

علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين العلاج الإدماجي الجديد للاضطرابات النفسية

د. أيت قني سعيد نعيمة

جامعة البليدة 2

ملخص :

حاولنا من خلال هذا المقال إبراز أهمية بعض النظريات المقترحة لتفسير الآثار العلاجية لعلاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين وهذا بهدف فهم التحسن الناتج من هذا العلاج النفسي. وتضم هذه النظريات العناصر الأساسية لهذا العلاج وفرضيات خاصة تناولت مكونات الانتباه المضعف، العناصر القاعدية لنوم الفارقي، الاستجابة المضادة للاسترخاء أو تنشيط الوظائف القشرية التي تنتج المعالجة الاندماجية.

Résumé

un certain nombre de théories ont été proposées pour expliquer les effets thérapeutiques de l'EMDR. Ces théories impliquent les éléments procéduraux de la méthode et hypothèses spécifiques abordent le composant de l'attention double. Ces dernières attribuent l'effet thérapeutique des mouvements oculaires à une interruption des réponses stéréotypées, aux éléments concomitants du sommeil REM, à une réaction contrainte de la relaxation ou à l'activation de fonctions corticales qui induit un traitement intégratif.

مقدمة

إن أسطورة وقوة سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين لعلاج الآثار التي تخلفها الصدمة النفسية، أخذت من السرعة التي لاحظ فيها عياديا كيف يتخلص المرضى من ثقل مشاعر العار و الحزن أو الهيجان التي عايشوها للعديد من السنوات .

بالنسبة للممارسين الذين كَوّنوا بطريقة كلاسيكية تقبل فكرة أن تحريك عيني المريض- مع استثارة المشاهد الأكثر ألما في حياته-قادرا على التخفيف من هذه الآلام مهما كانت الطريقة، و مع ذلك هناك على الأقل 18 دراسة ضابطة بينت فعالية هذه التقنية في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ،كما أن كل التقييمات المستقلة التي تمت من طرف المجتمعات الباحثة مثل الجمعية العالمية لدراسة الضغط ما الصدمة (2000) و الجمعية الأمريكية لطب العقلي (2004) كلها صنفّت علاج EMDR كأنجع علاج لهذا الاضطراب.

إن الاضطرابات النفسية حسب نموذج المعالجة المتكيفة الذي يقوم عليه علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين ما هي إلا نتاج لتخزين فزيولوجي مضطرب للمعلومة (التي تم اكتسابها لحظة التعرض لحدث صدمي) التي يمكن الوصول إليها و تحويلها دون استخدام الأدوية. فالعناصر الإجرائية لهذا العلاج تتضمن مثيرات الانتباه المضعف الذي يطلق حالة فزيولوجية تنشط نظام معالجة المعلومات، بمعنى أن التنبيه الحسي يسهل إدماج متعدد النماذج لنصفي كرة المخ لذكريات الجزئية و بالتالي عندما تدمج الذكريات فإنها تفقد قدرتها على إنتاج ظواهر إعادة المعاشية والاستجابات الانفعالية الغير مضبوطة [Roques, 2004]

فعندما يطلب من المفحوص في علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين أن يفكر في الحدث الصدمي الذي تعرض له فإننا نقوم ببناء

صلة بين وعيه والمكان الذي تخزن فيه المعلومة المضطربة في الدماغ، و في كل سلسلة استثارة (حركات العينين) نقوم بتعديل المعلومة المضطربة أكثر فأكثر سرعة على طول الطرق العصبية الفزيولوجية المناسبة، و في هذا المجال اكتشفت الباحثة Shapiro. F عن وجود علاقة بين حركات العينين في تقنية سلب الحساسية وإعادة المعالجة و تلك التي ترفق تلقائيا أحلامنا خلال فترة النوم الفارقي، كما سجلت الباحثة أن مستوى من هذه الحركات مفيد لمعالجة المعلومات التي تتضمن مادة انفعالية حية خصوصا تلك المرتبطة بالقلق و الضغط، و في ما بعد صرحت الباحثة أن حركات العينين يمكن أن يكون لها أثر كف على الضغط في علاقة متبادلة بحيث يمكن لضغط الكثيف أن يكف حركات العينين. إذن فحركات العينين المستخدمة في تطبيق سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين تطلق نظام فزيولوجي ينشط نظام معالجة المعلومات و هذا التنبيه الثنائي للمفحوص هو في آن واحد في إعادة معاشة الماضي و في ملاحظة ما يحدث له عندما يتذكر ذلك لهذا تبنى صلة بين وعيه وموقع المعلومة، لهذا يفترض هذا العلاج أن حركات العينين كما هو الحال في فترة النوم الفارقي تنشط نظام معالجة المعلومات المتوقف إلى حد الآن حيث تحدث ارتباطات على المستوى المعرفي و

الانفعالي تشهد على إعادة المعالجة للمعلومة المضطربة.

إذن فمفتاح التغيرات النفسية في تقنية سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين قائم على تسهيل المعالجة المناسبة للمعلومة وهذا ما يعني خلق اتصالات جديدة أكثر فائدة، و على قاعدة التطبيق العيادي لهذه التقنية هناك مظاهر خاصة بهذه المعلومة المخزنة تستخدم كأهداف في حصة العلاج وهي: الصورة، الأفكار، الانفعالات و الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالحدث الصدمي، إلى جانب الإجراءات المرجعية لهذه التقنية والتي تتضمن التعرف على شدة الانفعال المستثار

عن طريق سلم SUD ومستوى VOC الذي يقيس صدق معتقدات المفحوص في أفكاره الإيجابية التي يتمنى تحقيقها. كما أنه يجب تحضير المفحوص بطريقة جيدة قبل التركيز على المادة المرضية المخزنة، بحيث تبدأ معالجة المادة المستهدفة بطلب من المفحوص أن يركز على المنبهات المناسبة (حركات العينين) وعلى العناصر المكونة للهدف (صورة، الفكرة السلبية، الانفعال والإحساس الجسدي) والمعالجة تتحقق من خلال سلاسل الاستثارة لحركات العينين المتتالية إضافة إلى التبادلات الشفهية مع المفحوص لتحديد الهدف المناسب الموالي.

وانطلاقاً من هذه العرض واستناداً إلى الأدبيات حول علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين سنحاول من خلال هذا البحث النظري تسليط الضوء و توضيح النظريات التي حاولت تفسير فعالية هذا العلاج النفسي خصوصاً في مجال الاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة. فهل هي تكمن في ميكانزم إعادة تنظيم الذاكرة خلال الأحلام أين نجد خلالها تتحرك العينين من اليمين إلى اليسار خلف الجفون المغلقة، حيث تسمح للانفعالات المؤلمة بالتعبير ثم الاختفاء؟ أم تكمن في التوجه المفاجئ للانتباه الذي يغير دقات القلب و كل فزيولوجية الجسد و يسهل في نفس الوقت القلق؟ أم هي حالة من الوعي التي يمكن مقارنتها بتلك التي نجدها في التأمل؟

1- تعريف علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين

يعتبر علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين تقنية علاجية جديدة تقوم على التيار النفسي العصبي الانفعالي لسلب حساسية و سحب المعلومات بالتنبيه الحسي عن طريق حركات العينين أو منبهات سمعية أو لمسية لتسهيل الحل السريع للأعراض الصدمية. حيث اكتشف لأول مرة في سنوات الثمانينات من طرف الأخصائية النفسية شبيرو Shapiro. حيث وجدت الأخصائية أنه

أثناء استرجاع ذكرى مؤلمة فإن تعبنتها العاطفية المملوءة بالضغط تميل للانخفاض عندما يحدث تنبيه من نوع بصري. تتأصل جذور هذه التقنية في التحليل النفسي، العلاج المعرفي السلوكي العلاج الاسنادي المتمركز حول الفرد إضافة إلى الطب. [Shapiro.F&Forrest ; 1997p30]

خلال السنوات العشر الأخيرة أصبح علاج EMDR من أكثر الأساليب العلاجية فعالية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فهذا الاضطراب يستثير لدى الفرد معاناة كبيرة و يحول حياته إلى يوميات لا تطاق مرفقة بالاكتئاب، الاضطرابات الجسدية، الفوبيا و الإدمان ، و هذا العلاج يسمح بتفكيك و تحرير التجارب الصدمية القديمة من تعبئتها الانفعالية و تشوهات المعرفية عن طريق إعادة ، أي أن هذا العلاج يسمح للدماغ بإعادة معالجة المعلومة الانفعالية بهدف إقصاء الصدمة المسجلة في النظام العصبي تحت الأصلي، و قبل البدء في علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين ، يقوم المعالج رفقة مفحوصه ببناء إطار عملهما المستقبلي عن طريق مقابلات أساسية و تاريخ حالة دقيق يسمح بالإحاطة بمضادات العلاج المحتملة.

السياق الكامل لهذا العلاج يتضمن عدة مراحل إبتداء من مرحلة تاريخ الحالة إلى مرحلة التحضير و التقييم ثم المراحل الخاصة بسلب حساسية الذكريات الصدمية بكل مكوناتها و تثبيت الأفكار الإيجابية ليتم إنهاء كل حصة علاجية باللجوء إلى تقنيات خاصة بضبط الذات، الاسترخاء والتفريغ، و أخيرا يتم تقييم نتائج كل عمل السحب بإجراءات خاصة. إضافة إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة توسع حقل التطبيق العلاجي لعلاج سلب الحساسية و الانسحاب عن طريق حركات العينين إلى علاج اضطرابات أخرى كاضطرابات القلق، الاكتئاب، والأمراض السيكوسوماتية.

2- تفسير فعالية و نجاح آثار علاج EMDR

أي تقييم للفعالية العلاجية لعلاج EMDR يجب أن يأخذ بعين الاعتبار مجموع عناصره الأساسية، أي عدد من هذه العناصر الموجهة إلى تقديم تجربة انفعاليا مصححة و كلاسيكيا تعتبر جد هامة حتى يكون العلاج فعالا، و هذا كله تم التصريح به من طرف نظراء في العلاج السيكوديناميكي و المعرفي السلوكي.

2-1- التعرض المتقطع

يعتبر التعرض المتقطع عنصرا جد أساسي في علاج EMDR، وكما ذكرنا سابقا هناك عدة أشكال لتعرض تعتبر بصفة عامة بمثابة المادة النشطة الضرورية للعلاجات السلوكية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة،و هناك من الدراسات التي ركزت على فعالية بعض التقنيات مثل سلب الحساسية المنتظم و التعرض المباشر التي نجد فيها هذا العنصر جد أساس، تم الوصول إلى الآثار العلاجية خلال هذه الدراسات بمتوسط 6 إلى 16 حصة من العلاج بزمان يتراوح من 60 إلى 90 دقيقة لكل حصة، الآثار العيادية الأكثر دلالة (بالتقريب 75% من إقصاء اضطراب الضغط ما بعد الصدمة)تم نشرها من طرف Marks و زملائه سنة 1998 باستخدام 10 حصص للتعرض في الخيال و الواقع، زائد 112 ساعة عمل موصوفة في المنزل. الفعالية العيادية لعلاج التعرض بالتخيل لوحده (دون اللجوء إلى التعرض في الواقع) تم اختبارها خلالها 7 حصص، مع أكثر من 20 ساعة عمل في المنزل من التعرض في الواقع.

إذن نستنتج أن التعرض رغم كونه بالتأكيد من العناصر الضرورية في EMDR ولكنه يبقى غير كافي لاعتباره التفسير الوحيد لسرعة و فعالية النتائج المتحصل عليها في هذا العلاج. و بالتالي يعتبر علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين تيار إدماجي يحوي على عددا من العناصر إضافة

إلى التعرض المتقطع. و مع ذلك فتحضير المفحوص من طرف المعالج الذي يزيد من قدرته على البقاء في اتصال مع صورة التجربة المزعجة، رفقة اللحظات القصيرة للتعرض والتفريغ المعرفي هي من المظاهر الهامة جد لهذا العلاج، و يبقى التعرض للمستويات العالية من الاضطراب الاشتراك المنهجي الوحيد لعلاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين مع تقنية التعرض و في هذا المجال لاحظ كل من Hyer & Boudewyns (1996) أن علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة طريق حركات العينين يبني إجراء بفضل يمكن للمفحوص أن يمر من التعرض إلى الاتصال الذاتي و يعود إلى التعرض ثم الاتصال الذاتي. نفس السياق تم التعرف عليه من طرف Rennie 1994 كأفضل شيء حدث في تاريخ العلاجات النفسية، فالمفحوص يمر من وضعية المشارك التلقائي إلى وضعية الملاحظ المفكر، بخلق لعبة بين الحوارات الداخلية والخارجية

2-2- مشاعر الضبط والسيطرة

عندما تنطلق المعالجة النشطة فإن مشاعر السيطرة و الاستقرار تشجع باستخدام عدد من العناصر الأساسية مثل: مساعدة المفحوص على إعادة خلق و حل الصورة العقلية للصدمة، الذي يعطيه مشاعر السيطرة و القدرة على التعرف العقلي و تناول منبهات داخلية مضطربة، فهذه القدرة المكتشفة حديثا يمكن أن تساهم في وظيفة جد هامة، حيث أوضحت بعض الدراسات حسب Ehlers, Mayou, Bryant (1998) أن إدراك الفرد لعجزه على السيطرة على أعراضه الاقترامية، يزيد من شدة يأسه. كما أن تركيز الانتباه على المادة المرضية لفترات قصيرة من الوقت بالاستماع في نفس الوقت للتعليمات العلاجية المطمئنة من طرف المعالج، ووعيه بالأمان المقدم من طرف السياق العلاجي يمكن أن يساهم في حل الاشرط، و على الأقل هذا التركيز القصير للمفحوص على الذكريات الصدمية يزود المعالج بسياق علاجي يقدم فوائد

التعرض لمكرر وهذا شرط يتعارض مع استجابة التجنب التي تعتبر جزء من الاضطراب والاحتفاظ به.

2-3- إعادة الترميز المعرفي

إن مساعدة المفحوص على التعرف على أفكاره السلبية حول نفسه الناتجة عن الصدمة، يمكن أن تسمح له بإدراك ميزتها الغير عقلانية و التعرف أيضا على صدمة الحدث. فإعادة البناء وإعادة الترميز الناتج عن تكوين المعارف الإيجابية يمكن أن يسهل السياق العلاج [Yong et al, 1999p23]

كما تساهم الفكرة الإيجابية أيضا في رفع وعي المفحوص بتشوّهه المعرفي وتحفيزه على متابعة العلاج. فخلال علاج EMDR غالبا ما تطفو لدى المفحوص تلقائيا حدس معرفي للتعبير، وعند الوصول إلى مرحلة التثبيت يتم تدعيمها، هذه الأخيرة غالبا ما تنتمي إلى نمط قصصي جديد أين يدرك ظهورها كعنصر أساسي في إقصاء أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

2-4 - التداعي الحر

تقدم للمفحوص في علاج EMDR تعليمة بسيطة بتسجيل تجاربه الداخلية: (ماذا يأتيك الآن ؟) في نهاية كل سلسلة من حركات العينين، وهذا ما يؤدي آليا إلى معلومات جديدة يتم استهدافها بترتيب ظهورها. والمفحوص يقضي وقتا قصيرا متعرضا لتفاصيل الصدمة التي نجدها تتحرك مقطوعا من خلال المادة المرتبطة بها، فهذا الاستهداف المقطعي يبدو وسيلة جد فعالة للوصول إلى المادة المرضية من الإجراءات المستخدمة في علاج سلب الحساسية المنتظم أو التعرض المباشر التي تستدعي العودة المتكررة إلى الصورة الأصلية. [Shapiro.F ; 2007 p395]

إن فالتداعي الحر كما يبدو يضمن معالجة المظاهر الهامة لكل الشبكة العصبية، وهذا الجانب العلاجي معروف جدا و بالتأكيد في تقاليد العلاج السيكوديناميكي .

2-5- حالة الانتباه الكامل

إن التعليمات المقدمة في علاج EMDR مثل (أترك ببساطة يمر ما يمر، سجل فقط) الصدمة والاضطراب المرتبط بها، يبدو أنها تساعد المفحوص على الحفاظ على مشاعر الأمن و تسمح لسياقات الداخلية بالعمل دون تدخل، كما يبدو أنها ترفع من فوائد العلاج عن طريق معارضة ميل المفحوص من الخوف من الخوف، فهذا الميل يساهم في استمرار معاش اليأس و يمنع آثار العلاج .

وفي هذا المجال هناك دراسة حديثة قام بها (Ehlers(1998 و زملاؤه أكدت أن الاستجابات السلبية الناتجة عن أعراض إعادة المعيشة تزيد من حدتها و يمكن أن تتدخل في معالجة المعلومات. إذن فوضعية الاستقرار التي يجب أن يكون فيها المفحوص في علاج EMDR، تبدو مشابهة لوضعية الانتباه الكامل (Pleine attention) في العلاج السلوكي.

أهمية هذا المظهر في علاج EMDR تم تسليط الضوء عليه من طرف Servan-Schreiber في تدخل شخصي قام به سنة 2000 وعلاقته بإطار نظرية (1999) Teasdale & Bernard في هذا الإطار النظري بين كيف أن حالات النفس المختلفة يمكن أن تسهل أو العكس تعرقل معالجة المعلومات الانفعالية في وصولها إلى الحل. ومرة أخرى مثل هذا السياق ينبأ بنتائج سيئة علاجيا حسب نفس الدراسة. أما في النوع الثالث فالمفحوص يقوم بتجارب اكتشاف داخلية معرفية، عاطفية مدمجة و يستخدم التفكير الحاضر ومشاعر إيجاد معنى كدليل لحل مشاكلهم و الوعي الغير تقييمي لمعاشهم الذاتي الحالي. في هذا الأسلوب نجد أن الأحاسيس و الأفكار كلها يحس بها مسبقا كمظاهر لتجارب ذاتية بدل موضوع تصوري. و عكس مشاعر فقدان أو الإهمال التي تميز نموذج التعبير الانفعالي الغير مفكر، هذه التجربة

مرتبطة مباشرة بوعي ذاتي فكري، و معرفة مباشرة حدسية لما تم معاشته من لحظة على أخرى.[Teasdale ;1999 p77]

إذن يمكن أن تكمن فعالية علاج EMDR في قدرته على توفير التوازن الجيد بين إعادة معايشة الاضطراب الانفعالي و وضعية الملاحظ الحيادي للانفعالات وموجات التداعيات الجسدية،العاطفية،المعرفية،و الحسية التي تغطي عندما يتم الحفاظ على هذه الوضعية بطريقة مستمرة مدة 30 ثانية أو بعض الدقائق التي تمتد دون انقطاع من طرف المعالج أو بسبب المستوى الكثيف من الإثارة . و يمكن لحركات العينين أو الأشكال الأخرى من التنبيه أن تحول انتباه المفحوص من المادة المرضية لفترة فقط من أجل تجنب ظهور الانفعالات الغير مفكرة أو تصور /عمل وهذا ما يجبر المفحوص على الدخول في أسلوب معايشة منتبه لمعالجة المادة المرضية.[Shapiro.F ; 2007 p397] إذن فكل حصة من علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق العينين تكون قائمة على التجريب بطريقة متكررة لهذا الأسلوب من المعالجة عن طريق التنبيه الحسي المطبق خلال كل سلسلة.

2-6 - استجابة التوجه

من أولى الفرضيات التي طرحها شبير و Shapiro.F لتفسير آثار علاج EMDR كانت تتعلق باستجابة المفحوص أثناء وصوله إلى الذكرى الصدمية، التي تتضمن تسيير آليا للحالات الفزيولوجية المنصهرة إلى تشكلات خاصة بالحالة وإضافة حركات العينين يمكن أن تؤدي إلى تشكل آخر للحالة الفزيولوجية واستجابات تعارض التداعيات السابقة . وهذا يمكن بدوره أن يسبب خلل في توازن مجموع الاستجابات الفزيولوجية المعتادة والمستثارة من طرف الذكرى الصدمية. هذا الخلل في التوازن المولد من طرف هذا التشكل المزدوج والمتزامن يمكن أن يسمح للمعالجة بالعمل مرة جديدة.

تم تسليط الضوء على استجابة التوجه من طرف عدة منظرين، باعتباره عاملا ضروري لإعادة عمل المعالجة. فهي عبارة عن استجابة طبيعية للاهتمام و الانتباه الذي تظهر عندما يوجه هذا الأخير نحو منبهات جديدة. وهناك ثلاثة نماذج مختلفة لتنظيم دور استجابة التوجه وهي معالجة للمعلومة، عصبية فزيولوجية و سلوكية معرفية. ويرى أنه يمكن إتمام هذا الأخير باستجابة بسيطة للتوجه أين نجد أن نقطة الانتباه المستثارة من طرف حركات العينين تخل بتوازن شبكة التداعيات بطريقة يمكن أن يحدث فيها تعلم. وعلى قاعدة الاكتشافات الحالية في علم الأعصاب البيولوجي، قام (Stickgold 1999) بتوسيع نظريته بطريقة مستقلة لتفسير آثار التنبيه الثنائي الذي يجبر المفحوص على تطوير دائم لانتباهه بالنظر إلى الخط الوسطي من جسمه. لهذا طرح فرضية أن استجابة التوجه تنتج ميكانيزمات عصبية بيولوجية مشابهة لتلك الموجودة في حالة النوم الفارقي الذي يسهل تنشيط الذكريات الحلقية و إدماجها في الذاكرة الدلالية القشرية. دراسة أخرى مستقلة قام بها Christman دعمت النظرية السابقة حيث أكد الباحثين أن حركات العينين من اليسار إلى اليمين تنتج أثر ذو فائدة لمهمة استرجاع الذكريات الحلقية وليس الدلالية. إذن تبدو هذه النظريات موافقة لتطبيق العيادي الذي يوصي بضمان أن يحتفظ المفحوص (برجل في الحاضر، و رجل أخرى في الماضي). وقد لاحظ منذ مدة طويلة أن أفضل الآثار علاجية يتحصل عليها عندما لا يكون المفحوص جد مرتبط بالتجارب الداخلية، و بالتوازي عندما لا يكون مشتتا بالظروف الخارجية .

2-7- التنويم المغناطيسي

من المعقول أن نشك أن كل أثر علاجي سريع قد ينتج عن إحياء بالتنويم المغناطيسي. ومع ذلك فعلاج EMDR والتنويم المغناطيسي جد مختلفين من حيث الآثار العيادية وهذا ما لاحظته العديد من المنظرين في التنويم المغناطيسي أمثال

Phillips, Fine, Berkowitzk (2001) مثلاً: الأحداث التي تجري أثناء حالة Abreaction في التنويم المغناطيسي يبدو أنها تحوي مقاطع من لحظات متتابعة الواحدة تلو الأخرى (إطار بإطار) في حين أن المفحوص المعالج بعلاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين يميل إلى القفز من عنصر يعتبر مفتاح لذكرى إلى آخر. كما أن المفحوص في هذا العلاج يكون أكثر يقظة و وعياً، عكس حساسية الإيحاءات الغير ملائمة كما هو الحال عند المفحوص المعالج بالتنويم المغناطيسي.

وتشير التقارير العيادية حسب Shapiro.F(2007) أن المفحوص يرفض الإيحاءات الغير صادقة و يمكن حتى أن يضطرب فغياب إيحائية المفحوص خلال علاج EMDR مقارنة بتلك الموجودة لدى المفحوص في حالة التنويم المغناطيسي حسب Hekmat&,Groth (1994) يمكن أن يكون نتيجة اختلاف زوايا الدماغ المسيطرة الناتجة عن العلاجين. و تشير قراءة EEG المأخوذة خلال حصص علاج EMDR إلى ظهور زوايا دماغية متعلقة بالكميات المتغيرة القيمة Paramètres لليقظة العادية، في حين أن الزوايا المعروفة باسم: Thêta, bêta, alpha هي التي كانت تميز الأفراد الذين كانوا في حالة التنويم المغناطيسي، إذن فالنتيجة هذه القراءة تشير إلى أن الأفراد الذين كانوا في حصص علاج EMDR لم يكونوا في حالة التنويم المغناطيسي. [Nicosia, 1995p65] كما أن لعلاج التنويم المغناطيسي

8-2 - تغيرات على المستوى الخلوي والدماغي

يبدأ حل الذكرى الصدمية عندما يؤدي تنشيط المادة المرضية إلى سلسلة من الأحداث المختلفة عن تلك التي تستثار في العادة من طرف تذكر بسيط. فهناك العديد من المنظرين من يفترض حسب Shapiro F.(2007) أن حركات العينين يبدو أنها تعدل حالة الدماغ بطريقة تسهل فيها إعادة مفيدة لهذه الذكرى وهذا ما يسمح للدماغ

بالتعرف وتعزيز التداعيات الجديدة المرتبطة بالذكرى الصدمية وأخيرا إضعاف الاحتفاظ بالتداعيات والانفعالات المعتادة والنمطية التي توقف حلها التكيفي. وبالتالي التداعيات التي كانت من قبل ضعيفة يتم تدعيمها وتقويتها و التي كانت من قبل قوية يتم إضعافها.

وتضيف (Shapiro F. (2007) أنه رغم عدم قدرتها على تحديد كيفية إنتاج هذا التغيير لحالة الدماغ من طرف علاج EMDR إلا أنها تقول أن منذ عشرة سنوات تم التعرف على عدة سياقات دماغية على أنها يمكن أن تساهم في تفسير فعالية هذا العلاج الجديد. فعلى مستوى الأنظمة العصبية، بينت الأبحاث حاليا حسب (1991) Nagawaka أن مختلف هذه الأنظمة وحالات الدماغ تتراكب فيما بينها لسيطرة على أنواع التداعيات التي تنتجها مثلا: النصف المخي الأيسر ينشط أكثر التداعيات القوية في حين النصف الكروي الأيمن ينشط أكثر التداعيات الضعيفة. كما أن النوم الفارقي يبدو أنه يسهل تنشيط التداعيات الضعيفة، في حين أن المراحل الأخرى التي لا تتميز بحركات العينين من النوم فإنها تستثير بصفة استثنائية التداعيات القوية.

إذن فهذه التغيرات على مستوى حالات الدماغ يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في أنواع التداعيات، التي تقوم بها. فعلى المستوى الخلوي نعلم الآن أن تشكيل الذكريات يتضمن سياق (كمون العمل الطويل المدى) الذي يرفع فعالية النقل المشبكي بين خليتين عصبيتين، فهذا السياق عندما تستثير المشابك في مرحلة مع وتيرة Thêta و هي نوع من الزوايا الدماغية الملاحظة في العادة خلال النوم الفارقي. مثل هذه التغيرات العصبية هي بدون شك الذكريات التي تشفر و التي يمكن أن تعكس خلال الاكتئاب الكبير، هذا السياق الخلوي الثاني يلاحظ عندما تستثار نفس المشابك. [Winson, 1990 ; p263]

فحسب Shapiro.F (2007) يبدو أن هناك علاقة مركزية في علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين EMDR بين العاطفة ومرور الاضطراب إلى الحل. مثلا غالبا ما يروي ضحايا الاعتداءات الجنسية كوابيس مرعبة أين تقطع أعضائهم من طرف وحوش. فإذا افترضنا أن ميكانيزمات النوم الفارقي تحاول حل الأحداث الصدمية السابقة، فإن هذا الكابوس يعتبر الوجه الآخر من الناحية المعرفية للمستوى العالي للعاطفة المحتجزة في الشبكة التي تحوي الذكريات المبكرة. مثلا في الزمن الأصلي لحدوث الصدمة، يعيش الطفل الذي تم الاعتداء عليه جنسيا رعبا كبيرا في سن الرشد عندما يدخل أحد ما إلى غرفته و يفتح أعضائه. فالعاطفة التي ارتبطت بهذه الذكرى تحتجز هذه الأخيرة في شبكة عصبية معرفة بعواطفها السلبية، بطريقة عندما يحاول فيها الدماغ سحب الذكرى خلال النوم الفارقي، فإنه تتم إعادة استثارة الرعب، وهذا المستوى من الرعب لا يولد عند مفحوص راشد من طرف راشد آخر و إنما يمكن أن يربط بمواجهة وحش لا يمكن السيطرة عليه. إذن فرمزية الوحش تعتبر بناء معرفي للعاطفة خلال مرحلة المعالجة للنوم الفارقي.

إذن نستنتج من كل ما سبق ذكره، أن هذه الميكانيزمات العصبية البيولوجية حتى لو كانت تكنية بصفة بحثية، إلا أنها تعتبر محاولة هامة لفهم ما يلاحظ عياديا في علاج EMDR، كما أنها تعتبر مفيدة لتطوير معارفنا في ما يتعلق بصور الأحلام والظواهر العيادية الأخرى.

9-2 - علاقة مرحلة النوم الفارقي REM

من أولى الفرضيات التي طرحتها Shapiro. F (1989) لتفسير فعالية علاج من EMDR هي أن حركات العينين الموجهة تنشط نفس الميكانيزم الخاص بالنوم الفارقي الذي يتميز بحركات عينية سريعة. حيث تفترض الباحثة أن العلاقة التي تربط

حركات العينين و الضغط يحكمها مبدأ الكف المتبادل: أي أن حركات العينين تساعد على كف الضغط، و لكن المستوى المرتفع جدا من الضغط يكف حركات العينين. وهناك العديد من الدراسات المستقلة حسب (Ross, Hong (1990 حول النوم الفارقي التي ساندت هذه الفرضية، في حدود التي نجد فيها الفرد المصدوم يعاني من حالة نوم فارقي جد مضطرب مثلا: الجنود القدامى غالبا ما يستيقظون في وسط الكوابيس و ليس في آخرها. كما يبدو أن هناك صلة مباشرة بين شدة العواطف السلبية في الأحلام و كمية النوم الفارقي الملاحظ. فهذه الدراسات تناقض النظريات القديمة التي كانت تعتبر حركات العينين خلال النوم الفارقي مجرد دليل على تصوير الحالم لمحيط الحلم.

وفي هذا المجال يسلم (Stickgold (2000 بوجود علاقة بيولوجية عصبية بين وظائف علاج EMDR والنوم الفارقي كما أنه طور اختبارات مناسبة لهذه الفرضية. و هناك عدة معطيات أساسية ملائمة مع هذه الفرضية وردت من (2000) Christman, Garvey بينت أن النوم الفارقي يلعب دورا في الإدماج القشري للذكريات في الشبكات الدلالية العامة. كما يفترض دائما Stik Gold أن إعادة التوجيه المتكرر للانتباه في علاج EMDR يؤدي إلى تغيرات على مستوى تنشيط مناطق الدماغ مشابه للذي يحدث خلال النوم الفارقي. فتنشيط هذه الأنظمة يمكن بالتوازي أن ينقل الدماغ إلى أسلوب معالجة ذاكري مشابه لذلك الموجود في النوم الفارقي، فيسهل بالتالي إدماج الذكريات الصدمية في الشبكات الارتباطية القشرية.

10-2 استجابة الارتخاء Réaction de relâchement

أشارت Shapiro.F في مقالاتها سنة 1989-1991 أن حركات العينين تؤدي إلى استجابة الارتخاء. هذه الاستجابة التي يمكن أن تنتج من طرف التشكل الشبكي الذي يسبب كفا عضليا في حالة النوم الفارقي أو ميكانيزمات أخرى التي تنشط الجهاز

العصبي البراسمبتاوي. فهذا الأخير يكف الجهاز العصبي السمبتاوي المرتبط باستجابات الخوف (كالهروب) المولد من طرف الصدمة.

وفي دراسة قام بها Wilson (1995) وزملائه استخدموا معدات التغذية الرجعية البيولوجية Biofeedback بينت أن حركات العينين تفرض استجابة الارتخاء. و مع ذلك فهذه الدراسة لم تفسر الفعالية العيادية للمنبهات الأخرى المستخدمة في علاج EMDR، فنفس استجابة الارتخاء(المحددة بنفس المقاييس الفزيولوجية) لم تتم ملاحظتها عند المجموعة الضابطة التي استخدم معها طرق اليدين.

2-11 المزامنة النصف كروية Synchronisation hémisphérique

تعود مرجعية الفرضيات الأولى التي طرحتها (Shapiro. F 1989) لتفسير فعالية علاج EMDR إلى نظرية بافلوف Pavlov(1927) حول الآثار العلاجية ومصدر العصاب، حيث يفترض هذا الباحث وجود توازن في الدماغ بين الاستثارة والكف المسئول عن توظيفه العادي، و أي شيء يسبب عدم التوازن مثلا كالاستثارة المفرطة سيؤدي إلى مرض عصابي يمثل عقدة أو توقف عصبي، لهذا و من أجل العودة إلى حالة التوازن ومعالجة العصاب فيجب إصلاح التوازن بين الاستثارة والكف.

وفي هذا المجال تم طرح عدة نظريات مستقلة قائمة أساسا على البحث العصبي البيولوجي لنصفي كرتي المخ فمثلا النظريات التي قدمت حول الجانبية الثنائية من طرف كل من Russell(1992) و Nicosia(1994) و Schreiber(2000)- تفترض أن يؤدي علاج EMDR إلى تنشيط كلا نصفي الكرة المخ و هذا ما يسهل تنظيم و إدماج الوظائف القشرية العليا.

وفي هذا السياق تم الإشارة إلى مؤشر أساسي لأثر علاج EMDR على الجهاز الحافي Le Systèmelimbique في دراسة وحيدة قام بها Klindt et Amen,

Lansing(2000) كما بينت الأبحاث وجود تناظر نصف كروي في المعالجة الانفعالية، إضافة إلى ارتباط مختلف العواطف بالأنماط التناظرية لنشاط القشري، ففي هذا المجال أكتشف Keller et al(2000) زملاؤه أن الاكتئاب مرتبط بتشوه خفيف في المساحة الحركية اليسرى أما القلق فهو مرتبط بتشوه أكثر أهمية. أما Post Rubinow, (1992) فوجد أن الانجازات الخاصة بنصف الكروي الأيمن مرتبطة بوظائف إدراكية و هي تميل لنوعية الرديئة عندما يكون الأفراد مكتئبين إلى جانب نقص في التنشيط الدماغي في القشرة الخلفية اليمنى لهؤلاء الأفراد. Shapiro.F; (2007)

إن فكل هذه الدراسات تؤكد فرضية تنشيط نصفي كرة المخ يؤدي إلى معالجة اندماجية للمعلومات حتى لو كانت فعالية منبه الطرق والأصوات في علاج EMDR لا تزال تحتاج لاختبار معمق مع ذلك فاستخدامها العيادي الواسع مشجع من طرف التقارير العيادية حسب Shapiro.F (2007) أكدت فعاليتها الكبيرة عند بعض المفحوصين. كما أن هذه التطبيقات العيادية تم تدعيمها من طرف عدة دراسات ونذكر في هذا المجال دراسة Drake (1987-1993) وزملاؤه حول التنشيط الجانبي، حيث وجد هؤلاء الباحثين استجابات مختلفة وواضحة بفضل الاستخدام السمعي و الفيزيائي أي أن عينة البحث استجابت إيجابيا لفقرة تم سماعها بالأذن.

12-2 - الوظائف القشرية

يبدو أن حركات العينين لها آثار خاصة على استرجاع، ترميز، و تخزين الذكريات أي أنها مرتبطة ميكانيزمات معالجة المعلومات. و لقد كشفت سلسلة من التجارب النظامية حسب Shapiro.F (2007) أن حركات العينين التلقائية مرتبطة بانفعالات غير مرغوب فيها و تغيرات معرفية و في هذا المجال يقول Antrobus(1964) « إن محاولة قطع سلسلة من الأفكار الغير مرغوب فيها أو التي تستثير القلق فإنها

تؤدي إلى سلسلة من التغيرات السريعة في النشاط المعرفي بفضل حركات العينين المتقطعة «ص251

فحسب Shapiro.F (1989) فإن سلسلة متقطعة من حركات العينين مرتبطة بمحاولة آلية لتخلص من أفكار مزعجة. وفي هذا المجال قام كل من Andrade (1997) وزملاؤه بفحص الآثار التي ينتجها الانتباه المضعف في دراسة حول الذاكرة البصرية، فعند استخدام صور متعلقة بالسيرة الذاتية، فإن حركات العينين النمطية في علاج EMDR كانت أكثر فعالية من منبه الطرق والاثنين معا أفضل بكثير من النظر الثابت في خفض حساسية الصور. وكانت حركات العينين أكثر فعالية من الطرق و النظر الثابت في خفض الشدة الانفعالية للذكريات المتعلقة بهذه الصور، فاستنتج Andrade أن حركات العينين تتدخل في هذه الآثار بإخلالها بتوازن السجل البصري المكاني الخاص بالذاكرة العاملة، فيمكن لهذه الآثار الفارقة أن يكون لها تشعبات في التطبيق العيادي.

معطيات أخرى قدمت من طرف دراسات تمت عن طريق TEP قام بها Tulving زملاؤه سنة 1994 أشارت إلى أن الفص القرب جبهى الأيسر و الأيمن يمكن أن يكون لهما أدوار مختلفة في استرجاع و ترميز الذكريات الحلقية. دراسة أخرى قام بها Christman وزملاؤه (2000) وجد أن L'amorpace الحلقى مرتبط بمعالجة ثنائية الفص أين يكون الترميز والاسترجاع في النصف الكروي المعاكس في حين يكون L'amorpace الحلقى ذا أهمية كبيرة عندما يكون الاسترجاع والترميز في نفس النصف الكروي، لهذا عندما استنتج هؤلاء الباحثين وجود تنشيط ثنائي لنصفي كرة المخ مع حركات العينين الثنائية قبل استرجاع الذكرى، اكتشفوا أن حركات العينين تنتج أثر إيجابي على عمل الذاكرة الحلقية و ليس على الذاكرة

الدالية.و هكذا استخلص هؤلاء الباحثين من هذه الدراسة أن تسهيل الذاكرة الحلقية راجع لتنشيط دماغي ذو أهمية كبيرة ناتج عن حركات العينين المتقطعة.

كما بينت دراسات حسب (Brindley, Merton, 1960) أنه أثناء التدريب على حركات العينين المتقطعة يمكن أن يشعر الفرد و كأنه يحققها حتى لو لم يكن الأمر كذلك مثلا:إذا تم توقيف عضلات العينين و الفرد يحاول تحويل نظره من مكان إلى آخر فإنه سيكون لديه انطباع أنه يحركها، و لكن في الواقع لم يحدث شيء. و باختصار نقول عندما يتعلق الأمر بحركات العينين المتقطعة فإن الدماغ يسجل الانتباه و ليس الفعل الذي تم القيام به. فهذا الاكتشاف يؤكد الفرضية القائلة أن استجابة التوجه لوحدها و ليس الحركات الخاصة هي التي تكون ضرورية لتنشيط ميكانزمات معالجة المعلومات.

ومع ذلك وفي كل الحالات الهدف العيادي من كل هذا الحفاظ في وعي المريض بالذكرى الصدمية والتنشيط المستمر ميكانزمات معالجة المعلومات عن طريق انتفاضات الانتباه على منبه حاضر في هذه اللحظة بالذات. و في الأخير نقول أن أفضل هذه المنبهات هي تلك التي تسمح بتحقيق آثار المعالجة، كما تسمح للمعالج أن يصل بمفحوصه إلى تطبيق أفضل لتعليمه أن يركز انتباهه في نفس الوقت على الذكرى الصدمية والمنبه الحالي.

إستنتاج

إنطلاقا من كل ما سبق نقول أن هناك طريقة بسيطة لتفسير آثار علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين وهي وصف تنشيطه لنظام معالجة المعلومات. فالحدث المستهدف يبقى غير معالج لأن الاستجابات البيوكيميائية للصدمة قامت بعزلها في حالة عصبية بيولوجية. وعندما يتابع المفحوص حركة الإصبع أو يركز انتباهه على الطرق أو صوت أو حتى بؤرة ثابتة في حائط، فإن

المعالجة النشطة للمعلومات تتحقق رفقة المنبه. فإذا طلبنا من المفحوص أن يركز انتباهه في نفس الوقت على هذا المنبه و الذكرى الصدمية، فإن ميكانزم المعالجة النشطة للمعلومات يفك ويعالج الحدث المستهدف. وهذا الميكانزم الخاص بمعالجة المعلومات بشكل بطريقة فزيولوجية ليصل بالمعلومة إلى حلها المتكيف. ومن الممكن أن تكون هذه المعالجة سريعة لأن الأخصائي يوجه المفحوص نحو الأهداف المناسبة، كما أن العناصر الأخرى لهذا العلاج يمنع المفحوص من الهروب أو عدم إنتاج التداعيات.

المراجع:

- 1-Andrade J. (1997) «Eye movements and visual imagery : a working memory, approach to the treatment of posttraumatic stress disorder » British journal of clinical psychology,36,223.
- 2- Boudewyns P.A & Hyer L.A (1996) «Eye movements desensitization and reprocessing EMDR as treatment for post traumatic stress disorder (PTSD) » Clinical psychology and psychotherapy,3,185,195.
- 3-Christman S. & Garvey K.(2000) «Episodic versus semantic memory: Eye movements and cortical activation » Annual meeting of the psychonomic society, new erleans.
- 4- Ehlers A., Michael T., Pingchen Y. (2006) « Enhanced perceptual for neutral stimuli in a traumatic context : A pathway to intrusive memories » Memory n=14, p316-328.

- 5- Horowitz M.J. (1972)« Phase- oriented treatment of stress response syndromes » American journal psychotherapy,31,768-77
- 7-Rauch S., et al (1996) « symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-drive imagery» Archives of general psychiatry,53,380-38
- 8-Rosenthal R., Rosnow R.L. (1991) «Essentials of behavior research: methods and data analysis » New York, McGraw-hill.
- 9-Ross R.J., Bail W.A. et al (1990) « REM sleep disturbance as thehallmark of the PTSD.» Paper presented at the 143 RD annual meeting of the American psychiatry association.
- 10-Roques J. (2004) « EMDR, une révolution thérapeutique » la méridienne, Desclée de Brouwer.pp178-190.
- 11-Rothbaum B.O. (1997) « A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing:for post disordered sexual assault victims » Bulletin of the Menninger clinic,61,317-334.
- 12-Servan- Schreiber D (2000)« La psychothérapie par L'EMDR et la nouvelle médecine humaniste » Revue Américaine Alternatives thérapies in Heath Médecine.
- 13-Servan- Schreiber D. (2003) « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse » Pocket pp27-62.
- 15 - Shapiro F., Forrest. M (1997) « Des yeux pour guérir: EMDR La thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les

traumatismes » Editeur original : basic books, Editions du Seuil, avril 2005 pour la traduction française.

16- Shapiro F.(2007) « Manuel d'EMDR, Principes, protocoles, procédures» traduit de l'American par Valérie Mégevand, révision scientifique Jacques Roques, Inter Editions p287-474.

18 - Stikgold R., James L., Hobson J.A. (2000) « Visual discrimination learning requires post training sleep » Nature neuroscience,2, 1237-1238.

19-Teasdale J.D. (1999) « Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression» Behavior Research and Therapy,37, 53-77.

20-Teasdale J.D. et al (2000) « Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy » Journal of consulting and Clinical psychology,68,615-623.

21-Van Der Kolk B.A.(1994) « The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress.» Harvard review of psychiatry,1,253-265.