاً بتحريك الساقين فى الحذاء واستشعارهما وملاحظتهما. فكلما كان رد الفعل طويلاً أو متردداً كلما احتجنا الى المزيد من تمارين الترسىخ فى الحاضر هنا والآن مع توقيف مؤقت لعملية إعادة المعالجة. أما فى حالة انخفاض أو غياب التنشيط الفزيولوجى Hypo activation فيجب التوقف لأنه قد يؤدي إلى انخفاض مستوى الضغط الدموى وبالتالي يجب على المعالج تحفيز العميل جسدياً على المشاركة ثم تهدئته فيما بعد لمواصلة العلاج.

-التفكك كمؤشر لاضطراب فى الشخصية وهو ما أسماه كل من Van Der Hart وزملائه بالتفكك البنىوى للشخصية حيث يضطر المعالج الى التعامل مع هذه الحالات بحذر والأخذ بعين

الاعتبار إمكانية وجود وجوه مختلفة للشخصية. فقد يضطر الى إعادة معالجة البصمات المبكرة أي مستوى الذكريات المبكرة التي يفترض أن تكون مصدر نشأة التفكك والانفصال أي صدمة مبكرة. فلا شك أن هذه البصمات المبكرة تحمل في طياتها خصائص صادمة قد تظهر بصورة مفاجئة وفوضوية وأكثر عنفا وحدة أثناء العمل بالبروتوكول المعياري مما يعرقل عملية إعادة المعالجة على شكل سلسلة من التصريف الانفعالي الفوري والشديد وحالة انسداد كلي. (Dellucci, 2016a, 132-133)

يبدو أن العمل مع حالات معقدة تحمل أعراضا تفكيكية أو تستجيب بمظاهر تفكيكية لعملية إعادة المعالجة ليس بالأمر البسيط كما هو الحال في الصدمات البسيطة إذ لا يمكن الاكتفاء بعلاجها من خلال البروتوكول المعياري Le protocole standard . فالأفراد الذين يتقدمون للاستشارة بتاريخ حافل من الاستشارات النفسية والسيكياترية والتشخيصات المختلفة يدفعنا الى طرح التساؤلات التالية:

-هل يمكن الاكتفاء بالبروتوكول المعياري لEMDR في التخفيف من حدة المظاهر الإكلينيكية التي يعانون منها؟

-هل يسمح هذا التاريخ الطويل من الاستشارات النفسية والطبية وتناول مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب ومضادات القلق من توظيف تقنيات EMDR للتخفيف من الاختلالات التي مست قدراتهم التكيفية واستقرارهم في وظيفة ما أو القيام بوظائفهم اليومية دون ألم، ودون معاناة أو عياء نفسي وجسدي؟

-هل تنتهي إعادة المعالجة لهذا النوع من الحالات بالسرعة المعروفة في الحالات البسيطة؟
قد تبدو هذه الحالات صعبة التناول إلا أن تقدمها لطلب العلاج وقبولها للتحالف العلاجي يحمل في طياته العديد من رسائل الأمل والشفاء الأمر الذي يؤكد امتلاكها القدرات والإمكانات والموارد الإيجابية لمساعدتنا في إحداث التغييرات المرجوة من العلاج بتقنية EMDR على المستوى الجسدي والانفعالي والفكري والسلوكي لهؤلاء الأفراد في نفس الوقت.

والجدير بالذكر أن التمييز بين الخبرات الصادمة والخبرات غير الصادمة، في إطار نموذج إعادة المعالجة وإزالة الحساسية عن طريق الاستثارة المتناوبة حسب (Cornil, 2017, 37-38) غير وارد، حيث أثبت كل من Mol (2005) وزملائه أن الخبرات الصعبة غير الصادمة مثل تعرض قريب لمرض مزمن، أو مشكلات علائقية أو مهنية تنجم عنها أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثلها مثل الاحداث الصادمة (...). وبالتالي يمكننا اعتماد نموذج المعالجة المكيفة للمعلومات بطريقة مستقلة عن التشخيص، فنقوم بطرح التساؤل التالي: ما هي خبرات الحياة الصعبة غير

وفعالية التدخل ب تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستنارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الاكلينيكية الى العتقدات المختلة

الدمدجة التي سمحت ب بروز وتعزيز الشبكات الذكراوية المختلة الغير وظيفية والتي تفسر بدورها الشكوى المقدمة في الاستشارة؟

فخصوصية نموذج TAI أن المعالجة المكيفة للمعلومة تتم على مستوى نوروفيزيولوجي بالدرجة الأولى ثم على مستوى الروابط القائمة بين الشبكات الذكراوية مما يسمح باستعادة تلك الوحدة الجسدية، الفكرية والانفعالية السلوكية.

إن التركيز على بناء التحالف العلاجي وبناء الثقة وعلاقة تعلق آمنة منذ المقابلات الاولى لتحقيق إطار تدخل آمن بكفاية هي خطوات أساسية للعلاج، قد تستغرق حصص عديدة في بناء تاريخ العميل وتاريخ اضطرابه ومشكلاته. فهو يمثل حماية ووقاية من الانزلاق نحو حالة إعادة معايشة وعدم قدرة العميل على ضبط انفعالاته الشديدة أو عدم القدرة على التعبير عن أحداث أو مواقف مؤلمة تتخذ مظاهر جسدية قد تعبر حسب (Dellucci, 2016b, 58-59) عن ردود فعل شبيهة بتلك التي تلجأ اليها الكائنات الحية للحفاظ على حياتها. وهنا تصبح مهمة التفكير والبناء العقلي مشلولة، جد معقدة وصعبة بالنسبة للعميل تتبعها مشاعر حادة من العار والذنب تعيقه عن فهم واستيعاب ما يحدث له.

في نفس السياق، أكدت الدراسات أن نقص الدعم الاجتماعي الملائم بعد حدث صادم يمثل إحدى العوامل التي تزيد من خطورة رد الفعل ما بعد الصدمة واللجوء الى التفكك والانفصال، فكلما كانت رابطة التعلق آمنة كلما كانت عنصرا علاجيا حاسما في حد ذاته. فالأفراد الذين يعانون من صدمات معقدة ومظاهر تفكيكية غالبا ما يكونون في حالة تنشيط فزيولوجي ضعيف أو منعدم Hypo-activation أو على العكس في حالة تنشيط مفرط Hyper activation فيصبحون في حالة انقطاع عن اجسادهم وانقطاع عن الآخرين وتظهر ردود أفعالهم غير متوافقة تماما للوضعية العلاجية، مما يضطر المعالج إلى التدخل لجعلهم أكثر وعيا بذواتهم وأجسادهم وأنهم في أمان هنا الآن، وهو ما سنتطرق اليه عند تقديم الحالات موضوع الدراسة.

2-المنهج

يتم تطبيق تقنية EMDR باتباع بروتوكول معياري موحد في ثلاث مراحل، الهدف منه مساعدة العميل على الخروج بفائدة تعليمية من تجارب الماضي السلبية ثم إزالة حساسية الأحداث الحالية Déclencheurs المتسببة في ظهور الأعراض والتي تعتبر مصدر المعاناة. بعدها يتم إدماج مخططات مستقبلية مكيفة تسمح له بتجاوز المعيقات في إطار المحيط الذي يتفاعل معه. (Shapiro, 2007)

ساعدتنا تقنية EMDR كثيرا في العمل بطريقة آمنة، محكمة وفي نفس الوقت متكيفة مع مستوى كل حالة ودرجة معاناتها ومدى استقرارها، حسب تاريخها وحسب ظروفها المتغيرة وقد تم ذلك بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا.

عملنا في بداية تدخلاتنا انطلاقا من طلب الحالة وتاريخها المرضي وبالتفاهق معها، وضعنا مخطط تدخل حسب أولوياتها إلا أن بروز معلومات وأحداث جديدة أثناء إعادة المعالجة، اضطرتنا في كل مرة إلى تكييف تدخلنا بطريقة تتماشى مع حاجات العميل لا سيما إذا اعترضتنا حالات انسداد وتصريف انفعالي شديد. لقد قمنا بالتدخل بطريقتين، الأولى تتمثل في الانطلاق من الأعراض مثل نوبات القلق والهلع إلى الأحداث المرتبطة بها وتحديد المواقع الأكثر توترا والأكثر إيلاما. إلا أن هذه الطريقة لم تكن مجدية دائما لأنها تتقاطع مع مجموعة واسعة ولامتناهيّة من الأحداث نادرا ما يتمكن المفحوص من إدراك العلاقات بينها. أما الثانية فتنتقل من المعتقدات السلبية الأساسية وصولا إلى الأحداث المرتبطة بها مثل "أنا سيئ" أو "أنا فاسد" وهو الأمر الذي أكدته الأدبيات المتعلقة بالتفكك، حيث أن العملاء الذين يتقدمون بمتلازمات تتضمن حالات اكتئابية حادة، اضطرابات المزاج، اضطرابات القلق وأعراض جسدية الشكل وتجسيدات somatisations (...) غالبا ما ترافقها اضطرابات في التعلق وعدم كفاية الشعور بالذات، مخططات معرفية مختلة وصعوبة في تنظيم العواطف والوجدان وفي ضبط الانفعالات. (Dellucci, 2016a, 227)

انطلاقا مما سبق، سوف نقدم ثلاثة نماذج من حالات تقدمت للاستشارة النفسية بمظاهر إكلينيكية نوضحها فيما يلي:

جدول رقم (1) يمثل خصائص الحالات التي تم معالجتها باعتماد تقنية EMDR

الحالات	الجدول الإكلينيكي	السن	الجنس	الترتيب	الجدول الإكلينيكي
الأولى	تشخيص غير متفق عليه: فصام-هواس-اكتئاب	35	أنثى	الأولى	متابعة سايكاترية منذ سن 20 وإقامة سابقة بالمستشفى
الثانية	نوبات هلع مع اكتئاب حاد	28	أنثى	الأخيرة	سقوط الأجنة وعدم الاحتفاظ بالحمل
الثالثة	هواس مع عياء نفسي مزمن واكتئاب	60	ذكر	الثالثة	متابعة سايكاترية منذ سن 30 وإقامة سابقة

وفعالية التدخل بقتية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستئارة المتأوية في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى العتقدات المختلة.

المستشفى				
----------	--	--	--	--

يتضح من الجدول أعلاه أن الحالات موضوع الدراسة قد استفادت من متابعة طبية سايكاترية ونفسية سابقة لعدة سنوات ما عدا حالة واحدة لم يسبق لها أن طلبت الاستشارة. أما العلاج السايكاتري فقد تمثل في مضادات القلق، مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان، كما سبق للحالتين الأولى والثالثة أن أقامتاً سابقاً في مستشفى الأمراض العقلية خلال مسار حياتهما وتم متابعتهما من طرف عدد من الأخصائين في الطب العقلي والممارسة الإكلينيكية.

من حيث المستوى التعليمي والوضعية المهنية نجد حالة واحدة توقف مسارها الدراسي في بداية المرحلة المتوسطة وهي الحالة الثالثة في حين كان مستوى بقية الحالات جامعي. كما نلاحظ أن الحالات الثلاث تعيش عدم استقرار في وظيفة ما وعاطلة عن العمل خلال مسارها المرضي.

الحالات الثلاث تم توجيهها من طرف طبيب سايكاتري أو أخصائي نفسي بتشخيصات مختلفة، إلا أنها تقدمت بأعراض متشابهة تقريبا تمثلت في نوبات هلع وقلق ترافقها مظاهر جسدية الشكل مع حالة اكتئابية، أفكار اجترارية وسواسية وعباء جسدي نفسي وعزلة اجتماعية.

تم اعتماد مقياس الصحة النفسية المعدل ل Derogatis SCL90-R كقياس قبلي للكشف عن مستوى المعاناة ونوعية الاعراض لدى الحالات المتقدمة للعلاج ثم قمنا بإعادة تمرير نفس المقياس بعد فترة من المعالجة، لتسجيل التغيرات الحاصلة على مختلف ابعاد المقياس من ابعاد جسدية، أعراض الوسواس القهري وأعراض الاكتئاب، القلق والقلق الفوبي والاعراض الذهانية والبرانويا.

يهدف هذا المقياس الى التقييم الاولي للأفراد للتعرف على الأعراض (سعدوني، 2012) كما يسمح بتقديم ملمح عن الحالة النفسية الحالية للعمل وهو معتمد في الدراسات التقييمية لأثر العلاجات النفسية والعلاجات الدوائية للمصابين باضطرابات القلق والاكتئاب. ويعتبر المؤشر العام للمعاناة أحسن مؤشر لقياس مستوى وأهمية الانزعاج والمعاناة بحيث يمكن اعتماده كمؤشر وحيد. (Gosselin et Bergeron, 1993, 3-4)

وتؤكد (Kedia & Al, 2012) ان الاشخاص الذين يعانون من التفكك قد عرفوا عموماً خبرات صادمة هامة تسبب في مجموعة واسعة من الاعراض السايكاترية، فقد يتقدم العميل بأعراض اكتئابية واضطرابات في المزاج...اضطرابات القلق، سلوكيات وأفكار استحواذية، كما نجدهم يقضون سنوات طويلة في مصالح الرعاية النفسية ويحملون مجموعة من التشخيصات لا يتم الاجماع عليها غالباً من طرف المختصين. وعليه فإن قائمة الأعراض (SCL-90) ل Derogatis (1993) مفيدة جداً في قياس التغيرات الحاصلة بعد إعادة المعالجة من خلال تقييمات متكررة، حيث لا تسمح بالكشف عن الأعراض العصبية فحسب، بل أيضاً بقياس التجسيد والاستحواذ القهري والحساسية إزاء الآخرين والاكتئاب والقلق والعدائية، القلق الفوبي، التفكير العظامي

والذهانية وغالبا ما يحصل الاشخاص ذوي الاعراض التفككية على درجات عالية في المقياس تؤكد وجود اضطرابات مصاحبة.

بعد جمع المعلومات حول تاريخ الأعراض وتاريخ المرض وأمام مجموعة واسعة من الأعراض والمشكلات التي تقدم بها المفحوصون، قررنا عدم الاكتفاء بتطبيق البروتوكول المعياري الخاص بEMDR واللجوء الى بروتوكولات مصممة للحالات المعقدة، باعتبار أن المفحوصين قد مروا بحالات اكتئابية حادة في الماضي لا سيما في مرحلة المراهقة أي في حوالي سن 15 وسن 16 أدت الى تدهور وانتكاس نفسي وعقلي. وهو الأمر الذي أدى بالحالة الأولى والثالثة إلى الإقامة بالمستشفى والاستفادة بعد ذلك من متابعة سايكاترية استمرت الى غاية طلبهم للاستشارة النفسية في حين أن الحالة الثانية عرفت حالات اكتئابية حادة في نفس الوقت الذي عرفت فيه فشلا متكررا في عملية الاحتفاظ بالحمل. في نفس السياق أكد كل من (Tarquinio & Brennstuhl, 2017, 610) أن البروتوكول المعياري الذي اعتمده Shapiro غير كاف لتناول إشكاليات معقدة تتقدمها أعراض متنوعة وواسعة وفي بعض الاحيان تحمل تشخيصات غير متفق عليها من طرف الاخصائيين. وهو الأمر الذي دفعنا الى تكييف تدخلاتنا مع معطيات العميل ونوعية أعراضه ومعطيات تاريخه المرضي، حيث اعتمدنا في كل الحالات على مجموعة من الخطوات الاساسية لتحقيق أكبر قدر ممكن من الإحساس بالأمن والاستقرار لتسهيل عملية إعادة المعالجة دون تعريض قدرات العميل للتهديد ومساعدته على البقاء في نافذة تحملته Fenêtre de tolérance .

لقد عملنا على تدريب الحالات موضوع الدراسة على تمارين التهدئة الذاتية وخفض التوتر الجسدي والانفعالي ومرافقتهم بتمارين ترسيخ الجسد والوعي بالتنفس *exercices d'ancrage* وحثهم على استعمالها خارج الجلسات العلاجية عند الحاجة. فهي تمارين تسهم في الرفع من مستوى الوعي بالجسد وتستهدف حسب (Dellucci, 2016a,13) تحرير التوتر الجسدي سواء في حالة التنشيط الفزيولوجي العالي أو في حالة التنشيط المنخفض أو المنعدم.

كما عملنا على إنشاء وتنصيب المكان الآمن، ووضع كل المواد والجوانب المزعجة في الوعاء الحاوي *Le contenant* الذي صممه (Kluft Richard 1998) بهدف وضع كل ما هو صعب ومؤلم جانبا بصفة مؤقتة مما يسهل استراتيجيات الشفاء الذاتي (Dellucci, 2016a, 19).

التربية النفسية هي الأخرى كانت أساسية لتحقيق وعي المفحوص بأهمية مشاركته في العلاج وفهم حالته وإمكانياته في الشفاء، كما استعنا بتقنية الامتصاص المعروفة باسم الاسفنجة *Technique de l'éponge* لتعزيز موارد العميل الى جانب تقنية النسج المعرفي *Le tissage cognitif*. كلها تقنيات ساهمت بدرجة عالية في تحقيق الظروف المناسبة لبناء تحالف علاجي جيد وإطار

وفعالية التدخل بقتية إزالة الحساسية وإعادة المطلة بالاستشارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى المعتقدات المختلفة.

عمل آمن وفي نفس الوقت سمحت لنا بتقييم مدى استقرار المفحوصين وقدرتهم على مواجهة وضعيات التنشيط الانفعالي المفرط أو الضعيف عند إعادة معالجة الخبرات السيئة والمؤلمة التي تم استهدافها في خطة العلاج.

في بداية الامر سمحت لنا الاعراض المتضمنة في شكوى المفحوص بتحديد الأحداث التي تسببت أو زادت من حدة الأعراض على مستوى خط الزمن Ligne de temps، وفي نفس الوقت سمح استحضار هذه الأحداث الذكراوية بالكشف عن المعتقدات المختلفة التي تلعب بطريقة متصلبة ومزمنة دورا محوريا في استمرار العرض أو الاضطراب والتي ارتبطت في أغلب الاحيان بخبرات طفولية صعبة نشطتها الأحداث الحالية.

ومع ذلك واجهتنا في المراحل الأولى من التدخل مشكلة تعدد الاحداث المرتبطة بالأعراض وتغلغلها في فترات مختلفة من حياة العميل حيث لم يكن واضحا بالنسبة للمفحوص والمعالج الاحداث والمشكلات ذات الاولوية في إعادة المعالجة وهي إحدى العقبات التي تقف أمام المعالج في التعامل مع الحالات المعقدة. فهي تتقدم عموما بأعراض وذكريات تغذيها شبكات ذكراوية معقدة ومتشابكة الأمر الذي اضطرنا إلى البحث عن المعتقدات السلبية المتكررة والتي ترجع الى مراحل مبكرة من الطفولة وقد ترتبط أحيانا بالمرحلة الجنينية.

3- عرض الحالات

3-1- الحالة الأولى تبلغ 35 سنة، تقدمت بجدول إكلينيكي معقد: نوبات هلع، اجترارات وسواسية شديدة وطقوس، فراغ داخلي، تخدير وبرودة عاطفية وتبديل انفعالي مع انسحاب اجتماعي. المعتقد السلبي الرئيسي الذي كانت تجتره ليلا ونهارا " ماشي راضية على نفسي درت حاجة مشي مليحة" "أنا سيئة أنا شريرة" ترافقه أفكار استحواذية شديدة متصلبة ومعطلة، ارتبطت بمجموعة متنوعة من الأحداث الشاقة والمؤلمة أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة انتهت بدخولها وإقامتها بمستشفى الامراض العقلية. عملنا على إعادة معالجة هذه الأحداث بطريقة جد مرنة حيث انتقلنا في العديد من الجلسات من إبطال التحسس للأحداث المنشطة الحالية إلى إبطال التحسس للأحداث الماضية وإعادة معالجتها. كما أن إحساس المفحوصة بالتعب والصداع وفقدان التركيز أثناء متابعة حركة اليدين بصفة منتظمة وتعبيرها عن صعوبة تذكر فترات معينة من حياتها وشكها الدائم في مدى صحة ما تتذكره والإحساس الدائم بالتبديل وفقدان الإحساس، يؤكد مظاهر التجنب المعرفي ومظاهر التجنب الانفعالي التفككية الذي سمح في كل مرة للمفحوصة بالابتعاد وتجنب كل ما يذكرها بالأحداث المؤلمة. الأمر الذي جعلنا نلجأ في كل مرة الى تمارين التهذنة والتربية النفسية والنسج المعرفي ومرافقتها في انشغالها وأحاسيسها الحالية قبل الرجوع الى إعادة المعالجة باعتماد البروتوكول المعياري.

وكما هو الأمر في الحالات المعقدة، فإن مسار تفكيك الشبكات الذكراوية غير الوظيفية المرتبطة بمعتقدات مختلة حول الذات سمح لنا بالكشف عن أحداث شاقة مليئة بالصراعات والعنف بين الوالدين في مرحلة الطفولة منذ سن الثامنة والتي امتدت جذورها إلى المرحلة الجنينية حيث اقترنت بفكرة صادمة وهي طلب إسقاط الجنين (المفحوصة) من طرف الأب بسبب الظروف المعيشية الصعبة عندما كان الوالدان مقيمين بفرنسا. وعليه قمنا بتطبيق بروتوكول إعادة معالجة البصمات المبكرة بالتركيز على الاحاسيس الجسدية باعتبارها شبكات ذكراوية راسخة في الجسد والذي يمثل حسب (Dellucci, 2016, 133-134) مسلكا أكثر أمانا في إعادة المعالجة مقارنة بالبروتوكول المعياري. يصل عدد جلسات تطبيق هذا البروتوكول إلى 15 جلسة وأكثر إذا تعلق الأمر بظهور محتويات تفكيكية، كما يسمح بالحفاظ على مستوى نافذة تحمل المفحوص والتحكم في شدة التصريف الانفعالي الذي قد تسببه هذه الشبكات الذكراوية غير الوظيفية.

بالإضافة الى ما سبق، قمنا بإعادة معالجة العديد من الأحداث الأخرى التي كانت معطلة ومخلّة هي الأخرى بتوظيف المفحوصة وهدوئها واستقرارها النفسي والجسدي، مما سمح بتخفيف آثار المعتقد السلبي الرئيسي على انفعاليتها وتفكيرها ونشاطاتها اليومية. لقد كان العمل شاقا في البداية حيث عبرت الحالة عن يأسها من عدم التقدم "راني نعييك ماكانش نتيجة". واصلنا العمل سويا باعتماد تقنيات التهدئة والتربية النفسية واستغلال الموارد والكفاءات وتعلم كيفية استبعاد الوضعيات والأشياء الصعبة مؤقتا في الوعاء الحاوي الشيء الذي ساعدها على تحقيق نوع من الاستقرار النفسي الجسدي والتعلق بإمكانية الشفاء وإمكانية التغير والخروج من دائرة المعتقد السلبي الذي جعلها تتجنب أي محاولة للخروج من وضعية المريضة.

لقد أكد كل من (Jongh, Broke & Meyer, 2011, E12) علاقة الذكريات التي تدور حول الأحداث التي تحمل معنى، بالأعراض الحالية للعميل إذ يشير هذا التناول إلى أن الأحداث السلبية والضارة تترك آثارا وبصمات في الشبكات العصبية للفرد بحيث تسبب في مجموعة متنوعة من الأعراض من بينها المعتقدات المختلة حول الذات مثل "أنا شخص سيئ أو شرير" أو حول العالم مثل "أنا في خطر". فالمعلومات الذكراوية غير المعالجة والمخزنة بطريقة غير وظيفية ومرضية تكون مسؤولة عن الأعراض التي قد تتنوع من إعادة معايشة الخبرات الماضية الى المخاوف والحالات الاكتئابية الى اضطرابات في النوم والاختلالات الجنسية. أسفرت إعادة المعالجة بالنسبة للحالة الأولى عن إحساسات جسدية قوية وغير متحكم فيها أبرزها الصداع وشد في الرقبة وتشنجات مهبلية ورعشة جسدية إلى جانب عدم قدرتها على تتبع حركات اليدين، عملنا إثرها على تشجيعها

وفعالية التدخل بقتية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستئارة المتأوية في الحالات المعقدة من المظاهر الأكلينيكية إلى المعتدات المختلة

على المواصلة وأنها بأمان وأن كل ما تستشعره من أعراض هي مظاهر متعلقة بأثار ذكراوية تنشط في الجسم وأنها ليست في خطر.

2-3- الحالة الثانية تبلغ 28 سنة، متزوجة تقدمت بنوبات قلق وهلع متكررة تؤدي بها دائما الى الدخول في غيبوبة على شكل جمود حركي مع انقطاع في التنفس. تم توجيهها من طرف أخصائية نفسية لتعقد حالتها دون وضع تشخيص لها. تنصدر نوبات الهلع الجدول الاكلينيكي للمفحوصة مع حالة اكتئابية حادة، تدور معتقداتها السلبية الأساسية حول "أنا لا أساوي شيئا" "أنا ناقصة" "مانبانش" وهي معتقدات وجودية. حيث أن العمل على الأحداث المرتبطة بهذه المعتقدات في بداية العلاج كان صعبا لتعرضها المتكرر لوضعيات تفكيكية كانقطاع التنفس وفقدان الصلة بالمعالج وعدم الاستجابة لتدخلاتنا إلى جانب البكاء بطريقة هستيرية مع إصابة الجسم بجمود حركي. فكنا نضطر في كل مرة الى اللجوء الى تمارين الترخيش في هنا الآن، تحفيز الجسم واستئارته بتمارين جسدية، شرب الماء والاستمرار في عملية التهدئة وتعزيز الثقة وتحقيق الشعور بالأمن في الجلسات العلاجية حفاظا على استقرار الحالة وقدراتها التكييفية.

عملنا في تدخلنا مع هذه الحالة على مستويات متعددة، مستوى الحاضر القريب مثل عدم قدرتها على الانجاب، مستوى السيناريوهات المستقبلية ثم مستويات بعيدة في الماضي كال بصمات المبكرة والتي كانت ضرورية لإعادة معالجة المخلفات والانسدادات الجسدية المرتبطة بالمعتقد الوجودي الذي كان راسخا "أنا لا أساوي شيئا" "مانبانش" "ناقصه" "أنا ضعيفة". لقد عبرت عن ذلك بوضوح في حصص متقدمة من العلاج بتعبيرها "وكأنني بدون جذور" والذي ارتبط بشبكة ذكراوية يحركها المعتقد السلبي "أنا مسؤولة" مع شعور بالغضب اتجاه أمها دون معرفة السبب. لقد أكدت (Dellucci & Bouvier, 2017, 104) أن هذه المعتقدات الوجودية المختلة تنشط في الصدمات المعقدة وفي اضطرابات الشخصية. فرغم التقدم في العلاج وإعادة معالجة العديد من الأحداث المرتبطة بعدم قدرتها على الاحتفاظ بالحمل، والصراعات العائلية المنجزة عنها الا أن الحالة ورغم استقرارها النسبي بقيت تعاني من نوبات هلع تأخذ اشكالا تفككية في غالب الأحيان. بعد الاتفاق على تطبيق بروتوكول البصمات المبكرة، تبين أن هناك فكرة تسيطر على الحالة وهي: أن أمها قد فعلت شيئا سيئا ولكنها لا تفهم لماذا تشعر بذلك وما هو هذا الأمر الذي فعلته أمها. في هذه اللحظة دخلت المفحوصة في حالة انسداد وتصريف انفعالي شديد على شكل جمود حركي وعدم القدرة على التنفس مما جعلنا نلجأ مرة أخرى إلى التهدئة والترخيش في هنا الآن بالإضافة الى النسخ المعرفي إلى أن تمكنت في إحدى الجلسات الموالية من الوعي بحادثة إجهاض الام لابنتها التوأم من أجل الاعتناء بالمفحوصة التي كانت في سن الرضاعة وهذا الحدث لم يكن في ساحة الوعي في بداية إعادة المعالجة.

لم يكن سهلا وصول الحالة الى الوعي بهذه الذكريات وربطها بما تعانیه، بسبب فترات الانسداد والتفكك أثناء عملية إعادة المعالجة إذ تطلب الأمر أحيانا التخلي عن العمل على الذكريات القديمة والالتفات إلى أحداث حالية تنشطها معتقدات سلبية مثل "أنا ضعيفة" تتعلق بتأكيد ذاتها مع الآخرين والتي سمحت بالحد من تأثير العواطف السلبية وتخفيف التوتر واستعادة الاستقرار الى الجسم والوعي بهنا الآن. كما عملنا بمساعدة المفحوصة على اختيار أنسب الذكريات التي تتفق مع المعتقدات المختلفة حيث يشير (Jongh, Broke & Meyer, 2011, E12) أن اختيار خمس خبرات من بين الخبرات الأكثر إيلاما وإزعاجا يقدم لنا معطيات هامة تسمح بالوصول الى المعتقد الاساسي.

3-3- الحالة الثالثة تقدم في سن 60 بتاريخ طويل من المتابعة السايكاترية والنفسية في القطاع الخاص والعام والاقامة بالمستشفى لثلاث مرات على التوالي منذ سن المراهقة، فهو حالة معقدة تحمل أعراضا متعددة من وساوس وطقوس قهرية ومظاهر اكتئابية ونوبات هلع مع تظاهرات جسدية مزمنة ومعيقة من تعب مزمن وعزلة اجتماعية تامة. شخصه السايكاتريون بالعباء النفسي ذو المنشأ الاكتئابي، كما تم تشخيصه فيما بعد بتناذر الوسواس القهري ارتبط باعتداءات جنسية في الطفولة. يشير الجدول الإكلينيكي إلى مظاهر متعددة ومعقدة منعت المفحوص من العمل أو الاستقرار في وظيفة ما لتعرضه لانتكاسات متكررة ومنتالية طوال حياته. تقدم للاستشارة وهو متوقف عن العلاج الدوائي حيث قمنا بتوجيهه للمتابعة الطبية السايكاترية من جديد.

الى جانب الجدول الاكلينيكي الظاهر تقدم المفحوص بعدة شكاوى كمعاناته من صور اقتحامية وكوابيس، حديث داخلي على شكل اجترارات طيلة فترة اليقظة، عباء ونوم مزمنين وعدم القدرة على القيام بأي مجهود بدني، إحساس بعدم التقدم في السن وأنه مازال صغيرا وسيناريوهات تشير الى فقدان الصلة بالواقع، صور جنسية مثلية، متعة في الاحساس بمشاعر جنسية أنثوية أخذت شكل هلاوس، منعزل لا يتحمل الضوضاء لا يحتمل النظر الى الناس ويرى القبح في وجوههم كما يعيش أحلام يقظة باستمرار، يرى نفسه أحيانا على هيئة باتمان، يعذب الآخرين بطريقة جنسية عدائية، يقتل الأخصائيين ويقتل الأطفال كما عبر عن ميله إلى تشويه وإيذاء ذاته.

عاشت الحالة أحداث سيئة للغاية كانت بدايتها في سن الخامسة حين تعرض لاعتداء جنسي تواصل طيلة فترة طفولته إلى أن أصبح المفحوص طرفا فيه تحت سيطرة المعتدي باعتباره من الأقارب، فهو يعاني من صعوبات في ضبط الانفعالات والنزوات، مشكلة في إدراك الذات، وصراعات داخلية انتهت به الى الانسحاب من الحياة الاجتماعية إلى جانب شكاوى جسدية

وفعالية التدخل بقتية إزالة الحساسية وإعادة المطلة بالاستشارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الاكلينيكية إلى المعتقدات المختلة

متعددة ويأس كبير مرتبط بتغير كبير في المعتقدات جعلته يفكر في الهجرة ليتخلص من مشكلاته ويعيش حياة المتحولين جنسيا أو المختنين.

تؤكد كل من (Kedia & Al,2012, 60) ان هناك نوعين من الاعراض التفكيكية، الاعراض السلبية التي تنجم عن فقدان الوظيفة كعدم الاحساس بالألم، الكف عن الحركة ونقص الاحاسيس الجسدية او التخدير، اما الاعراض التفكيكية الايجابية فتتمثل في الصور الاقتحامية والكوابيس.... الخ ذلك ما لمسناه عند المفحوص طيلة فترة العلاج .

رغم هذا المعاش التفكيكي، فإن خطاب المفحوص بقي متناسقا في غالب الأحيان وهو يعي جيدا عدم اتفاق ما يعيشه يوميا من أفكار وأحلام يقظة واستجابات انفعالية وجسدية مع الواقع الراهن لارتباطها بالاعتداء الجنسي، مما جعله يعيش في نفس الوقت مشاعر العار والذنب والخوف.

إن فقدان الصلة بالواقع في فترات من حياة المفحوص وإحساسه بأن هذه الحياة ليست حقيقة وأنه يريد البقاء في البيت مع أمه وأبيه وأنه لا يحب الكبار ويكن الحقد لهم، هي فترات تسمح له بالانفصال عن الواقع كاستراتيجية تجنبية غير واعية مما جعل عملية إعادة المعالجة جد متعثرة وصعبة لحدوث فترات تفكيكية متكررة أثناء الجلسات العلاجية، إذ يحدث أن يعبر المفحوص في بعض الجلسات بمايلي "من الجميل لو أن المعالجة تشتري لي حلوى". عملنا دائما على إعادته الى الوعي بهنا الآن والتركيز على الأحاسيس الجسدية التي ارتبطت في معظمها بأحاسيس جنسية عاشها في الماضي ومسيطره على خياله وحياته. إنها الحالة الأكثر تعقيدا مقارنة بالحالات الأخرى، إذ اعتمدنا على بروتوكول البصمات المبكرة وبروتوكول إزالة حساسية المخاوف المستقبلية والأحاسيس الجسدية المزعجة ثم الانفعالات وإعادة معالجة الكوابيس وخاصة تلك المتعلقة بالمعتدي الأمر الذي سمح بانخفاض مؤشر شدة المعاناة.

ما يمكن قوله إن هذه المظاهر الاكلينيكية ارتبطت بمعتقدات سلبية مزمنة "أنا متضرر" "أنا فاسد" "جسدي فاسد" إنها معتقدات وجودية معروفة لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية، تشير الى "أنا غير موجود" وتغذي بدورها العديد من المعتقدات الأخرى مثل "لا أصلح لشيء" "أنا غير عادي" "أنا صفر"، وقد ارتبطت بفترات صعبة جدا من حياة العميل لا سيما فشله الدراسي وغياب الاهتمام والدعم الاسري إزاء حالته النفسية ووضعيته الاجتماعية.

كما تم إعادة معالجة الوضعيات الشاقة في علاقته بأمه التي تعبر بوضوح عن تعلق مضطرب، فهي تعامله بعنف وقسوة لمجرد رفضه لأوامرها، تصفحه وتبصقه تطرده من البيت وتعامله وكأنه خادمة لها، تسبه وتشتمه بكلمات مهينة وغير أخلاقية(جنسية) مما جعلنا نفترض وجود خلل واضطراب نفسي لدى الام انعكس على توظيفه النفسي وعلاقاته بإخوته وبالعالم الخارجي.

إن تغيير أولويات الأحداث التي تمت إعادة معالجتها من أحداث حالية ومخاوف مستقبلية ثم الرجوع الى الأحداث التي تنشطها المعتقدات الاساسية المرتبطة بالاعتداءات الجنسية المبكرة والرعب الذي يعيشه المفحوص عند استحضار صورة المعتدي وأقواله وأفعاله، تسببت في معظم الجلسات في إحداث شلل وانسداد في عملية إعادة المعالجة وخاصة تلك الفترات التفكيكية حيث تغيب بعض آدائه وتصرفاته عن وعيه فلا تتناسب مع بقية أقواله وأفعاله وكأنه يعيش شخصيات مختلفة. وقد عبر المفحوص عن وجود هذه الشخصيات في ذاته ويعي بها أثناء المعالجة فهو يؤكد حزنه على حاله لأنه يعيش في الماضي ولم يتمكن من العيش في الحاضر وفي نفس الوقت يعتبر نفسه صغيراً "ما زلت طفل صغير" "ما نحيش نكبّر" وهو تجنب تفككي يتجلى بوضوح في أحلام اليقظة التي تسيطر عليه. قمنا بتطبيق بروتوكول البصمات المبكرة والعمل على ذلك الجزء من شخصيته الذي مازال يعيش فترات الاعتداء المختلفة وكل الأحداث المرتبطة والتي بقيت تنشط من خلال الكوابيس وأحلام اليقظة وأوهام وتخيلات تقترب أحيانا من الهلوس والهذات إلا أنه يعي بها تماماً ولا يستطيع التخلص منها.

خلاصة القول إن الأشكاليات المعقدة التي تقدمت بها الحالات الثلاث تشير الى إشكاليات تعلق بالأم اقترنت بملح اكتئابي مضطرب، انسحاب اجتماعي وتجنب للعلاقات، فقدان لتقدير الذات وفقدان التعاطف مع تبلد الأحاسيس، ضعف في تأكيد الذات مرتبط بمعتقدات مختلة أساسية "محدودة" "أنا فاشل" "لا أساوي شيئاً" "أنا سيئة وشريرة"..... وبانفعالات الخوف والعار والدونية والغضب الذي كان موجهاً في الحالات الثلاث نحو الأم والذي نشط أثاراً ذكراوية جسدية أثناء إعادة المعالجة من تشنجات مهبلية، ارتعاش وتنميل في الجسم، آلام وشد على مستوى الرقبة والرأس والصدر، آلام على مستوى أسفل الظهر، وإحساس بالدوار وضيق في التنفس.....

4- عرض النتائج ومناقشتها

سوف نقوم بعرض نتائج إعادة المعالجة بEMDR بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية للحالات الثلاث بمقارنة مؤشر الشدة العام قبل وبعد التدخل العلاجي كما هو موضح في الجدول التالي:

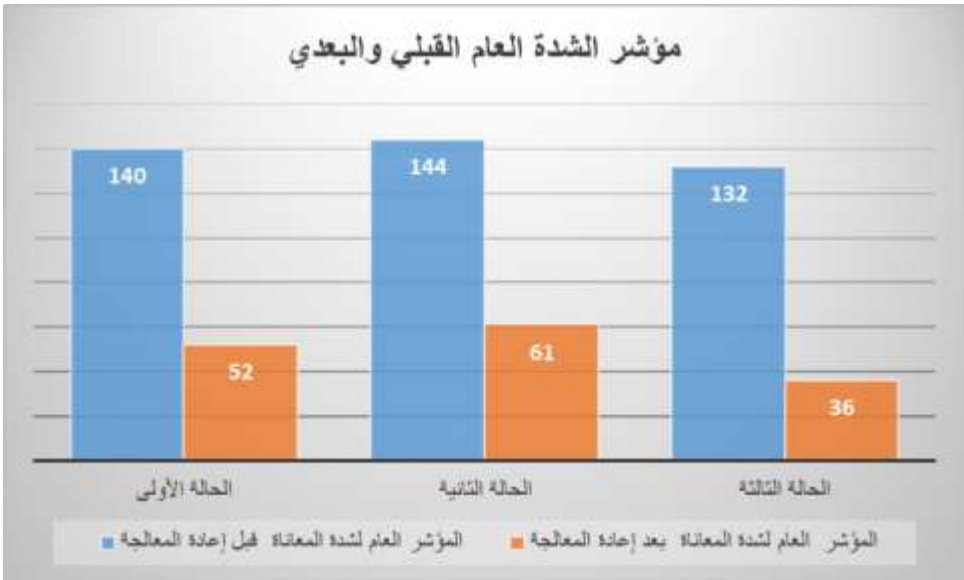
جدول رقم (2): مؤشرات شدة المعاناة العامة لدى الحالات الثلاث قبل وبعد العلاج

الحالات	المؤشر العام لشدة المعاناة قبل إعادة المعالجة	المؤشر العام لشدة المعاناة بعد إعادة المعالجة
الأولى	140	79
الثانية	144	61
الثالثة	132	36

وفعالية التدخل ب تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستئارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى المعتدات المختلة

إذا تأملنا مؤشرات الشدة العامة للحالات الثلاث في الجدول أعلاه نجد أنها انخفضت بنسبة ملحوظة بعد جلسات علاجية منتظمة لفترة علاج تجاوزت السنتين مما يؤكد فعالية تقنية EMDR رغم صعوبة تطبيقها في الحالات المعقدة كما رأينا، بل يقتضي الأمر ضرورة تكيف تدخلاتنا. فلا يمكن المخاطرة بتطبيق البروتوكول المعياري دون الاطلاع على تاريخ الحالة وخصوصيتها لا سيما من حيث ضرورة التنبؤ بمظاهر التفكك والانفصال عن الوعي أثناء الجلسات العلاجية وترقيتها، للقيام بالتدخلات المناسبة والهادفة حماية للمفحوص وحفاظا على استقراره، عملا بالتوصيات التي جاءت بها مختلف الدراسات والادبيات المتعلقة بنظرية معالجة المعلومة غير التكيفية ونظرية التفكك البنيوي. فغالبا ما تظهر اقتحامات تفككية وانفصالية أثناء العلاج من سيطرة أصوات أو كلمات مزعجة (سب و شتم وكلام فاحش) غير متحكم فيها، فقدان الصلة بالواقع (وكأنه في ضباب) وأحلام يقظة بعيدة عن الواقع، أفكار جاهزة، فقدان الاحساس بالشخصيةعدم القدرة على تذكر الاشياء وعدم التأكد إن كانت حقيقة أي حدثت فعلا أم تم تخيلها.

لتوضيح النتائج السابقة نقوم بعرضها على شكل رسم بياني كما يلي:



شكل رقم (1) رسم بياني يمثل درجات مؤشر شدة المعاناة العام للحالات قبل وبعد العلاج أما ما يتعلق بشدة الاعراض التي تعاني منها الحالات الثلاث فقد عرفت انخفاضا ملحوظا بعد إعادة المعالجة حيث انخفض مؤشر الحالة الاكتئابية، والأعراض الوسواسية الاجترارية ومؤشرات الحساسية التفاعلية والقلق كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (3) يمثل مستوى شدة الأعراض لدى الحالات الثلاث قبل إعادة المعالجة وبعدها

الحالات	مؤشر الاكتئاب القبلي	مؤشر الاكتئاب البعدي	مؤشر الوسواس القهري القبلي	مؤشر الوسواس القهري البعدي	مؤشر الذهانية القبلي	مؤشر الذهانية البعدي
الأولى	38	08	33	04	10	11
الثانية	33	09	24	07	15	07
الثالثة	32	07	21	09	18	04

الحالات	مؤشر الأعراض الجسدية القبلي	مؤشر الأعراض الجسدية البعدي	مؤشر التفاعلية قبلي	مؤشر التفاعلية البعدي	مؤشر القلق قبلي	مؤشر القلق البعدي
الأولى	00	02	14	07	18	06
الثانية	15	07	13	09	12	06
الثالثة	19	03	12	03	11	00

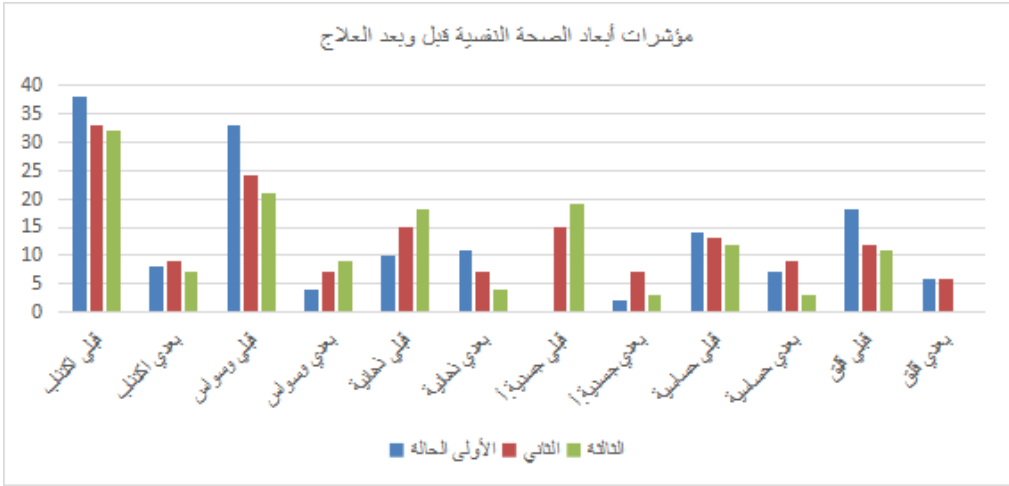
تتضح من خلال الجدول أعلاه مؤشرات التحسن والتغير بعد إعادة المعالجة من خلال انخفاض مؤشرات الأعراض الأساسية التي تقدمت بها الحالات الثلاث والمتمثلة في الأعراض الاكتئابية والأعراض الوسواسية الاجترارية الى جانب انخفاض محسوس في مؤشرات الحساسية التفاعلية ومؤشرات القلق. كما سجل نفس الانخفاض في مؤشرات الذهانية ومؤشرات المعاناة الجسدية لدى الحالتين الثانية والثالثة والذي عرف ارتفاعا جد طفيف لدى الحالة الأولى. إن التغيرات النوعية الملاحظة لدى الحالات الثلاث في الجلسات العلاجية، أكدت من خلال هذه النتائج الكمية حيث بدأت الحالة الأولى تهتم بالحياة وبمتعتها في تعلم مهنة للحصول على شهادة معترف بها، تشعر بالهدوء والاستقرار في الأعمال اليومية في البيت، مع انخفاض محسوس في حدة التوتر والاندفاع والقلق والافكار الوسواسية الاجترارية بنسبة 70 بالمئة حسب تقدير المفحوصة بعدما كانت تسيطر عليها أفكار "أنها كافرة وأنها تعبد الشيطان وأنها منحرفة جنسيا"، أصبحت تشارك في تحضير الأعراس العائلية، تشعر بتنظيم أفكارها بعد أن كانت في البداية تحضر الجلسات لتتكلم وتذهب. كما لاحظت تغيرا في سلوكها، انخفض مستوى العياء الذي يضغط رأسها وجسدها وما زال العمل متواصلا للوصول الى مرحلة تأكيد الذات والاندماج في الحياة الاجتماعية وربما التوقف تماما عن العلاج الدوائي.

وفعالية التدخل بقتنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستنارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الأكلينيكية إلى المعتدلات المختلة.

مؤشرات جد هامة ظهرت كذلك لدى الحالة الثانية بحيث تمكنت من تجاوز الصراعات والتحكم في انفعالاتها ووعي أكبر بما يحدث لها، تمكنت أخيرا من الاحتفاظ بالحمل والانجاب وخاصة بعد إعادة معالجة البصمات المبكرة التي دارت أساسا حول مرحلة ما بعد الميلاد وحادثة إجهاض الام لتوأمين من اجل الاعتناء بها (المقحوصة) وهي رضيفة. كما أصبحت أكثر وعيا بمشاريعها وقدرتها على إنجازها وتجاوز عملية التردد والتسويق التي كانت تسيطر عليها في إنجاز أعمالها، أصبحت أكثر هدوء ولطفا وارتياحا مع أمها خاصة وقد اتفقنا على توقيف العلاج بعد حملها مباشرة.

أما الحالة الثالثة فقد اختفى العياء الجسدي المزمن الذي عانى منه المفحوص طيلة 23 سنة منذ سن الثلاثين والذي أعاقه عن العمل طيلة هذه السنوات. كما اختفى ذلك التوتر والشد على مستوى الدماغ الذي كان يدفعه الى النوم ليلا ونهارا بحثا عن الهدوء وتجنبنا للواقع، اختفى الاجترار المزمن للمخاوف والقلق عند كل يقظة واختفت كل الوسواس القهرية المرتبطة بلمس الأشياء إلى جانب اختفاء الأحاسيس الجسدية الأنثوية Travestisme. الأمر الذي سمح له بالاستقرار في وظيفة مؤخرا حيث نقوم بمتابعة حالته بعد كل ستة أشهر، كما بدأ في خفض كمية تناول العقاقير والاحتفاظ بمضادات الاكتئاب بجرعات خفيفة تحت رعاية الأخصائية السايكاترية.

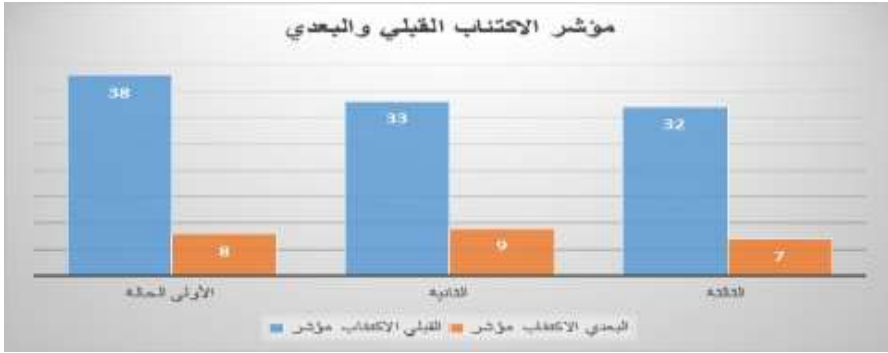
ويمكن توضيح هذه النتائج من خلال الرسم البياني التالي:



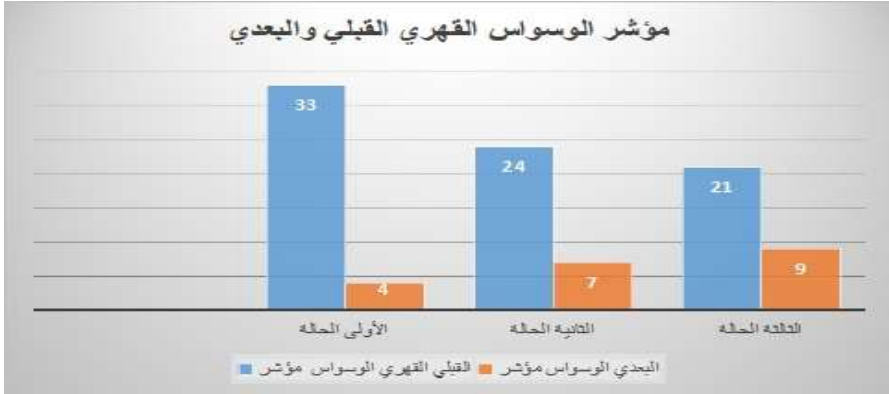
شكل رقم (2) رسم بياني يمثل درجات شدة الاعراض المختلفة لدى الحالات قبل وبعد تطبيق

EMDR

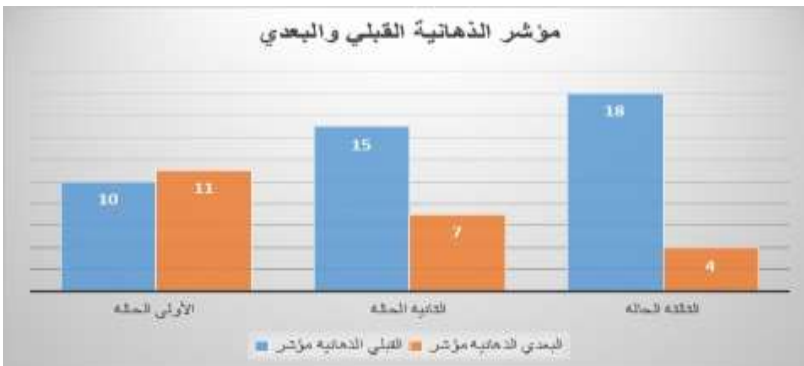
فيما يتعلق بمؤشرات الأبعاد الأساسية للصحة النفسية موضوع شكاوى الحالات الثلاث قبل وبعد العلاج فسوف نعرضها من خلال الأشكال البيانية التالية:



شكل رقم (3) يمثل رسم بياني لدرجات مؤشر الاكتئاب قبل إعادة المعالجة وبعدها يظهر من الشكل السابق أن مؤشر شدة الاكتئاب قد انخفض لدى الحالات الثلاث بصفة ملحوظة وهو مؤشر جيد حول فعالية العلاج بEMDR



شكل رقم (4) يمثل رسم بياني لدرجات مؤشر الوسواس القهري قبل إعادة المعالجة وبعدها يؤكد الشكل أعلاه أيضا انخفاضا ملحوظا لمؤشر شدة الوسواس القهري لدى الحالات الثلاث.



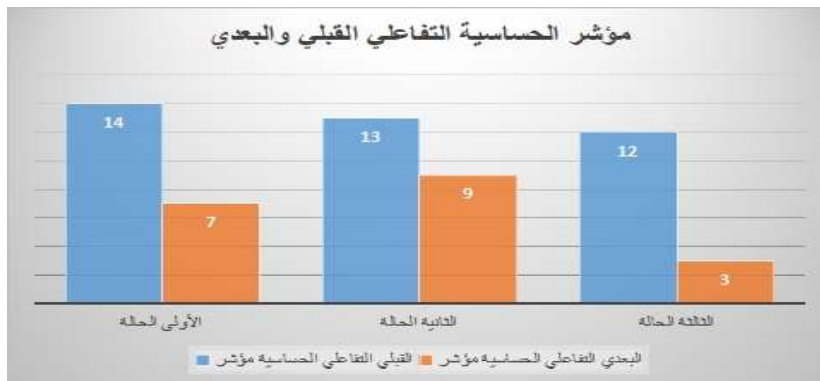
شكل رقم (5) يمثل درجات مؤشر الذهانية قبل إعادة المعالجة وبعدها

وفعالية التدخل بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستشارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى الاعتقادات المختلفة.

نلاحظ في الشكل أعلاه أن شدة مؤشر الذهانية قد انخفض بنسبة ملحوظة لدى الحالتين الثانية والثالثة ما عدا الحالة الأولى حيث عرف ارتفاعا طفيفا ولهذا ما زال العلاج متواصلا بالنسبة لهذه الحالة.



شكل رقم (6) رسم بياني يمثل درجات الأعراض الجسدية قبل إعادة المعالجة وبعدها يتبين من الشكل السابق أن مؤشر الأعراض الجسدية قد انخفض بنسبة ملحوظة أيضا لدى الحالة الثانية والثالثة ما عدا الحالة الأولى التي تقدمت منذ البداية بتبلد جسدي وانفعالي الذي قد يكون له دور في انخفاض هذا المؤشر لدى الحالة قبل العلاج.



شكل رقم (7) رسم بياني يمثل درجات مؤشر الحساسية التفاعلية قبل إعادة المعالجة وبعدها مؤشر شدة الحساسية التفاعلية هو الآخر قد انخفض بصفة ملحوظة لدى الحالات الثلاث كما هو ظاهر في الشكل رقم (7).



شكل رقم (8) رسم بياني يمثل درجات مؤشر القلق قبل إعادة المعالجة وبعدها

وأخيرا يتضح من الشكل رقم(8) أن مؤشر شدة القلق قد انخفض هو الآخر بنسبة ملحوظة لدى الحالات الثلاث أيضا.

5-خاتمة

إن تعدد المظاهر الإكلينيكية وإزمانها لدى الحالات المعقدة وتنوعها يؤكد مخاطر الاكتفاء باستعمال البروتوكول المعياري لEMDR دون الأخذ بعين الاعتبار الأبعاد التفكيكية للإشكاليات المعقدة والتي تعود الى صدمات ومشكلات في الطفولة تمتد الى مراحل جد مبكرة. حيث تصبح عمليات التهدئة وبناء الموارد لدى هؤلاء المفحوصين الحاملين لتاريخ مرضي مزمن وطويل أكثر أهمية من إعادة معالجة الأحداث الصادمة والمؤلمة والذي يركز في الأساس على بناء علاقة علاجية آمنة ومستقرة قد تستغرق في بعض الحالات خمسة أشهر على الأقل .

فبعد تحقيق التهدئة والاستقرار لدى المفحوص يقوم المعالج بتحسين وتطوير العلاقة مع العميل ببناء علاقة علاجية مستقرة وثابتة تخفف من التوقعات السلبية المعتادة وتخفف من صورة الذات المضطربة ومن الإدراكات السلبية للآخرين، الأمر الذي يحقق تحالفا علاجيا مبنيا على شعور العميل بالقبول والأمن والأمان ويسمح ببدأ العلاج.

إن المعتقدات السلبية المثبطة والراسخة لدى الحالات المعقدة حول ذواتهم، تكون معيقة ومعطلة لسلوكياتهم وتفكيرهم ومشاعرهم من إحساس بالدونية والعجز والسوء، فقد كان لها الأثر البالغ من حيث بطء العلاج وتعثره من حين لآخر لوجود شبكات ذكراوية غير وظيفية مضطربة وحادة تسببت في حالات تفككية أثناء عملية إعادة المعالجة وفترات من التصريف الانفعالي الشديد مع عدم انخفاض مستوى شدة المعاناة SUD. الأمر الذي تطلب توقيف المعالجة مؤقتا لإعادة الهدوء في الجسم والعمل على التثقيف والنسج المعرفي وتأمين العلاقة هنا الآن.

وفعالية التدخل ب تقنية إزالة الحساسية وإعادة المطلة بالاستشارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى العتقدات المختلة

إن إعادة المعالجة باعتماد تقنية EMDR حسب النتائج المتوصل إليها، قد سمح بتأكيد فعالية الإدماج العصبي الانفعالي لأحداث الحياة السلبية والتجارب المؤلمة المخزنة بطريقة غير وظيفية في الشبكات الذكراوية لدى الحالات المعقدة. كما تبين أن استعادة التوازن العصبي الانفعالي سمح بضبط أحسن للانفعالات وإرسان عقلي للصراعات وخفض مستوى شدة المعاناة العام لدى الحالات الثلاث إلى جانب خفض مستوى شدة الأعراض الاكتئابية، الأعراض الوسواسية والقلق مقارنة بما قبل العلاج. ولا شك أن ذلك لا يرجع إلى البروتوكولات المختلفة المعتمدة في العلاج فحسب بل يعود أيضا إلى الموارد التي يمتلكها المفحوصون والتي سمحت بخلق علاقة علاجية آمنة ساهمت في تهدئة حالة التنشيط الفيزيولوجي بمختلف أشكاله في بداية العلاج والذي يعتبر من الأولويات التي لا يجب الاستهانة بها لتحقيق استمرارية العلاج في أمان دون المساس باستقرار المفحوصين أو بمستوى نافذة التحمل لديهم.

بناء على ما سبق يمكن الإجابة على تساؤلات الدراسة كما يلي:

-لا يمكن الاكتفاء بالبروتوكول المعياري ل EMDR في التخفيف من حدة المظاهر الإكلينيكية التي يعاني منها المفحوصون ذوي الأشكال المعقدة.

-يمكننا توظيف تقنيات EMDR المختلفة بما فيها البروتوكول المعياري للتخفيف من الاختلالات التي تعاني منها الحالات المعقدة رغم تاريخهم الطويل من الاستشارات النفسية والسايكاترية.

-لا يمكن أن تنتهي إعادة المعالجة لهذا النوع من الحالات المعقدة بالسرعة المعروفة في الحالات البسيطة بسبب المظاهر التفككية التي قد تتسبب في الانقطاع أو الفشل في العلاج إذا لم يتم التنبؤ بها والتدخل في الوقت المناسب وباعتماد البروتوكولات المناسبة.

أخيرا يجب التنبيه إلى مخاطر استعمال EMDR دون الأخذ بعين الاعتبار المظاهر التفككية التي قد تعترض عملية إعادة المعالجة في الحالات المعقدة والتي تتأرجح بين التخدير الانفعالي والتبدل ونقص التعاطف وفقدان الوعي بالشخصية وبالواقع وبين التذكر المفرط والفيض الانفعالي من إعادة معايشة وأحاسيس جسدية ومشاعر اضطهادية مثل "أنا الوحيد الذي يحدث معي كل هذا، أنا وحدي، كل ذلك كان بسبب ما حدث لي" بحيث يصبح الفرد أمام حالة من العجز والخوف المستمرين، فيصبح اللجوء إلى هذه الأشكال الدفاعية مزمنًا أمام تكرار هذه الوضعيات وغياب التعلق الآمن والدعم الاجتماعي. فالتفكك حسب (Salomna 2012) يعتبر أسلوبًا دفاعيًا يسمح للفرد بالانقطاع عن جزء من التجربة النفسية السيئة على شكل فقدان للذكريات المؤلمة، التخدير و/أو عدم التعرف على الطابع الذاتي Autobiographique لخبرته. وهذه المکانزمات بدورها قد تتسبب في نشوء أعراض معاكسة مرتدة من فرط التذكر والفيض الانفعالي ومشاعر الاضطهاد ومحاولات تكرار الصدمة. (Smith, 2016,12-13)

ذلك ما أوصت به الأدبيات المتراكمة حول الصعوبات التي يمكن أن تعترض عملية تطبيق البروتوكول المعياري والتي قد تعرض المفحوص لخطر الخروج من نافذة التحمل أثناء إعادة المعالجة اللاحقة. ذلك أن الصدمة تتسبب حسب (Carluar,2017, 19) في اضطراب الضبط الانفعالي إلى درجة فقدان العميل للقدرة على الحفاظ على نافذة التحمل والأمان لديه عند تناوله للذاكرة الصدمية أثناء العلاج، مما يجعله

يتموضع إما في حالة إعادة المعيشة الصدمية أي الملمح المفرط في الاستثارة، أو في حالة تفكك أو في وضعية تتأرجح من حالة الى أخرى في الجلسة العلاجية نفسها، أو خلال فترات علاجية مختلفة. لقد دعا كل من (Rothbart & Bates 1998) الى التفكير من جديد في طريقة تناولنا للاضطرابات والمشكلات النفسية بناء على ما استجد من بحوث: "لقد أدركنا الآن أن الخبرات الحياتية والعمليات البيئية تخلق هي نفسها تغيرات في بناء المخ ووظائفه قبل وبعد الميلاد..... وهو موضوع يستحق ويستدعي مزيدا من البحوث الارتقائية" (لورانس أ-برفين، 140، 2010)

**

*- قائمة المراجع

- سعدوني غديري، مسعودة. (2012). مصير الاطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي. لورانس أ-برفين. (2010). علم الشخصية. ترجمة عبد الحليم محمد السيد، أيمن محمد عامر ومحمد يحيى الرخاوي. القاهرة، المركز القومي للترجمة.
- نل، ركتور، (دون تاريخ). العلاج المعرفي السلوكي: معلومات أساسية. ترجمة فرحات بوزيان. كندا، المركز الوطني للصحة النفسية.
- هوفمان، إسجي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر -الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. ترجمة مراد علي عيسى. القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- Augeraud, E. (2017). Indications et contre-indications de l'EMDR. In, C.Tarquinio, M-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.95-106). Paris: Dunod
- Carlier, L. (2016). Neurobiologie de la dissociation. In J. Smith, (dir.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. (p.16-26). Paris: Dunod.
- Cornil, L. (2017). Le modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI). In, C.Tarquinio, M-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.29-43). Paris: Dunod.
- Dellucci, H. (2016a). *Cursus Traumas complexes, Dissociation et EMDR. La boîte de vitesses : comment adapter l'EMDR au traitement des personnes souffrant de traumatismes complexes et de troubles dissociatifs*. Institut Français d'EMDR INTEGRATIVA.
- Dellucci, H. (2016b). Psychothérapie de la dissociation et du trauma. In J. Smith, (dir.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. (p.52-76). Paris: Dunod.
- Dellucci, H. et Bouvier, G. (2017). Les cognitions dans la thérapie EMDR. In C.Tarquinio, M-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.95-106). Paris: Dunod.
- Gosselin, M & Bergeron, J. (1993). *Evaluation des qualités psychométriques du Questionnaire de santé mentale SCL-90-R. Recherche et Intervention sur les Substances Psycho actives- Québec*. Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes Alcooliques et autres toxicomanies ; Université de Montréal.

وفعالية التدخل بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بالاستنارة المتناوبة في الحالات المعقدة من المظاهر الإكلينيكية إلى المعتقدات المختلة

De Jongh, Ad., Broke, Erik ten., & Meijer, S. (2011). Approche des deux méthodes: Un modèle de conceptualisation de cas dans le contexte de l'EMDR. *Journal of EMDR practice and research*, Volume 5, Numéro 1. PpE12-E20.

Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., & Brown, D. (2012). Dissociation et mémoire traumatique: Historique-Clinique- Psychothérapie et neurobiologie. Paris: Dunod.

Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*. (Traduit par Mégevand, V.) Paris : Dunod-InterEditions.

Smith, J. (2016). Dissociation structurelle : Repérages. In J. Smith, (dir.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. (p.2-15). Paris: Dunod.

Tarquinio, C., & Tarquinio, P. (2015) *L'EMDR : Préserver la santé et prendre en charge la maladie. Principes généraux, Vignettes cliniques, Protocoles de traitement*. Paris : Elsevier Masson.

Tarquinio, C., & Brennstuhl, M-J. (2017) . *La prise en charge de la douleur chronique*. In C.Tarquinio, M-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.599-611). Paris: Dunod.