الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

2.1 مقدمة

التجارب المؤلمة تترك أثر علي عقولنا وعواطفنا سواء علي نطاق واسع (على مستوى التاريخ والثقافة)، أو علي مستوي قريب من منزلنا وعلى أسرنا، مع أسرار مظلمة تنتقل عبر الأجيال وتترك أثراً على العقول والعواطف وعلى قدرتنا علي الفرح والحميمية وحتى على البيولوجيا والأجهزة المناعية لدينا (فان دير كولك،1994). فنحن عندما نتحدث عن الصدمة فليس شرطاً أن نختبر الصدمة عندما تكون جندياً في المعسكر أو زائر لمعسكرات اللاجئين. الصدمة تحدث لنا،ولأصدقائنا، لعائلتنا، ولجيراننا. إنّ التعرض لحادث ما أو للعنف بأنواعه سواء أكان عنفاً نفسياً او جسدياً يسبب حالة من انعدام الشعور بالأمن والاستقرار في أغلب الأحيان، ويعد التعرض للعنف او مراقبته والهجمات الجنسية أو الأمراض الشديدة جداً هي أمثلة لوقائع فاصلة جذرية يمكن أن تسبب الإجهاد الشديد للإنسان، ويصعب جداً على الكثير من الناس ممن فرض عليهم أن يعيشوا مثل هذه الحالات او ما شابهها أن يتابعوا بعدها حياتهم العادية كالمعتاد، وبسبب هذه الوقائع ينعدم عندهم الشعور بالأمان والاستقرار في أغلب الأحيان ويحتاجون للوقت من أجل أن يمكنهم إعادة بناء الثقة. إذا لم ينجح هذا فيمكن أن تتطور عندهم الاضطرابات الناتجة عن الصدمة.وتعدد الأعـراض الناتجة من الصدمة النفـسـية بأشكال مختلفة وتظـهر الشكاوي التالية بشكل متكرر، مثل فقدان

الثقة الأساسية الأولية في مرحلة الطفولة، أو فقدان الثقة تجاه الأشخاص الآخرين بشكل كبير وإجمالي، فقدان القيم والايمان والآراء، أحاسيس بالخجل والشعور بالذنب، أحاسيس بالعجز وفقدان المساعدة والحزن العميق، وفي حالات الهجمات الجنسية يفقد الأفراد الشخصية الأنثوية أو الذكرية وغيرها من الأعراض، وهناك الكثير من العوامل التي تؤثر في قوة الاضطرابات والناتجة عن الصدمة النفسية منها العمر، والخبرات الحياتية، وظروف الحياة والدعم النفسي الذي يحصل عليه الفرد بعد الاصابة بالحادث الصادم (فينكلهور Finkelhor، 2009).

ويحتاج الناس الذين تعرضوا لمثل هذه الصدمات لكثير من الوقت من أجل أن يمكنهم من إعادة بناء الثقة، واذا لم ينجح هؤلاء، يمكن أن تتطور لديهم اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD).ظهرت دراسات متعددة مستقلة ومراقبة أن علاج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة EMDR هو علاج فعال لاضطراب ما بعد الصدمة، بل إنه أحد الخيارات التي أوصى بها بشدة قسم الشؤون المحاربية لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، قامت بتطويرها فرانسيس شابيرو في عام 1989 حيث كان نظريًا قائمًا على افتراض وجود ذكريات وعواطف ومشاعر لا تعمل بشكل جيد، ويعانيها المريض أساسًا بسبب وجود الحزن غير الملائم داخل الذاكرة الضمنية للمريض. وتساعد حركة العين هنا في علاج تلك الذكريات عن طريق نقلها من الذاكرة الضمنية إلى الذاكرة الواضحة التي تكون عندئذ ذاكرة مفيدة طبيعية.(وليد عبد الحميد، 2013).ويعد علاج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) علاجا نفسيا معترفاً به علميا لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة. بالنظر إلى الأبحاث الحديثة التي تشير إلى أن الصدمة وغيرها من التجارب الحياتية المعاكسة يمكن أن تكون أساسًا للاكتئاب. (وولكر Walker، 1991). وقد تم تأكيد الآثار الإيجابية لهذا العلاج من خلال التحليل التلوي لـ 26 دراسة عشوائية محكمة، والتي أشارت إلى أن علاج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) يقلل بشكل كبير من أعراض اضطراب

ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق والضيق الذاتي لدى مرضى اضطراب ما بعد الصدمة. أشار تحليل المجموعة الفرعية إلى أن مدة العلاج التي تزيد عن 60 دقيقة لكل جلسة كانت عاملاً مساهماً رئيسياً في تخفيف القلق والاكتئاب، وأن المعالج الذي لديه خبرة في إجراء العلاج الجماعي لاضطراب ما بعد الصدمة كان عاملاً رئيسياً في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (شين وآخرون .Chen et al، 2014).

وفي هذا الفصل سيتم تناول أربعة مباحث، الأول الصدمة وسيتم الحديث عن أعراضها وأسبابها. كما شمل المبحث الثاني اضطراب ما بعد الصدمة أسبابها وأعراضها والنظريات المتعلقة بها،ليكون الثالث علاج إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة EMDR تطوره نظرياتهوالبروتوكولات العلاجية المرتبطة به واجراءات العلاج.ليختم الفصل بالمبحث الرابع "الاكتئاب أعراضه أسبابه ونظرياته والدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة.

2.2 الصدمة

2.2.1 تعريف الصدمة

المعنى االأصلي لكلمة صدمة هو الكلمة اليونانية والتي تعني الجرح أو الضرر الذي يلحق بأنسجة الجسم واليوم تستعمل عبارة صدمة نفسية لوصف وضع يواجه فيه الشخص حدثا صعبا، عندما يولي الناس اهتمامًا انتقائيًا بتذكيرات ماضيهم المزعجة، يصبح النوم هو العدو وتصبح الحياة عديمة اللون. في مجال الصدمات النفسية، تختلف الذاكرة الصادمة اختلافًا جذريًا عن أنواع الذاكرة الأخرى، مما يُسبب احتمالًا لارتباك كبير وسوء استخدام التقنيات العلاجية. (ليفين وفريدريك Levine & Frederick، 1997) .

غالبًا ما يستخدم الناس كلمة "صدمة " بمعنى عام عندما يصفون أحداثًا مرهقة جدًا في الحياة. على سبيل المثال، تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) "الصدمة" كرد فعل عاطفي للشخص على

حدث سلبي (مزعج) للغاية. ,وفي APA، يصف هذا التعريف الصدمة كحدث شهده أو شاهده شخص ينتج عنه أعراض تطفلية،وتجنب، وتغيرات سلبية في الإدراك والحالة المزاجية، وتغييرات في الإثارة والتفاعل (APA، 2001). ويصف فلانيري الصدمة بأنها "حالة الخوف الشديد التي نختبرها عندما نواجه حدثًا مفاجئًا وغير متوقع، قد يهدد الحياة، وليس لدينا سيطرة عليه، والتي لا نستطيع أن نرد عليها بشكل فعال بغض النظر عن مدى صعوبة المحاولة (فلانري Flannery، 2012).

وذكر (محمود ابو النيل،1989) أنه كما أشار فرويد في مرحلة مبكرة من مراحل التحليل النفسي إلى أن أسباب العصاب ترد إلى تجارب صادمة من الماضي المتعلق بالطفولة المبكرة وفي مرحلة تالية يرجع التأثير النفسي للصدمة لدي الراشد إلى عاملين أحدهما الاستعداد الموروث من ناحية ،والثاني الاستعداد المكتسب في الطفولة المبكرة من ناحية أخري. وقد استخدم فرويد معني الصدمة ليدلل على معاني ثلاثة منها الصدمة العنيفة والكسر اوالاصابة بعاهة وآثرها على الإنسان، ويضيف فرويد بأن أثر العامل الصدمي قد انحسر إلى ما أسماه في صياغات أخري بالاحباط.

تدل الكلمة على معناها المباشر وهو صدمة تسبب جرحا أو إصابة والمعني النفسي للصدمات النفسية، ومن أمثلة الحالات النفسية التي تنشأ عن الصدمات بأنواعها مثل الحوادث الفردية والجماعية كالحروب والكوارث. (لطفي الشربيني ٢٠٠٦)

بعبارة أخرى يشير روزينبلوم وآخرون Rosenbloom et al. (2010) إلى أنه يمكن أن تؤدي بك الصدمة الي الشعور بأنك خارج نطاق السيطرة ، من الطبيعي أن تشعرك الصدمة بشعور غير طبيعي، وقد أظهرت الأبحاث أن الصدمة يمكن أن تؤثر على الطريقة التي تفكر بها، والطريقة التي يشعر بها جسمك وتتفاعل، وحالتك المزاجية وعواطفك، والطريقة التي تتصرف بها مع الآخرين.

وقد أشار دولمس وآخرون .Dulmus et al إلى أن إدراك الفرد لحدث ما على أنه إجهاد، في سياق معين، هو الذي يحدد حدث الحياة أو الظرف على أنه أزمة. ويؤدي هذا الي اضطرابات في التوازن النفسي، وتشمل الخبرة النفسية العجز والانفصال وفقدان السيطرة وصعوبة التواصل ،ومشاعرالخوف المزمنة أو المضطربة والضعف ، (دولمس وآخرون، 2014).

في هذا الفصل ستتناول الباحثة جميع المصطلحات المرتبطة بالصدمة النفسية والنظريات المفسرة لها وكذلك المصطلحات والنظريات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة ونظرياتها، بالإضافة إلى موضوعات متعلقة بفرضيات نظام الامدر EMDR، وتجارب البروتوكولات السريرية المستقلة، والمراقبة.

2.2.2 الأسباب النفسية للصدمة

عندما يسمع المرء كلمة "الصدمة"، عادة ما يفكر المرء في أحداث مثل الحرائق والانفجارات وحوادث السيارات والأعاصير والفيضانات، ولكن شابيرو (2001) ميزت بين الصدمات الصغيرة (الصغيرة t) والصدمات الكبيرة (الكبيرة T). قد تكون الصدمات الصغيرة أكثر دقة وتأثيراً على. وعلي الرغم من عدم ادراج تعريف الصدمة الصغيرة ضمن تعريفات DSM-5 من اضطراب ما بعد الصدمة لأنهم لا يُنظر إليهم على أنهم يهددون الحياة، إلا أنه قد تكون مجموعات الصدمات الصغيرة ضارة للغاية للشخص ويمكن أن تسهم في مشاكل كبيرة للأفراد. كما أنه تؤثر مجموعات الصدمة هذه على المعتقدات حول الذات والآخرين والعالم وتؤثر على احترام الذات وتعريف الذات والثقة بالنفس والسلوك الأمثل. وفى الوقت نفسه قد تحافظ الصدمات الصغيرة على القدرة على استنتاج الأفكار والسلوكيات السلبية ولديها القدرة على التأثيرات الأخرى طويلة المدى. (هندريكس Hendriks، 2014).

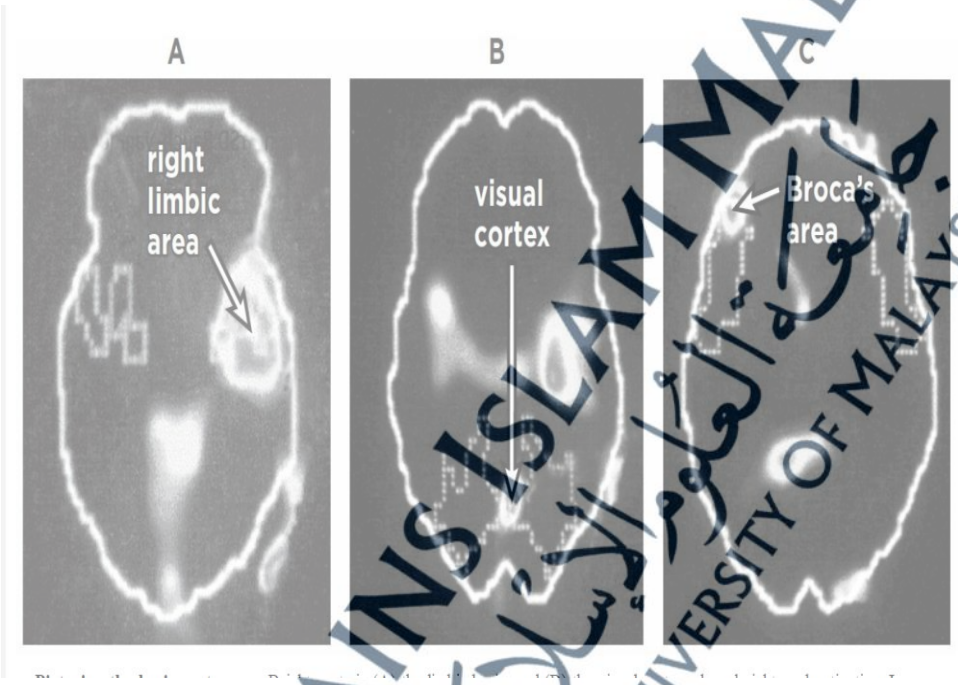
فالاعتداء الجنسي من أشخاص مجهولين، سواء كانوا جماعيين أو فرديين، الأزمة التي تؤدي إلى الموت أو العجز، الأزمة الطبيعية مثل الزلازل والبراكين، الأعمال العدائية والأعمال العدائية، التعذيب، الهجوم الإرهابي، الطرد، النزوح، مراقبة وفاة الآخرين، وفاة الوالدين في مرحلة الطفولة إلى حدوث أمراض خطيرة مثل السرطان،مشاعر الرفض،الطلاق أو الانفصال،. (محمد الحجار، 1998).

2.2.3 التفاعل بين الصدمة والدماغ

فتحت تقنيات تصوير الدماغ في اوائل التسعنيات من القرن الماضي قدرات غير ملحوظة لاكتساب فهم متطور للطريقة التي يعالج بها الدماغ المعلومات، ساعد علي ذلك وجود الالات العملاقة التي تستند إلى الفيزياء المتقدمة وتكنولوجيا الكمبيوتر والتي جعلت علم الاعصاب واحدة من اكثر الموضوعات البحثية الشائعة.حيث يمكن للتصوير المقطعي بالاصدار البوزيثروني (PET)، والتصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي (FMRI)في وقت لاحق من تصوير العلماء لكيف يتم تحفيز اجزاء مختلفة من الدماغ عندمايشارك الناس في مهام معينة او عندما يتذكرون أحداث من الماضي.لأول مرة يمكننا مشاهدة الدماغ وهو يعالج الذكريات والأحاسيس والعواطف ويبدأ في تخطيط دوائر العقل والوعي ، أتاحت التكنولوجيا السابقة لقياس المواد الكيميائية في الدماغ مثل السيروتونين أو النوربينيفرين للعلماء أن ينظروا إلى ما غذى النشاط العصبي، والذي يعد مثل محاولة فهم محرك السيارة عن طريق دراسة البنزين. جعل التصوير العصبي متاح كأنه من الممكن الرؤية داخل المحرك. وقد حول ذلك فهمنا للصدمة. وفي بحث أجرته ريتا فيسلر في محاولة لجمع بعض شظايا الصدمة من خلال التجربة التي أُجريت علي مجموعة من الافراد الذين تعرضوا لاجزاء من القصة الصدمية اشتملت علي (الصور –المشاعر – الاصوات) بدلاً من القصة بأكملها. أظهرت الدراسة بوضوح أنه عندما يتم تقديم صور أو أصوات أو أفكار للأشخاص المصابين بصدمات تتعلق بتجربتهم

الخاصة، فإن رد فعل اللوزة يتفاعل مع المنبه حيث اننا نعتمد على اللوزة لتحذيرنا من خطر وشيك وتفعيل استجابة الجسم للتوتر (فان دير كولك، 2015).

صور الدماغ على الصدمة. تظهر البقع المضيئة في (أ) الدماغ الحوفي و (ب) القشرة البصرية، تنشيطًا عاليًا. في الرسم (ج)، يظهر مركز خطاب الدماغ انخفاضًا ملحوظًا في التنشيط.



المرجع: فان دير كولك (2015)

الرسم البياني 2.1: تصوير عمل الصدمة على الدماغ

2.3 اضطرابات ما بعد الصدمة

2.3.1 المقدمة

سُمي هذا الاضطراب بأسماء ومصطلحات متعددة، ولأنه ارتبط أصلا بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلح على تسميته بمتلازمة ما بعد فيتنام، والحالات الصدمية ما بعدفيتنام، ومتلازمة معسكرات الأسر، ومتلازمة ما بعد معسكرات الآسر، ومتلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة، وعصاب الصدمة النفسية ثم استقر في

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA

التصانيف الطبية النفسية بصورها الأخيرة على تسميته باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (هربرت وفورمان Herbert & Forman، 2006).

يجب أن يتعرض الفرد لحدث صادم ينطوي على وفاة فعلية أو مهددة أو إصابة خطيرة، أو تهديد للسلامة الجسدية للذات أو الآخرين. من الضروري أيضًا أن يختبر الفرد إستجابة في ذلك الوقت تنطوي على خوف شديد وعجز أو رعب. وتتسبب في ضائقة أو ضعفًا كبيرًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات العمل المهمة, يحدث اضطراب الإجهاد الحاد (ASD) في غضون شهر واحد من حدث صادم،و يجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة شهر واحد على الأقل (بيسون وأندرو Bisson & Andrew، 2007).

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الحالي للاضطرابات العقلية، DSM-5، وهو دليل يستخدمه الأطباء السريريون لتشخيص حالات الصحة العقلية. في السنوات السابقة، يندرج اضطراب ما بعد الصدمة تحت فئة من الظروف ذات الصلة بالقلق. وقد وضعت النسخة الحالية من الدليل اضطراب ما بعد الصدمة تحت فئة الاضطرابات المرتبطة بالصدمات والضغط النفسي. وتعرف منظمة الصحة العالمية WHOفي التصنيف الدولي الحادي عشر (LCD-11) اضطرا ب ضغوط ما بعد الخبرة الصادمة: بأنها استجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط مستمر لفترة قصيرة أوطويلة، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، ويحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين. (احمد عكاشة،1992).

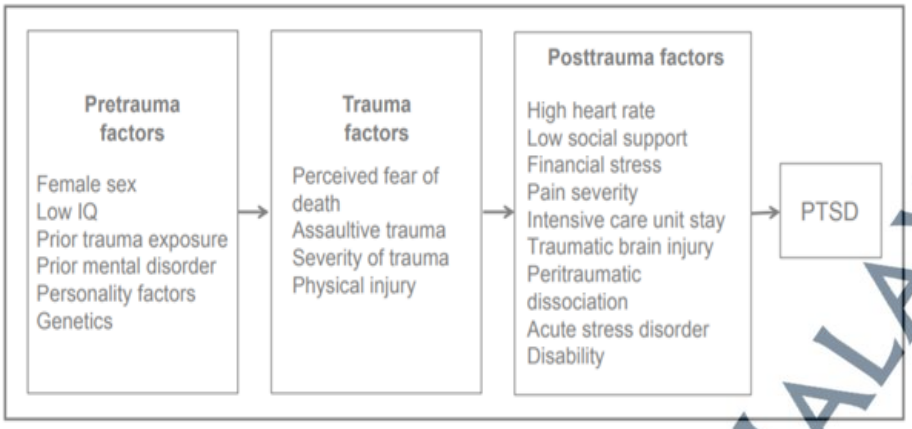
وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي اضطراب ما بعد الصدمة على أنه ذلك الحدث الذي يكون خارج حدود الخبرة الإنسانية الاعتيادية، والتي تكون ضاغطة ومؤلمة ومزعجة ومصاحب بمشاعر الخوف أو الرعب أو العجز . (DSM-IV، 1994).

ويعرفها النابلسي: هو رد فعل شديد على الحادث الصادم ويتميز رد الفعل هذا بثلاثة أصناف كبرى من الاعراض. (النابلسي،1999).

2.3.2 اسباب اضطراب ما بعد الصدمة

الصدمة كلمة تُعيد إلى الذهن آثار الأحداث الكبرى مثل الحرب أو الاغتصاب أو الاختطاف أو الإساءة أو النجاة من كارثة طبيعية كما أنها تُعرف الآثار العاطفية لمثل هذه الأحداث، التي تعترف بها المجتمعات الطبية والنفسية، وبشكل متزايد من قبل عامة الناس، باسم اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). يوجد الآن مجال جديد للتحقيق ليس مألوفًا حتى بالنسبة للمهنيين يُطلق عليه الصدمة العاطفية أو النفسية. سيجل وآخرون Segal et al.، 2005).

يحدث اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بعد حدث صادم، يتميز بأعراض إعادة تجربة الصدمة في شكل كوابيس، ذكريات الماضي والأفكار المؤلمة، وتجنب تذكير الحدث الصادم، والتغييرات السلبية في الأفكار والمزاج، وأعراض فرط الإثارة، الشعور بأنك علي حافة الهاوية، وشعور بالغضب، وصعوبة في النوم، ومشاكل في التركيز. (Bisson et al بيسون وآخرون، 2007). وهناك مجموعة كبيرة من المراجعات والدراسات حول عوامل خطر الاصابة باضطراب ما بعد الصدمة، الدراسات التي أجراها بوين وأخرون والتي أظهرت مجموعة من العوامل التي تساهم في الاصابة باضطراب ما بعد الصدمة مثل نوع الجنس حيث أشارت الدراسة إلى أن الإناث أكثر عرضة للإصابة من الذكور، وكذلك مستوي الذكاء وإحتمالية الإصابة بأي أمراض دماغية قبل الصدمة ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة التعرض لPTSD.بالإضافة إلى ضغوطات الحياة، علي سبيل المثال (سوء معاملة الاطفال، ضغوطات الحياة، التعرض لاضطرابات نفسية سابقة لاسيما اضطرابات القلق، الاضطرابات المزاجية، واضطرابات السلوك. (شابيرو وآخرون ، 2018).



الرسم البياني 2.2: أسباب اضطراب ما بعد الصدمة

ومن جهة أخرى يتطور هذا الاضطراب كاستجابة متأخرة لتجربة أو مشاهدة حدث مرعب، مثل كارثة طبيعية أو حرب أو حادث شديد أو مشاهدة وفاة شخص ما في حدث يهدد الحياة، ليكون هو نفسه ضحية للتعذيب والإرهاب والاعتداء الجنسي إلخ. ممكن للأشخاص الذين عاشوا في أحداث مؤلمة أن يواجهوا تحديات عاطفية بعد فترة طويلة من وقوع الحدث. وعلى الرغم من أنه من الشائع أن يواجه الأشخاص تحديات عاطفية بعد الصدمة، إلا أن أعراضهم يمكن أن تقل شدتها بمرور الوقت مع استمرارهم في الشفاء. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يجدون أنفسهم يعانون من أعراض لا تزال تسبب لهم ضائقة كبيرة. حيث يتطور اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة للأحداث التي تهدد الحياة بالإضافة إلى الصدمة نفسها. وإدراك الضحية لدرجة التهديد قد تم وضعه تحت، قد يكون مهم جدا. (فلانري، 2012).

وتترك الأحداث التي تهدد الحياة جراحًا أو أضرارًا يمكن أن تكون جسدية أو نفسية، مثل موت شخص محبوب أو انفجار أو فشل غير متوقع في الاختبار الذي يسبب تحفيزًا عاطفيًا هائلاً يدوم طويلاً يزعج النظام النفسي للفرد، يسبب فقدان توازنه النفسي علاوة على أنه قد يعاني بعض المتعرضين للصدمة سواء بالتعرض المباشر أوعن طريق المشاهدة لذكريات مخيفة وطاغية وأحلام مزعجة وكوابيس، وهذا يعني

عودة المعاناة المتواصلة للوقائع الصادمة نفسياً من جديد في شكل صور أو أصوات وأحاسيس تؤثر في تفعيل التذكر بالصدمة النفسية..علي سبيل المثال أن الطفل الذي تعرض للإيذاء الجنسي من قبل أخوه الأكبر قد يصدق في نفسه أنه شخص سئ، فيردد "أنا سيء" أو "العالم غير آمن". والسبب في هذا أنه عندما يتعرض الفرد لحدث صادم، يمكن للحدث أن يصبح راسخًا (أو ثابتًا) في صورة معتقدات غير عقلانية مشاعر سلبية؛ الطاقة المحظورة / أو الأعراض الجسدية، مثل القلق، والرهاب، وذكريات الماضي، والكوابيس، / أو المخاوف (براون وأخرون .Browen et al، 2005).

وعلي الرغم من مرور فترة على الإصابة ومواجهة الحدث الصادم، إلا أنه قد يظل يعاني الشخص يعاني من العديد من الاضطرابات والصعوبات التي تحدث، مثل الشره المرضي العصبي، واضطراب الشخصية الحدية، وإدمان المواد المخدرة، والعلاقات الفوضوية المسيئة، والمشاكل المالية، وأكثر من ذلك، على الرغم من أن الصدمات النفسية التي تسببت في اضطراب ما بعد الصدمة قد تجاوزت زمنًا طويلًا – ويعود السبب في ذلك جزئيًا إلى أنها تجاوزت فترة طويلة ولم يتم علاجها – إلا أن حياة هؤلاء الأفراد غالباً ما تكون محطمة، وهم يعانون من معاناة كبيرة وإعاقة كبيرة. (ألرس وآخرون .Ehlers et al، 2000). علاوة على أن اضطراب ما بعد الصدمة بعد التعرض لحادث صادم يتميز بأعراض إعادة تجربة الصدمة (في شكل كوابيس، ذكريات الماضي والأفكار المؤلمة)، وتجنب تذكير الحدث الصادم، والتغييرات السلبية في الأفكار والمزاج، وأعراض فرط الإثارة (الشعور بالحافة، الوجود أذهل بسهولة، وشعور بالغضب، وصعوبة في النوم، ومشاكل في التركيز). (فُوَا وأخرون .Foa et al، 2001).

من الممكن أن يصبح الحدث مقفلاً أو "عالقاً" في شبكة الذاكرة في شكله الأصلي، مما يتسبب في وجود مجموعة من أعراض الصدمة أو اضطراب ما بعد الصدمة، تقوم المشغلات بتنشيط الصور والأحاسيس الجسدية، والأذواق، والروائح، والأصوات، والمعتقدات التي قد تردد التجربة كما لو كانت في يوم حدوثها

في الأصل أو تسبب تشوهات أخرى في إدراك الأحداث الجارية. التذكير بالحدث به القدرة على إثارة استجابة عاطفية أو جسدية. بالإضافة إلى أن الصدمات (صدمات الدماغ)، تذهل العقل، وتجمد الجسم. إنها تطغى على ضحاياها المؤسفة وتلقي بهم وهم يبحرون في بحر هائج من العذاب والعجز واليأس، بالنسبة للمعالج، فإن مشاهدة مثل هذا اليأس لدى العملاء هو الشعور بدعوة قوية لتخفيف هذه المعاناة بشكل فعال، على نحو متزايد، يتم جذب المعالجين للعمل بذكريات مؤلمة حيث أصبحت التقنيات المختلفة (وفروعها) معروفة على نطاق واسع وتدرس وتمارس. وصلت هذه الطرق المختلفة إلى الساحة بهذا الترتيب الزمني التقريبي: السحر، والتنويم المغناطيسي، والتحليل، والتعرض، والتجربة الجسدية (SE)، وإعادة معالجة حساسية حركة العين (EMDR)، ومختلف "علم نفس الطاقة". (بروين وهولمز Brewin & Holmes، 2003).

ومن خلال ما سبق فإننا نستطيع القول بأن هناك عاملين رئيسين في مراجعة الحدث على أنه صدمة، وهما:

1. طبيعة الحدث: عادة ما تكون الأحداث المروعة إما خطراً جسدياً أو نفسياً، أو الأحداث التي تسبب الخوف من التعرض للموت أو الإصابة الشديدة.
2. مراجعة الضحية للحدث نفسه: هناك بعض الأحداث التي تصدم الجميع في الغالب مثل الاعتداء الجنسي، ولكن بعض الأحداث قد تكون أقل صدمة للناس من غيرهم. في هذه الحالات، يتعلق الأمر بالطريقة التي وقع بها الحدث وأي عواقب كان بعدها). (وليد عبد الحميد، 20013)

بالاضافة إلى ذلك توجد بعض العوامل الأخري والتي تسهم في احتمال تطور الكرب التالي للصدمة مثل الحالة الصحية (عقلية أو بدنية)،استجابة عاطفية أثناء الصدمة،نوع الصدمة،الجنس (أظهرت الدراسات أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب ما بعد الصدمة، وهناك عوامل أخري مثل

العمر،الحالة الزوجية،نظام دعم عاطفي،تجربة التعرض لضغوط إضافية بعد الصدمة. (ويلسون وأخرونWilson et al.، 2018).

2.3.3 أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو حالة نفسية يتم تسريعها بشكل مباشر من خلال حدث يهدد حياة الشخص أو سلامته الجسدية ويستدعي استجابة من الخوف أو العجز أو الرعب، لذلك عندما يتنبه الناس بشكل انتقائي لتذكيراتهم المزعجة في الماضي، يصبح النوم هو العدو وتصبح الحياة عديمة اللون تحت أي صدمة نفسية؛ هناك تشويش أكثر من مجرد الذاكرة المؤلمة. لخصت ورقة (يوهولا، 1998) النتائج المستخلصة من الدراسات الحديثة التي فحصت الاستجابة البيولوجية الحادة وطويلة المدى للإجهاد الناتج عن الصدمة لدى الأشخاص الذين يظهرون في غرفة الطوارئ فور التعرض للصدمة، حيث أظهرت هذه الدراسات زيادة في معدل ضربات القلب وانخفاض مستويات الكورتيزول في وقت الحدث الصادم لدى المصابين باضطراب ما بعد الصدمة في وقت المتابعة مقارنة بمن لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. في المقابل، فإن بعض السمات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، مثل الأعراض التدخلية والاستجابات المفاجئة والمبالغ فيها، لا تظهر إلا بعد أسابيع من الصدمة. تشير النتائج إلى أن تطور اضطراب ما بعد الصدمة يمكن تسهيله من خلال استجابة بيولوجية غير نمطية في أعقاب حدث صادم مباشرة، مما يؤدي بدوره إلى حالة نفسية غير قادرة. قد يحاول الشخص تجنب مشاعره من خلال استخدام أو إبعاد نفسه عن بعض الأشياء علاوة على الشعور بالإثارة المفرطة. .؛ وهي صعوبة النوم – والشعور بالإفراط في الانفعال أو الغضب – وصعوبة التركيز، سيشعر الشخص باستمرار بالذعر من الخطر الذي يأتي من كل زاوية– والشعور بالدهشة– ولديه أفكار ومعتقدات سلبية– صعوبة تذكر التفاصيل المهمة للحدث الصادم–

وفقدان الاهتمام بالأنشطة المهمة– ومشاعر الانفصال– ومشاعر الافتقار أو السعادة أو الحب– ومشاعر قصر الحياة. (سارين Sareen، 2014).

وتنقسم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة إلى ثلاث مجموعات منفصلة بما في ذلك:

1. إعادة المعاناة (*Reexperiencing*):

أ. أفكار متكررة مزعجة أو ذكريات عن حدث صادم.

ب. وجود الكوابيس المتكررة.

ج. الشعور وكأن الحدث كان يحدث مرة أخرى، ويطلق عليه أحيانًا اسم (الفلاش باك).

د. مشاعر قوية من الضيق عند تذكرالحدث.

هـ. أن تكون مستجيباً جسديًا، مثل زيادة معدل ضربات القلب أو التعرق، عند تذكير الحدث.

2. التجنب (*Avoidance*)

يرتبط اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة PTSD ارتباطاً وثيقاً بالتجنب العاطفي، يحاول العديد من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة الهروب من عواطفهم، هذا هو جزء من مجموعة تجنب أعراض PTSD يشير التجنب إلى أي إجراء مصمم لمنع حدوث مشاعر غير مريحة مثل الخوف أو الحزن أو الخجل.

على سبيل المثال، قد يحاول الشخص تجنب المشاعر من خلال استخدام المواد أو الانفصال عنها. ويتجلي ذلك في التصرفات الآتية:

أ. بذل جهد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات حول الحدث الصادم.

ب. المحاولة بنشاط تجنب الأماكن أو الأشخاص الذين يذكرونك بالحدث الصادم.

ج. يبق الفرد نفسه مشغولًا جدًا في أن لا يكون لديك وقت للتفكير في الحدث المؤلم.

3. الإفراط *Hyperarousal*

أ. وجود صعوبة في السقوط أو النوم –الشعور بمزيد من الانفعال أو الانفعال من الغضب––صعوبة في التركيز

ب. الشعور باستمرار الترقب أو أن هناك خطر يترصد في كل زاوية ––الشعور بالثبوت أو الدهشة

ج. الأفكار السلبيه والمعتقدات (*negative thoughts and beliefs*)

د. وجود صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من الحدث الصادم –فقدان الاهتمام بنشاطات مهمة، – شعور بالبعد عن الآخرين––تعاني نقص الشعور بالسعادة أو الحب– –الشعور كما لو أن حياتك قد تكون قصيرة.

2.3.4 التشخيص القياسي لاضطراب ما بعد الصدمة

وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الحالي لاضطرابات ما بعد الصدمة– DSM-5، قبل مراجعة معايير التشخيص، تجدر الإشارة إلى أن هناك بعض التغييرات في الإصدار الأخير من DSM فيما يتعلق بتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة. أكبر تغيير في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية هو إزالة اضطراب ما بعد الصدمة من فئة اضطراب القلق ووضع فئة تسمى "الصدمات والاضطرابات المرتبطة بالتوتر". حيث أن العيش في الحدث الصادم من خلال ذكريات حزينة وغير مرغوبة وكوابيس حية وذكريات سابقة. قد تشمل المشاعر اضطرابًا شديدًا أو تفاعلات جسدية مثل خفقان القلب أو عدم القدرة على التنفس كلما تذكر الحدث الصادم. الأفكار والمشاعر السلبية مثل الخوف أو الغضب أو الذنب أو الخداع أو التوتر في معظم الأوقات. قد يلوم الشخص نفسه أو الآخرين على ما حدث أثناء أو بعد الحدث الصادم، وسيشعر وكأنه وحيد بدون أصدقاء أو أسرة، ويفقد الاهتمام بالأنشطة اليومية.والشعور

بالأذى، مشاكل أثناء النوم أو التركيز، أو الشعور بالغضب، أو المخاطرة، أو سهولة الشعور بالدهشة، أو القلق دائمًا من المخاطر القادمة المحتملة. تزيد تجربة صدمة الطفولة من احتمالية إصابة المريض باضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب وتعاطي المخدرات. قد يطور بعض الأشخاص عادات مثل شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات كطريقة للتعامل معها .

2.3.5 معايير اضطراب ما بعد الصدمة

وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الحالي لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة، DSM-5. يوجد ثمانية معايير لاضطراب ما بعد الصدمة:

1. المعيار أ: الإجهاد (*Stressor*)

التعرض أو التهديد بالوفاة أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي بواحدة أو أكثر من الطرق الأتية: لقد اختبرت الحدث بشكل مباشر، لقد شاهدت شخصياً الحدث يحدث لشخص آخر، السماع عن قريب أو صديق مقرب ممن تعرضا لموت عارض أو عنيف، تكرر التعرض غير المباشر لتفاصيل حزينة للحدث (الأحداث). يمكن أن يحدث هذا في سياق الواجبات المهنية (المستجيبون الأولون، أو من يقومون بتجميع أجزاء الجسم وقت وقوع الكوارث والأزمات ، أو المتخصصون الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل إساءة معاملة الأطفال). وهذا لا يشمل التعرض غير المهني غير المباشر من خلال الوسائط الإلكترونية أو التلفاز أو الأفلام أو الصور.

2. المعيار ب: أعراض الاختراق (*Intrusion Symptoms*)

يتم إعادة اختبار الحدث المؤلم باستمرار بإحدى الطرق الأتية أو أكثر:

أ. ذكريات متكررة وغير طوعية وتدخلية. قد يعبر الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ستة أعوام عن هذه الأعراض من خلال اللعب المتكرر الذي يتم التعبير فيه عن جوانب الصدمة.

ب. كوابيس مؤلمة أو أحلام مزعجة مع محتوى متعلق بالحدث. قد يكون للأطفال أحلام مخيفة دون محتوى متعلق بالصدمة.

ج. ردود الفعل الانفصالية، مثل ذكريات الماضي، التي تشعر فيها أن التجربة تحدث مرة أخرى. قد تحدث هذه على سلسلة متصلة من حلقات قصيرة إلى فقدان كامل للوعي. يمكن للأطفال إعادة تمثيل الأحداث في اللعب اضطراب شديد أو متواصل بعد التعرض للتذكر الصادم.

د. تفاعل فاعلية ملحوظ، مثل زيادة معدل ضربات القلب، بعد التعرض للتذكير الصادم.

3. المعيار ج: التجنب (*Avoidance*)

التجنب المستمر المتواصل للتذكيرات المرتبطة بالضربات الصادمة بعد الحدث كما يتضح من أحد أو كلا الأمرين التاليين:

أ. تجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.

ب. تجنب التذكيرات الخارجية المتعلقة بالصدمات، مثل الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو الأنشطة أو الأشياء أ و المواقف.

4. المعيار د: التعديلات السلبية في المزاج (*Negative Alterations in Mood*)

التغيرات السلبية في الإدراك والحالة المزاجية التي بدأت أو ساءت بعد الحدث الصادم كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلى: عدم القدرة على تذكر السمات الرئيسية للحدث الصادم،هذا هو عادة فقدان الذاكرة الانفصامية، وليس بسبب إصابة الرأس، والكحول، أو المخدرات، لكن بسبب معتقدات وتوقعات سلبية متشائمة وغالبا ما تكون مشوهة عن الذات أو العالم، مثل "أنا سيئة" أو "العالم خطير تمامًا"،اللوم

المشوه المستمر لنفسه أو للآخرين ، استمرار المشاعر السلبية، بما في ذلك الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب أو العار، انخفاض الاهتمام بشكل ملحوظ في الأنشطة التي اعتادت أن تكون ممتعة، الشعور بالغربة أو الانفصال عن الآخرين، عدم القدرة على مواجهة المشاعر الإيجابية، مثل السعادة والحب والفرح.

5. المعيار هـ: التعديلات في الإثارة والفاعلية (*Alterations in Arousal and Reactivity*)

التغيرات المرتبطة بالصدمة في الإثارة والتفاعلية التي بدأت أو ساءت بعد الحدث الصادم، بما في ذلك اثنان أو أكثر من الأمور التالية:السلوك العصبي أو العدواني ،سلوك تدميري ذاتي أو متهور،الشعور باستمرار انك "على أهبة الاستعداد" حيث الخطر يترصد في كل ركن ، رد فعل مبالغ فيه،مشاكل في التركيز.

6. المعيار و: المدة (*Duration*)

استمرار الأعراض في المعايير ب و ج و د و هـ لأكثر من شهر واحد.

7. المعيار ز: الدلالة الوظيفية (*Functional Significance*)

اضطراب كبير أو أعراض ذات صلة من مناطق مختلفة من الحياة، مثل الاجتماعية أو المهنية.

8. المعيار ح: الاستبعاد (*Exclusion*)

الاضطراب ليس بسبب الأدوية أو تعاطي المخدرات أو غيرها من الأمراض، اضطراب النوم (الجمعية الامريكية للطب النفسي، 2018).

2.3.6 النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة

يدور الموضوع حول النظريات المتعلقة باضطراب ما بعد الصدمة. بناءً على الدراسات السابقة التي أجراها، يمكن تقسيم النظريات إلى نظريتين، النظريات الكلاسيكية والحديثة. النظريات الكلاسيكية مثل

نظرية الاستجابة للضغط، والافتراضات المحطمة، ونظرية التكييف، ومعالجة المعلومات ونموذج القلق. والنظريات الحديثة مثل المعالجة العاطفية، والتمثيل المزدوج، وعلم النفس العصبي، ونموذج كلارك إيلرز المعرفي ونموذج ونظرية العلاج النفسي الإسلامي.

2.3.6.1 النظريات المبكرة

2.3.6.1.1 نظرية استجابة الإجهاد *Stress Response Theory*

قدم لهذه النظرية (هورويتز وويلنر Horowitz and Wilner، 1976 و1986) وهو رائد في مجال اضطراب ما بعد الصدمة بسبب اهتمامه الطويل الأمد بمعالجة الأفكار والصور والحالات المزاجية المتعلقة بالخسارة والصدمات، تمتلك نظريته جذورًا في الملاحظات المستنيرة ديناميكيًا لردود فعل الفجيعة الطبيعية وغير الطبيعية، وفي التقليد الطويل الذي يؤكد على تطور الناس للعوالم الافتراضية الفردية جادل هورويتز أنه عندما يواجه الصدمة، فإن استجابة الناس الأولية تصرخ على إدراك الصدمة، الرد الثاني هو محاولة استيعاب معلومات الصدمة الجديدة بمعرفة مسبقة، عند هذه النقطة يعاني الكثير من الأفراد المعلومات الزائدة التي لا يستطيعون خلالها مطابقة أفكارهم وذكرياتهم عن الصدمة بالطريقة التي يمثلون بها المعنى قبل الصدمة ردا على هذا التوتر، يتم تشغيل آليات الدفاع النفسي لتجنب ذكريات الصدمة ووتيرة المدى الذي يتم استدعاؤه، على سبيل المثال، قد ينكر الفرد الصدمة أو يشعر بالخدر أو يتجنب التذكير بها، ومع ذلك فإن الحاجة النفسية الأساسية للتوفيق بين الجديد والمعلومات القديمة تعني أن ذكريات الصدمة سوف تنفجر بنشاط إلى الوعي في شكل تدخلات، ذكريات الماضي، وكوابيس. توفر ذكريات الصدمة ذات الخبرة الواعية للفرد فرصة لمحاولة التوفيق بينها مع تمثيلات ما قبل الصدمة ويحتوي عمل هورويتز على العديد من الملاحظات المهمة وكان مؤثرًا جدًا على وجه الخصوص، وكان من أوائل المنظرين الذين أكدوا على تأثير

الصدمة على المعتقدات الأوسع حول الذات والعالم والمستقبل والنظر في الكيفية التي قد ينطوي بها التعافي على تغيير إدراكي بعيد المدى. إدراكًا لهذا المنظور الأوسع وقدرته على تفسير اتساع المعتقدات والعواطف التي واجهتها اضطراب ما بعد الصدمة.

2.3.6.1.2 نظرية الافتراضات المحطمة *Shattered Assumptions Theory*

تكمن أصول هذا النموذج المعرفي الاجتماعي أيضًا في تقاليد النماذج الداخلية الفردية أو العوالم الافتراضية التي على الرغم من أنها قد تكون وهمية، فهي تساعد على دعم الناس في حياتهم اليومية وتحفيزهم على التغلب على الصعوبات والتخطيط للمستقبل الافتراضات الشائعة الثلاثة التي تعتبر الأكثر أهمية في التأثير على الاستجابة للصدمة هي أن العالم خير، والعالم ذو معنى، والذات تستحق. أي أن الأشخاص الآخرين يميلون بشكل عام إلينا جيدًا، ونحن أنفسنا جيدون أخلاقيًا وذات نية حسنة، فهناك قواعد ومبادئ موثوقة تمكننا من التنبؤ بالسلوكيات التي ستنتج أي نوع من النتائج. لكن عندما تتعرض لهجوم من قبل غريب تمامًا دون أي استفزاز، والتورط في حادث مروري خطير أو تكون حياتنا مهددة، جميع هذه المواقف التي يمكن أن تكون صادمة من حيث أنها قد تحطم افتراضات عميقة وربما غير مدروسة حول كيف نعتقد أن العالم وأنفسنا بخير .DePrince &all, (دي برينس ، وآخرون ،2013).

2.3.6.1.3 نظرية التكييف *Conditioning Theory*

سعى هذا النهج إلى تطبيق نظريات التكييف المطورة لاضطرابات القلق الأخرى على اضطراب ما بعد الصدمة بعد نظرية التعليم التي وضعها مورر (1960)، تؤدي المرحلة الأولى من اكتساب الخوف من خلال التكييف الكلاسيكي إلى محفزات محايدة موجودة في الحالة المؤلمة التي تكتسب خصائص تثير الخوف

من خلال ارتباطها بالمحفز غير المشروط (في هذه الحالة، تلك العناصر من حالة صادمة تثير الخوف مباشرة). اقترح إيان وزيمرينج وكاداديل (1985) أن مجموعة واسعة من المحفزات المرتبطة ستكتسب القدرة على إثارة الخوف من خلال عمليات تعميم التحفيز وتكييف أعلى، على الرغم من أن التعرض المتكرر للذكريات العفوية من الصدمة سيكون كافيًا عادةً لإخماد هذه الارتباطات، إلا أن الانقراض سيفشل في الحدوث إذا حاول الشخص تشتيت انتباهه أو حجب الذكريات، مما يجعل التعرض غير مكتمل، إن تجنب المنبهات المشروطة، سواء من خلال تشتيت الانتباه أو حجب الذكريات أو غيرها من السلوكيات سيعززه انخفاض في الخوف، مما يؤدي إلى الحفاظ على اضطراب ما بعد الصدمة، في أثناء تطبيقهم نظرية التكييف لمحاربة قدامى المحاربين، كين وآخرون قدموا المزيد من الاقتراحات حول أصل أعراض محددة ؛ على سبيل المثال، اقترحوا أن فقدان الذاكرة في جوانب الصدمة يمكن أن يكون بسبب تجنب التفكير أو التحدث عنه، بالإضافة إلى كونه في حالة مزاجية مختلفة عند الاستدعاء مما كان عليه في وقت الصدمة قد يعكس الغضب والتهيج السلوكيات المكتسبة أثناء التدريب العسكري والتي يتم تعزيزها خلال الحياة المدنية من خلال تحقيق الأهداف المرجوة أو تقليل القلق).

في الآونة الأخيرة أظهر أورر وآخرون .Orr et al أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يطورون استجابات مشروطة بشكل أكثر سهولة للأحداث المنفردة بشكل عام وأن هذه الاستجابات يصعب إخمادها على الرغم من أن هذا يمكن أن يكون نتيجة اضطراب ما بعد الصدمة، فقد يعكس أيضًا الاختلافات الجينية أو المكتسبة قبل الصدمة في قابلية التأثر. (أورر وآخرون، 2000).

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA

2.3.6.1.4 نظرية المعالجة المعلومات *Information Processing Theory*

النظريات المعرفية التي ركزت بشكل رئيس على الحدث الصادم نفسه بدلاً من السياق الشخصي والاجتماعي الأوسع قد تم تسميتها نظريات "معالجة المعلومات، الفكرة المركزية هي أن هناك شيئًا خاصًا حول الطريقة التي يتم بها تمثيل الحدث الصادم في الذاكرة، وأنه إذا لم تتم معالجته بطريقة مناسبة، فسيؤدي إلى المرض النفسي.، يؤكد هذا النهج على الحاجة إلى دمج المعلومات حول الحدث في نظام الذاكرة الأوسع. ومع ذلك تُعزى صعوبة تحقيق ذلك إلى خصائص ذاكرة الصدمة نفسها أكثر من تعارضها مع المعتقدات والافتراضات الموجودة مسبقًا (Sampson Jr & others سامبسون جونيور وآخرون، 2003).

2.3.6.1.5 نموذج خشية القلق

جادل جونز وبارلو Jones and Barlow (1990) بأن المتغيرات المتورطة في المسببات والحفاظ على اضطراب الهلع متورطة أيضًا في اضطراب ما بعد الصدمة، وأن هناك تشابهًا ملحوظًا بين نوبات الهلع والصدمات الارتجاعية. في حين الاعتراف بدور الضعف البيولوجي، والصدمة نفسها، وتجربة العواطف الشديدة في ذلك الوقت، فإن النقطة الرئيسة هي إدراج العوامل المعرفية التي تحدث بعد الصدمة وتنتج دورة تغذية مرتدة من القلق. وهذا يعني أن المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يركزون اهتمامهم عليهم للحصول على معلومات حول "الإنذارات العاطفية" والمنبهات المرتبطة بها. على الرغم من أن الإنذار حقيقي في مواجهة الصدمة الفعلية، إلا أن الإنذارات الكاذبة يمكن أن تحدث لاحقًا في غياب الخطر، كما هو موضح في نموذج بارلو (1988) لاضطراب الهلع في اضطراب ما بعد الصدمة، ينصب اهتمام مخاوف الناس بالقلق على الإشارات المعرفية والفسيولوجية من وقت الصدمة الفعلية حيث إنهم يرغبون في

تجنب الكرب الناجم عن الإنذارات، تولد الإنذارات المكتسبة أعراضًا مفرطة الإثارة، والتي من خلال ارتباطها بالإشارات الموجودة في وقت الصدمة الأصلية (الإنذار الحقيقي) تؤدي إلى حلقة تغذية مرتدة سلبية تضمن ظهور أعراض تعاقب متتالية لمنع تشغيل الإنذارات حيث يميل الشخص إلى تجنب معلومات الانفعالات العاطفية على سبيل المثال من خلال تخدير الانفعالات العاطفية، وكذلك تجنب المنبهات الخارجية المتعلقة بالصدمات، جادل جونز وبارلو بأن أساليب التكيف والدعم الاجتماعي يمكن كما هو الحال في اضطرابات القلق الأخرى، أن تخفف من تعبير اضطراب ما بعد الصدمة.

2.3.6.2 النظريات الحديثة

2.3.6.2.1 نظرية المعالجة العاطفية (*Emotional Processing Theory*)

تم إعداده من قبل فو وروجرز وروزبيمان Foa, Riggs, and Rothbaum (1993-1998) وعدة طرق من أجل مراعاة تراكم المعرفة،لا سيما فيما يتعلق بضحايا الاعتداء والاغتصاب. كان أحد التطورات هو توضيح العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والمعرفة المتاحة قبل الصدمة وأثناء الصدمة وبعد الصدمة. واقترحوا أن الأفراد الذين لديهم آراء أكثر صرامة قبل الصدمة سيكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. يمكن أن تكون هذه وجهات نظر إيجابية جامدة حول الذات بأنها عالية الكفاءة والعالم آمن للغاية، وهو ما يتعارض مع الحدث، أو وجهات نظر سلبية جامدة حول الذات على أنها شديدة للغاية غير كفؤ والعالم خطير للغاية، وهو ما سيؤكده الحدث، وفي تطور آخركان زيادة التركيز على التقييمات السلبية للاستجابات والسلوكيات التي يمكن أن تؤدي إلى تفاقم تصورات عدم الكفاءة، وقد أشار "فوا وآخرون "بإيجاز إلى كيفية ارتباط هذه التقييمات بالأحداث التي وقعت في وقت الصدمة، بالأعراض التي وضعت بعد ذلك، يمكن للمعتقدات التي كانت موجودة قبل وأثناء وبعد الصدمة أن تتفاعل

لتقوية الحرجة المخططات السلبية التي تنطوي على عدم الكفاءة والخطر التي يفترض أنها تكمن وراء المزمنة اضطراب ما بعد الصدمة.

2.3.6.2.2 نظرية التمثيل المزدوج (*Dual Representation Theory*)

تقوم النظرية علي فكرة أن ذكريات الصدمة يتم تمثيلها بطريقة مميزة بشكل أساسي (جانيت، 1904 ؛ تير، 1990 ؛ فان "دير هارت وهورست، 1989، فان دير كولك وفان دير هارت، 1991). اقترح هؤلاء المؤلفون أن الاستجابات المرضية (على سبيل المثال، إعادة تجربة حية لا يمكن السيطرة عليها في الوقت الحاضر) تنشأ عندما تنفصل ذكريات الصدمة عن نظام الذاكرة العادية وأن الانتعاش ينطوي على تحويلها إلى ذكريات عادية أو سرد. ومع ذلك، لم يوضحوا ما إذا كانت الذكريات العادية للحدث الصادم يمكن أن توجد إلى جانب الذكريات المنفصلة، وكيف يتم تحويل شكل واحد من الذاكرة إلى شكل آخر، الطريقة الجديدة لفهم فكرة الذاكرة المنفصلة هذه هي افتراض أن هناك نظامين للذاكرة أو أكثر وأن معلومات الصدمة ممثلة بشكل أفضل في نظام واحد عن الآخر، اقترح العديد من علماء النفس المعرفي أن هناك نظام ذاكرة إدراكية منفصلة تسجل المعلومات التي لم تلق سوى القليل من الاهتمام الواعي، على سبيل المثال، حتى في ظل الظروف العادية للتحويل المتعمد، يفشل الناس في رؤية أشياء مرئية للغاية ولكن غير متوقعة أمام أعينهم، وهي ظاهرة تعرف باسم "العمى غير المقصود".

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA

2.3.6.2.3 علم النفس العصبي ونظرية التمثيل المزدوج (*Neuropsychology and Dual Representation Theory*)

ربط النظرية بالنتائج في علم الأعصاب الإدراكي،Brewin بروين (2014) سلط الضوء على أهمية اللوزة الدماغية في تنشيط استجابات الخوف والمسارات المختلفة التي يمكن أن تنقل معلومات الصدمة إلى اللوزة. ستؤدي المسارات التي تتضمن المعالجة بواسطة الحصين إلى وضع تمثيلات متكاملة ومتماسكة للخبرة الواعية، تقع في السياق الزمني والمكاني المناسب، ستكون هذه التوضيحات متاحة للتذكير المتعمد، ومع ذلك، يمكن أن تصل المعلومات إلى اللوزة عن طريق عدد من الطرق المختلفة، بشكل مستقل عن الحصين، لن تكون الذكريات التي تم تكوينها نتيجة للنشاط في هذه المسارات البديلة مفتوحة للتذكير المتعمد، أو يمكن تحديد موقعها في سياق زمني أو مكاني أوسع، ولكن يمكن الوصول إليها تلقائيًا عن طريق التذكيرات التي تذكرنا بالحدث ، وخاصة المثيرات الإدراكية، المشابهة لتلك المسجلة في ذاكرة الصدمة، هذا الإجهاد الناتج من تلك الذكريات له تأثيرات مختلفة جدا على الحصين واللوزة، يتم تعزيز الذاكرة الإدراكية في البداية عن طريق إطلاق هرمونات الغدة الكظرية والأدرينالين والكورتيكوستيرون، ويشكل الجهاز العصبي و اللوزة معًا آلية قوية لضمان الاحتفاظ بالأحداث العاطفية في الذاكرة بشكل تفضيلي.

2.3.6.2.4 النموذج المعرفي (*Ehlers and Clark's Cognitive Model*)

لفت Ehlers & Clark إهلرز وكلارك (2000) الانتباه إلى المفارقة في اضطراب ما بعد الصدمة حيث يشعر المرضى بالقلق بشأن المستقبل، على الرغم من أن الصدمة كانت في الماضي. اقترحوا أن استجابات مرضية للصدمة تنشأ عندما يعالج الأفراد المعلومات المؤلمة في الخارج والتي تنتج إحساسًا بالتهديد الحالي، إما تهديدًا خارجيًا للسلامة أو تهديدًا داخليًا على الذات والمستقبل. تشمل الآليتان الرئيسيتان

اللتان تنتجان هذا التأثير تقييمات سلبية للصدمة أو عقابيلها وطبيعة ذاكرة الصدمة نفسها. وحددوا مجموعة واسعة من التقييمات السلبية ذات الصلة، تركز بعض هذه الأمور على الحدث الصادم وإدراك الإشارات العامة للخطر (على سبيل المثال، "يمكن للآخرين أن يروا أنني ضحية") أو التقييم السلبي للأفعال الخاصة (على سبيل المثال، "أنا أستحق أن تحدث لي أشياء سيئة" "). تركز التقييمات الأخرى على العواقب، مثل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة من التخدير ("لن أكون قادرًا على التواصل مع الناس مرة أخرى")، وردود فعل الآخرين يعتقدون أنني أضعف من أن أتعامل بمفردي، تشرح النظرية الأنواع المختلفة من التقييم، التي تنطوي على مخاطر مختلفة، وانتهاك المعايير من قبل الذات أو الآخرين، أو الخسارة وهي مجموعة متنوعة من المشاعر التي أبلغ عنها مرضى اضطراب ما بعد الصدمة (جرسس وأخرون Grezes et al.، 2004).

2.3.6.2.5 نظرية العلاج النفسي الاسلامي

في أوج الحضارة العربية ظهر لدي العرب أطباء ورثوا تعليم أبي قراط وجالينيوس كانوا أساتذة في الطب الجسمي والنفسي علي حد سواء حيث أثبتوا طرقا علمية لا تقل أهمية أو منهجية عن الطرق المستخدمة في العصر الحاضر، في مقدمتهم ابن سينا 980-1037، وكان ابن سينا يقوم بمعالجة مرضاه من الكآبة السوداء أو المنخوليا. وقد تحدث عن أعراضه المتمثلة في الظن بالآخر، الشعور بالاضطهاد، الخوف بلا سبب، سرعة الانفعال، الغضب، الدوار، والاختلاجات والوحشة والكرب،وفي بداية الثمانينات من القرن العشرين استكملت محاولات تطبيق العلاج النفسي الإسلامي، حيث يُعد العلاج النفسي إلى مساعدة الفرد على تعديل سلوكه من خلال السيطرة الواعية عليه على نحو يساعد على التصالح مع نفسه ومجتمعه والكون والتصالح مع الله. (العويضة، 2011)،هذا وقد أدرك أبو حامد الغزالي أهمية علاقة الجسد

بالنفس وقال إن الانسان بإمكانه إدراك ما لا تدركه حواسه. وأشاد في كتابه (إحياء علوم الدين) إلى كيفية علاج الانحرافات السلوكية (الغضب، الحسد، الوباء، العدوان،الغل،الخوف (عائشة نحوي، 2015).

ويمر العلاج النفسي بمراحل اربعة حسبما اشار المهدي: الاعتراف، التفريغ،التبصير،تكوين قيم واتجاهات اسلامية جديدة. (المهدي، 1998).

2.4 الإطار النظري (*Theoretical Framework*)

السياق النظري هو النظرية أو النظريات العلمية التي يقوم الباحث على أساسها بتحليل دراسته أو أدواته أو طرقه. يركز هذا البحث على تحليل العلاقة بين متغيرين. استخدام علاج الـ EMDR كمتغير مستقل واضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب المرتبط به كمتغير تابع، وبالتالي فإن السياق النظري الذي تستند إليه الدراسة سيناقش النظريات التي يعتمد عليها كل متغير. بادئ ذي بدء، النظريات المتعلقة بمعالجة الـ EMDR، مثل نموذج معالجة المعلومات التكيفية، ومقدمة عن الصدمات النفسية، والمنظور السلوكي، والمنظور المتكامل. ثانياً، الفرضيات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب. مثل: النظرية السلوكية، والنظرية الديناميكية النفسية، والنهج المعرفي، والنهج الإنساني،وسوف تقوم الدراسة علي استخدام نموذج معالجة المعلومات التكيفية، والنظرية الديناميكية في الاكتئاب.

2.4.1 معالجة المعلومات التكيفية (*Adaptive Information Processing*)

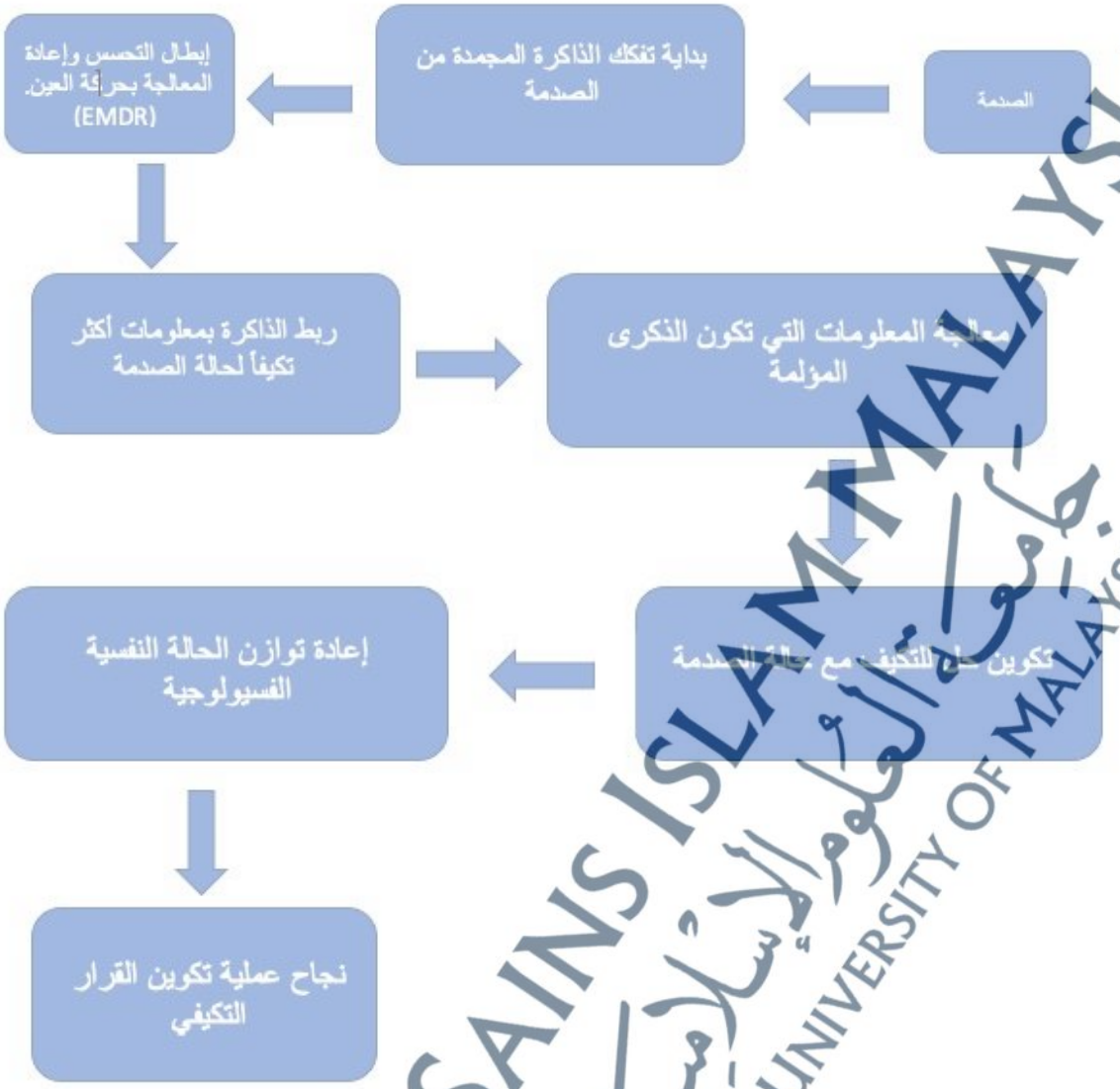
قدم هذا النموذج فرانسين شابيرو (2001) لمعالجة المعلومات التكيفية، أو AIP. يعتمد نموذج معالجة المعلومات التكيفية على فكرة أن البشر قادرون على استيعاب تجارب سلبية جديدة ومهمة بشكل طبيعي وإيجاد حلول تكيفية للمشاكل التي يواجهونها. هذا يعني أن الأفراد سيستفيدون من التجارب المؤلمة

ودمجها في نظام صحي وعاطفي ومدرك. ولكن عندما يكون مقدار الإثارة مذهلاً وأكبر من قدرة الشخص على امتصاصه، تنقطع آلية التكيف. وهذا يؤدي إلى وقف القدرة على التعامل مع الحدث بطريقة آمنة. ما يحدث إذن هو أن الحادث الصادم يظل محفوظًا في الذاكرة في شكل جميع المشاعر والتجارب التي واجهها الشخص أثناء الحادث. نتيجة لذلك، قد تسبب المحفزات الداخلية أو الخارجية المتعددة ذاكرة مقلقة أصلية تساهم في ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى البشر. تشمل هذه العلامات الكوابيس والهلوسة والحماس الشديد والأفكار المتكررة. تتمثل مهمة معالج EMDR في استخدام التحفيز الثنائي المتناوب (حركات العين أو التربيت أو النبضات الصوتية) عند مطالبة الشخص باستدعاء صورة مؤلمة مع الأفكار والعواطف وردود الفعل الجسدية المرتبطة بتلك الصورة. يميل التحفيز الثنائي إلى تحفيز نظام معالجة المعلومات وتسريع معالجة الذاكرة المؤلمة حتى تصبح تجربة تعليمية تكيفية، يركز بروتوكول EMDR ثلاثي الأبعاد على علاج الـ EMDR في ثلاث فترات زمنية: (1) الماضي، أي وقت ظهور الذكريات المزعجة؛ (2) الحاضر، حيث توجد المحفزات أو الظروف المزعجة اليومية أو الحالية ؛ و (3) المستقبل، حيث يتم إنشاء القوالب من التمثيلات العقلية للسلوك المثالي الآمن في المستقبل. وتنشأ المشاكل عندما يتم معالجة التجربة بشكل غير مناسب، ومن هنا فإن نموذج معالجة المعلومات التكيفية AIP (،2006، 2001، 1995شابيرو) يفترض إن الحوادث المزعجة القديمة بشكل خاص يتم تخزينها في شكل محدد مما يعني أنها متجمدة في الوقت المناسب في شبكتها العصبية الخاصة، غير قادرة علي الاتصال بشبكات الذاكرة الأخري التي تحتوي علي معلومات تكيفية وتفترض أنه عندما يتم تشفير الذاكرة في شكل مثير للقلق يمكن أن تستمر المفاهيم الأصلية في إثارة مجموعة متنوعة من المحفزات الداخلية والخارجية مما يؤدي إلى ردود فعل عاطفية ومعرفية وسلوكية غير مناسبة،هذه الذكريات المخزنة بشكل غير فعال قد تضع الأساس للاستجابات غير الملائمة المستقبلية. علي سبيل المثال وكما أشار (بيتر أ. ليفين , 2015).

فإن سائق السيارة الذي نجا من حادث سيارة ناري وكان محاصراً فيه إما بسبب قلب السيارة في السباق أو بسبب تعرضه لهجوم إرهابي شديد، يشعر بحاجة ماسة إلى الفرار عندما يمسك بنفحة من البنزين بينما هو في محطة الوقود لملء سيارته، فالذاكرة هي اختيار للصور، البعض منها يكون صعب المنال، والبعض الآخر طُبع بشكل يُمحى علي نحو ثابت، كل صورة تشبه الخيط، كل خيط منسوج معاً لصنع نسيج من الأنسجة المعقدة، هذا النسيج يحكي قصة، القصة هي ماضينا، وثبات البصمات المحفورة في الذاكرة يمنعنا من تشكيل استراتجيات جديدة واستخراج معاني جديدة، ويتفق البحث الحالي في ان مواجهة الاحداث الصادمة وما ينتج عنها من معاناة تجعل الفرد يشعر أنه لا يوجد جديد دائم التغيير، ولا يوجد تدفق حقيقي في الحياة، بهذه الطريقة فإن الماضي يعيش في الحاضر، ويشكل الماضي عنصراً من المخاوف المتعددة، والرهاب والأعراض الجسدية والامراض.

ويري هذا البحث الحالي أن من مزايا العلاج باستخدام نموذج معالجة المعلومات التكيفية هي نسبة التحسن الكبيرة في الحالات، حيث يعتبر هذا النموذج هو جوهر عملية علاج اضطراب ما بعد الصدمة وما يتعلق بها من اضطرابات واضطراب الاكتئاب هو واحد من أهم الاضطرابات المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة.

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA



الرسم البياني 3.2: نموذج المعالجة

2.4.2 النظريات المفسرة للاكتئاب

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب وتختلف بإختلاف الإطار المرجعي والتصورات لكل وجهة نظر أو نظرية أو اتجاه، فهناك من يفسر الاكتئاب في ضوء مفاهيم التحليل النفسي التي تفسره في ضوء النكوص والتثبيت في مرحلة نمائية ما، وتربط الاكتئاب بتاريخ الفرد نفسه منذ طفولته وما حدث له من أحداث قد تكون هي المؤثرة في حدوثه لدي الفرد أما المدرسة السلوكية فهي تفسره في ضوء مفاهيمها الأساسية التي

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA
جامعة العلوم الإسلامية الماليزية

تعتبر أن لكل سلوك ناتج عن الانسان هو سلوك متعلم خاطئ أو صحيح، وتعتبر التعزيز بشقيه الإيجابي أو السلبي هو المؤثر الرئيسي في سلوك الأفراد. (ريم محمود،2010).

2.4.3 النظرية الديناميكية (*Psychodynamic Theory*)

المناهج الديناميكية النفسية لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لها تاريخ طويل مع مجموعة متنوعة من الاساليب والتركيبات التي تم تطويرها، من بين هذه الأساليب والتركيبات الموجودة فى المناهج الديناميكية النفسية، منها ما هو ذات صلة بفهم أوجه التشابه والاختلاف بين الأساليب الديناميكية وعلاج الامدر EMDR (ليدز، أ.م 2009) وتعتبر نظرية التحليل النفسي لفرويد هي مثال على النهج الديناميكي النفسي. وافترض فرويد (1917) أن العديد من حالات الاكتئاب كانت بسبب عوامل بيولوجية. ومع ذلك، جادل فرويد أيضًا بأن بعض حالات الاكتئاب يمكن ربطها بفقدان أو رفض أحد الوالدين. وما يتبعه من الشعور بالحزن كرد فعل لفقدان علاقة مهمة.وتبعاً للنظرية الديناميكية فإن الاكتئاب مفهوماً من حيث أنه :

–غضب غير موجه –انطواء – فقدان الأشياء المحببة –مطالب الأنا الفائقة — فقد الثقة بالنفس – اضطراب اكتئاب التعلق بالأم أثناء السنة الأولى. ومن ناحية أُخري يميز فرويد بين الخسائر الفعلية (مثل وفاة أحد أفراد أسرته) والخسائر الرمزية (مثل فقدان الوظيفة). وهذا ما يتفق مع البحث الحالي من أنه يمكن أن يؤدي كلا النوعين من الخسائر إلى الاكتئاب عن طريق التسبب في إعادة تجربة نوبات الطفولة لدى الفرد عندما يعاني من فقدان المودة من شخص مهم (مثل أحد الوالدين). ووفقاً لفرويد فإن الأشخاص المصابين بالاكتئاب يعتبرون أنفسهم عديمي القيمة، ما يحدث هو أن الفرد يتعاطف مع الضائع بحيث يتجه هذا الغضب إلى الداخل نحو الذات، مما يقلل احترام الفرد لذاته، ويجعله عرضة للإصابة بالاكتئاب فى

المستقبل. وهذا ما يشير إليه البحث حيث أن التعرض للذكريات المؤلمة وخاصة ذكريات الطفولة ينتج عنها اضطراب ما بعد الصدمة والذي يؤدي إلى حدوث الاكتئاب.

ثم بعد ذلك عدل فرويد نظريته، فذكرت أن الميل إلى استيعاب عناصر الخسارة أمر طبيعي، وأن الاكتئاب يرجع ببساطة إلى الأنا الخارقة الشديدة. وعلى هذا فإن مرحلة الاكتئاب تحدث حين يكون الغرور الشديد للفرد أو ضميره مهيمنا. وقد ذكر فرويد أنه من الأشياء التى تساعد الفرد على التقليل من الاكتئاب يتعين عليه أن ينخرط في فترة من أعمال الحداد، والتي يتذكر خلالها ذكريات الشخص المفقود. وهذا يسمح للفرد بفصل نفسه عن الشخص المفقود، وبالتالي الحد من الغضب الموجه من الداخل.ومع ذلك، فإن الأفراد الذين يعتمدون بشكل كبير على الآخرين من أجل الشعور بتقدير الذات قد لا يتمكنون من القيام بذلك، وبالتالي يظلون مكتئبين للغاية. ويتفق هذا مع البحث الحالي، حيث ان الاساس في التخفيف من اضطراب ما بعد الصدمة يرتكز علي استدعاء الحادث المؤلم ومشاركته مع المعالج في جلسة علاج أمنه يساعد علي التخفيف من اضطراب الصدمة وبالتالي التخفيف من الاضطرابات النفسية الناتجة عنها مثل الاكتئاب وغيره. أما عن الانتقاد الموجه للنظرية الدينامية فهو يتعلق بتركيز التحليل النفسي على العمليات اللاواعية والداخلية وتجربة الطفولة المبكرة باعتبارها محدودة لأنها تجعل الأطباء يتجاهلون جوانب إضافية من الاكتئاب. على سبيل المثال، النطق الذاتي الواعي السلبي كما أشار إليه (بيك، 1967)، أو أحداث الحياة المؤلمة المستمرة كما أشار (براون وهاريس، 1978). ومن ناحية أخرى فإن النظرية من كونها مؤثرة للغاية، من الصعب اختبار نظريات التحليل النفسي علميًا على سبيل المثال، لا يمكن تحديد العديد من ميزاته المركزية بشكل عملي بدقة كافية للسماح بالتحقيق التجريبي (ماكلويد McLeod، 2015).

واعتمد البحث الحالي من خلال النظريات المستخدمة في الدراسة (نظرية معالجة المعلومات التكيفية، والنظرية الديناميكية) في تقديم العلاج لاضطراب ما بعد الصدمة وما يتعلق به من اضطرابات نفسية مثل اضطراب الاكتئاب، وتخفيف الآثار المترتبة عليها، حيث أوضحت نظرية معالجة المعلومات *Adaptive Information Processing* الطريقة التي يتم بها استهداف الذاكرة المؤلمة (الحدث الصادم) وإعادة المعالجة.ويقدم الشكل التالي هيكل الاطار النظري للدراسة، حيث أوضح المتغيرات التابعة للدراسة (اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الاكتئاب) والنظريات المستخدمة في الدراسة وكذلك المتغير المستقل وهو العلاج بالامدر.

الرسم البياني 4.2: الإطار النظري للدراسة

2.5 حركة العين لإزالة التحسس وإعادة المعالجة

2.5.1 المقدمة

حركة العين لإزالة التحسس وإعادة المعالجة (EMDR) هي تدخل نفسي معترف به على نطاق واسع كعلاج مدعوم تجريبيًا لاضطراب ما بعد الصدمة (*UK National Mental Health Collaborative* المركز التعاوني الوطني للصحة العقلية في المملكة المتحدة (بيسون، 2005؛ آندرو، 2007؛ وآخرون).

وقد أشارت شابيرو (2001؛ 2014)، بأن الذكريات المختلة وغير المعالجة بالكامل هي الأساس لظهور عدد من الاضطرابات العقلية، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات النوبات، وبعض أشكال الاكتئاب واضطرابات القلق. يتم استخدام EMDR حاليًا لمعالجة مجموعة من الشكاوى التي تشير إلى تجارب حياة مؤلمة خطيرة (شابيرو وماكسفيلد،2002).

يستخدم علاج الـ EMDR الرائد في علاج مجموعة متنوعة من المشكلات، بما في ذلك القلق والغضب والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة. غالبًا ما تكون هذه القضايا متجذرة في أحداث الماضي، لكنها تسبب لنا معاناة غير عادية، وتعيقنا عن مستقبلنا,krill) (كريل، 2015). علاوة على ذلك، تشير العديد من الكتب والعروض التقديمية في المؤتمرات وتقارير الحالة إلى أنه يمكن أيضًا تطبيق EMDR لعلاج الاكتئاب (لوبير Luber، 2009).

2.5.2 تطور الأمدر

على الرغم من علاج إزالة الحساسية عن طريق حركة العين وإعادة المعالجة EMDR من منظور نظري معين، ولكن من ملاحظات تجريبية مباشرة (شابيرو :1995،2001) ومع ذلك، فقد أثرت المناهج الآخرين ونظرياتها بوضوح على تطور علاج الأمدر وإطاره النظري خلال 4 فترات رئيسية: –

(أ). تقنية بسيطة باستخدام حركات العين، إلى إجراء أولى (EMD)، إلى برتوكول (EMDR)لعلاج حالات (اضطراب ما بعد الصدمة) (PTSD)، ومن ثم نهج شامل للعلاج من خلال فهم الإطار النظري الذي يقوم عليه الأمدر والمعروف باسم نموذج معالجة المعلومات التكيفية AIPوالتعرف عليه يعد أمراً أساسياً للتطبيق السريري الناجح لعلاج ال EMDR.

ومع اقتراب ممارسة الـ EMDR من عقدها الثالث، من المفيد أن تتأثر بالتطور المذهل لنموذج العلاج النفسي هذا على مدى هذه السنوات العشرين نمت الـ EMDR إلى نهج للعلاج النفسي تم بحثه وإثبات فعاليته على نطاق واسع في علاج الصدمات، يرجع هذا جزئيًا إلى عدد المؤسسات والباحثين الذين أثبتوا فعالية EMDR في الولايات المتحدة، مثل الجمعية الأمريكية لعلم النفس، والجمعية الدولية لدراسات الإجهاد الناتج عن الصدمات، والمعهد الوطني للصحة العقلية، وإدارة شؤون المحاربين القدامى، ووزارة الدفاع، وشابيرو (2004، 2007). حيث أنه في 1987 : تم اكتشاف التأثيرات التلقائية لحركة العين التي طورت إجراءات لتأثيرات حركة العين،1989: تم نشر أول دراسة مضبوطة في "مجلة الإجهاد المؤلم" في نفس الوقت الذي تم فيه نشر بعض الدراسات الأولية الخاضعة للرقابة في علاج التعرض لفترات طويلة، والعلاج النفسي، والتنويم المغناطيسي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة،1995: تم اكتشاف أن الأشكال الأخرى من التحفيز المزدوج (الرتب، النغمات، حركات العين) تعتبر من مكونات الـ EMDR، حيث إنها طريقة علاجية متكاملة من 8 مراحل تجمع بين جوانب جميع الاتجاهات الرئيسية. يتطلب هذا التشخيص المختلف إجراءات وبروتوكولات EMDR مختلفة ومتخصصة تتضمن نهجًا ثلاثي الركائز مع إيلاء اهتمام خاص بالماضي والحاضر والمستقبل

يتضمن EMDR عملية علائقية تسمح بإجراء الاتصالات ذات الصلة؛ يُنظر إلى شبكات الذاكرة على أنها العامل الأساسي وراء علم الأمراض والصحة العقلية. نظرًا لأن شبكات الذاكرة هي أساس الإدراك والموقف والسلوك، فإن نظام معالجة المعلومات ينقل الاضطراب إلى قرار التكيف.

بالإضافة إلى ذلك، قدمت شابيرو (1989) EMDR كعلاج جديد في الممارسة المهنية والسريرية من خلال دراستها للتحليل التلوي للمراقبة العشوائية حيث أجرت مجموعة من التجارب (38 دراسة عشوائية، منها 15 تجربة إكلينيكية)، واقترحت ذلك كان كل من العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على

الصدمة (CBT) وEMDR فعالين بنفس القدر في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. تم الاعتراف بـ EMDR دوليًا كعلاج فعال لاضطراب ما بعد الصدمة

هذا وتُعد طريقة العلاج EMDR أسلوبًا متطورًا بشكل مستمر للعلاج النفسي، وتدمج طرق العلاج النفسي الرئيسية الأخرى بطريقة أكثر صلابة وشمولًا وقد يكون التركيز على الأعراض الحالية للمريض بمثابة صياغة للمعرفة السلوكية؛ من ناحية أخرى، التركيز على إعادة معالجة الذكريات القديمة التي قد تولد المشكلة هو بالتأكيد شكل واحد من العلاج النفسي التحليلي. وقد أظهرت دراسات متعددة مستقلة ومراقبة أن علاج EMDR هو علاج فعال لاضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة، بل إنه أحد الخيارات التي أوصى بها بشدة قسم الشؤون المحاربية لعلاج (Bisson &Andrew PTSDبيسون وآندرو، 2007).

كما أنه شفى الأطفال من الأعراض الناجمة عن صدمة الاعتداء أو الكوارث الطبيعية، ضحايا الاعتداء الجنسي الخالي من الأعراض الموّهنة ، تمكينهم من العيش حياة طبيعية وعلاقات حميمة، ضحايا الحوادث والجراحة والحروق الذين كانوا يعانون من الوهن العاطفي أو البدني الذين أصبحوا قادرين الآن على استئناف حياتهم الإنتاجية (ضحايا العجز الجنسي الذين هم الآن قادرون على الحفاظ على العلاقات الجنسية الصحية (ليفين، ؛ فيرنيك، 1997)، العملاء في جميع مراحل العلاج الكيميائية والمرضية المقامرين، الذين يظهرون الآن انتعاشًا مستقرًا وميلًا أقل إلى الانتكاس. ، الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الانفصام الذين يتقدمون بمعدل أكثر أسرع من تلك التي تحققت بواسطة العلاج التقليدي الأشخاص الذين يعانون من قلق الأداء والذين يسعون إلى تحسين الأداء في مجال الأعمال التجارية والفنون المسرحية والمدارس والرياضة الأنشطة التي أفادت، الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات جسدية مثل الجسم اضطراب التشوه أو الألم المزمن الذي تعافى بسرعة، العملاء الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المشخصة أو اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة الذين يظهرون زيادة في الاستقرار والأداء. بالإضافة إلى

مجموعة العملاء الذين يعانون مجموعة واسعة من اضطرابات ما بعد الصدمة والتشخيصات الأخرى التي واجهت فائدة كبيرة.و كمنهج علاجي فإن EMDR هو على قدم المساواة مع العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الديناميكي النفسي. وهي تتألف من منهجية معقدة تنطبق على مجموعة واسعة من الاضطرابات. على هذا النحو، تم تقديم إجراءات وبروتوكولات جديدة لمعالجة مجموعة متنوعة من القضايا. في حين أن إجراءات EMDR والبروتوكول الأصلي للصدمات قد تم بحثها على نطاق واسع. (سولمان، ر. م، وشابيرو، ف، 2008).

وقد أظهر EMDR على مدار السنوات الماضية أنه حتى الأحداث الأكثر شيوعًا مثل إهانات الأطفال وخيبة الأمل يمكن أن تترك آثارًا سلبية دائمة قابلة للمقارنة، على الرغم من أنها قد لا تولد صورًا متطفلة من اضطراب ما بعد الصدمة، ولكن المشاعر والمعتقدات والأحاسيس الجسدية ستظهر في الجسم وتشكل تصورات العقل للحاضر، وستؤدي إلى سوء الحظ والسلوك غير اللائق اليوم، بعبارات بسيطة "الماضي حاضر". لذلك، لا يهم ما إذا كان حادثًا صادمًا كبيرًا أو مجرد حدث صغير مشترك طوال فترة الطفولة، سيكون هناك تأثير سلبي على الشخص وشخصيته (شابيرو، 2014).

2.5.3 العلاج بالامدر

يُعد EMDR أحد العلاجات المفضلة لضحايا الصدمات، أن إزالة حساسية حركة العين وإعادة معالجتها (EMDR) هو علاج آخر فعال للغاية لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والذي يتضمن التفكير في صدمتك مع الاهتمام بمحفز خارجي، مثل الضوء أو الإصبع المتحرك للخلف وللأمام. والذي يساعدك على تكوين روابط جديدة بين الصدمة والتفكير الإيجابي.

يتم التوسّع في التعلم الجديد من خلال التحفيزات الثنائية المتناوبة (BAS) *Cognition* (TnC) *Theory of Neural Batalies* والتي تعد ضرورية للعلاج بال EMDR. هذه الاستثارة تساعد علي تعديل الاثار العصبية المتكررة لذاكرة الصدمة من خلال دمج الأعمدة القشرية المنشطة حديثا. تشكل هذه الأعمدة المنشطة تمثيلًا تشفيرًا متناثرًا للموقف الصادم يسمى حالة التنشيط العالمية (*Global State of Activation*, GSA) بعض هذه الأنشطة القشرية المضافة سوف تتبلور في النهاية في تنشيط عمود قادر على الانضمام إلى الشبكة الحالية ة GSA، مما يساعد على تكوين شبكة جديدة، أي شبكة مستقرة من النشاط. تتكرر هذه العملية (استدعاء الصدمة واستثارة ثنائية BAS)عدة مرات، وفي كل مرة، يتم إضافة نشاط الأعمدة الجديدة إلى الشبكة الحالية، حتى يتم مسح الشبكة القديمة تماما من محتواه العاطفي كل شبكة جديدة يتم الحصول عليها هي شبكة مستقرة من النشاط الذي يحصل وفي كل مرة، حتي نحصل علي ذاكرة صدمة أقل من ذوي الذاكرة الصدمية التي تم اختبارها قبل ذلك ,هذه التعديلات في نهاية المطاف تساعد هذه الذاكرة الجديدة في التحول من تورط اللوزة في الذاكرة المؤلمة نحو المزيد من التمثيل المعرفي للحدث الصادم، و المعفي من ارتباطه بالاحداث الصادمة القوية السابقة (شابيرو، 2017)

ويُعد ازالة حساسية حركة العين وإعادة معالجتها (EMDR) علاج ل PTSD فضلا عن غيرها من حالات الصحة العقلية يجمع العلاج ذكرياتك الصادمة والأفكار والمعتقدات الإيجابية للمساعدة في الحد من الشدة الناجمة عن الحدث المؤلم. مع وضع هذه الأفكار والصور في الاعتبار، سيُطلب منك أيضًا الانتباه إلى مُحَفِّز خارجي مثل حركات العين أو تحركات الأصابع التي يسترشد بها المعالج. (شابيرو، 2018).

في تجارب الـ EMDR المبكرة، أعادت شابيرو عن عمد إنتاج حركات الرموش، موجهًا المرضى لتغيير طريقهم ذهابًا وإيابًا بين إصبعين مثبتين أمام المريض على جانبي خط الوسط أو بحركات جانبية سريعة جدًا ربما كانت تشبه الحركات التي قامت بها شابيرو أثناء مرورها بين الأشجار في الطبيعة. تجدر

الإشارة إلى أنه من المفيد للمعالجين اختبار قدرة المريض على أداء حركات العين قبل استهداف أي مواد مزعجة باستخدام حركات الأصابع؛ يجب على المعالجين مطالبة المرضى بمتابعة الحركات والتعبير عن رأيهم فيما إذا كانوا مرتاحين لهذا الإجراء. من خلال سؤال المريض، وتطبيق التجربة، يمكن للمعالج أن يجد المسافة الأكثر راحة من عيني المريض لتكون أنسب مسافة لحركة الأصابع ، بعد ذلك يمكن للمعالج تحديد ما إذا كان المريض قادرًا على تنفيذ حركات العين في اتجاهات مختلفة ، غالبًا ما يكون الاتجاه الأسهل للمريض هو الأكثر نجاحًا خلال مرحلة العلاج، توفر مرحلة الاختبار الفرصة لتجربة حركات العين وتقييم أي صعوبات وتحديد طريقة الإشارة المفضلة. على سبيل المثال، وفقاً لشابيرو قد يعطي المعالج التعليمات التالية:

1. حركات العين التي نستخدمها إذا شعرت أنهم غير مرتاحين، فكل ما عليك فعله هو رفع يدك هكذا [رسم توضيحي] أو قلب رأسك لإعلامنا، تذكر، أنا فقط بحاجة إلى ملاحظات دقيقة حول ما تشعر به. بينما أرفع أصابعي [اشرح]، ركز فقط عليها. هل هذه مسافة مريحة؟ [اضبط وفقًا لراحة المريض] حسنًا، فقط اتبع أصابعي الآن بعينيك (شابيرو، 1989).
2. كنهج شامل، يتم إيلاء اهتمام دقيق للصور والمعتقدات والعواطف والاستجابات الجسدية وزيادة الوعي والاستقرار الداخلي والمرونة وأنظمة التعامل مع الآخرين في تحقيق آثار علاج الـ EMDR.
3. يجب على الأطباء والمعالجين استخدام بروتوكولات EMDR المختلفة، اعتمادًا على أنواع الأمراض، واتباع الإجراءات العلاجية الخاصة بحاجة المريض.
4. الغرض من علاج الـ EMDR ذو الثماني مراحل هو مساعدة المريض على التحرر من الماضي إلى حاضر صحي ومنتج (شابيرو، 2018).

المرجع: شابيرو (2001)

الرسم البياني 5.2: شكل توضيحي لعمل حركة العين

أشار العلاج باستخدام الـ EMDR إلى العلاقة السببية بين حركات العين والتحسن السريري، حيث خضعوا لاختبار هذه التقنية العلاجية لتدقيق شديد. بشكل عام، يتم تقديم النموذج في ثلاثة أقسام:

1. القسم الأول: يصف الحياة الطبيعية للأحداث اليومية وكيف يرتبط ذلك باضطراب ما بعد الصدمة، حيث تمر الصور الحسية عبر العديد من الأنظمة ثلاثية الأبعاد في الدماغ والتي تبدو قادرة على الاحتفاظ بذكريات مؤقتة على الأقل للصور، قبل أن يتم تشفيرها في وسط الحصين، حيث يمكن تشغيل التذكير بسهولة، بالإضافة إلى ذلك، يركز هذا القسم على كيفية تركيز هذه الأنظمة المختلفة على المعلومات، وكيف يتغير تأثيرها النسبي بمرور الوقت.
2. القسم الثاني: – يصف الأدوار المحتملة للنوم في التغيرات البطيئة في الذكريات التي تحدث على مدى أيام حتى سنوات، والتغيرات في الحالة الكيميائية العصبية والفسيولوجية التي تحدث عند الدخول في النوم (REM)، ودورها المحتمل في إعادة معالجة الذاكرة.
3. القسم الثالث: – يقترح كيفية عمل الـ EMDR لتجاوز اضطراب اضطراب ما بعد الصدمة في إعادة معالجة الذاكرة المعتمدة على النوم من خلال إحداث تغيرات فسيولوجية وكيميائية

وفسيولوجية أثناء جلسات العلاج التي تحاكي تلك التي تظهر في نوم حركة العين السريعة.

حيث يحدث التكامل الفعال للذكريات العرضية المؤلمة في شبكات الذاكرة الدلالية، وبالتالي، يُعتقد أن الذكريات العرضية للحصين والتأثير المرتبط بها قد تم إضعافها أو القضاء عليها، مما يؤدي إلى تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

2.5.4 النظريات المرتبطة بالامدر

يعد EMDR الأمدر نهجًا علاجيًا شاملاً خاصًا، حيث يمثل نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP) النموذج الرئيسي الذي يوفر إطارًا وإرشادات نظرية للعلاج، وشرحًا لأساس علم الأمراض وتطور الشخصية. AIP متوافق مع فرويد (1919، 1955) وأوائل أفكار بافلوف (1927) والتي يشار إليها الآن باسم "معالجة المعلومات". نموذج AIP هو النظرية التي تستند إليها الدراسة الحالية لأن EMDR هو نهج علاجي يسترشد بـ AIP. المفهوم الأساسي في نموذج AIP هو مفهوم العلاج النفسي في استئناف الشفاء ، وهو بناء يعتمد على التئام الجروح. إذا كانت هناك أي عوائق تعيق الشفاء، مثل جسم غير معروف أو صدمة متكررة، فسيتم فصل الجرح ويسبب الألم، ما لم تتم إزالته. (شابيرو، 2018).

ويمكن استخدام التجربة بشكل مناسب في AIP كمعلومات لتوجيه أعمالنا المستقبلية، وبالتالي، نتعلم عن أنفسنا والآخرين، ونفهم المواقف السابقة بشكل أفضل، ونكون أكثر قدرة على التعامل مع المواقف المماثلة في المستقبل يوجد توازن عصبي في النظام الفسيولوجي يسمح بمعالجة المعلومات "بقرار تكيفي" من خلال هذا القرار يتم إجراء اتصالات بالقنوات المناسبة ويتم دمج التجربة في مخطط عاطفي ومعرفي إيجابي يتم تعلمه وتخزينه مع التأثير المناسب ومتاح للاستخدام في المستقبل.

هناك عدد من الافتراضات التي يعتمد عليها نموذج AIP:

1. حيث يُفترض أن أساس علم الأمراض الإكلينيكي هو الذكريات المخزنة بشكل غير فعال مع تغيير ناتج عن معالجة هذه الذكريات داخل شبكات تكيفية أكبر، على عكس العلاجات القائمة على الانقراض، حيث يُفترض أن الذكريات المستهدفة يتم نقلها في الـ EMDR أثناء العلاج ثم تخزينها مرة أخرى من خلال إعادة الدمج.
2. يفترض نموذج AIP وجود نظام معالجة المعلومات الذي يستوعب التجارب الجديدة في شبكات الذاكرة الموجودة في العقل، حيث أن شبكات الذاكرة هي أساس الإدراك والمواقف والسلوك (سولمان، 2008).

حيث ترتبط الصدمة بالعديد من التغييرات في الجهاز العصبي الناتجة عن إفراز الكورتيزول، والطفرات في الأدرينالين، والتقلبات في الناقلات العصبية، وما إلى ذلك، والنتيجة هي فقدان التوازن العصبي (زيمباردو Zimbardo، 2012) ،بسبب هذا الخلل، يصبح نظام معالجة المعلومات غير قادر على العمل على النحو الأمثل، ويتم تخزين المعلومات المطلوبة في وقت الحدث، بما في ذلك الصور والأصوات والتأثيرات والأحاسيس الجسدية، في حالتها المزعجة. يمكن تخزين المواد الأصلية في مجموعة متنوعة من المحفزات الداخلية والخارجية في هذا النموذج المثير للإعجاب على شكل كوابيس وذكريات الماضي وأفكار طفيلية، والتي تسمى الأعراض الإيجابية لاضطراب ما بعد الصدمة. قد يتم تشغيل هذه السجلات عن طريق التحفيز الحالي أو ربما عن طريق محاولة آلية معالجة المعلومات لحل الصعوبة أو الإغلاق، على سبيل المثال، قد تستمر ضحية الاغتصاب تلقائيًا في تذكر صور الاغتصاب في محاولة محظورة للوصول إلى الدقة وإكمال العلاج (هورويتز، 1979).

يبدأ الضحايا المعتدى عليهم علاج الـ EMDR بمفهوم ذاتي سلبي فيما يتعلق بالحدث وينتهي بإحساس إيجابي بقيمة الذات. علاوة على ذلك، فإن العكس لا يحدث، مما يعني أن علاج الـ EMDR

يكشف عن تقدم سريع نحو الصحة (المشاعر الإيجابية وزيادة احترام الذات)، ولكن ليس تجاه الاختلال الوظيفي (اللوم غير المناسب وتقلب الذات). إن فكرة تفعيل آلية معالجة المعلومات التكيفية ضرورية لعلاج الـ EMDR، وكانت حاسمة في تطبيقها على مجموعة متنوعة من الأمراض. تقودنا النظرية المتعلقة بنظام معالجة المعلومات الفطري للدماغ إلى مفهوم شبكات الذاكرة. بعبارات بسيطة للغاية، شبكة الذاكرة هي نظام معلومات مرتبط ؛ على الرغم من أنه لا أحد يعرف كيف تبدو شبكات الذاكرة فعليًا، يمكننا تصورها مجازيًا كسلسلة من القنوات حيث يتم تخزين الذكريات والأفكار والصور والعواطف والمشاعر ذات الصلة وربطها معًا، يتم تصوير علاج EMDR على أنه يتطور عبر ذاكرة الشبكة، عند إجراء EMDR المعالجة، نطلب من المريض التركيز على هدف، أي صورة خاصة أو صورة لأحلام معينة، أو شخص، أو حدث حقيقي أو خيالي أو متوقع، أو بعض جوانب التجربة، مثل الشعور،أو رؤيته أو التفكير فيه. في نموذج AIP، يسمى هذا الهدف "العقدة"، لأنه يحتوي على مكان محوري بين المواد ذات الصلة من الناحية الفسيولوجية، على سبيل المثال، إذا كان رد المريض على رئيسه هو الشكوى المقدمة، فقد يستهدف المعالج صورة لوجه رئيسه، والتي تعتبر عقدة بسبب مجموعة من التجارب ذات الصلة.. إذا تفاعل المريض مع الهدف بغضب أو قلق غير مبرر، فسيكون ذلك بسبب الروابط المرتبطة به، قد تتضمن هذه الارتباطات خبرات محددة مع الرئيس أو مع شخصيات سلطة أخرى، مثل والد المريض، لذلك، إذا كان الهدف من العلاج هو أن يتفاعل المريض بهدوء مع الهدف، فمن الضروري "تنظيف" كل قناة من خلال إعادة معالجة الهدف المخزن المختل وظيفيًا / معالجة المواد التكيفية من المواد المرتبطة بهذه العقدة، تتم إعادة المعالجة أثناء كل مجموعة من حركات العين (أو أي منبهات أخرى)، ونرى أن كل مرحلة تقدمية من إعادة المعالجة تشبه فيلماً يتم فيه التقاط الصور والأفكار والعواطف وهي تتحرك نحو دقة علاجية أكبر. خلال هذا الوقت، قد يتم الكشف عن السبب الكامن وراء الخلل الوظيفي تلقائيًا.

2.5.5 مكونات نموذج معالجة المعلومات التكيفية *Adaptive Information Processing (AIP)*

شبكات الذاكرة، الهدف من EMDR هو تحقيق تأثيرات العلاج الأكثر شمولاً وكمالاً في أقصر فترة زمنية، مع الحفاظ على استقرار المريض ضمن نظام متوازن (شابيرو، 2001).

يسمح الوصول إلى التجربة بوجود صلة بين الوعي ومكان تخزين المعلومات، حيث يعمل نظام معالجة المعلومات الفيزيائية على غرار أنظمة الجسم الأخرى، وقد تتعطل عملية الشفاء عندما يتعطل المعالج في مرحلة ما تتعلق بالحدث الصادم ولا يمكنه تجاوزه،و المكونات غير المعدة (غير التكيفية) للذاكرة هي عبارة عن (الصور، الأفكار، الأصوات، العواطف، الإحساس الجسدي، والمعتقدات) هي تلك التي يجب تغييرها ونقلها أثناء معالجة القرار التكيفي، يمكن اعتبار المعالجة التكيفية بمثابة قطار (مجموعة من المحطات المرتبطة بمجموعة من الشبكات التكيفية).

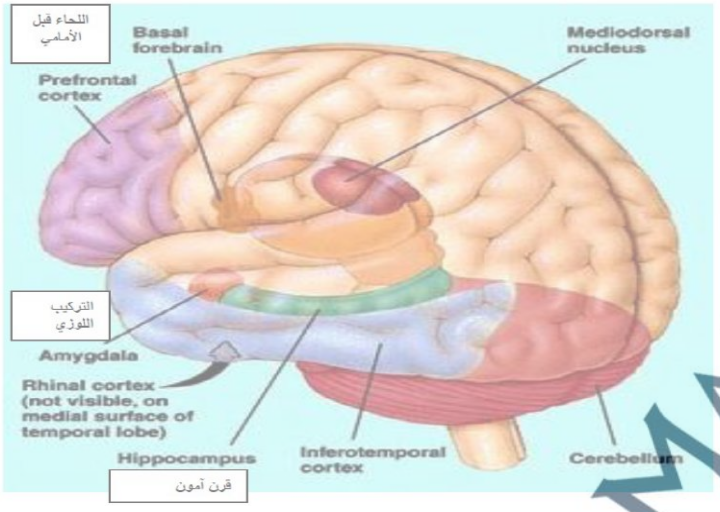
يتضمن النموذج ذكريات تتعلق بالتجارب الأولية والذكريات المخزنة في الحُصين (قرن آمون) *hippocampus* وفي تراكيب الدماغ الحوفية (*limbic*) كذكريات استطرادية لا ترتبط بالمناطق النمائية في الدماغ، لذلك في حالة حدوث أحداث عاطفية، فإن البنية الضعيفة سترتبط بالذاكرة المعرفية لهذه المشاعر وعندما يتم تذكر الحدث، فإنه يستعيد الصور، والإحساس العاطفي والجسدي، والمعتقدات، وبالتالي يتم استخراج كل هذه الذكريات المكتوبة ونقلها لتتكامل مع الذكريات الدلالية للقشرة الجديدة (القشرة المخية الحديثة).بمرور الوقت، وفي أثناء النوم ومن خلال حركة العين السريعة (Rem) يتم انتزاع من هذه الذكريات الاستطرادية، تُنقل وتتكامل مع الذكريات السيمانطقية (*semantic*) في اللحاء الجديد ويتم التعامل معها كمعرفة جديدة. وعندما يكتمل نقل ذكرى الحُصين، تُبطل، ولا يمكن نسيان مسار الذاكرة وصلاتها والعواطف المرتبطة بها، الأمر الذي سيؤدي إلى تحرير فضاء الذكريات الخطابية المستقبلية. وتتعامل حركة العين أثناء النوم (Rem) مع الذكريات فى قرن آمون، بينما تتعامل حركة العين السريعة باستخدام ال

EMDR مع الذكريات في اللحاء الجديد. فمن حين لآخر يكون نقل وانتزاع وتكامل الذكريات الاستطرادية إلى الذكريات السيمانطقية (الذاكرة الدلالية)غير مكتملة أو فاشلة، مما يؤدي إلى استمرار حدوثها ؛ إذا كانت الأحداث المرتبطة بها مؤلمة، فسيؤدي ذلك إلى استمرار الحفاظ على الذكريات، مما يؤدي بالتالي إلى اضطراب ما بعد الصدمة.

نظريًا، يعتمد الـ EMDR على افتراض أن هناك ذكريات وعواطف ومشاعر لا يستطيع المريض التغلب عليها وتسبب المعاناة بشكل أساسي بسبب وجود حزن غير مناسب في الذاكرة المؤلمة داخل ذاكرة المريض الضمنية. تساعد حركة العين هنا في معالجة تلك الذكريات عن طريق نقلها من الذاكرة الضمنية إلى الذاكرة الواضحة التي تخلق بعد ذلك ذاكرة مفيدة وطبيعية (عبد الحميد، 2013).

وتشير الدراسات إلى أن تكرار حركة العين (التنبيه المزدوج) يجبر الشخص على توجيه انتباهه بشكل متكرر من مكان إلى آخر، مما يؤدي إلى تنشيط الدماغ وتكوين عصبي مشابه لما ينتج أثناء حركة العين السريعة أثناء النوم لتسهيل عملية النقل. من تكامل القشرة للذكريات التقدمية للدماغ.(وليد عبد الحميد 2019:)

و التحفيز المزدوج (حركات العين، والصنابير، والنغمات الصوتية) هو مجرد واحدة من أدوات علاج الـ EMDR. إنه نهج علاجي متكامل مكون من 8 مراحل يجمع بين جوانب جميع الاتجاهات الرئيسية. وصف شابيرو تحفيز آليات معالجة المعلومات بأنه تنشيط حركات العين السريعة من النوم، أي حركات العين السريعة التي تحدث أثناء الحلم. للحلم دور في دمج وهضم الأحداث التي يمر بها الفرد في حياته الحقيقية، ويبدو أنه عندما تظهر ذكريات مؤلمة في أحلامه، تحدث حركة سريعة للعين، وتخلق الذكريات المؤلمة حيث تفترض شابيرو أن حركات العين أثناء النوم تقلل الكرب المرتبط بالتجربة والصدمة (كويكن وآخرون، 2010).



المرجع: وليد عبد الحميد (2019)

الرسم البياني 6.2: المناطق المركزية لتأثير الصدمة في الدماغ

وبشكل أكثر تفصيلاً تحدث عملية المعالجة، هذا يؤكد ما أشارت إليه سلسلة من الدراسات التي أظهرت فعالية علاج الـ EMDR مقارنة بالعلاجات الأخرى تجاه اضطراب ما بعد الصدمة. حيث أُجريت تجربة مفتوحة حيث تلقى البالغون المصابون باضطراب ذهاني واضطراب ما بعد الصدمة المرضي (ن = 27) ست جلسات كحد أقصى من علاج الـ EMDR. بعد ذلك، تم تقييم اضطراب ما بعد الصدمة، والأعراض الذهانية، والأعراض الإضافية.

2.5.5.1 مراحل نموذج معالجة المعلومات التكيفية *AIP Adaptive Information Processing Model*

قدم شابيرو نموذجًا لـ AIP، والذي يشرح كيفية عمل EMDR على أساس المبادئ والبروتوكولات والإجراءات، حيث يوضح النموذج ثلاث مراحل رئيسية:

1. مرحلة الوصول، حيث تتواصل المريضة لطلب المساعدة، مع التركيز على عنصر الصدمة في الحدث،

على سبيل المثال "حالة أندريا" التي ركزت على واقعة الاغتصاب التي تعرضت لها. أما الحالة الثانية فكانت "بيلي" الذي تعرض للتنمر في المدرسة الثانوية، ودلت على ذلك أعراض القلق والتوتر وضيق التنفس.

2. علاج او معاملة: حيث يركز المعالج على تحفيز عملية الشفاء الذاتي للمريض. في حالة أندريا، تحولت إلى اللون الأحمر وأخذت نفسا عميقا. أما بالنسبة لحالة بيلي، فقد أظهر راحة جسدية ونفسا أعمق وهدوءا أكبر.

3. حل إعادة التعيين: إنه المكان الذي يمتص فيه العميل المعلومات التكيفية. فيما يتعلق بأندريا، طُلب منها التركيز على منطقة الراحة وتذكر قوتها للانتقام من مغتصبها. أما "بيلي"، فهو يتجاوز الماضي، ويعتبره جزءًا لا ينبغي أن يؤثر في حياته.

هذا يتوافق مع ما أظهرت الدراسة التجريبية أن علاج الـ EMDR فعال وآمن في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهانية، علاج اضطراب ما بعد الصدمة له تأثير إيجابي على الهلوسة اللفظية السمعية، والأوهام، وأعراض القلق، وأعراض الاكتئاب، واحترام الذات، يمكن تطبيق EMDR على هذه المجموعة من المرضى دون تعديل بروتوكول العلاج أو تأخير العلاج بسبب تدخلات الاستقرار. (فان دي بيرج وآخرون Berg et al.، 2012).

علاوة على ذلك، وجدت العديد من الدراسات الصغيرة أيضًا أن علاج الـ EMDR ليس فعالًا فقط على المدى القصير، ولكن يمكن الحفاظ على آثاره طويلة المدى. من ناحية أخرى، هناك بعض الدراسات التي أشارت إلى فعالية علاج الـ EMDR في علاج الاكتئاب، على سبيل المثال، كان الهدف من دراسة هايس Hase (2015) هو تحديد فعالية علاج الـ EMDRمع هذا الاضطراب، حيث أحضروا مجموعة من 16 مريضًا يعانون من نوبات اكتئاب، وتم علاجهم بعلاج EMDR لإعادة معالجة الذكريات

المتعلقة بأحداث الحياة المجهدة بالإضافة إلى العلاج كالمعتاد (TAU). تمت مقارنتها بمجموعة من 16 عنصر تحكم متطابق من حيث التشخيص ودرجة الاكتئاب والجنس والعمر ووقت دخول المستشفى، والتي كانت تتلقى TAU فقط. أظهرت النتائج أن 68٪ من المرضى في مجموعة الـ EMDR أظهروا تعافيًا تامًا في نهاية العلاج.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك حاجة لجلسات متعددة من علاج اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام علاج الـ EMDR. هذا يعني أنه لا يعمل بين عشية وضحاها. قد يكون بدء العلاج استثنائيًا للأشخاص الذين بدأوا في التعامل مع الأحداث المؤلمة، خاصةً بسبب زيادة التركيز. بينما من المحتمل أن يكون العلاج عبارة عن سلسلة من الدراسات التي أثبتت فعالية علاج الـ EMDR مقارنة بالعلاجات الأخرى في اتجاه اضطراب ما بعد الصدمة.

2.5.5.2 ذاكرة حجر المحك *Touchstone* مجلدات ملفات الطفولة

تتكون هذه الذكريات من معلومات مخزنة (مثل الصور والأفكار والأحداث). قد يتم "تجميد" المعلومات المختلة (في حالة حدوث رکود بيولوجي عصبي غير قادر على الارتباط بأي شيء أكثر تكيفًا) في نظام الذاكرة. هذه المعلومات عبارة عن تجربة مشفرة لصدمات كبيرة أو صدمات بسيطة سابقة (ضغوط أو عجز مبكر أو فريد) مرتبطة بعرض المشكلة. تشكل ذكريات حجر اللمس (العقد) مجموعات (للأحداث المرتبطة) ويتم تخزين هذه المواد بشكل أساسي في حالتها الأصلية (سواء كانت صدمة كبيرة واحدة أو صدمة واحدة صغيرة / متعددة تؤثر على الحاضر).

2.5.6 أهداف الأمدر *EMDR* الرئيسية

تعتمد معالجة EMDR الفعالة على الاستهداف الفعال. إذا تم استخدام الأهداف الخاطئة (أو المكونات الخاطئة)، فمن المرجح أن تكون الآثار الإيجابية للعلاج ضئيلة لذلك، فإن الناجين من الاعتداء الجنسي، وذكريات الطفولة المبكرة، والأحداث الأخيرة التي تثير الاضطرابات الحالية، والأحداث الخيالية التي تنطوي على سلوكيات مستقبلية يجب أن تشمل جميعها أهدافًا مناسبة.معالجة حالة غير معقدة نسبيًا، مثل ما يحدث مع ضحية بسيطة من اضطراب ما بعد الصدمة عانى من صدمة مثل كارثة طبيعية، قد يكون من الضروري استهداف ذكرى الحدث فقط. ومع ذلك، إذا وقع الحدث خلال الأشهر القليلة الماضية، فقد يكون من الضروري استخدام بروتوكولات الأحداث الأخيرة المحددة من المهم أن يكون المعالج على دراية بكل من إجراءات العلاج والبروتوكولات المحددة في هذه المخطوطة بغض النظر عن عدد الجوانب السريرية المطلوبة للعلاج، يجب أن يكون كل هدف محددًا ومعالجًا بشكل كامل. أهم مكونات العلاج المستهدف هي كما يلي:

1. الصورة *Image*

يجب على المعالج أن يطلب من المريض التفكير في الحدث، ثم التركيز على صورة واحدة تمثل الحادث بأكمله أو الجزء الأكثر إزعاجًا منه. سواء كانت الصورة مميزة أم لا، فمن الشائع جدًا أن يكون لدى المريض صورة غير واضحة أو عرض مجزأ للحدث، الهدف ببساطة هو إنشاء رابط بين الوعي ومكان تخزين المعلومات في الدماغ.

2. الإدراك السلبي *Negative Cognition*

بعد ذلك، يُطلب من العميل تحديد عبارة تعبر عن التصور السلبي الأساسي أو التقييم الذاتي غير المكيف الذي يتطابق مع الصورة. هذا البيان يسمى "الإدراك السلبي". في حين أن مصطلح "الإدراك"

غالبًا ما يستخدم لتحديد جميع التصورات الواعية للتجربة، فإننا نستخدمه في علاج الـ *EMDR* للإشارة إلى الإدراك أو التقييم. لذلك، يمثل الإدراك تفسير المريض الحالي للذات، وليس مجرد وصف كتفسير، التصور السلبي يجيب على سؤال "ما هي تصوراتي المهينة عن نفسي فيما يتعلق بالحدث؟" تشمل التصورات السلبية عبارات مثل "أنا سيئ / لا قيمة له / غير قادر على النجاح". ضحية الاغتصاب التي تتذكر تفاصيل تعرضها للإكراه والتكميم، والكلمات "كنت عاجزًا" أو "كنت خائفة" لا تعطي تصورًا سلبيًا. عُرّف "الإدراك السلبي" على أنه التقييم الذاتي السلبي الذي يقوم به الضحايا اليوم عندما يحضر المريض ذكرى الصدمة التي ربما حدثت منذ سنوات عديدة، يجب أن يؤكد المعالج مستوى الخبرة في الوقت الحالي. ؛ قد يستمر المريض في التفكير بشكل غير لائق في الحدث بمشاعر اللوم الذاتي أو العجز الجنسي أو تشويه الذات، مما يشير إلى أن الذاكرة لم يتم حلها. عندما تخرج ضحية اغتصاب من مشهد الاغتصاب وتقول: "أنا عاجز" أو "أنا قذر" أو "لا قيمة لي"، فهذه تفسيرات ذاتية يتم إنشاؤها اليوم. نظرًا لأنها تمثل تصورًا سلبيًا غير مناسب (شخصي)؛ فهي أهداف رئيسية لعلاج الـ *EMDR*. وحسب شابيرو فإن "الملاحظة السريرية مهمة جدا وذات دور فعال في العلاج ، وتشير دائمًا إلى أنه لا يمكن استخدام علاج الـ *EMDR* لإزالة الإدراك السلبي الحقيقي أو نزع الأفكار الخاطئة، هذه أول ظاهرة لاحظتها مع عميل *EMDR* كان ضحية اغتصاب كان تقديم تصوراتها السلبية هو "أنا مذنب". خلال جلسة العلاج، ذكرت أن هذا الإدراك أصبح أكثر تقدمًا وليس أقل. عندما سألت المريضة، كشفت أنها كانت تفكر في حقيقة أنها كذبت على الشرطة والمدعي العام فيما يتعلق بالحقائق الفعلية للقضية ؛ أي أنها كانت تشعر انها مذنبة لأنها استخدمت الخداع في الإجابة علي الشرطي ولم تكن صادقة . ثم كان لا بد من استخدام تصور سلبي جديد للعلاج ".(شابيرو، 2001)

3. الإدراك الإيجابي *Positive Cognition*

بمجرد أن يحدد المريض والمعالج الإدراك السلبي المرتبط بالهدف، فإن الخطوة التالية في جلسة EMDR هي أن يحدد العميل الإدراك الإيجابي المطلوب ويصنفه على مقياس VOC من 7 نقاط (شابيرو، 1989)، حيث 1 هو غير صحيح تمامًا، و7 هو "صحيح تماما". يجب أن يعتمد اختيار اللفظ المعبر عن الادراك الإيجابي على الصدق ومدى إدراك المريض للإدراك له (ما يفضل تصديقه عن نفسه)، وليس على مدى شخصيته، على الرغم من بقائه في حالة عاطفية، غالبًا ما يدرك العميل أنه يجب أن يعتقد أن شيئًا ما إيجابي. لذلك، يجب على المعالج أن يطلب من المريض الإبلاغ عن رد على "الحدس". على سبيل المثال، قد تعرف ضحية الاغتصاب أن الاغتصاب لم يكن خطأها لكنها ما زالت تشعر بالذنب، لذلك، يمكنك في البداية إعطاء 4 فقط على مقياس VOC للإدراك الإيجابي لـ "أنا شخص جيد". والغرض من تحديد الإدراك الإيجابي المرغوب فيه هو تحديد الاتجاه نحو العلاج وتحفيز الشبكات العصبية البديلة المناسبة، بالإضافة إلى تزويد المعالج والمريض بخط أساس (معدل الإدراك الإيجابي) لتقييم التقدم المحرز. كما أن تحديد الإدراك الإيجابي قبل البدء في إعادة المعالجة وإزالة التحسس يوفر أيضًا بيانًا يمكن استخدامه لمرحلة الاستقرار السريع فورًا بعد مرحلة إزالة التحسس. التقارير المستمرة لـ EMDR تظهر جلسات العلاج أنه إذا كان الإدراك الإيجابي للمريض غير مناسب أو مستحيل، فسيتم تعطيل عملية إعادة المعالجة (شابيرو، 2015).

2.5.7 مراحل الـ *EMDR*

ينقسم علاج الـ EMDR إلى 8 مراحل مختلفة، لذلك سنحتاج إلى إجراء جلسات متعددة. يستغرق العلاج عادة حوالي 12 جلسة منفصلة. في كل مرحلة هناك هدف. يشار إلى نموذج المعلومات التكيفية وحدوثه في كل مرحلة.

المرحلة الأولى: تاريخ المريض وتخطيط العلاج *History taking*

الهدف من هذه الخطوة هو جمع المعلومات المعتادة عن المريض من خلال أخذ التاريخ المعتاد لمقابلة المعالج، وتزويد المريض بجميع المعلومات المطلوبة عادةً للموافقة المستنيرة. يجب أن يأخذ المعالج بعين الاعتبار معايير الـ EMDR المتعلقة باختيار المريض ورغبته، ويقدم معلومات إضافية حتى يتمكن المريض من الموافقة على المضي قدمًا، من أجل تحديد أهداف علاج الـ EMDR المحتملة للأحداث الإيجابية والسلبية في حياة المريض (الماضي / الحاضر / المستقبل). الذكريات المؤسسة (الماضي) هي المحك، أو بعبارة أخرى، يطلق عليها "أحداث الكتلة"، والتي قد تتعلق بالإشارات المتبادلة مع حركة أو شخص أو موقع. والحاضر هو العوامل الحالية: الظروف التي تؤدي إلى الاضطراب وتذكر الأحداث. والمستقبل هو المهارات أو المواقف أو السلوكيات والاتجاهات المطلوبة.

فالمرحلة الأولى تبدأ تحديد نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP)خلال الأسئلة الأتية:

1. ما هي الأهداف التي وضعت الأساس لعلم الأمراض لتتبع ردود الفعل الحالية على التجارب السابقة؟
2. ما هي الأهداف التي سوف تسد العجز وتساعد المريض على تحديد المهارات والسلوكيات المطلوبة؟
3. هل العميل قادر على الوصول إلى التجارب والسماح بالعلاج؟

المرحلة الثانية: التحضير *Perpetration*

الهدف من هذه المرحلة هو تحضير المريض المناسب لعلاج الـ EMDR"عند حدوث حدث مزعج، يمكن تخزينه في الدماغ على شكل صور وأصوات وأفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية. يبدو أن الـ EMDR

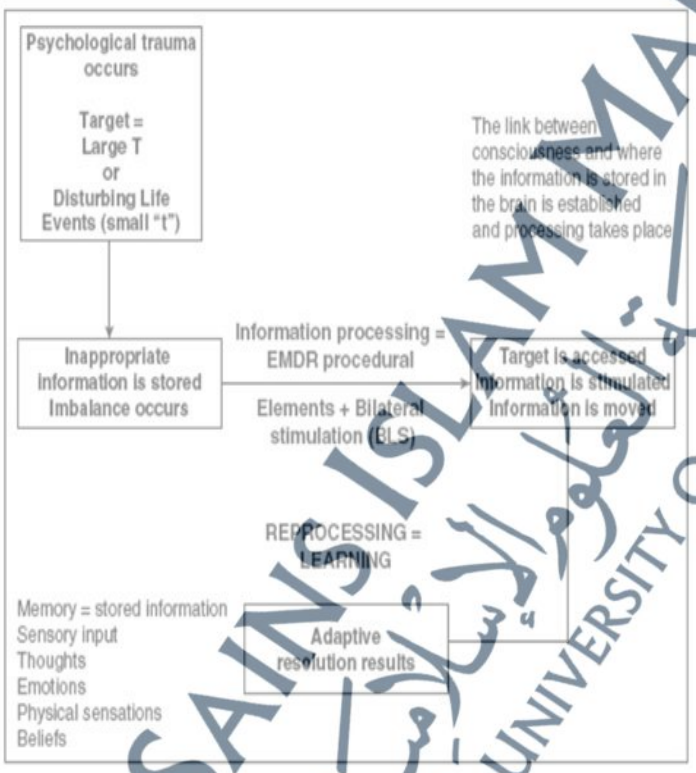
يحفز المعلومات ويسمح للدماغ بمعالجة التجربة، من خلال ما يحدث من استخدام حركة العين السريعة أو نوم الأحلام – لذلك تساعد حركات العين في علاج المواد اللاشعورية. حيث يتم تسجيل هذه الأحداث مع الفرد في عقله، يكون المريض جزءًا رئيسيًا وأساسيًا في إكمال عملية العلاج لأنه هو المسيطر في عملية الشفاء عند هذه النقطة يطلب المعالج من المريض أن يبحث له عن مكان آمن وهادئ. وبروتوكول الأمان أو المكان الهادئ كما يلي:

1. الصورة: يتعرف المريض على مكان (حقيقي أو خيالي) يثير مشاعر الهدوء والأمان الشخصي.
2. العواطف والمشاعر: يركز المريض على الصورة والمشاعر ويحدد مكان السعادة–المشاعر المرتبطة
3. التعزيز: يقوم المعالج شفهيًا بالترويج لمكان آمن / هادئ بالصور الموجهة التي تؤكد على المشاعر والأحاسيس الإيجابية.
4. التحفيز المزدوج: بمجرد تقويته، أضف عدة مجموعات موجزة من التحفيز المزدوج 4–6 واطلب من المريض إظهار مكانه الآمن والأشياء السعيدة.
5. الأحاسيس (التحفيز المزدوج الإدراج). كرر عدة مرات إذا عززت العملية مشاعر المريض الإيجابية.
6. كلمة بديلة: نطلب من المريض أن يحدد كلمة واحدة تمثله في مكان آمن / هادئ. تقديم الكلمة وتعزيز المشاعر والأحاسيس الايجابية لفظيًا. استخدم مجموعات قصيرة (من التحفيز الثنائي (4–6) ، كرر عدة مرات.

المرحلة الثالثة: التقييم *Assessment*

خلال المرحلة الثالثة من علاج الـ EMDR، سيحدد المعالج الذكريات المحددة التي سيتم استهدافها وجميع المكونات المرتبطة (مثل الأحاسيس الجسدية التي يتم تحفيزها عند التركيز على حدث ما) لكل ذاكرة

مستهدفة. أهداف معالجة المعلومات التكيفية هي الصورة والإدراك والعاطفة والإحساس. في هذه المرحلة يُسأل العميل عن الصورة التي تصف الحدث بأكمله وعن الجزء الأسوأ منه، وكذلك الإدراك السلبي والإيجابي. المرجع: شابيرو (2015)



الرسم البياني 2. 7: تحديد الذاكرة المستهدفة

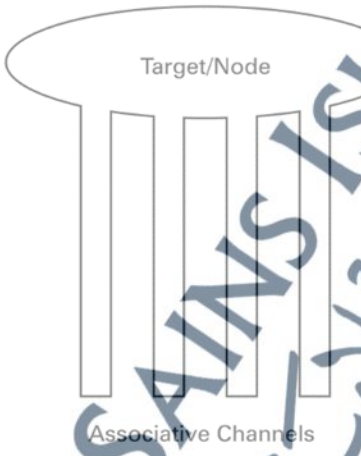
المرحلة الرابعة: إزالة التحسس *Desensitization*

المرحلة الرابعة تسمى "إزالة التحسس" لأنها تركز على التأثير السلبي للمريض كما هو موصوف في تصنيف SUDs. تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بغض النظر عما إذا كانت ضائقة المريض تتزايد أم تتناقص أم ثابتة. خلال مرحلة إزالة التحسس، يكرر المعالج المجموعات، مع التغييرات المناسبة في التركيز حتى يتم تقليل مستويات SUD للعميل إلى 0 أو 1 (عندما تكون صحيحة بيئيًا).

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA
جامعة العلوم الإسلامية الماليزية

يشير هذا إلى أنه تم مسح الخلل الوظيفي الأساسي الذي يتضمن الحدث الهدف. ومع ذلك، فإن إعادة المعالجة لا تزال غير مكتملة وستحتاج المعلومات إلى مزيد من المعالجة في المراحل الحرجة المتبقية. يجب التأكيد على أن الحد من الضيق هو مجرد نتيجة ثانوية لإعادة المعالجة، وخلال هذه المرحلة يكتسب العميل أيضًا نظرة ثاقبة ووعيًا بالأنماط، وزيادة الفعالية، وإحساسًا جديدًا بالذات.

خلال المرحلة الثالثة من علاج الـ EMDR، سيحدد المعالج الذكريات المحددة التي سيتم استهدافها وجميع المكونات المرتبطة (مثل الأحاسيس الجسدية التي يتم تحفيزها عند التركيز على حدث ما) لكل ذاكرة مستهدفة.



المرجع: شابيرو (2001)

الرسم البياني 8.2: المكونات المرتبطة بالذاكرة

المرحلة الخامسة: التثبت *Installation*

تسمى المرحلة الخامسة من العلاج بالتثبيت لأن التركيز ينصب على تثبيت وزيادة القوة المعرفية الإيجابية التي حددها المريض لتحل محل الإدراك السلبي الأصلي. على سبيل المثال، قد يبدأ المريض بصورة تحرشه الجنسي وتصور سلبي "أنا عاجز" خلال هذه المرحلة الخامسة من العلاج، قد يستقر التصور الإيجابي

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
جامعة العلوم الإسلامية الماليزية
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA

لـ "أنا الآن في السيطرة". ثم يتم قياس التأثيرات العلاجية (أي مدى قوة المريض في الإيمان الإيجابي) باستخدام مقياس صحة الإدراك (VOC).

المرحلة السادسة: مسح الجسم *Body scan*

بعد التأكيد الكامل على الإدراك الإيجابي، يُطلب من المريض الحفاظ على الحدث المستهدف، وتحديد أي توتر متبقي، في شكل أحاسيس الجسم. يتم بعد ذلك استهداف هذه المشاعر الجسدية لإعادة المعالجة، لذا فإن الهدف هو إكمال علاج أي ما تبقى من الألم/ المواد المؤلمة المتعلقة بالقضية المستهدفة.

المرحلة السابعة: الخاتمة *Closure*

يجب إعادة العميل إلى التوازن في نهاية كل جلسة، بغض النظر عما إذا تم إلغاء علاج EMDR، لضمان استقرار العميل عند الانتهاء من جلسة EMDR

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم *Reevaluation*

تتضمن المرحلة الثامنة من العلاج استهدافًا إضافيًا لأي اضطراب، والمراجعات اللازمة لضمان التأثير الأمثل للعلاج. بعد أي جلسة إعادة معالجة، يجب إعادة تقييم التأثيرات في بداية الجلسة التالية. يتم توجيه مرحلة إعادة التقييم من خلال بروتوكولات EMDR لإعادة المعالجة الكاملة. يمكن استخدام مجموعة متنوعة من تقنيات ضبط النفس لإغلاق الجلسة. بالإضافة إلى ذلك، يتم إبلاغ المريض بما يمكن توقعه بين الجلسات، ويوصى باستخدام مجلة للإبلاغ عن التجربة. الهدف من هذه المرحلة هو الحاجة إلى الاهتمام السريري الدقيق والمتابعة لكل جلسة علاجية من الـ EMDR والتي تستهدف المواد المزعجة لضمان المعالجة

الكاملة للمواد ذات الصلة قبل الانتهاء.، من أجل دمج المريض في أنظمة اجتماعية أكبر (شابيرو، 2001).

يجب أن يكون المرضى قادرين على الشعور بالراحة مع احتمال وجود مستوى عالٍ من الضعف وانعدام السيطرة وأي أحاسيس جسدية من الحدث قد تكون متأصلة في الذاكرة المستهدفة هذا يعني أن المرضى يجب أن يكونوا على استعداد لإخبار معالجهم بالحقيقة عما يحدث

يواجهون. على الرغم من أنه ليس من الضروري بالنسبة لهم الكشف عن تفاصيل الصدمة، يجب أن يكونوا مستعدين لتجربة وجود المعالج مهما كانت المشاعر والإبلاغ بدقة عن طبيعة وشدة هذه المشاعر (شابيرو، 2017). يبدأ حل الذكريات المؤلمة عندما يؤدي تنشيط ذكريات المواد المختلة إلى سلسلة من الأحداث التي تختلف عن تلك التي تبدأ عادةً باستعادة المواد الصادمة والمخزنة فى الدماغ كذكريات. يعتقد العديد من العلماء أن الأنظمة الكهرومغناطيسية تبدو وكأنها تحول الحالة الحالية للدماغ إلى حالة تسهل إعادة المعالجة المناسبة لهذه الذكريات، مما يسمح لها بتحديد وتعزيز الارتباطات الجديدة مع الذكريات المؤلمة وفي النهاية إضعاف قبضة الأنماط العاطفية المألوفة التي تمنع القرار التكيفي للذكريات المؤلمة (شابيرو، 2017)

يعتمد السياق الحالي على العلاقة المحورية التي لوحظت في EMDR بين التأثير والانتقال من الخلل الوظيفي إلى الدقة. يمكن تصور حالة الخلل الوظيفي الأولية، ومراحل العلاج المتداخلة، والمنظور الوظيفي النهائي الذي كشف عنه المريض على أنها تعبيرات عن مراحل متسلسلة لتحديد الارتباطات الجديدة أثناء الدمج التكيفي للتجارب السابقة والحالية، والتي بدورها توفر الوصول إلى روابط مؤثرة جديدة.

2.5.8 بعض البروتوكولات والتكنيكات المستخدمة في العلاج:

بروتوكول الوسواس القهري (بروتوكول اضطراب الوسواس القهري)

يتم إبطال الحساسية تجاه الأهداف بالتسلسل التالي:

البدء بالمحفزات الحالية والدوافع والأفكار المهووسة والمخاوف التي تليها الصدمات المزعجة ذات الصلة بذكريات الماضي – إن وجدت، ثم في تشكيل المستقبل. في هذا البروتوكول، يتخيل المريض فيلمًا أو مقطع فيديو عن الهواجس والدوافع للاضطراب، ويتم التعامل مع كل هذا بإزالة التحسس حيث يتم استخدامه في إجراءات علاج الصدمات. كما هو الحال مع إجراءات إزالة الحساسية القياسية، يتم أخذ التاريخ الكامل للمريض لتزويد المعالج برؤية كاملة للقضايا التي سيتم اعتبارها أهدافًا للعلاج. يحضر المريض العلاج كما في البروتوكول القياسي ؛ مكان آمن، استقرار المصادر. علامة التوقف... إلخ، يتم استخدام الإجراء التالي بشكل منفصل لكل محفز، أي كل حدث أو محفز متعلق باضطراب الوسواس القهري. يقول المعالج للمريض: "قم بتشغيل شريط فيديو ذهني – تخيل – كل الظروف المحيطة بهذا الحدث أو نوبة الوسواس القهري. وعندما تبدأ في الشعور بدرجة من القلق مماثلة لتلك التي تواجهها أثناء نوبات الوسواس القهري الفعلية، أخبرني بذلك. " ثم يتم تطبيق المرحلة الثالثة من العلاج وفقًا للبروتوكول.

تكنيك *Flash-forward*

في حالة عدم فعالية "تشكيل المستقبل" في EMDR، فإننا نستخدم تقنية فلاش للأمام. نطلب من المريض التحدث عن المخاوف أو الهواجس المستقبلية حول "ما هو أسوأ سيناريو يمكن أن يحدث" وبعد الإجابة على المريض نستخدم التحفيز المزدوج بقول "ماذا يحدث إذا حدث أسوأ سيناريو. بعد أن يجيب المريض نستخدم التحفيز المزدوج الثنائي *Bilateral dual attention stimulation* وما إلى ذلك. نحن

نستخدم تقنية فلاش إلى الأمام في الحالات التالية من اضطراب الوسواس القهري مثل الخوف من التلوث، واختراق المنزل، واضطرابات تشوه الجسم، والرهاب بجميع أنواعه بما في ذلك الرهاب الطبي والاجتماعي. صورة ثابتة ومفصلة، لقطة – تحتوي على عناصر كارثية لما قد يحدث في المستقبل – سياق ومفاهيم محددة تتعلق بأعراض المريض – صور وأفكار لأمثلة متطفلة ومقلقة.. مثال ذكره روبن لوك (شابيرو، إف، وماكسفيلد، إل (2002).) ورد في ورقته البحثية عن هذه التقنية ما يلي: مريم امرأة متزوجة تبلغ من العمر 50 عامًا، وقد استشارها معالجون نفسيون. كان الحدث المركزي حادث مروري منذ 18 شهرًا. وقع الحادث بينما كانت في طريقها للعمل على دراجة حيث صدمتها سيارة. لم تركب دراجة منذ وقوع الحادث وكانت تخشى ركوبها أو حتى أن تكون في سيارة يقودها شخص آخر. تم استخدام EMDR لتشكيل المستقبل ولكن مقياس عدم الراحة *Subjective unites of disturbance* (SUD) لم ينخفض إلى أقل من 4 ؛ فشلت كل محاولاتها لركوب الدراجة، لذلك تم استخدام تقنية الفلاش للأمام، بالسؤال عن أسوأ سيناريو يمكن أن يحدث ...هو أنها ماتت أثناء الحادث على دراجتها (مع الإدراك السلبي "أنا ضعيف"). لا يزال مستوى الانزعاج ثابتًا عند مستوى لا يقل عن 4. يسألها المعالج: "ما هو أسوأ شيء في الموت"؟ قالت إنها ستفقد عائلتها ثم قالت "إنهم في كل مكان حولي وهم كل ما لدي". ثم طلب منها المعالج تقديم صورة واضحة لهذا المشهد ومع استخدام الوصلات الادراكية ؛ للاختيار بين (الموت على دراجتها أو البقاء على قيد الحياة ولكن منفصلة إلى الأبد عن أسرتها، فضلت الخيار الأول وأمرها المعالج أن "تواصل" التحفيز المزدوج. يبدو أن هذا الرابط المعرفي أحدث تغييرًا جوهريًا، بعد ذلك، قالت، "التفكير في فقدان عائلتي، جعل التفكير حول الموت لا يبدو سيئًا كما كان "، قال لها المعالج" استمر "مع استمرار التحفيز المزدوج. يبدو أن هذا التغيير في الإدراك كان نقطة تحول بالنسبة لها. تمكنت من استئناف ركوب الدراجات بعد ذلك وأظهرت تحسنًا ملحوظًا في الأعراض.

وتعد تمارين الاسترخاء من أهم مصادر التعزيز الإيجابي في جلسات العلاج:

تمارين تخفيف الالم الجسمي والتوتر *light stream* يمكن أن يستخدم لتخفيف الألم الجسدي والتوتر:

أ. أبدأ، أغلقوا أعينكم.

ب. لاحظوا أين يوجد التوتر في جسمكم، حدد بالضبط مكانه، ركز على هذا التوتر ولاحظ هل له شكل. ما شكله بالضبط، هل هو دائرة...مربع..او أي شكل آخر.

ج. هل له حجم – ما حجمه – لاحظ حجمه – هل له لون – ما لونه؟

د. هل هذا اللون له حرارة – ما درجة حرارته – هل هي ساخنة – متوسطة – معتدلة.... إذا كان له ملمس – ما طبيعة هذا الملمس – هل هو خشن – ناعم...إذا له صوت – هل هو صوت حاد، صوت هادئ – مريح الآن أود منكم التفكير في لونكم المفضل –كل واحد يفكر في لونه الهادئ المفضل هذا اللون مرتبط بالراحة والهدوء وعدم التوتر. تخيل أن هذا اللون المفضل لديك يدخل إلى جسمك من أعلى رأسك والآن هو يتشكل في جسمك ويتخذ لنفسه شكل نفس الشكل الذي في جسمك، وهو الآن نفس الشكل الذي اخترته، هذا اللون اخترق الشكل الذي بداخلك وأحاط به وغطاه وغطى ما حوله الان هو يتبخر ويختفي، لاحظ ماذا حصل للشكل، وماذا حصل لحجمه للونه. وإذا تغير لون وحجم الشكل أُريد منك أن تفكر في 3ثلاث كلمات تحتاج لسماعها الآن استعمل الكلمات لنفسك رددها في نفسك، ارتح قليلاً مع هذه الكلمات وعندما تكون جاهز افتح عينيك. –تمرين الحزون يُطلب من المنتفع أن يستحضر ذكري مزعجة وأن يركز على إحساسه الجسمي المرتبط بالحدث، نقول للمنتفع أن هذا مجرد تمرين وهو تخيل ولا يوجد استجابة خاطئة او أخري صائبة. عندما تستحضر تلك الذكري على مقياس 5- 15 ما درجة انزعاجك؟

هـ. أين تشعر بالانزعاج في جسمك ثم نطلب من المنتفع أن يركز على احساسه الجسمي ركز على ما تشعر به في جسمك وتظاهر أن هذه المشاعر عبارة عن طاقة، فإذا تحول هذا الشعور إلى شكل حلزوني " لولبي " ما هو الاتجاه الذي ترغب في أن تتجه اليه، باتجاه عقارب الساعة أم عكس عقارب الساعة؟؟

و. مهما كان جواب المنتفع أو استجابته نقول له "جيد" ونطلب منه أن يغير اتجاه الحلزون الى الاتجاه المعاكس الآن قم بتغيير اتجاه الحلزون إلى الجهة المعاكسة ونذكر له عبارة " بعكس عقارب الساعة أو مع عقارب الساعة" مهما كان جواب المنتفع أو استجابته نقول له " جيد "ونطلب منه أن يغير اتجاه الحلزون إلى الجهة المعاكسة ونذكر له عبارة بعكس عقارب الساعة أو مع عقارب الساعة.

ز. ولاحظ فقط ماذا يحصل عندما تديرها بالاتجاه المعاكس ونسأل ماذا حصل؟

ح. إذا كانت هذه الآلية فعالة مع المنتفع فإنه سوف يخبرنا أن تغيير الاتجاه خفف المشاعر وقلل معدل الانزعاج (SUD)، علينا أن نعلم هذا التمرين للمنتفع حتى يقوم بممارسته لوحده، إذا قال المنتفع أن اتجاه الحلزون لم يتغير ولم يحدث اي شيء ولم يلاحظ أي شيء استعمل الية استرخاء أخرى

ط. عندما تفكر في المشكلة الحالية التي وضعتها سابقاً، كيف تفضل أن تتعامل مع هذه القضايا في المستقبل؟

ي. الآن عد إلى مكانك الآمن (الكلمة الربط).....وقل لي ماذا تلاحظ؟

ك. نعززه بالكلمات (بدون استثارة ثنائية هذه المرة) حتى يصبح بإمكان المنتفع استرجاع المشاعر الايجابية المرتبطة بالمكان الآمن / الهادئ.

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA

2.5.9 الدراسات السابقة عن اضطراب ما بعد الصدمة والامدر

قامت فيرنا ولوترباك Verna and Lauterbach (1994) بدراسة على عينة مكونة من (440) طالب وطالبة، أظهرت نتائجها ان 84% من العينة أجابت بأنها على الاقل عاشت حدثا واحداً ضاغطا ذو تأثير سلبي عليهم, وان ثلث العينة قد مر على الاقل بأربعة أحداث ضاغطة أو أكثر في حياتهم, كما وجد بأن الطلبة الذين عاشوا هذه الأحداث الضاغطة أو الصادمة عانوا من درجة عالية من القلق والاكتئاب وأعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة متمثلة بالانسحاب الاجتماعي مقارنة بالطلبة الذين لم يخبروا أي أحداث ضاغطة كما تبين بأن الأمر كان أكثر حدة عند الطلبة الذين خبروا أكثر من حدث ضاغط أو صادم، وأن الاحداث الضاغطة التي تُعدها الإناث ضاغطة تختلف عنها لدى الذكور كما أن استجاباتهن لها كانت مختلفة (عبد الفتاح الخواجة،2010).

ودراسة جولد وآخرون Gold et al. (2007)، تناولت الدراسة العلاقة بين شدة أعراض ما بعد الصدمة PTSD وعدة متغيرات على عينة من قدامى المحاربين في فيتنام، بلغ عددهم89 وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباطات بين شدة اعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتدابير التكيف الزواجي والتكيف الأسري والتماسك الأسري ورضا الأبوة والأمومة والايذاء النفسي.

وأكد البيدور Elbedour (2007) في دراسته أن 68% من المراهقين الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديهم مستوى عال من الاكتئاب والقلق.

ودراسة كارلسون وآخرون Carlson et al. (1998) تم في هذه الدراسة المقارنة بين تقنية الـ EMDR والعلاج بطريقة ABA عند قدماء المحاربين، بإعادة التقييم بعد 3 أشهر، حيث أثبتت نتائج الدراسة فعالية تقنية الـEMDR .

دراسة يسمينه ناجي (2014) حيث تهدف هذه الدراسة إلى توضيح مساهمة تقنية الـ EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية وبيان مدى فعالية هذه التقنية، وتفوقها على التقنيات العلاجية السابقة، هذا إضافة إلى كونها تقنية حديثة قوبلت بانتقادات كثيرة شأنها شأن أي تقنية جديدة، وحاولت الدراسة إثبات فاعليتها ونجاحها في التخفيف من آثار الPTSD ، حيث تم التطرق إلى المنهج العيادي باستخدام المقابلة، الملاحظة، واختبار دافدسون لمكشف عن الـ PTSD، وتطبيق تقنية الEMDR .

دراسة نبيلة عتيق (2013) حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تقنية الEMDR من حيث ماهيتها، روادها، والأساس النظري الذي تقوم عليه وكيفية تطبيقها، ومدى فعاليتها، وقامت هذه الدراسة على ثلاثة أفراد وهم أطباء نفسيون، مستخدمة في ذلك المنهج الوصفي، ومن أهم النتائج المتحصل عليها أن هذه التقنية اثبتت عموما فعاليتها في علاج أعراض PTSD هذا الاضطراب الذي تعاني منه الجزائر كثيرا بسبب توالي الاحداث الصدمية عليها.

دراسة van de Burgh et al. فان دي بيرج وآخرون (2012) تُظهر هذه الدراسة التجريبية أن علاج EMDR القصير فعال وآمن في علاج اضطراب ما بعد الصدمة في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ذهاني، علاج اضطراب ما بعد الصدمة له تأثير إيجابي على الهلوسة اللفظية السمعية والأوهام وأعراض القلق وأعراض الاكتئاب واحترام الذات، يمكن تطبيق EMDR على هذه المجموعة من المرضى دون تعديل بروتوكول العلاج أو تأخير العلاج من خلال إدخاله مع تدخلات استقرار.

دراسة فاركاس وآخرين (.Farkas et al، 2010) بعنوان فعالية العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة في الصدمات النفسية للمراهقين. هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة في علاج الصدمات النفسية لدى عينة من المراهقين الذين تعرضوا لخبرات إساءة ومواقف صدمية، وسوء معاملة والدية، وتكونت عينة الدراسة من (40) مراهقًا تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتراوحت

أعمارهم بين (19- 21) عامًا، وبعد تطبيق أدوات الدراسة تم استبعاد (7) طلاب؛ لعدم تعرضهم لمواقف صدمية، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: تجريبية وقوامها (17) مراهقًا، وضابطة وقوامها (16) مراهقًا، بعد توقيع أفراد العينة على استمارة القبول للمشاركة في البرنامج العلاجي، واستخدمت الدراسة مقياس خبرات الإساءة، والبرنامج العلاجي القائم على الـ EMDR، واستمر العلاج (12) أسبوعًا بواقع جلستين كل أسبوع، وأشارت نتائج الدراسة إلى: وجود تحسن كبير وملموس لدى أفراد العينة التجريبية، مما يعني وجود فعالية لـ EMDR في علاج الصدمات النفسية لدى المراهقين.(حمزة شوقي، ٢٠١٥)

دراسة الكبيسي (2018) هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر طريقة تخفيف التحسس واعادة المعالجة من خلال حركة العين للمصابات باضطراب ضغط ما بعد الصدمة من خلال التحقق من فرضيه انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية قبل وبعد العلاج، وكانت نتيجة الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية في شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق العلاج.

دراسة الزادمة (2018) هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة اضطراب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية والقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة بليبيا تكونت عينة الدراسة من 296 طالبًا وطالبة من جامعة بني وليد للآداب والتربية تكونت أدوات الدراسة من مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (إعداد الباحثة)، مقياس الوحدة النفسية (إعداد الباحثة)، مقياس القلق (إعداد الباحثة)، مقياس الاكتئاب (إعداد بيك) ترجمة أحمد عبد الخالق، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية : توجد علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة، توجد علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والقلق لدى طلبة الجامعة، توجد علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب لدى طلبة الجامعة.

تعقيب علي الدراسات السابقة:

بالنظر للدراسات السابقة نجد أن جميع نتائجها اتفقت بعد الاطلاع على الدراسات السابقة ونتائجها مع نتائج الدراسة الحالية من حيث أهمية استخدام التقنية العلاجية ابطال التحسس عن طريق حركة العين EMDR كعلاج فعال لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث اثبت فعاليتها في مجالات علاج الاضطرابات المختلفة، علاوة على النتائج التي رصدتها الباحثة من خلال عملها في العلاج النفسي على مدار السنوات الماضية.

بعد استطلاع الدراسات السابقة والمرتبطة بموضوع الدراسة تستطيع الباحثة القول بأنه ومن خلال البحث والاطلاع لا تزال الدراسات التي قدمتُ في هذا المجال تتصف بالندرة والتي لا تفي بالحاجة اليها وخاصة في ظل الظروف المعقدة والمتغيرة والمتواترة في البيئة العربية من حروب وتهجير واقصاء ، علاوة علي الصدمات النفسية المتعلقة بالتربية والبيئة والاحداث الحياتية من فقد وألم وإساءات قد يتعرض لها الفرد في ظروف خارجة عن ارادته ، لذا لا يزال هناك نقص في الدراسات التي ركزت علي استخدام EMDR في التعامل مع مثل هذه التطورات والأحداث والصدمات وخاصة في المكتبة العربية والإسلاميه بأن هذه الدراسة تتفق مع الدراسات السابقة من حيث فرضية تأثير العلاج باستخدام ال EMDR، وتميزت عن غيرها من الدراسات في كونها تناولت عينة مختلفة من الأفراد، مختلفين فيما بينهم من حيث الجنس والجنسية ومن حيث العمر والتي اشتملت على الطلاب واللاجئين والطلاب اللاجئين وغيرهم ممن يحتاجون إلى العلاج النفسي، والوافدين الي دولة تركيا في ظروف واقعية وطارئة والحاجة الماسة لدي هؤلاء لتلقي الدعم والمساعدة ، ليس ذلك فحسب، بل تركز هذه الدراسة أيضًا على مقياس الاكتئاب المرتبط باضطراب ما بعد الصدمة. حيث إن الدراسات العربية التي قُدمت في هذا المجال كانت محدودة للغاية كما أنها ناقشت

فعالية العلاج بالأمدر كعلاج مستقل، أما في هذه الدراسة فقد تعرضت الباحثة لقياس الآثار الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة وأثر العلاج عليه واختارت واحداً من الاضطرابات الرئيسية والأكثر شيوعاً وهو اضطراب الاكتئاب. علاوة على ذلك تعرضت الدراسة التعرض لوجهة النظر الاسلامية في علاج كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب، حيث ان تلك المتغيرات في الاغلب يتم مناقشتها والتعرض اليها بمنأى عن التأصيل الإسلامي لها فيتم اغفال قيمة وقدر وجهة نظر النظريات والفلسفة الاسلامية والتي أولت اهتماما كبيرا وبعيدا في الأثر لتكلك الاحوال النفسية وما ينتج عنها من الام مصاحبة وتأثيرات في حياة البشر.

2.6 الاكتئاب

2.6.1 المقدمة

حسب منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٢) يعد الاكتئاب مرض شائع في العالم، إذ يقدّر أنه يصيب 3.8% من الأشخاص في العالم، 5.0% منهم من البالغين و5.7% من البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة، ويعاني من الاكتئاب نحو 280 مليون شخص في العالم. ويختلف الاكتئاب عن تقلبات المزاج المعتادة والانفعالات العابرة إزاء تحديات الحياة اليومية. وقد يتحول الاكتئاب إلى حالة صحية خطيرة، لا سيما إذا يتكرر حدوثه بحدة متوسطة أو شديدة. ويمكن أن يؤدي عند من يصاب به إلى المعاناة الشديدة وتأثر الأداء في العمل والمدرسة والأسرة. ويمكن أن يؤدي الاكتئاب في أسوأ حالاته إلى الانتحار. وينتحر كل عام أكثر من 700,000 شخص. والانتحار هو رابع سبب رئيسي للوفاة عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و29 سنة (Kayalvizhi & Thenmozhi، 2022).

الاكتئاب هو حالة مزاجية منخفضة للغاية تدوم لفترة طويلة وتجعل الشخص يشعر بالحزن أو الانزعاج أو الفراغ. كثير من الناس، بما في ذلك العديد من المراهقين، عانوا بهذه الطريقة. والشخص المكتئب

هوشخص لديه طاقة أقل بكثير للقيام بالأنشطة. يرى الحياة بطريقة سلبية. يبدو أنه لن يتحسن أبدًا (Beck، 2002).

وقد نجد أن هناك نعريفات قد اتفقت في وصفها للاكتئاب، فعرف بيك Beck الاكتئاب بأنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغييرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة الحزن، العزلة، اللامبالاة، وانخفاض تقدير الذات، واضطرابات في النوم والشهية، ونقص اللبيدو، وعداء الذات، وانخفاض في الثقة. (بيك، 1995). وكما جاء في قاموس (المنجد في اللغة،1996) فإن معني كلمة الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب"يعني نفسه من شدة الهم والحزن وأكأب فلاناً أي أحزنه.والاكتئاب في اللغة مرادف للانقباض.

ويشير أحمد عكاشة (1988) إلى أن الاكتئاب النفسي من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً ويعده المسئول عن العديد من اسباب المعاناة والالام النفسية لدي الكثير من الناس، ويكفي الاشارة إلى أن أكثر محاولات الانتحار التي تحدث في المجتمع سببها الاكتئاب.

ويعرفه زهران، بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر ينتج عن الظروف المحزنة والاليمة وتعبر عن شئ مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1998).

ويري عيد (1997) أن الاكتئاب سواء أكان تعبيراً عن حالة مزاجية أم عرضاً للوجود الإنساني، فإنه تعبير عن فقدان الموضوع المحبوب، ومن ثم الشعور بخيبة الأمل والانهجار وفقدان تقدير الذات وتوكيدها.

ويعرف كفافي (1995) الاكتئاب أنه حالة من الحزن الشديد والآسي الذي يدوم فترة طويلة وغالباً ما يكون لفقدان شئ أو موضوع عزيز.

وهناك تعريفات قد عرفت الاكتئاب من وجهة أخري منها تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاختلالات العقلية في (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية 1990) واالتى أشارت إلى تعريف الاكتئاب بأنه (مزاج كدر أو فقدان للاهتمام والمتعة في معظم أو كل الانشطة المعتادة وتشمل علي اختلالات الشهية للطعام وتغير في الوزن والشعور بالذنب وصعوبة التركيز وتوارد أفكار حول الموت أو الانتحار أو حدوث محاولات انتحارية فعلية. ووفقا لتشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-5 فإن الاضطراب الاكتئايب الرئيس *Major Depressive Disorder (MDD)* يتطلب ظهور خمسة أعراض اكتئابية لمدة لا تقل عن أسبوعين، ولابد أن تتضمن هذه الأعراض المزاج الكئيب، أو فقدان الرغبة والعزوف عن الفرح، ووفقا لما هو موضح بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-5 فلابد من ظهور أعراض إضافية أخرى مثل الاضطراب في النوم والشهية والتركيز واتخاذ القرار، والشعور بالتفاهة والميل إلى الانتحار والهياج أو التأخر النفسي الحركي. بالنسبة لبعض المصابين، يكون الشعور الرئيس بالحزن الشديد الذي يمكن أن يرافقه الخدر والبلادة واللامبالاة: أفكار الانتحار شائعة، وكذلك نوبات البكاء. ومع ذلك يمكن أن يصبح الآخرون سريعي الغضب، الصعوبات في النوم شائعة أيضًا، وكذلك التعب ونقص الطاقة. في الحالات الشديدة، لا يمكن للمريض أن يتحرك ويكاد يكون في غيبوبة، وقد يعاني من الهلوسة والأوهام Wolpert (ولبرت، 2011).

يُعد الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا، ويصاحب ذلك تكاليف اجتماعية ضخمة. على الرغم من أن العلاج النفسي والأدوية يمكن أن يحسنا معدلات الإصابة بالاكتئاب، فإن معدلات نجاح العلاج الحالية محدودة للغاية. بالنظر إلى الأبحاث الحديثة التي تشير إلى أن الصدمة والتجارب الضارة الأخرى في الحياة يمكن أن تكون عوامل خطر محتملة للاكتئاب، فقد تم اعتبار الـ EMDR أيضًا فعالًا في

علاج الاكتئاب. تم إجراء المزيد من الأبحاث على مجموعة من الدراسات، تم نشر 6 منها من أصل 7 دراسات وجدت من مكتبة عالمة النفس شابيرو، والتي تتعلق بدراسات الاكتئاب، تراوحت الحدود الزمنية لهذه الدراسات بين عامي 2001 و2016، حيث أجريت ثلاث دراسات تحكم وأربع تجارب سريرية عشوائية. اختلفت الدراسات من حيث الخصائص السكانية وعوامل التدخل، وفي ضوء وجود منهجية علمية بسيطة، كانت الاستنتاجات أنه على الرغم من وجود القليل من النتائج الأولية، إلا أن هناك ما يشير إلى أن الـ EMDR يمكن أن يكون علاجًا واعدًا للاكتئاب (شابيرو، 2014).

على الرغم من التأثير المدمر الذي تحدثه الاضطرابات الاكتئابية على حياة الملايين في جميع أنحاء العالم، إلا أن معرفتنا بالمبادئ الفيزيولوجية المرضية والأسباب المسببة للاكتئاب محدودة بشكل مدهش. ، لكن النظريات حول البيولوجيا العصبية للاكتئاب لا تزال تفتقر إلى أدلة مقنعة ووجود مشترك، ومع ذلك، في السنوات القليلة الماضية، كان هناك عدد من الأفكار والمساهمات الجديدة التي قد تضيف إلى فهمنا العمليات المخ المرتبطة بالاكتئاب والاضطرابات العاطفية الأخرى.

تركز العديد من الفرضيات حول الفيزيولوجيا المرضية للاكتئاب على التغيرات في التواصل الكيميائي بين الخلايا العصبية، وتشير الدلائل المستقاة من مجموعة متنوعة من الدراسات قبل السريرية والسريرية إلى أن إجهاد الحياة المبكرة يشكل عامل خطر رئيسي لتطوير واستمرار الاكتئاب،يمكن افتراض أن التغييرات المستمرة في النقل العصبي لعامل إفراز الكورتيكوتروبين (CRF) قد تتوسط في جزء من الارتباط بين ربط الإجهاد والاكتئاب.و يظهر الأطفال الذين عانوا من أنواع مختلفة من الإجهاد في وقت مبكر من الحياة في مستويات الكورتيزول اللعابية المتغيرة التي تشير إلى إيقاع مضطرب في محور الغدة النخامية الكظرية، *the hypothalamic pituitary adrenal* (HPA)،علاوة على ذلك، فإن إفراز النورادرينالين والدوبامين مرتفعان ومستقبلات الأدرينالية المحيطية منتشرة في الأطفال المعتدى عليهم الذين يعانون من اضطراب ما

بعد الصدمة PTSD). ومع ذلك، فإن بعض هذه النتائج متغيرة ويمكن تعديلها من خلال عوامل مثل العمر عند بداية المرض ومدة أو شدة حدث الحياة المجهدة. ومع ذلك، لا يزال من الممكن إظهار دليل على تأثير الصدمة المبكرة في مرحلة البلوغ. (هاييم وأخرون، 2001).

2.6.2 أعراض اضطرابات الاكتئابية *Symptoms of Depressive Disorders*

كما أشار لازاروس وفولكمان (1984) فإن الأعراض الرئيسة للاكتئاب تتضمن الحزن الشديد و/ أو عدم القدرة على الشعور بالفرح. إن غالبيتنا قد شعرنا بالحزن أثناء حياتنا، وكثريون منا قالوا إنهم "مكتئبون" مرة أو عدة مرات، ولكن غالبية هذه التجارب لم تكن بالشدة أو لم تطل مدتها بصورة تجعلها ممكنة التشخيص.

كتب المؤلف ستريون Styron (2010) واصفا اكتئابه: "إنني كأي شخص آخر، فلطالما مررت بأوقات شعرت فيها بالغم الشديد، ولكن أن أشعر بكل هذا مجتمعا فقد كان تجربة جديدة – فالقنوط، والجمود، وشلل الروح فاقوا أي شيء عرفته أو تخيلت وجوده". عندما يعاني الناس اضطرابا اكتئابيا، فإن ما يتردد في رؤوسهم هو اتهامهم السلبي لأنفسهم، فإنهم قد يركزون على نقائصهم وعجزهم، وقد يكون استدعاء الانتباه مرهقا لهم، إذ يجدون صعوبة في استيعاب ما يقرؤون أو يسمعون، وهم يرون الأشياء بصورة سلبية للغاية، ويميلون إلى التخلي..

لقد تزايدت معدلات الإصابة باضطراب الإكتاب الرئيسي في معظم الدول خلال منتصف وأواخر القرن العشرين (كلرمن Klerman، 1988) وفي ذات الوقت ينخفض متوسط المراحل العمرية التي تنتشر فيها الإصابة تقل من جيل لآخر في الولايات المتحدة، فالأشخاص في سن الستينات تقل نسبة من أصيب منهم باضطراب اكتئابي رئيسي عند عمر 20 سنة عن 5%، بينما نجد أن هذه النسبة

وصلت إلى 10 %لدى من تتراوح أعمارهم بين 18–29 عاما، وأن هناك تزايدًا لاحتمال الإصابة عند سن العشرين، ويبلغ متوسط العمر للمصابين بالاكتئاب أوائل العشرين من العمر، ولعل من أهم التفسيرات التي تبرر هذه النسب هو التغيرات الاجتماعية التي حدثت خلال السنوات المائة السابقة إن الهياكل الداعمة كالروابط العائلية والزواج المستقر التي كانت منتشرة في الماضيً تغيب عن الكثيرين من الناس حاليا، وحتى الآن لا تتوافر بيانات كافية حول الإصابة بالاكتئابً مبكرا، وبعيدا عن معدلات الانتشار، فإن أعراض الاكتئاب تتفاوت تبعا لدورة الحياة.).

وتستعرض رابطة الأطباء النفسين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي DSM-5 ثمانية أعراض أساسية مميزة للاكتئاب) هي:

1. ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
2. الأرق (*insomnia*) أو النوم المفرط.(*hypersomnia*)
3. التأخر الحركي النفسي (كمشاعر ذاتية من الضجر والتملل (*restlessness*) أو التبلد.
4. فقدان الإهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.
5. تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد (*fatigue*).
6. الإحساس بإنعدام القيمة (*worthlessness*) ولوم الذات والإحساس بالذنب.
7. الشكوي أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز (*concentration*) مثل: التبلد الفكري، والتردد (*indecisiveness*) غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار، أو التفكك (*incoherence*).
8. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية، والتمني لو كان ميتاً مع محاولات الإنتحار.

ويصنف زهران (2005)الاكتئاب إلى :

- الاكتئاب الخفيف *Mild depression*
- الاكتئاب البسيط *Simple depression*
- الاكتئاب الحاد (السواد) *Acute depression* ويعد هذا النوع أشد أنواع الاكتئاب.
- الاكتئاب المزمن *Chronic depression*.
- الاكتئاب التفاعلي أو(الموقفي) *Reactive depression* وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدي.
- الاكتئاب الشرطي : هو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود للظهرر بظهور وضع مشابه، أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- اكتئاب سن القعود *Retirement age depression*
- الاكتئاب العصابي *Neurotic depressive*
- الاكتئاب الذهاني *Psychotic depressive*

2.6.3 أسباب الاكتئاب *Causes of Depression*

2.6.3.1 المواقف الحياتية

يمكننا أن نشعر بالاكتئاب لعدة أسباب، ولكن في كثير من الأحيان يمكن أن يكون سبب الاكتئاب المرور بتجارب صعبة (مثل الفجيعة أو التعرض للتخويف أو نهاية العلاقة). من الطبيعي أن تشعر بالضعف خلال هذه الأوقات وغالبًا ما تكون هذه المشاعر تمر بشكل طبيعي مع مرور الوقت، لكن لسوء الحظ تتدفق تلك المشاعر في بعض الأحيان لفترة أطول وتمثل مشكلة. من ناحية أخرى، قد يبدو الاكتئاب في

بعض الأحيان وكأنه يخرج من اللون الأزرق دون سبب معين على الإطلاق. غالبًا ما يبدأ الاكتئاب في المواقف الصعبة والمجهدة – أشياء مثل فقدان الصداقة أو أداء ضعيف في المدرسة. إذا لم تنجح محاولاتك للتعامل مع الموقف، فيمكنك أن تشعر بالإرهاق واليأس.

2.6.3.2 الأفكار

كل واحد منا لديه طريقته في التفكير في المواقف، والطريقة التي نفكر بها لها تأثير كبير على ما نشعر به. فغالبًا ما يفكر المراهقون المصابون بالاكتئاب في المواقف بشأن أنفسهم بطريقة مشوهة سلبًا. هذا يعني أن تفكيرهم مائل نحو طريقة سلبية للنظر إلى الأشياء. هذا النوع من التفكير يبالغ في مدى سوء الموقف ويتجاهل الأحداث الإيجابية. يمكن أن يصاب الشخص المصاب بالتفكير الاكتئابي بالإحباط أو اليأس حتى عندما تسير الأمور على ما يرام.

2.6.3.3 المشاعر

عادة ما يبدأ الاكتئاب بمشاعر الإحباط أو الحزن. إذا ساءت الحالة بالفعل، يمكن أن يشعر الشخص المكتئب بالبلع بسبب اليأس. يشعر الكثير من الأشخاص المصابين بالاكتئاب بأنهم لم يعودوا يتمتعون بالأشياء التي اعتادوا على فعلها. إذا أصبح الاكتئاب شديدًا، فقد يكون هناك نوع من الخدر أو الفراغ، مثل عدم الشعور بالمشاعر. يبدو الأمر كما لو أن الألم يزداد قوة لدرجة أن عقلك يوقف ببساطة مشاعرك.

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA
جامعة العلوم الإسلامية الماليزية

2.6.3.4 الحالة الجسدية

وغالبا ما يشمل الاكتئاب أنواعاً مختلفة من المشاكل الجسدية. إحدى هذه المشاكل صعوبة النوم، حيث لا يستطيع الشخص المصاب بالاكتئاب أن ينام أو ينام كثيرًا. بجانب مشاكل النوم، غالباً ما يشعر المراهقون بالاكتئاب بأنهم لا يتمتعون بالطاقة، أو أنهم ليس لديهم شهية أو أنهم جائعون دائمًا. قد يواجهون صعوبة في التركيز على العمل المدرسي. أخيرًا، يعاني بعض المراهقين من الاكتئاب من نوع من "الخلل" في كيفية عمل الجهاز العصبي لديهم.

التغييرات الجسدية التي تصاحب الاكتئاب تجعل من الصعب التعامل مع المشكلات أو حتى تعلم المهارات الموضحة في هذا الدليل. بالنسبة لبعض المراهقين المصابين بالاكتئاب، قد يكون الدواء مفيدًا في استعادة النوم والتركيز والطاقة البدنية، مما يسمح لهم بالتعلم وتجربة المهارات المضادة للاكتئاب.

2.6.3.5 الأفعال

الأشخاص المصابون بالاكتئاب غالباً ما يتصرفون بطرق تجعل الاكتئاب أسوأ. هذه تشمل: الانسحاب من العائلة والأصدقاء يشعر الأشخاص المصابون بالاكتئاب بأن الآخرين لا يريدون أن يكونوا معهم أو لا يرغبون في أن يكونوا مع الآخرين. لذلك، يتراجعون عن الأصدقاء والعائلة، ويرفضون الدعوات ويتوقفون عن بذل الجهود للاتصال. هذا يتركهم معزولين عن الآخرين.

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA
جامعة العلوم الإسلامية الماليزية

2.6.4 النظريات المفسرة للإكتئاب

2.6.4.1 النظرية السلوكية (*Behaviorist Theory*)

تؤكد السلوكية على أهمية البيئة في تشكيل السلوك. ينصب التركيز على السلوك الذي يمكن ملاحظته والظروف التي يتعلم الأفراد من خلالها السلوك، أي التكييف الكلاسيكي والتكييف الفعال ونظرية التعلم الاجتماعي، على سبيل المثال، يقترح التكييف الكلاسيكي أن الاكتئاب يتم تعلمه من خلال ربط محفزات معينة بالحالات العاطفية السلبية. بينما تنص نظرية التعلم الاجتماعي على أن السلوك يتم تعلمه من خلال الملاحظة والتقليد والتعزيز.

وحسب ما ذكر إبراهيم (1988)، يشير التكييف الفعال على أن الاكتئاب ناتج عن إزالة التعزيز الإيجابي من البيئة، مثل فقد أحد من الأحباب، أو فقدان وظيفة أو أحداث معينة بينما التواجد حول أشخاص يحبونك من شأنه أن يؤدي إلى التعزيز الإيجابى.عادة ما يصبح الأشخاص المكتئبون أقل نشاطًا اجتماعيًا. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يحدث الاكتئاب أيضًا من خلال التعزيز غير المقصود للسلوك المكتئب من قبل الآخرين

على سبيل المثال، عند فقدان أحد الأحباء، فقد أيضًا مصدر مهم للتعزيز الإيجابي في صورة تعاطف واهتمام الأصدقاء والأقارب. لكن قد يؤدي هذا إلى الخمول بمعنى. أنه من الممكن أن يميل إلى تعزيز السلوك غير القادر على التكيف، مثل البكاء، الشكوى، الحديث عن الانتحار، هذا في النهاية ينفر حتى الأصدقاء المقربين مما يؤدى إلى تقوية أقل وزيادة العزلة الاجتماعية والتعاسة، وقد يعزز هذا أن الشخص يفتقد إلى المهارات الاجتماعية أو لديه بنية شخصية صارمة جداً، فقد يجد صعوبة فى إجراء التعديلات اللازمة للبحث عن مصادر جديدة وبديلة للتعزيز لذلك ينحصرون في دوامة هبوطية سلبية.

هذا وتعتبر النظريات السلوكية / التعليمية منطقية من حيث الاكتئاب التفاعلي، حيث يوجد سبب واضح للاكتئاب، علي الجانب الآخر تعد واحدة من أكبر مشاكل النظرية هي الاكتئاب الداخلي هذا هو الاكتئاب الذي ليس له سبب واضح.

وحسب المنظور السلوكي فإن المرض النفسي عبارة عن سلوك متعلم مثل باقي الأنماط السلوكية السوية يحدث نتيجة إنسحاب مصادر التعزيز والمساندة والتدعيم العاطفي فإن نشاطه سيقل أو لا يستطيع إستعادة نشاطه المعتاد ومما يؤدي إلى تدهور حالته والتي تؤدي به حتماً إلى الإنسحاب،ويشير لازروس أحد رواد هذه المدرسة بأن الاكتئاب يمكن النظر إليه علي أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز غير الكافي أي الناتج عن ذلك (لعازر وفولكمان، 1984).

2.6.4.2 نظرية التحليل النفسي *Psychoanalytic theory*

خلال الستينات من القرن الماضي، هيمنت النظريات الديناميكية النفسية على علم النفس والطب النفسي، وتعتبر من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب وأقدمها حيث أعطت تحليلاً مفصلاً عن أسباب الإصابة بالمرض وعوامل حدوثه منذ بداية الإصابة به وعن غاية العلاج.

تم فهم الاكتئاب من حيث تعرض الفرد لأيٍ من الصعوبات التالية: موجة الغضب الموجه داخلياً، فقدان الحب، المطالب الفائقة للأنا، احتياج الشخصية النرجسية، فقدان احترام الذات، الحرمان في علاقة الام بالطفل خلال السنة الأولى. (فرويد، ٢٠١٨).

فأصحاب هذه النظرية يرون أن أسباب الإصابة بالمرض ناتج عن الخبرات المؤلمة والصدمات التي مر بها الفرد في طفولته المبكرة وهو إذن عرضة للإصابة بالإكتئاب إذا حدث أو تعرض لمواقف وضغوط مشابهة،ولقد درس فرويد الاكتئاب وارتد به إلى المرحلة الفمية في النمو النفسجسمي لدي الطفل فالشخص

الذي يجمد عند النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للإعتماد علي غيره، وأن كل فرد لديه علاقات حب أو كره تجاه الشخص الذي يحبه وكذلك يشعر بالذنب بسبب واقعي أو خيالي للخطيئة ضد الشخص المفقود.

افترض فرويد (1917) أن العديد من حالات الاكتئاب كانت بسبب عوامل بيولوجية. ومع ذلك، جادل فرويد أيضًا بأن بعض حالات الاكتئاب يمكن أن تكون مرتبطة بفقدان أو رفض أحد الوالدين مثل الحزن، لأنه يحدث غالبًا كرد فعل لفقدان علاقة مهمة.

ومع ذلك، هناك فرق مهم، لأن الأشخاص المصابين بالاكتئاب يعتبرون أنفسهم عديمي القيمة، ما يحدث هو أن الفرد يتعاطف مع الشخص المفقود، بحيث يتجه الغضب المكبوت تجاه الضائع إلى الداخل نحو الذات، يقلل الغضب الموجه من الداخل من احترام الفرد لذاته، ويجعله عرضة للإصابة بالاكتئاب في المستقبل.

ميز فرويد بين الخسائر الفعلية (مثل وفاة أحد أفراد أسرته) والخسائر الرمزية (مثل فقدان الوظيفة)، يمكن أن يؤدي كلا النوعين من الخسائر إلى الاكتئاب عن طريق التسبب في إعادة تجربة نوبات الطفولة لدى الفرد عندما يعاني من فقدان المودة من شخص مهم (مثل أحد الوالدين).

في وقت لاحق، قام فرويد بتعديل نظريته مشيرًا إلى أن الميل إلى استيعاب الأشياء الخاسرة أمر طبيعي، وأن الاكتئاب يرجع ببساطة إلى الأنا الفائقة الشديدة. وبالتالي، تحدث المرحلة الاكتئابية عندما تكون الذات الفائقة للفرد أو الضمير هو المسيطر. في المقابل، تحدث مرحلة الهوس عندما تؤكد غرور الفرد أو عقله العقلاني نفسه، ويشعر بالسيطرة.

من أجل تجنب تحول الخسارة إلى اكتئاب، يحتاج الفرد إلى الانخراط في فترة من أعمال الحداد، والتي يتذكر خلالها ذكريات الشخص المفقود. هذا يسمح للفرد بفصل نفسه عن الشخص المفقود، وبالتالي

تقليل الغضب الداخلي الموجه. ومع ذلك، فإن الأفراد الذين يعتمدون بشدة على الآخرين لشعورهم باحترام الذات قد لا يتمكنون من القيام بذلك، وبالتالي يظلون مكتئبين للغاية.

وقدم فرويد في مقاله الحداد والسوادوية عرضاً شاملاً للموضوع الداخلي بأنه يتضمن اسقاطاً وتماهياً، إذا كان الفرد فى حالة الحداد ويعرف أنه فقد شخصاً ما فإنه فى حالة السوادوية يفقد الفرد جزءاً من ذاته .

وأما المحللين الجدد فيعتقد (أتورانك Rank Otto) أن أساس القلق الذي يشعر به الإنسان في مقتبل حياته يرجع إلى صدمة الميلاد والإدراك أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، و أن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا لم تتطور لديه الإمكانيات التي تمكنه من ضبط وتأكيد ذاته.

وترى (كارين هورني) Horney.K أن العجز والقلق وفقدان الضمان يؤديان إلى العصاب ، ويظهر ذلك خلال التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تنبعث من إهمال الوالدين للطفل ، حيث ينمي القلق لديه أساليب مختلفة لمواجهة ما يشعر به من عزله وقلق، فقد يصبح عدوانيا أو خاضعا حتى يستبعد الحب الذي فقده، أو يكون لنفسه صورة مثالية ليعوض ما يشعر به من نقص ، وينجم العصاب عند هورني عن العلاقات الداخلية المضطربة بين الوالدين والأبناء أكثر من كونه راجعا إلى دوافع فطرية غريزية .ويرى (إيرك فروم) أن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي ويرغب في أن يكون جزءا متكاملا من العالم من حوله ، واذا انفصل عن العالم وبقية البشر في اشباع ميوله الحياتية ، يتولد الاحساس بالوحدة كالطفل الذي يشعر بالعجز وقلة الحيلة والاخفاق نتيجة انفصاله عن روابطه بوالديه ، فيولد العصاب لديه. (بن شويخ، ٢٠١٥)

2.6.4.3 النظرية المعرفية *Cognitive theory*

وتعتبر هذه النظرية حديثة نسبياً،وتذهب إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دوراً مهماً في نشأة الإضطرابات الوجدانية، ويعتقد أن الأفكار والعقائد تسبب السلوك الإنفعالي، فالمكتئبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية وأنهم يلقون بكل ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات،الكوارث وما إلى ذلك، الاكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو الحكم علي ذواتهم. وقد أسس بيك النموذج الأول لهذه النظرية حيث اعتقد بيك (بيك :1967) أن الأفراد المعرضين للاكتئاب يطورون مخططًا سلبيًا للذات. لديهم مجموعة من المعتقدات والتوقعات عن أنفسهم والتي هي في الأساس سلبية ومتشائمة. ادعى بيك أن المخططات السلبية يمكن اكتسابها في مرحلة الطفولة نتيجة لحدث صادم. تشمل التجارب التي قد تساهم في المخططات السلبية ما يلي:

وفاة أحد الوالدين أو الأشقاء.رفض الوالدين أو النقد أو الحماية المفرطة أو الإهمال أو الإساءة.

التنمر في المدرسة أو الاستبعاد من مجموعة الأقران.

وهذه المواقف المختلة تكون بمثابة المثير، ويتم تنشيطها بعد حدوثها لمجرد حدوث حدث سلبي فى الحياة، مما يؤدي إلى توليد : الأفكار السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، ويؤدى إلى ارتفاع أعراض الاكتئاب.

وبذلك فإن الاكتئاب من وجهة نظر المعرفية ينشأ نتيجة للاستنتاجات المستمدة من الإدارك المشوه والعمليات التى يحركها المخططات السلبية.

ومع ذلك، فإن المخطط الذاتي السلبي يهيئ الفرد للاكتئاب، وبالتالي فإن الشخص الذي اكتسب ثالوثًا معرفيًا لن يصاب بالضرورة بالاكتئاب، مطلوب نوع من أحداث الحياة المجهدة لتفعيل هذا المخطط السلبي لاحقًا في الحياة بمجرد تنشيط المخطط السلبي، بما يوضح أن عددًا من الأفكار غير المنطقية أو

التحيزات المعرفية تسيطر على التفكير.يصبح الأشخاص ذوو المخططات الذاتية السلبية عرضة لارتكاب أخطاء منطقية في تفكيرهم ويميلون إلى التركيز بشكل انتقائي على جوانب معينة من الموقف بينما يتجاهلون المعلومات ذات الصلة بنفس القدر.

حدد بيك Beck عددًا من التحيز السلبي المنهجي في معالجة المعلومات يعرف بالأخطاء المنطقية أو التفكير الخاطئ إن أنماط التفكير غير المنطقية هذه تدمر الذات، ويمكن أن تسبب قلقًا كبيرًا أو اكتئابًا للفرد على سبيل المثال:

أ. الاستدلال التعسفي: رسم استنتاج سلبي في حالة عدم وجود بيانات داعمة.

ب. التجريد الانتقائي: التركيز على أسوأ جوانب أي موقف.

ج. التكبير والتصغير: إذا كانت لديهم مشكلة، فإنهم يجعلونها تبدو أكبر مما هي عليه. إذا كان لديهم حل يجعلونه أصغر

د. إضفاء الطابع الشخصي: حيث يتم تفسير الأحداث السلبية على أنها خطأهم، علاوة على التفكير ثنائي التفرع، كل شيء يُنظر إليه على أنه أبيض وأسود، لا يوجد بينهماثالث، مثل هذه الأفكار تتفاقم وتتفاقم بسبب الثالوث المعرفي.

يعتقد بيك أن هذه الأفكار أو طريقة التفكير هذه تصبح تلقائية، عندما يكون تدفق الأفكار التلقائية لدى الشخص سلبيًا للغاية، فمن المتوقع أن يصاب الشخص بالاكتئاب، غالبًا ما تستمر هذه الأفكار السلبية حتى في مواجهة الأدلة المضادة . (ماكلود McLeod، ٢٠١٧).

أما النموذج الثاني فأسسه (سليجمان) Seligman ويسمى نموذج العجز المتعلم وقلة الحيلة ، ويرى هذا النموذج أن التعرض لأحداث خارجة عن نطاق السيطرة وادراكها في هذا الإطار يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، وتؤدي هذه التوقعات إلى حالة من القصور

تتمثل في العجز وقلة الحيلة ويدرك المرء نفسه عاجزا لا يمكنه السيطرة على المواقف والأحداث .وقد ربط بين الاكتئاب والعجز المتعلم، فالمريض المكتئب تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته، ومن الأحداث المعجلة للإصابة بالاكتئاب موت أحد الوالدين أو المحبوب والفشل المهني والدراسي مما يفقد المريض قوته ويجعله ضعيفا في قدرته، فتتزايد لديه الأمراض البدنية، والإحساس بالعجز بدرجة كبيرة ويجد المصاب أن استجاباته الخاصة ليست مؤثرة وفي الغالب يلقي بنفسه تحت رعاية الآخرين وأشار سليجمان إلى الدلالات الإكلينيكية على الاكتئاب، وأنه في حالة العجز يتم استنزاف كل (النوربنفرين Norepinephrine في الدماغ. (عسكر، 1988).

2.6.4.4 النظرية البيولوجية *Biological Theory*

يرى أصحاب هذه النظرية أن أشخاص معينين يرثون استعدادات بيولوجية مضطربة وأن التركيب الوراثي له دورا في الاكتئاب ، ويرى أنصار التفسير الوراثي أن الأفراد المعنيين بالاكتئاب يرثون استعداد لعمليات بيولوجية مضطربة ، وقد "ركز معظم التوجيهات الخاصة بالحلات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية ، وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب ، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية ، قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح معايير الشخصية ، وتشير دراسات التوأم والتبني إلى أن التركيب الوراثي ،يبدو أنه يلعب دورا رئيسيا في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطب

هذا بالإضافة إلى ما جاء به (فوي) Foy وآخرون حول إصابة الأفراد بعد تعرضهم إلى المعارك بهذا الاضطراب، وأن هؤلاء وجد أنهم ينتمون إلى عوائل أو أقارب يعانون نفس الاضطراب ، واستنتجوا أن

الأفراد الذين يعيشون في أسرة يعاني فبها أحد الأفراد من أمراض نفسة تتكون لديه القابلية والاستعداد للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة. (PTSD) . (يفصح، ٢٠٢٢)

2.6.4.5 النظرية الإسلامية *Islamic Theory*

يهتم المنظور الإسلامي بالجوانب الروحية والمادية في حياة الإنسان ويضمن تحقيق التوازن بينهما، والاضطرابات النفسية هي خلل في الاتزان النفسي ينتاب الإنسان نتيجة الصراع الداخلى فى نفسه بين قوى الخير والشر او بين المثل العليا والرغبات الإنسانية الجامحة، وفي تعاليم الدين الإسلامي ما يضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية وحل الصراعات الداخلية مما يؤدي الى الشفاء والعلاج.(إسماعيلي يامنه وأخرون، 2019).

لقد شُيد أول مستشفي عقلي فى العالم فى بغداد فى عام 705بعد الميلاد، وكذلك شُيد مستشفى قلاون فى القرن الرابع عشر،والذى يمثل نموذجاً مثيراً فيما يتعلق بالرعاية النفسية (عكاشة، 2015).

وتتمثل أعراض الاكتئاب من واقع العيادات النفسية ومراجعة الحالات المختلفة من المترددين عليها في الشعور بالحزن والضيق، فيما يطلق عليه (كتمة) أو ضيق في الصدر، ونلحظ أن مريض الاكتئاب تقل انتاجيته، ويقل تركيزه، ويبدأ في الشعور بالنسيان؛ ويؤدي هذا إلى عدم الرغبة بالحياة، وتراوده الأفكار الانتحارية، حيث يري أن الحياة لا تساوي شيئاً، وأنه هو نفسه حقير ولا قيمة له.

ويصاحب ذلك اضطرابات في النوم، وانخفاض في الوزن، والشعور بالذنب الذي يثبط الهمة ويفقد القدرة عن العمل والاندماج بالحياة. (الخاطر، 1991).

ولما لم يوجد لفظ صريح في القرآن عن الاكتئاب فقد استعاض النفسيون بأدلة تنص علي ما يصف معناه من حزن وغم وضيق وغيرها .فقد تحدث القرآن الكريم عن الحزن في اثنين وأربعين موضعاً ، وقد جمع بين الخوف والحزن وكلاهما يؤدي إلي القلق .

وكما ذكر (عبد العاطي وآخرون، 2014). فإن المنظور الإسلامي يشير إلى أسباب المزاج الاكتئابي من حيث أسباب رئيسية والاسباب الثانوية، فقد أشار إلى سبب من الاسباب الرئيسة في المعاناة من الاكتئاب هي عدم اتباع هدي النبي وتعاليمه، مما يسبب الحزن والذي بدوره قد يؤدي إلى الاكتئاب وقد أشار القرآن إلى هذا بقوله (وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَىٰ : طه، 124).وهناك ستة أسباب ثانوية يُلمح إليها القرآن، فيما يتعلق بالاكتئاب..وأنها ناتجة عن :

أ. فقدان الحبيب، (الاشخاص) أو الأشياء، وقد عبر القرآن عن الشعور بالفقد حين وصف حالة أم موسي عندما فقدت ابنها (وَأَصْبَحَ فُؤَادُ أُمِّ مُوسَىٰ فَارِغًا ۖ إِن كَادَتْ لَتُبْدِي بِهِ لَوْلَا أَن رَّبَطْنَا عَلَىٰ قَلْبِهَا لِتَكُونَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ): القصص:10).

ب. الإساءات السلوكية من الآخرين، مثل التعرض للأذي، والايذاءات اللفظية والبدنية.

ج. الشعور بتدني الذات، نقص الثقة، أو عدم الكفاءة.

د. الشعور بالذنب.

هـ. الخوف من الخطر.

ولقد كان تركيز النظرية الإسلامية على العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسدية أهمية خاصة، وقد اتضح ذلك جلياً في قوله سبحانه وتعالي ؛ما يفيد بأن الكروب المتراكمة تؤثر علي وظائف الجسد. فقد تم ذكر الاكتئاب في عدة معان بالقرآن الكريم ، منها الحزن (وَتَوَلَّىٰ عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسَفَىٰ عَلَىٰ يُوسُفَ

وَابْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ) : يوسف -٨٤) ، و الهم (فنجَّيْنَاكَ مِنَ الْغَمِّ وَفَتَنَّاكَ فُتُونًا) : طه: ٤٠) ، الضيق (وَلَقَدْ نَعْلَمُ أَنَّكَ يَضِيقُ صَدْرُكَ بِمَا يَقُولُونَ) : الحجر -٩٧). (عباس باوزير ،٢٠٢١) وقد كان لتعاليم المعالج الكبير ابن الرازي أعمق الأثر علي الطب العربي والأروبي ومن أهم كتاباته في هذا كتاب المنصورى وكتاب الحاوى، ومن بعدها بمائة عام ظهر كتاب القانون في الطب لابن سينا. وقد ذكر الرازي أن المسلمين الأوائل عرفوا الاكتئاب واطلقوا عليه مسميات عديدة ، فمنهم من عرفه بأنه الهم والوجد ، ومنهم من أطلق عليه المالنخوليا , ومن من ذكر بأنه كثرة التفكير والأعمال الذهنية

ومن الدراسات التي تناولت العلاقة بين الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتدين، دراسة تران وآخرون .Tran et al (2012) هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين التدين واضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب لدى قدامى المحاربين المسجلين في العلاج السكني لاضطراب ما بعد الصدمة. ولوحظ وجود ارتباطات كبيرة بين التدين واضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب. على عكس فرضيتنة الدراسة، ارتبطت المستويات الأعلى من الدوافع الدينية الخارجية والاجتماعية بانخفاض شدة اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب. ارتبط مفهوم أكثر سلبية عن الله بارتفاع شدة اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب، في حين ارتبط المفهوم الأكثر إيجابية عن الله بانخفاض حدة أعراض الاكتئاب ولم يكن مرتبطًا بشكل كبير بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. قد يكون تقييم التدين لدى المرضى مجالًا مهمًا يجب معالجته في اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا يؤكد النتيجة التي توصلت إليها الدراسة من وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب علاوة علي ظهور ارتباطات أخري مصاحبة كما أظهرت الدراسة التي عرضناها الآن.

وتتفق نتائج الدراسة أيضاً مع دراسة رولي Roley (2015) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والاضطراب الاكتئابي الرئيسي (MDD) مرضان مترافقان للغاية الاجترار هو آلية معرفية وجدت أنها تؤدي إلى تفاقم اضطراب ما بعد الصدمة و MDD والحفاظ عليهما.

وتتفق أيضاً مع دراسة هيبتستيل وأخرون Heptinstall(2004) تصف هذه الورقة تأثير تجارب ما قبل الهجرة وما بعد الهجرة على الصحة العقلية لعينة من 40 طفلًا لاجئًا تتراوح أعمارهم بين 8 و 16 عامًا عاشوا في لندن مع أحد الوالدين على الأقل أو أحد أقارب اللاجئين. تم تقييم اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال (PTSD) وأعراض الاكتئاب من خلال مقاييس التقرير الذاتي الموحدة (تأثير مقياس الأحداث ومقياس التصنيف الذاتي للاكتئاب للأطفال، على التوالي). تم جمع المعلومات المتعلقة بالتجارب السابقة والحالية خلال مقابلة مع أولياء الأمور. كان هناك ارتباط كبير بين عدد صدمات ما قبل الهجرة التي عانت منها العائلات ودرجات اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال. كان هناك أيضًا ارتباط كبير بين عدد العائلات من ضغوط ما بعد الهجرة ودرجات الاكتئاب لدى الأطفال. ارتبطت الدرجات العالية لاضطراب ما بعد الصدمة بشكل كبير مع تجربة ما قبل الهجرة للموت العنيف لأفراد الأسرة وتجربة ما بعد الهجرة لحالة اللجوء غير الآمنة.

ودراسة جين وآخرون .Jin et al (2018) لاستكشاف العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب بشكل أكبر، تم اعتماد تصميم دراسة مقطعية. بعد ثلاث سنوات من زلزال يان، تم تقييم 4137 مراهقًا (متوسط العمر 15.12) ممن تعرضوا للزلزال شخصيًا. أظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب ما بعد الصدمة تنبأ بشكل كبير بالاكتئاب المستقبلي، مع التأثير جزئيًا بواسطة أحداث الحياة السلبية بعد الزلزال. لم يتم العثور على الجنس ليكون وسيطًا مهمًا بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب.

و التي تتفق أيضاً مع دراسة أودونيل وأخرون O'Donnell et al. (2004) هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقات بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة / الاكتئاب بعد الإصابة، وجد أن الاكتئاب الشديد هو أحد أكثر الحالات انتشارًا التي تحدث بالتزامن مع اضطراب ما بعد الصدمة. هذا وتعتبر الدراسة اضافة إلى المكتبة العربية، حيث ندرة الدراسات التي أُجريت في هذا المجال.

وتعزو الباحثة النتائج التي توصلت إليها الباحثة إلى الاحتياج الشديد لمثل هذا النوع من العلاج، وايضاً إلى الوعي والاستبصار من قبل المرضي بمشكلاتهم، ورغبتهم القوية والملحة للتخلص من الأعراض المصاحبة له.

2.6 الخلاصة

بعد استعراض الإطار النظري والدراسات العربية والأجنبية السابقة وجد أن هذه الدراسات لها علاقة مباشرة بدراستنا الحالية، حيث أوضحت هذه الدراسات أن هناك حالات أو وضعيات متعددة ومتنوعة تتشكل لدي الافراد بمختلف الاعمار ومختلف الصدمات والأحداث التي مر بها الأفراد، وقد تناولت بعض الدراسات تقنية حديثة وهي العلاج بالامدر في علاج اضطراب ما بعد الصدمة وتناولت هذه الدراسات جانبتً من دراستي في بحث علاج الصدمة حيث أبدت نتائج هذه الدراسات فعالية استخدام العلاج بالامدر في تخفيف اعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وكذلك الاكتئاب الناتج عن اضطراب ما بعد الصدمة. أما الجديد في دراستى الحالية فهو البحث عن علاج الاكتئاب كأحد اضطرابات ما بعد الصدمة، حيث تناولت الدراسة الحالية أثر العلاج باستخدام الامدر في التخفيف من شدة أعراض الاكتئاب الذي يصيب الأفراد نتيجة التعرض للأحداث الصادمة وقد وجد عدد من الدراسات التي تؤكد

أن تأثير التعرض للصدمة يؤدي في كثير من الحالات إلى المعاناة من اعراض الاكتئاب.ومن هنا فإن الدراسة الحالية تتعرض إلى متغير جديد وهو مساهمة العلاج بالامدر في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وكذلك التخفيف من اعراض الاكتئاب لدي عينة مختلفة من الأفراد الذين تعرضوا لظروف ومواقف مختلفة وعمدت الدراسة إلى إثبات الفعالية بالعلاج من خلال التطبيق علي بعض حالات العرب والمهاجريين الموجوديين في محافظة اسطنبول بدولة تركيا وذلك من خلال استخدام بعض الأدوات المقننة المحكّمة التي تساهم في إثبات صحة نتائج الدراسة

UNIVERSITI SAINS ISLAM MALAYSIA
ISLAMIC SCIENCE UNIVERSITY OF MALAYSIA