

العلاج النفسي بروتوكول "خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة-تطوير وثبتت الموارد" للأبعاد النفسية لمرض سرطان الفك في مرحلة العلاج الكيماوي.

Psychotherapy with "Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Development and Stabilization of Resources" protocol for the psychological dimensions of chemotherapy-phase jaw cancer.

بومدين عاجب

نبيل عمراوي\*

أستاذ محاضر، جامعة تليجي عمار-الأغواط

طالب دكتوراه، جامعة تليجي عمار-الأغواط

Boumediene ADJEB

AMRAOUI Nabil

Lecturer A, Tliji Ammar University,

Doctoral student, Tliji Ammar University,

Laghouat b.adjeb@lagh-univ.dz

Laghouat na.amraoui@lagh-univ.dz

تاريخ النشر: 2022/04/03

تاريخ القبول: 2022/02/24

تاريخ الاستلام: 2021/07/19

- الملخص: يجب تهدف الدراسة الحالية إلى لفت الانتباه إلى ضرورة مراقبة التكفل النفسي للتكفل الطبي عند معالجة مريض السرطان، ويعد العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة مقارنة علاجية نفسية متكاملة وبالأخص عندما تندمج مع علم النفس الايجابي في بروتوكولات متخصصة وعلى رأسها بروتوكول تثبيت وتطوير الموارد، المطبق وفق تجربة الحالة الواحدة متمثلة في مريضة سرطان الفك، ولظروف خاصة في البحوث التي تتناول فعالية علاج معين، باستخدام المنهج التجريبي، التصميم أ-ب-أ، مستخدمة أدوات جمع معلومات تتوافق مع التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 وهي مقياس بيك الثاني للاكتئاب، هاملتون للقلق ودافدسون للصدمة، وبناء على ستة فرضيات، خلصت الدراسة في الأخير إلى فعالية العلاج النفسي المقترح بل تزيد الفعالية بمرور الزمن وبنسب مرتفعة في علاج الاكتئاب، القلق والصدمة كأبعاد نفسية لمرض السرطان، وتتجلى أهمية الدراسة في الكشف عن فعالية هذا العلاج النفسي خصوصا على مرضى السرطان ومساهمة نتائجها في تطوير آفاق جديدة للبحث العلمي المتخصص.

- الكلمات المفتاحية: سرطان؛ حركة العينين؛ علاج نفسي؛ موارد نفسية؛ أبعاد نفسية.

- **Abstract:** The current study aims to draw attention to the necessity of accompanying psychological care to medical care when treating a cancer patient, psychotherapy by Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is an integrated psychotherapeutic approach, especially when it is combined with positive psychology in specialized protocols, on top of which is the protocol for stabilization and development of resources (DIR), applied according to One case trial represented by a female patient with jaw

cancer, and for special circumstances in research on the efficacy of a particular treatment, using the experimental method, design A-B-A, using DSM-5-compliant data-gathering tools, the second Beck Scale for Depression, Hamilton Anxiety and Davidson Trauma Finally, based on six hypotheses, the study concluded with the effectiveness of the proposed psychological treatment, but

\*- المؤلف المرسل

rather the effectiveness increases over time and at high rates in the treatment of depression, anxiety and shock as psychological dimensions of cancer. The importance of the study is manifested in revealing the effectiveness of this psychotherapy, especially on cancer patients, and the contribution of its results to the development of new horizons for specialized scientific research.

- **Keywords** : Cancer, eye movement, psychological dimensions, psychological resource, psychotherapy.

#### - مقدمة:

زاد انتشار السرطان في السنوات الأخيرة في شتى أنحاء العالم، والجزائر ولا يزال في منحنى تصاعدي بحسب الإحصائيات المنشورة، وبحسب منظمة الصحة العالمية فقد توفي أكثر من 10 ملايين شخص لعام 2020، لذلك كثفت الدول جهودها في علاج هذا المرض الخبيث، لكن تبقى جهود البلدان النامية متواضعة مقارنة بالجهود العالمي، ولطالما شكل موضوع ثنائية الجسم والنفس وتأثيرهما من عدمه على بعضهما البعض محورا للبحوث والدراسات العلمية منذ القدم، لكن ابن سينا حسم الأمر بقوله أن الانفعال يصدر من الجسم والنفس معا أي أن الظاهرة النفسية والفيزيولوجية تحدثان معا وفي زمن واحد، لذلك مرافقة التكفل الطبي بالنفسي بشكل أكثر من ضرورة، ولعل المقاربة النفسية التكاملية، الشاملة والدينامية التي تتداخل فيها جميع المدارس النفسية وتأخذ بعين الاعتبار مرحلة المرض وعلاجه والمحيط...، هي الأولى لتتولى الرعاية بهذه الفئة وخصوصا الضعيفة اجتماعيا واقتصاديا، ولم لا تكون في شكل بروتوكول نفسي خاص، ويبدو أن مصحاتنا ومراكزنا العلاجية للسرطان تفتقر إلى هذه الإجراءات، لذلك كانت الفكرة بتجريب بروتوكولات خاصة وعلى رأسها بروتوكولات تجمع بين علم النفس الإيجابي والعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة وأهمها: بروتوكول تثبيت وتطوير الموارد للأندرو وليدس (1995) (Protocole de développement et d'installation des ressources)، بروتوكول التفاؤل لرغورد لايزو (2013) (Protocole d'optimisme)، بروتوكول أقصى أداء لفوستر ولندل (1996) (le Peak Performance)....، وبعد تناولها نظريا، أجريت هذه الدراسة كبدائية تطبيق على حالات جزائرية مصابة بمرض السرطان.

#### - مشكلة الدراسة:

ولمعرفة مشكلة الدراسة، ومن خلال الدراسات السابقة التي نوقشت على ضوءها نتائج الدراسة حدد مشكل الدراسة بالسؤال الرئيسي الآتي:

■ ما أثر العلاج النفسي ببروتوكول "خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة- تطوير وتثبيت الموارد" على الأبعاد النفسية لدى مريض سرطان الفك في مرحلة العلاج الكيماوي؟

وبناء على ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات الآتية:

- هل توجد فروق في شدة الصدمية لدى الحالة قبل العلاج وبعده؟
- هل توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة قبل العلاج وبعده؟
- هل توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة قبل العلاج وبعده؟
- هل توجد فروق في شدة الصدمية لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة؟
- هل توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة؟
- هل توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة؟

فرضيات الدراسة:

طبقا لتساؤلات الدراسة وهدفها والأدوات المستخدمة فيها، والدراسات السابقة، صاغ

الباحث الفرضيات الآتية:

- توجد فروق في شدة الصدمية لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق في شدة الصدمية لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
- لا توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.
- لا توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة.

أهداف الدراسة:

- وضع بروتوكول علاجي نفسي تكاملي تفاعلي شامل لفائدة مرضى السرطان.
- لفت الانتباه إلى فئة مرضى السرطان وخصوصا ذات المستوى الاقتصادي الهش للاهتمام بها ورعايتها نفسيا ومعنويا...
- التحقق من الفرضيات والإجابة على التساؤلات البحثية وتعميم النتائج إن أمكن.

أهمية الدراسة:

- الكشف عن فعالية العلاج بEMDR، المدمج بروتوكولات علم النفس الإيجابي.
- تطبيق بروتوكولات متخصصة للعلاج النفسي EMDR على مرضى مصابين بمرض مزمن (السرطان)
- الإسهام بنتائج الدراسة للاستفادة منها عمليا في العلاج النفسي، وعلميا مصدر لأفكار بحثية أخرى.

●

## 2- مصطلحات الدراسة:

## 2-1- العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة:

(EMDR) (Desensitization and Reprocessing Eye Movement)، هو علاج نفسي حديث، طورته المعالجة النفسية Francine Shapiro منذ عام 1987، وأسست معها لهذا العلاج عام 1988، اعتمده منظمة الصحة العالمية OMS عام 2013، كالعلاجات المعرفية السلوكية TCC في إطار التكفل بالاضطرابات ذات الطبيعة النفس-صدمية (30، Tarquinio et Tarquinio، 2015)، وحسب شابيرو، هو طريقة علاج ناشئة، متطورة متجددة، ثابتة... تكامل العلاجات الرئيسية الأخرى بأكثر شمولية وبطريقة متينة (عبد الحميد، 2011، ص. 68) المكيف على البيئة الجزائرية من طرف مجاهدي أسامة ومعتصم ميموني بدرة (2019).

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

## 2-2- علم النفس الايجابي:

(Positive Psychology)، علم النفس الايجابي هو علم دراسة وفهم تطوير الهناء الشخصي/الذاتي، أي يسعى للفهم والدراسة الجادة لمكونات الحياة الايجابية كالانفعالات الايجابية كالرضا والسعادة، والأمل...، ويهدف إلى تطوير الصفات الايجابية كالشجاعة والصمود والفضول والتسامح والحب ومعرفة الذات والنزاهة والرحمة والإبداع... (يونس، 2015، ص. 45)، وكتيار أو اتجاه فكري حديث جدا في علم النفس، ظهر على يد العالم الأمريكي مارتين سليغمان، عام 1998، صاحب نظرية العجز المكتسب أستاذ علم النفس في جامعة بنسلفانيا (العاسمي، 2016، ص. 31). ويذكر سليغمان، أن علم النفس ليس دراسة الضعف والضرر فقط، بل إنه أيضا دراسة القوة والفضيلة، والعلاج ليس فقط إصلاح ما انكسر، إنه تربية ما هو أفضل داخل النفس...، وهو بحاجة لبحوث واسعة حول القوة والفضيلة البشرية، وأن الممارسون في حاجة ماسة إلى تعزيز نقاط القوة بدلا من إصلاح نقاط ضعف مرضاهم... (لوبيز وآخرون، ص. 34-35).

## 2-3- بروتوكول تطوير وثبيت الموارد (DIR) ليدز (1995)،

في عام 1995، أدخل ليدز (كورن، ليدز، 2002) مصطلحات "تطوير وثبيت الموارد" (DIR) مع مشروع استخدام المحفزات الثنائية لمعالجة المواد الإيجابية (الصور والذكريات والرموز). ويعد

تطوير وتثبيت الموارد (DIR) Korn & Leeds J (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, p.11)

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 حصرياً 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، هذا التزايد في كثافة الانفعالات الإيجابية والارتباطات الوظيفية الجديدة على علاقة بتقوية وعي الأنا، هذا يسمح للمريض بتقوية قدرته على الوصول إلى التكيفات العاطفية والمعرفية والسلوكية. قد تكون شبكات الذاكرة الوظيفية هذه مفيدة بشكل خاص عندما يواجه المريض فيما بعد محفزات أخرى محتملة الأمراض، ولكن يمكن تحفيزهم أيضاً للحفاظ على نوعية حياة جيدة بالفعل أو تحسينها. (عمرأوي، عاجب، 2020، ص. 90).

#### 4-2- علم الأورام النفسي:

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

#### 5-2- السرطان:

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

## 6-2- الاضطرابات السيكوسوماتية:

لفظ سيكوسوماتية (سيكوسوماتية) حسب عكاشة (2018) يعني ازدواجية الجسم عن النفس، وحيث أن النفس جزء من الجسم والمخ، ولذا لا يصح انفصلهما، والاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دورا مهما وقويا وأساسيا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عمراوي، بوتعني، نفيديسة، 2021، ص. 208).

## 7-2- علم المناعة النفسية العصبي:

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

## 8-2- الاكتئاب، القلق والصدمة كأبعاد نفسية لمرض السرطان:

أكد العديد من الباحثين أن الاضطرابات النفسية: الاكتئاب، القلق والصدمية تتمحور تحتها العديد من الأعراض النفسية، فأصطلح على اعتبارها أبعادا نفسية للمرض العضوي: السرطان (Tarquinio، 2015؛ معمريه، 2007)، وقد تبني الباحث التعريف السيكاتري في تعريف الاضطرابات النفسية، الذي يؤسس التعريف بناء على الأعراض (الشدة، المدة والتكرار)، ففي التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 في المحور الرابع الاضطرابات الاكتئابية، يشخص الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorders) بالمعايير الآتية:

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

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

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين.

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

- (4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
- (5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
- (6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- (7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب) والذي قد يكون توهيميا) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
- (8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- (9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) ، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B. تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C. لا تُعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية.

أخرى. المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.

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

وهو الدرجة المتحصل عليها من طرف الحالة على اختبار بيك III المكيف على البيئة الجزائرية.

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

اضطراب قلق غير محدد)، وعرف اضطراب قلق بسبب حالة طبية أخرى Anxiety Disorder Due to another Medical Condition (F06.4):

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

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

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

- A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، أو لإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد (أو- أكثر) من الطرق التالية:  
 1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.  
 2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.  
 3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.  
 4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد لتفاصيل المكروهة للحدث الصادم) على سبيل المثال، أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكلٍ متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).  
 ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، والتلفزيون والأفلام، أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

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

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.  
ملاحظة: في الأطفال الأكبر سناً من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.  
ملاحظة: عند الأطفال، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليه.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.تضائل بشكلٍ ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6.مشاعر بالنفور والانفصال عن الآخرين.

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

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

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

2.التهور أو سلوك تدميري للذات.

3.التيقظ المبالغ فيه (Hyper vigilance).

4.استجابة عند الجفل مبالغٍ بها.

5.مشاكل في التركيز.

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

F. مدة الاضطراب (معايير B، C، D، E أكثر من شهر واحد).

G. يسبب الاضطراب إحباطاً سريعاً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية

أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

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

طبية أخرى.

حدد فيما إذا كان:

مع أعراض تفارقية: أعراض الفرد تفي بمعايير اضطراب الكرب ما بعد الصدمة،

وبالإضافة إلى ذلك، فرداً على الشدائد، يختبر الفرد أعراضاً مستمرة أو متكررة من أي مما يلي:

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

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

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

حدد إذا كان:

مع تعبير متأخر: إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى 6 أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من أن البدء والتعبير عن بعض الأعراض قد يكون فورياً). وهو الدرجة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على اختبار دافسون.

3- مجال الدراسة:

1-1- الحدود المكانية:

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

2-2- الحدود الزمنية:

03 سبتمبر 2020 إلى 22 نوفمبر 2020 (مرحلة أولى: قياس قبل العلاج-العلاج-قياس بعد العلاج) 09 مارس 2021 (مرحلة ثانية قياس بعد المتابعة)

3-3- الحدود البشرية:

الحالة تم اختيارها بصفة مقصودة نظرا لصعوبة طبيعة المرض التي لا تسمح بمواصلة المقابلات.

أنثى، مطلقة، 53 سنة، أم لطفل وحيد بالغ، مصابة بسرطان الفك، في مرحلة العلاج الكيماوي، تتكلم اللغة العربية (العامة) وتفهمها.

4- منهج الدراسة:

في البحوث الخاصة بأسباب المرض النفسي، تستخدم التصميمات التجريبية بشكل واسع وتسمى بـ"علم النفس المرض التجريبي" (Experimental psychopathology)، كما تستخدم في علم الأمراض النفسية لاختبار تأثير أو فعالية أنواع مختلفة من العلاجات النفسية، وتعرف باسم

"المحاولات الإكلينيكية" (Clinical trials)، لكن ما يوافق هذه الدراسة هو تجارب الحالة الفردية (Single case experiments) فتجربة الحالة الواحدة لها قيمتها في بحوث الأمراض والاضطرابات النفسية ومستخدمة بكثرة، فلتجنب المسألة الأخلاقية بإنكار تلقي المجموعة الضابطة للعلاج، في البحوث التي تتناول فعالية أو مدى كفاءة علاج معين، وصعوبة جمع مشاركين بدرجة وافية في مجموعات تجريبية وأخرى ضابطة، يستخدم الباحث التصميم (ABA design) تبدأ بمرحلة ملاحظة وقياس الخط القاعدي للسلوك دون أي تدخل (A) ثم مرحلة العلاج التجربة وملاحظة وقياس تأثيره على السلوك (B) ثم عودة نهائية إلى الخط القاعدي (A) وهي مرحلة ملاحظة السلوك من جديد في غياب العلاج. (دافي، 2016، ص-ص 183-190) أو تعرف بروتوكول A-B التقريب التجريبي (quasi expérimental) أحد بروتوكولات الخط ذي القاعدة الوحيد (à protocoles ligne de base unique) 03 مراحل: A، السلوك قبل العلاج، المرحلة B، مرحلة العلاج أو تنفيذ الإجراء العلاجي، مرحلة المتابعة (follow-up) تقييم السلوك. (Bouvard et Cottraux, 2010, pp. 18,19).

#### 5- متغيرات الدراسة:

في الدراسة الحالية، المتغير المستقل: هو العلاج النفسي بروتوكول خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR)- تطوير وتثبيت الموارد DIR، أما المتغير التابع: فهو التغيرات في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، القلق والاكتئاب في نتائج الاختبار القبلي والبعدي.

#### 6- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

بروتوكول EMDR من 08 إجراءات المكيف على البيئة الجزائرية من طرف البروفسور مجاهدي أسامة والبروفسورة معتصم ميموني بدر (2019).

بروتوكول تطوير وتثبيت المصادر (Protocole de développement et d'installation des ressources DIR d'Anrew Leeds, 1995)، واستخدام نموذج أديب الخالدي لدراسة الحالة المنفردة (الخالدي، 2006، ص ص. 94-101)، في المرحلة الأولى من البروتوكول (دراسة تاريخ الحالة) (الخالدي، 2006، ص ص 94-101).

مقياس الاكتئاب II (أرون بيك) المكيف على البيئة الجزائرية من طرف البروفسور معمريه بشير النسخة المختصرة والتي تتكون من 13 بنداً، من إعداد آ. ت. بيك وآخرون عام 1972، وبين معمريه أنها ترتبط بالنسخة الكاملة بمعامل ارتباط بلغ 0.96 على عينة مختلطة من المرضى والعاديين وفي دراسة أخرى أجراها آ. ت. بيك وآخرون عام 1974، على عينة مختلطة من المرضى

والعاديين بلغ معامل الارتباط بين النسخة الكاملة والنسخة المختصرة 0.97 وترجمت النسخة المختصرة إلى اللغة العربية في مصر (من طرف الدكتور عبد الستار ابراهيم) ومنذ ظهور النسخة المختصرة أصبحت تستعمل في البحوث أكثر مما تستعمل النسخة الكاملة. وقد استعملها معمريه بشير في دراسة أجراها عام 2000 على طلاب جامعة الحاج لخضر، باتنة، حول مدى انتشار الاكتئاب على الشباب من الجنسين، وتعد قائمة آ. ت. بيك الثانية II - BDI لقياس الاكتئاب، أحدث صورة لقائمة بيك لقياس الاكتئاب، وتتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من سن 16 سنة، وتتميز هذه القائمة، بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM - IV) للاضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994. وتم إجراء تعديلات على القائمة والأعراض الـ 21 التي تقيسها قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، سواء على العينات الأمريكية أو العينات العربية، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتمتع بشروط أدوات القياس الجيدة لقياس أعراض الاكتئاب، رغم ظهور الصورة الثانية للقائمة عام 1996 و يرمز لها اختصاراً بالرمز B.D.I - II. وتتكون القائمة في صورتها الأصلية الكاملة من 21 مجموعة من العبارات، وتتكون كل مجموعة منها من أربع عبارات تم ترتيبها تدريجياً من انعدام الاكتئاب إلى أكثره شدة، وعند تقنينها من طرف معمريه، تكونت عينة التقنين من 998 فرداً؛ منهم 473 ذكور و 525 إناث، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18- 49 سنة، سحب العينتين (الذكور والإناث) من كليات جامعة الحاج لخضر، الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة، وتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

-مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون: تم الاستعانة بمقياس دافيدسون (1987) ترجمه عبد العزيز ثابت الذي قام بتطويره من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة، ويتكون هذا المقياس من 17 بندا تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي، ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة أقسام فرعية وهي:

- استعادة الخبرة الصادمة، وتشمل البنود التالية: 17، 4، 3، 2، 1.
- تجنب الخبرة الصادمة، وتشمل البنود التالية: 11، 10، 9، 8، 7، 6، 5.
- الاستثارة، وتشمل البنود التالية: 16، 15، 14، 13، 12.

- يتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 بدائل (0، 1، 2، 3، 4)، علما أن الإجابة على كل سؤال تنقط كما يلي: 0 = أبدا، 1 = نادرا، 2 = أحيانا، 3 = غالبا، 4 = دائما. كما يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:
- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة .
- عرض من أعراض تجنب الخبرة الصادمة.
- عرض من أعراض الاستثارة.

وفيما يخص الخصائص السيكومترية للمقياس، قام كل من صاحب المقياس "دافيدسون" ومترجمه بحساب صدق المقياس وثباته، وكلاهما توصلا أنه يتمتع بثبات وصدق عالي.

وبخصوص صدقه على البيئة الجزائرية، فقد تم اختباره بعدة طرق من طرف الكثير من الباحثين الجزائريين بهدف معرفة ملائمته على بيئتنا، فعلى سبيل المثال قامت أمينة بن التواتي (بجامعة ورقلة بحساب صدقه بالاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية للمقياس، وتوصلت إلى أنه يتمتع بدرجة صدق عالية، كما قامت باختبار ثباته بطريقة ألفا كرونباخ، وتوصلت أيضا إلى تمتعه بثبات قدر بـ0.77، وهو معامل عالي من الثبات.

مقياس القلق لهاملتون: وضع هذا المقياس الطبيب النفسي هاملتون عام 1959 لاستخدامه مع المرضى الذين سبق تشخيصهم على أنهم يعانون من القلق، بحيث يعطي درجة معتمدة على وجود بعض الأعراض الجسمية والنفسية، وإذا استخدم استخداما سليماً فإن الدرجات تكون مؤشرا يوثق به لتسجيل مدى تحسن المريض.

ويعتمد تطبيق المقياس على براعة الفاحص وإدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض وتقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض. ويشمل المقياس 14 عرضاً يكون مجموع درجاتها مقياساً لدرجة القلق، وعادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دورياً بعد ذلك لمعرفة مدى التحسن. حيث يقيس هذا المقياس مدى شدة الأعراض النفسية والجسمية للقلق، فيضع الفاحص درجة استجابة المريض وفقا لخمسة مستويات هي: صفر= لا توجد أعراض 1=أعراض طفيفة 2=أعراض متوسطة 3=أعراض شديدة 4=أعراض شديدة جدا. تفسير الدرجات: هناك طريقتان: الأولى، تتبع عرض واحد ومقارنة الدرجات الخام عبر فترات من الزمن للمريض الذي ينال درجة 3 على فقرة المزاج الاكتئابي مثلا في أول تطبيق ثم ينال درجة واحد بعد أسبوع فهذا يعني أن هناك تحسن، أو استفاد من العلاج، الثانية، مقارنة المجموع

الكلبي لدرجات الفقرات الأربعة عشر، فالمرضى الذي ينال في أول تطبيق درجة آلية 30 وبعد أربعة أسابيع يحصل على 15 يكون قد تحسن بنسبة 50%  
-7- إجراءات الدراسة:

1-7- المرحلة الأولى: بتاريخ: 2020/09/15.

■ قياس الصدمية باستخدام اختبار دافيدسون على عينة الدراسة.

■ قياس درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على عينة الدراسة.

■ قياس درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على عينة الدراسة.

2-7- المرحلة الثانية: أيام (مواعيد/على الساعة 11 صباحا): 17، 20، 22، 24، 27،  
2020/09/29، تطبيق إجراءات بروتوكول العلاج النفسي EMDR-DIR (45/جلسة)

3-7- المرحلة الثالثة: بتاريخ: 2020/10/11

■ قياس الصدمية باستخدام اختبار دافيدسون على الحالة.

■ قياس درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على الحالة.

■ قياس درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على الحالة.

4-7- المرحلة الرابعة:

■ إعطاء موعد للحالة بعد 03 أشهر (متابعة)

5-7- المرحلة الخامسة: بعد حوالي 05 أشهر، وبتاريخ: 2021/03/09، إعادة قياس:

■ شدة الصدمية باستخدام اختبار دافيدسون على الحالة.

■ درجة الاكتئاب على مقياس بيك II للاكتئاب على الحالة.

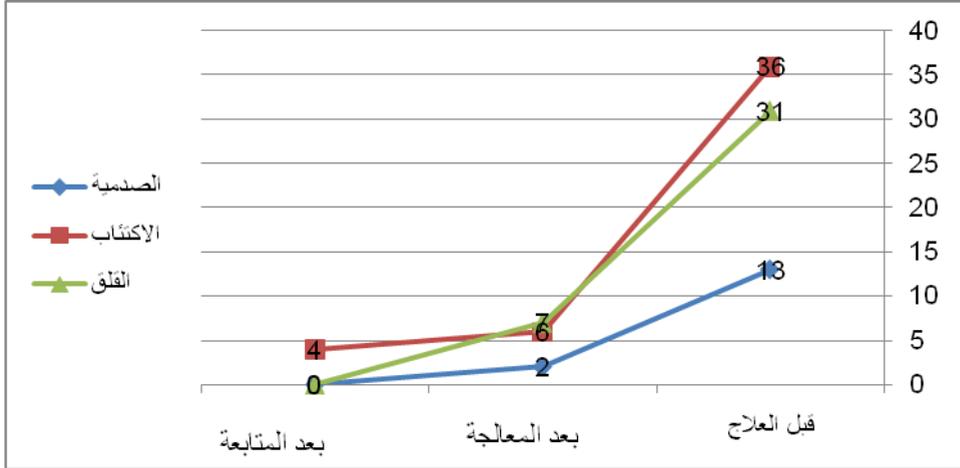
■ درجة القلق على مقياس هاملتون للقلق على الحالة.

8- عرض نتائج الدراسة:

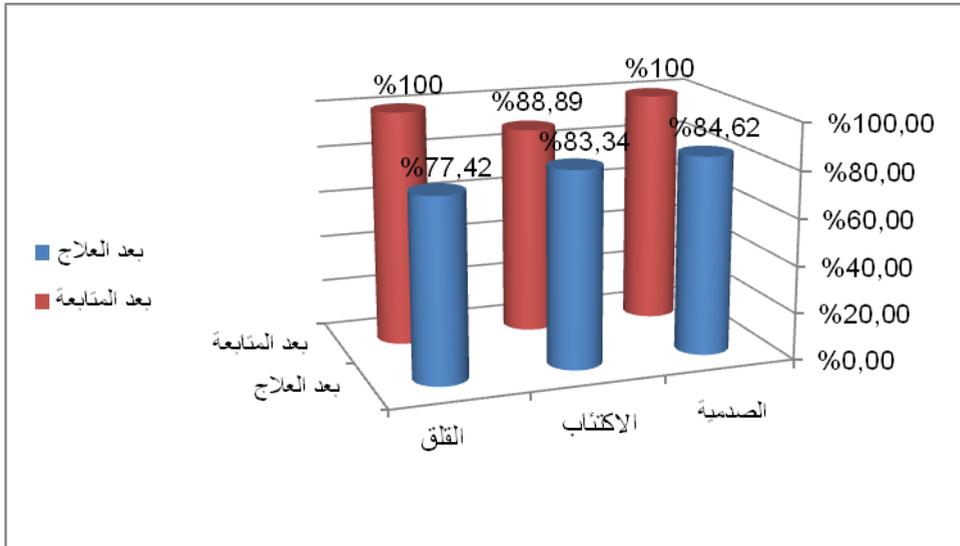
الجدول 1. شدة ودرجة الأبعاد النفسية للسرطان قبل وبعد العلاج وبعد المتابعة

الدرجة الخام بعد المتابعة	الدرجة الخام بعد العلاج	الدرجة الخام قبل العلاج	
00 نسبة العلاج 100%	02 نسبة العلاج 84.62%	13 طفيفة	شدة الصدمية 68-51-34-17
04 نسبة العلاج 88.89%	06 نسبة العلاج 83.34%	36 فوق الطفيفة إلى المتوسطة	درجة الاكتئاب 63-42-21
00 نسبة العلاج 100%	07 نسبة العلاج 77.42%	31 فوق المتوسطة	درجة القلق 56-42-28-14

الملاحظ أن الدرجة الخام للصدمية، الاكتئاب والقلق لدى الحالة تتراوح معا، وعموما في الدرجة المتوسطة هي على التوالي (13، 36، 31) لتنخفض أكثر بعد العلاج بالترتيب (2، 6، 7) لتتعدم تماما بعد المتابعة ليبقى الاكتئاب منخفضا إلى درجة خام 04 بعد أن كان 06 بعد العلاج و36 قبله.



الشكل 1. مخطط بياني يوضح انخفاض درجة الأبعاد النفسية لمرض السرطان يوضح المخطط البياني بوضوح انحدار خطي للنقاط الخام التي تحصلت عليها الحالة على مقاييس الاكتئاب، الصدمة والقلق قبل العلاج وبعده وبعد المتابعة.



الشكل 2. مخطط بياني يوضح نسبة العلاج بعد تطبيق البروتوكول العلاجي وبعد المتابعة

بمقارنة النقاط الخام التي تحصلت عليها الحالة قبل وبعد العلاج وتحويلها إلى نسب تبين أن البروتوكول العلاجي أفاد الحالة بنسبة أكبر من 80% للصدمة والاكنتاب وأكبر من 70% للقلق لترتفع نسبة الشفاء بعد ثلاثة أشهر من المتابعة.

#### 9- تفسير ومناقشة النتائج:

#### 9-1- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

تحققت الفرضية الأولى 100% لدى الحالة بمقارنة الدرجة الخام التي تحصلت عليها الحالة قبل العلاج وبعده بعد تحويلها إلى نسبة، ومبدئياً توافقت هذه النتائج مع جميع البحوث والدراسات التي تناولت فعالية العلاج النفسي EMDR في علاج الاضطرابات النفس-صدمية، وقد ثبت فعلا فعاليته في علاج الصدمة عموماً واضطراب ضغوط بعد الصدمة خصوصاً لدى الحالة، ووجدت فروق فعلية بين مستوى قبل العلاج طفيف إلى قريب من المتوسط في شدة الصدمة إلى انعدامها تماماً بعد العلاج بحسب مقياس دافسون، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة جاريرو وآخرون لعام (2015) لتقييم فعالية EMDR-IGTP-OTS في الحد من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالسرطان عند 24 امرأة بالغة مع بأنواع مختلفة من السرطان، أيضاً مع دراسة أفنازيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب و لورا إفلين غارسيا (2018) من المكسيك، التي أكدت نتائج دراسة 2015 لجاريرو بتطبيق العلاج بروتوكول حركات العين وإعادة المعالجة المتكاملة (EMDR-IGTP) لفائدة لمرضى السرطان المراهقين للمراهقين والبالغين، وبعد ست جلسات من EMDR-IGTP، كان هناك انخفاض كبير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، كذلك دراسة إليسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) من إيطاليا، والتي تبين فعالية العلاج النفسي EMDR على 18 مريضاً بالسرطانات المختلفة، فبعد 12 جلسة من EMDR، ضعفت المضاعفات النفسية الناشئة عن ما تم تسجيله عند تشخيص السرطان، خصوصاً أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، النتيجة نفسها في دراسة إليسا فريتا وتوماس بورساتو (2016) من جامعة ميلانو/إيطاليا، التي تهدف إلى وضع بروتوكول علاج EMDR لمرضى الأورام، والتي خلصت إلى توسيع مجال تطبيق EMDR ليشمل علاج الصدمة المرتبطة بالسرطان، وهو ما توصل إليه الباحثون إغناسيو جريرو، لوسينا أرتيغاز، سوزانا أوريب، لورا إفلين غارسيا، ماريا أليسيا كافازوس مارتا جيفودن في دراستهم لعام (2015)، عند بحث تقييم فعالية بروتوكول العلاج الجماعي التكاملية - حركة العين إزالة الحساسية وإعادة المعالجة (PTIG-EMDR) في التقليل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) المتعلقة بتشخيص وعلاج مختلف أنواع السرطان لدى 24 امرأة بالغة وقد اختفت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بتشخيصهن وعلاجهن، وثبت أنها دالة إحصائياً

عند تحليل البيانات باستخدام ANOVA عاملي حول تأثيرات PTIG-EMDR، هي نفسها نتائج دراسة أماندا كاران وباتريسيا روبر (2018) عند خلاصتها إلى فعالية وسلامة بروتوكول حركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة - الحلقة المؤلمة (EMDR G-TEP) على الحالة النفسية وعلاج الناجين من السرطان وآثاره المحتملة على أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى 35 مشاركا من المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من السرطان، في مراحل مختلفة، الأولية أو المتكرر، مع تلقي التشخيص أو علاج الأورام خلال العام الماضي، ودراسة إليسا فريتا، توماس بورساتو، كريستينا سيفيلوتي، غيزابيل فرناندس وماركو باغاني (2016)، عد مقارنتها لتأثير EMDR والعلاج المعرفي السلوكي على 31 مريضا بالأورام السرطانية وتبين تفوق EMDR في مدة العلاج والنتائج على العلاج المعرفي السلوكي عند التركيز على الصدمة...، وتفسر هذه النتيجة عصبيا، ما توصلت إليه دراسة سارة كارليتو وماركو باغاني (2016) إلى أنه يبدو أن علاج الEMDR يعزز تحول مادة صادمة من قشرة تحتية ضمنية إلى الحالة القشرية الصريحة حيث مناطق الدماغ المختلفة المشاركة في معالجة التجربة.

### 2-9- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية 100% لدى الحالة لأكثر من 80%، وهذا يكون EMDR فعالا في شفاء أو التقليل من شدة الاكتئاب لدى مرضى الأورام السرطانية، أي أنه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي، والنتيجة تتوافق مع دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أوزاريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) على عينتهم من 35 فردا فتحليل التباين (ANOVA) بين أن EMDR-IGTP-OTS كان فعالاً في التقليل بشكل كبير من أعراض الاكتئاب، أيضا دراسة إليسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) (Cristina & Civiloti Elisa Faretta)، فقد خلصت إلى انخفاض مستوى الاكتئاب لدى عينتها المتكونة من 18 مريضا بمختلف أنواع السرطانات، نفس نتيجة دراسة أماندا كاران باتريسيا روبر (2018) (Amanda Karen Patricia Roberts) التي أثبتت فعالية وسلامة بروتوكول حركة العين وإزالة التحسس وإعادة المعالجة الحلقة المؤلمة (EMDR G-TEP) في التخفيف من آثار الاكتئاب بعد الصدمة لدى عينة من 35 مشاركا... كما توجد أيضا دراسات كثيرة تناول وتثبت فعالية العلاج ب EMDR على الاكتئاب كاضطراب مستقل على عينة من المرضى، ويبدو أن تفسير دراسة سارة كارليتو وماركو باغاني (2016) للتأثير العصبي وفرضية المعالجة التكميلية للمعلومة (TAI) لشايبورو هو التفسير الأوضح لهذه النتائج.

### 3-9- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

تبين من النتائج قبل وبعد العلاج أن البروتوكول العلاجي النفسي قد أفاد الحالة بـ 77.42% شفاء، أي توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي، وهي نتيجة دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أوزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018)، فبالإضافة إلى ما سبق فتحليل التباين (ANOVA) بين أن EMDR-IGTP-OTS فعال في التقليل من شدة القلق لدى العينة المتكونة من 35 فردا، أيضا دراسة إليسا فريتا وكريستينا سيفيلوتي (2016) (Cristina & Civiloti Elisa Faretta) التي انخفض مستوى القلق لدى العينة المتكونة من 18 مريضا بالسرطان، كذلك دراسة أماندا كاران باتريسيا روبار (2018) (Amanda Karen Patricia Roberts) التي انخفض فيها درجة القلق لدى العينة المتكونة من 35 فردا، يعانون أنواع مختلفة من السرطان، عند خضوعها للعلاج الجمعي EMDR للحلقة الصدمة (EMDR G-TEP)، بل وليس فقط تقليل الأعراض بل إن سمة القلق انخفضت بعد العلاج على اختبار (STAI T-Anxiety) وانخفاض واضح في القلق الأساسي، وفسر إلى أنه قد يكون هناك تغيير معتدل في نظرة المشاركين إلى الذات والعلاج أو المعاملة، إذن أهم نتيجة هي أن EMDR G-TEP فعال في الحد من القلق الظرفي وخط الأساس لسمة القلق، وهو ما يؤكد نتيجة هذه الدراسة من أنه توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة قبل العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

4-9- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

لم تتحقق الفرضية، فقد اتضح أنه توجد فروق في شدة الصدمة لدى عينة الدراسة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لصالح القياس بعد المتابعة وهو عكس ما خلصت إليه دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أوزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) من أنه استقرت الأعراض بعد 90 يومًا من المتابعة، ويبدو أن فعالية العلاج النفسي المطبق تزيد بمرور الوقت وهي نتيجة جيدة، أي أن التفسير العصبي يتأكد.

#### 5-9- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

لم تتحقق الفرضية، فقد ثبت أنه توجد فروق في درجة الاكتئاب لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لصالح القياس بعد المتابعة، وهي نتيجة جيدة بما أن العلاج النفسي تزيد فعاليته بمرور الوقت، والنتيجة لا تتوافق مع نتيجة دراسة ايغناسيو جريرو، مارثا غيفودن وأماليا أوزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018)، التي احتفظت على نتائجها بعد العلاج بعد 90 يوما من المتابعة.

### 9-6- تفسير ومناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

لم تتحقق الفرضية، فقد ظهر أنه توجد فروق في درجة القلق لدى الحالة بعد العلاج وبعد فترة المتابعة لدى القياس وهي نتيجة جيدة تفسر بفعالية EMDR بمرور الزمن، وهي تتوافق مع نتائج دراسة ايغناسيو جريرو مارثا غيفودن وأماليا أزوريو (Ignacio Jarero, Martha givaudan, Amalia Osorio) (2018) فالقلق انخفض بشكل ملحوظ من الاختبار القبلي إلى المتابعة في مجموعة العلاج، وتتشابه النتيجة مع نتائج دراسة أماندا كاران باتريسييا روبرار (2018)، (Amanda Karen Patricia Roberts) التي طبقت بروتوكول EMDR الجمعي على بروتوكول للحلقة الصدمة على عينة من 35 فردا من مرضى والتي لم يتم الحفاظ على النتائج في المتابعة وبدقة في سمات القلق وليس أعراض اضطراب القلق الأساسي.

- خاتمة:

بينت الدراسة الحالية أن تكامل علم النفس الايجابي والعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة في صورة بروتوكولات وعلى الخصوص تثبيت وتطوير الموارد مفيد جدا عند التكفل بالأبعاد النفسية لمريض السرطان، وبمرور الزمن تزيد فعالية هذا العلاج النفسي، ويبدو أن الحالة استثمرت مواردها النفسية في مواجهة مرضها وهي: الروحانية وعلاقتها مع الله، التحالف العلاجي الذي يربطها بالباحث والتي استثمرتها لتحصل على فضائل هي الشجاعة، القوة، الصبر، المقاومة، المواجهة، الأمل والتفاؤل...، طورها وثبتها البروتوكول العلاجي المطبق، ما يدعو الى اقتراحه والتوصية به، وقبل ذلك تضيف الدراسة أنه زيادة على النتائج المتحصل عليها، فقد تبين أن بروتوكول العلاج النفسي المطبق (EMDR-DIR) يفيد في علاج الإدمان والاعتمادية فالحالة أخفت تدخينها التبغ على أطبائها وربما هو السبب الرئيسي لمرضها بسرطان الفك وعدم نجاعة التكفل الطبي بالعلاج الكيماوي، لذلك البروتوكول كان فعالا جدا إضافة إلى علاج الأبعاد النفسية لمرض السرطان، علاج الإدمان على التبغ، وهو ما أكدته أيضا دراسة (Markus & Hornsveld, 2017).

ويتابع المرضى بالسرطان ويعالجون بمؤسسات أو مصحات متخصصة وتجري لهم تحاليل طبية كل 21 يوما، وكان لعدد الكريات الدموية البيضاء عناية خاصة من طرف الباحث وإضافة إلى الحالة حالات أخرى خضعت للعلاج النفسي بروتوكول EMDR-DIR فلوحظ لدى العينة التجريبية ارتفاع عدد لكريات الدموية البيضاء من 4 إلى 7 من 10، مقارنة بباقي المصابين بالسرطان الذين يخضعون للعلاج الطبي بالكيماوي دون أي تكفل نفسي، ما يدعو إلى فتح أفق جديدة للبحث والدراسة في مجال المناعة النفسية العصبية.

وتدعو الدراسة إلى لفت النظر لتبيني بروتوكول علاجي نفسي لمرضى السرطان وتعتبر البروتوكولات الخاصة لعلم النفس الايجابي والعلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة مثالا رائدا في هذا المجال على مستوى كل مراحل مرض السرطان وحتى في الرعاية التلطيفية (les soins palliatifs).

## - قائمة المراجع:

- أحمان، لبنى. (2019). علم المناعة النفسية العصبية. الجزائر: دار الخلدونية.
- الحمادي، أنور. (2014). التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. معايير DSM5.
- الحمادي، أنور. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض- الطبعة الحادي عشر.
- الخالدي، أديب محمد. (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. (ط.1). الأردن: دار وائل للنشر.
- دافبي، غراهام. (2016). علم النفس المرضي، البحث، التقييم، والعلاج في علم النفس الإكلينيكي. (ط.1). ترجمة: فيصل محمد خير الزراد ومحمد صبري سليط. الأردن: دار الفكر.
- العاسمي، رياض نايل. (2016). علم النفس الايجابي السريري. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق. (2018). الطب النفسي المعاصر. (ط.17). مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.
- عمراوي، نبيل، بوتعني، فريد، نفيدسة، فطيمة. العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة بين علم النفس الجسدي وعلم الأورام النفسي. (2021). مجلة الروائز. المجلد 05، العدد 01-206-222.
- 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. المجلد 04، العدد 02، 85-99.
- لوباز، شان ج، جنيفر، تيراموتو بيدروتي، سنايدر، س، ر. علم النفس الإيجابي، الاستكشافات العلمية والعملية لنقاط القوة البشرية. (2018) (ط.1). ترجمة: ثائر أحمد غباري. الأردن: دار الفكر.
- مجاهدي، أسامة، ميموني، معتصم بدره (2018). تكييف بروتوكول لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. (03). 203-224.
- مرازقة، وليدة. مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. (2009/2008). مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، باتنة، الجزائر: جامعة الحاج لخضر.

- معمريّة، بشير. (2010). تقنين قائمة أرون ت. بيك الثانية للاكتئاب على عينة من الجنسين في البيئة الجزائرية، صورة الراشدين B.D.I II. مجلة شبكة العلوم النفسية والتربوية. العدد 25-26. 92-105.
- معمريّة، بشير. العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد 15 و16. صيف وخريف 2007. 130-135. لبنان
- وليد خالد، عبد الحميد. (2011). إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين (EMDR) علاج جديد لأضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة. المجلة العربية للعلوم النفسية: العدد 31. 68-75.
- يونس، سلى (2015). علم النفس الايجابي: مفهومه، تطوره، مجالاته التطبيقية، ورؤية مستقبلية في الوطن العربي. مجلة الشرق الأوسط لعلم النفس الايجابي. 45-59.
- Bouvard, Martine, Jean Cottraux. (2010). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. (5éd.). France: Elsevier Masson SAS.
- Carletto, Sara & Pagani, Marco. (2016). Neurobiological Impact of EMDR in Cancer. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 153-161.
- Cyril, Tarquinio, Pascal Tarquinio. (2015). L'EMDR Préserver la santé et prendre en charge la maladie. France : Elsevier Masson.
- Faretta, Elisa & Borsato, Thomas. (2016). EMDR Therapy Protocol for Oncological Patients. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 162- 175.
- Faretta, Elisa & Civilotti, Cristina. (2016). EMDR Therapy in Psycho-Oncology : A Bridge Between Mind and Body. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 138- 152.
- Jarero, Ignacio and al. (2018). Le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe pour les patients atteints de cancer. Journal
- Markus, Wiebren & Hornsveld, Hellen K. (2017). EMDR Interventions in Addiction. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 11, Number 1, 3 -29.

- SHAPIRO, FRANCINE. (2001). EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) Basic Principles, Protocols, and Procedures. (2Ed). USA : The Guilford Press.