

بروتوكولي التفاؤل، تطوير وتثبيت الموارد - خفض الحساسية بحركات العين

وإعادة المعالجة في علاج الأبعاد النفسية للسرطان

Optimism, Resource Development and Installation - Eye Movement Desensitization and Reprocessing Protocols in the Psychological Dimensions of Cancer Therapy.

نبيل عمراوي¹، فريد بوتعني²، فطيمة نفيدسة³

1- جامعة عمار ثليجي بالأغواط، مخبر الصحة النفسية، na.amraoui@lagh-univ.dz

2- جامعة أمين العقال الحاج موسى آق أخاموك بتامنغست، مخبر توطين علم النفس بمنطقة الأهقار

والتيديكلت، boutaani.farid@gmail.com

3- جامعة أمين العقال الحاج موسى آق أخاموك بتامنغست، مخبر توطين علم النفس بمنطقة الأهقار

والتيديكلت، dr.nfidsa.fatima@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2021/03/14 تاريخ القبول: 2021/09/09 تاريخ النشر: 2022/12/14

ملخص :

العلاجات النفسية في تطور مستمر متخذة منحى الموجات، موجة أولى فثانية فثالثة...، ويعتبر تعقد، عمق وتركيب الأمراض النفسية من أحد الأسباب الرئيسية لهذا التطور، فأصبح الاهتمام بالمريض وليس بالمرض، ومن بين الأمراض الخطيرة التي تهدد وجود الإنسان السرطان، وتعد أبعاده النفسية التي تتمحور رئيسيا، في اضطرابات القلق، الاكتئاب والصدمة، من أخطر الاضطرابات النفسية وأعقدها على الإطلاق وليست هي نفسها المتناولة في الحالات العادية، ما أدى إلى تغيير النظرة التقليدية لعلم النفس، فأصبح يتناولها علم نفس الأورام بدلا عن البسيكوسوماتيك، وأضحى تكامل العلاجات النفسية في موجتها الثالثة أكثر من ضرورة، ويعتبر العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة المدمج ببروتوكولات علم النفس الايجابي وعلى رأسها بروتوكول التفاؤل وتطوير وتثبيت الموارد المقترح من طرف الباحثين تكفلا نفسيا متكاملا شاملا تكشف نتائجها الجيدة حديثا.

كلمات دالة : علاج نفسي، حركات العينين، علم النفس الايجابي، تفاؤل، تطوير وتثبيت الموارد، علم النفس الأورام، سرطان.

Abstract:

Psychotherapy are in continuous development, taking the direction of waves, first wave, second wave, third ..., and the complexity, depth and composition of the psychological disease one of the main reasons for this development, so concern for the patient and not disease, and among the serious diseases that threaten the existence of man is cancer, and its psychological dimensions are which centered mainly on anxiety disorders, depression and trauma, is one of the most dangerous and complex disease disorders at all, and it is not the same as the one used in normal cases, which led to a change in the traditional view of psychology, so that it became covered by psycho-oncology instead of psychosomatic, and the integration of psychotherapy became in its wave the third is more than a necessity, and psychotherapy is considered by reducing sensitivity to Eye Movement Desensitization and Reprocessing Psychotherapy with positive psychology protocols, on top of which is the protocol for optimism and the development and installation of resources proposed by researchers for a comprehensive, integrated psychological guarantee whose good results have recently been revealed.

Key words: psychotherapy, eye movements, positive psychology, optimism protocol, psycho-oncology, resource development and installation, cancer

مقدمة

ظهور علم النفس الايجابي على يد مارتن سليغمان عام 1998، الذي ينظر إلى نقاط القوة والفضائل ينميها ويستثمر فيها، ليس مختلفا للنظرة التقليدية للاضطراب النفسي التي تنظر إلى نقاط الضعف، المرض والعجز، بل يكملها ليصل ليس فقط للشفاء، الصحة والتعافي بل ليتعدى ذلك إلى الرفاه، السعادة وجودة الحياة...، وكان ولابد التفكير في علاجات نفسية تكاملية دينامية، فكان العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة الذي طورته فرنسين شابيرو منذ 1989، من أهم الثورات العلاجية في هذا المجال، ولأن علم النفس الأورام الذي يهتم بالأبعاد النفسية، الاجتماعية، السلوكية...، المعقدة والمركبة لصدمة مرض

السرطان، ويمتد التكفل بمتولي الرعاية والمحيط الاجتماعي لمريض السرطان، ونوعية الحياة وقبله الوقاية ودراسات التأهيل والجينات المسؤولة عن ظهور الأورام...، كشف عن أهمية الأمل، التفاؤل والايجابية في تحسين حياة مرضى الأورام السرطانية وفي التعجيل بشفايتهم، لسيما وأن هذا المرض الخبيث في تزايد مستمر لأسباب معروفة ومجهولة...، ففكر الباحثان في ترجمة بروتوكولين هامين يشكلان محورا ونواة تجمع بين علم النفس الايجابي والعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة، هما بروتوكولي تطوير وتثبيت الموارد والتفاؤل، المعروفين باختصار: EMDR-DIR لـ Andrew Leeds (1995) و-EMDR Laizeau Optimisme (2012)، وهو عمل جزئي من أطروحة دكتوراه في هذا المجال، وأثبتت النتائج الميدانية الحالية التي هي "قيد الانجاز" ثورة علاجية نفسية وتكفل نفسي يجد ضرورته قبل أي وقت مضى.

وإتباعا للمنهج الوصفي في الورقة البحثية الحالية التي تعرف وتكشف عن العلاج النفسي المقترح، نطرح التساؤل الآتي:

كيف يتكفل نفسيا بالأبعاد النفسية لمرض السرطان ببروتوكولي العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة - التفاؤل، وتطوير وتثبيت الموارد ؟
للإجابة على هذا التساؤل، نقتح الخطأ الآتية:

1. العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة، الخلفية والتعريف.
2. بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة - التفاؤل.
3. بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة - تطوير وتثبيت الموارد.
4. التكفل النفسي للأبعاد النفسية لمرض السرطان بالعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.
5. نتائج تطبيق بروتوكولي التفاؤل، تطوير وتثبيت الموارد - بالعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة على عينة جزائرية مرضى السرطان.

1- العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة، الخلفية والتعريف.

انطلقت مع الدكتور فرانسيس شاييرو في حديقة Vasona County في لوس جاتوس، كاليفورنيا، عام 1987، أثناء المشي لاحظت أن الأفكار المزعجة التي سيطرت عليها بسبب حدث صادم في الماضي في حياتها، بدأت فجأة في الاختفاء، وعند محاولة إعادتها لم تعد لديها نفس الشحنة السلبية أو الأهمية التي كانت في بداية مسيرتها، فقد بدأت في إيلاء عناية فائقة، ولاحظت أن الفكرة السلبية في سيرها من خلال عقلها، أن عينيها بدأت تتحرك بشكل عفوي في حركة قطرية سريعة، فتغيرت أفكارها، وعندما حاولت الإعادة احتياطيا، لم يكن للأفكار نفس الشحنة، فمن خلال هذه المسيرة الشهيرة اكتشفت شاييرو تأثيرات حركة العين العفوية وبدأت في تطوير إجراءات آثار حركات العين الثنائية، وفي عام 1989، نشرت أول دراسة ذات نتائج مضبوطة لـ EMDR و PTSD في مجلة الصدمة والإجهاد (1989 أ)، وفي عام 1990، قامت شاييرو بتغيير الاسم من EMD إلى EMDR للتعريف والاعتراف الشامل لتأثير إعادة المعالجة الذي كان يحدث، وكان خلال هذا الوقت أيضا أشكال الأخرى من التحفيز الثنائي (النعيمات أو التريبتات أو الموسيقى) المعترف بها على أنها لها نفس التأثير، وبدأ استخدامها باعتبارها بديلا لحركة العين المفضلة (Hensley, 2016, xxii)

اعتمدت منظمة الصحة العالمية (OMS) عام 2013، العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) مع العلاجات المعرفية السلوكية (TCC) في علاج الاضطرابات طبيعة نفس-صدمة (Tarquinio et 30, 2015, Tarquinio).

EMDR هو "علاج" وليس "تقنية" ويعتمد على نموذج معين يميزه عن غيره من أشكال العلاج، وبالرغم من أن EMDR قد تم التحقق منه تماما في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، إلا أنه هناك العديد من الدراسات البحثية الجارية لتقييم التطبيقات على نطاق واسع لمجموعة من الاضطرابات، وقد تم تحقيق نتائج ممتازة بالفعل بعدد لا يحصى من التشخيصات بتقليل الأعراض وتقوية المعتقدات التكيفية، وتجربة المريض مع الذات وغيرها بشكل نموذجي،

وحولت الطرق التي تسمح للشخص بالاستجابة بشكل أكثر تكيفاً مع متطلبات الحياة المستقبلية، باستخدام EMDR تؤكد مكانته على أنه من نفس مستوى أو أكثر أشكال العلاج المعترف بها على نطاق واسع كالعلاج النفسي الديناميكي والعلاج السلوكي المعرفي. (Hensley, 2016, xxvi).

EMDR، تم تطويره كمقاربة علاجية إكلينيكية متكاملة، وكمنهج متكامل نظرياً يشمل العديد من العناصر التقليدية للمقاربات العلاجية النفسية الرئيسية (العلاج العقلاني الدافعي السلوكي، العلاجات التجريبية، المتمركز حول العميل، الديناميكية، وغيرها)، نظمت بطريقة فريدة، أصيل، متطور، تطبيقي، العميل منخرط في حلقات تحريك عينيه إلى الأمام والخلف، بتتبع أصابع المعالج.... (Howard, 2000, 19-30)، وهو ما أكدته أيضاً (Marilyn, 2009) من أن EMDR اندماجي لعناصر لكثير من النظريات النفسية، كالتأثير، التعلق، السلوكية، معالجة المعلومة الحيوية، المعرفية، الأنظمة الأسرية، الإنسانية، الديناميكية النفسية والجسدية، والعلاجات النفسية، كالجسدية الأساس، المعرفي السلوكي، ما بين الأشخاص، المتمحورة على الشخصية والديناميكية النفسية، وذلك في مجموعة موحدة من الإجراءات والبروتوكولات الإكلينيكية.

وحسب شايبورو، EMDR هو مقارنة شاملة يتم تطبيقه على المساهمين التجريبيين في الاضطراب وتعزيز الذات، ويعد نموذج معالجة المعلومات الذي يحكم ممارسة EMDR دعوة المعالجين لعرض الصورة العامة للمريض لتحديد الأحداث الماضية التي تساهم في الخلل، والأحداث الحالية المثيرة للاضطراب، والمهارات والموارد الداخلية التي يجب أن تكون، تم دمجها من أجل العيش الصحي والتكيف في المستقبل، يطلق على هذه المقاربة اسم نموذج معالجة المعلومات التكيفي TAI (شايبورو، 2001 أ) المسمى سابقاً بنموذج معالجة المعلومات المعجلة (شايبورو، 1995) بسبب سرعة التعلم والتحول من الخصائص الممكن أن تحدث دون قيود زمنية مقبولة التي فرضت على العلاجات التقليدية السابقة، وأحد أسباب التأثيرات السريعة لهذه المقاربة هو ذلك التطور لـ EMDR إلى توليفة من التوجهات التقليدية ويعود الفضل في الشفاء إلى المركب والإجراءات والبروتوكولات التكاملية التي تتضمن عناصر من جميع التقاليد النفسية الرئيسية (Shapiro, 2002, 27).

هو مقارنة علاجية نفسية تكاملية خاصة، يمثل نموذج معالجة المعلومات التكميلية -TAI- النموذج العام الذي يوفر الإطار والمبادئ النظرية للعلاج وشرح لأساس علم الأمراض وتطوير الشخصية. يتوافق TAI مع فهم فرويد (1919/1955) وبافلوف (1927) المبكر لما هو يشار إليها الآن بمعالجة المعلومات. وبدقة، هناك توازن عصبي في نظام فسيولوجي مميز، يسمح بمعالجة المعلومات إلى "قرار التكيف"، عن طريقه تنشأ روابط، ويستخدم الفرد، التجربة بشكل بناء ومندمج في مخطط عاطفي ومعرفي إيجابي. بشكل أساسي، ما هو مفيد يتم تعلمه وتخزينه مع التأثير المناسب ومتاح للاستخدام في المستقبل... (Shapiro, 2001, 30).

لقد تم دعم علاج إعادة المعالجة (EMDR) تجريبيا بواسطة التجارب العشوائية القائمة على التجربة ذات الشواهد (RCTs) والمُعترف بها دوليا باعتبارها علاج فعال للصددمات والاضطرابات النفسية، وتؤكد شابيرو على انه: (1) تخفيف الانتباه المزدوج هو مجرد عنصر واحد متكامل، من عناصر إجرائية فريدة من نوعها للعلاج، وكذلك توليف من جميع الجوانب النفسية الرئيسية. (2) كمقاربة شاملة، يتم الاهتمام الدقيق للصور، المعتقدات والعواطف والاستجابات الجسدية وزيادة الوعي والداخلي، الاستقرار والمرونة وأنظمة التعامل مع الآخرين في تحقيق آثار علاج EMDR. (3) يجب على المعالجين استخدام بروتوكولات EMDR المختلفة، اعتمادا على أنواع الاضطرابات/الأمراض، واتباع الإجراءات العلاجية المخصصة لحاجة المريض. (4) الغرض من علاج ال EMDR ذو الثماني مراحل هو المساعدة في تحرر المريض من الماضي إلى حاضر صحي ومنتج. فإتقان المبادئ والإجراءات والبروتوكولات الأساسية لعلاج EMDR يوجه المعالج في مساعدة المريض لتحويل الخبرات السلبية في خبرات التعلم التكيفي، فيتم استعادة الحدث في الذاكرة بطريقة تكيفية، لذلك، يتم استخدام علاج ال EMDR من أجل (1) مساعدة العميل على التعلم من التجارب السلبية من الماضي، (2) إزالة الحساسية بالمحفزات الحالية من مخزن بشكل غير لائق، و (3) دمج نماذج مناسبة للعمل المستقبلي الذي يسمح للعميل بالتفوق بشكل فردي وداخلها نظام العلاقات الشخصية. (Shapiro, 2018, 3-4)

يمكن استخدام EMDR في العلاج الفردي، كما يمكن استخدامه في العلاج الجماعي والعائلي، (2-1، Shapiro, Kaslow, Maxfield, 2012)، كما يتكامل

EMDR مع النسقية الأسرية، العلاج الأسري البنائي في مقاربتهم التكاملية، نظرية بوين، العلاج الأسري التجريبي، العلاج الطبي العائلي، علاج العلاقة، العلاج العمل الاجتماعي، العلاج الأسري الإستراتيجي، علاقات الأشياء والاتصالات...، العلاج الزوجي، العلاج المركز عاطفيا (جونسون، 2002 ، 2004) وعلاج العلاقة (هندريكس، 1996، 2001)، علاج العمل الاجتماعي (Madanes، 1990)، يدمج EMDR مع هذه العلاجات ويسمح بحل ماضي الصدمات أثناء إصلاح الإصابات وتعزيز العلاقة الحالية، أيضا يعالج الترابط السوء الأم -الرضيع (Maternal-Infant Bonding (MIB) المختلف عن مفهوم التعلق، (Shapiro, Kaslow, Maxfield, 2007, 407-417).

2- بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة - التفاؤل.

تنمية التفاؤل تتم بطرق مختلفة ومن أهمها: تدريب الناس على الصفات المرتبطة بالتفاؤل تحرهم من البقاء عالقين في الفشل (سنايدر، 1994)، كما ظهر ما يعرف ببرنامج بنسلفانيا للتفاؤل، الذي طور على أساس نظرية العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يمنع أعراض الاكتئاب قبل بلوغ الأطفال سن الثانوية (العاسمي، 2016، 278). كما أشار الباحثون إلى رؤية المستقبل عبر الفعالية الذاتية والتفاؤل والأمل، التي هي ثلاث وجهات نظر موجبة للمستقبل داخل علم النفس الايجابي (لوباز وآخرون، 239)، وهناك منهج علاجي رئيسي يسعى بوضوح إلى تحسين التوقعات الايجابية حسب تصور نموذج شاير وكارفر للتفاؤل، فقام "جون ريسكند" (1996) بتعديل العلاج المعرفي التقليدي ليؤثر على التفاؤل والتشاؤم، وأشار "ريسكند" أن هذه التقنيات تهدف إلى التقليل لتفكير السلبي لكن لا تزيد التفكير الايجابي، ففي منهجه تستخدم التقنيات المعرفية لمواجهة المخططات الكابتة للتفاؤل (Optimism - Suppressing) لتحسين التفكير الايجابي والتفاؤل كما اقترح "تقنية التخيل الايجابي" (Positive Visualization) يتدرب العميل على رؤية مخرجات ايجابية من الظروف الإشكالية (والش وبرتر، 2001)...، وبسبب النتائج القوية للتفاؤل وارتباطه بالمخرجات الصحية يتوقع أن يستمر التوسع في استخدام نموذج "شاير" و"كارفر" لمساعدة مرضى التحديات الصحية البدنية. (لوباز وآخرون، 261)

يرى "شافير وآخرون" (2011)، أن الأفراد الأعلى والأقل تفاؤلاً قد يختلفون على مستوى جين مستقبل في جهاز "الأكستوسين"، إشارة إلى فكرة أن بنية المخ ربما تؤثر بالفعل على قدرة الفرد على التفاؤل، كما وجد "أندريغي" وآخرون (2011) أن من لديه تفاؤل مزاجي لديه استجابة كورتيزول اضعف عند الاستيقاظ من النوم صباحاً مقارنة من لديه تفاؤل أقل، كما لاحظ ("شاروت" وزملائه، 2011) نشاط أقل في عدة مناطق من المخ لدى الأفراد الذين لديهم تفاؤل غير واقعي (لوباز وآخرون، 2062).

قام سليغمان عام 1998، بتطوير برامج لمساعدة البالغين والأطفال على تغيير أسلوبهم التفسيري من التشاؤم إلى التفاؤل، وتعتمد البرامج على نماذج العلاج المعرفي التي طورها آرون بيك (1976) وألبرت إليس (إليس وهاربر، 1975). يتعلم المشاركون في هذه البرامج كيفية مراقبة وتحليل المواقف المتغيرة للمزاج ثم تعديل معتقداتهم المتشائمة. (Alan, 2004, 90). وهكذا يمكن النظر إلى التفاؤل بعدة طرق، بطريقة مباشرة، كاقترح كارفر وشاير (1982) ومفهوم تفاؤل التوقع المباشر، أو بطريقة غير مباشرة كنهج أبرامسون وآخرون. (1978) ومفهوم التفسير المتفائل، أيًا كان الخيار، فإن التفاؤل مرتبط بشكل أساسي بآثار مفيدة، ومهما كان المجال: الصحة، العمل، المدرسة، أو الأداء الرياضي مثلاً، فتطوير تقنيات للزيادة، أصبح مستوى التفاؤل حاسماً في مجالات مختلفة. (Regourd, Matin et Tarquinio, 2012, 189) واقترح الباحثون، بروتوكول التفاؤل-EMDR لتطوير أسلوب تفسيري متفائل في مجال الرياضة، وقام الباحثان بتعريبه والتصرف فيه بجعله في سياق قياسي/نموذجي (standard) لاستخدامه فيما بعد في التكفل النفسي للأمراض المزمنة، البسيكوسوماتية، والإصابات بالأورام السرطانية وهو موضوع مقال علمي (قيد النشر).

3- بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة - تطوير وتثبيت الموارد.

في عام 1995، أدخل ليدز (كورن، ليدز، 2002) مصطلحات "تطوير وتثبيت الموارد" (DIR) مع مشروع استخدام المحفزات الثنائية لمعالجة المواد الإيجابية (الصور والذكريات والرموز)، وبروتوكول تطوير وتثبيت الموارد (DIR) لـ Korn & Leeds (2002)، حسب (Ogden وآخرون، 2006)، تدخل علاجي في العلاج النفسي EMDR،

على المرضى الذين يعانون من صدمات معقدة على الخصوص، ويتطلب توسيع مفهوم الموارد، ومساهمتها يستدعي موارد عاطفية، معرفية، حسية وعلائقية، استراتيجيات تعزيز الأنا...، بهدف تسيير الطاقة الأساسية (النوم الكافي، الراحة والتغذية)، وتنمية الموارد الجسدية، مثل تثبيت وإدراك جسم الفرد، واستخدام التجارب الحسية الأخرى لتعزيز الحدود والتنظيم وهما مهمان للغاية. (Hart et autre. 2014, E11)

الموارد النفسية هي نوع من الخزان الذي نحن فيه يمكن استغلاله، يمكن أن تكون أحداث الحياة أو المواقف أو الإدراك أو أشخاص حقيقيين و/أو خياليين يمكنهم تنويرنا بشكل إيجابي في حياتنا وتجاربنا، وبالتالي، يركز DIR حصريا على تحفيز الموارد الإيجابية والوظيفية في شبكات الذاكرة (ليدز، شايبرو، 2000) من خلال تجنب تحفيز أجهزة شبكات الذاكرة المعطلة عن عمد، وهي مستوحاة من طرق تقوية الأنا الناتجة عن التنويم المغناطيسي (فريدريك، ماكنيلز، 1999) وتختلف عنه بإضافة التحفيز الثنائي الخاص بـ EMDR، ويعتقد أن هذه المحفزات الثنائية تؤدي إلى زيادة شدة الانفعالات الحية، الغنية، القادمة من هذه الشبكة الوظيفية المتكيفة، وهذا التزايد في كثافة الانفعالات الإيجابية و الارتباطات الوظيفية الجديدة على علاقة بتقوية وعي الأنا، ما يسمح للمريض بتقوية قدرته على الوصول إلى التكتيفات العاطفية والمعرفية والسلوكية، وقد تكون شبكات الذاكرة الوظيفية هذه مفيدة بشكل خاص عندما يواجه المريض فيما بعد محفزات أخرى محتملة للإمراض، ولكن يمكن تحفيزهم أيضا للحفاظ على نوعية حياة جيدة أو تحسينها.

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

وكون أن العديد من إجراءات EMDR تستخدم الصور جنبا إلى جنب مع حركات العين، لتقوية أو زيادة إمكانية الوصول إلى القدرات أو الموارد الإيجابية، كبروتوكول تطوير

وتثبيت الموارد DIR، التي ينظر إليها على نطاق واسع على أنه تدخل فعال، وقد استخدم هذا البرتوكول في علاج الإدمان. (Markus & Hornsveld, 2017, 17)، وفي دراسة رائدة لـ Onno van der Hart وزملائه (2014) حول: تفكك الشخصية (TDSP) وعلاج EMDR في الاضطرابات المعقدة المتعلقة بالصدمات: التطبيقات في مرحلة الاستقرار، فقد تبين في كثير من التطبيقات، أنه إضافة إلى تثبيت الموارد الموجودة لدى مجموعة واسعة من المرضى الذين لديهم تاريخ من الصدمات المعقدة، يمكن أن يكون DIR مفيداً جداً ليس فقط لـ PAN (الجزء العادي من الشخصية) (la partie apparemment normale de la personnalité) أساساً، ولكن أيضاً للأجزاء الانفصالية الأخرى، بما في ذلك PE (الجزء الانفعالي من الشخصية) (parties émotionnelles de la personnalité). بالنسبة إلى PAN، أمثلة الموارد الضرورية منظمة ذاتياً، واستمرارية المواضيع، والشجاعة، والتعاطف مع النظام الداخلي والثقة، وبالنسبة لـ PE صامته بشكل أساسي من خلال نظام فرعي دفاعي، فالموارد أو المهارات اللازمة لها علاقة بالأمن المثبت، والتعلق، والقوة، أسلوب الصلابة الاستباقي التكيفي والتوجه في الحاضر، ومن أجل تطبيق DIR بنجاح في هذه الحالات، غالباً ما يكون العمل التمهيدي ضرورياً للتغلب على الرهاب الذي يبقى على التفكك، مثل رهاب الأجزاء المفككة، فاضطراب تفكك الشخصية TDSP والمعالجة التكيفية للمعلومة TAI هما نموذجان متوافقان في العمل مع مرضى الصدمات، يمكن أن يكمل كل منهما الآخر، فيوفر TDSP إطاراً شاملاً لفهم أفضل للعالم الداخلي المعقد والمفكك للمرضى الذين يعانون من اضطرابات معقدة تتعلق بالصدمات ولتوجيه إدراكهم، يشدد مقارنة العلاج المرحلي على أهمية مرحلة الاستقرار المناسبة، بما في ذلك تقليل الأعراض، وتنمية المهارات، وإقامة علاقة علاجية آمنة، يمكن أن تزود المعالجين EMDR بالموارد الهامة للتحضير لإعادة المعالجة الآمنة والفعالة للصدمة، ومن ناحية أخرى، يمكن أن يؤدي إدراج إجراءات EMDR بطريقة محددة، بما في ذلك SBA، خلال مرحلة التثبيت، إلى تقصير وتقوية العملية العلاجية، وقد تم دمج مقترحات TDSP وإجراءات EMDR خاصة، وهذا يبرز العمل الهام للموارد ومبدأ TDSP الذي بموجبه يجب علينا تغيير ما يسمى المعتقدات "البديلة" التي تحل محل

الإجراءات العقلية والسلوكية الأكثر تكيفاً وتكاملاً، تشمل الأشكال الرئيسية للمعتقدات البديلة والإجراءات العقلية والسلوكية المرتبطة بها مختلف أنواع الرهاب التفككي، والتي يجب معالجة بعضها بشكل منهجي خلال مرحلة الاستقرار، وباختصار، بعد هذا العمل التمهيدي الضروري، سيكون المرضى جاهزين لإعادة معالجة بـ EMDR. (Hart & al. 2014, E13).

4-التكفل النفسي للأبعاد النفسية لمرض السرطان بالعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة.

السرطان لا يمكن التنبؤ به ويصعب السيطرة عليه، ولا يمكن حقاً حماية النفس منه، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يشكل واحدة من كل 6 وفيات في جميع أنحاء العالم بنسبة إلى 8.8 مليون نسمة في عام 2015. بحسب معهد هيلث ووتش، السرطان هو السبب الرئيسي للوفاة في فرنسا. وفي عام 2015، تم تحديد السرطانات على أنها الأكثر فتكاً بالرجال، بالترتيب، سرطانات الرئة والكبد، المعدة والقولون والبروستات، بالنسبة للنساء، سرطانات الثدي والرئة والقولون والمستقيم وعنق الرحم والمعدة، وبينما تحاول الكثير من الأبحاث تسليط الضوء على الأسباب، يعمل آخرون لمحاولة إيجاد حلول وقائية أو علاجية أو ملطفة، وتم إطلاق خطط مختلفة لمكافحة السرطان منذ ذلك الحين. (Tarquinio et autre, 2019, 617).

السرطان ليس مرضاً بعينه، بل مجموعة من الأمراض التي تختلف اختلافاً كبيراً في أي تنظيم ممكن تقريباً - طبياً ومرضياً ووراثياً ووبائياً، سرعان ما يكتشف المرضى مدى اختلاف أمراض السرطان عند تعرفهم على الخصائص الخاصة للسرطانات... (Kreitler, Shulamith, 2019, 247)

وكون أن الأبعاد النفسية المرض السرطاني، غالباً هي من نوع رد الفعل، وتشكل أحياناً كأعراض نفسية، فيهدف علم الأورام رعاية العلاج النفسي هو مساعدة المرضى على الحفاظ على سلامتهم النفسية والجسدية قدر الإمكان، كما أنها تهدف إلى مساعدة الجميع، سواء مرضى أو عائلات أو مقدمي الرعاية، للتعامل مع الوضع بأفضل شكل ممكن.

وقد تبين أن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن يكون في 5٪ إلى 20٪ من مرضى السرطان، ومجرد تشخيص السرطان يشكل في حد ذاته صدمة من الحدث المتطرف (السرطان)، وتبين ارتفاع درجة الاعتلال المشترك بين اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، أما

فيما يتعلق بهيكل الدماغ مثل اللوزة، الحصين وقشرة الفص الجبهي تشارك بالفعل في الفيزيولوجيا المرضية لاضطراب ما بعد الصدمة (هال، 2002)، وقد أظهر بحث Tarquinio وآخرون (2009) الذي كان هدفه رعاية عشرين مريضة تعاني من سرطان الثدي. (التباين بين أهداف وحقيقة أنه في رعاية عدة مرضى يجب أحياناً معالجة الأهداف واحداً تلو الآخر اعتماداً على مسار وتقديم المريض)، ففي منتصف العلاج الكيماوي لإحدى مرضات سرطان الثدي، وبناء على نصيحة طبيها الذي وصف لها مضاد للاكتئاب، وبعد المقابلة الأولى تجلّى حالة القلق والاكتئاب مصحوباً بأفكار متطفلة وكوابيس ومواقف تجنب واضطرابات النوم والتهيج، ما استدعى معالجتها بإتباع بروتوكول الأساسي لل EMDR،

في معظم الأحيان، يتم استخدام ال EMDR كعلاج نفسي داعم فيحتل مكاناً مهماً، ويصبح إذن أداة تكميلية تسمح للتغلب على بعض المراحل الصعبة وتقوية موارد المرضى، كما أن شبح الموت يصاحب خطى المرضى وهذه حقيقة أخرى، يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار لأجل تنظيم الرعاية، ويمكن أن يكون ال EMDR مفيداً جداً في دعم المرضى في مراحل معينة من المرض، ولاسيما فيما يتعلق، الإعلان أو حتى التحضير للرعاية أو التدخل جراحياً، ان لجأ إليه، وقد استدعى التكفل بإحدى المصابات بالسرطان ببروتوكول EMDR-DIR (لتطوير وتثبيت الموارد) (Berghmans et Tarquinio, 2009, 211-217)

في تحليل تلوي *meta analyse* ظهر في The Lancet Oncology و Mitchell وآل. (2011) أظهر أن الاضطرابات الاكتئابية كانت خاصية مهمة في مرضى السرطان، حتى لو طرحت الأرقام تظل غير متجانسة وتتراوح من 9٪ إلى 14٪ من نوبات الاكتئاب الكبرى في المرحلة العلاجية (ميتشل وآخرون ، 2011) ، حتى 38 ٪ في بعض الدراسات (Roy-Byrne et al.، 2008). تشير التقديرات إلى أن معدل الانتشار الاضطراب (Valente and Saunders ، 1997) يقع في نطاق بين 20٪ و 25٪ ، وهو أمر لا يزال مهماً للغاية خاصة عندما نعلم أن هذا الانتشار لعامة السكان تتراوح بين 5٪ و 15٪، وفي ضوء عدم تجانس الانتشار، اتضح أنه كالاكتئاب، يظهر تقييم اضطرابات القلق، في منطقة حساسة بشكل خاص من السرطان. اضطرابات القلق ليس محدد (بالمعنى المقصود في DSMV) موجودات انتشار مختلفة بين 20٪ و 25٪ (Roy-Byrne، 2008). هذه

اضطرابات القلق، أكثر حضوراً في مرضى السرطان. بالنسبة للرهاب المحدد، تم ما بين 12% و 14% من السكان مقابل 9% اضطراب الهلع و 2% للرهاب الاجتماعي. اضطرابات القلق المعمم (GAD) أكثر صعوبة في حصره ، ويبدو أنه يختلف حسب الدراسات بين 1% و 13%، وفي الأساس، الخوف من الموت هو المهيمن في علم الأورام، والألم الجسدي والعزلة من العوامل التي تزيد من القلق من الموت، وفي سياق المتطرف هذا، آليات تدمير الهوية هي في الواقع كاشف لقضية أكثر جوهرية: أن تحطيم القيم التي هي أساس كل حياة، بالتالي فإن التطرف يشكل تجربة فريدة للغاية حيث يمثل انفجار نظام القيم في نفس الوقت، حصّة البقاء على قيد الحياة. في الواقع، تجربة المتطرف هي تجربة البقاء الذي يطرح مسألة التكيف بعبارة جديدة: يتم تعريف حقيقة العيش هنا على أنها صراع ضد الموت، وهذا يعني في الأساس اختبار لمقاومة قوى الدمار؛ ومع ذلك، في مثل هذا السياق، الوسائل المعتادة المتاحة للفرد، تفشل لذلك يجب عليه تعبئة الموارد. وهكذا ترتبط مخنة مرضى السرطان بعدد من العواقب السلبية، حددها الباحثون بشكل جيد والمعالجين، قد تكون نوعية الحياة رديئة، حساسية أكبر للألم والأعراض الجسدية، زيادة خطر القلق والاكتئاب، وزيادة مخاطر الانتحار وعدم الرضا عن الرعاية المتلقاة والعلاقة بين المريض والطبيب، وفي هذا السياق، يمكن لـ EMDR أن تجد مكاناً بارزاً، من خلال العمل، ليس فقط في الحد من اضطرابات رد الفعل الكلاسيكية (اضطرابات القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة ...) ولكن أيضاً بالمساهمة في استقرار المرضى طوال رحلتهم ورعايتهم، إنه عمل على الحاضر وبشكل أكثر تحديداً في الحياة اليومية للمريض، والتي ينبغي بعد ذلك تنفيذها. هذا الذي يميز علم أمراض السرطان هو أنه يفرض كل منها يوم مريض نصيبه من الأوقات الصعبة والشكوك والمخاوف، ومن الصدمات الدقيقة والخيارات الرئيسية. الإعلان، التدخلات في بعض الأحيان للجراحة المعوقة والمدمرة، العلاج الكيميائي والآثار الجانبية المصاحبة لها (تساقط الشعر، ارتداء شعر مستعار...) الشعور بالوحدة، أو الانتكاسات أو التكرار، أكثر أو أقل بشري سارة من الأطباء، وفقدان السلامة الجسدية (مع ظهور الندبات على الجسم، إزالة الثدي مثال ورمز الأنوثة بامتياز)، الخوف من الموت، المخاوف التي تثقل كاهل أولئك الذين سيقفون على قيد الحياة (الآباء والأطفال)، الرعاية التلطيفية واحتمال الموت الحقيقي الذي يجب حلها، قد تكون كل هذه التجارب موضوعاً للدعم أو حتى إعادة معالجة المواقف (للنظر فيها كأهداف) مع

العلاج النفسي EMDR، وما يمكن أن يكون العلاج النفسي EMDR مناسباً ومفيداً فيه لمرضى السرطان، تعقيد مثل هذا علم الأمراض وتعدد الحالات النفسية التي يمكن أن تسببها، أظهر لنا أنه من الممكن اتباع بروتوكولات خاصة للـ EMDR وفي معظم الأحيان، يجب أن يركز المعالج النفسي على أن المريض يعيش في الحاضر فوق كل شيء، فماذا لو كان ينشأ سؤال المستقبل، ما يوجب التحضير النفسي للمريض. (Tarquinio et autre, 2019,) (617-628). (مزيديا من التفاصيل، أنظر : عمراوي وعاجب، 2020، 85-99).

5- نتائج تطبيق بروتوكولي التفاؤل، تطوير وتنشيط الموارد - بالعلاج النفسي بخفض

الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة على عينة جزائرية مرضى السرطان:

الدراسة تمت على مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيماوي بمصلحة طب الأورام السرطانية بالمؤسسة الاستشفائية "مصباح بغداد" بتامنغست (2021/2020)، على أساس المنهج التجريبي "تجربة الحالة الواحدة" (Single case experiments)، باستخدام التصميم (ABA design)، بناء على الفرضيات الآتية:

1. توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
 2. توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
 3. توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
 4. لا توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
 5. لا توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
 6. لا توجد فروق في درجة القلق لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
- وباستخدام DSM5 و ICD-10 كأدوات تشخيص، واختبارات: دافيدسون، هاملتون، وبيك II، كأدوات قياس قبلي وبعدي وبعد المتابعة (لأكثر من 03 أشهر) لتقدير الصدمة، القلق والاكتئاب، توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:
- بعد 06 جلسات، تحقق الفرضيات الثلاثة الأولى وعدم تحقق الفرضيات الثلاثة الثانية لصالح العلاج بعد المتابعة أي تبين أنه بمرور الزمن تزيد فعالية العلاج النفسي المطبق وهي نتيجة تسحب لصالح البروتوكولات العلاجية المطبقة.

خاتمة

العمل الكلي، المستمد منه الورقة البحثية في مراحله الأخيرة، (الدراسة الميدانية) وتطبيق البروتوكولين EMDR-DIR و EMDR-Optimisme وفق المنهج التجريبي وهو المنهج الأصلي الذي ظهر وتطور وفقه EMDR، حيث طبق الباحثان مقاييس الصدمة والقلق والاكتئاب قبل وبعد تنفيذ البروتوكول العلاجي والعمل متواصل في مرحلة المتابعة التي تمتد لأشهر محددة ويعاد تطبيق الاختبارات لتأكيد الاستقرار أو العكس.

توصي الورقة البحثية الحالية، وبعد ظهور النتائج الطبية والجيدة لتطبيق البروتوكولين على مرضى السرطان واستقرار نفسي لأبعاد السرطان المتمحورة في الصدمة والاكتئاب والقلق...، بتعميم استخدام العلاجات التكاملية، الدينامية الشاملة، لجدواها الآنية، الفورية والاستعجالية وكذلك على المدى البعيد، وعلى الخصوص التي تستدخل في جوهرها علم النفس الإيجابي لأنه يهدف إلى السعادة والرفاه وجودة الحياة متعددا الشفاء، الصحة والتوافق، ولعل العلاج المقترح EMDR أفضل مثال ودليل فهو يتناول علاج الجسد والنفس معا، مقتصدا الوقت والجهد والمال، متكامل وشامل ودينامي، ويستخدم للأصحاء والمرضى والفئات الهشة اقتصاديا في المجتمع، ولاسيما وأن الدراسات والتجارب ذات الشواهد أثبتت الجدوى والفعالية، فهي دعوة جادة للبحث، للإطلاع، التكوين والتعميم.

المراجع

العاسمي، رياض نايل. (2016). علم النفس الإيجابي السريري. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
عمراوي، نبيل، عاجب، بومدين. (2020). العلاج النفسي بروتوكول تطوير وتثبيت الموارد-خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة. والروحانية كمورد للتكفل النفسي بمرضى الأورام السرطانية-دراسة أولية. مجلة الروائز. العدد 2. الجزائر: جامعة باتنة 1.

لوباز، شان ج، جنيفر، تيراموتو بيدروتي، سنايدر، س، ر. علم النفس الإيجابي، الاستكشافات العلمية والعملية لنقاط القوة البشرية. (2018) (ط.1). ترجمة: نادر أحمد غباري. الأردن: دار الفكر.

Berghmans, Claude, Tarquinio, Cyril. (2009). Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies, Cohérence cardiaque, relaxation, méditation, hypnose, EMDR, Tai-chi-chuan, Qi gong. France: Inter Edition- Dunod.

Cyril, Tarquinio, Pascal Tarquinio. (2015). L'EMDR Préserver la santé et prendre en charge la maladie. France : Elsevier Masson.

Grassi, Luigi, Riba, Michelle. (2012). Clinical Psycho-Oncology An International Perspective. USA: Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons, Ltd.

Hensley, Barbara J. (2016). An EMDR Therapy Primer : From Practicum to Practice. (2ed Ed). USA: Springer Publishing Company, LLC.

- Howard, Lipke. (2000). EMDR and Psychotherapy Integration. USA: CRC Press LLC.
- Kreitler, Shulamith. (2019). Psycho-Oncology for the Clinician, The Patient Behind the Disease. Switzerland: Springer Nature AG.
- Marilyn, Lubet. (2009). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols, basics and special situations. USA: Springer Publishing Company , LLC.
- Regourd-Laizeau, C. Matin-Krumm, C. Tarquinio. Interventions dans le domaine du sport: le protocole d'optimisme. (2012). Pratiques psychologiques.18, France : Elsevier Masson. 189-204.
- REGOURD-LAIZEAU, Martine. (2013). Psychologie positive et EMDR: Questions et perspectives. Thèse de doctorat. France : Université de Lorraine.
- Shapiro, Francine. (2002). EMDR AS AN INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY APPROACH, Experts of Diverse Orientations, Explore the Paradigm Prism. (1st Ed.) USA: American Psychological Association (APA).
- Shapiro, Francine, Kaslow, Florence W, Maxfield, Louise. EMDR and Family Therapy Processes. (2007). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Shapiro, Francine, W. Kaslo, Florence, Maxfield, Louis. (2012). EMDR et Thérapie familiales, manuel pratique. France : inter Editions.
- SHAPIRO, FRANCINE. (2001). EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) Basic Principles, Protocols, and Procedures. (2Ed). USA: The Guilford Press.
- Tarquinio, Cyril, Brennstuhl, Marie-Jo, Delluci, Hélène, Iracane, Marine, Rydberg, Jenny Ann, Silvestre, Michel, Tarquinio, Pascale, Zimmermann, Eva (2019). AIDE-MEMOIRE EMDR. France: Dunod.