



## التدخل النفسي بتقنية EMDR للتكفل بالأطفال ضحايا

### التحرش الجنسي

### EMDR psychological intervention to care for child victims of sexual harassment

سامية شينار<sup>1</sup>، آية بولحبال<sup>2</sup>

1- جامعة باتنة 1 - الحاج لخضر، samia.chinar@univ-batna.dz

2- جامعة باتنة 1 - الحاج لخضر، aya.boulahbal@univ-batna.dz

تاريخ القبول: 2021-10-05

تاريخ الاستلام: 2021-03-14..

#### ملخص -

يعد جرم الاعتداء الجنسي على الأطفال انتهاكا للبراءة بأشع صورته، حيث ارتفعت معدلات العنف الجنسي اتجاه الأطفال بشكل ملحوظ في مختلف الدول وفي الجزائر بشكل خاص، وتعددت بذلك العوامل المتسببة في استفحال هذه الظاهرة ما بين اقتصادية واجتماعية وثقافية ودينية وغيرها، وبالتالي انعكس تأثيرها النفسي على السلوك الاجتماعي مما أسهم في تفشي هذه الظاهرة والتي كلما زادت اتساعا زاد عدد الضحايا أكثر من الأطفال، هؤلاء الذين لا يحسنون التعبير عن آلامهم فيترجمونه في شكل اضطرابات نفسية وسلوكية تتفاقم كلما تأخر أو غاب التكفل والعلاج النفسي لهم. ولأن الاعتداء الجنسي يحمل مع العنف الكثير من التحقير والاهانة للطفل فهو يحتاج برنامجا علاجيا مكثفا مسلحا بمختلف التقنيات التي تخفف من وطأة الصدمة التي عاشها، ومن هذه التقنيات التي أثبتت فعاليتها في هذا المجال تقنية إزالة الحساسية لحركة العين وإعادة المعالجة وهي تقنية ضمن علاج نفسي حديث، تم تطويرها ليجمع بين عناصر من المعالجات المعرفية والسلوكية النفسية.

#### الكلمات الدالة:

التدخل النفسي، تقنية EMDR، الأطفال، التحرش الجنسي.

## Abstract-

Child Sexual Abuse Is A Severe Crime, And The Rates Of Sexual Violence Against Children Have Increased Significantly. There Are Many Psychological, Social, Economic And Cultural Reasons For The Spread Of This Phenomenon, And Thus Its Psychological Impact Was Reflected On Social Behavior, Which Increased The Spread Of The Phenomenon More, And Consequently The Number Of Child Victims Increased More. These Children Appear To Have Psychological And Behavioral Disorders That Worsen If Psychological Treatment Is Not Provided To Them. Therefore, They Need An Intensive Treatment Program With Various Techniques That Reduce The Severity Of The Trauma Experienced, Such As EMDR, Which Is A Modern Psychological Treatment Technique, Developed To Combine Elements Of Cognitive And Behavioral Psychological Treatments.

### Key Words-

Psychological Intervention, EMDR Technique, Children, Sexual Harassment.

### 1. - مقدمة:

إن الحياة التي نعيشها كانت ولا زالت مسرحا للعديد من الظواهر النفسو -اجتماعية والتي تتباين من مجتمع لآخر، والتي استرعت انتباه العديد من الباحثين من جميع المجالات، ومن هذه الظواهر ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال التي انتشرت مؤخرا وبقوة خاصة في العالم العربي، حيث تعتبر هذه الظاهرة نوع من الإرهاب الذي يدخل في دائرة المسكوت عنه اجتماعيا، حيث يحاول المجتمع إسدال الستار عليه وذلك لعدة أسباب أهمها الخوف من التوصيم الاجتماعي رغم كل الآثار التي يخلفها هذا الفعل على الضحايا. وبالرغم من أن الاعتداءات الجنسية وجدت منذ وجود الإنسان وله جذور تاريخية بعيدة إلا أنه لم يكن بارزا داخل مجتمعنا كما هو الآن، حيث نلاحظ انتشارها وكثرتها في الآونة الأخيرة بسبب التغيرات الأمنية والاقتصادية والعولمة وغيرها. والاعتداءات الجنسية تصيب مختلف الفئات العمرية أطفالا وبالغين، نساء ورجالا، وهو ما يضعهم في خانة الضحايا. وهم يتعرضون إلى نوعين من الضرر، الأول يتمثل في الاعتداء المفاجئ الذي يتعرضون له نفسيا وجسما، والثاني متمثل في اللجوء اضطراريا إلى الجهات الأمنية للحصول على حقوقهم المنتهكة، وهنا يزداد شعور هؤلاء الضحايا بالنقص الذي يزيد من ارتفاع نسبة العجز لديهم وتدني تفاعلاتهم النفسية والاجتماعية.

وقد أصبحت ظاهرة الاعتداءات الجنسية تحتل صدارة اهتمام الباحثين لما تخلفه من آثار وخيمة ومؤلمة بالنسبة للفرد والمجتمع، وقد قام "مرازك" (1987) Merazk في دراسته بتحديد أربعة أنواع للاعتداءات الجنسية وهي:

- مشاهدة الضحية للفعل الجنسي.
  - الاستعراض الجنسي أمام الضحية.
  - مداعبة الأعضاء التناسلية للضحية من طرف البالغ أو العكس.
  - الممارسة الكاملة للعلاقة الجنسية مع الضحية.
- ويكون الاعتداء الجنسي غالبا مصحوبا بالعنف والقوة والتهديد (عبد الرحمان آل سعود، 2005، ص124)، والاعتداء الجنسي على الطفل هو استخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لبالغ أو مراهق، وهو يشمل تعريض الطفل لأي نشاط أو سلوك جنسي، ويتضمن غالبا التحرش الجنسي بالطفل عن طريق ملامسته أو حمله على ملامسة المتحرش جنسيا. كما توجد عدة أشكال أخرى للاعتداء الجنسي على الطفل كالمجامعة والبغاء والاستغلال الجنسي للطفل عبر الصور الخليعة والمواقع الإباحية بطرق قدرة وغير أخلاقية. (الدباغ، 1983، ص125)

ويخلف الاعتداء الجنسي على الطفل صدمة نفسية نتيجة الفعل في حد ذاته وكذا نتيجة المرحلة النمائية التي يمر بها، حيث لا تزال مختلف وظائفه النفسية والفيزيولوجية لم تكتمل بعد، فتكمن المشكلة عند الطفل في وجود تظاهرات صدمية متعددة الأشكال ويصعب الكشف عن مصدرها خاصة إذا كان الطفل لا يتكلم مم يقود إلى تفاقم المشكل عنده شيئا فشيئا. (عبد المعطي، 2003، ص62)

ولعلاج هذه الصدمة والتكفل بحالة الطفل المتعرض للاعتداء الجنسي ركز الباحثون على العديد من التقنيات العلاجية من بينها تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين وسنسى في هذه الورقة البحثية إبراز دورها في علاج صدمة الاعتداء الجنسي لدى الأطفال.

## 2. - خصائص الصدمة النفسية عند الأطفال وأنواعها:

يرى "مايكنبوم" أن الصدمة تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها والتغلب عليها. (Meichenbaum,1994,p32)

كما تعرف بأنها أي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق أو العجز والرعب، وهي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة، ويفجر الكيان الإنساني ويهدد حياته بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه. ( Mitchell & Event,1995,p6) وبالتالي فالأحداث الصدمية هي أحداث خطيرة ومربكة ومفاجئة تتسم بقوتها الشديدة والمتطرفة وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب، وهي ذات شدة مرتفعة كما أنها تتميز بكونها غير متوقعة وغير متكررة. ويعد الطفل المصدوم كل طفل تضرر نفسيا نتيجة معاشته أو تعرضه المباشر لأي حدث مفاجئ سبب له صدمة نفسية، ويتميز بصفات وخصائص معينة أهمها الإنكار ورفض الحديث عن الحدث الصدمي، وهذا الرفض ناتج لأسباب خاصة حسب ما أكدته الدراسات التي قام بها كل من "لوبيقو" Lebigot و"فالي" Vallet و"بروفوست" Provost، وهذا راجع إلى:

- كون الحادثة المعاشة بالإمكان تصورها من قبل أي شخص دون معاشتها، وبالإمكان أيضا توقع الأحاسيس المتناوبة عند التعرض للحدث.  
- الرغبة في الاحتفاظ بالتجربة المعاشة لنفسه، إضافة إلى الخوف من التخلص من الحمل الثقيل بواسطة وسيلة غير محبذة إليه "الكلام والحديث عن الخبرة المعاشة".

ومن جملة الخصائص أيضا عجز الأطفال عن إحياء الحادثة المعاشة عن طريق الذكريات، لذا فإحيائها يكون عن طريق تجسيدها في نشاط اللعب، والملاحظ أيضا وجود صعوبة لدى هذه الفئة من الأطفال المصدومين في التعبير عن بلادة العواطف، وتظهر لديهم نظرة سوداوية تشاؤمية للمستقبل، وتقدير سلبي للذات وقدراتها الشخصية، وهم يحسون أنهم عاجزين عن تحقيق أحلامهم

مستقبلا مع توقع حدوث الخطر في أي زمان ومكان. إضافة إلى انقلاب الأحلام المزعجة الخاصة بالحدث الصدمي في ظرف أيام أو أسابيع إلى تصور أشباح أو خطر ما أو شيء مرعب. (Gilbert & all,1998,p78)

وحسب "ليونال بيلي" Lionel Bailly هناك نوعان من الصدمة عند الأطفال:

- **الصدمة من النمط الأول:** وهو نعرض الطفل لموقف صدمي واحد يؤثر عليه، وتظهر أعراض هذا النمط من الصدمة عن طريق اللعب المتكرر والذي يبدي من خلاله موضوع الصدمة النفسية.
- **الصدمة من النمط الثاني:** هي الحالات المزمنة التي يتعرض فيها الطفل لمواقف صدمية مختلفة ومتكررة ومن ذلك الاعتداءات الجنسية، وتكتشف أعراض هذا النمط من الصدمة عن طريق الحلم والرسم واللعب المتكرر. (Lionel,1996,p33)

### 3. - مراحل تحويل الطفل إلى ضحية جنسية:

هناك عادة عدة مراحل لعملية تحويل الطفل إلى ضحية جنسية:

- **التخطيط:** إن الاعتداء الجنسي على الطفل عمل مقصود مع سبق التردد. وأول شروطه أن يختلي المعتدي بالطفل. ولتحقيق هذه الخلوة، عادة ما يغري المعتدي الطفل بدعوته إلى ممارسة نشاط معين كالمشاركة في لعبة مثلا أو ما شابه ذلك. ويجب الأخذ بالاعتبار أن معظم المتحرشين جنسياً بالأطفال هم أشخاص ذوو صلة بهم. وحتى في حالات التحرش الجنسي من "أجانب" (أي من خارج نطاق العائلة) فإن المعتدي عادة ما يسعى إلى إنشاء صلة بأب الطفل أو أحد ذويه قبل أن يعرض الاعتناء بالطفل أو مرافقته إلى مكان ظاهره برئ للغاية كساحة لعب أو متنزه عام مثلا. أما إذا صدرت المحاولة الأولى من بالغ قريب، كالأب أو زوج الأم أو أي قريب آخر، وصحبتها تطمين مباشرة للطفل بأن الأمر لا بأس به ولا عيب فيه، فإنها عادة ما تقابل بالاستجابة لها. وذلك لأن الأطفال يميلون إلى الرضوخ لسلطة البالغين، خصوصا البالغين المقربين لهم. وفي مثل هذه الحالات فإن التحذير من الحديث مع الأجانب يغدو بلا جدوى.

- **التهديد والتخويف:** ولكن هذه الثقة "العمياء" من قبل الطفل تنحسر عند المحاولة الثانية وقد يحاول الانسحاب والتقهقر ولكن مؤامرة "السرية"

والتحذيرات المرافقة لها ستكون قد عملت عملها واستقرت في نفس الطفل وسيحوّل المتحرش الأمر إلى لعبة "سرنا الصغير" الذي يجب أن يبقى بيننا. وتبدأ محاولات التحرش عادة بمداعبة المتحرش للطفل أو أن يطلب منه لمس أعضائه الخاصة محاولاً إقناعه بأن الأمر مجرد لعبة مسلية وإنهما سيشتريان بعض الحلوى التي يفضلها مثلاً حالما تنتهي اللعبة. وهناك للأسف، منحى آخر لا ينطوي على أي نوع من الرقة. فالمتحرشون الأعنف والأقسى والأبعد انحرافاً يميلون لاستخدام أساليب العنف والتهديد والخشونة لإخضاع الطفل جنسياً لنزواتهم. وفي هذه الحالات، قد يحمل الطفل تهديداتهم محملاً الجدل لا سيما إذا كان قد شهد مظاهر عنفهم ضد أمه أو أحد أفراد الأسرة الآخرين.

• **التفاعل الجنسي والإدمان:** إن التحرش الجنسي بالأطفال، شأن كل سلوك إدماني آخر، له طابع تصاعدي مطرد. فهو قد يبدأ بمداعبة الطفل أو ملامسته ولكنه سرعان ما يتحول إلى ممارسات جنسية أعمق تترك آثاراً ادمانية لدى الطفل نفسه.

• **السرية:** إن المحافظة على السر هو أمر بالغ الأهمية بالنسبة للمتحرش لتلافي العواقب من جهة ولضمان استمرار السطوة وممارسة الجنس مع ضحيته من جهة أخرى. فكلما ظل السر في طي الكتمان كلما أمكنه مواصلة سلوكه المنحرف إزاء الضحية. ولأن المعتدي يعلم أن سلوكه مخالف للقانون فإنه يبذل كل ما في وسعه لإقناع الطفل بالعواقب الوخيمة التي ستقع إذا انكشف السر. وقد يستخدم المعتدون الأكثر عنفاً تهديدات شخصية ضد الطفل أو يهددونه بإلحاق الضرر بمن يحب كشقيقه أو شقيقته أو صديقه أو حتى أمه إذا أفشى السر. ولا غرابة أن يؤثر الطفل الصمت بعد كل هذا التهديد والترجيع. والطفل عادة يحتفظ بالسر دفيناً داخله إلا حين يبلغ الحيرة والألم والقلق والتوتر، وهناك من لا يكشف السر طول حياته، وهناك من يكشفه بعد سنين طويلة، بل إن قساوة ومرارة التجربة في حد ذاتها قد تدفع الطفل إلى نسيانها أو دفنها في اللاوعي ولا تنكشف المشكلة إلا بعد أعوام طويلة بعد ما يكبر هذا الطفل المعتدي عليه ويكتشف طبيبه النفسي أن تلك التجارب الطفلية الأليمة هي أصل الانفعالات السلوكية والمشاكل النفسية التي يعاني منها وهو كبير. (عبد الخطيب، 2007، ص 89)

#### 4. - الدلالات الاكلينيكية لمظاهر الصدمة النفسية عند الطفل:

هناك اعتقاد أن الضرر الذي يحدث من الاعتداء الجنسي هو دائم مدى الحياة...ولكن الحقيقة أن بعض الإرشاد والمساندة يستطيع الطفل الذي تعرض للاعتداء أن يتعافى ويعيش حياة سعيدة متزنة ومليئة بالعلاقات الصحية الواثقة. ولكن هناك عدة عوامل قد تزيد من تأثير الطفل بالتحرش الجنسي:

1.4. - سن الطفل عند بداية التحرش الجنسي: كلما كان سن الطفل صغيراً عند بداية التحرش كلما حمل معه ذكريات حسية أو جسدية للتحرش، وغالباً لا يستطيع التعبير عنها ولا يوجد كلمات يعبر بها عن غضبه. وفيما يلي مثال على ذلك:

ضحية للتحرش الجنسي في طفولتها عرفت بعد فترة من العلاج النفسي السبب في كونها تثار جنسياً كلما رأت أو أحست مروحة في الغرفة، وذلك لأنها كانت دائماً في خلفية الغرفة التي تعرضت فيها للتحرش، وكلما حدثت الإساءة قبل سن البلوغ وقبل تأكد الهوية الجنسية كلما كانت تأثير تلك الإساءة أعمق.

2.4. - العلاقة بين المعتدي والطفل: ثقة الطفل في راعيه الأول ضروري وهام في علاقاته بعد ذلك، ولذلك كلما كانت درجة قرابته بالمعتدي كبيرة كلما كانت الخيانة أعظم.

3.4. - كم من الوقت استمر الاعتداء: كلما طال أمد الاعتداء كلما لام الطفل نفسه أكثر لاعتقاده أنه كان باستطاعته إيقافه، وكلما زاد اعتقاده إنه سيء ومذنب.

4.4. - وجود عنف أثناء الاعتداء: في معظم الأحوال عندما يتضمن الاعتداء الجنسي وجود عنف أو تهديد إذا لم يتعاون الطفل يكون الأذى النفسي أكبر.

5.4. - النظام الاجتماعي الذي يوجد فيه الطفل أثناء التحرش: عندما يجد الطفل من يكلمه عن التحرش ويحذره منه يكون ذلك أفضل كثيراً من طفل لا يجد من يكلمه، وفي بعض العائلات قد يفضل الطفل ألا يتكلم خوفاً من العواقب...مثلاً قد يفكر الطفل "لو قلت لوالدي إن أخي يستغلني جسدياً قد يؤذيه أو يقتله ويدخل السجن"

رد فعل البالغين للطفل عندما يخبرهم عن الاعتداء من المهم جداً الهدوء البالغ في التعامل مع ذلك الموقف، ومن الطبيعي أن تشعر بالغضب المدمر. ولكن الطفل قد يشعر أن ذلك الغضب موجهاً إليه لابد أن يشعر الطفل بالأمان والمساندة حتى يستطيع الكلام، ويستفيد كثيراً عندما يعرف أن ذلك قد حدث لأطفال آخرين سواء أكانوا بناتا أم أولادا.

6.4 - الهوية الجنسية: لو كانت الهوية الجنسية لدى الطفل قد تكونت ستكون الإساءة الجنسية أقل وقعا لأن غالبا عندما يحدث التحرش من نفس الجنس (ذكر لذكر) أو (أنثى لأنثى) فإن ذلك يترك خوفاً من المثلية الجنسية يجب شرح أن الجسم ملئ بالخلايا العصبية وعند استثارة تلك الخلايا بواسطة اللمس (بغض النظر من رجل أو امرأة) فإننا نشعر وهذا لا يعني إطلاقاً إننا مثليين.

مثال بسيط يمكن شرحه للأطفال هو (الدغدغة) إنها تثير الضحك لدى أي شخص ولا يهم في تلك النقطة من يقوم بالدغدغة فإنك تتفاعل مع التجربة.

لو كان المعتدي من الجنس الآخر قد يثير ذلك أيضاً أسئلة حول الهوية الجنسية، مثلاً إن تعرض ولد للاعتداء من قبل امرأة ولم يشعر بإثارة فقد يشك في رجولته وكذلك لو أثير جسدياً ولم تهتز مشاعره فقد يشك في رجولته وبالمثل عند الفتيات. كلما كان احساس الطفل بنفسه وتقبله لها قوي في وقت الإساءة ستكون العواقب أقل بل على العكس ربما يستطيع دفع المعتدي ورفض ما يحدث له من قبل ذلك الشخص. (سالم، دت)

ويعتقد الكثيرون أن الطفل الذي لا يتعرض لأضرار جسمية أثناء الحادث الصادم لا يصاب بأعراض الاضطراب، لكن الواقع يقول العكس تماماً فالطفل غير المصاب بالضرر الجسدي والشاهد على الحادث الصدم يستأثر انفعالياً به وبالتالي يطور اضطراب الصدمة النفسية دون مروره بفترة الكمون، أما الطفل المصاب بأضرار جسدية فنجده منشغل البال بالآلامه أو بفكرة إصابته عضوياً.

وقد لاحظ "ينوس" "Ynoos.R" من خلال أبحاثه ودراساته أن الأطفال الشهود على مواقف عنيفة والذين عايشوا الحدث الصدمي لا توجد لديهم أعراض فقدان الذاكرة المؤقت بعد الصدمة، كما لاحظ أن هذه الفئة من

الأطفال تظهر لديهم اضطرابات في النوم وكوابيس تسبب لهم الرعب في الليل، وتوقظهم عدة مرات من نومهم. (Lionel,1996,p38)

وعموما الطفل الذي يعاني من آثار الصدمة النفسية تظهر لديه المظاهر التالية أو بعض منها: (ملتقى التكفل النفسي بالنساء والأطفال ضحايا العنف،2001)

- خلل في السلوك اليومي وعدم القدرة على القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- ردود فعل سلبية وانسحاب تام.

- حركة زائدة غير معتادة.

- الخوف والقلق والتوتر والترقب والتوجس.

- الشرود الذهني وعدم القدرة على التركيز والانتباه.

- اضطرابات النوم والأحلام المزعجة والكوابيس.

- أعراض فيزيولوجية مثل فقدان الشهية واضطرابات الكلام والتبول

اللاإرادي

- هجمات الرعب والتي تعبر عن الشعور بالتهديد والتنقل من مكان لآخر والجري بطريقة عشوائية وبحركة غير منتظمة.

5. - أهداف تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR):

تم اكتشاف تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين من قبل "فرانسين شابيرو" عام 1987 ومنذ ذلك الحين أحدثت هذه التقنية ثورة في العلاج النفسي، حيث أثبتت فعاليتها علميا عام 1989 من خلال العديد من الدراسات التي أجريت حولها (Josse,2013,p1).

تستند تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين على فرضية وجود ذكريات وعواطف وأحاسيس عاطلة يعانها مرضى الصدمة النفسية بشكل رئيسي بسبب الحزن غير الملائم للحدث الصدمي المؤلم والمستقر في ذاكرة المريض الضمنية، فعند القيام بالتحفيز الثنائي فإنها تساعد في معالجة هذه

الذكريات الضمنية وانتقالها إلى الذاكرة الواضحة بما يجعلها طبيعية يمكن التعلم منها (فحل الكبسي، وناصر التميمسي، 2016، ص150).

لقد عرفت جمعية EMDR-FRANCE التقنية بأنها: "علاج ادماجي يتم عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العين وغيرها)، حيث تسمح بتحريك الإمكانات النفسية وترميم استعادة الثقة بالنفس وتهضم الأحداث المؤلمة" (عتيق، 2013، ص54)

وعليه هذه تقنية تعتمد على ترك المريض يستعيد المشاهد المرغبة التي رآها أو عاشها مع استعادة المشاعر والمخاوف التي انتابته بسببها، ويتابع المريض في ذات الوقت من خلال حركة عينيه بسرعة تصاعديّة حركة يد المعالج، فهذه الحركة تكون سريعة مما يؤدي إلى طيها بالنسيان بشكل متدرج.

وتهدف تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) جملة من الأهداف والتي تتمثل فيما يلي:

- تفكيك الذكرى عن الانفعال (سعدوني، 2012، ص141)
- التمكن من الوصول إلى الصدمات المؤلمة المخزنة وإعادة معالجتها.
- تقوية الإدراك الإيجابي ليستبدل ادراك المريض السلبي الأصلي (خالد عبد الحميد، 2013، ص69)
- التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (شعبان حسن، دس، ص1)

6. - المراحل العلاجية لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) وكيفية تطبيقها على الطفل ضحية الاعتداء الجنسي:

تتضمن تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين ثمان مراحل أساسية وهي كالتالي:

1.6 - تاريخ المريض والتخطيط للعلاج: يسعى المعالج في هذه المرحلة الاثام بالتاريخ النفسي والاجتماعي والطبي للمريض وهذا للتأكيد من طبيعة المرض النفسي الذي يعاينه المريض، وكذلك من ملائمة التقنية بعلاجه، إذ أن هناك بعض الحالات التي يمنع فيها استخدام هذه التقنية مثل: وجود مشاكل في القلب، أو مشاكل تنفسية، أو الحمل، حيث يجب استشارة الطبيب لأن استخدام تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين قد تؤدي إلى

أحداث هيجان حاد كما أن المريض الذي لديه أفكار انتحارية يحظر علاجه بـ "EMDR" (Schiraldi, Gr, 2009, p 212)، كما يمكن أيضا تحديد عوامل الفائدة الثانوية للمريض. بعد التعرف على تاريخ المريض يعمل المعالج والمريض معا على وضع خطة علاجية حيث:

- تحدد الأهداف التي ستتم معالجتها وهي غالبا ما تكون أحداثا صدمية أو أحداثا مركبة أو أحد عناصر تلك الأحداث.

- ثم تحدد المثيرات الحالية التي تسبب ارتباكا انفعاليا.

- ثم تحديد الوضعيات المستقبلية التي من المتوقع أن تخلق ارتباكا لدى المرضى (Freedman, & Power, 2007, p 95)

كما تدخل ضمن الخطة العلاجية "مهارات المواجهة" التي يحتاج المريض لتعلمها وهذا من أجل خفض الضيق والقلق اللذين يظهران في مراحل لاحقة من العلاج بـ "EMDR" (Schiraldi, 2009, p 212). إن المعالج بـ "EMDR" يتجاوز الاصغاء للصدمة وللأحداث الحرجة المدرجة في تاريخ المريض وبولي انتباها خاصا إلى الكلمات التي يستعملها المريض في وصف نفسه وعلاقته مع الآخرين ومع العالم عموما، لأن هذه الكلمات تعكس الاعتقادات الشخصية للمريض وهي تمثل مفاتيح الاعتقادات الإيجابية والاعتقادات السلبية في مرحلة التقويم (Freedman, & Power, 2007, p 95)

2.6 - مرحلة التحضير: يولي المعالج في هذه المرحلة أهمية كبيرة للعلاقة

مع المريض، حيث يعمل على تطوير تحالف علاجي قائم على ثقة المريض وارتياحه، حيث يجد الحرية التامة في الحديث عن اضطرابه والتطرق لمعلومات دقيقة وصادقة، وهذا أمر هام للمعالج فنجاح العلاج مرهون بنسبة كبيرة بنوع العلاقة العلاجية. بعد ذلك يقدم المعالج شرحا عاما للصدمة وآثارها ودلالة الأعراض التي يعانيها المريض (عتيق، 2013، ص 70- 71)، كما يشرح الجانب النظري للعلاج بتقنية "EMDR" وكذا الإجراءات والتوقعات المعقولة من العلاج وبعد أن يتأكد المعالج من تقبل المريض للعلاج يساعده على تعلم الاسترخاء والارتياح وتهذئة النفس باعتبارها طرقا للتعامل مع الهيجان المربك. ثم يتعلم المريض الوعي أو الملاحظة الواعية، حيث يلاحظ المريض محتويات ذهنه، وهنا تؤكد على أن المريض يطلب منه أن يكتفي فقط بملاحظة

الأفكار والمشاعر والصور التي تمر على وعيه (Mollon,2005,p3)، كما يتدرب المريض على الاحتفاظ في ذهنه بالأفكار المربكة أثناء تحريك العين. وفي هذه المرحلة أيضا يتعلم طرقا أخرى في التحكم الذاتي ومن ذلك إشارة التوقف وتعني بها الإشارة التي يتفق عليها المعالج والمريض كأن يرفع هذا الأخير يده اليمنى أو يحرك رأسه إلى الأمام ليشير للمعالج بأنه يريد إيقاف سيرورة معالجة المعلومات بسبب الضيق والقلق أو عجز المريض عن معالجة المعلومات أو لأي سبب آخر. وهنا تبرز إحدى نقاط قوة "EMDR" وهي ترك المبادرة للمريض فهو يتحكم في زمام الأمور فالعلاج متمركز حوله وهذا ما يشعره بأن الأمر لا يتجاوزه.

ولزيادة الشعور بالتحكم الذاتي يتم خلق المكان الآمن/الهادئ وهو المكان الذي يلجأ إليه ذهنيا المريض عندما يشعر بالقلق والأفكار المتعلقة بالحدث الصدمي تغمره مما يخفف من درجة القلق ويعطي المريض شعورا بالراحة وبالتحكم، مع العلم أن المكان الآمن يتم تحديده وتكوينه باستعمال الإثارة ثنائية الجانب والتي تعني بها أن يكون المريض منتبها لحركات أصابع المعالج التي تتحرك يمينا وشمالا وفي نفس الوقت يركز انتباهه على ما يدور بذهنه (عتيق، 2013، ص71)

3.6 - مرحلة التقييم: يتم في هذه المرحلة الذكرى الصدمية التي سيتم استهدافها أي جعلها هدفا للمعالجة، فمثلا في حالة الاغتصاب في مكان ما فإن من مظاهر هذه الذكرى الصدمية نذكر: وجه المغتصب أو ديكور المكان الذي حدث في الاغتصاب، أو كابوس متكرر مرتبط بالذكرى الصدمية، أو رائحة شممتها الضحية أثناء التعرض للاغتصاب...إلخ. وبعد تحديد أحد المظاهر الصدمية التي ستستهدف يستخرج المريض الاعتقاد السلبي إزاء ذاته وقدراته المرتبطة بذلك الهدف، ومن أمثلة الاعتقادات السلبية المخزنة ضمن الذكرى الصدمية: أنا ليس طيبا، أنا غير كفاء، إنها غلطتي ( Schiraldi,2009,p 212). ثم يطلب من المريض أن يستحضر في ذهنه مظهر تلك الذكرى الصدمية المستهدفة وكذلك الاعتقاد السلبي إزاء ذاته ويعطي القيمة العددية لمستوى القلق الذي يشعر به باستخدام سلم وحدات الارتباك الذاتي "SUD".

وبعدها يتحدث المريض عن الاعتقاد الايجابي حول ذاته والذي يرغب في أن يصدقه ويعتقد صحته، ومن أمثلة ذلك: أنا الآن في أمان، يمكنني أن أنجح، لقد

أفضل ما لدي، عندي عدة خيارات. ويتم تقييم مدى صحة هذا الاعتقاد الإيجابي بسلم صدق الاعتقادات "VOC". وأخيرا يتم تستخرج الاحساسات الجسدية المرتبطة بالذكرى الصدمية مثلا: ضيق الصدر، انقباض الحلق، أو الشعور بثقل في المعدة (عتيق، 2013، ص72).

4.6 - مرحلة إزالة الحساسية: تهدف مرحلة إزالة الحساسية إلى إعادة معالجة الذكريات المخزنة بطريقة غير تكيفية والوصول بالحدث الصدمي إلى حل تكيفي (Luber, 2010, p78)، ومن خلال معالجة تلك يحدث اتحاد ما بين الشبكة الذكورية غير التكيفية الخاصة بالذكريات الصدمية والشبكات الذكورية التكيفية الأخرى.

ففي جلسة إزالة الحساسية يطلب المعالج من المريض أن يركز انتباهه على المواد المستهدفة والتي تم تحديدها في المرحلة السابقة، بالإضافة إلى المواد المستهدفة فإن المريض ينتبه أيضا للاعتقاد السلبي والمشاعر والاحساسات المربكة المرتبطة بتلك المواد المستهدفة، وخلال الاحتفاظ بكل ذلك في الذهن يطلب من المريض القيام بسلسلة من حركات العينين وذلك بمتابعة أصبعي يد المعالج التي تتحرك بصورة ايقاعية وبسرعة ذهابا وإيابا "يمينا وشمالا" ضمن مجال رؤية المريض وعلى بعد 12 إنشا حوالي 30 سم، ويظل الرأس في حالة سكون خلال تحريك العينين وهكذا تبدأ عملية المعالجة (Schiraldi, 2009, p212)، وترى "شابيرو" أن متابعة الإصبع تعمل على اثارة نظام معالجة المعلومات في الوقت الحالي علما أن كل سلسلة من "BLS" تدوم من 20 ثانية إلى بضع دقائق وهذا يتوقف على رد الفعل الانفعالي لدى المريض. إن اثارة الانتباه الثنائي لدى المريض تتم عبر فترات متقطعة وليست بصورة مستمرة، فبعد كل سلسلة من المعالجة يطلب المعالج من المريض أن يتخلص من الأفكار التي وردت لذهنه والابتعاد عن كل ما يمت بصلة للصدمة، ويأخذ نفسا عميقا ويسأله: ماذا لديك الآن؟ وهنا يجد المريض نفسه في واحدة من الحالات الآتية:

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

- عندما يتعطل المريض ويعني ذلك العودة إلى نفس المواد دون إعادة معالجتها، يتم اللجوء إلى التدخل الذي يدعى التمازج المعرفي ويكون ذلك بأن يدخل المعالج معلومات وظيفية إلى وعي المريض مما يؤدي إلى انطلاق عملية إعادة المعالجة من جديد.

قد تطفو في وعي المريض بعض المواد غير المتوقعة والتي قد تبدو ظاهريا أنها لا علاقة لها بالصدمة ولم يتم الحديث عنها سابقا، لكن يتم قبول كل خبرات المريض باعتبارها مرتبطة بطريقة ما بعملية إعادة المعالجة وإزالة الحساسية، وفي هذه الحالة يطلب المعالج من المريض أن يبقى مع تلك المعلومات خلال متابعته لسلسلات إضافية لحركات العينين وفي آخر المطاف فإن جميع المظاهر المربكة المرتبطة بالذكري الصدمية يتم التخلص منها أو معالجتها. اذن في كل الحالات تستمر عملية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة إلى أن تتوقف المواد الصدمية المستهدفة من التسبب في أي ارتباك وهذا ما يترجم بالحصول على درجة صفر على سلم "SUD" (عتيق، 2013، ص 73- 74).

5.6. - مرحلة ترسيخ وتقوية الاعتقاد الإيجابي: بعد تخلص المريض من كل ما يرتبط بالذكري الصادمة في المرحلة السابقة يمر المريض وبمساعدة المعالج إلى ترسيخ الاعتقاد الإيجابي الذي يرغب المريض في تصديقه والاعتقاد بصحته، وهو عادة ما يكون مرتبطا بذات المريض وبقدراته.

ففي هذه المرحلة يسأل المعالج المريض "عندما تفكر في الحدث الأصلي بماذا تشعر إزاء هذه الكلمات: لقد فعلت أفضل ما لدي" أو أي اعتقاد إيجابي يحدد سابقا" وهكذا يتم تعزيز وتقوية الاعتقاد الإيجابي عبر سلسلات إضافية من الاثارة ثنائية الجانب "BLS"، وبعد كل سلسلة يقوم المعالج بالتقييم فيعرف إلى درجة يصدق المريض صحة هذا الاعتقاد الإيجابي وتستمر هذه العملية كل ما يعيق شعور المريض بأن ذلك الاعتقاد صادق (Schiraldi, 2009, p 213) وتنتهي هذه المرحلة عندما يبلغ الاعتقاد الإيجابي درجة 6 أو 7 على سلم "VOC" (Freedman, & Power, 2007: 96)

6.6. - مرحلة المسح الجسدي: إن إحدى نقاط قوة "EMDR" هي اعتمامها بالمعلومات غير اللفظية والتي تتضمن الروائح والمذاقات والأصوات، كما تتضمن احساسات جسدية أخرى مثل التوتر أو التضايق، فحتى تضمن أن

مظاهر الذكري الصدمية تمت معالجتها يقوم المريض بمسح ذهني لكل جسده للتعرف على أي احساسات جسدية مربكة أثناء استحضار المواد الصدمية المستهدفة، فإذا وجدت إشارات جسدية مربكة يقوم المريض بمساعدة المعالج بمعالجتها عبر سلسلات من الاثارة ثنائية الجانب، وتستمر الغاية إلى غاية التخلص من تلك الاحساسات الجسدية المدركة "الاحساسات الجسدية تتمثل في ذكريات حول الادراكات العضلية أو الادراكات جسدية متعلقة بالتأثيرات الأولية للحدث الصدمي وهي تعرف فقط من خلال ادراك موضعها من الجسد وليس عن طريق محاولة وصفها" (عتيق،2013، ص77).

7.6 - الاختتام: يساعد المعالج في هذه المرحلة مريضه على مغادرة الجلسة وهو يشعر بالأمان والراحة حتى وإن لم تنته المعالجة، كما يمارس المريض خلالها استراتيجيات التهذئة الذاتية، وتقنيات التحكم التي تعلمها سابقا ويخبر المعالج مريضه أن المعالجة قد تستمر ما بين الجلسات، ولذلك إن ظهرت مواد جديدة مربكة وتحتاج المعالجة فإن ذلك يعتبر علامة إيجابية، ويطلب من المريض استعمال مذكرات لتدوين المواد الجديدة التي ظهرت. (Schiraldi,2009,p 213)

8.6 - إعادة التقييم: في بداية الجلسة الموالية يتأكد المعالج من أن النتائج الإيجابية المتحصل عليها في الجلسة السابقة لم تتعطل، حيث يطلب من المريض التفكير ثانية في الهدف المحدد خلال الجلسة السابقة، وبناء على ردود فعل المريض يقيم المعالج أثر العلاج، ومن ثم يكيف السيرورة العلاجية، فيعملان على تحديد ومعالجة الأهداف القديمة التي مازالت تحتاج للمعالجة والإيجاد أهداف جديدة لمعالجتها (عتيق،2013، ص77).

أما بالنسبة لطريقة تطبيق تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين على الطفل ضحية الاعتداء الجنسي تكون كالتالي: يتم العمل بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين على الأطفال الذين تعرضوا لاعتداء جنسي وفق مراحل تتصل بأساليب مرغوبة للأطفال، وهذه الأساليب اعتمدت أكثر ما يكون في المقاربات النفسية التحليلية مع الأطفال. ويتم هذا التكنيك وفق ما يلي:

- 1 - يطلب الى الطفل ضحية الاعتداء الجنسي أن يرسم مكان يعطيه أحساس بالأمان الراحة، ممكن أن يكون هذا المكان حقيقي وممكن أن يكون متخيل.
  - 2 - أن نقوم بعمل عبطة الفراشة وملاحظة أي نوع من المشاعر الذي يحس بها في تلك الأثناء، وهذا يكون من خلال قيام المعالج طفل الاعتداء الجنسي تمرين استرخاء يسمى "عبطة الفراشة" الذي يتمثل في وضع اليدين متصلبين على الصدر، في نفس الوقت نطلب من الطفل ملاحظ الصورة الآتية إلى ذهنه في تلك اللحظات، بعدها يقدم المعالج مقياس الأوجه من أجل تقييم الحالة الانفعالية للطفل.
  - 3 - بعد اجراء التقييم للحالة الانفعالية للطفل يعطى المعالج من الطفل ضحية الاعتداء الجنسي أن الآن يفكر بأسوء ذكرى، أسوء كابوس مر به ثم يطلب المعالج منه أن يرسم تلك الذكرى أو الحدث الصدمي.
  - 4 - بعد اكمال الطفل رسم الحدث الصدمي يقدم له المعالج مقياس الانزعاج من أجل تقييم درجة انزعاج الطفل من الصورة التي تمثل الحدث الصدمي.
  - 5 - يطلب المعالج من الطفل عمل عبطة الفراشة وهو ينظر للصورة التي رسمها مع ملاحظ أي تغيير يطرأ على باله (صور جديدة، فكار جديدة)
  - 6 - بعدها يطلب المعالج من الطفل رسم الفكرة أو الصورة الجديدة التي طرأت على باله.
  - 7 - تقييم المعالج لدرجة الانزعاج الذي شعر به الطفل اتجاه الفكرة أو الصورة الجديدة التي تبادرت إلى ذهنه من خلال مقياس الانزعاج.
  - 8 - يطلب المعالج من الطفل عمل عبطة الفراشة حتى تتغير الصورة الموجودة في ذهنه.
- ويستمر المعالج بهذه الخطوات حتى تتغير الصور السلبية الموجودة في ذهن الطفل اتجاه الحدث الصادم، ثم يعود المعالج ويطلب من الطفل أن يسترجع الرسمة الأولى التي تمثل المكان الآمن والذي يشعره بالراحة والسعادة، ثم يعاود المعالج مرة أخرى من الطفل عمل عبطة الفراشة حتى يشعر بالمشاعر الإيجابية والتي أصبحت قوية (شعبان حسن، دس، ص4-5)

7. - خاتمة:

يخلف الاعتداء الجنسي على الطفل صدمة عميقة والتي تتبلور فيما يعرف باضطراب ما بعد الصدمة والذي يشير إلى رد فعل لاحق لمعايشة حدث صدمي مؤلم.

ونظرا لما تخلفه الصدمات النفسية بما فيها صدمة الاعتداء الجنسي على الطفل من مشكلات نفسية معقدة اتجه الباحثون إلى إيجاد تقنيات علاجية مناسبة لهما ومن بين هذه التقنيات نجد تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين "EMDR"، والتي تقوم على فكرة أن تعرض الفرد لصدمة نفسية تؤدي إلى تعطيل نظام المعالجة التكييفية للمعلومات وينتج عن هذا التعطيل ظهور أعراض "PTSD"، حيث يتمثل دور "EMDR" في إعادة تنشيط نظام المعالجة التكييفية للمعلومات مما يسمح بمعالجة الصدمة النفسية بطريقة إيجابية. يتم علاج الصدمة النفسية وفق تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين "EMDR" عبر مراحل محددة. وتطبيق هذه التقنية يختلف بين الراشدين والأطفال، فتطبيق "EMDR" على الأطفال له طريقة خاصة بهم نظرا لشدة وقع الحدث الصدمي على الأطفال.

## المراجع:

### - المراجع باللغة العربية:

- 1 - التكفل النفسي بالنساء والأطفال ضحايا العنف، سيدي فرج، (26 أبريل 2001).
- 2 - خالد عبد الحميد، وليد، (2013)، معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج ابطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين، شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 29.
- 3 - الدباغ، فخري، (1983)، أصول الطب النفسي، بيروت: دار الطباعة للنشر والتوزيع.
- 4 - سعدوني غديرة، مسعودة، (2012)، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي؟، شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 4.
- 5 - شعبان حسن، مرسلينا، (د س)، حركة العينين السريعة والمتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة، مقال منشور بموقع:  
[www.arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaEMDR.pdf](http://www.arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaEMDR.pdf)
- 6 - عبد الحميد الخطيب، سلوى، (2007)، نظرة في علم الاجتماع الأسري، جدة: مكتبة الشقري.
- 7 - عبد الرحمن آل سعود، منيرة، (2005)، إيذاء الأطفال أنواعه وأسبابه، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية.
- 8 - عبد المعطي، حسن، (2003)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الأسباب التشخيص والعلاج، مصر: دار القاهرة.
- 9 - عتيق، نبيلة، (2013)، واقع علاج اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة "PTSD" بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين "EMDR" بالجزائر، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا، جامعة سطيف 2.
- 10 - فحل الكبيسي، ناطق، وناصر التميمسي، علي، (2016)، اختبار فعالية منهج ابطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 48.
- 11 - محمد، شريف سالم: الاعتداء الجنسي على الأطفال، مقال منشور بموقع:  
[http://www.tabibnafsany.com/child\\_sexual\\_abuse.html](http://www.tabibnafsany.com/child_sexual_abuse.html)

- المراجع باللغة الأجنبية:

- 12- Freedman C, (2007), Power MJ Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice, England, The Atrium, Southern Gate, Chichester.
- 13- Gillbert, Villa ; Luc, Michel ; Marie, Christine,(1998), L'enfant victime d'agression ESPT chez l'enfant et l'adolescent, Paris : édition Masson.
- 14- Josse, Evelyne, L'MDR , (2010), Article publié sur le site : [www.resilience-psy.com/IMG/pdf/article\\_emdr.pdf](http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/article_emdr.pdf)
- 15- Lionel, Bailly, (1998), Les catastrophes et leurs conséquences psychologiques traumatiques chez l'enfant ESF, Paris : édition collection la vie de l'enfant.
- 16- Luber M, (2010), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations, New York, Springer Publishing Company.
- 17- Meichenbaum, D, (1994), post traumatic stress disorder, Weterloo, ON, Canada, Institute Press.
- 18- Mitchell, J.T & Event, S.E, (1995), trace traumatique chez les cancéreu.
- 19- Mollon P, (2005), EMDR and energy therapies: psychoanalytic perspectives, London, Kernak.
- 20- Schiraldi GR , (2009), The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook, A Guide to Healing, Recovery, and Growth, 2nd, USA, Library of congress cataloging-in-publication.