بوابة الصحة النفسية
Psyencharge

ملخص كتاب

علاج EMDR: إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين

المبادئ والبروتوكولات والإجراءات، لفرانسين شابيرو (الطبعة الثالثة، 2018)

ملخص علمي فصلا فصلا للمختصين وطلبة علم النفس العيادي

إعداد: بوابة الصحة النفسية

psyencharge.com

نوفمبر 2026

المحتويات

1. المقدمة
2. الفصل الأول: الخلفية
3. الفصل الثاني: المعالجة التكيفية للمعلومات: النموذج بوصفه فرضية عمل
4. الفصل الثالث: مكوّنات علاج EMDR وآثاره العلاجية الأساسية
5. الفصل الرابع: المرحلة الأولى: تاريخ العميل وتخطيط العلاج
6. الفصل الخامس: المرحلتان الثانية والثالثة: التهيئة والتقييم
7. الفصل السادس: المراحل من الرابعة إلى السابعة: إزالة الحساسية والتثبيت ومسح الجسد والإغلاق
8. الفصل السابع: العمل مع التفريغ الانفعالي والعوائق
9. الفصل الثامن: المرحلة الثامنة: إعادة التقييم واستخدام البروتوكول الثلاثي المعياري
10. الفصل التاسع: بروتوكولات وإجراءات معيارية للحالات الخاصة
11. الفصل العاشر: التداخل المعرفي، استراتيجية استباقية للعمل مع العملاء الصعبين
12. الفصل الحادي عشر: فئات مختارة من العملاء
13. الفصل الثاني عشر: النظرية والبحث والتبعات العيادية
14. الملحقات
15. خاتمة الملخص
16. المراجع

هذا الملخص قراءة لأفكار الكتاب ومادته العلمية بكلماتنا، لا ترجمة له ولا نقل لنصه، ولا يغني عن قراءة الكتاب نفسه. ولا يؤهل لممارسة علاج EMDR، فهذا العلاج لا يُمارس إلا بعد تدريب معتمد وإشراف. حقوق الكتاب محفوظة لمؤلفته وناشره (Guilford Press). يُوزَّع هذا الملف مجانا للاستعمال الشخصي والتعليمي، ولا يُباع.

بطاقة الكتاب

البند	التفصيل
العنوان	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures
المؤلفة	فرانسين شابيرو (Francine Shapiro، 1948-2019)
الناشر والطبعة	Guilford Press، الطبعة الثالثة، 2018، ISBN 9781462532766 (568 صفحة)
الجمهور	المعالجون المرخّصون، والباحثون، وطلاب الدراسات العليا في علم النفس العيادي
البنية	12 فصلاً، وستة ملاحق (من A إلى F)

المقدمة

تصدر الطبعة الثالثة بعد ثلاثين سنة من الملاحظة الأولى (1987) التي قادت إلى علاج إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)، وقد صار معترفاً به دولياً علاجاً مدعوماً تجريبياً للصدمة: تحققت أكثر من ثلاثين دراسة عشوائية من أثر حركات العين، ووثّقت مئات المقالات المحكّمة نتائجه. وتضيف الطبعة بحوثاً وبروتوكولات وملاحق جديدة.

كانت المؤلفة تُعدّ دكتوراه في الأدب الإنجليزي (1979) حين شُخّصت بالسرطان، فاتجهت إلى علم النفس العصبي المناعي (Psychoneuroimmunology) ثم إلى علم النفس العيادي. وترى أن الممارسة تتقوى بالتكامل بين المدارس لا بالإحلال، ولذلك تطوّر EMDR من تقنية بسيطة إلى مقاربة علاجية متكاملة. ومسلّمته الأساسية أن معظم الاضطرابات تقوم على خبرات الحياة المبكرة، وأن غايته «استقلاب» بقاياها المختلة. ولو عاد بها الزمن لسمّته «علاج إعادة المعالجة» (Reprocessing Therapy)، لأن حركات العين مثير واحد من المثيرات الثنائية، لكنها أبقت الاسم لشهرته، على أن دلالته تاريخية لا وصفية.

التدريب وأمانة التطبيق. أظهر تحليل تجميعي (Maxfield & Hyer, 2002) أن الدراسات الأكثر صرامة سجّلت آثاراً أكبر، وأن **أمانة تطبيق البروتوكول** (Treatment Fidelity) ترتبط إيجاباً بحجم الأثر، ولذلك يضم الملحق C قائمة للتحقق منها. وفي مسح لأول 1,200 معالج متدرب رأى 2% فقط أن التدريب تحت الإشراف غير ضروري، وأفاد 85% بأن ذكريات أشد شحنة وأخرى كانت منسية ظهرت مع EMDR أكثر من أي طريقة أخرى (Lipke, 1994, 1995)، فلا بد من تدريب على احتواء هذه المادة. وتقصر المؤلفة استعماله على مهني الصحة النفسية المرخّصين أو من يعملون تحت إشرافهم المباشر، بعد دورة معتمدة، وتشترط في الاضطرابات التي لم يثبتها البحث المقارن بعد إعلام العميل للحصول على موافقته المستنيرة.

الفصل الأول: الخلفية

منظومة علاجية لا تقنية

أكد تحليل تجميعي لست وعشرين دراسة عشوائية أثر حركات العين (Lee & Cuijpers, 2013)، لكن المؤلفة تنظر إلى العلاج منظومة كاملة: **التحفيز الثنائي مزدوج الانتباه** (Bilateral Dual Attention Stimulation) مكوّن واحد بين عناصر إجرائية خاصة وعناصر من المدارس الكبرى؛ والعلاج يعنى بالصور والمعتقدات والانفعالات والاستجابات الجسدية والاستقرار الداخلي والمرونة والأنظمة العلائقية؛ ولكل اضطراب بروتوكوله؛ وغاية المراحل الثماني تحرير العميل من الماضي إلى حاضر صحي.

والعلاج يحفّز التعلم: حين يكون الهدف ذكرى مزعجة تفقد الصور والمعتقدات والانفعالات السلبية حدّتها وصحتها، وحين يكون الهدف إيجابياً تزداد وضوحاً وصحة؛ فضحية الاعتداء الجنسي قد تنتقل من «كان خطئي» إلى الإحساس بالقوة. ومن هنا **البروتوكول الثلاثي** (Three-Pronged Protocol): معالجة خبرات الماضي، وإزالة حساسية المثيرات الحاضرة، وبناء قوالب للعمل المستقبلي، وهو يجمع عناصر من التحليل النفسي والسلوكية والمعرفية والعلاجات الخبراتية والجسدية ونظرية الأنظمة. وكل أثر علاجي حصيلة تفاعل العميل والمعالج والطريقة.

الماضي حاضر

الحادثة المعالجة تُخزَّن بانفعالات مناسبة وتوجّه صاحبها، أما الحادثة **المخزّنة تخزيناً مختلاً** (Dysfunctionally Stored) فتحتفظ بإدراكات اللحظة الأصلية، فيرى الشخص حاضره من موقع النقص أو انعدام الأمان أو فقدان السيطرة. وأعراض **اضطراب ما بعد الصدمة** (PTSD) علامات على هذا التخزين، لكن أحداثاً شائعة كإهانات الطفولة تترك آثاراً مماثلة، فكلتاهما تُخزَّن ذاكرةً انفعالية حَدَثية (Episodic) لا تتطور إلى ذاكرة دلالية (Semantic) مندمجة.

وتقرّ المؤلفة بدور الاستعداد الوراثي والإرهاق وتعاطي المواد، وبأن بعض أشكال الاكتئاب عضوي المنشأ فلا يناسبه EMDR، لكن معظم الاضطرابات تشكّلت من خبرات تحمل العجز واليأس. ومع ضحايا الإهمال والإيذاء الشديدين يسأل المعالج عن النوافذ النمائية المغلقة، كتعلم **ثبات الموضوع** (Object Constancy)؛ فالإهمال المبكر قد يحرم الطفل من التنظيم القشري اللازم لتهدئة الذات (Schore, 2001; Siegel, 2012)، ومن هنا التشديد على التثبيت المبكر لهؤلاء العملاء (الفصل 11). والضرر العصبي ليس دائماً بالضرورة، فقد أظهر التصوير (SPECT وfMRI) تغيرات بيولوجية بعد المعالجة (Bossini et al., 2007; Lansing et al., 2005). وتذكّر بأن فرقة العمل التابعة للقسم 12 في الجمعية النفسية الأميركية لم تعدّ «راسخة» إلا نحو اثنتي عشرة تقنية (Chambless et al., 1998).

الاكتشاف والدراسة المضبوطة الأولى

في ربيع 1987 لاحظت المؤلفة أثناء نزهة أن أفكاراً مزعجة اختفت وضعفت شحنتها مع حركات سريعة تلقائية لعينيها في خط مائل صاعد. وخلال ستة أشهر مع نحو سبعين شخصاً بشكاوى غير مرضية جعلتهم يتابعون أصابعها، ونوّعت السرعة والاتجاه حين تتوقف المعالجة، ووضعت طرقاً معيارية لافتتاح الجلسة وإغلاقها، وسمّت الإجراء لإطارها السلوكي «إزالة الحساسية بحركات العين» (EMD).

ولتعرف هل يصل الإجراء إلى الذكريات الصادمة جرّبته أولاً على محارب قديم تلاحقه ذكرى من فيتنام، فبهت المشهد وهدأ بعد مجموعات قليلة، واستمر الأثر بعد ستة أشهر. ثم وزّعت 22 مشاركاً (ضحايا اعتداء جنسي وقدامى فيتنام) عشوائياً على مجموعة علاج ومجموعة ضابطة وصفت الذكرى بالتفصيل شرطاً وهمياً (Placebo)، إذ لا يُتوقع أثر من جلسة واحدة من **التعرض العلاجي المباشر** (Direct Therapeutic Exposure, DTE) (Keane & Kaloupek, 1982). وفيها ظهرت أدوات القياس الباقية في البروتوكول:

الأداة	ما تقيسه	المدى
المعرفة السلبية (Negative Cognition)	المعتقد السلبي عن الذات المرتبط بالذكرى	صياغة لفظية
مقياس الوحدات الذاتية للضيق (SUD)	شدة الضيق عند الاستحضار (Wolpe, 1991)	من 0 إلى 10
المعرفة الإيجابية (Positive Cognition)	المعتقد المرغوب عن الذات	صياغة لفظية
مقياس صحة المعرفة (VoC)	الشعور الحدسي بصدق المعتقد الإيجابي	من 1 إلى 7

انخفض قلق مجموعة العلاج وارتفعت صحة معتقدها الإيجابي، بينما ارتفع قلق الضابطة أولاً كما في بدايات الإغراق (Boudewyns & Shipley, 1983)، ثم تحسنت بالعلاج المؤجل، واستمرت النتائج بعد شهر وثلاثة أشهر. وتعترف المؤلفة بغياب المقاييس الموحدة والتقييم الأعمى، لكن لم يكن منشوراً على هذه الفئة إلا دراسة مضبوطة واحدة سجّلت آثاراً متوسطة بعد 45 جلسة (Peniston, 1986)، ودراستان عن التعرض المطوّل وجدتا انخفاضاً بنسبة 30%، فصارت دراستها (Shapiro, 1989a) من أوائل الدراسات المضبوطة في أعراض ما بعد الصدمة.

تراكم الأدلة

خلال 28 سنة نُشرت أكثر من عشرين دراسة عشوائية مضبوطة (Bisson et al., 2013; Maxfield & Hyer, 2002; Watts et al., 2013)، فاعتمدت العلاج إرشادات الجمعية الدولية لدراسات الضغط الصدمي (ISTSS) منذ 2000 (Shalev et al., 2000)، ثم وزارتا شؤون المحاربين القدامى والدفاع الأميركيتان (2017) ومنظمة الصحة العالمية (2013)، ووثّقت تقارير الحالات نتائج مع فئات أخرى كثيرة.

تحوّل النموذج

تبيّن أن الإجراءات المثلى تُحدث معاً إزالة الحساسية وإعادة البناء المعرفي والبصائر التلقائية وارتفاع فاعلية الذات، وأنها نواتج جانبية لمعالجة تكيفية، فتغير الاسم سنة 1990 إلى EMDR، وانتقلت المؤلفة إلى نموذج لمعالجة

المعلومات يستعير مصطلحات لانغ (Lang, 1977) وباور (Bower, 1981). وكل النماذج تخمينية، وقيمتها في التفسير والتنبؤ. ونظريات التعرض لا تفسر EMDR: فراكمان (Rachman, 1978) يعدّ الصمت والتشتيت والعروض القصيرة معوقات للمعالجة، وهي من صميم EMDR، حتى عُدّ كثير من مكوناته في التعرض الصارم «مخالفاً للنظرية» (Boudewyns & Hyer, 1996).

ومثال قدرة النموذج التنبؤية **ألم الطرف الشبحي** (Phantom Limb Pain): يصيب ما يصل إلى 85% من مبتوري الأطراف (Hsu & Cohen, 2013)، وقلّما نجحت علاجاته (Niraj & Niraj, 2014)، وقد تنبأ النموذج بنجاح EMDR فيه وتحقق ذلك مستقلاً (de Roos et al., 2010; Russell, 2008a)، لأن الألم ذاكرة جسدية مخزّنة تخزيناً مختلاً تبقى مهما عرف الوعي أن الطرف غائب.

نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات

يقوم **نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات** (Adaptive Information Processing, AIP) على أن في كل إنسان نظاماً مهيأً فسيولوجياً لمعالجة المعلومات حتى الصحة النفسية، قد يختل بصدمة أو ضغط نمائي، فإذا نُشّط وحُفظ في حالة دينامية حوّل المعلومة سريعاً إلى حل مناسب. ومعظم الاضطرابات، من الرهاب إلى الانفصال واضطرابات الشخصية، مشتقة من خبرات مخزّنة بصيغة **مرهونة بالحالة** (State-Specific) تستثيرها مثيرات الحاضر: خوف الطفل أمام راشد يهدده مفهوم، لكنه من راشد في موقف مشابه غير مناسب. وللنموذج أربعة عناصر:

1. **الانخراط الفسيولوجي المباشر في العناصر المرضية المخزّنة**: يعالج EMDR الذكرى نفسها لا ردّ الفعل عليها، كما تفعل التغذية الراجعة البيولوجية والتعرض والاسترخاء، فتنتقل الذكرى ربما من الذاكرة غير التصريحية (Nondeclarative) إلى الدلالية (Stickgold, 2002).
2. **نظام فطري تكيفي**: الاضطراب ينشأ من حجبه؛ ومن هنا الطابع المتمركز على العميل بأقل تدخل من المعالج. وفكرة أن الصدمة تعوق المعالجة قال بها جانيه (Janet, 1889) وبافلوف (Pavlov, 1927).
3. **تغيّر بنى الهوية بتغيّر المعلومة**: تتغير قيمة الذات وفاعليتها تلقائياً، وقد تستجيب اضطرابات الشخصية الشديدة، باستثناء ما كان عضوياً أو كيميائياً، لاستهداف الذكريات المفتاحية ومعالجة النقص النمائي (Brown & Shapiro, 2006; Mosquera et al., 2014).
4. **التحرر من الحدود الزمنية المعهودة**: أشارت دراسات مضبوطة إلى زوال اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن صدمة منفردة لدى 84% إلى 100% خلال 4.5 ساعة من العلاج (الفصل 12).

موقعه بين المدارس الكبرى

اضطراب ما بعد الصدمة. أظهرت الجلسات أن الأحداث السابقة للصدمة تزيد الاستعداد للإصابة، وأيدت ذلك بحوث مستقلة (Breslau et al., 1999). واليوم يُعدّ EMDR والعلاج المعرفي السلوكي المرتكز على الصدمة (Trauma-Focused CBT) المقاربتين الوحيدتين المدعومتين تجريبياً لعلاجه (Bisson et al., 2013; WHO, 2013).

التحليل النفسي. لم يدعم البحث فعاليته في هذا الاضطراب، لكن **«نزعة الإتمام»** (Completion Tendency) عند هوروفيتز (Horowitz, 1979)، أي بقاء المعلومة الصادمة في الذاكرة النشطة تقتحم الوعي حتى تنسجم مع مخططات المرء، تتوافق مع فكرة المعالجة المحجوبة (Wachtel, 2002).

المعرفي السلوكي. يفسر الاضطراب بنظرية العاملين (Mowrer, 1960): اشتراط كلاسيكي ثم تجنب متعلَّم؛ ومنه الإغراق (Flooding)، ثم **التعرض المطوّل** (Prolonged Exposure) القائم على نظرية المعالجة الانفعالية (Foa & Kozak, 1986)، بوصف متكرر مسجّل للصدمة وواجبات منزلية وتعرض حي. وتعمل علاجات أخرى على المعتقدات مباشرة، كعلاج المعالجة المعرفية (Resick & Schnicke, 1992) الذي تحسنت نتائجه بعد حذف السرد المكتوب (Resick et al., 2008).

أما EMDR فلا يحتاج تعرضاً مطوّلاً عالي القلق ولا واجبات منزلية. وقد وجدت تسع من إحدى عشرة دراسة عشوائية قارنته بعلاجات التعرض أنه مكافئ أو أفضل في بعض المقاييس، وخمس منها سجّلت الأثر في جلسات أقل، ويكفي فيه نحو 4.5 ساعة علاج في عدة دراسات (Ironson et al., 2002; Marcus et al., 1997). ويبدو أن التعرض الطويل يُحدث **انطفاءً** (Extinction) لا يمحو الاقترانات القديمة بل ينافسها بتعلم جديد (Craske et al., 2006)، بينما يُحدث التعرض القصير في EMDR **إعادة تثبيت الذاكرة** (Memory Reconsolidation) (Suzuki et al., 2004)، ولذلك تبعات في احتمال الانتكاس. وتلخص منظمة الصحة العالمية الفرق: «خلافاً للعلاج المعرفي السلوكي المرتكز على الصدمة، لا يتضمن EMDR وصفاً مفصلاً للحدث، ولا تحدياً مباشراً للمعتقدات، ولا تعرضاً مطوّلاً، ولا واجبات منزلية» (WHO, 2013).

التكامل والتميز. يستوعب EMDR عناصر خبراتية وتحليلية ونسوية وجسدية، ويتميز بإجراءاته المعيارية ومثيراته الثنائية (حركات العين أو النقر أو الأصوات) وبتوجيه نموذج AIP: فالمعارف والسلوكات المختلة عنده أعراض لذكرى مخزّنة فسيولوجياً تُعالَج مباشرة، لا مصدر المرض كما في العلاج المعرفي السلوكي. ويبدو أن المثير الثنائي، مع بقية الإجراءات، يُقنّن الضيق وييسّر المعالجة الترابطية والاسترجاع (Smeets et al., 2012; Nieuwenhuis et al., 2013)، وتُعرض آلياته في الفصل الثاني.

الفصل الثاني: المعالجة التكيفية للمعلومات: النموذج بوصفه فرضية عمل

فرضية عمل

صاغت المؤلفة النموذج بعد ملاحظة النتائج، وسمّته أولاً «المعالجة المتسارعة» ثم «التكيفية» (Shapiro, 1995a). وهي تؤكد أن **فعالية EMDR مستقلة عن صحة النموذج**، لأن فسيولوجيا الدماغ لم تُفهم بما يكفي للتحقق من أي نموذج علاجي، لكنه لا يخالف معلوماً، ويتفق مع علم الأعصاب المعرفي، ووجّه الممارسة خمساً وعشرين سنة. وتميز بين **شبكة الذاكرة** (Memory Network)، أي نمط الذكريات المترابطة، و**الشبكة العصبية** (Neural Network)، أي التكوين البيولوجي للذكرى الواحدة.

النظام والحلّ التكيفي وآليات التنشيط

يسمح توازن الجهاز العصبي بمعالجة المعلومة حتى **«حل تكيفي»** (Adaptive Resolution) تندمج فيه الخبرة في مخطط انفعالي ومعرفي إيجابي، كما تكفّ إهانة في العمل عن إزعاجنا بعد أن نفكر فيها ونحلم بها ونتعلم منها. لكن الصدمة ترتبط بإفراز الكورتيزول وارتفاع الأدرينالين وتقلب الناقلات العصبية، فيختل التوازن (Griffin et al., 2014; Rodrigues et al., 2009)، وتُخزَّن الصور والأصوات والانفعالات والأحاسيس بصيغتها الاستثارية المرهونة بالحالة، فتستثيرها المثيرات في كوابيس وومضات وأفكار مقتحمة.

واقتُرحت لتفسير تنشيط المعالجة آليات: إزالة الاشتراط (Deconditioning) باستجابة استرخاء (Wilson et al., 1996)، وتحوّل في حالة الدماغ يقوّي الترابطات الضعيفة (Stickgold, 2002)، والانتباه المزدوج إلى الحاضر والماضي. والفرضية الحالية أن التحفيز الثنائي (1) يُثقل **الذاكرة العاملة** (Working Memory)، و(2) يستثير **منعكس التوجّه** (Orienting Reflex) واستجابة نظير الودي (Parasympathetic)، و(3) يُحدث عمليات شبيهة بنوم حركة العين السريعة (REM). وهي آليات غير متنافية: فالانتباه المزدوج يُضعف وضوح الصورة وشحنتها (Engelhardt et al., 2010)، والتحفيز الثنائي ييسّر الاسترجاع (Christman et al., 2003) والتعرف على المعلومة الصحيحة (Parker et al., 2009). ومع كل **مجموعة** (Set) تتقدم المعلومة المزعجة حتى تلتقي بمعلومة تكيفية يملكها العميل الآن، كإدراك ضحية الاعتداء في الطفولة أن الذنب لم يكن ذنبها.

ويقوم النموذج على قياس **الشفاء الذاتي** على التئام الجرح إذا أُزيل العائق، واتجاهه ثابت: ينتقل ضحايا الإيذاء من مفهوم ذات سلبي إلى إحساس بالقيمة، ولا يُلاحظ العكس.

المثيرات البديلة. للنقر المتناوب والأصوات المتناوبة أثر عيادي (Shapiro, 1994b)، وإن كانت أقل فعالية من حركات العين (van den Hout et al., 2011)، ويتداخل التنشيط الدماغي للانتباه وحده مع تنشيط حركات العين (Corbetta et al., 2008). ومهما كانت الآلية فتنشيط نظام المعالجة هو محور العلاج.

شبكات الذاكرة والعقدة

شبكة الذاكرة قنوات مجازية تُخزَّن فيها الذكريات والأفكار والصور والانفعالات والأحاسيس المترابطة. ويسمى الهدف الذي يركز عليه العميل (ذكرى، أو حلم، أو شخص، أو إحساس) **«عقدة»** (Node) لموقعه المحوري في الشبكة: فإن كانت الشكوى ردّ الفعل على المدير كان الهدف وجهه، وترتبط به خبرات مع سلطات أخرى كالأب. ويقتضي الهدوء «تنظيف» كل قناة بإعادة معالجة مادتها، وكل مرحلة **«هضبة»** (Plateau) تتقدم عندها الصور والأفكار والانفعالات نحو الحل، وقد ينكشف السبب الكامن تلقائياً.

جلسة نموذجية

محارب قديم في فيتنام يعمل مبرمجاً، شكواه غضب وقلق شديدان من زميل غير كفء. انطلقت المعالجة من وجه الزميل (SUD = 7)، فانفتحت قناة أولى عن تأخر المواعيد، وثانية عن حاجته إلى قبول الآخرين، وثالثة كشفت الأصل: في الحرب كان قصور أحدهم يعني موت الناس، فانتهى إلى رؤية الزميل «مضحكاً نوعاً ما». وبعد كل مجموعة يسأل المعالج عما يحضر الآن، ويوجّه الانتباه إلى المعلومة الجديدة أو إلى الهدف، فإذا تكرر الجواب نفسه والعميل مرتاح عُدّت القناة منظّفة وأُعيد الهدف، دون مناقشة العبارات الوسيطة.

والمعالجة غير المعطلة لا تحدث إلا في نحو نصف الجلسات، وفي البقية يجب أن يتدخل المعالج وإلا تعرض العميل لخطر إعادة الصدمة (الفصلان 7 و10). ولأن مادة منفصلة قد تنطلق في **تفريغ انفعالي** (Abreaction) شديد، يجب أن يكون المعالج مدرَّباً، وأن يعمل في بيئة آمنة ووقت كافٍ لإتمام المعالجة أو عودة التوازن، ومرحلتا أخذ التاريخ والتهيئة إلزاميتان (الفصلان 4 و5).

صورة القطار وانفصال الشبكات

تتقدم المعلومة كقطار: في كل محطة تنزل معلومة مختلة وتصعد معلومة تكيفية حتى آخر الخط. فعبارات العميل قبل اكتمال المعالجة لا تصف إلا الهضبة الحالية، ومناقشتها أو إعادة بنائها معرفياً تعني إنزاله في محطة وسطى مزعجة؛ لذلك يطلب المعالج منه أن يفكر فيما قاله دون أن يكرره عليه، ومهمته أن يبقى بعيداً عن السكة.

والمعلومة الصادمة متجمدة في الزمن، معزولة في شبكة ترابطية ضيقة حبستها فيها شدة الانفعال، فلا تتصل بها المعلومات العلاجية اللاحقة المخزّنة في شبكة أخرى، ومن هنا قول العميل «لا ينبغي أن أكون هكذا». ولحظة البصيرة هي اتصال الشبكتين، ثم تُخزَّن الذكرى معدّلة عبر إعادة التثبيت (Suzuki et al., 2004).

الصدمات الكبرى والصغرى

الشكاوى غير العضوية متجذرة في ذكريات غير معالجة، تتصل بها أحداث الحاضر لتُفهم، فالخبرات غير المعالجة أساس المرض والمعالجة أساس الصحة. ويميز النموذج بين **«الصدمة الكبرى»** (Big T) التي تستوفي المعيار A للتشخيص، و**«الصدمة الصغرى»** (Small t)، وهي أحداث الحياة المؤذية الشائعة (Shapiro, 1995a)؛ فالإهانة في المدرسة لا تصلح للتشخيص، لكنها انفعالياً تعادل تطورياً الإقصاء من القطيع، وقد يقدّرها العميل بثمانية إلى عشرة.

وتدعم البحوث ذلك: أنتجت أحداث الحياة العامة أعراض ما بعد الصدمة بقدر الصدمات الكبرى أو أكثر (Gold et al., 2005; Mol et al., 2005)، ووجدت دراسة خبرات الطفولة السلبية (Adverse Childhood Experiences) على أكثر من 17,000 مريض وعشر فئات من الخبرات أن تعددها يزيد احتمال الإدمان والاكتئاب والأمراض الجسدية (Felitti et al., 1998). وارتبط العقاب الجسدي القاسي دون حد الإساءة باضطرابات المزاج والقلق والشخصية (Afifi et al., 2012)، والإساءة اللفظية من الأقران بالقلق والاكتئاب (Teicher et al., 2010)، والخبرات المؤذية بالذهان (Arseneault et al., 2011). لذلك فالتشخيص أقل أهمية من استهداف الخبرة المسببة، وقد عولج بها اضطراب تشوه صورة الجسد ومتلازمة الإحالة الشمية (Brown et al., 1997; McGoldrick et al., 2008).

الخبرة الساكنة والحل

عناصر الذكرى المختلة مترابطة ترابطاً ساكناً، فيعيش العميل الانفعال والإحساس من جديد، وقد يُعزى ذلك إلى تخزين في الذاكرة قصيرة المدى (Horowitz, 1986) أو في الأنظمة الحدثية الضمنية بدل الدلالية (Stickgold, 2002). والمعتقدات السلبية **«ما وراء إدراكات»** (Meta-perceptions)، أي تفسيرات لغوية للخبرة؛ واللغة ليست شرطاً للصدمة، فالرضّع الذين يتعرضون للإيذاء قبل الكلام تظهر عليهم الأعراض، ولذلك فالانفعال الذي يغذي المعتقد هو العنصر المحوري. وتفترض المؤلفة طفلة تصيبها يد أبيها في وجهها، فيصير الحدث عقدة («فيّ خلل ما») ترتبط بها خبرات الرفض اللاحقة، ولا تندمج فيها الخبرات الإيجابية، حتى يصير المعتقد نبوءة تحقق ذاتها في الرشد.

والحل بتنشيط الشفاء الذاتي: تتحول الصورة والانفعال وتقييم الذات معاً، ويتعمم المعتقد الإيجابي على الشبكة، ويتغير السلوك تلقائياً.

متجمّد في الطفولة

كثيراً ما تتحقق النتائج بظهور منظور الراشد لدى من بقوا أسرى استجابات الطفولة، فحتى خبرات الطفولة العادية قد تكون أحداثاً سببية مخزّنة. ويفترض النموذج أن العقدة المختلة تتكون حين لا تُستوعب معلومات إيجابية في المرحلة الحرجة التي تلي الخبرة المزعجة، كغياب المواساة بعد إصابة، وأن العقد السابقة مع شدة الضغوط اللاحقة قد تحدد ظهور اضطراب ما بعد الصدمة، ولذلك تُفضي معالجة صدمة الرشد كثيراً إلى ظهور ذكريات طفولة ذات انفعال مشابه.

علاج «متحرر من الزمن»

العلاج اللفظي التقليدي «مرهون بالزمن»، أما هنا فالآثار سريعة أياً كان عدد الأحداث وبعدها الزمني. ومع تعدد الصدمات يجمّع المعالج الذكريات في **عناقيد** (Clusters) ذات مثيرات متوازية، ويستهدف حدثاً يمثل كل عنقود فيتعمم الأثر. وتُعزى السرعة إلى العناقيد، والوصول المباشر إلى المادة المرهونة بالحالة، والبروتوكولات المركزة، والتحويل الفسيولوجي المباشر للمعلومة. وتؤكد المؤلفة أن المعالجة السريعة لا تتخطى أي مرحلة من مراحل الشفاء (Wachtel, 2002)، وأن البصيرة تحدث حين تتصل شبكتان عصبيتان.

الأهداف ومؤشرات الشبكات المحجوبة

أي تجلٍّ للمعلومة المخزّنة يصلح هدفاً: كابوس، أو ذكرى، أو سلوك حالي، أو معتقد، وكلها تُجمع في خطة واحدة. ومن مؤشرات الشبكة المحجوبة:

1. **انحصار الوصول في المادة السلبية**: لا تحضر العميلة عن أبيها المتوفى إلا صور احتضاره، فإذا عولجت ظهرت ذكريات إيجابية؛ وقد زاد الاسترجاع الإيجابي بعد العلاج (Sprang, 2002).
2. **ثغرات الذاكرة**: يعجز كثير من ضحايا الاعتداء الجنسي في الطفولة عن تذكر سنوات الاعتداء، وبعد المعالجة تُستعاد أحداث إيجابية ويتغير مفهوم الذات.
3. **الانفصال** (Dissociation): أعراض شديدة دون ذكرى لحدث صادم، دون افتراض عن طبيعة الحدث أو دقته، مع حذر شديد من أن يوجّه المعالج العميل أو يفسّر له (الذاكرة الزائفة، الفصل 11). وقد لا تُستعاد الصورة أبداً وتزول الأعراض مع ذلك؛ وبتعبير المؤلفة: «قد يكون الفيديو دائراً سواء كانت الشاشة مضاءة أم لا». ويشمل الانفصال الاندماج بالماضي أثناء التفريغ، وغياب الانفعال («مخدَّر»)، فكل استجابة زائدة أو ناقصة هدف مناسب.

علاج نفسي متكامل

يرى كل معالج في الجلسة عناصر مدرسته: التداعي والتفريغ، أو التعميم والاشتراط، أو تحول المعتقدات، أو انتقال الأحاسيس الجسدية. لكن النموذج يعرّف المرض معلومةً مخزّنة تخزيناً مختلاً، ويوجّه المعالج إلى السمات التي تولّد التشخيص لا إلى تسميته، وينهى عن حصر EMDR في مدرسة سابقة كالتنويم أو إزالة الحساسية. وتصفه المؤلفة بأنه علاج «متمركز على العميل، تفاعلي، علائقي، داخلي نفسي، معرفي، سلوكي، موجّه إلى الجسد»، لا تتجاوز فعاليته كفاءة من يستعمله.

ملاحظة الملخِّص (ليست من الكتاب): الاستدلال على اتجاه النظام «نحو الصحة» قائم على عدم ملاحظة الحالة المعاكسة، لا على اختبار تجريبي مستقل.

الفصل الثالث: مكوّنات علاج EMDR وآثاره العلاجية الأساسية

قاعدة الفصل أن المعالجة الفعّالة تتوقف على الاستهداف الفعّال: إن اختيرت أهداف أو مكوّنات خاطئة كانت الآثار ضئيلة. وكل هدف يُحدَّد على حدة ويُعالَج معالجة كاملة، لأن تحديده الدقيق يكشف تشكيل الصدمة ويُسرّع المعالجة.

مكوّنات الهدف

الصورة. يركّز العميل على صورة واحدة تمثّل الحادثة كلها أو أشد أجزائها إزعاجاً. ولا يهمّ وضوحها، فكثيراً ما تكون ضبابية أو مجزأة، لأن الغاية إقامة صلة بين الوعي والموضع الذي تُخزَّن فيه المعلومة في الدماغ.

المعرفة السلبية (Negative Cognition). عبارة تعبّر عن المعتقد السلبي أو التقييم الذاتي غير التكيفي المصاحب للصورة، فهي تفسير العميل الحاضر لنفسه لا وصف لما جرى. فقول ضحية الاغتصاب «كنت عاجزة» وصف لواقعة لا تغيّره المعالجة، لأنها لا تؤثر إلا في المادة المختلة؛ أما «أنا عاجزة» فتعبّر عن شعورها الآن، وهي غير مناسبة لأن الخطر زال، ولذلك يمكن معالجتها. والمعرفة السلبية المناسبة تبدأ بـ«أنا»، وتُصاغ في الحاضر، وتتضمن نسبة سلبية إلى الذات بسبب مشاركة العميل في الحدث ولو قسراً. وتقع معظم المعارف السلبية في ثلاث فئات: المسؤولية أو العيب («فعلت خطأ» أو «أنا معيب»)، وفقدان الأمان، وفقدان السيطرة، ومنها «أنا بلا قيمة» و«أنا في خطر» و«لا أستطيع النجاح». وإن عجز العميل عن صياغتها عرض عليه المعالج أمثلة (الملحق A) دون ضغط، وترك له الاختيار، لأنها يجب أن تنبع من خبرته.

ومن المبادئ التي تؤكدها الملاحظة العيادية أن المعالجة لا تزيّف التاريخ: فهي لا تزيل معرفة سلبية صادقة ولا تغرس معرفة كاذبة. وقد لاحظت المؤلفة ذلك أول مرة مع عميلة ازدادت عندها «أنا مذنبة» صدقاً أثناء الجلسة، ثم تبيّن أنها كذبت على الشرطة والنيابة في وقائع قضيتها، فاقتضى الأمر معرفة سلبية أخرى. وكذلك تبقى العبارة الوصفية الصحيحة «أمي لم تحبني»، ويُستهدف تفسيرها: «هناك خطب ما فيّ».

المعرفة الإيجابية (Positive Cognition). يحدد العميل المعرفة المرغوبة ويقدّرها على **مقياس صدق المعرفة** (Validity of Cognition, VoC) السباعي (Shapiro, 1989a): 1 «خاطئة تماماً» و7 «صحيحة تماماً»، بحسب صدقها في إحساسه الداخلي لا بحسب صحتها الموضوعية، فضحية الاغتصاب قد تعرف أن ما حدث ليس ذنبها ولا تعطي «أنا إنسانة جيدة» أكثر من 4. ووظائفها أربع: تعيين اتجاه للعلاج، واستثارة الشبكات العصبية البديلة، وتوفير خط أساس، وتوفير عبارة جاهزة للتثبيت. وضوابط صياغتها:

- الواقعية: المعرفة المستحيلة تحمل تمنياً لا يندمج في نظام العميل فتعطّل المعالجة، ومن علاماتها تقدير ابتدائي بـ1.
- مركز التحكم الداخلي (internal locus of control): «أنا جدير بالحب» لا «سيحبني»، لأن العميل لا يملك أفكار الآخرين وأفعالهم.

- تجنّب النفي ما أمكن: «أنا قوي» أنفع من «لست عاجزاً»، مع استثناءات مرحلية.
- قابلية التعميم: العبارة الموجزة الأقل تخصيصاً أوسع تعميماً، والأفضل أن تتضمن تمكيناً للذات في المستقبل.
- الإقرار بالمسؤولية المناسبة: في ذنب الجاني قد لا يصح إلا «انتهى الأمر» أو «أستطيع أن أتعلّم منه».

وكثيراً ما تظهر أثناء المعالجة معرفة أقوى من الأولى فتُعتمد في التثبيت بكلمات العميل. وفي التثبيت تُربط المعرفة الإيجابية بالذكرى فتعمّ الشبكة، ويعدّ نموذج **معالجة المعلومات التكيفية** (Adaptive Information Processing, AIP) هذا الربط بين الشبكات نتيجة أساسية للمعالجة الناجحة.

الانفعال ومستواه. يستحضر العميل الصورة والمعرفة السلبية، ويسمّي الانفعال، ويقدّر شدته الآن على **مقياس الوحدات الذاتية للضيق** (Subjective Units of Disturbance, SUD) لفولبي (Wolpe, 1958)، من 0 إلى 10، لا شدته وقت الحدث. فالهدف هو ما بقي مختلاً، ودليله في الغالب اضطراب حاضر معتبر. وفي التخطيط يمكن عزل المعتقد السلبي المهيمن وطلب مسح الذكريات الأقدم المرتبطة به التي تبلغ 5 فأكثر لتكون أهدافاً أولى. ويلزم أن يعرف المعالج أي انفعال يُقدَّر، لأن الرقم قد يثبت بينما يتغير الانفعال نوعاً (من الغضب إلى الحزن)، فيفوته أن المعالجة جارية.

الأحاسيس الجسدية. قد تكون توتراً انفعالياً (شدّ الرقبة، تسارع القلب) أو جزءاً من الخبرة الحسية للصدمة (قبضة المعتدي)، وترتبط الأحاسيس البارزة بالمعارف السلبية. ولا تكتمل معالجة الذكرى حتى تُعالَج كل الأحاسيس السلبية التي تثيرها، فيخلو المسح الذهني للجسد من أي توتر متبقٍّ.

تنشيط نظام معالجة المعلومات

يُنشَّط النظام الفطري بإجراءات EMDR مع **التحفيز الثنائي** (bilateral stimulation): حركات العين، أو البدائل اللمسية والسمعية، وعلى المعالج إتقانها جميعاً. ولا يمضي في أي حال إذا شكا العميل ألماً في العين أو جفافاً أو قلقاً سببه الإجراء، ومن تستثير عنده اليد المتحركة ذكرى الضرب على الوجه يُستعمل معه بديل آخر.

حركات العين. المطلوب حركة من طرف مجال الرؤية إلى طرفه الآخر بأقصى سرعة مريحة. ويرفع المعالج إصبعين على بعد 12 إلى 14 بوصة (نحو 30 إلى 35 سم) من وجه العميل، لأن الإصبعين يجنّبان التركيز على جسم صغير والترابطات السلبية للسبابة المنفردة. ويبدأ ببطء أفقياً مسافة لا تقل عن 12 بوصة، ثم يرفع السرعة؛ وقد أفاد المعالجون بمعالجة أكفأ عند حركتين ذهاباً وإياباً في الثانية. وإن تقطّع التتبع وُجّه العميل إلى أن «يدفع» الأصابع بعينيه فيكتسب إحساساً بالتحكم، ثم تُجرَّب الحركة القطرية (من مستوى الذقن إلى الحاجب المقابل) ويُعتمد الاتجاه الأسهل. والمجموعة الأولى 24 حركة ثنائية الاتجاه، وهو عدد يكفي العميل المتوسط عادة لنقل المادة المعرفية إلى مستوى تكيفي جديد، ويحتاج بعضهم إلى 36 أو أكثر، والاستجابات الانفعالية الشديدة إلى أكثر بكثير. وإذا علقت المعالجة فأول ما يُغيَّر الاتجاه.

ولمن يعجز عن التتبع لضعف عضلات العين أو شدة القلق، طريقة اليدين: يرفع المعالج سبابتيه بالتناوب على جانبي مجال الرؤية فينقل العميل بصره بينهما. وهي استجابة توجّه وانتباه خالصة أعطت في الغالب النتائج نفسها، لكنها لا تتيح تغيير الاتجاه. ولاحظ معالجون أن التتبع يسلس مع انخفاض القلق، وهو ما قد يدعم دور **التثبيط المتبادل** (reciprocal inhibition) عاملاً مساهماً، فيُنتقل إلى التتبع بيد واحدة متى انخفض الضيق.

البدائل. ثبتت فاعليتها لمن لا تناسبه حركات العين: النقر على الكفين أو الركبتين بالتناوب وبسرعة المجموعات، والتحفيز السمعي بفرقعة الأصابع قرب الأذنين (ولا يُلجأ إليه إلا إذا انعدمت الخيارات وتأكد المعالج أن القرب الجسدي لن يُحَسّ تهديداً)، وسماعات الرأس وأجهزة التحفيز اللمسي. وهي تتيح العلاج للمكفوفين، لكنها لا تعطي ما تعطيه مراقبة العينين من معلومات عن انتباه العميل. أما الحركات العمودية فلا تُستعمل للمعالجة، لكنها تبدو مهدّئة للاضطراب الشديد والدوار والغثيان.

ملاحظة الملخِّص: هذه المعالم (المسافة، والسرعة، وعدد الحركات) يقدّمها الكتاب على أنها ما أفاد به المعالجون من خبرتهم، لا نتائج دراسات مقارنة.

المراحل الثماني: نظرة عامة

يختلف عدد الجلسات لكل مرحلة وعدد المراحل في الجلسة اختلافاً كبيراً بين العملاء، وكثير من الآثار (فاعلية الذات، وإزالة حساسية الانفعال، والبصيرة، وتحوّل الأحاسيس، وإعادة البناء المعرفي) يحدث في وقت واحد. وتُفصَّل المراحل في الفصول من الرابع إلى الثامن.

المرحلة	مضمونها	القاعدة الأساسية
1. التاريخ والتخطيط	تقييم عوامل السلامة، وتحديد أهداف الماضي والحاضر والمستقبل	لا معالجة قبل تقييم كامل وخطة مفصلة
2. التهيئة	التحالف العلاجي، وشرح العلاج، والإنذار باضطراب محتمل، وتقنيات الاسترخاء، وفحص المكاسب الثانوية	إن عجز العميل عن إزالة اضطراب متوسط بإحدى تقنيات التصور الموجّه فلا معالجة حتى تُرسى استراتيجية لتنظيم الانفعال
3. التقييم	الصورة، والمعرفتان، وVoC، والانفعال وSUD، وموضع الإحساس	خط أساس للهدف
4. إزالة الحساسية	مجموعات التحفيز مع ما يظهر من ترابطات	حتى يبلغ SUD 0 أو 1، أو مستوى «مناسباً بيئياً» لظروف العميل؛ وفي نصف الحالات على الأقل تتوقف المعالجة وتلزم استراتيجيات إضافية (الفصلان 7 و10)
5. التثبيت	تقوية المعرفة الإيجابية مقرونة بالذكرى	حتى يبلغ VoC 7؛ وإن بقي دونها بعد مجموعتين وكان المانع معتقداً سلبياً صار هدفاً جديداً
6. مسح الجسد	استهداف كل إحساس متبقٍّ	قد تنكشف مادة مختلة إضافية

المرحلة	مضمونها	القاعدة الأساسية
7. الإغلاق	إعادة التوازن في نهاية كل جلسة، والاستخلاص، والسجل	بلا استخلاص مناسب يُخشى الانتكاس، وفي الحالات القصوى الانتحار
8. إعادة التقييم	في مطلع كل جلسة: مراجعة الأهداف السابقة والسجل وأثر التغيير في محيط العميل	لا مادة جديدة قبل اندماج ما عولج

البروتوكول الثلاثي واختيار الأهداف

يحكم **البروتوكول الثلاثي** (three-pronged protocol) العلاج كله: أهداف الماضي التي أرست الاضطراب، والمثيرات الحاضرة التي تستثيره، و**القوالب الإيجابية** (positive templates) للفعل المستقبلي، وكل البروتوكولات المتخصصة تندمج فيه. وفي تعدد الصدمات تُجمع الحوادث المتشابهة في **مجموعات** (clusters)، وتُختار لكل مجموعة حادثة تمثيلية يعمّ أثر معالجتها ما يرتبط بها. ويساعد ترتيب أشد عشر ذكريات إزعاجاً من الطفولة بحسب SUD على اختيار البداية. والهدف الأقل ضيقاً كثيراً ما يتحول سريعاً إلى ترابطات أشد فيُفاجَأ العميل؛ ولذلك تفضّل المؤلفة، إن وافق العميل، البدء بأشد حوادث الطفولة إزعاجاً، فلا مفاجآت بعدها، وكثيراً ما يحدث **أثر تعميم** (generalization effect) يظهر في انخفاض الخوف والقلق في الأسبوع التالي. ويبقى البدء بالأخف أو بالترتيب الزمني مشروعاً بحسب التقييم.

ولحلّ صدمة تُستهدف بالتتابع أربعة عناصر: ذكرى الحدث، و**الومضات الاسترجاعية** (flashbacks) لأنها قد تختلف عنه، وصور الكوابيس، و**المثيرات** (triggers)، ويُعالَج كل مثير على حدة لأن **الاشتراط من الدرجة الثانية** (second-order conditioning) قد يجعله مزعجاً بذاته. واستهداف صورة الكابوس المتكرر يعطي أثراً حتى إن لم يعرف العميل معناه، إذ يزول غطاؤه الرمزي غالباً فتنكشف الخبرات التي تغذّيه، ولا يعود الكابوس عادة بعد معالجته. ويرى نموذج AIP أن نوم حركة العين السريعة (REM) فترة تنهض فيها المادة اللاواعية لتُعالَج، وأن الاضطراب الشديد يُخلّ به فتبقى المادة غير مستوعبة.

أنماط الاستجابة أثناء المعالجة

في نحو 50% من الحالات يعيش العميل تحولاً متصلاً نحو حلّ الهدف، وتتنوع صوره بين تغيّر الذكرى أو الانتقال إلى غيرها، وبين ظل باهت للخبرة و**تفريغ انفعالي** (abreaction) كامل. ويفسّر الكتاب ذلك بأن شبكات الذاكرة **قنوات** (channels) مترابطة، والذكرى المستهدفة **عقدة** (node) فيها. وما دام العميل يُنتج ترابطات جديدة يكتفي المعالج بتوجيهه إلى ملاحظة ما حضر وتُستأنف المجموعات، ولا نمط أفضل علاجياً من غيره.

المعالجة المتعددة الذكريات. ستة خيوط قد تربط الذكرى المستهدفة بغيرها، والنمط السابع تحولات داخل الحدث الواحد:

1. المعتقد الكامن: حادث سيارة واعتداء يشتركان في «أنا عاجزة»؛ ويُترك العميل يصل إلى معنى الصلة بنفسه، وتؤجَّل مناقشتها إلى ما بعد المجموعات.
2. الشخص المشارك أو المعتدي: معالجة ذكريات الوالد المسيء تحلّ «الأعمال غير المنتهية» معه، فيتغير سلوك العميل في الحاضر تلقائياً.
3. المثير الحسي البارز: صوت الأشياء المتساقطة يصل ذكرى زلزال بذكرى قتال.
4. نوع الحدث: سلسلة اعتداءات متشابهة، وقد تغمر كثرتها العميل فيلزم تعزيز أمانه وطمأنته إلى أن له أن يستريح.
5. الإحساس الجسدي المهيمن: إحساس مخزّن في الدماغ، كالضغط حول الرسغين، يربط ذكريات إيذاء مختلفة.
6. الانفعال المهيمن: يأس مشروع فاشل يستدعي ذكرى هجر من أحد الوالدين.

وعلى المعالج أن يحترم فوراً أي إشارة إلى رغبة العميل في التوقف، تعزيزاً لإحساسه بالسيطرة. لكن كلمة «توقف» قد تكون ما قالته الضحية للمعتدي ونهض مع الذكرى، فتُستهدف بالمجموعات، أما إن وُجّهت إلى المعالج فتعني إيقافها؛ ولذلك يُتفق مسبقاً على إشارة يد، وعند الشك يتوقف المعالج ويسأل.

آثار المعالجة في الذكرى الواحدة. إن بقيت ذكرى واحدة في الوعي، استُدل على المعالجة بتغيّر في أحد خمسة جوانب، دون أن يُنتزع العميل من المعالجة بأسئلة عمّا لم يذكره:

- الصورة: تتغير محتوى أو هيئة، أو تكبر أو تبهت أو تختفي، ويكفي أن يقول العميل «تبدو مختلفة». ومن ينتظره إدلاء بشهادة مفصلة يُنبَّه إلى أن الصورة قد لا تعود متاحة، ومن يخاف النسيان يُطمأن إلى أن الحدث لن يُنسى، وأن الذي يتغير طريقة تخزينه.
- الأصوات: تخفت أو تختفي، ويتبدل الحوار المتذكَّر فيصير العميل أكثر حزماً، ويُشجَّع على تكرار عباراته الحازمة.
- المعرفة: تزداد البصيرة تدريجاً ولا تكتمل قبل اكتمال المعالجة، فلا تُستكشف «هضبة» وسطى ما لم تعلق المعالجة. و**الاستجابة القطبية** (polar response)، أي الانقلاب المبكر الحاد من معرفة سلبية إلى إيجابية، تعني بلوغ نهاية قناة، فيعاد العميل إلى الذكرى الأصلية.
- الانفعال: قد يشتد قبل أن يخفّ، ويتغير نوعاً (قلق بدرجة 3 قد يصير حزناً بدرجة 7)، فيختلف الدعم المطلوب. ويتحرك العميل غالباً عبر «طبقات» (ذنب، فغضب، فحزن، فقبول) بتسلسل فردي، ولا يُطلب منه انفعال بعينه.
- الإحساس الجسدي: يخفت مع المجموعات أو يشتد فجأة أو ينتقل موضعه، فيوجَّه العميل إلى الموضع الجديد دون نسبة معنى إليه. ويفسّر النموذج ذلك بأن أحاسيس الصدمة مخزّنة في الدماغ فتُعاش في موضعها الأول. وإن ظهر دوار أو ألم أو غثيان، أو لم يتحرك الإحساس بعد مجموعتين، غُيّر اتجاه الحركة.

ولهذه الآثار ضوابط سلامة: المعالج الذي لا يرتاح إلى انفعالات العميل القوية لا ينبغي أن يستعمل هذا العلاج، لأن خوفه أو نفوره قد يصدم العميل من جديد؛ وبعض الأحاسيس قد يكون عرضاً حاضراً كنوبة قلبية أو سكتة، فالحذر لازم مع كبار السن؛ ولا تستمر حركات العين بحال مع ألم العين.

الآثار التفاضلية والتدريب وخلاصة الفصل

هذه الأوصاف فكرة عامة لا قالب جامد: لا تتشابه جلستان، والمعالج يعدّل الإجراءات بحسب حاجة العميل ولا يجعل الجلسة سباقاً إلى النتائج؛ وتقول المؤلفة إن فاعلية العلاج تتوقف على جودة الرحلة بقدر ما تتوقف على الوجهة. وتقترح تمارين خاضعة للإشراف بلعب الأدوار لاستخراج المعارف السلبية والإيجابية، وهي جزء صعب على كثير من المعالجين، وللتدرب على أنواع الحركات وبدائلها قبل استعمالها مع عميل.

والخلاصة أن نظام الشفاء الذاتي يُنشَّط بأدنى تدخل عيادي، وأن اختيار العميل والتهيئة والتطبيق الدقيق والاستخلاص الكافي شروط لسلامته، لأن مادة غير محلولة قد تنهض أثناء الجلسات أو بينها. ويسير العلاج بسلاسة في نحو نصف الحالات، ويقتضي النصف الآخر تدخلاً أعقد (الفصلان 7 و10).

الفصل الرابع: المرحلة الأولى: تاريخ العميل وتخطيط العلاج

للمرحلة الأولى وظيفتان: تحديد هل ينتفع العميل بمعالجة EMDR، ورسم خطة العلاج.

جاهزية العميل

استثارة الذكرى المستهدفة تُنهض مكوّناتها إلى الوعي، وقد تنهض معها مادة منفصلة عن الوعي وانفعالات وأحاسيس عاشها العميل وقت الحدث. ولا يلزمه وصف الحدث بالتفصيل، لكن هذا النهوض قد يكون شديد الإيلام؛ وإذا أُحسنت إدارته حُلّت المادة أسرع بكثير من العلاجات التقليدية، وإلا لزمت تهيئة ممتدة. وقد تستمر المعالجة بعد الجلسة بوتيرة أبطأ، فتُستثار ذكرى بعد ذكرى كأحجار الدومينو، ويعيش العميل انزعاجاً بين الجلسات. ويعرّف الكتاب **التفريغ الانفعالي** بأنه إعادة عيش الذكرى عند مستوى اضطراب مرتفع، بانفعالات وأحاسيس قد تقارب قوتها الحدث الأصلي؛ لكن المعالجة لا تولّد ومضات كاملة، لأن العميل يُدرَّب على **التركيز المزدوج** (dual focus): وعي بالماضي المؤلم مع البقاء في أمان الحاضر. ومثال الكتاب عميلة عُلّقت من رقبتها في لعبة طفولية، فأخذت عند بدء المعالجة تُصدر أصوات اختناق، ثم اكتملت معالجتها بنجاح؛ والمغزى أن يحسب المعالج حساب رد فعل عنيف كهذا، وأن الذكرى الصغيرة ظاهراً قد تتحول سريعاً إلى ذكرى مشحونة.

عوامل سلامة العميل

العامل	ما يُقيَّم وقاعدته
الألفة والثقة	استعداد العميل لعيش الهشاشة بحضور المعالج والإبلاغ بصدق عن انفعاله وشدته. فمن يكتم ضيقه قد ينهي الجلسة قبل أوانها ويواجه بين الجلسات مادة بمستوى التفريغ دون دعم، ويزداد عنده خطر الانتحار؛ فيلزم تحالف قوي واتفاق صريح على الصدق، ومن عاش إساءة شديدة لا يبدأ معه العلاج حتى يرتاح إلى المعالج
تحمّل الاضطراب	لا معالجة قبل أن يستطيع العميل، في جلسات التاريخ، تبديد اضطراب متوسط بتقنيات ضبط الذات، يستعملها يومياً وبين الجلسات مع تسجيلات مثل «Letting Go of Stress» (Miller, 1994). ومع ذوي اختلال تنظيم الانفعال تُستعمل **تنمية الموارد وتثبيتها** (Resource Development and Installation, RDI; Leeds, 1998; Leeds & Shapiro, 2000; Korn & Leeds, 2002)
الاستقرار	الأفكار الانتحارية ليست نادرة بعد العلاج عند بعض العملاء، كضحايا الاعتداءات الجنسية المتعددة، فيُقيَّم تذكّر العميل لتعليمات الاستخلاص وقدرته على طلب المساعدة. ولا تُعالَج صدمات غير مرتبطة بالحاضر وقت الأزمات الكبرى، مع التمييز بين الذكريات المسؤولة مباشرة عن الاختلال الحاضر (تُعالَج الآن) والعارضة (تؤجَّل)
شبكات الدعم	أصدقاء وأسرة يسندون العميل بين الجلسات؛ والحذر مع المعزول ومن يرعى غيره بلا سند

العامل	ما يُقيَّم وقاعدته
الصحة الجسدية	العمر، وأمراض القلب والتنفس، والحمل (لم تُسجَّل آثار جسدية خطيرة، والحذر أولى)، مع استشارة الطبيب
العيادة أو المستشفى	تُقدَّر الحاجة إلى رعاية طبية أو استشفائية مع الفصام، وذكريات الاقتراب من الموت، والإعاقات الجسدية، والشك في الميل الانتحاري. والمدمن المحتاج إلى سحب السموم أو المعرّض للاختلاج يحتاج إلى إشراف طبي، ومن قد يصير خطراً على نفسه أو غيره يُعالَج داخل مؤسسة
الاختلال العصبي	لم تُسجَّل أضرار، ولا موانع مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وقد يقلّ التعميم مع التلف الدماغي العضوي فيلزم استهداف ذكريات أكثر، ويُشترط معالج خبير يتعرف الاستجابة غير الطبيعية فيوقف الجلسة
الصرع	لم تبلغ المؤلفة إلا ثلاث حالات اختلاج صغير أثناء المعالجة: اثنتان مع حركات العين، والثالثة مع الشريط الضوئي. ويُبلَّغ العميل بالاحتمال، ويُقترح التحفيز اللمسي أو السمعي
مشكلات العين	سُجّلت حالة تلف عيني انتهى بالعمى على يد معالج غير مدرَّب واصل الحركات رغم شكوى الألم، فلا تستمر الحركات بحال مع الألم. ويحضر لابس العدسات اللاصقة علبتها لخلعها عند الجفاف
المخدرات والكحول	دعامات قائمة قبل البدء (برنامج الخطوات الاثني عشرة، أو SMART Recovery، أو Buddhist Recovery، أو ما يعادلها)، لأن الرغبة في التعاطي قد تشتد مع استثارة المادة المزعجة؛ فتوضع ضمانات ضد الانتكاس ويُتعاقد على صدق صارم (الفصل 11)
المتطلبات القانونية	قد تبهت صورة الحدث فيعجز الشاهد أو الضحية عن وصف حيّ مفصل وإن بقي يذكر ما حدث، وقد لا يرويه بانفعال شديد بعد الآن؛ فتؤخذ موافقة مستنيرة من كل الأطراف المعنية
النظام المحيط	تغيّر العميل يغيّر أسرته ومحيطه، فيحتاج إلى تدريب على مهارات كالحزم وإلى التهيؤ لمقاومة المحيطين؛ ومن يعيش في بيئة خطرة قد يضرّه الحزم الجديد، ولهذا قد لا يناسب العلاج نزلاء السجون في كثير من الحالات بسبب ضغوط الأقران
المكاسب الثانوية (secondary gains)	ما يخدمه الاضطراب من منافع أو هوية: كالمحارب القديم الذي يخشى فقدان تعويض العجز أو هويته ورفقة مجموعته؛ وتُعالَج بخطط عمل قبل معالجة الصدمة
التوقيت	لا تبدأ معالجة صدمة كبرى قبل التزام مهم في العمل، أو سفر العميل، أو إجازة المعالج، ولا تُجدول بعد الجلسة مواعيد مهمة
الأدوية	لا يبدو أن دواء يمنع المعالجة تماماً، لكن البنزوديازيبينات تُضعف الفاعلية عند بعض العملاء
الاضطرابات الانفصالية	فحص منتظم لكل عميل (تفصيله أدناه)

مدة الجلسات. يوصي الكتاب بأخذ التاريخ في جلسات منفصلة من 50 دقيقة أو أكثر، وبجلسات معالجة من 90 دقيقة، وهي قد لا تتسع إلا للمراحل من الثالثة إلى السابعة لصدمة واحدة. ولا يغادر العميل العيادة بحال أثناء

تفريغ غير محلول أو بعده مباشرة، ويُقدَّر قدرته على قيادة السيارة بأمان. وقد أظهرت دراسة عشوائية مضبوطة أن المعالجين المتمرسين يستطيعون العمل بجلسات الخمسين دقيقة مع فئات مدنية (Marcus, Marquis, & Sakai, 1997, 2004)، لكن ذلك يزيد احتمال بقاء العميل في ضيق مرتفع، ويرفع عادة عدد الجلسات إلى أكثر من الضعف.

الدواء وثبات النتائج. يُراقب الدواء لخفضه أو إيقافه في الوقت المناسب، ثم تُعاد معالجة الصدمات بعد إيقافه، لأن الذكرى قد تعود بنحو 50% من اضطرابها الأصلي (ذكرى قتال هبطت من 10 إلى 0 مع الدواء قد تعود إلى 5 بعده). ويكشف ذلك اختلالاً متبقياً **مرتبطاً بالحالة** (state-dependent)، فوجود الدواء يُرجَّح أن يطيل العلاج.

الاضطرابات الانفصالية. يُنهى بشدة عن المعالجة مع الاضطرابات الانفصالية، ولا سيما **اضطراب الهوية الانفصالي** (Dissociative Identity Disorder, DID)، دون تدريب خاضع للإشراف وبروتوكولات مناسبة وإجراءات متقدمة (الفصل 10، والملحق E). ويعدّه متخصصو EMDR صورة مركّبة من اضطراب ما بعد الصدمة (Spiegel, 1993) انقسمت فيها الذاكرة، من أجل البقاء، إلى حجيرات تحمل جوانب الألم، يمكن تصوّرها تكوينات لشبكات عصبية (Braun, 1988; Lanius & Bergmann, 2014). ومع حلّ المادة الصادمة تذوب الحواجز الفقدانية ويزداد «الوعي المشترك» ويصبح الاندماج ممكناً، بشرط علاج مرحلي يقدّم التهيئة والاستقرار (ISSTD, 2011). أما مع سوء التشخيص أو المعالج غير المدرَّب فقد تبدو المادة منتهية في الجلسة ثم تُحدث اضطراباً شديداً عبر «الجسر الانفعالي» (affect bridging) في بقية منظومة الذاكرة يستلزم إدخال المستشفى، وقد سُجّل بروز حالات شخصية منفصلة تلقائياً مع بدء المعالجة. ولذلك يُطبَّق مع كل عميل **مقياس الخبرات الانفصالية** (DES-II; Carlson & Putnam, 1992)، وإذا تجاوزت الدرجة 30 لزمت مقابلة تشخيصية منظمة مثل SCID-D (Steinberg, 1994). وقد لا يعي العميل ثغرات ذاكرته فيملؤها (Putnam, 1989). ومن العلامات المنبّهة: أعراض جسدية مستعصية غير مفسَّرة، واضطراب النوم، والومضات، وغرابة الواقع والذات، وأعراض شنايدر، وثغرات الذاكرة، وتكرار الدخول إلى المستشفيات النفسية، وتعدد التشخيصات مع تقدم ضئيل. ويُحذَّر أيضاً من الإفراط في التشخيص (Draijer & Boon, 1999)، وعند الشك يُحال العميل إلى خبير.

تخطيط العلاج

بعد تقرير الصلاحية تحدد المرحلة الثانية من أخذ التاريخ الأهداف بأكبر دقة. واستعارة الكتاب أن الاضطراب لوح مثبّت فوق العميل بالبراغي، وبدل الطرق عليه يحدد المعالج البراغي التي تُستهدف. وعميلان بالشكوى نفسها قد تختلف حاجاتهما: فيميّز المعالج ما يُعالَج بالتعليم وحل المشكلات وإدارة الضغط مما يقوم على معلومات مختلة، ويعالج الأنماط المختلة أولاً. فمن لها تاريخ طويل من العلاقات المسيئة يلزم علاجها استهداف **الأحداث المحورية** (touchstone events)، أي الحوادث المبكرة الحاسمة في تعريف الذات، لا الحاضر وحده.

ومعظم العملاء يحتاجون إلى علاج شامل، فيتحرى المعالج:

1. الأعراض: السلوكات والانفعالات والمعارف السلبية السائدة، والمثيرات الحاضرة وتواترها وأماكنها.
2. المدة: متى ظهر الاضطراب وكيف تغيّر.

3. السبب الأول: الحدث أو النموذج الذي يمثّل منشأ الاختلال، بسؤال: متى كانت أول مرة شعرت فيها بهذا؟
4. الوقائع السابقة الأخرى: ما عزّز الاضطراب ومن شارك فيه، وتجميعه في مجموعات؛ مع تحديد أشد عشر ذكريات إزعاجاً وعدد مماثل من الذكريات الإيجابية موارد. والعجز عن إيجاد ذكريات إيجابية مؤشر على حاجة إلى مزيد من الاستقرار.
5. الشكاوى الأخرى التي قد يحجبها العرض الأساسي.
6. القيود الحاضرة: ما يعجز العميل عن فعله، ومسائل النظام الأسري والاجتماعي.
7. الحالة المرغوبة: كيف يريد أن يتصرف ويشعر ويعتقد، وتبعات نجاح العلاج المحتملة.

جلسة أخذ التاريخ وأدواته

يورد الفصل مقاطع من جلسة حقيقية مع ضحية تحرش في الطفولة تشكو اضطراب النوم، مع تعليقات تبيّن غرض الأسئلة: تثبيت تواتر العرض خط أساس، وتحديد حدود التذكّر وهل تستدعي الظروف بلاغاً رسمياً، واختيار صور الكوابيس وذكرى ممثِّلة لكل من الوالدين أهدافاً، وتحديد المثيرات الحاضرة، واستكشاف المكاسب الثانوية (تعريف العميلة نفسها بصدمتها)، وتحويل أهداف العميلة إلى مقاييس سلوكية للتقييم اللاحق. ولو كانت الشكوى اضطراب أكل أو تعاطياً لاحتاجت إلى تقييم بالعمق نفسه، لأن لهما بروتوكولات خاصة.

ويلزم تعرّف الخبرات الإيجابية أيضاً، لأنها تساعد في فتح المعالجة المتعطلة، ومن يفتقدها يحتاج إلى تهيئة أطول. ومن أدوات أخذ التاريخ: قائمة تاريخ الحياة متعددة الأنماط (Lazarus & Lazarus, 1991)، والتحليل الوظيفي (Smyth & Poole, 2002)، وشجرة العائلة (genogram)، وقائمة القدرات الذاتية المتبدلة (Briere, 1996)، واستبيان **الخبرات السلبية في الطفولة** (Adverse Childhood Experiences, ACE; Felitti et al., 1998)، واستبيانات المخططات (Young & Brown, 1994). ويُتتبع كل نمط استجابة حاضر إلى أهداف أقدم بالسؤال عن أقدم خبرة مماثلة؛ فإن لم يحضر شيء استُعملت تقنية **الطفو الرجعي** (Floatback; Young, Zangwill, & Behary, 2002): يستحضر العميل الخبرة الحديثة ومعرفتها السلبية وأحاسيسها ثم يترك ذهنه يرجع إلى أول مشهد أقدم شعر فيه بذلك. وإن لم تظهر خبرات طفولة استُعمل **مسح الانفعال** (Affect Scan; Shapiro, 1995b) انطلاقاً من الانفعال والإحساس الحاضرين.

قواعد ترتيب الأهداف

بعد اكتمال التاريخ ومعالجة المكاسب الثانوية وتحقيق الاستقرار، تبدأ المعالجة بحسب صورة الأعراض، ولا تحتاج كل ذكرى إلى معالجة منفصلة بفضل التعميم. وفي أغلب الحالات:

1. لا تُختار للبداية ذكريات تسبق سن الرابعة أو الخامسة.
2. تُعالَج أحداث الطفولة قبل ذكريات المراهقة والرشد، لأنها **ذكريات مغذّية** (feeder memories) لما بعدها.
3. تُترك شذرات الذاكرة، ولا سيما الحسية الجسدية، إلى ما بعد الذكريات المتماسكة.
4. يبدو أن أقل من أربع وعشرين ذكرى تكفي عادة لإزالة معظم الاختلال الظاهر.

5. تُستكمل بقية أحداث الماضي ثم جهتا الحاضر والمستقبل من البروتوكول (الفصل 8).

ولا يكتمل العلاج حتى تُقيَّم كل الذكريات المزعجة والمثيرات وجوانب النقص. فالعميل قد لا يصف إلا جزءاً من أعراضه، لأن كثيراً من خصائصه المختلة **متوافقة مع الأنا** (egosyntonic)، ومعالجة الذكريات كلها لا تستغرق سنوات بفضل التجميع والتعميم، لكن تحسين الأثر يقتضي إدخال سلوكات اجتماعية وعلائقية جديدة وتدارك أي نقص في التعليم أو الخبرة.

التدريب وخلاصة الفصل

تقترح المؤلفة تمارين خاضعة للإشراف في أخذ التاريخ ومراجعة الخطط، واختبار معرفة المتدربين بمؤشرات الحذر والاستبعاد، مع قوائم الفحص في الملحق A. والخلاصة أن المعالجة لا تُستعمل إلا مع عميل لديه استقرار كافٍ وظروف تسمح بتحمّل التفريغ والاضطراب بين الجلسات، وبعد تاريخ كافٍ، وعلاقة علاجية آمنة، وموارد مناسبة، وفحص للاضطرابات الانفصالية، وخطة تحدد الأهداف وترتيبها؛ فEMDR ليس علاج الجلسة الواحدة.

الفصل الخامس: المرحلتان الثانية والثالثة: التهيئة والتقييم

وظيفة التهيئة

تحدد **التهيئة** (Preparation) الإطار العلاجي ومستوى التوقعات، وتجعل العميل قادرًا على احتمال ما ينشأ أثناء المعالجة، ولا تبدأ إلا على أساس المرحلة الأولى: تاريخ كافٍ، وتقدير للأهلية، وخطة علاج، وخطة لمسائل المكسب الثانوي. ومنطقها أن سلوك التجنّب جزء من المرض وسبب لاستمراره، فهي تفتح باب الوصول إلى المادة الصادمة وتؤسس إطارًا لـ«التعرّض المتقطع» (Interrupted Exposure) الذي تقوم عليه إعادة المعالجة. والعلاج متمركز على العميل، والمعالج فيه ميسّر لعملية شفاء تحدث في داخله، وإجراءاته تتكامل مع المهارات العيادية ولا تحلّ محلها.

ولا تبدأ المعالجة قبل تحالف راسخ يشعر فيه العميل بأنه محمي وأنه صاحب القرار، وقد يستغرق بناؤه جلسة أو أشهرًا؛ وبدونه قد ينسحب العميل في وسط تفريغ انفعالي أو يترك العلاج. ويُتفق معه على تقديم تقرير صادق عما يعيشه، لأن من يزعم أن اضطرابه خفّ إرضاءً للمعالج يرجَّح أن يزداد اضطرابه بين الجلسات بلا دعم مناسب.

شرح النظرية للعميل

يُشرح نموذج معالجة المعلومات التكيفية بلغة بسيطة: الحدث الصادم يبقى «محبوسًا» في الدماغ بصوره وأفكاره ومشاعره، ويُستثار كلما ظهر ما يذكّر به. ونسبة المشكلة إلى طريقة تخزين الدماغ لا إلى الشخص تخفف العار والذنب. ويُقال إن حركات العين تبدو كأنها تفتح المادة وتتيح معالجتها، ربما على نحو شبيه بنوم حركة العين السريعة (REM Sleep)، وإن الحدث مخزّن في شبكة معزولة عن الشبكة التي تحمل المعلومات اللازمة لحلّه، والمعالجة تصل بينهما. فالعلاج لا يُدخل شيئًا سلبيًا بل يُخرج مادة قديمة، والأحاسيس المؤلمة أثناءه علامة على خروجها.

وتُستعمل استعارتان: النفق المظلم الذي يُعبر أسرع بإبقاء القدم على دوّاسة الوقود، والتحفيز الثنائي يشبه الدوّاسة؛ والقطار الذي تمرّ المشاهد من نافذته والعميل آمن داخله. وتقول المؤلفة: «كونك تشعر بالخوف لا يعني أن هناك نمرًا حقيقيًا في الغرفة». والغاية أن يلاحظ العميل انفعالاته دون أن يحجبها أو يهرب منها.

اختبار التحفيز الثنائي وإشارة التوقف

تُختبر المسافة المريحة والاتجاهات والسرعات قبل استهداف أي مادة مزعجة. ويُفضّل أكثر العملاء السرعة العالية، ويبدو أنها تُحدث أوضح الآثار، ومن عجز عن التتبع يُستعمل معه البديل اللمسي أو السمعي (الفصل الثالث). ويُتفق على **إشارة التوقف** (Stop Signal)، وإذا أعطاها العميل وجب التوقف فورًا: فمعظم ضحايا الصدمة يشعرون بفقدان السيطرة، وتجاهل الإشارة يعزز هذا الشعور وقد يهدم الثقة وفوائد العلاج، ولا يستطيع المعالج أن يعرف مقدار الألم الذي يعيشه العميل في لحظة بعينها.

تمرين المكان الآمن أو الهادئ

أوصى بهذا التمرين نيل دانيلز (Daniels, 1991، اتصال شخصي) من عمله مع قدامى المحاربين، وهو تنويع على تصوّر موجّه في تسجيل «Letting Go of Stress» (Miller, 1994). وغايته ملاذ متخيَّل يستريح فيه العميل أثناء المعالجة ويستعين به في الإغلاق وبين الجلسات. وخطواته الثماني:

1. الصورة: مكان يبعث سلامًا وأمانًا، أو هدوءًا لمن تمنعه صدمته (كالإساءة الجنسية أو القتال) من الشعور بالأمان، أو حالة إيجابية أخرى.
2. الانفعالات والأحاسيس: تحديد موضع الأحاسيس المريحة في الجسد.
3. التعزيز: بنبرة مهدّئة من المعالج.
4. التحفيز الثنائي: مجموعات بطيئة قصيرة من أربع إلى ثماني حركات، لأن التحفيز السريع قد يستدعي ترابطات سلبية، ويمكن الاستغناء عنه؛ فإن نهضت مشاعر سلبية بُحث عن مكان آخر.
5. كلمة الإشارة: كلمة تناسب الصورة تُردَّد ذهنيًا، من أربع إلى ست مرات.
6. الاستحضار الذاتي بلا معالج.
7. الاستحضار مع إزعاج يسير بإرشاد المعالج.
8. الاستحضار الذاتي مع إزعاج يسير.

ويُتدرّب على التمرين يوميًا قبل بدء المعالجة لأن ذلك يرفع فعاليته أداةً لضبط الذات. وقد تحمل صورة شائعة الارتباط بالسكينة عكس ذلك عند العميل، كشاطئ وقعت قربه إساءة في طفولته، فيُختار مكان آخر. وفي الحالات المعقدة تلزم بروتوكولات تنظيم الانفعال في الفصل التاسع.

ضبط التوقعات ومعالجة المخاوف

القاعدة «دع ما يحدث يحدث»: لا مطالب في الأداء ولا في النتائج، لأن إجبار المعالجة يوقفها. وقد يظهر نظام المعتقدات المهيمن، فيظن من اعتاد الفشل أنه «يخطئ» لأنه لا يحتفظ بالصورة، فيُطمأن. وتُعالَج المخاوف صراحة، كالخوف من الجنون أو من العجز عن الاحتمال، ويُحترم رفض العميل معالجة ذكرى بعينها؛ فالضغط عليه قد ينتج قلقًا مستمرًا أو انقطاعًا في وسط تفريغ أو انفصالًا.

وإذا كان التردد من العار أو الذنب، يُطمأن العميل إلى أن المعالجة لا تتطلب كشف التفاصيل، وقد أفاد هذا مع ضحايا الاغتصاب والأطفال المهدَّدين وقدامى المحاربين المثقلين بالذنب. وهذا يقلل أيضًا **الصدمة بالنيابة** (Vicarious Traumatization) عند المعالج (McCann & Pearlman, 1990)، وله أن يستعين بحركات العين الذاتية أو «عناق الفراشة» (Butterfly Hug) أو تقنية «تيار الضوء» (Light Stream)؛ على أن حركات العين الذاتية غير مناسبة علاجًا شخصيًا، وإن نفعت في تخفيف ضغط يسير.

المرحلة الثالثة: التقييم

في **التقييم** (Assessment) تُحدَّد مكوّنات الهدف وتُؤسَّس مقاييس خط الأساس، دون إلزام العميل بسرد التفاصيل.

المكوّن	ما يحدده العميل	ملاحظات
الصورة	ما يمثّل الحدث أو أسوأ جزء منه	إن لم توجد صورة يكفي التفكير في الحادثة
المعرفة السلبية (Negative Cognition)	اعتقاد سلبي حاضر عن الذات	عن الذات، في الحاضر، اعتقاد لا وصف، عامة لا خاصة
المعرفة الإيجابية (Positive Cognition)	ما يفضّل أن يعتقده عن نفسه	تحوّل يقارب 180 درجة، بمركز تحكم داخلي
مقياس صحة المعرفة (Validity of Cognition, VoC)	صدق المعرفة الإيجابية كما يُحَسّ	من 1 (خاطئة تمامًا) إلى 7 (صحيحة تمامًا)
الانفعال	تسمية ما يشعر به حين يحمل الصورة والمعرفة السلبية معًا	اجتماعهما أشد استثارة
مقياس وحدات الضيق الذاتي (Subjective Units of Disturbance, SUD)	شدة الاضطراب الكلي الآن	من 0 إلى 10
الإحساس الجسدي	موضع الاضطراب في الجسد	يُحدد الموضع دون وصف

والمعرفة السلبية تقييم ذاتي غير دقيق بمعايير الحاضر، مثل «أنا عاجز»، لا وصف صحيح لما جرى، لأن العلاج لا يغيّر ما هو صحيح. ولا تصلح عبارة انفعالية محضة مثل «أنا خائف»، ولا وصف طفولة حزينة، بل يُسأل العميل كيف يجعله ذلك يرى نفسه. وإذا كان الخوف مشروعًا في الحاضر، كأن يكون المعتدي ما زال يلاحق الضحية، فالمعالجة لن تغيّره لأنه ليس مختلًا، فيُعمل على الاحتياطات الواقعية ويُبحث عن هدف آخر. والعبارة العامة («أنا فاشل») تفتح مادة أكثر من عبارة مقيدة بموقف.

والمعرفة الإيجابية أقوى عبارة ممكِّنة يتصورها العميل، يُتجنَّب فيها النفي إلا حين يكون الخوف هو المظهر الأساسي («انتهى الأمر، أنا آمن الآن»)، ويجب أن تكون صحيحة بيئيًا، فالتمنّي وإعادة كتابة التاريخ و«دائمًا» و«أبدًا» تعطّل المعالجة، ولا تُفرض على العميل. وتقييمها بواحد كثيرًا ما يدل على عدم صلاحيتها، فتُفحص منطقًا وانطباقًا وملاءمة. وتُسمّى الانفعالات لا الأرقام وحدها، لأن الشعور قد يتحول من الذنب إلى الغضب والرقم ثابت. ويُفترض أن للمادة المختلة رنينًا جسديًا، وتحديد موضعه بديل عن الكلام؛ ومن قال إنه يشعر بالخدر فهو يصف إحساسًا يُسأل عن موضعه. وترتيب المكوّنات مصمّم لاستثارة المادة، فإذا بدأ العميل يفرّغ أثناء التقييم بدأت المعالجة فورًا، ولهذا تُقدَّم التعليمات والاستعارات قبله.

لماذا تُستعمل المكوّنات كلها؟

- المعرفتان ضروريتان لصياغة الحالة؛ السلبية تكشف للعميل لا معقولية اعتقاده، والإيجابية بديل يمنحه الشجاعة.
- المقياسان يقدمان بيانات كمية عن التقدم حتى في جلسة غير مكتملة.
- الإحساس الجسدي بؤرة بلا دلالات سلبية لمن تكبحه أفكاره أو يغرق في التحليل.
- تحديد المكوّنات وإشارة اليد والاستعارات تقنع العميل بأنه أكبر من مرضه، والجرعات الصغيرة مع التحكم تعين على إزالة الاشتراط.
- حركات العين تقنّن الانفعال وتمنح العميل مهمة ينجح فيها، وقد أظهر البحث أنها تخفض الضيق ووضوح الصورة (الفصل الثاني عشر)، وتكشف للمعالج انتباه من قد ينفصل في المادة.

وترى المؤلفة أن الانتباه المزدوج قد يفسّر سهولة احتمال المعالجة مقارنة بالتفريغ المستحث بالتنويم، وتذكر أن التحليلات التجميعية للتجارب العشوائية المضبوطة أظهرت نسب انسحاب أقل من العلاجات القائمة على التعرّض (Bradley et al., 2005; Swift & Greenberg, 2014). ويُستعمل التقييم كاملًا، خصوصًا في البداية؛ وإسقاط المعرفة السلبية استثناء، لأن الاقتصار على مكوّن واحد قد ينقل العميل بين ذكريات شتى بلا إطار معرفي.

التدريب

يوصي الفصل بتمارين تحت إشراف، مع عناية بتمرين المكان الآمن وصياغة المعرفتين، وقوائم الفحص في الملحقين A وC. ومعظم الفصل مخصص للتهيئة عن قصد، لأنها تصنع ظروف الأمان التي تشجع على التعرض للذكرى بدل التجنب الذي يُبقي آثار الصدمة.

الفصل السادس: المراحل من الرابعة إلى السابعة: إزالة الحساسية والتثبيت ومسح الجسد والإغلاق

المراحل الثلاث الأولى هنا معالجة متسارعة للهدف، ذكرى كان أو مثيرًا حاضرًا، والإغلاق يختم كل جلسة. وتقسيمها اعتباطي إلى حد ما، فانخفاض الاضطراب وإعادة بناء التقييمات الإيجابية وظهور البصائر وخفوت التوتر الجسدي نواتج معالجة واحدة.

إطلاق المعالجة وإدارة المجموعات

يذكّر المعالج العميل بأن يدع ما يحدث يحدث ولا يستبعد شيئًا، فذكرى طفولة يتجاهلها قد تكون جذر الاضطراب. ثم يحمل العميل الصورة والمعرفة السلبية وموضع الإحساس معًا، وتشبّهها المؤلفة بثلاثة أشعة ليزر موجّهة إلى المادة المختلة. وهذا رابط أولي، إذ لا تُستعمل المعرفة السلبية عادة بعد المجموعة الأولى.

وتبدأ المجموعة الأولى بنحو 24 دورة أفقية، فقد وُجد عياديًا أنها تُحدث أثرًا واضحًا عند كثير من العملاء. ولا يُطلب إغلاق العينين لئلا يسهم في الانفصال أو حالات شبيهة بالغشية. وبعد كل مجموعة يأخذ العميل نفسًا ويُسأل سؤالًا مفتوحًا عما يحضره الآن؛ وهذا الفاصل راحة وإعادة توجّه، ويعلّمه ضمنًا أنه أكبر من مرضه.

- إذا ظهر تغيّر استُعمل الاتجاه نفسه، وإلا جُرّب غيره؛ وإن بقيت المعالجة عالقة بعد اتجاهين أو ثلاثة فإجراءات الفصل السابع.
- يُقدَّر طول المجموعة بالإشارات غير اللفظية؛ وإذا كانت التحولات معرفية جُرّبت 36 أو 48 حركة، وبعض العملاء يعملون بأقل من 24.
- لا يُطلب مقياس الضيق بعد كل مجموعة، والقاعدة الاسترشادية تغيّر يعادل درجة واحدة على الأقل في كل مجموعة، مع أن ارتفاع الاضطراب قد يدل أيضًا على معالجة.
- الصداع أو الدوار أو الغثيان: يُركّز على الإحساس مع تغيير الاتجاه، وقد تفيد الحركات العمودية.

وتقدّر المؤلفة أن حركات العين وحدها، إذا أُحسن تطبيقها، تكفي لبلوغ حل تكيفي في نحو 50% من الحالات.

ولا يفسّر المعالج، ولا يعيد صياغة كلام العميل أو يلخصه، ولا يستكشف معنى الرموز التي تنهض، لأن ذلك يُخرج العميل من خبرته. فكل عبارة تصف هضبة من المعالجة وستبقى ناقصة حتى المحطة الأخيرة، ومجابهتها بمنزلة مطالبته بالنزول من القطار، ولا يتدخل المعالج إلا إذا تعطلت المعالجة.

المرحلة الرابعة: إزالة الحساسية

سُمّيت **إزالة الحساسية** (Desensitization) لأغراض التوحيد المعياري لأنها تستهدف خفض الاضطراب إلى الصفر، لكنها ناتج جانبي لإعادة المعالجة. والمطلوب تطهير كل القنوات المرتبطة بالهدف. ويُستدل على تطهير القناة بأن

يقل اضطراب العميل تدريجيًا، وتبلغ الترابطات نقطة توقف معقولة، ولا يظهر جديد بعد مجموعتين في اتجاهين مختلفين. ثم يُعاد العميل إلى الهدف بأن يفكر في الحادثة، لا بالصورة الأصلية التي قد تكون اختفت، وتُجرى مجموعة ولو بدا الجواب إيجابيًا؛ فإن لم يظهر جديد أُعيد قياس الضيق، فإن كان صفرًا بدأ التثبيت.

ولا يُعاد الاستهداف قرب نهاية الجلسة لأنه قد يفتح قناة أشد. وإذا بقي الضيق منخفضًا فوق الصفر لا يتحرك في مجموعتين، سُئل العميل عن الانفعال الذي يشعر به، ثم عما يمنعه من أن يكون صفرًا. فقد يكشف الجواب **معتقدًا حاجزًا** (Blocking Belief) يحتاج إلى علاج كامل على الذكرى المقابلة، أو استجابة مناسبة بيئيًا كالحزن على متوفى. ولا تُقبل قبل الأوان عبارة تحدّ من التقدم، كقول من يعالج رهاب الحديث أمام الجمهور إنه سيبقى قلقًا قليلًا ليؤدي جيدًا.

ما يظهر في القنوات

أيًّا كان ما يظهر فهو محور المجموعة التالية:

- **الذكريات والصور:** تُستهدف الذكرى الجديدة، وأشدها إن تعددت. ومع سيل الذكريات، كما عند قدامى المحاربين، يُعاد العميل إلى الأصل بعد كل انتقال، وتُدوَّن الذكريات العابرة المهمة. وإذا ظهرت صورة سلبية وأخرى إيجابية استُهدفت السلبية.
- **انفراج الحادثة:** الصدمة محبوسة في أشد لحظاتها، ثم تنفرج المعالجة عن اللقطات التالية. وما بعد الحدث قد يؤلم كالحدث، كمعاملة ضحايا الاغتصاب في المستشفى أو لدى الشرطة، فيستدعيه المعالج إن لم يظهر.
- **اختفاء الصورة:** لا يعني النجاح بالضرورة. ويُطمأن العميل إلى بقاء ذاكرته للحدث وللشخص، وقد وُجد أن الاستدعاء الإيجابي للمتوفى يزداد بعد المعالجة (Sprang, 2001). ولأن اختفاء الصورة المحورية شائع تُقدَّر تبعاته القانونية مسبقًا (الفصل الرابع).
- **الأفكار:** تكرار العبارات السلبية نفسها مع اضطراب عالٍ في ثلاث مجموعات متتالية، بعد فشل بدائل الفصل السابع، هو **الدوران** (Looping)؛ فينسحب المعالج المبتدئ ويستأنف لاحقًا بالصيغة الاستباقية، **النسج المعرفي** (Cognitive Interweave) في الفصل العاشر، بعد تدريب وإشراف.
- **عدم التطابق** (Mismatch): إدخال العميل عمدًا عبارة لا تتفق مع مستوى انفعاله، كتأكيد القوة في ذروة العجز، فتتوقف المعالجة؛ أما العبارات الإيجابية التلقائية فلا تُثبَّط.
- **الانفعالات والأحاسيس:** كل انفعال جديد يُسأل عن موضعه في الجسد، ويُستهدف دون سؤال عن السابق. والخدر أو الانفصال طبقة من الانفعال تُعالَج بعد الفحص المناسب للاضطرابات الانفصالية، مع التأكد من أن العميل لم يُدفع إليه هربًا من الجلسة. والقاعدة تقليل الأسئلة إلى أدنى حد.

المرحلة الخامسة: التثبيت

يبدأ **التثبيت** (Installation) حين يبلغ الضيق صفرًا أو واحدًا، أو مستوى مناسبًا بيئيًا، ويتركز على دمج تقييم ذاتي إيجابي في المادة المستهدفة. فيُفحص هل ما زالت المعرفة الإيجابية الأصلية الأنسب، ثم يحملها العميل مع

الحادثة وتُكرر المجموعات حتى يبلغ مقياس الصحة سبعة، وتستمر ما دامت العبارة تقوى. فإن توقف عند خمسة أو ستة سُئل عما يمنعه من سبعة: فإن كان الجواب غير ضار انتقل المعالج إلى مسح الجسد، وإن كان معتقدًا حاجزًا مختلًا، كأن يرى أنه لا يستحق الشفاء، احتاج إلى علاج كامل على الذكرى المبكرة التي تغذيه، ويُعثر عليها بسؤال العميل عن أول مرة شعر بذلك أو بتقنيتي **الطفو العكسي** (Floatback) و**مسح الانفعال** (Affect Scan). وإن ضاق الوقت أُغلقت الجلسة بحذر، لأن الجلسة غير المكتملة ترفع الاضطراب بين الجلسات.

المرحلة السادسة: مسح الجسد

حين يبلغ مقياس الصحة سبعة (أو ستة إن كان مناسبًا بيئيًا) ويتوقف عن الارتفاع، يحمل العميل الصورة والمعرفة الإيجابية ويمرّ بانتباهه على جسده من الرأس نزولًا. وفي **مسح الجسد** (Body Scan) يُستهدف كل توتر أو إحساس غير معتاد، فقد يزول، وقد يفتح قنوات أخرى كالغضب أو الحزن على طول المرض، أو مقاومة نابعة من خوف العميل مما سيكون عليه. ففي حالة امرأة عولجت من قلق الأداء، ظهر في المسح إحساس في أسفل ظهرها ظنته من طول الجلوس، فلما استُهدف نهضت ذكرى تحرّش عمّها بها وهو يثبّتها من هذا الموضع، وهي صلة لم يتوقعها أحد وتدعم افتراض ترابط المادة المستثارة. ولا يعني ذلك أن كل شكوى جسدية تخفي صدمة، ولا يكتمل العلاج إلا بمسح لا يُظهر توترًا.

المرحلة السابعة: الإغلاق

يُحجز للإغلاق (Closure) وقت كافٍ، فلا يغادر العميل في اضطراب عالٍ، ولا تُفتح قناة جديدة ولا يُجرى مسح الجسد إذا ضاق الوقت. وإن بقي اضطراب استُعمل التنويم أو التصوّر الموجّه، والمكان الآمن المجرَّب أنفع من تمرين جديد، وعلى المعالج إتقان تقنيات التصوّر قبل استعمال هذا العلاج. ثم يُقيَّم الأمان، كبقاء انفصال يعوق العودة إلى الحاضر أو القيادة، وقد يلزم أن يبقى العميل في غرفة الانتظار أو أن يُرى لاحقًا في اليوم نفسه أو الأسبوع نفسه. والفاصل الأسبوعي هو المعتاد، وقد يحتاج ذوو الصدمات المركبة إلى جلسات متقاربة؛ ولأن العلاج بلا واجبات منزلية يمكن أن يجري في أيام متتالية بحضور المعالج.

الاستخلاص وسجل TICES

تحتاج كل جلسة إلى **استخلاص** (Debriefing)، أكثر تفصيلًا إذا بقيت المادة غير مكتملة. ويسجّل العميل ما يزعجه بين الجلسات في **سجل TICES**: المثير (Trigger)، والصورة (Image)، والمعرفة (Cognition)، والانفعال (Emotion)، والإحساس (Sensation)، ودرجة الضيق، ثم يستعمل إجراء استرخاء. والسجل وعاء للاضطراب، ويعلّم العميل أن يرى ردود فعله نمطًا سيُعالَج، وهو المؤشر المباشر لهدف الجلسة القادمة. وبدون استخلاص قد يرى العميل نفسه معطوبًا إذا نهض اضطراب، وقد يفضي ذلك إلى أفكار انتحارية عند من يبدأ بتقدير ذات متدنٍّ. وليس العلاج علاج جلسة واحدة: فحتى إذا بدت صدمة منفردة قد عولجت تُحدَّد جلسة في الأسبوع التالي، كما تُكمَل علبة المضاد الحيوي الموصوفة.

التدريب

يتدرب المعالجون الجدد في مجموعات صغيرة تحت إشراف على ذكريات قديمة محددة لا تتجاوز درجة ضيقها خمسة، ثم على ما يبلغ سبعة فأكثر بالاستعانة بالفصل السابع، مع تذكّر أن الأهداف البريئة قد تتحول سريعًا إلى مادة أشد. وفي الملحق A أدوات عيادية، وفي الملحق B نصوص جلسات، وفي الملحق F معلومات التدريب المعتمد.

الفصل السابع: العمل مع التفريغ الانفعالي والعوائق

جاء هذا الفصل قبل المرحلة الثامنة لأن استراتيجياته تُستعمل داخل المراحل من الرابعة إلى السادسة. ففي نحو 50% من الحالات تتيح المكوّنات المعتادة مع حركات العين معالجة كاملة في جلسة إلى ثلاث، وتلزم في الباقي استراتيجيات بديلة للعميل الذي يفرّغ بدرجة عالية أو تتوقف معالجته، ولا يُعالَج ذوو الاضطراب العالي قبل إتقانها.

التفريغ الانفعالي في هذا العلاج

التفريغ الانفعالي (Abreaction) في EMDR معايشة المادة المستثارة بمستوى عالٍ من الاضطراب. وهو لا يتضمن الانفصال المعتاد في التفريغ التنويمي، ولا ومضات استرجاع كاملة، لأن العميل يحتفظ بتركيز مزدوج: وعي بالماضي وأمان في الحاضر. ولا يعيد عيش الحدث لحظة بلحظة، واتفاق المعالجين المدرّبين على الطريقتين أنه أسرع من التفريغ التنويمي بأربع إلى خمس مرات. ويجب أن يرتاح المعالج إلى الانفعال الشديد، لأن خوفه أو نفوره يتسرّبان في نبرته، والانفعالات الناهضة هي انفعالات وقت الحدث، فقد يعيش عميل في الأربعين رعب طفل في الرابعة.

مبادئ إدارة التفريغ

1. العلاج لا يُحدث الضيق بل يحرره، والتفريغ علامة على استقلاب المادة.
2. للتفريغ بداية ووسط ونهاية: يبدأ الضيق بالتراجع الواضح خلال أول 10 إلى 20 دقيقة (وأسرع مع النسج المعرفي)، وفي معظم الحالات تُعالَج الذكرى معالجة جوهرية في جلسة من 90 دقيقة.
3. يجمع المعالج بين التعاطف والحكم السليم، ويسترشد بـ«القاعدة الذهبية»: ما الذي كان سيحتاجه هو لو غمرته انفعالات طفل مرعوب؟
4. يُذكَّر العميل بأنه آمن وبأن ما يعيشه مادة قديمة وبإشارة التوقف، وتُستعاد استعارتا القطار والنفق.
5. لا تُوقف المجموعة عند تغيّر الإشارات غير اللفظية، بل تستمر 5 إلى 10 ثوانٍ، لأن الهضبة الجديدة تتجسد جسديًا قبل أن يدركها العميل.
6. التقطيع إلى مجموعات مقصود: يتيح التغذية الراجعة والدمج اللفظي وإعادة التوجه إلى الحاضر والراحة، ويعزز إحساس العميل بأنه يدخل الاضطراب ويخرج منه بإرادته.
7. يُعزَّز الانتباه المزدوج بتنويع اتجاه الحركة وسرعتها ومداها.
8. الانفصال أثناء التفريغ قد يكون جزءًا من الذكرى يعالجه التحفيز، أو ناتجًا عن دفع العميل أبعد مما ينبغي، أو عن اضطراب انفصالي لم يُشخَّص؛ والأخيران يستوجبان إيقاف المعالجة.
9. تقنيات المسافة الانفعالية: تحويل الذكرى إلى صورة ثابتة أو فيلم بالأبيض والأسود، أو تخيّل الطفل الضحية ممسكًا بيد ذاته الراشدة، أو جدار زجاجي واقٍ بين العميل والحدث أو المعتدي البعيد ثم تقريبه تدريجيًا (Wolpe & Abrams, 1991). وهي انتقالية، ولا بد من العودة إلى الصورة الأصلية.

10. لا يناسب إحضار الحيوانات الأليفة ولا حضور أشخاص آخرين عادةً، ويجوز أن يترك المعالج يده متاحة دون أن يبادر إلى لمس العميل أثناء التفريغ.

متى تُعدّ المعالجة متوقفة؟

إذا لم يتغيّر شيء بعد مجموعتين متتاليتين. والمبدأ أن يفعل العميل عمدًا ما يحدث تلقائيًا عند من تنجح معالجتهم: أن يحوّل بؤرة وعيه. وأول التعديلات تغيير الحركة (اتجاهًا وطولًا وسرعة وارتفاعًا)، ثم التركيز على الإحساس الجسدي وحده.

ومن هنا مبدأ **الكلمات غير المنطوقة** (Unspoken Words): التوتر في الفك أو الحلق قد يدل على صرخات استغاثة أو غضب كُبتت خوفًا من العقاب، فيُدعى العميل إلى قولها جهرًا أو في نفسه أثناء المجموعات، متدرجًا من تحريك الشفتين إلى الهمس إلى الصوت حتى تُقال بثبات. ويدعم المعالج التعبير مهما كانت ألفاظه، ويستخلص مع العميل مشاعره وخططه قبل نهاية الجلسة، ويثنيه عن مواجهة المعتدي قبل اكتمال المعالجة. والغاية أن تنتقل العبارات من خوف الطفل إلى منظور الراشد الذي يضع المسؤولية على المعتدي. وكذلك يُسمح بأداء حركة كُبتت وقت الحدث، كلكمة في الهواء، بشرط ألا يؤذي العميل نفسه أو المعالج. وإذا كان الإحساس هو المظهر الوحيد أفاد أن يضغط العميل بأصابعه على موضعه، فكثيرًا ما تنهض صورة أو فكرة تُستهدف (Martinez, 1991).

تغيير بؤرة التركيز داخل الهدف

- **المسح بحثًا عن عنصر آخر:** جانب أشد إزعاجًا الآن، أو صوت، أو حوار؛ فمن يعالج إساءة جسدية يجد غالبًا أن الإساءة اللفظية هي المؤثرة.
- **التعديل البصري:** تصغير الصورة أو إبعادها، على أن تُستهدف الأصلية لاحقًا.
- **المعتدي دون أفعاله:** يُحدث مع الأطفال خصوصًا تعميمًا سريعًا، ربما لقلة الخبرات المرتبطة في شبكتهم.
- **التدرّج الهرمي:** إبعاد الهدف زمانًا أو مكانًا ثم تقريبه، كما في إزالة الحساسية المنتظمة (Wolpe, 1991).
- **عند الضيق المنخفض فقط:** إضافة عبارة «انتهى الأمر» أو إدخال المعرفة الإيجابية؛ أما في ذروة الاضطراب فقد يشعر العميل بأنها لن تصح أبدًا.

الأهداف المساندة والمعتقدات الحاجزة

إذا لم تُفلح هذه التغييرات فالأرجح أن عاملًا آخر يغذي التوقف. و**الذكرى المغذية** (Feeder Memory) ذكرى أقدم لم تُستهدف تسهم في الاختلال الحاضر وتحجب معالجته. وقد انتهت المؤلفة إلى البروتوكول الثلاثي سنة 1987 حين جرّبت البدء بالاختلال الحاضر، فوجدت أن معظم العملاء يتذكرون تلقائيًا خبرات أقدم، وأن من بقي معلقًا بالحاضر ازداد قلقه. ومثال ذلك موظفة يشتد اضطرابها حين يغضب مديرها دون أن يكون عملها مهددًا، فلما طُلب منها أن تمسح طفولتها مع معرفة «أنا في خطر» تذكرت أباها يرميها غاضبًا على باب الثلاجة، وبعد معالجة تلك الذكرى خفّ إزعاج موقف المدير. ويمكن الوصول إلى الذكرى المغذية من الانفعال والإحساس المهيمنين دون صياغة لفظية.

ويُبحث عن المعتقد الحاجز بسؤال العميل عما يمنع الضيق من أن يكون صفرًا، أو صحة المعرفة من أن تكون سبعة، فيحدد غالبًا معرفة أخرى ثم ذكراها المبكرة. وقد تتوالى المعتقدات الحاجزة واحدًا بعد آخر، وقد لا يُصرَّح بها، فيُطلب من العميل أن يقول كل ما يخطر له ويُفحص كلامه بحثًا عن نسب سلبية إلى الذات.

المخاوف ومنابع الاضطراب

قد يحجب المعالجةَ خوفُ العميل من النتيجة، المرتبط غالبًا بالمكاسب الثانوية، أو من العملية نفسها، ومن مؤشراته توتر مستقل عن المادة والتوقف المنتظم في وسط المجموعات. ويُستكشف بسؤال غير جازم مع تأكيد أن العميل ليس هو المشكلة. ويُطمأن الخائف من الجنون إلى أنه لم تُسجَّل حالات أصيب أصحابها بالجنون بسبب المعالجة، والخائف من فقدان الذكريات الطيبة إلى أن الصور الإيجابية تصير أيسر استدعاءً بعد معالجة السلبية.

والخوف من التغيير أصعبها، لأنه يقتضي معالجة المكاسب الثانوية أولًا، وقد يتعلق بالنجاح أو المجهول أو فقدان الهوية أو ترك المعالج. فيستكشفه المعالج بسؤال العميل عما سيحدث لو نجح، ويرتب المعتقدات الكامنة في تدرّج، ويحل ما يمكن حله بخطة عمل. ويكثر عند من قضوا سنوات في علاج تقليدي، كعميلة أمضت 25 عامًا في علاج دينامي نفسي، ومن علاماته ضعف الالتزام بالواجبات والإفراط في الكلام ومحاولة التحكم الصارم في العملية. وبعض المخاوف واقعي، كخوف محارب معاق من فقدان تعويضه، فيُحل بخطة عمل لأن العلاج لا يزيل ما هو صحيح.

أما **منابع الاضطراب** (Wellsprings of Disturbance) فكمّ كبير من الانفعالات المحجوبة عند أشخاص جاؤوا بضغط من غيرهم وتعلموا مبكرًا أن إبداء المشاعر ممنوع؛ فتنهض انفعالاتهم إلى أقصى ما يسمح به وعيهم، ويقيّمونها عادة بدرجتين أو ثلاث. ويُعرف ذلك بتغيّر البصيرة والصور والأحاسيس مع بقاء الاضطراب منخفضًا، فيُبدأ معهم بالذكريات المرتبطة بالمعتقدات الحاجبة للإحساس إن تأسست الثقة، وإلا عُلِّموا إجراءات الاستقرار وتنظيم الانفعال.

التدريب

تُتدرَّب هذه الاستراتيجيات في مجموعات صغيرة على صدمة كاملة بدرجة ضيق من سبعة إلى ثمانية، وتحت إشراف مؤهل في ثلاث تجارب عملية على الأقل مع اضطراب عالٍ قبل العمل منفردًا. ولا تُستعمل الصيغة الاستباقية (الفصل العاشر) إلا بعد العمل بالصيغة الأساسية ثمانية أسابيع على الأقل، أي نحو 30 جلسة.

الفصل الثامن: المرحلة الثامنة: إعادة التقييم واستخدام البروتوكول الثلاثي المعياري

وظيفة إعادة التقييم

تُفتتح بـ**إعادة التقييم** (Reevaluation) كل جلسة بعد الأولى، لتقدير مدى حلّ المادة المعالَجة وتقرير الحاجة إلى معالجة جديدة؛ فتغيّر السلوك قد يُحدث آثارًا غير متوقعة في أسرة العميل وبيئته، وقد تنكشف أهداف كانت محجوبة بطغيان الشكوى الأصلية. وصاحب الصدمة المنفردة قد يحتاج إلى جلسة إلى ثلاث للحدث ومثيراته وصعوباته المتوقعة، ثم جلسة أو جلستين للمتابعة، أما ذوو الصدمات المتعددة فقد تمتد إعادة التقييم أشهرًا. وتحكمها أربعة أسئلة:

1. هل حُلّ الهدف بعينه؟
2. هل استُثيرت مادة مرتبطة تحتاج إلى معالجة؟
3. هل عولجت الأهداف اللازمة ليشعر العميل بالسلام مع ماضيه، والتمكين في حاضره، والقدرة على اختيار أفضل لمستقبله؟
4. هل تحقق اندماج كافٍ في نظام اجتماعي صحي؟

ولا تُحاوَل معالجة أي صدمة قبل تحقيق استقرار كافٍ.

البروتوكول الثلاثي والوجه الأول: الماضي

يستهدف **البروتوكول الثلاثي** (Three-Pronged Protocol) الاختلال في الماضي والحاضر، ثم البدائل التكيفية في المستقبل، ويجب إكمال وجوهه الثلاثة: فبعد معالجة أحداث الماضي في منطقة اختلال بعينها، يُعالَج كل مثير حاضر مرتبط بها، ثم يُدمج قالب مستقبلي.

وسؤال الوجه الأول: ما الأحداث الأقدم التي أرست أساس الاختلال الحاضر؟ ولصاحب الصدمات المتعددة الذي يملك تنظيمًا انفعاليًا كافيًا تُحدَّد أشد عشر ذكريات إزعاجًا، ويُوصى بقوة باستبيان خبرات الطفولة السلبية (Adverse Childhood Experience Questionnaire) لاستخراج الأهداف. وتُعالَج أولًا الذكريات المسهمة في أشد الاختلال، وكثيرًا ما يكشفها الطفو العكسي، أو أشدها إزعاجًا إن تشابهت. والترتيب الزمني أكفأ لأنه يقلل حجب الذكريات المغذية، وقد يكون البدء بذكرى أقل إزعاجًا أنفع لعميل يحتاج إلى إحساس بالإنجاز. وتُجمَّع الذكريات الأخرى في مجموعات يُعالَج من كل منها حدث ممثل، فيحدث غالبًا تعميم على سائرها. والقاعدة أن تُعالَج كل المادة الترابطية لهدف واحد قبل الانتقال إلى غيره.

تقييم نتيجة الهدف الواحد

يُعاد تقييم الذكرى في الجلسة التالية ثم لاحقًا في العلاج. فإن كانت المعالجة غير مكتملة حدد العميل أسوأ جزء ودرجة الضيق والانفعالات وموضع الإحساس، دون إعادة المعرفتين. وإن اكتملت استحضرها ليُرى مقدار إزعاجها، فيقرر المعالج: مواصلة المعالجة، أو هدفًا آخر، أو وجهًا آخر من البروتوكول، أو المتابعة الختامية. ومعايير الحكم جودة الصورة (فالمعالجة الناجحة تُنتج عادة صورة تدل على الحل، وبقاء التركيز على أفظع لحظة يعني الحاجة إلى مزيد)، ومناسبة الضيق للظروف، وصحة المعرفة الإيجابية، والأفكار التي ترد عن الحدث.

وتلزم إعادة الاستهداف إذا عولجت الذكرى والعميل يتناول دواءً، لاحتمال بقاء معلومات مخزنة في صيغة مرتبطة بالحالة (State-Dependent)، كمن عالجها تحت مضاد للقلق. ومن أدوات القياس **مقياس أثر الحدث المعدّل** (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Weiss & Marmar, 1997): يملؤه صاحب الصدمة المنفردة في جلسة التاريخ خط أساس لأعراض الاقتحام والتجنب، ثم بعد أسبوع من جلسة الاستهداف، وقد يكشف بقاء بند مرتفعًا ذكرى مرتبطة لم تُستهدف.

تدوير الأهداف

يدور المعالج على المادة المعالَجة للتأكد من ثبات الآثار، ويطلب قبل إنهاء العلاج استحضار عدد من الأهداف، لئلا يكتشف العميل لاحقًا وحده مادة باقية، مع تقييم استجابة الجسد لكل ذكرى. والأهداف المعاد فحصها خمسة أنواع:

النوع	ما يُفحص
الأحداث الأولية	الأحداث الأشد دلالة، لتقدير حجم الأثر وثباته
أحداث الماضي	ذكريات أخرى مرتبطة بأهم المعارف السلبية قد تعطيها معنى جديدًا
المتواليات (Progressions)	ذكريات ظهرت عابرة أثناء المعالجة وقد تكون محورية في اختلال آخر
المجموعات (Clusters)	التحقق من التعميم بمسح حوادث كل مجموعة
المشاركون (Participants)	كل شخص مهم في حياة العميل، لأن الإساءة في الطفولة تزيد الهشاشة أمام أي رسالة نقدية

الوجه الثاني: الحاضر

سؤاله: ما المثيرات الحاضرة التي ما زالت تستدعي المادة المختلة؟ والنمط الشائع أن المخاوف تخف كثيرًا بمعالجة الصدمة مع تعميم تلقائي على الحاضر، لكن ما لم يتأثر يُستهدف بالمراحل كاملة، وهو أيسر عادة لأن المصدر الأقدم عولج. فإن لم يخف الاضطراب بُحث عن ذكريات مغذية بالطفو العكسي، أو بمسح الانفعال إذا صعب على العميل التعبير أو كانت أقدم ذكرى يصلها من المراهقة أو بعدها. وبعد كل مثير يُدمج قالب مستقبلي.

ويُظهر السجل كيف اندمج نمط الاستجابة الجديد في بيئة العميل. ولا يُنتظر أن يصير بلا استجابة، فالعلاج لا يزيل انفعالًا مناسبًا للموقف أو دافعًا إلى فعل سليم؛ فإذا سجّل اضطرابًا عاليًا قُيّم الموقف في ضوء الواقع، وقد يكون

الحل إعادة معالجة أو تعليمًا أو علاجًا أسريًا أو تقنيات ضبط ذاتي. وقد تكون المعارف السلبية مبررة بخبرات الماضي وغير مواكبة للحاضر، خصوصًا في العلاقات وأدوار الجنسين، فتُستكشف بلطف، ويُشرح للعميل أن فاعليته الجديدة قد لا يُرحَّب بها ممن حوله، وأن للراشد خيارات لم تكن متاحة له طفلًا.

الوجه الثالث: المستقبل

يتجه التركيز إلى قدرة العميل على الاختيار، بمعالجة المخاوف الاستباقية واستهداف **قالب مستقبلي إيجابي** (Future Template)، وهو جزء حيوي من العلاج يشمل تعليمًا ونمذجة وتخيلًا. فيتخيل العميل لقاءً مستقبليًا بشخص عالج ذكرياته، فإن ظهر خوف فُحصت واقعيته؛ ويتخيل مواقف مقبلة مهمة لكشف اضطراب لم يُلاحظ. ودمج القالب توسيع لمرحلة التثبيت، قد يسبقه تعليم يعوّض ما فات العميل في نشأته من مهارات اجتماعية وتوكيد للذات، ويشبه التدريب التخيلي عند بعض الرياضيين الأولمبيين (Foster & Lendl, 1995, 1996). ولا يُحاوَل قبل معالجة الماضي والحاضر. ويجري بالتحفيز الثنائي في ثلاث خطوات:

1. مشهد يتصرف فيه العميل بفاعلية، وهذا يمنحه ارتياحًا أوليًا.
2. «فيلم» كامل لتصرفه الفاعل، وهذا يكشف المخاوف والعوائق الباقية.
3. الفيلم نفسه في مواجهة تحديات، وهذا يعزز المرونة.

وتُعالَج العوائق بالمجموعات، وإذا ظهر معتقد سلبي استُكشف معناه، ثم عُزلت الذكريات المبكرة التي تغذيه وعولجت الذكرى الممثلة لها. وإلا قُوّي القالب حتى تبلغ صحة المعرفة سبعة أو ما يناسب بيئيًا، وتُقيَّم الآثار بالسجل ومراقبة السلوك.

إنهاء العلاج

تُخفَّض الجلسات مع استمرار السجل: بعد أسبوعين، ثم شهر، ثم ثلاثة أشهر. والمتابعة الممتدة مهمة لمن عاشوا إساءة طويلة، لأن معتقداتهم تقودهم إلى ظروف تعزز الشعور بانعدام القيمة. ومع النجاح يُتوقع «أثر متموج» (Ripple Effect) تنشأ فيه سلوكات تكيفية تلقائيًا، لكن الاستجابات الخارجية الجديدة قد تستثير شبكات أخرى، فقد يخاف العميل حين يُرقّى لأن معتقدًا مثل «إن نجحت سأُهجر» نشط للمرة الأولى، فتُعالَج ذكرياته.

ويُنهى العلاج حين تُعالَج مناطق الاختلال، ويعيش العميل نجاحًا وفرحًا، ويملك التعليم اللازم لاختياراته، ولا يكشف السجل مناطق جديدة مع تخفيف الجلسات. وقد يحتاج إلى التمييز بين «لا أستطيع» و«أفضّل ألا»، كمن عولج من رهاب الطيران ونفوره من المقعد الأوسط طبيعي. ويبقى الباب مفتوحًا دائمًا. ويستشهد الفصل بمحارب عولج من اضطراب ما بعد الصدمة ثم عاد بعد ست سنوات بذكريات مستجدة عن إساءة في طفولته، فعولجت في ثلاث جلسات. ويستخرج منها ثلاثة مبادئ:

1. لا يُفترض أن كل اختلال غير واعٍ قد حُلّ بعد عدد من الجلسات، فقد يبلغ العميل توازنًا مناسبًا لمرحلته دون انكشاف كل مصادر الاضطراب.

2. يُبلَّغ العميل بأن مادة أخرى قد تنهض وأن ذلك انكشاف طبيعي لا فشل، وتشبّهه المؤلفة بتقشير الخرشوف، لأن في قلبه لبًّا كما أن صحة العميل الأساسية سليمة في داخله.
3. يُمكَّن العميل من المراقبة الذاتية: أن يتخذ الرضا خط أساس، ويتنبه لأي معاناة ويحدد مصدرها ليقرر التدخل المناسب.

التدريب

تُستعمل مواد الفصول من الخامس إلى السابع في تدريب تحت إشراف قبل هذا الفصل وبروتوكولات الفصل التاسع، ولا تُستعمل مواد الفصل العاشر قبل اكتساب خبرة أساسية تستغرق من ستة إلى ثمانية أسابيع. ومن وجد عملاء «يدورون» رغم البدائل فليستعمل تمارين الإغلاق في الفصل التاسع، ولا يستأنف العلاج حتى يتلقى إشرافًا على المواد المتقدمة.

الفصل التاسع: بروتوكولات وإجراءات معيارية للحالات الخاصة

موقع البروتوكولات الخاصة

يُطبَّق العلاج عبر **البروتوكول الثلاثي** (three-pronged protocol) الذي فُصِّل في الفصل الثامن، ويعنى بكل مادة مختلة في الماضي والحاضر والمستقبل، أما البروتوكولات الخاصة في هذا الفصل فتوسّعه ولا تحلّ محلّه، وقد يحتاج العميل الواحد إلى عدد منها معا (صدمة ورهاب ومرض مثلا) داخل البنية الثلاثية. ويجرّبها المعالج أولا على أهداف محدودة لدى عملاء أكثر تماسكا خلال فترة الممارسة (من ستة إلى ثمانية أسابيع). ويذكّر الفصل بإيجاز بالمراحل الثماني ومعاييرها التي سبق تفصيلها في الفصول من الرابع إلى الثامن، وبأدوات الملحق (أ) لوضع خطة العلاج، وبقائمة الالتزام بالإجراءات (fidelity checklist) في الملحق (ج). والمبدأ الحاكم أن الأعراض التي ليست عضوية خالصة ولا ناتجة عن نقص المعلومة تقوم على خبرات مخزّنة غير معالجة، تُتتبّع إليها الصعوبات الحاضرة بالسؤال المباشر أو بـ**الطفو العكسي** (Floatback) أو **مسح الانفعال** (Affect Scan).

بروتوكول الحدث الصادم الواحد

يحدّد هذا البروتوكول أهداف معالجة حدث مؤذٍ بعينه، مع بقاء البروتوكول الثلاثي الكامل ضروريا لمن يعانون اضطراب ما بعد الصدمة. والأهداف إن وُجدت: ذكرى الحدث أو صورته؛ ومشهد الاسترجاع الاقتحامي (flashback) إن اختلف عنها؛ وصورة الحلم أو أشد مشهد في كابوس متكرر؛ والمثيرات الحاضرة؛ ثم قوالب مستقبلية إيجابية للمواقف المستثيرة.

البروتوكول القائم على الاضطراب

ثبتت فعالية العلاج في اضطراب ما بعد الصدمة بتجارب عشوائية كثيرة، ونال تطبيقه على غيره درجات متفاوتة من الدعم. وبما أن البحث يدعم كون الخبرات المؤذية المبكرة أساسا لاضطرابات كثيرة، يحدّد المعالج الخبرات التي تغذي أعراض الاضطراب كما يصفها الدليل التشخيصي (DSM) والتصنيف الدولي (ICD)، ويعالجها مع المثيرات الحاضرة، ثم يدمج قوالب مستقبلية بعد التعليم والنمذجة. ففي الاكتئاب تُحدَّد خبرات العار والعجز وانعدام القيمة؛ وقد أضافت تجربة عشوائية على الاكتئاب الكبير (Gauhar, 2016) أن يختار المشارك من قائمة للمعارف السلبية ما ينطبق عليه، ثم ذكرى مرتبطة بها تُعالَج. والأفضل الوصول إلى المعتقد السلبي بحوار علاجي، والقائمة عون حين يمنع الحوار اختلال انفعالي أو معرفي. وفي اضطرابات الشخصية والقلق توجّه خصائص كل تشخيص البحث عن الأحداث التي صاغتها، ثم تُجمَّع الذكريات وتُعالَج. وتميّز المؤلفة بين **خفض العرض** (symptom reduction) و**العلاج الشامل** (comprehensive treatment) الذي يقيّم الصورة السريرية كلها، فرديا وعلائقيا واجتماعيا.

البروتوكول القائم على العرض

معظم العملاء يأتون بأعراض متنوعة لا بتشخيص واحد. وإلى جانب تتبّع المشكلات الحاضرة إلى أهدافها، يفيد تحديد أشد عشر ذكريات إزعاجا للحصول على صورة عبر العمر، فقد يكون العميل قد طبّع تفاعلات أسرية مختلة. فإذا كشف تاريخ امرأة تشكو قلق العرض التقديمي عجزا عاما عن الحزم، اقتصر خفض العرض على قلق العمل، وعالج العلاج الشامل صعوباتها العلائقية أيضا.

بروتوكول القلق الحالي

يحدّد العميل: القلق المراد علاجه، وسببه الأول أو أقدم ذكرى مزعجة، والمواقف الحاضرة المستثيرة، والاستجابة المرغوبة، ويقدّر المعالج حاجته إلى نمذجة أو تعليم مهارات. ثم تُعالَج الأهداف بالترتيب:

1. الذكرى الأولى أو الأقدم التي تغذي الاختلال.
2. أسوأ الخبرات.
3. أحدث المواقف الحاضرة أو أكثرها تمثيلا، وكل موقف مختلف على حدة.
4. الإسقاط المستقبلي للاستجابة المرغوبة، مع مواقف صعبة لبناء المرونة.

ويقود السجل إعادة التقييم، ويُستهدف ما يظهر في الواقع بأسرع ما يمكن.

إزالة الحساسية بحركات العين (EMD)

إزالة الحساسية بحركات العين (EMD) هي الإجراء الذي طوّرته المؤلفة سنة 1987 واختبرته في أول تجربة عشوائية (Shapiro, 1989a). وتُستعمل اليوم في حالات محدودة لخفض الاستثارة أو زيادة الاستقرار: مع العملاء الأشد هشاشة في بداية العلاج أو في الطوارئ. والفرق أن المعالجة المعيارية تشجّع الترابط، أما EMD فتقلّله بالعودة إلى الهدف بعد كل مجموعة، فتناسب من قد يغمرهم الانفعال، ثم يُنتقل إلى المعالجة المعيارية بعد الاستقرار، وتسبقها دائما المرحلتان الأولى والثانية. وخطواتها: تقييم كامل للذكرى أو لجزء منها؛ ثم يحمل العميل الصورة والمعرفة السلبية؛ ثم مجموعات قصيرة (من 12 إلى 20 حركة) يمحو بعدها الصورة ويُسأل عما يلاحظه؛ ثم العودة إلى الهدف وأخذ درجة الضيق بعد كل مجموعة، مع تقصير المجموعات إن ظهرت ترابطات، والاقتصار على الصورة إن زادت المعرفة السلبية الضيق؛ حتى يبلغ الضيق صفرا أو ما يلائم بيئيا، ثم تثبيت المعرفة الإيجابية. وإذا توقف الهبوط: يُسقَط المعتقد إن لم يعد ملائما، ويُمسح أي اضطراب حسي آخر، ويُعالَج أي معتقد أو ذكرى متداخلة وحدها ثم يُعاد إلى الهدف، ويُركَّز على الأحاسيس الجسدية إن لم يهبط الضيق بعد مجموعتين.

بروتوكولات الأحداث الصادمة الحديثة

لاحظت المؤلفة بعد زلزال خليج سان فرانسيسكو (1989) أن معالجة جزء من ذكرى حديثة لا تتعمم على بقيتها، فاستنتجت أن الذكرى لم تتبلور بعد في وحدة متكاملة، وقدّرت بالملاحظة السريرية أن فترة **التبلور**

(consolidation) نحو شهرين إلى ثلاثة أشهر، تاركة تحديدها للبحث. ويُستدل على اكتماله حين يكفي التطبيق المعياري.

بروتوكول الحدث الحديث (Recent Event Protocol؛ Shapiro, 1995a) يُوصى به لصدمة فردية معزولة خلال الشهرين أو الثلاثة الأخيرة، تعقبها فترة أمان نسبي. وخطواته:

1. سرد للحدث، ومعاملة كل جانب منفصل منه هدفا مستقلا مع تثبيت معرفته الإيجابية.
2. استهداف أشد الجوانب أولا إن كان يشتت الانتباه، وإلا فالأول زمنيا، ثم البقية بالترتيب الزمني.
3. أن يتصور العميل الحدث كله مغمض العينين كتسجيل مرئي، ويتوقف عند كل اضطراب لمعالجته حتى يمر كاملا دون ضيق؛ وليس هذا تمرين الفصل التنويمي، فالمعالجة تقتضي ترابطا كاملا بالمادة.
4. تصوّره مفتوح العينين مع المعرفة الإيجابية، والتحقق من صدقها على كل «إطار».
5. مسح الجسد بعد معالجة كل الأهداف فقط.
6. معالجة المثيرات الحاضرة ودمج قالب مستقبلي لكل منها.

وإذا حالت الاستثارة دون التقييم المعرفي جاز اقتراح معرفتي «أنا في خطر» و«انتهى الأمر، أنا آمن الآن» مع ترك الاختيار للعميل. وينجز البروتوكول عادة في أقل من ثلاث جلسات دون فرض حد زمني، لأن الحدث قد يرتبط بخبرات أقدم من فقدان الأمان؛ فيقرر المعالج مواصلة القناة أو تأجيلها، ويجوز استعمال EMD إن كانت الترابطات مزعزعة. وإذا تجاوز الحدث ثلاثة أشهر بدأ ببروتوكول الحدث الواحد، مستعدا للانتقال إلى الممتد إن لم تتعمم المعالجة.

أما حيث لم تعقب الكارثة نافذة أمان فيُستعمل بروتوكولان آخران:

البند	PRECI؛ (Jarero, Artigas, & Luber, 2011)	R-TEP؛ E. (Shapiro & Laub, 2008)
المجال	حتى ستة أشهر بعد كوارث في أماكن لم تعد فيها الظروف طبيعية؛ يعيش العميل الأحداث المتتابعة صدمة واحدة متصلة	الأحداث الممتدة والطوارئ، بمفهوم «نوبة صادمة» تمتد إلى الحاضر
أبرز التعديلات	لا تُطلب المعرفة الإيجابية حتى يُعالَج التسلسل كله؛ وفي التثبيت يُسأل العميل عما يحصل بدل قياس الصحة بعد كل مجموعة؛ ثم يراجع التسلسل حاملا المعرفة ويُعالَج كل جزء تضعف فيه	يسرد العميل النوبة أثناء حركات عين متصلة بطيئة (نحو ذهاب وإياب في الثانية) للاحتواء، ثم تُعالَج «نقاط الاضطراب» واحدة واحدة، ثم تثبيت المعرفة أثناء مسح النوبة ومسح الجسد
أداة المعالجة	«عناق الفراشة» إن لم تُحتمل حركات العين، ويصلح جماعيا (Jarero & Artigas, 2010)؛ حركات العين أسرع، واللمس أقل استثارة للترابطات السلبية	EMD للاقتحامات، و«EMDr» المقيّدة بحدود النوبة لبقية النقاط، مع التوسيع أو التضييق بينهما إن لم يهبط الضيق بعد نحو ست مجموعات

البند	PRECI؛ (Jarero, Artigas, & Luber, 2011)	R-TEP؛ E. (Shapiro & Laub, 2008)
عند الإخفاق	يُعالَج الجزء المتبقي حتى تصدق المعرفة تماما	يرجّح الإخفاق أن صدمات أقدم تحجب المعالجة، فيُعرض البروتوكول المعياري بموافقة العميل

بروتوكول الرهاب

يميّز الفصل **الرهاب البسيط** (simple phobia)، وهو خوف من موضوع محدد مستقل عن أفعال العميل كالعنكبوت، من **الرهاب الإجرائي** (process phobia)، وهو خوف من موقف يقتضي أفعالا متتابعة كالطيران، فتجب فيه معالجة القرار والقلق الاستباقي في كل خطوة. والخطوات:

1. تعليم إجراءات ضبط الذات لمواجهة **الخوف من الخوف** (fear of fear).
2. معالجة: الأحداث السابقة أو المصاحبة، وأول مرة، وأشد الخبرات، وآخر مرة، والمثيرات الحاضرة، والأفكار الكارثية الاستباقية، والأحاسيس الجسدية ومنها فرط التهوية.
3. دمج قالب مستقبلي لفعل خالٍ من الخوف.
4. عقد اتفاق على الفعل إن كان مناسبا.
5. تشغيل «فيديو ذهني» للتسلسل كاملا ومعالجة ما يزعج فيه.
6. إتمام معالجة ما يظهر بين الجلسات.

والرابعة قد لا تناسب الرهاب البسيط، أما الخامسة والسادسة فلكل العملاء، لأن إزالة إدراك الخوف لا تتغلب وحدها على الاستعدادات التطورية أو المواجهة المفاجئة. ويتعلم العميل أن يرى ما يسميه خوفا أحاسيس جسدية قابلة للتغيير فينفصل عنها معرفيا، وإذا ظهر الهلع في الجلسة تُستهدف أحاسيسه بمجموعات متتالية، فمواصلتها عبره قد تبدّده. ولا يستجيب الرهاب قبل معالجة **المكاسب الثانوية** (secondary gain)، كخوف من الأفاعي يعفي عميلة من رحلات تخييم يفرضها زوج متسلط، ويُطمأن العميل إلى أن التخلي عن الخوف لا يُلزمه بنشاط. وترتيب المعالجة: الذكرى الأولى (مثيرات النشوء)، ثم أشد الحوادث (المثيرات المفاقِمة)، ثم أحدثها لأن مثيراتها قويت بـ**الإشراط من الدرجة الثانية** (second-order conditioning)، ثم كل مثير مستقل، وفي الرهاب المعمم حادثة ممثلة لكل موقف. وتضاف عند الحاجة معالجة **الومضات المستقبلية** (flashforwards؛ Logie & de Jongh, 2014): «صورة الكارثة» المتخيلة منبه داخلي يُعالَج كأي مثير حاضر بمعرفتي «أنا عاجز» و«أستطيع التعامل معه». وفي البسيط يُثبَّت القالب حتى ستة أو سبعة، وكثيرا ما يقف العملاء عند ستة لحاجتهم إلى خبرة مباشرة؛ وفي الإجرائي يُعقد اتفاق على الفعل خلال شهر، ويُعالَج كل جانب مزعج من الفترة المتخيلة حتى إتمامه. ويُستعمل **التعرض الواقعي** (in vivo exposure) هنا لاستثارة الخوف بحضور المعالج ليُعالَج، لا لإطالة البقاء فيه.

بروتوكول الحزن المعقد

فقد العزيز خبرة صادمة غالبا، والعلاج لا يزيل الحزن السليم ولا يعطل النمو، بل يتيح حدادا بسلام داخلي أكبر. وفي مرحلة الصدمة والخدر الأولى يُوصى بـ**الإسعاف النفسي الأولي** (psychological first aid؛ Solomon & Rando, 2007)، ثم لا مبرر للتأجيل ما دام العميل قادرا على **الوعي المزدوج** (dual awareness). والأهداف: لحظة إدراك الفقد؛ ومعاناة الفقيد وموته وما بعده؛ والصور المقتحمة، ومنها المتخيلة لدى من لم يحضر؛ والكوابيس؛ والمثيرات الحاضرة؛ ومسائل المسؤولية والفناء والخسائر السابقة. وكثيرا ما تحجب الصور السلبية الذكريات السارة، فتعود بعد معالجتها، وقد أشار البحث إلى زيادة الاستدعاء الإيجابي للفقيد بعد العلاج (Sprang, 2001). ومعالجة المسؤولية المناسبة ومخاوف العميل على سلامته جوهرية (Solomon & Shapiro, 1997)، وقد لا تظهر إلا أثناء المعالجة. ووضع حد زمني اعتباطي للحزن ينافي الصلاحية البيئية للشفاء الذاتي، فالانفعال المناسب يبقى رغم المعالجة، وتترك المؤلفة قرار التوقيت للعميل.

بروتوكول المرض والاضطرابات الجسدية

كثير من مرضى الجسد يعانون صدمة نفسية، وقد يكون الاعتداء على النفس أشد حين يُدرَك «المعتدي» جسد العميل نفسه. ومع أن المرض لم يعد حدثا من المعيار (أ) في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي، يلزم تقييم الطيف الكامل للأعراض. ونُشرت تجارب عشوائية على مرضى السرطان والتصلب المتعدد، ويُحتاج إلى مزيد من البحث. والبروتوكول مكمّل للرعاية الطبية لا بديل منها، وخطواته:

1. تعليم تنظيم الانفعال، ووضع خطة عمل للحاجات الواقعية.
2. استهداف الأفكار المقتحمة والمكاسب الثانوية.
3. معالجة الذكريات والمواقف الحاضرة والمخاوف المتعلقة بالقيود الجسدية والمسائل الاجتماعية والخبرات الطبية والألم المزمن.
4. «فيديو» للسنوات من واحدة إلى خمس مقبلة، ومعالجة ما يزعج فيه، ودمج قوالب إيجابية.
5. السجل والرعاية الذاتية، وعند الاقتضاء تصوّر مساعد بتمهيد معرفي ومعرفة إيجابية واستخدام ذاتي.

ومعالجة الأبعاد النفسية تؤدي عند كثيرين إلى هدوء جزئي أو كامل للأعراض الجسدية، وحين تكون العملية عضوية تُعدّ العوامل النفسية مفاقِمة ويكون الهدف جودة الحياة، إذ يرتبط الضغط والاكتئاب بانخفاض المناعة (Segerstrom & Miller, 2004). ولا تُعالَج الآثار النفسية قبل خطة العمل، إلا إذا كانت الشكوى أعراضا اقتحامية شديدة. ويُبحث عن الخبرات المؤذية المبكرة (Felitti et al., 1998)، وعن المرض عذرا مقبولا أو سبيلا وحيدا لتلقي الرعاية، وعن مسائل الأنظمة كحاجة الوالدين إلى العلاج في سرطان الأطفال، وأثر التعليقات غير الحساسة من العاملين الصحيين. ويُستهدف الخوف من الانتكاس بتقوية معتقد «أستطيع التعامل مع ما يأتي»، وإن كان الموت محتوما انصبت المعالجة على جودة الحياة والتصالح مع الأهل ومخاوف الموت. ويمكن إضافة تصوّر يستلهم تقنية سيمونتون (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 1992)، يُتخيل فيه الجهاز المناعي يقضي على الخلايا السرطانية، بصورة توافق معتقدات العميل. ويُستثنى هذا التصوّر من قاعدة عدم التحفيز الثنائي في البيت، لأنه

عولج مسبقا في العيادة. وتحذّر المؤلفة من أن يُفهم من تعبئة الموارد أن العميل مسؤول عن مرضه، فهذا مدمّر للعلاج.

حالات الألم

أفادت سلاسل حالات (Grant & Threlfo, 2002؛ Mazzola et al., 2009) وثلاث تجارب عشوائية (Gerhard et al., 2016؛ Maroufi et al., 2016؛ Rostaminejad et al., 2017) بنتائج إيجابية، ويرى بعض المراجعين (Ray & Zbik, 2001) أن الألم قد ينخفض جوهريا أو يزول، لا أن يُضبط فحسب كما في العلاج المعرفي السلوكي. ويفسّر النموذج ذلك بأحاسيس إصابة مخزّنة ذكريات غير معالجة، ومثالها الأوضح **ألم الطرف الشبحي** (phantom limb pain). وفي معظم الحالات ينخفض الألم جوهريا أو يزول في ثلاث إلى خمس عشرة جلسة. والأهداف: حدث الإصابة، وأول ظهور للألم، والذكريات المتعلقة بالإصابة والعجز وردود فعل الآخرين، وأحاسيس الألم نفسها، والمخاوف المستقبلية، وصورة الذات تجاه الإعاقة؛ مع تصوّر إيجابي ومعرفة تمنح التمكن، وتحفيز ثنائي ذاتي في البيت. والنهر الضوئي مفيد في الألم الحاد، وأفيد بأن حركات العين نفسها تساعد في ضبط الألم (Hekmat, Groth, & Rogers, 1994).

الاستخدام الذاتي للتحفيز الثنائي

لا يُوصى بتعليم العملاء حركات العين ذاتيا، إذ لا يُعرف بماذا يرتبط الهدف، والتفريغ يمنع إكمال المجموعات. لكنها تفيد المعالجين في تخفيف **الصدمة بالنيابة** (vicarious traumatization)، فإن ظهرت مادة منفصلة عن الوعي وجب طلب المساعدة. ومن وسائلها تحريك العينين بين نقطتين متباعدتين أو تتبّع نقطة متحركة كالبندول، ولا تصلح تطبيقات الهواتف لضيق شاشاتها. أما **عناق الفراشة** (Butterfly Hug؛ Jarero, Artigas, & Montero, 2008) فتربيت ذاتي متناوب على الصدر بذراعين متقاطعتين مع تنفس بطني بطيء، يُمارَس بحضور المعالج فرديا أو جماعيا، وفي صيغة التهدئة بمجموعات لا تتجاوز ست إلى ثماني حركات تحدّ الترابطات، فيجوز استعماله خارج العيادة في المراحل المتأخرة.

إجراءات الضبط الذاتي والإغلاق

لا يغادر العميل العيادة في وسط تفريغ، فيُعدّ إجراء إغلاق ويُجرَّب قبل المعالجة، والخبرة الناجحة فيه تعالج «الخوف من الخوف». والتنويم الذي يقوده المعالج لا يمنح فاعلية ذاتية، فيُعدَّل للاستعمال الذاتي. ومن الإجراءات:

- **المكان الآمن أو الهادئ** (Safe/Calm Place): بخطواته الثماني (الفصل الخامس)، مع تحفيز بطيء قصير (من أربع إلى ثماني حركات) لأن السريع قد يستثير ترابطات سلبية.
- **تنمية الموارد وتثبيتها** (RDI؛ Leeds, 1998؛ Korn & Leeds, 2002): يُوصى بها في اضطراب ما بعد الصدمة المركب، على إطار المكان الآمن، بموارد تمكن داخلية، أو علائقية (نماذج حقيقية أو خيالية)، أو رمزية (شخصية دينية أو رمز طبيعي)؛ تُقوَّى بمجموعات بطيئة (من ثماني إلى عشر حركات) ما دام الأثر إيجابيا، ثم كلمة إشارة، وتدريب مستقبلي.

- **التسجيلات الصوتية للتصور الموجّه** للاستعمال اليومي.
- **النهر الضوئي** (Light Stream): توسيع لتمرين يوغي (Levine, 1991)، تفيد تغذية التدريبات أنه يخفف الضغط في نحو 90% من الحالات؛ يصف العميل الإحساس بشكل ولون وحجم، ثم يتخيل ضوءا بلون شافٍ يتخلله حتى يتغير، ويُوقف إن لم يتغير شيء بعد المحاولة الثانية.
- **تحويل التنفس** (Breathing Shift): إعادة نمط التنفس المصاحب لذكرى سارة عمدا لتبديد ضيق خفيف.
- **حركات العين العمودية**: أثرها مهدئ، تُستعمل مع عبارات احتواء لإغلاق جلسة ناقصة.

الاستخلاص وتقييم السلامة

يلزم في كل إنهاء استخلاص وافٍ: السجل، والاتصال عند اضطراب زائد، لأن المعالجة الناقصة تستمر بين الجلسات بضيق أعلى؛ وقرار مستنير بشأن القيادة، ولا يغادر غير القادر حتى يُرتَّب نقله؛ ومساعدة شديد القابلية للتنويم على استعادة الاتصال بجسده. ويختم الفصل بأن البروتوكول الثلاثي إلزامي حين تكتمل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

الفصل العاشر: التداخل المعرفي، استراتيجية استباقية للعمل مع العملاء الصعبين

التعريف ودواعي الاستخدام

التداخل المعرفي (cognitive interweave) استراتيجية طوّرتها المؤلفة لتشغيل المعالجة المتعطلة لدى عملاء شديدي الاضطراب، بإدخال مادة يقدّمها المعالج أو يستثيرها، بدل الاعتماد على العميل وحده. ويقدّم المعالج أسئلة أو تعليمات تستدعي أفكارا أو أفعالا أو انفعالات أو صورا «تنسج» الشبكات العصبية المناسبة. ودواعيه أربعة:

1. **الدوران** (looping): ضيق عالٍ وأفكار وصور سلبية متكررة رغم المجموعات وبدائل الفصل السابع.
2. **نقص المعلومة**: لم يمنح التعليم أو الخبرة العميل ما يلزمه للتقدم.
3. **غياب التعميم**: هضبة إيجابية في هدف لا تنتقل إلى الأهداف المرتبطة.
4. **ضغط الوقت**: تفريغ في الثلث الأخير من الجلسة، أو هدف متعدد المعارف السلبية لا يكفيه ما بقي.

ويُستعمل باقتصاد، لأن أقوى التغييرات تنبع من داخل العميل وتعزز فاعليته، وبعد أن يألف المعالج المنهج الأساسي بالممارسة تحت الإشراف، وبعد التحقق من أن التعطل لا يرجع إلى نقص في التهيئة، أو في الوصول إلى حالات إيجابية، أو في الأمان وفهم المعالجة، أو إلى مكاسب ثانوية أو **معتقدات حاجزة** (blocking beliefs).

الأساس النظري

المادة المختلة محفوظة في شبكة عصبية بصيغة **مرتبطة بالحالة** (state-specific)، وفي صدمة الطفولة تحتفظ بمنظور الطفل معزولا عن المعلومات اللاحقة التي تكوّن منظور الراشد. والجلسة الناجحة تصل الشبكتين، فتُوضع المادة في الماضي ويُصرَّف الانفعال وتتعمم المعارف التكيفية. ويحدث هذا عادة تلقائيا، كقطار يمدّ سكته من محطة إلى أخرى، فإذا تعطل مدّ المعالج السكة عمدا باستثارة عقد معلومات قائمة أو بإدخال معلومة جديدة، ومتى قبل العميل ولو احتمال المنظور التكيفي أضاف مجموعة، ثم عاد إلى المعالجة التلقائية. وأيا كان عدد التداخلات فهي قناة واحدة، ولا تكتمل المعالجة قبل إعادة استحضار الهدف ومعالجة قنواته كلها.

المسؤولية والأمان والخيارات

يحاكي التداخل الناجح التحول التدريجي التلقائي، وتواجه ضحايا الصدمة ثلاث قضايا دلّت آلاف الجلسات على أن معالجتها بهذا الترتيب جزء من النجاح:

الهضبة	من	إلى
المسؤولية	«أنا شخص سيئ»	«فعلت ما في وسعي»

الهضبة	من	إلى
الأمان	«أنا في خطر»	«انتهى الأمر، أنا آمن الآن»
الخيارات	«لا سيطرة لي»	«بصفتي راشدا، أستطيع أن أختار»

ويستثير المعالج الهضبة الأولى بـ**سؤال مسبار** (probe question) من قبيل «مسؤولية من؟». ومثال الفصل عميلة تعرضت لتحرش عمّها في طفولتها، ولها أب يوجّه إليها تعليقات جنسية غير لائقة؛ تعطلت معالجتها عند ذكرى إذلال من رجل، فسُئلت عن مسؤولية من أنها تعلّمت كبت غضبها، فنسبتها إلى عمها وأبيها، ثم ظهرت هضبتا الأمان والخيارات تلقائيا، ووردت كلمة «راشدة» على لسانها لا على لسان المعالج. وتفسّر المؤلفة ضرورة الهضبة الأولى بمرحلة **التمايز الشخصي** (personal differentiation): فالضحية التي تتماهى مع فعل المعتدي أو تعتقد أنها سببته يبقى الخطر مستبطَنا فيها، فإذا وُضعت المسؤولية على المعتدي تحوّل الرعب إلى خوف، وانفتحت هضبة الأمان ومعها التعبير عن الغضب، ثم هضبة الخيارات بمركز تحكم داخلي.

ملاءمة التدخل للعميل

إذا لم يستدعِ السؤال المسبار الجواب، حاور المعالج العميل حتى يبدي فهما ولو مترددا، ثم أضاف مجموعة قصيرة عمدا (24 حركة) ليعرف سريعا هل كان التدخل ملائما. فإذا طُبقت الإجراءات بلا **خصائص طلب** (demand characteristics) كبيرة وكانت المعلومة دقيقة استُوعبت، وإلا رُفضت وبقي العميل مضطربا. واعتراضاته منتجة: تُعالَج إن كانت معتقدات حاجزة، ويُشرح إن كانت نقص فهم، ويعترف المعالج إن كان مخطئا. وتُقال الدعوة إلى التفكير في المعلومة بنبرة اقتراحية لا آمرة، ويلزم انفتاح يتيح للعميل البوح بتردده دون شعور بخيانة أسرته، مع طمأنته إلى بقاء صلاته المناسبة بوالديه. ولا تُعدّ معلومة مدمجة ما دام حملها يصحبه خوف أو توتر جسدي.

خيارات التداخل

1. **المعلومة الجديدة**: تعليم في النمذجة أو الضرورات الفسيولوجية، كشرح الطبيعة التلقائية للاستجابات الجسدية أثناء الإساءة، ثم مجموعة؛ فالمعرفة السلبية صياغة لفظية لانفعال مخزّن، وكلاهما يتحول حين تُستأنف المعالجة.
2. **«أنا مشوَّش»**: يعيد المعالج عبارة لوم الذات بنقلها من الشخصي إلى العام لتنكشف المغالطة، كأن يسأل هل تتسبب طفلة في الخامسة في اعتداء راشد عليها.
3. **«لو كان طفلك؟»**: يُسأل العميل هل كان سيحمّل طفله الذنب في الموقف نفسه، وقد نجح مع محاربين قدامى، وكثيرا ما يفتح رعاية للذات تحوّل صورة «الطفل السيئ» إلى «الطفل الخائف».
4. **الاستعارة والحكاية**: قصص وتاريخ وسيرة المعالج تتبعها مجموعة.
5. **«لنتخيل»**: تصور بديل إيجابي غير ملزم، كما يقوله العميل للمعتدي، أو فرق الطول بينهما في ذلك العمر.

6. **الطريقة السقراطية** (Socratic method): أسئلة سهلة تقود إلى نتيجة منطقية، بروح استكشافية لا مبارزة، فأي إيحاء بالتلاعب يضر.

وأيا كان الخيار، لا تكتمل الجلسة حتى يستحضر العميل المادة الأصلية دون اضطراب.

هضبة الأمان والتعبير

بعد هضبة المسؤولية قد تمضي المعالجة تلقائيا، أو يطرح المعالج سؤالا مسبارا للأمان، ولذلك يعرف مبكرا مكان المعتدي وحاله: فإن كان ميتا أو بعيدا سأل هل يستطيع إيذاء العميل الآن، وإلا استعمل الطريقة السقراطية أو المقارنة بين الحاضر والماضي. وبعد زوال الخوف يشيع الغضب أو الاشمئزاز، فيُشجَّع العميل على مخاطبة المعتدي، أولا في ذهنه ثم بصوت مسموع، ويكرر الكلمات مع المجموعات حتى تُقال بثقة، ويُعطى إذنا كاملا بالتعبير دون توجيه، فالنقاش المنطقي هنا لا ينفع. ومن الحيل أن يتخيل دفاعه عن صديق ثم يضع نفسه موضعه. وقد يكون الانفعال المكبوت حزنا، وكل إحساس يمثل حركة مكبوتة يُشجَّع على أدائه أثناء التحفيز. وما يميّز هذا عن تقنيات الجشطالت، في رأي المؤلفة، هو المجموعات.

هضبة الخيارات والتعليم

المطلوب حل انفعال الماضي وتمكين العميل من قوة الراشد، كأن تُعرض على عميلة تخاف الرجال عبارة «بصفتي راشدة، أستطيع أن أختار من أكون معه». ويلزم غالبا تعليم المهارات الاجتماعية والحزم بالشرح ثم التخيل ثم المجموعات. ولا يبدأ القالب المستقبلي قبل أن تقارب درجة صحة «أستطيع أن أختار» سبعة، ويُعالَج كل معتقد حاجز يمنع ذلك، أما الوقوف عند ستة لقلة الخبرة فرد مناسب بيئيا يقتضي التعليم. وإذا نهضت ذكرى مزعجة صارت هدفا وعُلّق التعليم. ويتيح التداخل إدماج مهارات المعالج كالفن والحركة ضمن الإطار المعياري، ثم يُتمَّ البروتوكول كاملا بالتثبيت ومسح الجسد والاستخلاص.

الممارسة تحت الإشراف والخلاصة

لا يُستعمل هذا الشكل الاستباقي قبل إتقان الإجراءات المعيارية ومعرفة استجابات العملاء لتدخلات الفصلين السابع والتاسع. وفيما عدا الحالات الأربع يمتنع المعالج عنه، لأن الأجوبة النابعة من العميل أقوى تمكينا، وهو مع ذلك إلزامي مع كثير من العملاء شديدي الاضطراب، شرط أن يستعمله معالج يقبل رفض اقتراحاته ويعترف بخطئه، لأن المعالجة كما تقول المؤلفة لا تبطل إدراكا صحيحا ولا تضيف ما ليس مناسبا.

الفصل الحادي عشر: فئات مختارة من العملاء

نطاق الفصل

لا يقدّم الفصل بروتوكولاً جديداً لكل فئة، بل خطوطاً لصياغة الحالة وإدارتها استخلصتها المؤلفة من آلاف الجلسات، تعين على اختيار الأهداف وبناء التداخلات المعرفية. ويبدأ بمسائل عدم الالتزام، ثم يتناول الصدمة المركّبة، وضحايا الاعتداء الجنسي، والمحاربين القدامى، والناجين من الكوارث، والأزواج، والأطفال، وذوي الإدمان، والاضطرابات الانفصالية. و**التداخل المعرفي** (cognitive interweave) (الفصل العاشر) ضروري مع معظم ذوي الصدمات المتعددة.

والتحفظ الأول أن المعالجة لا تناسب كل عميل في فئة ما، فمعايير الاختيار (الفصل الرابع) تمنعها مع بعض ضحايا الصدمة. ولأن نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP) يردّ الاختلال إلى الخبرة، فلا يُفترض أن تحلّ الاضطرابات ذات الأساس العضوي أو الكيميائي الحيوي، ومن المستبعد أن تكون العلاج الأول لاكتئاب داخلي المنشأ محض؛ غير أن العوامل الخبرية المسهمة في أي اضطراب قد تقبل المعالجة، فالتقييم الفردي أهم من التشخيص. والقاعدة الحاكمة: لا يستخدم المعالج EMDR مع فئة تخصصية لا خبرة له بها دون استشارة.

مسائل عدم الالتزام

العلاج متمركز على العميل ويسير بإيقاعه، وتقترح المؤلفة ستة مبادئ للتعامل مع المقاومة:

1. حدود قدرة المعالج ليست حدود العميل: كثير مما يُسمّى مقاومة قصورٌ في نموذج المعالج أو تدخلاته. والأثر الكامل يقتضي علاقة تسمح بإعادة اختبار الصدمة بارتياح، وأهدافاً دقيقة مرتبة، وبصيرة لإتمام المعالجة، وتعليماً لمهارات المواجهة، ونمذجة عند الحاجة. ولأن معظم العمل يجري في الجلسة، فاستمرار المقاومة، في غياب مثيرات واقعية غير معالجة، يدل على جمود المنهج.
2. الأهداف مشتركة: تكون أسباب إعادة اختبار الألم مقبولة للعميل، وتُناقش عواقب عدم الالتزام صراحة، ويقيّم المعالج واقعية أهداف العميل.
3. عدم الالتزام جزء من المرض يُعالج ولا يُشترط زواله قبل العلاج. ومن أسبابه الخوف من الفشل أو النجاح أو إنهاء العلاج، ولا تقدّم ما لم تُحدَّد المكاسب الثانوية وتُعالج.
4. ترتيب الأهداف: الأقدم أولاً داخل عنقود الأعراض، مع العناية بالذكريات المغذّية (feeder memories) وبالمعتقدات الحاجزة (blocking beliefs)؛ والمخاوف الواقعية، كفقدان إعانة العجز، تحتاج خطة عملية قبل الاستهداف.
5. قد يقوم عدم الالتزام على خبرات مبكرة (معتقدات روحية، أو ولاء للوالدين بمشاركتهما الألم، أو حاجة إلى التحكم في الآخرين)، فتُستهدف ذكرياتها أولاً، ثم المثيرات، ثم قالب مستقبلي.

6. المرونة: سجل التغذية الراجعة (log) أكبر مصادر عدم الالتزام بعد رفض العلاج نفسه، ويمكن جعل مقاومته هدفاً للمعالجة. ولا يُعدّ العلاج ناجحاً إلا بتغير سلوكي خارج العيادة.

الصدمة المركّبة

صدمة الراشد قد تنشّط إساءة أو إهمالاً طبّعه العميل منذ الطفولة، فلا يكفيه العلاج القصير من ثلاث جلسات الذي تدعمه البحوث للحدث المنفرد؛ ولذا يلزم تاريخ عيادي جيد لكل عميل. ولا يتضمن DSM هذا التشخيص، لكن ICD-11 يقترح فصل **اضطراب ما بعد الصدمة المركّب** (Complex PTSD) عن اضطراب ما بعد الصدمة (Maercker et al., 2013): فهو أعراض الأخير مضافاً إليها اضطراب واضح في تنظيم الانفعال، ومفهوم الذات، والعلاقات.

وتصير العلاقة العلاجية هنا ضرباً من «إعادة الرعاية الوالدية» (re-parenting) تقدّم حلاً تكيفياً لخبرات التعلق، لأن الذكريات تحمل انفعالات ومعتقدات تكوّنت مع راشدين جرحوا بدل أن يحموا. ولأن هؤلاء العملاء يأتون بذات غير متماسكة وانفعالات متقلبة، يحتاج المعالج نفسه إلى مهارات تنظيم ذاتي ومراقبة لردود فعله.

وتُنفَّذ المراحل الثماني والبروتوكول الثلاثي كاملة مع مرونة في التسلسل، ومرحلة التاريخ أبطأ وأوسع. وتُقاس الجهوزية بقدرة العميل على التنظيم الذاتي وعلى إبقاء **الوعي المزدوج** (dual awareness)، أي تحمّل انفعالات الذكرى وأحاسيسها دون أفعال دفاعية كالانفصال وإيذاء الذات والإدمان والتجنب. ويُستعان باستبيان خبرات الطفولة الضارة (الملحق A)، وبتقييم الانفصال والاستثارة وتحمّل الانفعال ومفهوم الذات والعلاقات. وفي التهيئة تُعلَّم تقنيات الاسترخاء وتغيير الحالة، كالمكان الآمن و**تنمية الموارد وتثبيتها** (Resource Development and Installation, RDI) (Korn, 2009; Korn & Leeds, 2002). لكن تاريخ الإساءة الطويل لا يفرض تهيئة طويلة على الجميع، ولا تؤجَّل المعالجة حتى يخلو العميل من الاضطراب، لأن الذكريات غير المعالجة هي سبب اضطرابه؛ فيُبدأ متى استطاع استخدام تقنية تنظيم والبقاء حاضراً عند استحضار ذكرى مزعجة. ويُستحسن، إن أمكن، العلاج في أيام متتالية عند المعالجة الأولى لذكريات الطفولة الشديدة.

وخلافاً للمعتاد، يُفضَّل مع كثيرين البدء بصدمات الرشد الحديثة أو بالمثيرات الحاضرة لأنها أقل شحنة، مع جواز EMD لتقطير الخبرة تدبيراً مؤقتاً. ثم تُستهدف خبرات الطفولة، ويمكن تجزئتها «إطاراً إطاراً» كما في بروتوكول الحدث الحديث. والرسالة التي ينقلها المعالج، بعبارة المؤلفة: «إنها مادة قديمة، وأنت مسيطر، وأنا هنا معك». ويعمل المعالج **منظِّماً مشاركاً** (co-regulator)، يستعد لاستراتيجيات المعالجة المتعثرة (الفصل السابع) وللتداخل المعرفي لدعم التنظيم الآني والإصلاح النمائي، ثم يكمل بقوالب مستقبلية لعلاقات مُرضية لم يعرفها العميل.

ضحايا الاعتداء الجنسي

الأهداف: EMDR لم تُصمَّم لإظهار ذكريات بصرية، والتحقق من وقوع الإساءة ليس هدفاً علاجياً مناسباً؛ وتدل الملاحظة العيادية على أن نصف العملاء فقط، حتى مع أعراض كاملة، تظهر لديهم ذكرى بصرية. فيتركز العمل على الأعراض، ويُتفق مسبقاً على قبول تخفيفها دون يقين تام بسببها، وإلا فلا تُعرض EMDR علاجاً وحيداً. ومن تتذكر

الإساءة وتصرّ على حصر العمل في الحاضر يُرجَّح ألا تُستخدم معها المعالجة، لأن تلك الذكريات قد تظهر من شبكة الهدف نفسها.

الجهوزية والبنية: مع أزمات حاضرة يُقلَّل العمل على الصدمات المبكرة، ويُلجأ إلى تنمية الموارد أو EMD. والتهيئة الدقيقة شرط لاحتمال ظهور استجابات جسدية وخوف شديد وذكريات منفصلة، وإلا قد يقطع العميل المعالجة وسط **التفريغ الانفعالي** (abreaction)؛ ويُفحص احتمال الاضطراب الانفصالي. ويمتد تقييم الأمان إلى التحفيز نفسه، فقد تُستبدل بالأصابع أداة أو تحفيز لمسي أو سمعي، ويُجلس المعالج أبعد. وتُلتزم البروتوكولات المعيارية، وتُستهدف الذكريات القديمة المحددة أولاً لأنها الأرجح معالجةً كاملة وأكثر انضباطاً من استهداف يأس منتشر.

الإدماج: لا ينتقل المعالج إلى ذكريات جديدة قبل معالجة ما استُثير وتردداته (كحزن لم يُعش على وفاة أب ظهر بعد أسبوع)، ويخفّف الضغط إن كشف السجل ضيقاً كبيراً. ولا يفسّر شذرات الذاكرة، ويُنصح العميل بألا يحكم على «الحقيقة الموضوعية» لذكرى ظهرت ولا يواجه المعتدي قبل استيعاب آثار العلاج، لأن الذكريات تُخزَّن شذرات قد تضلل، والحاجة إلى المواجهة تبلغ ذروتها قبل أن تُستقلب الذكرى.

الهضبات والمراحل الانفعالية: يُستعمل التداخل المعرفي لإرساء هضبات المسؤولية المناسبة والسلامة والخيار، وقد يعين العميل على أن يجد للمأساة معنى فيما أكسبته من حساسية لألم الآخرين؛ ويُستهدف الإحساس بطفولة ضائعة إن ظهر. وتمر المعالجة عادة بمراحل: مادة منكرة أو منفصلة، ثم ذنب وعار، ثم حنق وغضب وحزن، ثم قبول وربما غفران. والغضب مرحلة لا غاية، فلا تُنهى الجلسة عند ظهوره، بل يُستهدف ويُدعى العميل إلى النطق به أثناء المجموعات، وتُعدّ صور الانتقام حنقاً طفولياً يُلاحَظ بأمان؛ وقد يغني ذلك عن مواجهة عبثية. فإن بقي غضب غير معطِّل بعد المجموعات المتتالية عُدّ سليماً بيئياً وثُبّت معتقد ملائم. أما الغفران فلا يُفرض ولا يُشترط للشفاء، لأن الإصرار عليه قد يصدم العميل، بل يُترك ليظهر تلقائياً إن حان.

الذاكرة: التنويم وقابلية الخطأ

لأن بعض المعالجين يستعملون التنويم والتخيل الموجه بلا تدريب كافٍ فيلوّثون الذاكرة، يُقصر استخدام EMDR على مختصين مرخّصين مدرَّبين تحت إشراف. وتفاعل التنويم مع EMDR لم يُبحث منهجياً (Shapiro, 2001): فالغيبوبة الخفيفة (light trance) استُخدمت للتثبيت وإغلاق الجلسات مع عملاء انفصاليين، أما العميقة فقد تكون ممنوعة لأن الحالة الفسيولوجية المتغيرة تعيق المعالجة الكاملة، ويُعاد الاستهداف بعد استخدامها كما بعد إيقاف الدواء. وإذا لم تُحدث الذكريات أثرها المتوقع وجب فحص أوسع للانفصال وللإيحاءات التنويمية المزروعة. والتنويم في أي مرحلة قد يُفقد العميل، في محاكم كثيرة، حقه في مقاضاة المعتدي.

والذكرى الظاهرة أثناء المعالجة قد تكون تمثيلاً رمزياً، أو حدثاً عيش بالنيابة، أو نتيجة خدعة من معتدٍ متنكر، أو صحيحة. ومثال ذلك عميلة احتفظت منذ طفولتها بصورة اغتصابها على يد «الشيطان»، فلما عولجت لاحظت أن القرنين من البلاستيك وتعرفت صوت صديق لأبيها (Young, 1992)؛ ولو أتقن المعتدي التنكر لما انكشفت الخدعة. ويدخل هنا **التأثر بالصدمة بالنيابة** (vicarious traumatization) (Figley, 1995)، إذ قد تُنتج قصص سُمعت في الطفولة أعراضاً كاملة، وقد تنتج أعراض توحي بإساءة جنسية عن صدمة لا صلة لها بالجنس. ولذلك يتبع المعالج

ولا يقود: لا يطلب التفاصيل ولا يفسّر، ويُعلّم العميل قابلية الذاكرة للخطأ دون انتقاص من خبرته، ويشجعه على البحث عن دليل مؤيد إن أراد، ويركز على الأعراض الحاضرة لأن اليقين قد يكون مستحيلاً. ومع الاشتباه في إساءة واسعة أو طقسية يلزم فحص دقيق للاضطراب الانفصالي.

المحاربون القدامى

تلاحظ المؤلفة أن أشد ذكريات المحاربين إيلاماً كثيراً ما تكون مواقف فشلوا فيها في إنقاذ أحد أو يرون أنفسهم مسؤولين عن موته، فمعاناتهم قائمة على حسهم الأخلاقي. ومع دراسات مضبوطة عدة (الفصل الثاني عشر)، فإن تجربة عشوائية مضبوطة واحدة فقط قدّمت اثنتي عشرة جلسة كاملة (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998)، ولم يعد 78% من المشاركين فيها مستوفين للتشخيص بعد العلاج وفي متابعة تسعة أشهر، دون أي انسحاب.

الإطار: المفتاح أن يجد المحارب حله هو، فمحاولة «قيادته» تصطدم بحاجته إلى التحكم؛ وقد يكون أشد ما يؤلمه أنه نجا لا ما فعل. ويُفحص **اضطراب ما بعد الصدمة دون العتبة** (subthreshold PTSD)، وعلاجه بالبروتوكول نفسه. ومع المسنّين تُراعى الحالات القلبية والتنفسية ويُستأذن الطبيب، وقد يلزم ضبط الإيقاع أو، نادراً، الاستبعاد لخطر التفريغ على الصحة. ولأن معدل التسرب مرتفع، يُهيَّأ المحارب لشدة المعالجة ويُشرح له أن أعراضه تخضع لقوانين السبب والنتيجة، ويُنبَّه إلى أن ذكريات غير عسكرية قد تظهر وأنها جزء من العمل لا خطأ فيه.

المكاسب الثانوية والمخاوف: تشمل هوية المحارب، والاتكاء على صدمة الحرب تبريراً للإخفاق، واليقظة التي تمنح أماناً، وتعويضات العجز من إدارة المحاربين القدامى؛ فإزالة الأعراض قد تهدد رزق الأسرة، ومن لم يقيّم ذلك ويضع خطة واقعية عطّل الأثر. ويُطمأن المحارب إلى أنه لن ينسى القتال ولا رفاقه الموتى، وأن استجابته للخطر الحقيقي لن تنقص، وأن صلته برفاقه، وهي أعمق خبرة ترابط عند كثيرين، باقية.

الإصابة الأخلاقية: قد تكشف المعالجة لأول مرة مسؤولية فعلية أنكرها المحارب. و**الإصابة الأخلاقية** (moral injury) متميزة عن اضطراب ما بعد الصدمة، تتوزع على درجات بلا عتبة فاصلة، وتنتج عن انتهاك قيم المرء بارتكاب أفعال تخالف معتقداته أو مشاهدتها أو العلم بها (Litz et al., 2009)، ويغذي عارها معتقدات حاجزة مثل «أنا وحش». ومرحلة الإقرار هشة يخاطر فيها المحارب بترك العلاج، فيعينه التداخل المعرفي على المسؤولية المناسبة (صغر سنه، والتدريب، والفوضى، والعقاقير، والغضب)، مع مبدأين: لو كان سيئاً كما يظن لما تألم، وألمه لا ينفع من أُصيبوا بل يمنعه من فعل النافع. ومن الأسئلة المفيدة ماذا كان سيقول لجندي آخر مرّ بالتجربة. وتفيد جلسات التسعين دقيقة والعلاج في أيام متتالية (Hurley, in press)، وأفعال تكفير تنفع الآخرين توازن «الميزان الأخلاقي» (Silver & Rogers, 2002).

الغضب: نوبات الغضب تهدد الزوجة والأبناء والزواج، ويُشرح للمحارب أن المعالجة ستستنزف «بركة الغضب» المرتبطة بالحرب، مع تقنيات ضبط الذات (الفصل التاسع) والمكان الآمن، لأن جزءاً من اعتلاله حاجة دائمة إلى اليقظة.

الصدمة الجنسية العسكرية (Military Sexual Trauma, MST). مضاعفة الإيلام لأن البيئة العسكرية تقوم على ثقة وترابط عاليين، فتنتهك الثقة ومفهوم الذات معاً، وتفاقمها خبرات الطفولة الضارة. ويفيد تهيئة العميلة لاحتمال شعورها بالعار في نهاية الجلسة الأولى (Hurley, 2016b). ومع أعراض الصدمة المركّبة يُبدأ بعدد أقل من مرات التحفيز الثنائي في المجموعة (20 إلى 25)، ولا يُزاد إلا مع قدرة العميل على الحضور وضبط الذات.

التداخل المعرفي والحزن: تنطبق هضبات المسؤولية والسلامة والاختيار، ومن أنجح الصيغ سؤال المحارب عما كان يريده لابنه أو لابن أخيه في موقفه، ولمن يعاني خوفاً متجمداً تداخل يستدعي «انتهى الأمر، أنا آمن الآن». وتواريخ ذكرى الرفاق القتلى تثير تغيرات مزاجية سنوية، وتُعالج بالبروتوكول الثلاثي أو بمقاربة «إطاراً بإطار» يتوقف فيها العميل عند كل اضطراب ويُحفَّز حتى يزول (Schwartz، في Silver & Rogers, 2002). أما **الحزن المعقّد** (complicated grief) فينشأ لأن المسعف يكبت غضبه وجندي المشاة يتكئ عليه، والغضب غير المعالج يُبقي الحزن غير معالج؛ ويفيد في التاريخ معرفة قواعد الأسرة الأصلية في الموت والانفعال. والعمل مع هذه الفئة يقتضي قراءة متخصصة وإشرافاً.

الاستجابة بعد الكوارث

اتسع استخدام EMDR عالمياً بعد الكوارث الطبيعية والحروب والتهجير، و**تدخلات EMDR المبكرة** (Early EMDR Interventions, EEIs) (الفصل التاسع) تخفض الاستجابات الحادة سريعاً وتقي من مشكلات لاحقة. ويلخص القسم توصيات زملاء من خمس قارات (EMDR Research Foundation, 2014, 2015). ونحو 33% ممن عاشوا حدثاً صدمياً تستمر أعراضهم ثلاث سنوات أو أكثر (National Institute for Clinical Excellence, 2005)، ولصعوبة التنبؤ بمن سيتعافى يُقترح فرز واسع. ويعمل المعالج ضمن فريق منظم بتسلسل قيادي، ويوضّح حدود العقد العلاجي، ويحفظ سجلات دقيقة لمن يخلفه في النوبة التالية.

المرحلة الزمنية أو العلاجية	ما يتغير ولماذا
أول 48 ساعة	إجراءات التثبيت في موقع الحدث أو الخيام أو المدارس أو الطوارئ، بعد تمييز المستثار، والمنفصل الذي يبدو عالي الأداء، والمتجمد في رعب صامت
بعد نحو 48 ساعة	البروتوكول الثماني لمن استقر، بموافقة موقّعة وعدد جلسات محدد، وحصر العمل في الحدث ومثيراته ومخاوفه المستقبلية؛ مقياس موجز مثل «مقياس أثر الأحداث المنقّح» (IES-R) قبل التدخل وبعده؛ حساسية ثقافية للفرق القادمة من الخارج
التاريخ	موجز يشمل الأطراف الثلاثة والعلاج السابق والخطر المباشر؛ الذاكرة لم تترسخ فتُروى ذكريات متتابعة؛ الصدمات السابقة قد تنشّط مواجهة مختلة كزيادة الكحول
التهيئة	تعليم بأن الاستجابات طبيعية، ومكان آمن متى أمكن، وإلا فتأريض أو تمارين «العناصر الأربعة» (E. Shapiro, 2007) لأن كلمة «آمن» قد تثير الاستثارة

المرحلة الزمنية أو العلاجية	ما يتغير ولماذا
التقييم وإزالة الحساسية	قد يتعذر استخراج المعتقدات، فالغاية تنشيط الذكرى وخط أساس تقديري؛ احتواء المعالجة في الحدث، وقد تُستعمل EMD وEMDr بالعودة إلى الهدف بعد كل مجموعة؛ الذنب شائع ويحتاج تداخلاً معرفياً، ويمكن تفسير ذنب الناجي بأنه محاولة العقل استعادة الأمان بتخيل ما كان سيمنع المأساة
التثبيت ومسح الجسد	يستعرض العميل الخبرة كفيلم مع معتقد مثل «انتهى الأمر»؛ الأعراض الجسدية قد تكون آخر ما يزول لأن التنشيط الجسدي جزء من استجابة الطوارئ
الإغلاق	تثبيت إن لم تكتمل المعالجة أو استمرت الأحداث، وأسئلة عملية عن الساعات القادمة تعيد التحكم في الحاضر

وأعضاء الفريق شهود على صدمة الناجين، فيُقيَّمون للصدمة بالنيابة ويُعالجون فردياً أو ببروتوكولات الأحداث الحديثة الجماعية (الفصل الثاني عشر)، ويحتاج المعالجون المحليون الناجون إلى معالجين لم يتعرضوا للحدث.

الأزواج

للاستخدام هدفان: دعم الشريك للعميل الذي يعالج ماضيه، ومعالجة مشكلات العلاقة الناشئة عن صدمات قديمة أو كرب زوجي حاضر (Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007)، ولا يعالج الأزواج إلا معالج له خلفية في العلاج الأسري أو الزوجي. وإذا طلب العميل حضور شريكه أفاد لقاء مشترك لتحديد دوره داعماً لا عميلاً ولا معالجاً، ووضع الحدود والسرية، وقد تكفي جلسات مشتركة للتعليم، أو تلزم الإحالة إلى إرشاد زوجي (Kaslow, Nurse, & Thompson, 2002). وحضوره جلسات المعالجة نفسها يقتضي حذراً، لأن العميل قد يرشّح تعبيره أو يخاف رد فعل الشريك فينفصل أو يهوّن من اضطرابه، فتقصر المعالجة ويُعاد إنتاج الصدمة.

ولأن EMDR تخفض التفاعلية، وهذا يؤثر في نمط التعلق (Wesselmann & Potter, 2009)، فهي تغيّر العلاقات. وتُخصَّص الجلسة المشتركة الأولى للاتفاق على الغاية، فإن أقرّ الطرفان بالمحبة صار كل اضطراب لاحق «نداءً من أجل الحب». ثم تُعالج المظالم المتراكمة، في جلسات مشتركة أو فردية بحسب الزوجين، والمثيرات الحاضرة كنبرة تشبه نبرة أم مؤذية، التي يمتد أثرها إلى مواقف أخرى بفعل **الإشراط من الدرجة الثانية** (second-order conditioning). وفي الخيانة الزوجية يُفحص الشريك المخدوع لأعراض شبيهة باضطراب ما بعد الصدمة، وتُستهدف صوره الاقتحامية مبكراً، ويُعالج السبب الحاد أولاً ثم الأسباب الكامنة؛ وإن انتهى الزواج أعانت المعالجة على الانتقال، وعولجت مبكراً مشاعر الأبناء من لوم الذات والخوف من الهجر.

الأطفال

تُظهر ثماني دراسات عشوائية مضبوطة أن EMDR تزيل الأعراض المرتبطة بالصدمة عند الأطفال (الفصل الثاني عشر)، ويمكن علاج أطفال في الثانية بتكييف الإجراءات، شرط بيئة آمنة ومعالج مرتاح للعمل معهم (Adler-Tapia & Settle, 2016; Gomez, 2013; Lovett, 2007, 2015).

المرحلة	التكييف مع الطفل
التاريخ	ثلاث خطوات: الوالدان دون الطفل، ثم الجميع، ثم الطفل وحده، فتنتقل سلطة الوالدين ضمناً إلى المعالج؛ أدوات لعبية (صناديق «الأشياء المقرفة»، وخطوط زمنية، وكتب قصص)
التهيئة	لا يُوصف العلاج بالسحر ولا يقول المعالج «سأجعله يزول»، لأن ذلك يبقي الطفل عاجزاً؛ المطلوب إحساس بالشفاء الذاتي. يُتأكد من الانتقال إلى حالة إيجابية بالمكان الآمن، وتُستعمل خبرات الإتقان والحاويات
التحفيز	أسلوب اليدين لأن الصغير لا يعبر خط المنتصف؛ حركات بيضاوية صغيرة (نحو 3 بوصات) لمن يعاني عسر القراءة؛ اللمسي غالباً أفضل، وألعاب التصفيق مع أطفال في ثمانية عشر شهراً (Tinker & Wilson, 1999)، و«عناق الفراشة» مع رسم الذكرى في مجموعات (Jarero, Artigas, & Hartung, 2006)
التقييم	«أقرف جزء» بدل «أسوأ جزء»؛ مسافة آمنة بالسؤال عن دمية تمثل الطفل؛ أقرب صيغ الفاعلية («أنا بخير») لأن الطفل قد يكون عاجزاً فعلاً؛ SUD باليدين أو بوجوه، وVoC على مقياس مرسوم على الأرض
إزالة الحساسية	حضور الوالدين بتقدير عيادي مع صمت يقظ؛ مع صغار ضحايا التحرش يُستهدف أمر «لا تُخبر» دون ضغط للتفاصيل ثم يُثبَّت «لا بأس أن أخبر»؛ الرسم وصينية الرمل أهدافاً، مع العودة إلى الصورة الأصلية للتحقق
التداخل المعرفي	مبكر ولعبي لقصر صبر الطفل، ويقدّم معلومة تنقصه (أي طفل لا يستحق الإيذاء)
الإغلاق وإعادة التقييم	لعب حر قصير؛ مقاييس للوالدين وكتابة التغيرات حتى لا تُعرض مشكلات الطفل أمامه

ويُستحسن، لتعميم الأثر، أن يركز الطفل المساء إليه على صورة ساكنة للمعتدي دون فعل محدد، فتتعمم إزالة الحساسية على كل الذكريات التي تحمل هذه الإشارة. وإشراك الوالدين جوهري حين وقعت الإساءة في العلاقة الوالدية، بعد تقييم قدرتهم على الدعم: فالوالد ذو الصدمة غير المحلولة قد يرسّخ استجابات طفله المختلة، فيُعالج هو أولاً، ثم يقدّم تداخلات إصلاحية بين المجموعات.

الإعاقة الذهنية (intellectual disability، معامل ذكاء 85 فأقل). يتعرض أصحابها لصدمات أكثر بموارد مواجهة أقل، وأعراضهم موافقة لعمرهم النمائي (Mevissen, Didden, & de Jongh, 2016a)، لكنها تُغفل بنسبتها إلى الإعاقة، وهو **التظليل التشخيصي** (diagnostic overshadowing)، أو بعدّها أعراض اضطرابات أخرى. وتبدو EMDR آمنة معهم، وسريعة الأثر لأن ذكرياتهم تقوم على الانفعالات والأحاسيس لا الأفكار المعقدة (Mevissen, Didden, Korzilius, & de Jongh, 2017)، دون تعرض مطوّل ولا واجبات؛ مع تبسيط التعليمات، وإشارات بصرية، وموقف توجيهي، وإشراك شخص موثوق، وطريقة الحكاية عند محدودية اللغة (Lovett, 1999). ويحتاج **اضطراب طيف الذاتوية** (ASD) تكييفاً شبيهاً، مع اختيار نوع التحفيز بحسب الحساسية الحسية وعمل وثيق مع الوالدين.

الصدمة المركّبة عند الأطفال: تظهر باختلال انفعالي وسلوكي حاد (الكذب، والسرقة، والتحدي، والعدوان)، ويُستكشف الانفصال بعمق (Water, 2016)، ويُشرك الوالدان في التنظيم المشترك، وتُشرك مصالح حماية الطفولة

إن كانت البيئة غير آمنة. ويؤخذ التاريخ دون حضور الطفل، وتشمل التهيئة عملاً أسرياً وRDI وقوالب مستقبلية. والصدمة السابقة للكلام تُتناول بخط زمني أو كتاب حياة، ويُقال للطفل الحق عن ماضيه لأن الصغار يدمجون المعلومة الصعبة أيسر من الكبار، وتُستهدف صورته المتخيلة عنها. وقد لا يحتمل الطفل إلا قطعة صغيرة أو مقاطع من 15 إلى 20 دقيقة، ولأن منظوره منظور طفل يعتمد على الكبار، يقدّم الوالد بتوجيه المعالج تداخلات تؤكد الأمان الحاضر حتى يبلغ SUD صفراً أو واحداً.

الإدمان

ثبتت العلاقة بين الخبرات الضارة والحالات المصاحبة للإدمان (Brady, Back, & Coffey, 2004; Kessler et al., 2010). و**دراسة خبرات الطفولة الضارة** (Adverse Childhood Experiences, ACE) (Felitti et al., 1998)، بين Kaiser Permanente ومراكز مكافحة الأمراض (CDC)، أكبر دراسة وبائية لأثر عشر فئات من الخبرات الضارة حتى الثامنة عشرة، وأظهرت علاقة متناسبة مع الجرعة: درجة 4 فأكثر ترفع خطر إدمان الكحول في الرشد بنسبة 500%، ودرجة 6 عند الذكور تعني احتمالاً أعلى بنسبة 4600% لتعاطي المخدرات بالحقن (Felitti, 2004؛ الاستبيان في الملحق A). ومبدأ «أولاً لا تُضر» أوجب هنا، فلا يعالج هذه الفئة إلا من تدرب على EMDR والإدمان معاً.

ومن منظور AIP يبدأ الإدمان إيجابياً لأنه يحجب الانفعال السلبي الكامن، وينتهي مختلاً؛ واختيار موضوعه ليس عشوائياً، فكلما اشتدت الحاجة إلى تغيير حالة بعينها زاد التثبيت على ما يوفرها (Khantzian, 1985). والجهوزية حاسمة: يكون المعالج «حاوياً مرحِّباً» ويترك للعميل هدفه، حدّاً من الضرر أو امتناعاً تاماً، مستعيناً بالمقابلة التحفيزية (Miller & Rollnick, 1991) ونموذج مراحل التغيير (Prochaska & DiClemente, 1983).

وفي التثبيت تُثبَّت موارد كالتمكين والعزم والصدق، وتُبنى **حالة الهدف الإيجابي** (positive goal state) (Popky, 2005) يتخيل فيها العميل مستقبلاً قريباً بلا اهتمام بالإدمان. ولأن الإدمان استراتيجية لتنظيم الانفعال، يُوصى بتهيئة إضافية قبل معالجة الصدمة؛ وقد دُمجت معه برامج كالعلاج الجدلي السلوكي (Linehan, 1993) و«البحث عن الأمان» (Najavits, 2002)، ففي برنامج لمحكمة مخدرات ارتفع التخرج وانخفض العود عند من أكملوا EMDR (Brown et al., 2015). وفي التوقيت، كثيرون لن يبلغوا الصحو ما لم تُنزع شحنة ماضيهم (Zweben & Yeary, 2006)، فالصدمة «تدفع» إلى الإدمان والاستدعاء النشوي «يشدّ» إليه (Knipe, 2015; Müller, 2013)؛ ويرى أكثر المتخصصين البدء بمعالجة الصدمة في أبكر وقت ممكن، داخل نموذج مرحلي لأن التعاطي قد يهدد الحياة، والأمر يحتاج بحثاً مضبوطاً.

والأهداف: البروتوكول الثلاثي، و**ذاكرة الإدمان** (addiction memory) التي عرّفها Boening (2001) بأنها ذاكرة ضمنية غير واعية يتجلى ظهورها الواعي في التوق (craving)، وتجمع في الشبكة نفسها الألم والراحة أو النشوة المرتبطة به؛ وتشير تجربة عشوائية مضبوطة وتقارير عيادية إلى أن استهدافها يخفض التوق خفضاً دالاً (الفصل الثاني عشر). والعار أقوى مطلقات السلوك، يولّده الوصم وسلوكات الإدمان المخالفة لقيم العميل («أنا سيئ» لا «فعلت شيئاً سيئاً»)، ويخففه شرح صلة الإدمان بالصدمة وكيف «يختطف» دوائر المكافأة في الدماغ (Hyman, 2005)، لينتهي إلى معتقد «أنا شخص جيد يعاني اضطراباً صعباً». ويلزم التمييز بين التردد، وهو عام عند المدمنين،

والاضطراب الانفصالي الذي قد يفوت المعالج، كالاضطراب الانفصالي غير المحدد في موضع آخر (DDNOS) حيث يخرّب الجزء الذي يشرب جهود الجزء الذي طلب العلاج.

الاضطرابات الانفصالية

أكثر ما بلغ المؤلفة من مضار سوء الاستخدام كان مع هذه الفئة، مع أن التطبيق السليم يسرّع علاجها (Fine & Berkowitz, 2001; Forgash & Copeley, 2008; Lanius et al., 2014). فلا يستخدمها إلا معالج متمرس فيها، مدرَّب على التداخل المعرفي، يفهم نظام العميل المنفصل (Paulsen, 2009) ودفاعاته (Knipe, 2015) (الملحق E). والتشخيص الدقيق أساس الخطة (Ross, 2015)، لأن جلسة تبدو ناجحة قد تفاقم الاختلال عند بعض حالات الشخصية في **اضطراب الهوية الانفصالية** (Dissociative Identity Disorder, DID) فتؤدي إلى محاولات انتحار أو إيذاء ذات.

ويرى نموذج AIP هذه الاضطرابات تشكيلاً عصبياً تُنشئه إساءة بارزة مستمرة تجزّئ الخبرات في صيغ خاصة بالحالة (Braun, 1988; van der Hart et al., 2006)؛ فالحالات البديلة (alters) شبكات ترى أن لها حياة مستقلة، والحواجز النسيانية تذوب حين تُعالج الذكريات، وكثيراً ما يحدث الإدماج تلقائياً.

وما يتغير في العلاج:

- فهم نظام الشخصية وتنظيمه أولوية (Kluft, 2006; Loewenstein, 2006)، مع مشاركة كل الأجزاء أو موافقة النظام قبل معالجة حالة مفردة، وإلا فقد يعقب النجاح الظاهر «تبدّل» غير منضبط.
- لا يُستعمل تشويه الزمن التنويمي لأن المعالجة تحرك المادة سريعاً، والحاجة إلى قيود جسدية أو تنويمية إشارة إلى أن المعالجة لم تحن.
- يتلاءم **بروتوكول التفريغ المجزّأ** (fractionated abreaction) (Fine, 1991) مع EMDR، واقتُرح «بروتوكول الإكليل» (Fine & Berkowitz, 2001)، مع فحوص تقاطعية تميّز الاندماج من مزيد الانفصال.
- يُتوافق على المعتقدات بين الحالات المرتبطة بالذكرى، ويُصاغ المعتقد الإيجابي ليشملها، لأن «أنا مسيطر» قد تفسّره حالة انتحارية أو عدوانية تفسيراً خطراً.
- يُعاد استهداف الذكريات بفحوص بصرية ومعرفية وجسدية، ويُوجَّه مسح الجسد إلى كل حالة على حدة.

التقويم العام وخلاصة الفصل

ليست EMDR دواءً لكل داء: فالفحوص التقاطعية لازمة لمعرفة اكتمال المعالجة، ولا يُفترض النجاح دون مقاييس عيادية وسلوكية على مدة كافية، ويبقى الباب مفتوحاً لذكريات تظهر لاحقاً. وفعالية الجمع بين مقاربات كـEMDR والتنويم تُختبر ولا تُفترض. والضيق المطوّل إشارة إلى إضافة طرق أخرى أو الاستبدال بها؛ ومن لم يرتح للتداخل المعرفي واستمر ضيق عميله يوقف EMDR حتى يتدرب، ومن كان مشرَفاً عليه ووجد العميل يدور في حلقة يستشير من هو أخبر (الملحق F). وتكفي جلسات قليلة لتقدير الملاءمة، فلا تُترك أشهر تمضي في ضيق شديد. ومعظم البروتوكولات مع معظم الاضطرابات لم تؤكدها تجارب عشوائية مضبوطة، فالمقياس الوحيد الكافي الآن هو استجابة

العميل الفردي، والضغط عليه للاستمرار قد يرتد سلباً. وتختم المؤلفة: «العمل العيادي بـEMDR رقصة، والعميل هو من يقود».

وتلخص خلاصة الفصل الفئات: علاج شامل بعد تثبيت كافٍ للصدمة المركّبة؛ أهداف مناسبة وموافقة مستنيرة حول المسائل القضائية لضحايا الإساءة الجنسية؛ مراعاة المكاسب الثانوية وذنب الفاعل والغضب عند المحاربين؛ تثبيت في أول 48 ساعة ثم بروتوكولات التدخل المبكر محصورة في الكارثة، ضمن مشاريع امتدت من الساعات الأولى إلى ستة أشهر؛ خبرة في العلاج الأسري للأزواج؛ إمكان علاج الأطفال من الثانية؛ خبرة بالإدمان واستبيان ACE وفحص الانفصال لذوي الإدمان؛ وفحص كل العملاء للاضطراب الانفصالي قبل بدء EMDR، لأن هذه الفئة من أعلى الفئات خطراً. والحَكَم الأخير في الملاءمة ملاحظة المعالج نفسه.

الفصل الثاني عشر: النظرية والبحث والتبعات العيادية

من الملاحظة إلى النظرية

يقسّم المؤلف الفصل ثلاثة أقسام: التفسيرات النظرية، ثم البحث السريري المضبوط ومعاييره، ثم التبعات العيادية والمهنية. ويذكّر بأن العلاج بدأ بملاحظة عيادية، وأن النظريات التي تفسّر لماذا يعمل جاءت بعد الواقعة ثم اختُبرت بالبحث المضبوط. ولأن علم الأعصاب ما زال حديثا، فالأسس الفسيولوجية لكل العلاجات النفسية غير مؤكدة، وكل نماذج معالجة المعلومات تخمينية؛ والمهم عنده هو الإجراءات العيادية المشتقة من النموذج، لأن فعاليتها قابلة للاختبار المباشر.

نموذج AIP وإعادة الترسيخ

يفترض نموذج **معالجة المعلومات التكيفية** (Adaptive Information Processing, AIP) أن العلاج ينشّط شبكة الذكرى المخزّنة تخزينا مختلا، ويتيح لها أن تتصل بالمعلومات التكيفية المخزّنة في شبكات أخرى، فتتحول من «صدمة» ذات آثار مستمرة إلى خبرة ماضية يتعلم منها المرء. وقد نجح النموذج في التنبؤ بتطبيقات وبروتوكولات جديدة.

ويرى المؤلف أن من أهم ما يحدثه العلاج **إعادة الترسيخ** (Reconsolidation) الفسيولوجي للذاكرة (شابيرو، 2014أ؛ إلسي وكيندت، 2017): تتغير الذكرى بالمعالجة الترابطية ثم تُخزَّن في حالتها المعدّلة. وهذا يميّزه من العلاج المعرفي السلوكي القائم على التعرّض، الذي يُفترض أن آليته الاعتياد والانطفاء، فتبقى الذكرى الأصلية سليمة وينشأ إلى جانبها تعلّم جديد ينافسها (كراسكي وآخرون، 2006). وقد وجد سوزوكي وآخرون (2004) أن التعرّض الطويل يُفضي إلى الانطفاء والقصير إلى إعادة الترسيخ. ومنطق المعالجة ثلاثة أفعال: استدعاء الشبكة المختلة، وتحفيز جهاز المعالجة وإبقاؤه نشطا، وتحريك المعلومة حتى تبلغ حلا تكيفيا؛ وحين تتعطل المعالجة يستدعي المعالج المعلومة التصحيحية من الشبكات الأكثر تكيفا.

العناصر الإجرائية المسهمة في الأثر

إلى جانب التحفيز الثنائي، يرجّح المؤلف أن عناصر إجرائية عدة تسهم في الأثر:

- **التعرّض المتقطع:** لازم لكنه لا يفسّر السرعة. ففي مقارنة عشوائية لجلسات المعالجة الأولى انخفض الضيق مع EMDR وارتفع مع التعرّض المطوّل (روجرز وآخرون، 1999؛ أيرونسون وآخرون، 2002). ويتناوب العميل بين التعرّض والتواصل الميتامعرفي (بودوينز وهاير، 1996)، أي بين موقع المشارك وموقع المراقب المتأمل.
- **الإحساس بالإتقان:** استحضار الصورة وصرفها مرارا يمنح العميل إحساسا بالتحكم، والشعور بعدم القدرة على التحكم في الأعراض الاقتحامية يزيد الضيق (بينايت وباندورا، 2004).

- **الانتباه إلى الإحساس الجسدي:** يفصل العميل الإحساس عن تأويله الانفعالي، فينتقل من خوف غامر إلى وعي بأحاسيس محددة تتغير.
- **إعادة التأطير المعرفي:** تحديد المعتقد السلبي يكشف لا معقوليته، وصياغة المعتقد الإيجابي تنشئ ترابطا أوليا بمعلومة تكيفية.
- **محاذاة مكونات الذاكرة:** الجمع بين الصورة والمعتقد والإحساس يتيح الوصول إلى المعلومة المخزّنة بحسب الحالة، ويوافق نموذج BASK للانفصال (السلوك والانفعال والإحساس والمعرفة) عند براون (1988).
- **التداعي الحر:** تتبُّع ما يظهر تلقائيا أفعل في بلوغ أشد المادة إزعاجا من العودة المتكررة إلى الصورة الأولى كما في التعرّض.
- **اليقظة الذهنية** (Mindfulness): تعليمات «لاحظ فقط» تحفظ الإحساس بالأمان الحاضر. ويميّز تيسديل وبارنارد (1993) بين «الانفعال غير المتأمل» و«التصور والفعل» و«الخبرة المتأملة»، ويُرجَّح أن التحفيز الثنائي يصرف الانتباه بقدر يمنع النمطين الأولين ويدفع العميل إلى الثالث.
- **حركات العين والتحفيز البديل:** فُضّلت الحركات الرمشية السريعة (أكثر من 30 درجة في الثانية) أول الأمر، لكن الحركات الأبطأ والنقر والنغمات استُعملت بنتائج جيدة منذ 1990، وعلى أي نظرية أن تفسّرها كلها.

فرضيات آلية التحفيز الثنائي

التشتيت والتنويم. افترض دايك (1993) أن الحركات تشتّت العميل فتمنع تعزيز الصورة بالقلق، لكن تنبؤاته لم تتأكد: فالأفكار تتغير بالحركات وحدها مهما كانت حاسة الصدمة، والصدمات المتعددة لم تكن أقل استجابة، والتشتيت يضعف عموما فعالية التعرّض البعيدة المدى. أما التنويم فمختلف عياديا: يقفز العملاء بين عناصر مفتاحية ويبقون يقظين يرفضون الإيحاء غير الملائم، ولا تظهر عندهم موجات ثيتا أو ألفا المميزة للتنويم (باغاني وآخرون، 2012).

الاستجابة التوجيهية (Orienting Response): منعكس «ما هذا؟» عند بافلوف (1927)، يبدأ بتنبيه قصير لمثير جديد ثم يعتاد ما دام المثير غير مهدِّد (سوكولوف، 1963)، وتعقبه إزالة استثارة: تباطؤ القلب وزيادة النشاط نظير الودي وانخفاض التوصيل الجلدي. واقترح أرمسترونغ وفون (1996) أن حركة يد المعالج تستثيرها فتيسّر الانتباه إلى المادة الصدمية بدل تجنّبها، وهذا يدعم تفسير العلاج بالتضاد الشرطي عبر التثبيط المتبادل، إذ لا يجتمع الاسترخاء والقلق (وولبي، 1991).

الذاكرة العاملة (Working Memory): لكل مكوّن من مكوناتها في نموذج بادلي (1986) سعة محدودة، فحين يمسك العميل الصورة ويتتبع الحركات معا تتنافس المهمتان على الموارد، فتضعف حيوية الصورة وشحنتها، وتُعاد ترسيخ الذكرى على هذه الصورة المخففة. ووجدت تجربتان مضبوطتان ودراستان غير مضبوطتين أن حركات العين أفضل من النغمات. لكن ثلاث دراسات لم تدعم تنبؤات أدق: لم يثبت أن الصور الشديدة الحيوية تتأثر أكثر بالحركات

السريعة (فان فين وآخرون، 2015)، ولا ظهر فرق بين لعبة «تتريس» وحركات العين (إنغلهارد وآخرون، 2010)، ولا دُعم ضبط السرعة بحسب سعة الفرد (فان سخي وآخرون، 2016).

نوم حركة العين السريعة (REM): من أوائل فرضيات المؤلف (1989أ) أن الحركات تحفّز عمليات نوم REM، وأن بينها وبين الضغط تثبيطا متبادلا. وأشد المصابين يعانون اختلال هذا النوم، فالمحارب يستيقظ في منتصف الكابوس (روس وآخرون، 1990)، والذكريات الانفعالية تُعالَج تفضيليا فيه (ووكر وفان دير هيلم، 2009). واقترح ستيكغولد (2002) أن إعادة توجيه الانتباه المتكررة عبر خط الوسط تنقل الدماغ إلى نمط شبيه به يدمج الذكريات العرضية في الشبكات الدلالية. وقد وُجد أن العلاج يحسّن أنماط النوم ويقلّل زمن اليقظة بعد بدء النوم (رابوني وآخرون، 2014)، لكن لا دليل مباشرا بعد على معالجة شبيهة بنوم REM في اليقظة.

الفرضية الانفعالية التكافؤية (الشكل 12.1): الشبكات منظّمة جزئيا بالانفعال، وكلما اشتد الانفعال السلبي انحبست الشبكة عن الشبكات المحايدة أو الإيجابية. وبالمعالجة يضعف ارتباط الذكرى بالعار والذنب بآلية خلوية شبيهة بما لوحظ في الحيوان حين مُنع تخليق البروتين في اللوزة أثناء إعادة المثير الشرطي (نادر وشافي ولودو، 2000)، وتنتقل حالة الدماغ إلى حالة ترجّح الترابطات الأضعف (ستيكغولد وآخرون، 1999)، فتتصل الذكرى بشبكات أكثر إيجابية. ومن تبعاتها تفسير الكوابيس: رمز الوحش بناء معرفي لرعب محبوس في ذكرى مبكرة، يزول حين تُعالج صورة الحلم وتظهر الذكرى الأصلية.

وأبسط تفسير جامع عند المؤلف أن العلاج ينشّط جهاز معالجة المعلومات الذي عُزلت عنه الذكرى، وأن السرعة تأتي من توجيه المعالج إلى الأهداف المناسبة ومن العناصر التي تمنع التجنّب.

البحث النيوروبيولوجي

استعان المؤلف بعالم الأعصاب ماركو باغاني لمراجعة هذا البحث، وأبرز نتائجه:

- **الفسيولوجيا النفسية:** انخفاض معدل القلب والتوصيل الجلدي أثناء حركات العين، أي إزالة استثارة بزيادة النشاط نظير الودي.
- **التخطيط الكهربائي للدماغ:** لم يثبت أن الحركات تزيد الاتصال بين نصفي الدماغ (سامارا وآخرون، 2011)، لكن التنشيط انزاح بعد المعالجة من مناطق عالية الشحنة الانفعالية (اللوزة والقشرة الجبهية الحجاجية) إلى القشرة الترابطية (باغاني وآخرون، 2012 و2015)، وأشبهت الإشارات أثناء التحفيز إشارات النوم البطيء (هاربر وآخرون، 2009).
- **التصوير البنيوي:** تغيّرات في اللوزة والحصين تعاكس اتجاه الضمور تحت الضغط (لوغارن وآخرون، 2016؛ بوسيني وآخرون، 2011 و2017). وكانت أحجام هذه التراكيب أقل في الأساس عند غير المستجيبين (ناردو وآخرون، 2010).
- **التصوير الوظيفي:** تطبيع تدفق الدم في التراكيب الحوفية بعد العلاج الناجح في أربع دراسات SPECT (ليفين وآخرون، 1999؛ باغاني وآخرون، 2007)، ونقص نشاط القشرة الجبهية أثناء استدعاء الصدمة مع الحركات (أوتاني وآخرون، 2009؛ هيركت وآخرون، 2014).

وتتقارب الدراسات في وصف انخفاض الاستثارة الودية وفرط التنشيط الحوفي أثناء العلاج، ولا سيما في فترات التحفيز.

تحليل المكونات والفرضيات الثلاث المدعومة

شكّك تحليل بعدي (ديفيدسون وباركر، 2001) في جدوى الحركات، لكن دراساته كانت معيبة (جرعات غير كافية، وفئات غير مناسبة، وقوة إحصائية ضعيفة). ثم أكدت أكثر من ثلاثين تجربة عشوائية جدواها: انخفاض فوري في الاستثارة وحيوية الصورة في نحو عشرين منها، وتحسّن في مرونة الانتباه واسترجاع الذاكرة. ووجد تحليل بعدي لست وعشرين تجربة حجم أثر متوسطا عياديا (d = 0.41) وكبيرا مخبريا (d = 0.74) (لي وكويبرز، 2013).

فالفرضيات المدعومة ثلاث: إثقال الذاكرة العاملة، والاستجابة التوجيهية، وعمليات شبيهة بنوم REM. والأوليان تفسّران انخفاض الضيق والحيوية، لكنهما لا تفسّران ظهور المعلومة التصحيحية تلقائيا. ومثال المؤلف «جيم»، محارب خدم دورتين في العراق ويشعر بالذنب لأنه لم ينقذ كل الجرحى في حادث إصابات جماعية، قدّر ضيقه بـ12 لشدته؛ فظهرت لديه تلقائيا بصيرة أنه فعل ما دُرّب عليه وأنقذ أرواحا، وانتهت الجلسة بضيق صفر ومعتقد «أنا فعّال» بدرجة 7 بعد 2. ولذلك يرجّح المؤلف أن الفرضيات الثلاث صحيحة معا وتعمل في مراحل مختلفة من المعالجة.

توصيات بحث المكونات

يوصي المؤلف بدراسة تنويع الحركات سرعة واتجاها، والمقارنة بين أشكال التحفيز في فئات مشخَّصة وأنواع مختلفة من الذكريات. ويلخص توصياته في تسع: الفئات غير العيادية للبحث الأساسي فقط؛ والمنهجية الكاملة مع فحص الأمانة في التجارب العيادية؛ ومقاييس معيارية متنوعة مع زمن العلاج متغيرا مستقلا؛ وفحص الإجراءات الأخرى كلا على حدة؛ وتغيير جانب واحد فقط في كل خلية؛ وفئات مشخَّصة بأعداد كافية؛ وقصر تجارب المنهجية الكاملة على اضطراب ما بعد الصدمة؛ وفحص آثار المطابقة قبل الحكم بأن مكوّنا غير لازم؛ وإدراج قياسات عصبية فسيولوجية.

معايير جودة البحث السريري

الحكم على الأدلة بجودتها لا بعددها. ويقيّم الجدول 12.1 دراسات العقد الأول بعشرة معايير مبنية على ماكسفيلد وهاير (2002): التشخيص، والمقاييس، والمقيّم المستقل الأعمى، والمقيّم المدرَّب، والعلاج المقنّن، والعشوائية، والأمانة، وغياب العلاج المتزامن، والتقييم بالمقابلة، وكفاية الجلسات؛ والنتيجة أن الدراسات الأكثر صرامة أظهرت أحجام أثر أكبر. وتؤكد نحو ثلاثين تجربة عشوائية واثنتين وعشرين دراسة غير عشوائية فعالية العلاج في الصدمة، ولذلك اعتمدته دلائل الجمعية الدولية لدراسات الضغط الصدمي (ISTSS) في طبعتها الثانية (2009)، وإدارة المحاربين القدامى ووزارة الدفاع الأمريكيتين (2017)، ومنظمة الصحة العالمية (2013).

الأطفال

نجح العلاج مع أطفال في الثانية (هينسل، 2009). وأبلغت تسع تجارب عشوائية عن آثار إيجابية؛ وفي أربع قورن فيها بالعلاج المعرفي السلوكي المركّز على الصدمة احتاج EMDR جلسات أقل في ثلاث (دي روس وآخرون، 2011 و2017؛

جابرغادري وآخرون، 2004)، وتكافأ العلاجان في الرابعة (ديله وآخرون، 2014). ووجد تحليل بعدي أن العلاج يخفض الأعراض بين 4 و18 عاما، وأن له على العلاج المعرفي السلوكي «قيمة إضافية صغيرة لكن ذات دلالة» (رودنبورغ وآخرون، 2009). وخفّف أيضا مشكلات السلوك عند أطفال لديهم ذكريات مزعجة (سوبرمان وآخرون، 2002؛ واندرز وآخرون، 2008)، وتؤيده ثلاث عشرة دراسة غير عشوائية، منها تحسّن 17 من 20 طفلا بجلسة واحدة (بوفر وآخرون، 1998).

الراشدون المصابون باضطراب ما بعد الصدمة

- **الصدمة الواحدة:** أثبتت ثلاث تجارب عشوائية أن نحو خمس ساعات تُفضي إلى زوال الاضطراب بنسبة من 84 إلى 100%. ففقد من 84 إلى 90% تشخيصهم بعد ثلاث جلسات من تسعين دقيقة (روثباوم، 1997؛ ويلسون وآخرون، 1997)، وأزالت ست جلسات من خمسين دقيقة الاضطراب عند 100% من ضحايا الصدمة الواحدة و77% من ضحايا الصدمات المتعددة في كايزر برمانينتي (ماركوس وآخرون، 1997 و2004).
- **مقارنة بالدواء:** تفوّقت ثماني جلسات على ثمانية أسابيع من الفلوكسيتين: في المتابعة لم يستوف 88% معايير التشخيص مقابل 73%، وكان 58% بلا أعراض مقابل 0% (فان دير كولك وآخرون، 2007). وتقارب فقدان التشخيص بين من بدأت صدمتهم في الرشد وفي الطفولة (91.7% و88.9%)، لكن الخلو التام اختلف كثيرا (75% مقابل 33.3%)، فصدمات الطفولة تحتاج وقتا أطول، ولهذا يوصي المؤلف باستبيان خبرات الطفولة الضارة (الملحق A).
- **الإصابة الأخلاقية:** أزالت خمس جلسات التشخيص عند 67% فقط من سائقي قطارات وعاملين في حوادث دهس (هوغبرغ وآخرون، 2007)، لأن المسؤولية عن موت آخر تحتاج وقتا أطول.
- **مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي:** أحجام أثر متكافئة في تحليلات بعدية (بيسون وآخرون، 2013؛ هو ولي، 2012؛ واتس وآخرون، 2013)، مع كفاءة أعلى لEMDR لأنه بلا ساعات الواجبات اليومية. وفي المقارنات المباشرة: تكافؤ مع 74 امرأة تعرّضت للاغتصاب رغم تعرّض أقل وبلا واجبات (روثباوم وآخرون، 2005)؛ ونتيجة جيدة عند 70% في ثلاث جلسات مقابل 17% مع التعرّض المطوّل، وانسحاب 0% مقابل 30% (أيرونسون وآخرون، 2002)؛ وتفوّق بثلاث ساعات واجبات مقابل 28 (لي وآخرون، 2002)؛ وإزالة التشخيص عند 92.2% مقابل 47.7% مع العلاج الانتقائي المختصر (نيدام وآخرون، 2012). وتفوّق العلاج المعرفي السلوكي في دراستين: إحداهما بنحو خمسين ساعة واجبات (تايلور وآخرون، 2003)، والأخرى أجراها مطوّر الحالة الضابطة وتُستبعد عادة لضعف العشوائية والأمانة (ديفيلي وسبنس، 1999). وتذكر منظمة الصحة العالمية (2013) أن العلاجين هما الوحيدان الموصى بهما، وأن EMDR لا يتضمن وصفا مفصلا للحدث ولا تحديا مباشرا للمعتقدات ولا تعرّضا مطوّلا ولا واجبات.
- **الانسحاب:** صفر انسحاب وزوال الاضطراب عند 78% في اثنتي عشرة جلسة مع محاربي فيتنام (كارلسون وآخرون، 1998)، مقابل نحو 35% إزالة و25% انسحاب في العلاجات المعرفية السلوكية العسكرية (ستينكامب وآخرون، 2015). ووسيط الإكمال 92% (برادلي وآخرون، 2005)، وEMDR أقل العلاجات المركزة على الصدمة انقطاعا مبكرا (سويفت وغرينبرغ، 2014).

- **الحداد المعقّد:** تفوّق على «الحداد الموجّه» بست جلسات مقابل إحدى عشرة، مع زيادة الاستدعاء الإيجابي للمتوفى (سبرانغ، 2001)، وهو ما يتسق مع إعادة الترسيخ.

المحاربون والصدمة المركّبة والمسنّون

المحاربون: أعاقت الجرعات غير الكافية (جلستان أو ذكرى واحدة) بحوثهم الأولى، والمعيار المرجعي تجربة الاثنتي عشرة جلسة (كارلسون وآخرون، 1998). ولا يلزم في العلاج التلفظ بالمادة الصدمية (منظمة الصحة العالمية، 2013؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2004)، وهذا مهم لمحاربين يتحرّجون من التفاصيل، وقد يفسّر جزئيا بقاء التشخيص عند 60 إلى 72% في تجارب التعرّض المطوّل والمعالجة المعرفية العسكرية. ويوصي المؤلف بالتزام معيار الاثنتي عشرة جلسة وتقييم الأمانة على يد خبراء في صدمة الحرب، لأن المحاربين المصابين أكثر عرضة للخرف بمرتين (يافي وآخرون، 2010).

الصدمة المركّبة: مقترحة في ICD-11 وغير مستقلة في DSM-5، وتضيف اضطرابا في تنظيم الانفعال ومفهوم الذات والعلاقات. ووجدت عشرون مسحا لمنظمة الصحة العالمية (51,295 فردا) «عتبة خطر» عند أربعة أحداث صدمية أو أكثر (كارام وآخرون، 2014). وأوصى خبراء بمقاربة مرحلية تبدأ بالتثبيت (كلويتر وآخرون، 2011)، وطعن فيها دي يونغ وآخرون (2016). ويرى المؤلف أن الحسم يحتاج بحثا، ويلفت إلى أن تجربة تُستشهد لصالح العلاج المعرفي دون تهيئة سجلت زوالا بنسبة 27.6% وانسحابا بنسبة 41% (مكدوناه وآخرون، 2005)، بينما وجد تحليل بعدي لثلاث تجارب EMDR مع ناجين من إساءة الطفولة، تضمنت مرحلة التحضير، أحجام أثر بين 1.24 و2.75 (إيرينغ وآخرون، 2014). وفي علاج مكثّف دون تحضير لسبعة مرضى (أربعة أيام متتالية لأسبوعين، إحدى عشرة ساعة يوميا مع المبيت في المركز) لم تقع أحداث ضارة ولا انسحاب، وفقد أربعة التشخيص (بونغارتس ودي يونغ وفان مينن، 2017)؛ لكن المؤلف ينبه إلى أن هذه الشروط أقرب إلى العلاج الداخلي بما فيه من احتواء، فلا تُعمَّم على العيادة الخارجية. والأفضل عنده بدء معالجة الذكريات حالما يصبح ذلك آمنا، لأن اختلال الانفعال ناتج عن الذكريات غير المعالجة.

المسنّون: زالت الأعراض بجلستين إلى ثلاث عند من بلغوا الخامسة والستين في صدمات الحرب والإساءة الجنسية وحوادث السير (توماس وغافنر، 1993؛ هاير، 1995؛ بورغمر وهويفت، 2004)، وتحسّنت الأعراض السلوكية للخرف بنسخة معدّلة تشبه بروتوكول الأطفال (أمانو وتويتشي، 2014).

الاستجابة للكوارث

تتنامى البحوث على البروتوكول المعياري و**التدخلات المبكرة** (EMDR Early Interventions, EEIs):

البروتوكول	أبرز الأدلة
البروتوكول المعياري	32 طفلا بعد ثلاث سنوات ونصف من إعصار: 56% لم يعودوا يستوفون المعايير (تشيمتوب وآخرون، 2002)؛ 52 طفلا بعد انفجار: تكافؤ مع العلاج المعرفي السلوكي بجلسات أقل (دي روس وآخرون، 2011)؛ زوال الأعراض عند 92.7% من 41 ناجيا من زلزال تركيا (كونوك وآخرون، 2006)

البروتوكول	أبرز الأدلة
الأحداث الصدمية الحديثة (REP)	65 راشدا بعد هجمات 11 سبتمبر بآثار متكافئة مهما تأخر العلاج (سيلفر وآخرون، 2005)؛ لا أحد من 37 أصيب بالاضطراب مقابل 18 من 23 مع الاستخلاص النفسي من الحوادث الحرجة (تاركوينيو وآخرون، 2016)
الحوادث الحرجة الحديثة (EMDR-PRECI)	للخطر المستمر: جلسة واحدة بعد زلزال رغم الهزات الارتدادية (خاريرو وآخرون، 2011)؛ عاملو طب شرعي بعد مذبحة لم يبق منهم أحد فوق العتبة بعد خمسة أشهر (خاريرو وأوريبي، 2011)
الحلقة الصدمية الحديثة (R-TEP)	لاجئون سوريون: زال التشخيص عند 49% في المتابعة (أجارترك وآخرون، 2016)
المجموعة المتكامل (EMDR-IGTP)	رسوم الأهداف و«عناق الفراشة» تحفيزا ذاتيا: 236 طفلا بعد اصطدام طائرة بمبنى قرب مدرستهم عاد كلهم إلا اثنين إلى أدائهم (فرناندیز وآخرون، 2004)
المجموعة للحلقة الصدمية (G-TEP)	يتتبع المشارك يده بين نقطتين على ورقة عمله: زال التشخيص عند 55.6% ثم 61% من 47 لاجئا (يورتسيفر وآخرون، مقدَّم للنشر)
غير المتخصصين (EMDR-PROPARA)	انخفاض أعراض 39 من المستجيبين الأوائل مقابل ارتفاعها مع المشورة الداعمة (خاريرو وآخرون، 2013)

ومعظم هذه الدراسات ميدانية تنقصها العشوائية أو المقيّم المستقل أو المتابعة. وينبّه المؤلف إلى أن تجربة مع طالبي لجوء لم تجد فرقا بين EMDR والتثبيت (تير هايده وآخرون، 2016)، لكن متوسط الصدمات كان 14 مقابل ست جلسات معالجة فقط. أما **إجراء الاستجابة الطارئة** (Emergency Response Procedure, ERP)، الذي يجمع التحفيز الثنائي وتداخلات معرفية تعيد توجيه المهتاج أو المنفصل إلى الزمان والمكان والأمان بعد الحدث بدقائق أو ساعات، فما زال يحتاج دراسات مضبوطة.

التطبيقات العيادية المتنوعة

قد تُحدث خبرات لا ترقى إلى «المعيار أ» أعراضا مماثلة لأعراض الصدمة الكبرى أو أشد (غولد وآخرون، 2005؛ مول وآخرون، 2005). ويشترط المؤلف في كل تطبيق تقييم البروتوكول كاملا ووصف كل تعديل وتقييمه.

- **الرهاب:** ثلاث من خمس تجارب (موريس وزملاؤه، 1997 و1998) استعملت جلسة واحدة دون الخطوات الأخيرة الخاصة بقوالب المستقبل، فانخفض الضيق دون التجنّب. وبالبروتوكول الكامل كان 83% من مرضى رهاب الأسنان في علاج منتظم بعد سنة (دورينغ وآخرون، 2013).
- **الهلع:** دعم محدود في تجربتين قيّدتا البروتوكول (فيسكه وغولدشتاين، 1997؛ غولدشتاين وآخرون، 2000)، ونوبات أقل من العلاج المعرفي السلوكي في دراسة تجريبية (فاريتا، 2013)، وتكافؤ في تجربة حديثة (هورست

وآخرون، 2017). ويوصي بمعالجة خبرات الطفولة التي تغذي «الخوف من الخوف»، وبالبروتوكول الثلاثي دائما.

- **الوسواس القهري:** نحو ضعف أثر السيتالوبرام مع 90 مريضا (نظري وآخرون، 2011)، في دراسة بلا فحص أمانة.
- **الاكتئاب:** تحسّن بست إلى ثماني جلسات مع تعميم تحسّن المعتقد المستهدف على معتقدات لم تُعالج (غوهار، 2016)؛ وشفاءات 18 مقابل 8 حين أضيفت سبع جلسات إلى العلاج المعرفي السلوكي (هوفمان وآخرون، 2014)؛ وشفاء 68% بخمس جلسات وسطيا (هازه وآخرون، 2015).
- **الإدمان:** الأدلة غير مضبوطة في الغالب. في برنامج محكمة مخدرات بلغ التخرج 91% عند من اختاروا EMDR مقابل 57% عند من رفضوه (براون وآخرون، 2015). واستهدفت تجربة عشوائية «ذاكرة الإدمان» (ذاكرة ضمنية يظهر وعيها في التوق)، فانخفض توق 34 مريضا بالاعتماد على الكحول بعد جلستين (هازه وآخرون، 2008). والعلاج الثلاثي هنا: معالجة الخبرات المغذية للسلوك، وتحييد المثيرات ومنها التوق، وبناء قوالب لحياة دون مواد.
- **الألم:** بلغ 50% من 40 مريضا بألم الظهر المزمن تحسّنا عياديا مقابل صفر في الضابطة (غيرهارت وآخرون، 2016). وفي ألم الطرف الشبحي نجحت ست دراسات حالة عند 80% وسطيا، وفي تجربة عشوائية مع 30 مريضا بلغ 93% أثرا كبيرا بعد أربعة وعشرين شهرا، منهم 47% زوالا تاما (روستاميناجاد وآخرون، 2017)؛ ويفسّره النموذج بمعالجة ذكرى الحدث الذي استدعى البتر.
- **الحالات الجسدية:** في أمراض القلب انخفض القلق من 48.86 إلى 7.36 (مرادي وآخرون، 2016) والاكتئاب من 27 إلى 12 (بهنام مقدّم وآخرون، 2015)؛ وفي السرطان كانت إزالة التشخيص أكبر من العلاج المعرفي السلوكي (كابيزاني وآخرون، 2013)؛ وفي التصلب المتعدد زال التشخيص عند 100% مقابل 77% (كارليتو وآخرون، 2016).

الفئات المقاومة للعلاج

- **اضطراب تشوّه صورة الجسد:** شُفي خمسة من سبعة مرضى بجلسة إلى ثلاث (براون وآخرون، 1997)، مقابل نجاح من 40 إلى 54% للعلاج المعرفي السلوكي، بمعالجة الحدث السببي المتضمن للعار والإذلال.
- **الذهان:** أظهرت تجربتان عشوائيتان أن EMDR والتعرّض المطوّل آمنان وفعّالان في أعراض الصدمة لدى مرضى الذهان (دي بونت وآخرون، 2013؛ فان دن بيرغ وآخرون، 2015). ويوصي المؤلف بمسار أطول يستهدف شدائد الطفولة، يمكن تحديدها بالسؤال المباشر وبتقنية **الطفو العكسي** (Floatback).
- **المعتدون جنسيا على الأطفال:** في دراسة غير مضبوطة مع عشرة مشاركين مقاومين للعلاج، أفضت ست جلسات تعالج ذكريات إساءتهم في الطفولة إلى تحمّل المسؤولية والتعاطف مع الضحايا، وانخفاض الإثارة المنحرفة أو زوالها عند 90% مع ثبات بعد سنة (ريتشي وكلايتون وشابيرو، 2006).

معايير بحث النتائج العيادية

يعتمد المؤلف المعايير الذهبية السبعة عند فوا وميدوز (1997): أعراض مستهدفة محددة، ومقاييس ثابتة صادقة، ومقيّمون عميان، وتدريب المقيّمين، وعلاج مقنّن، وتوزيع غير متحيز، والأمانة للعلاج؛ وأضاف ماكسفيلد وهاير (2002) غياب العلاج المتزامن، والمقاييس المتعددة الأنماط، وكفاية مسار العلاج. ويضيف أن الأمانة ترتبط بالنتيجة في تحليلين بعديين، وأن المعالجين ينزلقون عن البروتوكول مع الوقت؛ وأن معالجة ذكرى واحدة تُقاس بمقياس مثل IES-R لا بمقياس شامل مثل CAPS، الذي يقتضي مع الصدمات المتعددة اثنتي عشرة جلسة على الأقل؛ وأن تُستبعد المكاسب الثانوية والتعاطي النشط؛ وأن يقارَن العلاج بأرسخ العلاجات في الفعالية والكفاءة والانسحاب والمتابعة، بقياس التغير العيادي الجوهري لا الدلالة الإحصائية وحدها. ويوصي باختبار القدرة التنبؤية لنموذج AIP، كما في ألم الطرف الشبحي، ودراسة الإخفاقات العيادية.

المسؤولية العيادية والعالمية

كل أثر علاجي ثمرة تفاعل بين المعالج والطريقة والعميل، فإذا أخفق معالج مع نسبة عالية من عملائه فعليه أن ينظر في طريقة استعماله، فبعض الإجراءات، كالبقاء خارج طريق العميل أثناء المعالجة الناجحة، قد لا يرتاح إليها معالج متمرّس في مدارس أخرى. والعلاج ليس قالبا جاهزا، والتدريب بداية التعلم، ولا تصح الموافقة المستنيرة إلا من معالج متعلّم متمرّس. ويقدّر المؤلف المدرَّبين في العالم بنحو مئتي ألف معالج، ويذكّر بأن «القاعدة الأولى: لا تُضرّ». وعالميا، تعطّل الصدمة غير المعالجة نمو الأطفال وتغذّي دورة أجيال من العنف، فيدعو إلى طرائق قابلة للتطبيق حيث الحاجة أشد، وإلى إزالة وصمة العلاج النفسي، وإلى بحث أثر العلاج في المصالحة، إذ تشير بحوث أولية إلى أنه قد يزيل التحيّز الانتباهي نحو مثيرات التهديد (الخوري ملحم وآخرون، 2011). وقد بدأت برامج المساعدة الإنسانية بعد تفجير أوكلاهوما سيتي عام 1995 بتطوّع 186 معالجا.

خلاصة الفصل

ثبتت آثار العلاج في تجارب عشوائية كثيرة، وصار علاجا معتمدا في الخط الأول لاضطراب ما بعد الصدمة في الدلائل الدولية، مع آثار واعدة في اضطرابات أخرى تحتاج تجارب صارمة. والنظريات المدعومة في أثر الحركات: الذاكرة العاملة، والاستجابة التوجيهية، وعمليات نوم REM، وتنشيط الوظائف القشرية التي تُحدث المعالجة التكاملية. ويؤكد المؤلف أن كتابه وُضع مكمّلا للممارسة تحت إشراف مدرّبين متمرسين.

الملحقات

الملحق A: أدوات عيادية

يُصرَّح لمالكي الكتاب بنسخ هذه الأدوات للاستعمال الشخصي أو مع العملاء:

- **استبيان خبرات الطفولة الضارة** (Adverse Childhood Experiences, ACE): مبني على دراسة فيليتي وآخرين (1998) في كايزر برمانينتي ومراكز مكافحة الأمراض، التي شملت أكثر من سبعة عشر ألف فرد. يحصي عشر فئات قبل الثامنة عشرة: خمسا شخصية (الإساءة الجسدية واللفظية والجنسية، والإهمال الجسدي والانفعالي) وخمسا أسرية (والد مدمن على الكحول أو معنَّف، وفرد مسجون، وفرد مريض نفسيا، وفقد والد)، وكل فئة درجة واحدة مهما تكررت. ويرتفع الخطر بوضوح ابتداء من أربع درجات: إدمان الكحول 500%، والاكتئاب 460%، والانتحار 1200%؛ ومع ست درجات يزيد احتمال التعاطي الوريدي عند الذكور 4600%. ويُستعمل في المرحلة الأولى لاستخراج ذكرى ممثلة لكل فئة ومعتقدها السلبي.
- **قائمة الفرز وتسجيل المعطيات ونموذج تاريخ العميل:** يجمعان ما يلزم قبل المعالجة: العلاج السابق والأدوية، وفرز الانفصال، والاستقرار والدعم، والصحة الجسدية (الحمل، والقلب، والصرع، والعين)، والتعاطي، والمكاسب الثانوية، والموافقة المستنيرة؛ ويبحثان عن الأحداث الأقدم والمثيرات الحاضرة والمهارات اللازمة للمستقبل، مع خط زمني للذكريات المزعجة والإيجابية.
- **سجل أسبوعي بصيغة TICES:** يدوّن فيه العميل بين الجلسات المثير والصورة والمعتقد والانفعال والإحساس ودرجة الضيق.
- **قائمة المعتقدات السلبية والإيجابية:** أمثلة مقترنة في فئات المسؤولية، والسلامة، والقوة والتحكم والخيار.
- **تقنيتا تحديد الحدث الماضي: مسح الانفعال** (Affect Scan) عند شابيرو (1995)، و**الطفو العكسي** (Floatback) عند يونغ وزانغويل وبيهاري (2002)، وكلتاهما تنطلق من انفعال حاضر وإحساسه إلى أقدم ذكرى مشابهة حين لا يكفي السؤال المباشر.
- **المخطط الإجرائي:** عرض متسلسل للمراحل من شرح العلاج للعميل إلى التقييم والمعالجة والقالب المستقبلي.

الملحق B: نصّا جلستين

نصّ جلسة يعرض البروتوكول الثلاثي مع محارب قديم (ذكرى أقدم بالطفو العكسي، ثم المثير الحاضر، ثم قالب مستقبلي يُختبر بموقف تحدٍّ متخيَّل)، ونصّ جلسة مع ناجية من إساءة جنسية في الطفولة يبيّن التداخل المعرفي عبر هضبات المسؤولية والسلامة والخيار.

الملحق C: تقييمات عيادية وتقييم النتائج

- **مقياس الأمانة للعلاج** (EMDR Fidelity Rating Scale, EFRS) لكورن وماكسفيلد وسميث وستيكغولد (2017): وُضع أصلا لدراسة فان دير كولك وآخرين (2007)، ويقيّم به مراقب تسجيلات الجلسات أو المعالج نفسه أو المستشار. له خمسة مقاييس فرعية: المقدمة (التاريخ والتحضير والمكان الآمن)، وتنمية الموارد (اختياري)، ومعالجة خبرات الحياة الضارة، والقالب المستقبلي، والبروتوكول الثلاثي. تتدرج درجاته من 0 (لا التزام) إلى 3 (التزام جيد جدا)، والحد المقبول 2.0.
- **دليل تقييم الفعالية دون مجموعة ضابطة** لألن روبن: سبع خطوات لتصميم الحالة الواحدة (تحديد الهدف، وتعريفه إجرائيا، وخطة جمع المعطيات، وخط الأساس، وتصميم «أ ب»، والتحليل، والتكرار). ويحذّر من الاكتفاء بمقياسي الضيق وصحة المعتقد لأن العميل قد يميل إلى إرضاء المعالج. ويقدّم حساب حجم الأثر ومقارنته بالمعايير المرجعية؛ ففي مثاله بلغ حجم الأثر 1.86 في الاكتئاب، مقابل متوسط 1.31 في الدراسات.

الملحق D: قوائم البحوث

يذكر أن أكثر من ست وثلاثين تجربة عشوائية قيّمت العلاج في الصدمة، وأكثر من أربع وعشرين اختبرت فرضيات مكوّن حركة العين، وأن القوائم المشروحة متاحة على موقع مؤسسة أبحاث EMDR. ثم يورد ملخصات الدراسات الفسيولوجية النفسية والنيوبيولوجية التي راجعها الفصل الثاني عشر، وخلاصتها أن الأولى أظهرت كلها إزالة استثارة، وأن الثانية أظهرت تغيّرا في التنشيط القشري والحوفي وزيادة في حجم الحصين.

الملحق E: سلامة العميل

إرشادات فرقة عمل الاضطرابات الانفصالية (1995): موجّهة إلى المعالج المتمرّس الجديد على الانفصال، ولا تحدد معيار رعاية. وأهم قواعدها:

1. **الفرز:** يُفحص كل عميل للانفصال مهما كانت شكواه، بأدوات مثل مقياس الخبرات الانفصالية الثاني، ولا تكفي ملاحظة «التبدّل» في الجلسة؛ فإن ارتفع الاشتباه لزم تقييم تشخيصي أو استشارة.
2. **عوامل المعالج:** تدريب وإشراف في علاج الانفصال، ومهارة في الأزمات والتداخل المعرفي، وخبرة واسعة بالعلاج مع غير المنفصلين؛ وإلا وجبت الإحالة.
3. **عوامل العميل:** تحمّل انفعالي، وبيئة مستقرة، وقوة أنا، ودعم كاف، والتزام سابق بالعلاج.
4. **علامات تميل إلى منع الاستعمال:** إيذاء الذات المستمر، والنية الانتحارية أو القتلية النشطة، والاسترجاعات غير المنضبطة، والتبدّل السريع، والهشاشة الجسدية أو المرض العضال، والعلاقات المسيئة المستمرة، واضطراب الشخصية الشديد، والتشخيصات المزدوجة الخطيرة كالفصام والتعاطي النشط. وليست موانع مطلقة، لكن لا يمضي معها إلا معالج شديد الخبرة.

5. **التحضير:** يُشرح الإجراء للنظام كله طلبا لموافقته المستنيرة، مع الإقرار بأنها لا تتحقق تماما، و«توقّع غير المتوقع» بعبارة كلوفت؛ ويتأثر التحضير بتعقيد النظام وتعاون أجزائه ونفاذية حواجزه.
6. **المراحل:** يُمتنع عن المعالجة في المراحل المبكرة إلا استثناء بالاستشارة، لأن التحفيز المبكر قد يخترق الحواجز الانفصالية فيُغرق النظام ويرفع خطر الانتحار؛ وتُستعمل في مرحلة الإدماج ثم في تنمية مهارات المواجهة.

سياسات الجمعية الدولية للعلاج (EMDRIA): تأسست عام 1995، وقصرت التدريب العيادي على المرخَّصين في تخصصات الصحة النفسية أو طلبة الدراسات العليا المؤدية إلى الترخيص. ويتطلب اعتمادها (منذ 1999) تدريبا أساسيا (عشرون ساعة نظرية وعشرون تطبيقا)، وخمسين جلسة على الأقل مع خمسة وعشرين عميلا، وعشرين ساعة استشارة مع مستشار معتمد، واثنتي عشرة ساعة تعليم مستمر. ويضيف «المستشار المعتمد» ثلاث سنوات خبرة بثلاثمئة جلسة مع خمسة وسبعين عميلا.

الملحق F: موارد التدريب

يوصي بالتدريب عبر برامج تعتمدها الجمعية الإقليمية، ويجمع التدريب المعياري المحاضرات والاستشارة والتطبيق تحت الإشراف. ويعدّد الجهات: في الأمريكتين الجمعية الدولية وبرامج المساعدة الإنسانية وجمعيتا كندا وأيبيروأمريكا (ثماني عشرة جمعية وطنية)، وفي أوروبا جمعية EMDR أوروبا (ثمان وعشرون)، وفي آسيا جمعية EMDR آسيا (اثنتا عشرة).

خاتمة الملخص

معجم المصطلحات الأساسية

المصطلح	بالإنجليزية	بالفرنسية	معناه
معالجة المعلومات التكيفية	Adaptive Information Processing (AIP)	traitement adaptatif de l'information (TAI)	النموذج النظري للعلاج: الذكرى غير المعالجة مخزّنة بشحنتها، والصحة بدمجها في شبكات تكيفية
التحفيز الثنائي	Bilateral Stimulation (BLS)	stimulation bilatérale alternée (SBA)	حركات عين أو نقر أو نغمات متناوبة بين الجانبين
المعتقد السلبي والإيجابي	Negative / Positive Cognition	cognition négative / positive	تقييم ذاتي مختل مرتبط بالذكرى، وبديله المرغوب
وحدات الضيق الذاتي	Subjective Units of Disturbance (SUD)	unités subjectives de perturbation	مقياس من 0 إلى 10 لشدة الضيق
صحة المعتقد	Validity of Cognition (VOC)	validité de la cognition	مقياس من 1 إلى 7 لصدق المعتقد الإيجابي
المكان الآمن	Safe/Calm Place	lieu sûr	تمرين تثبيت في مرحلة التحضير
تنمية الموارد وتثبيتها	Resource Development and Installation (RDI)	développement et installation de ressources	تقوية موارد إيجابية قبل المعالجة
مسح الجسد	Body Scan	scanner corporel	تفحّص ما بقي من إحساس بعد التثبيت
التفريغ الانفعالي	Abreaction	abréaction	استعادة الخبرة بانفعال شديد أثناء المعالجة
التداخل المعرفي	Cognitive Interweave	tissage cognitif	إدخال معلومة أو سؤال لتحريك معالجة متعطلة
الهضبات الثلاث	Three Plateaus		المسؤولية والسلامة والخيار
البروتوكول الثلاثي	Three-Pronged Protocol	protocole en trois temps	الماضي ثم المثيرات الحاضرة ثم قوالب المستقبل

المصطلح	بالإنجليزية	بالفرنسية	معناه
القالب المستقبلي	Future Template		تخيّل التعامل التكيفي مع موقف مقبل ومعالجته
الطفو العكسي ومسح الانفعال	Floatback / Affect Scan		العودة من انفعال حاضر إلى ذكرى أقدم
الذكريات المرجعية	Touchstone Memories		الذكريات الأقدم المؤسسة للاضطراب الحاضر
إعادة الترسيخ	Reconsolidation	reconsolidation	تخزين الذكرى معدّلة بعد استدعائها، خلافا للانطفاء
الذاكرة العاملة	Working Memory	mémoire de travail	تخزين مؤقت محدود السعة
الاستجابة التوجيهية	Orienting Response	réflexe d'orientation	انتباه فطري لمثير جديد يعقبه استرخاء
خبرات الطفولة الضارة	Adverse Childhood Experiences (ACE)	expériences adverses de l'enfance	عشر فئات من الشدائد قبل الثامنة عشرة
اضطراب ما بعد الصدمة المركّب	Complex PTSD	TSPT complexe	أعراض الصدمة مع اضطراب الانفعال والذات والعلاقات
الإصابة الأخلاقية	Moral Injury	blessure morale	اختلال ينشأ عن انتهاك القيم فعلا أو مشاهدة
الصدمة بالإنابة	Vicarious Traumatization	traumatisation vicariante	أثر العمل مع المصابين في المعالج نفسه
التدخلات المبكرة	EMDR Early Interventions (EEIs)		بروتوكولات قصيرة بعد الكوارث
الأمانة للعلاج	Treatment Fidelity	fidélité au traitement	التزام المعالج أو الدراسة بالبروتوكول المعياري

الأطر المركزية ومواضعها في الكتاب

الإطار	موضعه
نموذج AIP وإعادة الترسيخ	الفصلان الثاني والثاني عشر
المراحل الثماني	الفصول من الرابع إلى الثامن

الإطار	موضعه
البروتوكول الثلاثي	الفصلان الثالث والثامن
الهضبات الثلاث والتداخل المعرفي	الفصل العاشر
آلية العمل	الفصل الثاني عشر
السلامة والانفصال	الفصل الحادي عشر والملحق E

قراءة نقدية من معدّ الملخص

هذه ملاحظات معدّ الملخص، وليست من الكتاب.

انتقاء الدراسات في الفصل الثاني عشر. يعرض الكتاب الدراسات التي تنقض موضوعه أيضا، وهذا جهد نادر. ويشرح لماذا تسقط عنده دراستان (ديفيلي وسبنس) لضعف الأمانة في التطبيق، ولماذا لا تُحسب تجارب المحاربين ذات الجلستين. لكن هذا الانتقاء نفسه يطرح سؤالا: إذا كان المعيار هو الأمانة والجرعة الكافية، فمن يملك صلاحية الحكم على أمانة دراسة الخصم؟ يبدو أن الكتاب يحمي نفسه بحجة منهجية مشروعة أحيانا، ويميل إلى تصنيف النتائج السلبية أخطاء إجرائية. والإنصاف يقتضي أن يُقال إن القاعدة نفسها لم تُطبّق دائما بالقدر ذاته على الدراسات المؤيدة.

مقاييس SUD وVoC. في الملحقات ما هو نافع جدا، كقائمة المعتقدات والطفو العكسي ونموذج التقييم الفردي. وأدق ما فيها الإقرار بأن العملاء يشعرون بضغط داخلي للإبلاغ عن درجة ضيق منخفضة. وهذا إقرار يمس الثقة في كثير من الدراسات التي بُنيت على هذين المقياسين، ويستحق أن يُقرأ بجدية لا أن يمر في هامش. أما مقياس الأمانة فقيمته تتوقف على من يقيّم: حين يُستعمل لتقييم الالتزام بالبروتوكول قد يصير أداة إقصاء لمن يجرّب تعديلا مشروعا.

السلامة وحكم المعالج على نفسه. تدرج المؤلفة شروط الاعتماد بنفسها، وتحددها بعدد الجلسات والاستشارة لا بالشهادات وحدها، وهذا يستحق الاحترام. لكن قراءة إرشادات السلامة تكشف أن معيارها يُقاس في النهاية بحكم المعالج على نفسه: هو من يقرر هل مؤشر الاشتباه منخفض أم مرتفع، وهو من يقرر أن الفوائد ترجح على المخاطر. وهذا عبء ثقيل على فرد، يحتاج ضمانات خارجية مثل الإشراف الإلزامي ومراجعة الحالات الصعبة. والكتاب يعرف ذلك ويصرّح به، لكنه يترك تنفيذه للميدان.

لمن هذا الكتاب وما حدوده

كتاب شابيرو دليل مهني موجّه إلى المختصين المرخَّصين في الصحة النفسية، كالأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين العياديين، وإلى طلبة الدراسات العليا في برامج تؤدي إلى الترخيص، ويفيد الباحثين والأساتذة الذين يدرسون العلاجات المركّزة على الصدمة. ويقدّم الأساس النظري للعلاج وبروتوكولاته وأدلته.

وهذا الملخص قراءة في أفكار الكتاب للمختصين والطلبة، لا دليل تطبيق. فالمؤلف نفسه يصرّح بأن كتابه مكمّل للممارسة تحت إشراف مدرّبين متمرّسين، والجمعيات المهنية لا تقبل في التدريب إلا المرخَّصين أو من هم في طريق الترخيص، ولا تمنح الاعتماد إلا بعد تدريب معتمد وممارسة موثقة واستشارة. ولذلك:

- لا يُمارَس EMDR إلا بعد تدريب معتمد من جمعية مهنية معترف بها، يجمع النظرية والتطبيق تحت الإشراف. وهذا الملخص لا يغني عن ذلك التدريب ولا يؤهّل لممارسة العلاج.
- قراءة الإجراءات لا تكفي لإدارة التفريغ الانفعالي ولا لاكتشاف الانفصال الكامن ولا لتقدير جاهزية العميل، والتطبيق الناقص قد يضرّ، ولا سيما مع الاضطرابات الانفصالية والصدمات المركّبة.
- ليس في الملخص ما يصلح للمساعدة الذاتية، ومن يعاني آثار صدمة فليتوجه إلى مختص مرخَّص ومدرَّب.
- الأدلة قوية في اضطراب ما بعد الصدمة، لكنها في كثير من التطبيقات الأخرى دراسات حالة وتجارب صغيرة، كما يقرّ المؤلف، وآلية العمل ما زالت موضع بحث.
- الأرقام منقولة عن الطبعة الثالثة (2018)، وقد تجاوزت البحوث اللاحقة بعضها، فيُرجَع إلى المصادر الأصلية والدلائل الحديثة قبل الاستشهاد بها.

المراجع

Shapiro, F. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures (3rd ed.). New York: Guilford Press.

الإحالات بين قوسين (المؤلف، السنة) في متن الملخص مأخوذة من الكتاب، وتفاصيلها في قائمة مراجعه. والفقرات الموسومة «ملاحظة الملخِّص» وقسم «قراءة نقدية من معدّ الملخص» رأي معدّ الملخص، وليست من الكتاب.