جامعة يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

فعالية تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين– دراسة عيادية لأربع حالات –

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:
محمد عـــــربي
أسامة سويفي

إشراف الأستاذة:
أمينة بلحاج

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الجامعة	الصفة
ياسميـــن باشـــا	جامعة يحي فارس المدية	رئيسا
أمينـــة بلحـــاج	جامعة يحي فارس المدية	مشرفا
سميرة مـــرداس	جامعة يحي فارس المدية	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وتقدير

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:
(إن أشكرَ الناس لله عز وجل أشكرُهم للناس)
نتقدم بجزيل الشكر والعرفان
للدكتورة **بلحاج أمينة** على مجهوداتها ونصائحها
وعلى صبرها معنا لإنجاز هذ المذكرة.
كما نتقدم بجزيل الشكر المسبق للجنة المناقشة
على ما سيقدمونه من ملاحظات وتوجيهات والتي
لن تزيد هذا العمل إلا إتقانا وجمالا.
و نشكر كل من ساهم من كليتنا على دعمهم
وتشجيعهم لنا، دون أن ننسى من مد لنا يد
المساعدة من قريب أو من بعيد.





إهـــــداء

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا في إنجازه

إلى من ربتني وأعانتني بالصلوات والدعوات إلى أغلى إنسانة في هذا الوجود أمي الحبيبة

إلى من عمل من أجلي وعلمني معنى الكفاح وأوصلني إلى ما انا عليه أبي الكريم

أدامه الله لي

إلى من كانت لي السند ورفيقة الدرب في مسيرة حياتي زوجتي حفظها الله لي ورعاها.

الى قرتي عيني ابنائي يوسف وفارس.

إهـــــداء

إلى من شغلا حياتي والدنيا بوجودهما وأنارا لي طريقي بنورهما.. إلى من عرفت معنى العطف والحنان والعطاء والتضحية منها إلى الذين لا يقدر فضلهما شيء في الدنيا ولا يوفي حقهما ثمن.. إلى نور عيني وتاج رأسي إلى والدي الكرميين أبي وأمي الغالية

إلى التي أتذوق نكهة الحياة بوجودها والتمست الفرح والسرور بقربهما.. إلى إنسانة تعز على قلبي ووهبتني الحب والعطف ودفعتني للعطاء والعمل إلى جدتي رحمة الله عليها المرأة الصلبة التي لم تقيها سنون الثورة التحريرية والتي توفيت قبل أن تشاركي هذه الفرحة.. إلى المرآة الشامخة قروط فاطمة

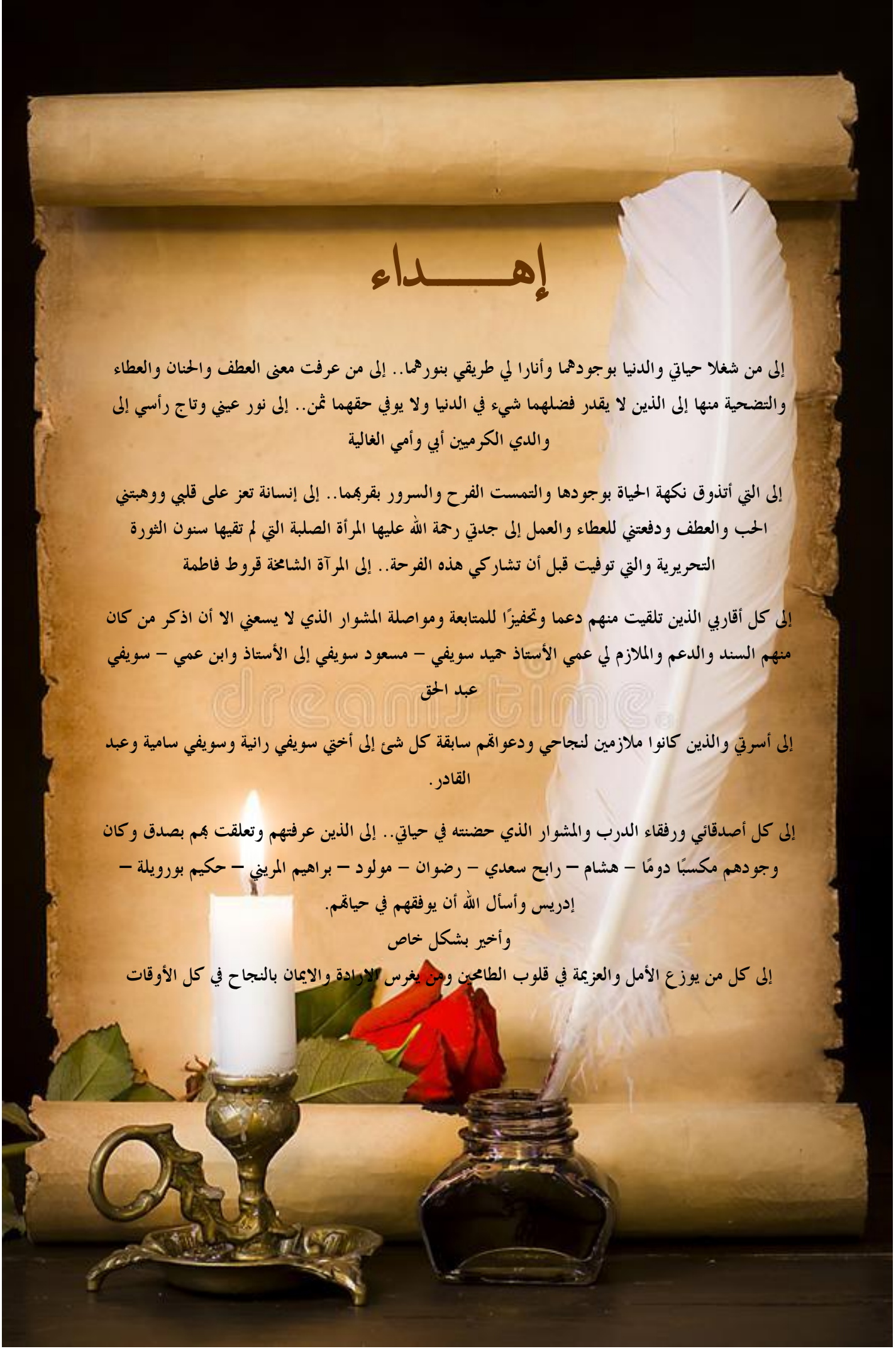
إلى كل أقاربي الذين تلقيت منهم دعما وتحفيزًا للمتابعة ومواصلة المشوار الذي لا يسعني الا أن اذكر من كان منهم السند والدعم والملازم لي عمي الأستاذ حميد سويفي – مسعود سويفي إلى الأستاذ وابن عمي – سويفي عبد الحق

إلى أسرتي والذين كانوا ملازمين لنجاحي ودعواتهم سابقة كل شئ إلى أختي سويفي رانية وسويفي سامية وعبد القادر.

إلى كل أصدقائي ورفقاء الدرب والمشوار الذي حضنته في حياتي.. إلى الذين عرفتهم وتعلقت بهم بصدق وكان وجودهم مكسبًا دومًا – هشام – رابح سعدي – رضوان – مولود – براهيم المريني – حكيم بورويلة – إدريس وأسأل الله أن يوفقهم في حياتهم.

وأخير بشكل خاص

إلى كل من يوزع الأمل والعزيمة في قلوب الطامحين ومن يغرس الارادة والايمان بالنجاح في كل الأوقات



ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى الفعالية العلاجية لتقنية نزع الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في خفض السلوك العدواني لدى المحبوسين، فهي من العلاجات الحديثة المبتكرة والتي أخذت مقعدا بين العلاجات النفسية وهي في انتشار وتوسع في مجال علاج الاضطرابات والمشاكل السلوكية.

وقد تمحورت مشكلة الدراسة في: **هل لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين(EMDR) فاعلية في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين؟**

وقد أجريت الدراسة الميدانية بمؤسسة إعادة التأهيل بالبرواقية في الفترة الزمنية الممتدة من **2020/03/22** إلى غاية **2020/08/22**، على عينة دراسة مكونة من **04** حالات من نزلاء السجون متسمين بالسلوك العدواني، اعتمدنا على المنهج العيادي، بتقنية دراسة حالة وهذا باستخدام شبكة الملاحظة والمقابلة النصف موجهة، مع مقياس السلوك العدواني على الغير **ECHA (Echelle des conduites hétéro- agressives)**

ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

- تحسن واضح في الحالات الأربع في تخفيض السلوك العدواني بعد تطبيق سلسة حركات العين، وهذا ما بينته نتائج تطبيق مقياس السلوك العدواني على الغير **ECHA** في الاختبار البعدي؛
- التخلص من التفكير السلبي والتثبيت والرفع من مستوى التفكير الإيجابي وهذا ما بينته نتائج سلم **SUD و VOC**

وعليه فإن إن تقنية نزع الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات الأعين يمكن أن تساهم في علاج ظاهرة السلوك العدواني مع العلاجات الأخرى وهذا ما أظهرته نتائج هذه الدراسة الميدانية.

كلمات مفتاحية: EMDR، تقنية إعادة المعالجة بحركات العينين، نزع الحساسية، **PTSD، Shapiro، AIP .**

فهرس المحتويات

المحتويـــــــــات	الصفحة
شكر وتقدير	
إهداء 1	
إهداء 2	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
قائمة الملاحق	
مقدمة	أ
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- الدراسات السابقة	5
2- إشكالية الدراسة	8 -5
3- الفرضيات	8
4- أهداف الدراسة	8
5- أهمية الدراسة	8
6- تحديد مصطلحات الدراسة	10 -9
الفصل الثاني: السلوك العدواني	
تمهيد	12
1- تعريف العدوان	14 -12
2- تصنيف السلوك العدواني	17 -14
3- أسباب السلوك العدواني	18 -17
4- النظريات المفسرة للسلوك العدواني	24 -18
خلاصة	24

الفصل الثالث: تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العين	
تمهيد	26
1- تعريف تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة غعن طريق حركات العين	27 -26
2- أهداف ومبادئ EMDR والحالات التي يطبق عليها	28 -27
3- الحالات التي يطبق عليها EMDR	28
4-تاريخ ظهور التقنية EMDR	32-28
5-الأساس النظري لتقنية EMDR	38 -33
6-المكونات الأساسية وأهداف معالجة بواسطة EMDR	44 -38
7-المراحل الثمانية للعلاج بـــ EMDR	52 -44
8-اللبنات الأساسية لعلاج EMDR	56 -53
9-تفسير فعالية ونجاح آثار علاج EMDR	64 -57
10- الانتقادات الموجهة لتقنية EMDR	68-64
11- علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى	75 -68
12- مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى	78 -73
13- الهيات العلمية المعترفة بفعالية EMDR	76
خلاصة	77
الفصل الرابع: المسجون	
تمهيد	79
1- تعريف الحبس	80 -79
2- تعريف المحبوس	81 -80
3- مفهوم العقوبة السالبة للحرية	82 -81
4- أهداف العقوبة السالبة	82
5- تصنيف المؤسسات البيئة المغلقة	84 -82
6- حقوق المحبوسين	91 -84
7- واجبات المحبوسين	92 -91
خلاصة	93

الجانب التطبيقي	
الفصل منهجية الدراسة	
تمهيد	
1- الدراسة الإستطلاعية	**101-96**
2- تعريف المنهج	**101**
3- تعريف المنهج العيادي	**102**
4- تعريف دراسة حالة	**102**
5- المنهج العيادي ودراسة حالة	**103**
6- حدود البحث	**1103**
7- عينة البحث	**104-103**
8- أدوات الدراسة	**104**
8-1- الملاحظة	**105-104**
8-2- المقابلة العيادية	**108-105**
8-3- إختبارات ومقايس البحث	**113 -109**
الفصل السادس : عرض وتحليل الحالات	
1- عرض الحالة الأولى	**129 -115**
2- عرض الحالة الثانية	**144-130**
3- عرض الحالة الثالثة	**159-145**
4- عرض الحالة الرابعة	**174-160**
الفصل السابع: مناقشة الفرضيات	
1- عرض نتائج الدراسة	**180 -176**
2- مناقشة الفرضيات	**182 -180**
خاتمة	**182**
قائمة المراجع	**187 -184**
الملاحق	

فهـــــــرس الجداول

الرقم	العنـــــــــــوان	الصفحة
01	جدول يبين المراحل الثمانية للعلاج	52 –51
02	جدول يبين مقارنة بين EMDR والعلاج بالتعرض	69
03	جدول يلخص السن، الوضعية العائلية، المستوى الدراسي والمهني	97
04	جدول يلخص المتغيرات والتصنيف الأمني والسوابق القضائية والسلوكية	98
05	جدول يوضح نوع الجرائم المعتاد عليها بالنسبة للمسجونين	99
06	جدول يبين خصائص العينة	104
07	جدول يوضح المحاور الاساسية للمقابلة نصف الموجهة	108 –106
08	جدول يوضح جلسات علاجية وأهدافها للحالة الاولى	117 –115
09	نتائج السلوك العدواني على الغير الماضي والحاضر للحالة الأولى	120
10	جدول يوضح جلسات علاجية وأهدافها للحالة الثانية	131 –130
11	نتائج السلوك العدواني على الغير الماضي والحاضر للحالة الثانية	132
12	جدول يبين جلسات علاجية وأهدافها للحالة الثالثة	146–145
13	نتائج سلوك العدواني على الغير الماضي والحاضر للحالة الثالثة	147
14	جدول يبين الجلسات العلاجية وأهدافها للحالة الرابعة	161 –160
15	نتائج السلوك العدواني على الغير الماضي و الحاضر للحالة الرابعة	162
16	جدول يلخص المقابلات والنتائج والجلسات الأربعة قبل العلاج	177
17	جدول يلخص نتائج الحالات الأربعة على مقياس ECH للسلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي قبل العلاج	178
18	جدول يلخص نتائج الحالات الأربعة على مقياس ECHA	179
19	جدول يلخص المقابلات والجلسات الأربعة بعد العلاج	180

فهرس الأشكـــــــال

الرقم	العنـــــــــــــوان	الصفحة
01	المخطط البياني يبين النسبة المؤوية لمختلف جرائم العنف المرتكبة في الجزائر في 2004 لكل 100.000 نسمة	07
02	الشكل يبين المبادئ الثلاثة لنموذج معالجة المعلومات التكيفية AIP	34
03	الشكل يبين معالجة عاطفية طبيعية لتجربة مرهقة لدى البالغين الأصحاء	35
04	نموذج الديناميات الزمنية لمعالجة الذاكرة العاطفية توليف على أساس بيولوجي عصبي لفقدان الذاكرة الناجم عن الاجهاد	36
05	شكل يبين حركات اليد الأفقية المستخدمة في تنفيذ EMDR	40
06	شكل يبين حركات اليد القطرية المستخدمة في تنفيذ EMDR	41
07	شكل يمثل تنفيذ بقبضتي اليد EMDR	42
08	شكل يبين برتوكول الثلاثي المراحل للبيانات الاساسية لعلاج EMDR	53
09	شكل يبين مثال عن النماذج المستقبل للعلاج	55
10	شكل يبين الحالات العيادية والطرق ثلاثية الابعاد	56
11	مخطط بياني يبين توزيع العينة بالنسبة للمهنة المستوى الدراسي والوضعية العائلية	97
12	مخطط بياني يبين توزيع العينة بالنسبة لسوابق في العنف سلوك المحبوس السوابق القضائية تصنيف الأمني	98
13	مخطط بياني يبين نوع الجرائم المعتدين عليها	100
14	مخطط بياني يبين السوابق في الادمان السوابق المرضية والنفسية والسلوكية	100
15	بطاقة معالجة للحالة الأولى	120
16	بطاقة معالجة للحالة الثانية	134- 135
17	بطاقة معالجة للحالة الثالثة	149- 150
18	بطاقة معالجة للحالة الرابعة	164- 165

فهرس الملاحـــــق

الـــرقم	العنـــــــــوان
01	يبين المخططات البيانية العنيفة وغير العنيفة في العالم والجزائر
02	يبين المخطط البياني بين النسبة المئوية للجرائم العنيفة وغير العنيفة المرتكبة في الجزائر عام 2004
03	يبين شبكة الملاحظة
04	يبين دليل المقابلة
05	يبين دليل المعالجة ببروتوكول EMDR
06	يبين بطاقة المعالجة
07	يبين التنفس الباطني
08	يبين كـــراســـــــة الأجـــوبـــــــة
09	مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي
10	مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي

مقدمـــــــة:

تعددت الأبحاث والدراسات حول السلوك العدواني في مراحل النمو المختلفة منذ الميلاد إلى الرشد بهدف التعرف على أسبابه والعوامل المؤدية إليه، فهو من أخطر ما يهدد أمن واستقرار المؤسسات الاجتماعية وأفراد المجتمع، ومشكلة السلوك العدواني قديمة منذ بدء الخليقة وقد تطور في أساليبه وأنماطه فأختلف في تفسير المكونات المؤدية إلى هذا السلوك من طرف العلماء والمتخصصون، وقد تنوعت أشكاله في الوقت الحاضر نظرا للتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، إذ أنه مشكلة متعددة الأبعاد، فهي قد تتضمن أبعادا تربوية وأمنية ونفسية واجتماعية واقتصادية.

ولا يختلف الوضع في السجون فهي المؤسسة التي تحوي ما يخلفه المجتمع، فليس غريبا أن انتشار السلوك العدواني بين النزلاء في ازدياد، ما يستدعي تدخلات متعددة الأطراف لعلاج المشكلة والحد منها، ومن بين تلك التدخلات نجد العلاجات النفسية.

وبناء على ذلك فإن دراستنا الحالية تتناول موضوع فاعلية تقنية علاجية متمثلة في العلاج عن طريق تقنية نزع الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في خفض السلوك العدواني لدى النزلاء السجون، والمختصرة في مصطلح **EMDR**.

لذا قُسم البحث إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث احتوى الجانب النظري على أربعة فصول وهي: **الفصل الأول**: الإطار العام للدراسة؛ **الفصل الثاني**: السلوك العدواني؛ **الفصل الثالث**: تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين و**الفصل الرابع**: المسجونين.
في حين احتوى الجانب التطبيقي على ثلاثة فصول وهي: **الفصل الأول**: منهجية الدراسة؛ **الفصل الثاني**: عرض الحالات الأربع وتحليلها و**الفصل الثالث**: عرض نتائج الدراسة ومناقشة الفرضيات.

ومن خلال دراستنا هذه أردنا تسليط الضوء على فئة من المجتمع وهي المنحرفين المجرمين، الذين يمتازون بخصائص نفسية يجب مراعاتها في التعامل معهم وحتى في التكفل بهم، وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة جدا التي تطبق هذه التقنية على السلوك العدواني لذلك أردنا التأكيد على أهمية العلاجات النفسية لمثل هؤلاء من خلال تطبيق تقنية سلب الحساسية **EMDR**.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

الفصل الثاني: السلوك العدواني.

الفصل الثالث: تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين.

الفصل الرابع: المسجون.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- تحديد المفاهيم

6- الدراسات السابقة

1- الدراسات السابقة:

رغم التوسع الكبير في دراسة أثر التقنية العلاجية **EMDR** في مجال علاج الاضطرابات النفسة وحتى الأمراض الذهانية، لكن لم نعثر على دراسات تتناول علاج السلوك العدواني، جل تلك الدراسات تدرس أثر وفعالية العلاج بنزع الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في علاج ضحايا الصدمات النفسية، اضطراب ما بعد الصدمة، الرهاب اضطراب صورة الجسم، اضطراب الهلع، الألم المزمن، أو دراسات تناولت ضحايا العنف الجسدي أو الجنسي، دراسات نتائج العنف على الضحايا وفعالية **EMDR** أو اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية والعنف، إلا دراسة واحدة قام بها **(عادل، قايد. سهام، بوخاري)**:

- ✓ **سنة النشر**: (**2010**)، بدأت الدراسة في مارس (**2010**) إلى أواخر أفريل؛
- ✓ **المشكلة البحثية**: مدى فعالية العلاج عن طريق سلب الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين في خفض السلوك العدواني لدى الطفال؛
- ✓ **العينة**: تكونت العينة من 10 أطفال؛
- ✓ **المنهج**: اتبعت الدراسة المنهج التجريبي، حيث تم إختيار التصميم الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة؛
- ✓ **أدوات البحث**:

– مقياس السلوك العدواني.

– مقياس الطمأنينة النفسية.

– البرنامج العلاجي: تطبيق برتوكول مكون من ثمانية مراحل وهي: تاريخ الحالة، التحضير، التقييم، سلب الحساسية التثبيت، التصوير الجسدي، الاختتام، إعادة التقييم.

- ✓ **بلد النشر**: الجزائر؛
- ✓ **نتائج الدراسة**: نتائج كانت إيجابية في استعمال هذا النوع من العلاج في أغلبية الحالات، بعد التطبيق البعدي على نفس المقاييس السابقة.

2- الإشكالية:

مما لا شك فيه أن حوادث العنف سواء كانت فردية أو جماعية جعلت العنف من أخطر الظواهر التي تواجه المجتمعات حتى أصبحت أمرا مثيرا للقلق في العقود الأخيرة وهذا ما يوضحه المخطط البياني لانتشار جرائم العنف العنيفة منها وغير العنيفة لسنة (**2004**) في العالم (**ملحق رقم 01 /مخطط رقم 01**)، فمن بين **30** دولة تتفاوت فيها نسبة انتشار الجرائم العنيفة

بالنسبة لغير العنيفة مثلا رومانيا **50%** جرائم أستعمل فيها العنف مقابل غير العنيفة، تركيا **45%** جرائم أستعمل فيها العنف مقابل غير العنيفة، أوغندا **39%** جرائم أستعمل فيها العنف مقابل غير العنيفة، والعنف إضافة إلى أنه أسلوب بدائي غير متحضر فهو يشكل في كثير من الأحيان جريمة يعاقب عليها المجتمع، وككل الجرائم فهو يؤثر في كيانه وينال من وحدته وتماسكه واستقراره وأمنه، إذ يولد تكاليف اجتماعية واقتصادية عالية له.

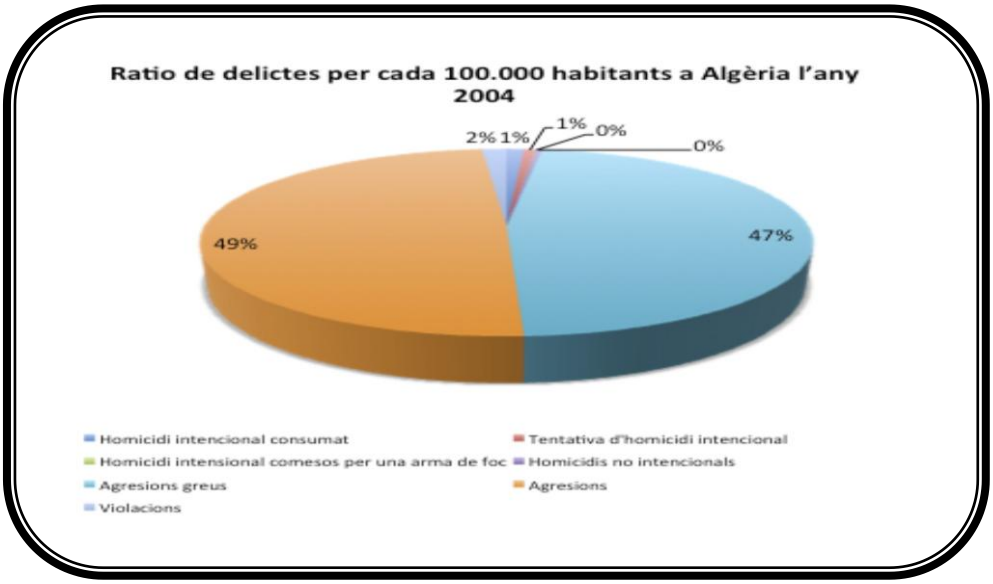
في الواقع الدليل العلمي يوضح أن جزءا قليلا من المجتمع مسؤول عن الغالبية العظمى من الجرائم العنيفة التي ارتكبت في إقليم معين وهذا هو السبب الذي جعل معالجة هؤلاء الأشخاص الذين ارتكبوا جرائم العنف أولوية لعدة دول في العالم.

أما فيما يتعلق بالعنف في السجون فهو يمثل ظاهرة أكثر خطورة، ذلك أن بيئة السجن ذاتها بما تضمه من نزلاء يغلب على أكثرهم طابع العنف وانتهاج السلوك العدواني أو الإجرامي، إضافة إلى كون البيئة أصلا لها دور بلا شك في التأثير على الإنسان وتوجيه سلوكه، لذا يمكن اعتبار مجتمع السجن مجتمعا ملائما لممارسة العنف بين النزلاء، بل إن هناك الكثير من المؤشرات التي تدل على أن العنف في السجون أصبح ظاهرة شائعة في معظم سجون العالم، ينقل لنا غانم (**1999**) تأكيد الباحثة " **سايكس جريشام** " على أن النزلاء يوجد بينهم عدد كبير من معتادي الخروج على القانون، وهؤلاء يعملون على إستمرار حالة عدم الأمن، وبالتالي يبادرون إلى استخدام العنف وهم مستعدون دائما لذلك .

(إبراهيم سعد الغامدي، 2008، ص03)

ولا يختلف ذلك عما تواجهه الجزائر من استفحال هذه الظاهرة من حيث جرائم العنف بصفة عامة (**60** ٪) (**أنظر في الملحق رقم 01 / مخطط رقم 02**)، ومن خلال الشكل رقم **01** نجد أن الجرائم الأكثر شيوعا هي الإصابات والتهديدات (خطيرة أو صغيرة)، والتي تشكل **96**٪ من جميع الجرائم العنيفة، ثم تأتي الاعتداءات الجنسية والقتل (سواء ارتكبت أو محاولات).

أما فيما يخص السلوك العدواني بين النزلاء السجون، فخلال سنة (**2008**) تم تسجيل (**884**) حادثة اعتداء بالضرب على المحبوس مبلغ عنها، أما خلال سنة (**2009**) فقد تم إحصاء (**1919**) حادثة، بينما قفز عدد الحوادث المتعلقة بالاعتداءات إلى (**2008**) حادثة خلال سنة (**2010**).



رقم 01: المخطط البياني يبين النسبة المئوية لمختلف جرائم العنف المرتكبة في الجزائر في عام (2004) لكل 100000نسمة.

استلزم هذا الوضع إحداث علاجات وتحسين وإعانة المحبوس أثناء فترة السجن أو ما بعده فيما يخص التأهيل ومدى الاهتمام بانشغالات ومتطلعات هذه الفئة من المجتمع المهمشة عامة، فهناك علاجات عديدة عالجت السلوك العدواني وبمختلف التقنيات، لكن الملاحظ أن هناك تقنيات جديدة غير مستغلة، رغم إثبات فعاليتها من طرف الكثير من الباحثين، من هذه التقنيات أو العلاجات علاج عن طريق سلب الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين، وتعد هذه التقنية نوعا من أنواع العلاجات المبتكرة التي تعمل على استثارة الحسية باستعمال حركات العين أي علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، حيث تعمل على علاج الصدمات النفسية التي يتعرض لها الشخص.

وعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (**EMDR**) علاج نفسي أساسه الدليل العلمي في معالجة الاضطراب الكربي التالي للصدمة، وحسب أهم وأكبر قاعدة بيانات للدراسات العشوائية المقارنة، قاعدة بيانات **كوكران** في جامعة أوكسفورد في المملكة المتحدة، يتألف من **36** دراسة منها **15** دراسة مقارنة عشوائية أظهرت كفاءة هذا العلاج في تخفيض وإزالة أعراض الاضطراب الكربي التالي للصدمة، وقد أظهرت هذه الدراسات (**Bisson & Andrew**) نتائج مشابهه لتلك التي تتحقق مع العلاج المعرفي السلوكي (**2007**) ولكن النتائج العلاجية كانت أبقى و أثبت في دراسات المتابعة كما أن هناك أيضا دعم من دراسات حديثة لاستعمال هذا العلاج في معالجة اضطرابات نفسية أخرى، تتضمن مشاكل الصحة العقلية المختلفة، وأعراض جسدية، إذا مما سبق يمكن طرح التساؤل التالي:

هل لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (EMDR) فاعلية في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين؟

التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل تمكن تقنية **EMDR** من تخفيض التفكير السلبي لدى المحبوسين؟
- ✓ هل تمكن تقنية **EMDR** من تثبيت التفكير الإيجابي لدى المحبوسين؟

3- الفرضيات

الفرضية العامة:

لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (**EMDR**) فاعلية في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين.

الفرضيات الجزئية:

- ✓ تمكن تقنية **EMDR** من تخفيض التفكير السلبي.
- ✓ تمكن تقنية **EMDR** من تثبيت التفكير الإيجابي.

4- أهداف الدراسة:

- ✓ معرفة مدى فعالية تقنية سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين في تخفيض السلوك العدواني؛
- ✓ أثر هذه التقنية على فئة غير معروفة كثيرا وهي فئة المجرمين؛
- ✓ دراسة عينة متسمة بالسلوك العدواني عند الراشدين وليس على الأطفال فأغلب الدراسات تدرس السلوك العدواني على الأطفال وليس على الراشدين؛
- ✓ أثر المعاملة والبيئة العنيفة على سلوك الفرد وطريقة رد فعله عليها؛
- ✓ دعم السجون في جانب التكفل العلاجي لفئة المحبوسين لتتماشى والمعايير الدولية من خلال هذا العلاج.

5- أهمية الدراسة:

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة في كونها تعتبر من بين الدراسات الممهدة لتناول فئة خاصة من المجتمع وهي فئة المجرمين؛ لذلك تتقاطع مع تخصصات أخرى في التناول العلمي كعلم الاجرام وكذلك علم النفس الصدمي وعلم الضحايا وبالتالي تقدم لنا تصورا علميا عميقا عن الخصوصية النفسية لهذه الفئة مما يسمح للمتخصصين بإيجاد استراتيجيات فعالة للتكفل بهم ومساعدتهم على التعامل مع شخصياتهم وطباعهم والتصالح مع ذواتهم وبالتالي فرصة البدء من جديد؛

كما تعتبر هده الدراسة من بين الدراسات القليلة جدا التي تطبق تقنية **EMDR** على السلوك العدواني على الراشد؛ وبالتالي تعتبر إضافة للرصيد العلمي.

6- مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

✓ **السلوك العدواني:**

- **لغة:** الظلم والصراع، وقد عدا عدوا وعداءًا وعدوًا وعدوانًا وعدوى كلمة أساسها الظلم والتجاوز .
- **اصطلاحا: قال الراغب الأصفهاني: العدوان** هو الاخلال بالعدالة في المعاملة.
- **إجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها في مقياس السلوك العدواني على الغير ECHA.**

✓ **تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين:**

إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين هي طريقة علاج نفسي طورتها **FRENCINE SHAPIRO** لعلاج الذكريات الصادمة والاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة، مع مرور الوقت تم تطبيق هذه الطريقة لعلاج العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى، أثناء استرجاع ذكرى مؤلمة فإن تعبئتها العاطفّية المملوءة بالضغط تّميل للانخفاض عندما ّيحدث تنبيه من نوع بصري، وتتأصل جذور هذه التقنية في التحلّيل النفسي، العلاج المعرفّي السلوكي، العلاج الإسنادي المتمركز حول الفرد إضافة إلى الطب. **(Shapiro &Forrest, 1997, p30)**

التعريف الإجرائي: هو البرتوكول العلاجي لثماني مراحل المطبق على المحبوس: المرحلة الأولى: تاريخ المريض وتخطيط للعلاج، المرحلة الثانية: التحضير، المرحلة الثالثة: التقييم، المرحلة الرابعة: إزالة التحسس، المرحلة الخامسة: التثبيت المرحلة السادسة: مسح الجسم، المرحلة السابعة: الإغلاق، المرحلة الثامنة: إعادة التقييم.

✓ **المسجون:**

- **لغة:** مشتق من الفعل سجن، أي حبسه، يقال سجنه يسجنه سجنا بفتح السين مصدر سجن، وبكسرها المكان ورجل سجين أي مسجون ويطلق على الذكر والأنثى فيقال: رجل سجين وامرأة سجين.
- **اصطلاحا:** المقصود بكلمة محبوس، كل شخص يتم إيداعه بالمؤسسة العقابية، تنفيذا لأمر أو حكم أو قرار قضائي ولفظ النزيل هي بديل للفظ السجين حسب التوجيهات العالمية التي تنادي بالإصلاح والتغير من أوضاع السجون، ففي كلمة نزيل إشارة إلى ضرورة تقديم الخدمات المناسبة له والتي تمثل الهدف الأساسي منها في إعادة تأهيل وإصلاح النزلاء."
- **إجرائيا: هو النزيل المطبق عليه البحث في مؤسسة إعادة التأهيل والتربية بالرواقية.**

✓ **السجن:**

- **لغة:** جاء معناه في اللغة هو الحبس، والحبس معناه المنع، ومعناه الشرعي هو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غير ذلك. (**شريك، 2010، ص 21**)
- **اصطلاحا:** فيقصد بالسجن أو الحبس تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية وسالبة لها وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي وفي أجواء طليقة، والحيلولة دون ممارسة أي نشاط ما. (**شريك، 2010، ص 21**)
- **إجرائيا: نقصد بها مؤسسة إعادة التأهيل والتربية البرواقية.**

الفصل الثاني

السلوك العدواني

تمهيد

1- تعريف العدوان

2- تصنيفات السلوك العدواني

3- أسباب السلوك العدواني

4- النظريات المفسرة للسلوك العدواني

خلاصة

تمهيد:

يمثل العدوان في العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره، و لم يعد العدوان مقصورا على الأفراد، وإنما اتسع نطاقه ليشمل الجماعات والمجتمعات، بل ويصدر أحيانا من الدول والحكومات و لم تفلت الطبيعة من شر العدوان المتمثل في إبادة بعض عناصرها أو تلويث البعض الآخر، وسواء كان التعبير عن هذا السلوك العدواني بالعنف أو الإرهاب أو التطرف فهو يشير إلى مضمون واحد وهو العدوان. (**المغربي،1987، ص 25**)

واستحوذت ظاهرة العدوان على اهتمام الإنسان منذ القدم، فمنذ أن قتل قابيل أخاه هابيل، وهو أول حدث عنف وتعدي على مر تاريخ البشرية، و لم يسجل التاريخ حتى الآن فترة زمانية أو حضارية خلت من العنف والعدوان في حياة الإنسان، وليس أدل على هذا الاستمرار في ممارسة العدوان من أن تاريخ الإنسان المعروف قد سجل حتى الآن ما يزيد عن عشرة آلاف حرب معلنة ناهيك عن حالات الاعتداءات والعنف التي لا تنقطع بين الأفراد والجماعات والتي قد تمر عابرة أو دون تسجيل.

وعندما هبط الإنسان على وجه الأرض كان عليه أن يسطر عالمه الذي يحمل تهديدا في كل لحظة، وقد أدى هذا التهديد إلى إطلاق الطاقات العدوانية الكامنة داخله، وهكذا خُلق الإنسان وعدوانه معه ليصبح إحدى سمات النفس البشرية، وإذا لم يكن العدوان جزءا من نسيجه النفسي لأصبح الإنسان مستسلما لأي هجوم عليه دون أن يقارنه مما يؤدي إلى تدميره. (**صادق، 1986، ص 46**)

1- تعريف العدوان:

إن العدوان ظاهرة بشرية عرفها الإنسان منذ أن خلقه الله سبحانه وتعالى، وأول عدوان وقع في حياة البشر هو عندما قتل قابيل أخاه هابيل "فطوعت له نفسه قتل أخيه فقتله فأصبح من الخاسرين" المائدة: 30.

ظهرت الكلمة الفرنسية عدوان (**Agression**) منذ القرن 14 بينما مصطلح العدوانية (**Agressivité**) فقد استخدم سنة (**1873**)، وفي اللغة الإنجليزية ظهر مصطلح (**Agression**) في بداية القرن 17 بينما ظهر أول استخدام مصطلح **Aggressivenessor aggressivity** سنة (**1859**) وذلك كما جاء في قاموس (**the exford English Dictionary**) أما في اللغة الألمانية فمصطلح (**Aggresivitat Aggression**) استخدم حديثا. (**حمادي فتيحة، 2009/2008، ص 19**)

أولا: تعريف العدوان في المعاجم والموسوعات المتخصصة:

ـ معجم علم النفس والتحليل النفسي:

العدوان: هو كل فعل يتسم بالعداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدم والتدمير تقييما للحياة في متصل من البسيط إلى المركب. **(فرج عبد القادر وآخرون، 2014، ص 276)**

ـ موسوعة علم النفس:

العدوان: **أي عمل كان يهدف إلى الإضرار بالناس أو الممتلكات، ولكن هذا التعريف يصف معظم (ليس كل) حالات العدوان، ولو أن كثيرا من العدوان البشري يتم لفضيا، وقد يحدث كل الفرعين مجتمعين.** **(دافيدف، 2000، ص 118)**

ـ المعجم الموسوعي في علم النفس Dictionnaire Encyclopédique de Psychologie:

العدوان: من الكلمة اللاتينية **Agression** وتغيب الهجوم، والعدوان هو هجوم.

ثانيا: تعريف العدوان عند بعض الباحثين الأجانب والعرب:

يعتبر السلوك العدواني أحد الموضوعات التي اختلف العلماء في تحديد مفهومها تحديدا دقيقا بل إن **ألبرت باندورا "Benduru.A** " وهو أكثر الباحثين في المجال العدواني اعتبر دراسة السلوك العدواني من الموضوعات المعقدة التي لا يمكن تحديدها من جانب الدلالة اللفظية، ولإعطاء مفهوم شامل للعدوان اخترنا عدة تعاريف:

- **يرى ألبرت باندورا "Benduru.A** ": أن العدوان سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة، أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين، وينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم الممتلكات. **(عبد المعطي، 2001، ص 444)**
- **يرى فيشباخ "Feshbuch "(1970)**: السلوك العدواني على أنه كل سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر أو إتلافه لشيء ما، ويميز بين الأفعال المقصودة أو بالصدفة وتؤدي إلى إتلاف أو إيذاء الآخرين، ولهذا يعتقد أن السلوك العدواني ينطوي على شيء من القصد والنية. **(عمارة، 2008، ص 10)**
- **يرى فرويد "Freud " (1959)**: أن العدوانية هي واحدة من الغرائز التي يمكن أن تتجه ضد العالم الخارجي أو الذات. **(عمارة، 2008، ص 10)**
- **ويعرف باص "Buss "(1961)**: العدوان هو أي شكل من أشكال السلوك الذي يتم توجيهه إلى كائن آخر، ويكون هذا السلوك المزعج. **(عياش، 2009، ص 11)**
- **ويعرف كلاريزو وهارفي "Clarizo et Harvey " (1993)**: العدوان بأنه أفعال قد تسبب جرحا جسديا أو نفسيا لشخص آخر، وتشمل الأفعال العدوانية سلوكيات جسدية مثل الضرب، الركل، العض، وسلوكيات لفظية مثل الإهانة والتحقير والشتم. **(القمش والمحايطة، 2007، ص ص 202، 203)**

- **و يعرف مكدوجل "Dougall. Mc** " : أن العدوان ما هو إلا غريزة مقاتلة يكون الغضب فيها هو الانفعال الذي يعبر عن هذه الغريزة. **(محمد، 2009، ص 17)**
- **ويعرفه أحمد عزت راجح " 1970"**: بأنه إيذاء الغير أو الذات أو ما يرمز إليهما، وللعدوان صور عدة منها العدوان عن طريق العنف الجسمي والعدوان باللفظ. **(أحمد عزت راجح، 1970، ص 551)**
- **وتعرف سعدية محمد بهادر " 1971"**: السلوك العدواني بأنه سلوك هجومي، يحاول به الفرد أن يقوم بعمل ما ضد بيئته لكي يحصل على أهدافه، أو يجد مخرجا لتوتره. **(محمد بهادر ،1977، ص 434)**
- **ويعرف فؤاد البهي السيد "1980"**: العدوان بأنه الاستجابة التي تحقق الحياد أو إيراد به إلحاق الأذى بفرد آخر أو حتى نفسه. **(البهي السيد، 1980، ص 174)**

ويرى الباحثان مما سبق أن هناك تباين بين تعريف العلماء و ليس هناك تعريف موحد للسلوك العدواني بين العلماء، و لم يجتمعوا على تعريف واحد متفق عليه من طرف الأغلبية أو الجميع، و هذا راجع لاختلاف وجهات نظرهم، و لكن من خلال الاطلاع على التعاريف وجدنا أن بعض التعاريف اجتمعت على أن السلوك العدواني هو نتيجة الإحباط مثل ما نجده عند **كفافي(1990)**، **نبيل حافظ ونادر قاسم (1993)**، كذلك اجتمع بعض العلماء في تعاريفهم على أن السلوك العدواني موجه نحو الآخرين وهذا ما نجده عند **فرويد(1995)**، **باندور(1973)**، **فيشباغ Fechbuch (1970)**، **باص Buss (1961)** وكذلك اجتمعت بعض التعريفات على أن السلوك العدواني هو تخريب و إيذاء سواء للممتلكات أو الذات أو الآخرين مثل **باندورا Bendura (1973)**.

رغم هذا فليس كل سلوك يؤدي إلى الضرر هو سلوك عدواني فيعتبر السلوك العدواني عدوانيا إذا توفرت فيه النية والقصدية في السلوك، فالسلوك العدواني هو سلوك نستطيع ملاحظته وقياسه والقصدية تعني توفر النية والقصد في إيذاء الآخرين وإلحاق الضرر بهم وله أسباب مختلفة مثل الإحباط، الغضب، الكراهية، وله مظاهر مختلفة مثل العدوان الجسمي، والعدوان اللفظي، والموجه إلى الخارج، وإلى الذات.... إلخ ، ونقص الاهتمام والرياضة البدنية كطريق لإفراغ طاقاتهم، كل ذلك يؤدي إلى زيادة العدوان في المجتمع. **(أحمد عبد الجواد، 2006، ص 49)**

نستنتج مما سبق ونستخلص أن السلوك العدواني مرتبط بنقائص فردية متأصلة في التركيب البيولوجي وتتجسد في اختلالات جسمية ونفسية وعقلية (اجتماعية) وتنفجر في صورة سلوك عدواني مضاد للمجتمع، عنيف في أشكال مختلفة من الانحرافات الاجتماعية، قد تكون معروفة ومحصورة، وقد تكون مستترة تسقطها الإحصائيات.

2- تصنيفات السلوك العدواني:

يأخذ العدوان أشكالا مختلفة وتتعدد تصنيفاته بتعدد أسبابه ونظرياته فقد اختلفت وتنوعت هذه التصنيفات من باحث لآخر ولذلك سنحاول إيضاح درجة التشابه بين بعضها البعض.

2-1- العدوان اللفظي:

وهو عبارة عن توجيه ألفاظ مؤذية أو ضارة إلى شخص أو آخر وترى (مديحة العربي) بأنه هو استجابة ملفوظة تحمل مثير ضار بمشاعر كائن حي آخر، ونعبر عنه في صورة الرفض والتهديد والنقد اللاذع الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين بهدف استفزازهم أو انتقاص من قيمتهم بإهانتهم والاستهزاء والتهكم عليهم، وقد يستخدم في هذا العدوان بجانب الألفاظ والإيماءات والإشارات من أجزاء الجسم المختلفة دون أن يمس المعتدى عليه. (**الغريب، 1981، ص 63**)

2-2- العدوان البدني:

وهو الهجوم ضد كائن حي بواسطة أعضاء الجسم مثل (القدم، الذراع) أو المعدات والآلات مثل (المسدس، مضرب الكرة...).

2-3- العدوان المباشر وغير المباشر:

قد يكون هذا النوع عدوانا بدنيا أو لفضيا، فالعدوان المباشر هو عدوان موجه إلى الشخص مباشرة، بينما العدوان غير المباشر مثل كثرة الكلام في عدم وجود الشخص، أو إشعال حريق في بيت شخص آخر وبذلك تسبب له نوع من الأذى وقد صنف **كمال مرسس** العدوان إلى صنفين هما:

- **عدوان اجتماعي:** ويمثل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين؛
- **عدوان لا اجتماعي:** ويمثل العدوان على الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه، أو يظلم بها غيره كما أوضح كمال موسى، أما اهتمام علماء النفس قد انصب على لعدوان الاجتماعي فقط. (**مرسس، 1985، ص ص 45-64**)

ويصنفه **وكسلر Wescler وآخرون** (**1985**) إلى ثلاثة أنواع هي:

- عدوان بدني ويظهر في صورة الضرب أو الدفع أو الركل؛
- عدوان غير مباشر وهو العدوان الموجه نحو الجماد؛
- الأفعال العدوانية الجهرية ويظهر فيها صورة للمحاولات المستمرة لانتزاع أو أخذ مكان آخر.

(**Wescler,1985, p.p 85-116**)

كما صنفت **نجوى شعبان** السلوك العدواني إلى:

- السلوك العدواني البدني الواقعي المباشر الموجه نحو كل من الإخوة والوالدين والزملاء والأشخاص الآخرين والنفس؛
- السلوك العدواني البدني الواقعي غير المباشر الموجه نحو كل من الإخوة والوالدين والزملاء والأشخاص الآخرين والنفس.

(**شعبان،1987، ص27**)

كما صنف **صلاح الدين عبود** العدوان إلى:

- **العدوان على الممتلكات:** ويقصد به إلحاق الضرر المادي، كالتدمير وتخريب ممتلكات الغير من الزملاء والمحيطين وكذلك الممتلكات العامة؛ **(عبود، 1992، ص 11)**
- **العدوان بالخروج على المعايير العامة السلوكية المتفق عليها:** ويقصد به الخروج عن القيم والعادات وخاصة القيم الدينية والروحية والأخلاقية وعدم الالتزام ببعض السلوك المقبول اجتماعيا؛
- **العدوان نحو الذات:** هو نوع من العدوان يتجه نحو الذات وتدميرها، ويتمثل في التقليل من شأن الذات، والنظر إليها نظرة دونية، بالإضافة إلى التعصب للأفكار الخاطئة وعدم إتباع نصائح الغير من الزملاء والمحيطين بهم.
- **العدوان نحو الآخرين:** ويقصد به العدوان الموجه نحو الغير والخروج على النظم والقوانين المتعارف عليها والمعمول بها في التعامل بين الناس. **(عبود، 1992، ص 11)**

كما صنف **فؤاد أبو حطب ومحمود السروجي** العدوان إلى:

- **العدوان المباشر:** الذي يرفضه المجتمع بكافة أفراده حيث ينتج سلوك التعدي عن الغضب؛
- **نقل الاعتداء:** فعندما يعجز الطفل عن معالجة مصدر الصراع النفسي المباشر فإنه يحطم بعض لعبه، أو يتعدى على طفل آخر أصغر منه سنا. **(أبو حطب، السروجي، 1980، ص ص 292، 293)**

كما يصنفه **كنث دودج Dodge.k (1980)** إلى خمسة أنواع هي:

- عدوان لفظي مثل السخرية والتهديد؛
- عدوان بدني مثل الضرب والدفع؛
- عدوان إيجابي مثل الاشتراك الفعلي في الاعتداء؛
- عدوان سلبي مثل العناد واللامبالاة؛
- عدوان غير مباشر مثل تحطيم ممتلكات الآخرين. **(Dodge. k, 1980, p 65)**

ويحدد **محي الدين** آخرون السلوك العدواني من خلال التحليل العاملي وقد تضمن خمسة عوامل وهي:

- **العامل الأول:** ويسمى بالعامل الحاد للعدوان، وقد تشبع هذا العامل بالعدوان اللفظي والعدوان البدني الصريح المباشر وغير المباشر والسلبي الموجه نحو الذات والآخرين؛
- **العامل الثاني:** ويسمى بالعدوان الناشط الخارجي الصريح في مقابل العدوان السلبي الضمني، وقد تشبع هذا العامل بالعدوان الناشط الخارجي الصريح والعدوان السلبي الداخلي داخل الصيغة الضمنية.
- **العامل الثالث:** عامل العدوان المباشر في مقابل العدوان غير المباشر، وتشبع هذا العامل بالعدوان غير المباشر والعدوان المباشر؛

- **العامل الرابع**: عامل التوتر العدواني؛
- **العامل الخامس**: سمي بالعدوان اللفظي في مقابل العدوان المادي البدني. (**أحمد وآخرون ،1988، ص 121**)

3- أسباب السلوك العدواني:

يتزايد العدوان إذا توفرت له مجموعة من الأسباب التي تحفزه وتقويه ولقد توصلت العديد من الدراسات المتصلة بدراسة سيكولوجية العدوان إلى تحديد مجموعة من العوامل بوصفها أسبابا محتملة للسلوك العدواني ومن هذه الأسباب ما يلي:

3-1- العوامل البيولوجية:

لقد أجريت العديد من الدراسات على الإنسان والحيوان وأثبتت أن للعدوان أسبابا بيولوجية، فهي بمثابة علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية والهرمونات العصبية من جهة أخرى. (**كمال الخطيب، 1993، ص 225**)

وتقسم العوامل البيولوجية إلى:

- **الوراثة**: وتعتبر الوراثة من العوامل الهامة المسببة للعدوان، وأكدت الدراسات التي أجريت على التوائم أن الاتفاق في الإجرام بين التوائم المتماثلة أكثر من التوائم غير المتماثلة، وحيث تذكر إحدى الدراسات أنه إذا كان أحد التوائم مجرما كان الآخر مجرما بنسبة ثلاثة في كل أربعة، بينما في التوائم غير المتماثلة يصدق هذا بنسبة واحد من كل أربعة، والبعض يرى أنه لا يمكن إغفال أن تربية التوائم متماثلة بيئيا واجتماعيا وأن كلا منهم يؤثر في الأخير كما أن هناك تأكيد آخر لدور الوراثة من خلال دراسات على أطفال عدوانيين فصلوا عن والديهم وتبناهم آباء آخرون حيث وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين هؤلاء الأطفال وبين آباء بيولوجيين مضادين للمجتمع.
- **شذوذ الصبغيات الوراثية**: حيث يزيد عدد الصبغيات إلى (**47**) بدلا من (**46**) ويصبح تميزها الخسي (**xyy**) أو (**xxx**) ولوحظ أن أصحاب السلوك العدواني والمضاد للمجتمع يكثر لديهم خاصة في النوع (**xyy**) التي تكثر لدي الذكور المتميزين بالسلوك العدواني، ويصاحب العدوان لديهم باضطراب العاطفة ونقص الذكاء.

ويعتبر شذوذ الصفات الوراثية من أحد مسببات العدوان حيث لوحظ أن السلوك العدواني المضاد للمجتمع يكثر في الأفراد الذين لديهم الجين الوراثي(**xyy**) وقد أشرنا إلى أهمية هذه العوامل الوراثية في النظريات التي تناولت العدوان. (**أبو الفتوح، 1999، ص 55**)

- نظريات إفراز الغدد: وهو ذلك النشاط الزائد الذي ينتج من اختلاف إفرازات بعض الغدد كالغدة الدرقية، أو الغدة النخامية مع مستوى منخفض من الذكاء مما لا يمكن الفرد من تصريف نشاط في أوجه إلا نحو العدوان. (**الخضري، 1986، ص 79**)
- تخطيط الدماغ: لقد وجد شذوذ في تخطيط الدماغ لدى (**65**%) من الأفراد العدوانيين الجانحين، كما لوحظ أن هناك تشابه في تخطيط الدماغ للأطفال الأسوياء وتخطيط الدماغ للعدوانيين البالغين، مما يوضح أن هؤلاء العدوانيين لديهم نقص في نمو

الجهاز العصبي مما يجعل نشاط الدماغ يشبه الأطفال في تخطيط الدماغ الكهربائي، ومن المعروف أن بعض أمراض الدماغ ربما تتسبب بسلوك عدواني، وأن عدد من الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي قد تبرز نفسها كسلوك عدواني.

(أحمد، تعليب، 2006، ص 45)

لـ عوامل تتعلق بالمجتمع: لابد أن نضع في عين الاعتبار موقف المجتمع من ارتكاب السلوك العدواني، وهل يقف المجتمع ضد العدوان ويعاقب المعتدي أم يشجع على العدوان؟ حيث يخضع العدوان للكف بدرجة أكبر في حالة وجود قوى تهدد بالعقاب منها في حالة عدم وجود هذه القوى. **(طلعت وآخرون، 1993، ص 17)**

وبذلك يدل انتشار العدوان على الوضع الأخلاقي وينعكس عليه، فقد لوحظ أن المجتمع الذي تكثر فيه معدلات الطلاق والأسر المنحرفة وولادات السفاح تكثر فيها جرائم العنف، كما أن عدم احترام السلطة في المجتمع خاصة سلطة البيت والمدرسة والسلطة الأخلاقية السائدة، واهتزاز القدوة على المستوى الاجتماعي والبطالة جميعها تؤدي إلى العنف، على مستوى الأفراد يأخذ العدوان شكل العنف الجسدي ولكن في أكثر الأحيان يكون في شكل مزاح أو سخرية أو استهزاء وفي هذه الحالة يكون صادرا عن النية أكثر من الفعل. **(Norbert Sillamy, 1980, pp 32, 33)**

4- النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

إن السلوك العدواني من القضايا الهامة في مجال الدراسات العلمية التي تُخص بالبحث المتواصل، وسيبقى أحد الموضوعات الحديثة التي تستحق البحث والدراسة لأن السلوك العدواني هو جزء من السلوك الإنساني الذي يحظى بالبحث المتواصل، فتاريخ النظريات في علم النفس المفسرة للسلوك الإنساني هو تاريخ يجب الاهتمام به لأنه يمثل الفكرة الأساسية التي يستند إليها العلم الحديث المفسر للسلوك الإنساني والدوافع وراء هذا السلوك، والسلوك العدواني شأنه شأن أي سلوك إنساني متعدد الأبعاد متشابك المتغيرات، متباين الأسباب بحيث لا يمكننا رده إلى تفسير واحد ومع تعدد صدور أشكال العدوان ودوافعه تعددت النظريات التي فسرت السلوك العدواني. **(عمارة، 2008، ص 35)**

إن النظريات الحديثة هي امتداد لبعض التفسيرات القديمة أو تعديلا عليها أو ثورة عليها لذا تعددت النظريات التي تصدت لتبادل السلوك العدواني، وحاول كل منظر تفسير هذا السلوك من وجهة نظره، وانطلاقا من خبراته، وخلفياته الفكرية والأكاديمية فمنهم من اعتبر السلوك العدواني سلوكا فطريا يولد به الإنسان ويأتيه بحكم تكوينه الفسيولوجي والبيولوجي بينما اعتبره البعض الآخر سلوكا مكتسبا يتعلمه للإنسان من البيئة التي يعيش فيها. **(المصري، 2008، ص 42)**

ومن هذا المنطلق اختلفت التفسيرات العلمية بالنسبة للسلوك العدواني وذلك حسب فلسفة العالم وخلفيته ومرجعتيه العلمية فهناك من فسره من ناحية سلوكية وهناك من فسره من ناحية معرفية وهناك من أرجعه إلى جانب فسيولوجي وهناك من فسره من ناحية تفسيرات نفسية وهناك من فسره إلى تفسير اجتماعي، ومن هذا المنطلق سنقوم بعرض أهم النظريات التي تفسر السلوك العدواني.

4-1- النظرية البيولوجية:

ذهب أصحاب هذا التوجه إلى أن العدوان والعنف جزء أساسي في طبيعة الإنسان وأنه التعبير الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة، وأن أي محاولات لكبت عنف الإنسان ينتهي بالفشل بل إنها تشكل خطر النكوص الاجتماعي فلا يمكن للمجتمع الإنساني أن يستمر دون التعبير عن العدوان، حيث يرى مؤيدو هذه النظرية أن الإنسان لديه مجموعة من الغرائز تدفعه لأن يسلك مسلكا معينا من أجل اتسامها، فقد أوضحت الأعمال التجريبية المبكرة (**دولاردو**) وآخرون أنه عندما يمنع الشخص من اشباع حاجاته فمن المحتمل أن يقدم على نمط من السلوك العدواني. (**الأشول، 1987، ص 133**)

وقد تناول "**دولاردو Dollard وميللرMiller** نظرية الإحباط والعدوان في نظرية المثير والاستجابة، حيث يرى أن العدوان دافع غريزي داخلي ولكن لا يتحرك بواسطة غرائزه بل بتحريض من متغيرات خارجية، ولذا يشير **دولارد و ميللر** إلى أن حدوث السلوك العدواني دائما يفترض وجود الإحباط وأن الإحباط دائما يؤدي إلى العدوان. (**حجازي، 1986، ص 129**)

ويذكر **عبد السلام عبد الغفار** أنه عندما يزيد الإحباط تزداد الرغبة في السلوك العدواني وازدياد هذه الرغبة يعني توجيه جزء من الطاقة النفسية لدى الفرد نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط. (**محمود، 2003، ص 45**)

وقد أوضحت بعض الدراسات أن الإحباط لا يؤدي بالضرورة إلى السلوك العدواني بل قد تظهر أنواع أخرى من السلوك مثل طلب العون أو المساعدة من الآخرين، أو الانسحاب، أو الاتجاه إلى تعاطي الخمور والمخدرات، ويتبدل في هذا الموقف كثير من العوامل الخاصة بتربية الطفل وعلاقته بوالديه، وخبراته الشخصية السابقة التي تجعل الطفل يتعلم أن يستجيب للإحباط بالسلوك العدواني. (**سليمان، نبيل، 1994، ص 41**)

ويؤكد **Arggle** أن هناك شرطين لحدوث العدوان كنتيجة للإحباط:

- إثارة العدوان: إذا كان الإحباط يحدث بطريقة متعسفة ولا معنى لها؛
- عندما يؤكد فعلا في التخلص من العقبات التي تعترض طريق إشباع الحاجات. (**عمارة، 2008، ص 50**)

لذلك فهم يعتبرون السلوك العدواني غريزيا هدفه تصريف الطاقات العدوانية الداخلية وإطلاقها حيث يشعر الإنسان بالراحة، ويعتبر **Macdougel** من مؤسسي هذه النظرية، وقد وجدت بعض الدراسات الحديثة أن هناك علاقة بين العدوان من جهة واضطرابات الجهاز الغددي الكروموسومات ومستوى النشاط الكهربائي في الجهاز العصبي المركزي من جهة أخرى فهي تهتم بالعوامل البيولوجية في الكائن كالصبغيات والجينات و الهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللامركزي والغدد الصماء والتأثرات البيوكيميائية والأنشطة الكهربائية في المخ، حيث يوجد لدى الإنسان ميكانزيم فسيولوجي وينمو هذا الميكانزيم عندما يثأر لديه الشعور بالغضب، وأكدت ذلك دراسة **Lippa** (**1990**) و دراسة **Lipsitt** (**1990**) حيث أن نقص السيروتونين يرتبط بحدوث سرعة الاستشارة وزيادة العدوان،كما أشادت دراسة **Mark** (**1970**) إلى أن هناك مناطق في أنظمة المخ وهي الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني لدى الأفراد. (**عطية شحادة عياش، 2009، ص 30**)

وقد اعتبر (**لمبروز**) أستاذ في الطب الحسي بجامعة **Pavia**، وكانت خدمته في الجيش قد أتاحت له ملاحظة بعض من مميزات الجنود الأشرار، وقد توصل إلى هذه النظرية من خلال قيامه بتشريح عدد من جثث اللصوص والمجرمين، وأيضا دراسته الميدانية على **5097** سجينا من نزلاء السجون الإيطالية فوجدهم يختلفون في الكثير من الخصائص الجسمية عن الأشخاص العاديين. (**تركي، 1986، ص ص 60، 61**)

وقد اعتبر (**لمبروز**) أن الصفات الجسمانية والسيكولوجية متوارثة، ومن هذه الصفات القدرة على مقاومة الألم، والكسل وحدة البصر والشفقة، وعدم الشعور بالعار أو الندم، وسرعة الاستشارة والغرور بينما ركزت النظرية البيولوجية في العصر الحديث على الصفات والجينات الجنسية الكهربائية في المخ والقوة العضلية وغيرها. (**جلال، 1984، ص 207**)

ويشير **مرسي (1985)** إلى أن "**لورانز**" يرى أن السلوك العدواني أساسا هو تكليف بيولوجي ذو دافع فطري تطوري هدفه الحفاظ على الإنسان، كما يرى أنه من الممكن السيطرة عليه وضبطه والتحكم فيه، وافترض "**لورانز**" أن الطاقة العدوانية تنبعث من غريزة المقاتلة التي تنمو تلقائيا من خلال الكائن العضوي بطريقة مستمرة وعلى معدل ثابت، بالإضافة إلى ذلك فإنها تتراكم مع مرور الزمن في المراكز العصبية المرتبطة بهذا الشكل من السلوك، وهكذا وجدت كمية الطاقة العدوانية أكثر من مثير ضعيف بهذا الشكل من السلوك، وبهذا فسوف يطلق هذا المثير السلوك العدواني الظاهر، و إذا تراكمت الطاقة العدوانية لمدة طويلة فسيؤدي ذلك إلى انفجار أو إثارة السلوك العدواني بطريقة تلقائية في غياب المثير المحر لهذا السلوك العدواني.

(**عطية شحادة عياش، 2009، ص 31**)

4-2- نظرية التحليل النفسي: ترجع هذه النظرية إلى فرويد **Freud** الذي أشار إلى أن العنف غريزة فطرية وأن الإنسان عدواني بطبعه، وأن الغرائز هي قوة دافعة للشخصية تحدد الاتجاه الذي يأخذه السلوك وافترض **فرويد** أن الإنسان يولد لديه صراع بين غريزتي الحياة والموت. (**آل رشود، 2006، ص 56**)

ويرى **فرويد** أن الجهاز النفسي يتكون فرضيا من: الهو، الأنا، الأنا الأعلى.

✓ **فالهو**: منبع الطاقة الحيوية والنفسية التي يولد بها الإنسان وتضم الغرائز والدوافع الفطرية الجنسية والعدوانية، وهي مستودع القوى والطاقات الغريزية، وهو لاشعوري شخصي ولاإرادي، بعيد عن المعايير والقيم وسيطر على مبدأ اللذة والألم.

(**عطية شحادة عياش، 2009، ص 32**)

✓ **أما الأنا**: فهو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي، والعمليات العقلية، وهو المشرف على الجهاز الحركي الإرادي للفرد، ويتكفل الدفاع عنه ويعمل على توافقه مع البيئة، ويحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى وبين الواقع الذي يعمل في ضوئه، وينظر إليه **فرويد** أنه محرك للشخصية، ويعمل من أجل حفظ وتحقيق قيمة الذات والتوافق الاجتماعي.

✓ **أما الأنا الأعلى**: فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والصواب والحق والخير، وهو رقيب نفسي لا شعوري إلى حد كبير ينمو مع الفرد. (**عمارة، 2008، ص 38**)

ويتبين من مفهوم **الهو** أن **فرويد** اعتبر الميل إلى العدوان غريزة بيولوجية حتمية في داخل الفرد، وأنها قوة مرتبطة بغريزة الموت منفصلة عن الغريزة الجنسية والحياة تعمل على تدميره، وبالتالي فهي تتعارض مع قوة الحياة التي بداخل الإنسان، وعندما تجد غريزة الموت فرصة للظهور للعالم الخارجي، فإنها تؤدي إلى العدوان. **(عريش، 2004، ص 38)**

ويرى فرويد أن العدوانية واحدة من الغرائز التي تتجه ضد هذا العالم الخارجي، أو ضد الذات، يمكن تقسيم محاولات فرويد في تفسير العدوان إلى ثلاثة مراحل وهي:

- **المرحلة الأولى (1905)**: رأى العدوان كممكون للجنسية الذكورية التي تسعى إلى تحقيق أهدافها للتوحد مع الشيء الجنسي إن جنسية معظم الكائنات البشرية من الذكور تحتوي على عنصر العدوانية وهي رغبة للإخضاع والدلالة البيولوجية ويبدو أنها تتمثل في الحاجة إلى التغلب على مقاومة الشيء الجنسي بوسائل تختلف عن عملية العزل وخطب الود، والسادية كانت المكون العدواني للغريزة الجنسية التي أصبحت مستقلة ومبالغا فيها.
- **المرحلة الثانية (1920)**: حيث أعاد تصنيف الغرائز وأصبح الصراع بين الغرائز (الحياة والموت)، فغرائز الموت ودافعها للعدوان والتدمير وهي تحارب من أجل تدمير الذات، وتقوم بتوجيه العدوان نحو الآخرين وإذا لم ينفذ فسوف يرد ضد الكائن نفسه بدافع تدمير الذات. **(العقاد، 2001، ص ص 11، 111)**

4-3- النظرية السلوكية: تقوم هده النظرية حسب **بافلوف وسكنر** على افتراض أن معظم السلوك مكتسب متعلم وبالتالي فإن الفرد يتعلم العدوان من البيئة التي يعيش فيها من خلال مشاهدة هذا النموذج الذي قد يكون الوالدين أو المربية أو شخصية أخرى. **(المصري، 2007، ص 45)**

وتعتمد هذه النظرية على التطبيق المنظم لمبادئ وقوانين التعلم من خلال تقديم الأدلة التجريبية، وتمثل هذه النظرية نقله في التأكيد على تعلم أنماط السلوك والحفاظ عليها وهي أقل اهتماما بمصادر التحريض أو الباعث للسلوك، ولقد أكد **واطسون** بأن السلوك الشاذ سلوك مكتسب يتعلمه الفرد، وفق مبادئ الإشراط الكلاسيكي، ويرى الكثير من العلماء أن العدوان سلوك متعلم ويفسرونه في ضوء نظرية التعلم بالإشراط الجزائي. **(عريش، 2004، ص 24)**

ويرى السلوكيون أن العدوان شأنه شأن أي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقا لقوانين التعلم، ولذلك ركزت دراسة السلوكيين في تناولهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي أن السلوك متعلم من البيئة، ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي اكتسب منها تشخيص السلوك العدواني (الاستجابة العنيفة) قد تم تدعيمها بما يعزز لدى التشخيص ظهور الاستجابة العدوانية فكلما تعرض لموقف محبط وهكذا يعتبر السلوكيون أن العدوان سلوك متعلم يمكن تعديله من خلال نموذج التعلم العدواني وإعادة بناء نموذج من التعلم الجديد. **(عمارة، 2008، ص 45)**

4-4- نظرية الإحباط العدواني:

تقوم هذه النظرية على أساس أن العدوانية تعتبر نتيجة حتمية للإحباط وإن كان البعض يرى أنه ليس من المعقول الاقتراض بأن السلوك العدواني تكون لدى الفرد من الإحباط بل يمكن القول أن سلوك حدوث الإحباط يتولد عنه شكل من أشكال العدوانية وذلك لأن الإحباط ينتج عنه قبول الموقف الذي يوجد فيه الفرد، ويعرف **دولارد Dollard وميللو Miller** الإحباط بأنه هو تلك الحالة الداخلية أو الشعور بالاضطراب الانفعالي التي تحدث عندما يعاق إشباع الهدف ويعرف أيضا على أنه هو الأثر النفسي المؤلم المترتب على عدم الوصول إلى الهدف أو تكرار الفشل، وعرف العدوان بأنه هو أي تصرف يترتب عليه أذى للذات أو الإضرار بالآخرين أو الوسط المحيط، وهما يؤكدان أن الإحباط يؤدي إلى العدوان والعكس صحيح بمعنى أن حدوث السلوك العدواني ينتج في كل الأحوال عن الإحباط. **(عبد الرحمن، 1998، ص ص 609، 610)**

4-5- نظرية التعلم الاجتماعي:

لقد أجرى **ألبرت باندورا Albert Banure** رائد نظرية التعلم الاجتماعي عددا من الدراسات التي تتعلق بالعدوان ومسبباته، شرح فيها أن الأطفال الصغار يكونون شديدي العدوان عندما يلاحظون نماذج من العدوان الشديد، حيث أوضح **بندورا** عمليات التغذية التي تؤدي إلى تعلم السلوك العدواني ويمكن أن يساعد التعلم الاجتماعي أيضا على تحقيق حدة السلوك العدواني من خلال النماذج غير العدوانية. **(رينفرو، 1997، ص 102)**

ويرى **Bandura** أن السلوك العدواني متعلم من خلال التعلم بالملاحظة والتعليم والمحاكاة، وهناك الكثير من الدراسات التي تؤكد أن ملاحظة السلوك العدواني تزيد من احتمالية أن يصبح الملاحظ أيضا عدواني خاصة عندما يكون السلوك وسيلة فعالة في الحصول على الرغبات والأهداف المرغوبة، و قد تبين من العديد من الدراسات التي قام بها **Bandura** أن الأطفال يظهرون ميلا متزايدا للتقليد في أعقاب التعامل السار معهم، و أنهم يقلدون السلوك العدواني لرجل بالغ أكثر من تقليدهم سلوك المرأة والطفل، و أن النماذج الحية والنماذج الممثلة في الصور المتحركة لها نفس التأثير في إحداث التقليد، وأن النموذج الذي له قوة تعزيزية يتم تقليده أكثر من النموذج الذي لا يملك مثل هذه القوة. **(عريش، 2004، ص 25)**

ولقد قدم **Bandura** العوامل التي تساعد على استمرار السلوك العدواني في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي:

- ✓ التدعيم المباشر الخارجي: المتمثل في تأكيد الوالدين أو المجتمع لسلوك الفرد العدواني؛
- ✓ تعزيزات الذات: إذ يرى المعتدي أن سلوكه يجلب له نفعا يحقق له مصلحة أو لأفراد أسرته؛
- ✓ التدعيم البديلي: المتمثل برؤية المكاسب المادية التي يحصل عليها المعتدي وتخلصه من الأضرار المحتملة، فيحاول هذا الفرد تقليد المعتدي في عدوانه؛
- ✓ التحرر من عقاب الذات: بأن يجرد المعتدى عليه من الصفات الإنسانية ويقنع ذاته بأن المعتدى عليه يستحق الاعتداء عليه وإلحاق الأذى به. **(عمارة، 2008، ص ص 58، 59)**

كما أوضح "**بندورا**" أنه يتم تعلم السلوك العدواني بنفس الطريقة التي يتم بما تعلم عدد من السلوكيات الاجتماعية، وذلك من خلال ملاحظة العدوان لدى بعض الأشخاص الآخرين وتقليد سلوكهم بهدف معرفة نظرية الآخرين إلينا.

(**شولتز وشولتر،2001، ص 77**)

وبناء على ذلك فإن الكثير من علماء النفس المحدثين يميلون إلى اعتبار أن السلوك العدواني هو في جزء منه سلوك مكتسب. (**محمد عثمان، 1985، ص 44**)

فنظرية التعلم الاجتماعي ترفض مفهوم أن العدوان فطري أو ناتج عن الإحباط وترى أن العدوان هو استجابة متعلمة بطرق مختلفة، فالعدوان يتم تعلمه من خلال أسلوب الملاحظة والمحاكاة وغالبا ما يتسم بالتدعيم. (**أتكينسون، 1983، ص 323**)

وعلى الرغم من صراحة هذه النظرية إلى حد كبير إلا أنه من الصعب إرجاع السلوك العدواني لها وحدها وإغفال وجهات النظر الأخرى في تفسير السلوك العدواني، فالعدوان يرجع إلى كل العوامل السابقة مجتمعة نظرا لتداخلها وصعوبة الفصل بينهما.

4-6- النظرية الأخلاقية:

مثل **Lorms** هذه النظرية بأن حدد السلوك العدواني أنه غريزة القتال في الإنسان تدفعه إلى ضرر أو محاولة لإضرار إنسان آخر، حيث يرى أن العدوان نظام غريزي يعبر عن طاقة داخلية ولد بها الإنسان (فطرية) مستقلة عن الميزات الخارجية وهذه الطاقة العدوانية يجب أن تفرغ من حين لآخر أو يعبر عنها بواسطة ميزات خارجية مناسبة، والعدوان لدى **Lorms** يمثل قوة الحياة فهو يقسم العدوان في نظريته إلى: عدوان لخدمة الحياة، وعدوان مخرب مدمر لكن كلاهما كما يرى **Lorms** يندرج تحت كلمة واحدة.

ويشير كاشمان (**1996**) أن **Lorms** يرى أن الإنسان هو نتاج مليونين من سنوات التطور البيولوجي، وأن ثمة نزعة فطرية للسلوك العدواني لدى الكائنات الحية، من بينها الإنسان مما ساعد على بقائه، وتبعا لذلك فإنه (العدوان) انتقل من جيل إلى جيل كجانب من تكوينه الوراثي. (**أبو حطب، 2002، ص 26**)

وقد كان **Lorms** أكثر تفاؤلا من **فرويد** نظرا لإمكانية الضبط والتحكم في السلوك العدواني أو خفضه، فقد اقترح **Lorms** أن المشاركة في كثير من الأفعال العدوانية أو المؤذية يمنع تراكم الطاقة العدوانية إلى مستويات الخطر وتقلل من احتمال حدوث الثورات والانفجارات العدوانية الأكثر عنفا، و هكذا شعر **Lorms** بأن العدوانية من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو إعادة اتجاهها. (**باطه، 2001، ص 128**)

ويؤكد علماء الاجتماع على أهمية إيديولوجية المجتمع بوصفها جماعة لها تأثير أولى على السلوك العدواني للفرد حيث أوضحت الدراسات التتبعية للعالم **Stryer** من سنة (**1976-1980**) أن الاستهتار بدور الجماعة له تأثيرها على ضبط العدوان أو تأييده بين الأطفال أو المراهقين. (**آل رشود، 2006، ص 98**)

وبعد استعراض النظريات التي تناولت السلوك العدواني، اتضح أن هناك تفسيرات متعددة لأسباب السلوك العدواني، فكل نظرية فسرت جانب و لم تشمل السلوك كله في التفسير، حيث أن **فرويد** يرجع السلوك العدواني إلى الغرائز وكذلك نلاحظ نظرية التعلم الاجتماعي التي فسرت السلوك العدواني على عكس نظرية التحليل النفسي ونظرية الإحباط، حيث تنظر إلى السلوك العدواني على أنه متعلم و هذا تفسير المدرسة السلوكية، فالأفراد يسلكون بطريقة عدوانية لأنهم تعلموا مثل هذا السلوك، وليس بسبب امتلاكهم لغرائز معينة مثل ما أشار إليه **فرويد** .

ونشير هنا إلى نظريات علم النفس التي فسرت العدوان من خلال تفسيرها للشخصية، وبناء على ما سبق نرى أن السلوك العدواني مثل أي سلوك مكون من عدة عوامل منها ما هو داخلي ومنها ما هو متعلق بالبيئة المشجعة له أو الرافضة له، فهذا يكون بتفاعلها جميعها معا دون فصل طرف عن الآخر لأن الإنسان يتأثر من الداخل والخارج.

خلاصة:

يمكن القول أن السلوك بصفة عامة والسلوك العدواني موضوع الدراسة نتيجة تضافر عدة عوامل سيكولوجية واجتماعية، وكذا اقتصادية، وسياسية، وأيضا بيئية محيطية، حيث لا يجب أن نهمل دور الوسط في التأثير على السلوك،كما لا يجب أن نركز على عامل ونهمل آخر فبتضافر هذه العوامل ينتج السلوك وهذا ما نفسر اختلافه من مكان لآخر فالسلوك العدواني والإجرامي واحد منذ القدم لكن أسبابه وأشكاله تختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات، وكذا باختلاف الأفراد والجنس والسلوك العدواني فبالنسبة للرجل يختلف عنه عند المرأة نظرًا للطبيعة الأنثوية.

الفصـــل الثالث

تقنية سلب الحساسية
وإعادة المعالجة عن طريق
حركة العينين EMDR

تمهيد
1- تعريف التقنية EMDR
2- أهداف ومبادئ التقنية EMDR
3- الحالات التي يطبق عليها EMDR
4- تاريخ ظهور التقنية EMDR
5- الأساس النظرية لتقنية EMDR
6- المكونات الأساسية وأهداف المعالجة بواسطة EMDR
7- المراحل الثمانية للعلاج بEMDR
8- اللبنات الأساسية لعلاج بEMDR
9- تفسير فعالية ونجاح علاج EMDR
10- الانتقادات الموجهة للتقنية EMDR
11- علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى
12- مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى
13- الهيئات العلمية المعترفة بفعالية EMDR

تمهيد

أثارت طريقة خفض الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العين اهتمام الكثير من المعالجين والباحثين وهي في تزايد كبير، نظرا لتعدد التقارير التي تفيد إلى أنه علاج سريع وفعال، ويخفف الكثير من الشكاوى الأخرى بسرعة، حتى أننا نجد سلسلة من الناصحين لطريقة **EMDR** للبالغين والأطفال وحتى الرضع، رغم أنها لاقت اعتراضات وانتقادات، فهي ضلت تتوسع أكثر فأكثر في تطبيقها على مختلف الاضطرابات النفسية وحتى العقلية، وفي هذا الفصل سنحاول الإلمام بتفاصيل العلاج وتاريخ ظهوره ومكونات العلاج.

1- تعريف تقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين EMDR:

عرفتها جمعية **EMDR-FRANCE** بأنها علاج بالإدماج العصبي الانفعالي عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها)، تقنية علاجية إكتشفتها الأخصائية النفسية الأمريكية فرنسين شابيرو **Shapiro. F** في (**1987**) حيث تسمح **EMDR** المعالجة التكيفية الطبيعية للمعلومات المؤلمة المكبوحة كما تسمح بتحريك الإمكانات النفسية وترميم تقدير الذات المنخفض.

إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين هي طريقة علاج نفسي طورتها **FRENCINE SHAPIRO** لعلاج الذكريات الصادمة والاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة، مع مرور الوقت تم تطبيق هذه الطريقة لعلاج العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى، بالإضافة إلى ذلك تم توثيق النتائج الناجحة بشكل جيد في الأدبيات الخاصة بمعالجة **EMDR** لاضطرابات نفسية أخرى ومشاكل الصحة العقلية والأعراض الجسدية. يفترض النموذج الذي تقوم عليه **EMDR**، معالجة المعلومات التكيفية (**AIP**)، أن الكثير من علم الأمراض النفسية يرجع إلى التشفير غير المتكيف و / أو المعالجة غير المكتملة لتجارب الحياة السلبية المؤلمة أو المقلقة، وهذا يضعف قدرة المريض على دمج هذه التجارب بطريقة تكيفية، تسهل عملية **EMDR** ثلاثية المراحل استئناف المعالجة والتكامل العادي للمعلومات، هذا النهج العلاجي الذي يستهدف الخبرة السابقة والمحفزات الحالية والتحديات المحتملة في المستقبل يؤدي إلى التخفيف من الأعراض، وانخفاض أو القضاء على الضيق من الذاكرة المزعجة، وتحسين رؤية الذات، والتخلص من الاضطراب الجسدي، وحل المثيرات المتوقعة في الحاضر والمستقبل.

(**Barbara, 2009, p 366**)

وضعت شابيرو منهجية **EMDR** النفسية العلاجية الممثلة لعلاج نفسي تكاملي مستند على عدة نظريات نفسية كانت معروفة من قبل مثل نظرية التحليل النفسي، العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، وهو حاليا موضوع العديد من المقالات والمناقشات في المجتمع العلمي. (**Larivée, 2005, p356**)

2- أهداف ومبادئ EMDR:

2-1- أهداف التقنية:

- ✓ هدف هذا الأسلوب العلاجي بصورة أساسية يتمثل في التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة **PTSD** ويستخدم **EMDR** للأفراد الذين عاشوا الخبرة الصدمية الشديدة والتي لا تزال دون حل؛
- ✓ هدفه معالجة هذه الذكريات المؤلمة والحد من الاثارة المتبقية؛
- ✓ تحقيق الراحة والهدوء لدى المريض؛
- ✓ تفكيك الذكرى عن الانفعال عن طريق حركات العينين بإتباع حركات اصابع المعالج؛
- ✓ وضع شعور ايجابي بدلا من السلبي؛
- ✓ تعديل المعتقدات والسلوكات؛
- ✓ يساعد في تخفيف الأعراض السريرية بنجاح بمعالجة المكونات المخزنة أو الصدمية المساهمة، سواء كانت صغيرة أو كبيرة.

2-2- مبادئ التقنية:

- ✓ يستند **EMDR** على ملاحظة أن مجرد ذكرى صدمية ليست كافية بل على الشخص المصدوم أن يتذكر قلب المشهد؛
- ✓ برتوكول **EMDR** يمكن أن يرافق الشخص المصدوم إلى نواة الصدمة؛
- ✓ تذكير الشخص المصدوم لا يركز على اللفظ فقط بل التصورات والتفكير والعواطف والأحاسيس الجسدية، بالإضافة إلى الحواس (حركة العينين)؛
- ✓ يهتم **EMDR** بالشخص كله، بكل أبعاده وما يتعلق بالمظاهر النفسية كالسلوكية والجسدية؛
- ✓ يركز العلاج على الماضي الصادم والمشغلات الحالية ونمذجة لما يمكن اعتباره في المستقبل؛

- ✓ تقنية **EMDR** تعتبر المريض فوق كل شيء بمثابة الأنا؛
- ✓ نظرة المعالج للمريض لابد أن تكون فورية، واعتباره كشريك في العملية العلاجية، وبذل أقصى جهده لمساعدته؛
- ✓ إذا كان العلاج لا يتطور بالسرعة التي ينبغي أن تكون، فذلك لا يرجع إلى أن المريض لا يقاوم، ولكن قد يكون السبب في تأثير العوامل المحيطة به؛
- ✓ تمنح القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة واسترجاع الموقف بكامله.

3- الحالات التي يطبق عليها EMDR:

تزايد طموح المعالجين من خلال سعيهم في توسيع مجال **EMDR**على اضطرابات نفسية أخرى وكذالك على مجتمعات خاصة، ولو أن هذه التجارب مازالت تحتاج إلى المزيد من التنقيح والتطوير لثبات فعالية هذه التقنية أكثر، ومن بين هذه الاضطرابات التي أثبت فعاليتها معها نجد ما يلي:

- اضطراب ما بعد الصدمة؛
- اضطراب الهلع؛
- الحداد المعقد؛
- اضطرابات انفصامية؛
- ذاكرة مزعجة؛
- الخوف المرضي؛
- اضطرابات الأكل؛
- القلق المتعلق بالأداء؛
- تخفيف / إدارة الإجهاد؛
- الاعتداء الجنسي و / أو البدني؛
- خوف سوء التناسق شكل الجسد؛
- اضطرابات الشخصية.

4- تاريخ ظهور تقنية EMDR:

لاحظت **شابيرو** في (**1987**) أثناء مشيها في متنزه **سنترال بارك** في نيويورك بأن تحريك عيونها خلال مشيها في المتنزه أنقص المشاعر السلبية العاطفية المرتبطة بذكرياتها المحزنة التي كانت تفكر فيها، لقد أدى ذلك إلى افتراضها بأن حركات العين لها تأثير إبطال التحسس. **(وليد خالد،2013، ص 68)**

" لاحظت أن بعض الأفكار المزعجة التي طورتها قد اختفت فجأة، وعندما استحضرتها مرة أخرى، لم يزعجني ذلك كثيرا لم يكن لديها نفس الشحنة العاطفية، لاحظت عند ظهور هذا النوع من التفكير، بدأت عيني تتحرك تلقائيا بطريقة معينة

وبسرعة كبيرة استرجعت الفكرة إلى وعيي عمدا وفكرت في شيء يسبب لي نوعا من القلق، فتحركت عيني بنفس الطريقة كما حدث من قبل، اختفت الفكرة ولم تعد شحنتها العاطفية كما هي...أردت أن أعرف هل يمكن تطبيقها على أشخاص آخرين". (**Luber,2009, p 03**)

ولقد عملت **شابيرو** فيما بعد على تجربة هذا العلاج على زملائها في قسم الطب النفسي التي تشتغل فيه واكتشفت بأن الآخرين كان عندهم نفس ردة الفعل العلاجية لحركات العين في تجربتها الأولى، بعد **06** أشهر بلغ عدد الأفراد الذين طبقت عليهم تجاربها **70** فردا حيث جربت عليهم حركات العينين بأشكال مختلفة (حركات أفقية/ عمودية/، مائلة، حركات سريعة/ بطيئة، حركات في مجال واسع/ في مجال ضيق...). (**عتيق، 2012، ص 56**)

بعدها أرادت تطبيق **EMDR** على أشخاص آخرين وكان أول من تبادر إلى ذهنها هم محاربي الفتنام القدامى الذين يعانون من الذكريات الصدمية، بعد نجاحها في تجربتها قامت بأول دراسة مضبوطة طبقتها على **22** فردا ونشرتها سنة (**1989**).

(**Shapiro,2018, p 8, 9**)

وقد أضافت سنة (**1991**) كلمة **Reprocessing** إعادة المعالجة إلى اسم التقنية لتؤكد على العنصر المعرفي، وعلى عنصر معالجة المعلومات وهي عناصر مركزية في إجراءات **EMDR**، وقد نشرت **شابيرو** سنة (**1995**) كتيبا يضم **40** صفحة تصف فيها بالتفصيل التقنية كما تصورتها آنذاك. (**عتيق 2012، ص ص 57، 58**)

في المؤتمر العالمي النفسي الذي عقد في (**1988**) عرضت **شابيرو** تقنيتها على العالم **Wolpe** الذي أوجد تقنية سلب الحساسية المنتظم، ووعدها بأن يعرض طريقتها في العلاج **EMDR** وأن ينشر نتائج أبحاثها في مجلته **Journal of Behaviour Therapy and Exprimental Psychiatry**) فترك لنفسه القرار في اختبار مدى فعالية هذه التقنية بتطبيقها على ثلاثة مرضى فأصابت النجاح ونشرها في مجلته العلمية (المذكورة سابقا).

هكذا تغير الوضع تماما واستقطبت دراسة **شابيرو** وتقنياتها اهتمام العلماء وتم نشر أكثر من **100** دراسة حالات إلى غاية (**2007**)، كما نشر أكثر من **20** دراسة مضبوطة حول **EMDR** و **PTSD**فقط، وهذا ما يجعل البحوث حول **EMDR** تتفوق بطريقة دالة على أي مقاربة علاجية نفسية أخرى أو أي مقاربة علاجية نفسية بالعقاقير.

وقد قامت **شابيرو** في بداية مشوارها بتجربتين هامتين تكمن أهمية الأولى في اختبار فعالية **EMDR** على الذكريات الصدمية وأما الثانية فأهميتها تتمثل بأنها أول دراسة مضبوطة تجربها على تقنيتها.

- **الدراسة الأولى: أول دراسة على الذكريات الصدمية:** أجرتها سنة (**1987**) على رجل متطوع يدعى **DOUG** وهو مستشار في البرنامج المحلي لقدامى المحاربين، كان شخصا متكيفا وناجحا إلا أنه بدأت تراوده باستمرار ذكرى مروعة فأثناء أدائه الواجب في الستينيات كان جنديا من المشاة، في أحد الأيام بينما كان يفرغ الجنود الأموات من طائرة الإنقاذ جاءه زميله بأخبار مرعبة حول القبض على إحدى مجموعاتهم.

طلبت **شابيرو** أن يحتفظ في ذهنه بتلك الذكرى بينما يتابع يدها بعينيه، وبعد سلسلتين أو ثلاث سلسلات من تحريك العينين أقر بأن ذلك المشهد قد تغير، فالجزء السمعي من الذكرى تلاشى ثم أصبح ما يراه من تلك الذكرى يقتصر فقط على فم زميله يتحرك دون أن يصدر أي صوت.

وبعد عدة سلسلات من تحريك العينين أخبرها أن المشهد صار يشبه " رقاقة مدهونة موضوعة تحت الماء " وأنه الآن صار يشعر بالهدوء وقال أخيرا يمكنني أن أقول إن الحرب انتهت ويمكن للجميع أن يعودوا إلى الديار ... "، بعد ذلك طلبت منه أن يفكر في الفيتنام وبدلا من أن تظهر صورة الأجساد الميتة ظهرت في ذهنه ذكرى أول مرة يطير إلى الفيتنام والذي كان يبدو له مثل جنة الفردوس، وكانت هذه هي المرة الأولى منذ **20** سنة التي يتذكر فيها صورة إيجابية للفيتنام.

بعدها **ب 06** أشهر بعد استجوابه حول الذكرى الصدمية، أخبرها أن التأثيرات الإيجابية مازالت مستمرة، وأن الصور المركبة لم تعد من جديد منذ تلقيه العلاج بل أنه عندما يرغب في استحضار تلك الذكرى الصدمية فإنها تبدو له مثل رقاقة مدهونة موضوعة تحت الماء، ولم يعد يشعر بأي ضيق عندما يستحضر تلك الذكرى، وهكذا اثبتت **شابيرو** أنه يمكن لتقنيتها أن تصل إلى الذكريات الصدمية وأن تعالجها، وبهذه النتائج المشجعة قررت إجراء أول تجربة مضبوطة وذلك بإخضاعها لشروط علمية صارمة.

- **أول دراسة مضبوطة:** في (**1989**) قامت **شابيرو** بنشر دراسة مضبوطة لتقييم فعالية **EMDR** في علاج الذكريات الصدمية حيث كان عدد المشاركين **22** فردا، **18** شخصا منهم لديهم اضطراب **PTSD** وتتراوح أعمارهم من **11** إلى **53** سنة، وقد تلقوا علاجات سابقة تتراوح مدتها ما بين شهرين و **25** سنة، وهم يعانون من ذكريات صدمية منذ سنة واحدة إلى

47 سنة، قسم المشاركون عشوائيا إلى مجموعتين وتلقوا جلسة واحدة إما بالعلاج **EMDR** أو جلسة تحكم كاذب (**Placebo control**) حيث تطلب من هذه المجموعة التركيز على تلك الذكرى المربكة ووضعها بالتفاصيل، كان عدد مرات مقاطعة المجموعتين متساويا حيث تطرح على المجموعتين نفس الأسئلة بهدف مراقبة تأثيرات الخضوع للتجربة.

تم قياس **ثلاث متغيرات** في هذه الدراسة وهي: **صدق اعتقاد الفرد حول نفسه** على إثر الحدث الصدمي، أما الثالث فهو **ارتياح الفرد من العلامات السلوكية الأولية PTSD** (**الكوابيس Falsh Backs**، **الأفكار الاقتحامية**)، وقد استعمل سلم وحدات ارتباك الذات(**Subjective Units of Disturbance SUD**) وهو سلم طوره **Wolpe.J** واستخدمه في طريقته المسماة إزالة الحساسية المنتظمة.

✓ **المتغير الأول: مستوى الارتباك الانفعالي:** في بداية طلبت **شابيرو** من كل مريض أن يستحضر في ذهنه الذكرى الصدمية ويحتفظ بها ثم يعبر عنها برقم عن الارتباك الذي يشعر به، حيث الرقم صفر (**0**) يعني كل شيء على ما يرام والرقم (**10**) يعني أعلى مستوى من الارتباك، ويتم قياس مستوى الضيق باستعمال سلم **SUD** قبل الخضوع للعلاج، وبعده مباشرة وكذا بعد مرور شهر و3 أشهر من العلاج.

بالنسبة للمجموعة التي تلقت العلاج **ب EMDR** وجدت **شابيرو** أن المستوى **SUD** انخفض من **7.45** في بداية العلاج إلى **0.13** مع نهاية العلاج، أما المجموعة التي تلقت علاجا كاذبا **Placebo groupe** والتي ركزت على الذكرى الصدمية وقامت بوصفها، فإن درجة **SUD**لديها تغيرت من **6.77** قبل العلاج إلى **8.31** بعد العلاج، فهذه الزيادة في القلق بدلا من نقصانه هي نتيجة معتادة في الممارسة العيادية وغالبا ما نلاحظها لدى المرضى عندما يركزون أو يتحدثون فقط عن صدمتهم.

بعد ذلك أخضعت المجموعة الثانية إلى العلاج **EMDR** فلاحظت أن مستوى الارتباك قد انخفض لديهم وبلغ **0.13** وبعد مرور شهر و3 **أشهر** وجدت أن التأثيرات العلاجية الإيجابية ظلت على حالها.

✓ **المتغير الثاني: صدق الاعتقادات:** لدى الأفراد الذين يعانون من **PTSD**، إذا ما تعافى الفرد من صدمته فذلك سيؤدي إلى تغير نحو اعتقادات وأفكار أكثر عقلانية مثل:" أنا لست الملام، لقد فعلت أفضل ما لدي". كما وجد أن تقبل الذات وتحرك الفرد نحو الاعتقادات الأكثر ايجابية أصبح علامة دالة على أن المعلومات الصدمية قد تم حلها وإدماجها، ومن

أجل قياس صدق ذلك الاعتقاد، طورت **شابيرو** سلما دلاليا تفاضليا **Sementic Differntial Scale** ويدعى **VOC Validity of Cgonitive Scale** ففي البداية طلبت من الأفراد استحضار الذكرى الصدمية وذكر الاعتقاد السلبي المرتبط بها، ثم طلبت منهم تحديد ما يفضلون اعتقاده إزاء أنفسهم، مثلا: أنا جيد، أنا أتحكم في نفسي، أنا الآن في أمان، وبعدها طلبت منهم التركيز على هذا الاعتقاد الإيجابي، وقياس إلى أي مدى هذا الشعور صحيح، ويكون ذلك على سلم **VOC** حيث الرقم **01** يعني خاطئ تماما أي أشعر أن هذا الاعتقاد الإيجابي خاطئ تماما، أما رقم **07** فيعني صحيح تماما أي أشعر أن هذا الاعتقاد الإيجابي صحيح تماما، وهذا من المهم جدا في **VOC** أن تتم الإجابة على السؤال بناء على شعور الفرد وليس بناء على تقيمه الفكري للوضع.

وجدت **شابيرو** أن قيمة **VOC** بالنسبة لمجموعة **EMD** كان **3.95** قبل العلاج وصار **6.75** بعده، أما مجموعة **Placebo groupe** فإن نتائج **VOC** كانت **2.95** قبل العلاج وصارت **2.36** بعد، إلا أن هذه المجموعة تلقت فيما بعد العلاج ب**EMDR** فكان **VOC** في بداية العلاج **2.36 وبلغ 6.77** في نهاية العلاج.

✓ **المتغير الثالث: الارتياح من الأعراض الكبرى لـ PTSD** : وهي الكوابيس والأفكار الاقتحامية و **flash backs**من بين **22** مشاركا وجدت **شابيرو** تأييدا خارجيا يتمثل في زوجات وأفراد عائلات **18** مشاركا أو معالجيهم وقد استعانت بهم للتأكد من الأعراض المرتبطة بالذكرى الصدمية التي تم علاجها ب **EMDR** قد اختفت تماما أو تناقصت وهذا فعلا ما أكدوه لها، فعلى سبيل المثال عندما تتذكر ضحية الاغتصاب عملية الإعتداء فإنها لم تعد تظهر درجة عالية من الانفعال كما سبق، فمن بين الأفراد الذين خضعوا للتجربة نجد حالة طبيب نفسي لديه تاريخ طويل من العنف وكوابيس مخيفة، وأكد المريض بأنه بعد تلقيه العلاج حلم في تلك الليلة بالذات أن مجموعة الساموراي يطاردونه لتعذيبه، وفي تلك الحظة -دون خوف منهم- استدار لهم وانحنى لهم بطريقة طقوسهم فبادلوه الانحناء وجمعوا قواهم ورحلوا جميعا، وهكذا انتهى هذا الكابوس العنيف، وبناء على هذه التجربة لمضبوطة أكدت **شابيرو** أن الصور المتعلقة بالأحلام كانت أهدافا **Targets** جيدة لبلوغ المواد المربكة والتي تساهم في الشكاوى الحالية.

وهكذا أكدت شابيرو أن **EMDR** ذو فعالية على الذكريات (الصور) الصدمية وكانت هذه هي الدراسة الرائدة والتي مثلت **شابيرو** الخطوة الراسخة الأولى نحو التعمق في تقنيتها العلاجية الجديدة وتطويرها.

5- الأساس النظري لتقنية EMDR:

في حين أن علاج **EMDR** هو نهج علاجي تكاملي محدد، فإن معالجة المعلومات التكيفية تمثل النموذج العام الذي يوفر الإطار النظري والمبادئ الازمة للعلاج وشرحا للأساس علم الأمراض وتطور الشخصية. (**Shapiro,2018,p 26**)

إن **AIP** هو نموذج عصبي فيزيولوجي في طبيعته، ولذلك نجد **شابيرو** استعانت بمصطلحات معالجة المعلومات العصبية الفيزيولوجية التي أدخلها العالم (**1981**) **Bower** والعالم (**1979**) **Lang** وكذا مفاهيم علم النفس الفيزيولوجي مثل الشبكة العصبية الفيزيولوجية، وقد رأت أن استعمال مصطلحات ليس لديها مرجعية أو دلالة عصبية فيزيولوجية محددة ودقيقة هو أمر هام جدا في التأكيد على فكرة أن فعالية **EMDR** لا تقوم على صدق وصحة النموذج الفيزيولوجي المقدم، لأن فيزيولوجية الدماغ مازالت غير مفهومة وواضحة بعد. (**عتيق، 2012، ص 66**)

يتوافق نموذج معالجة المعلومات التكيفية (**AIP**) مع فرويد **Freud** ، فبافلوف **Pavlov** يفترض أن هناك توازنا عصبيا في النظام الفيزيولوجي متميز يسمح بمعالجة المعلومات، أي يوجد في الدماغ توازن بين الإثارة والتثبيط وهو المسؤول عن أدائها طبيعيا. (**Cyril ,2016, p109**)

على هذا الأساس يتم تعلم وتخزين ما هو مفيد مع التأثير المناسب ومتاح لاستخدامها في المستقبل، مثل " يحدث لنا موقف سلبي إذلال في العمل، فنشعر بالإحراج إزاء ذلك، نفكر في هذا الموقف ونتحدث عنه، بعد فترة من الزمن لا يصبح يضايقنا وقد يتم استغلال تلك التجربة بشكل مناسب كمعلومات لتوجيه أعمالنا المستقبلية، وبالتالي فإننا نتعلم شيئا ما عن أنفسنا وعن الآخرين ونفهم بشكل أفضل المواقف السابقة، ونحن قادرون بشكل أفضل على التعامل مع المواقف المشابهة في المستقبل.

(**Shapiro,2018, p16**)

ويتفق هذا النهج مع نموذج معالجة المعلومات لـــ **Horowitz** فالأعراض الصدمية تأتي كرد فعل لعدد كبير من البيانات التي تشكل تجربة مؤلمة تنتج عن عدم قدرة الضحية على دمج المعلومات الجديدة في الأنماط المعرفية السابقة بشكل صحيح.

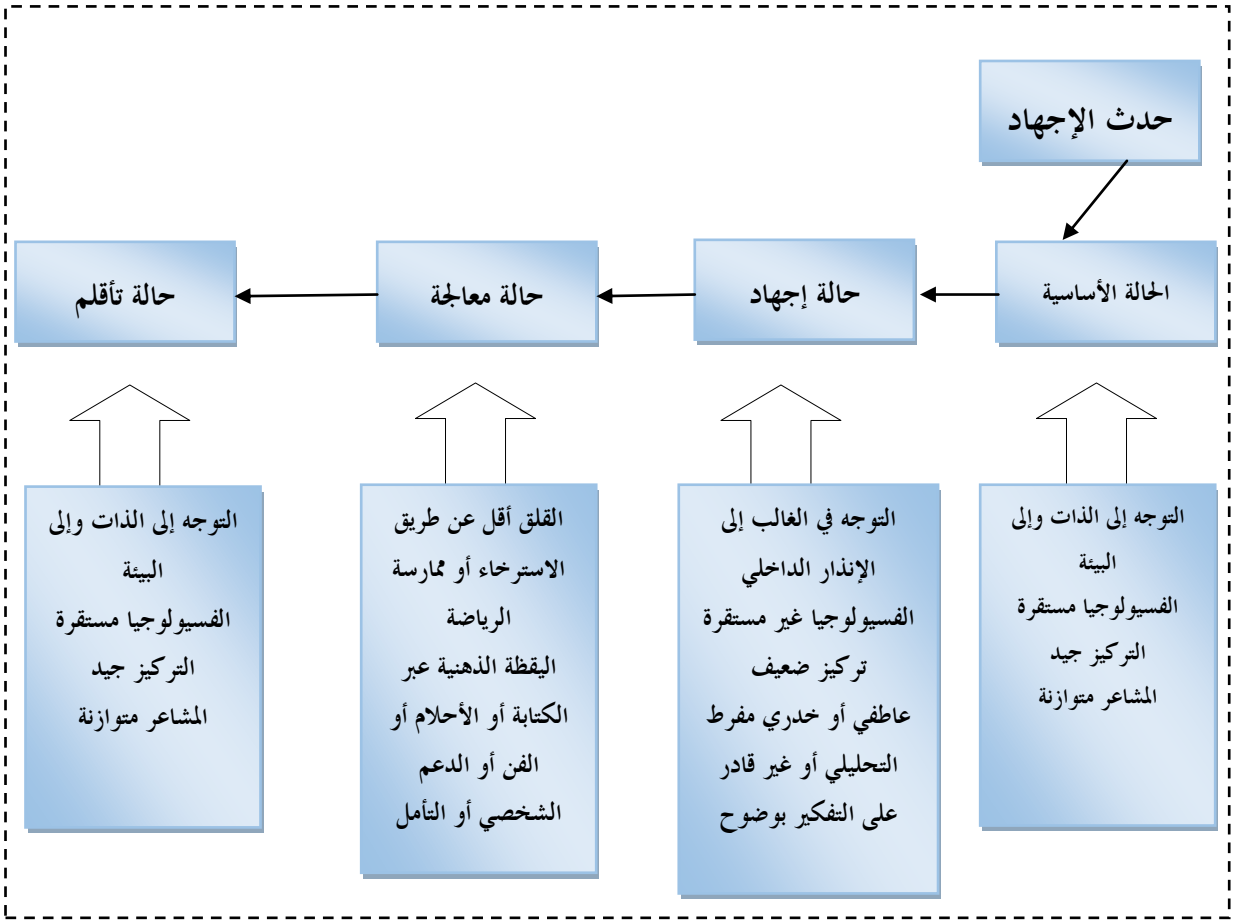
(**Cyril ,2016,p109**)

5-1- تشكل ثلاثة مبادئ جوهر نموذج AIP:

هناك نظام جوهري للتكيف مع الضغوطات. هذا النظام يسمح للإنسان بـــإعادة تنظيم الاستجابات لأحداث الحياة المقلقة من حالة اختلال أولية في حالة عدم التوازن إلى حالة دقة التكيف.	يمكن أن تترك الصدمة أو الضغط المستمر التجارب مخزنة في شكل غير ملائم. خلال حدث صادم أو ضغط مستمر يمكن أن تعطل مرحلة الحياة التنموية هذه المعلومات نظام المعالجة، وترك التجربة التي لم تحل في شكل غير ملائم، محددا للدولة.	يعيد علاج **EMDR** التوازن، مما يؤدي إلى الشفاء الذاتي السريع. خطوات العلاج **EMDR** وحركات العين الثنائية تعيد التوازن. إعادة المعالجة مستمرة إلى قرار تكيفي يمكن أن يكون الانتعاش بالسرعة ومستقر بالنسبة للإصابات الجسدية.

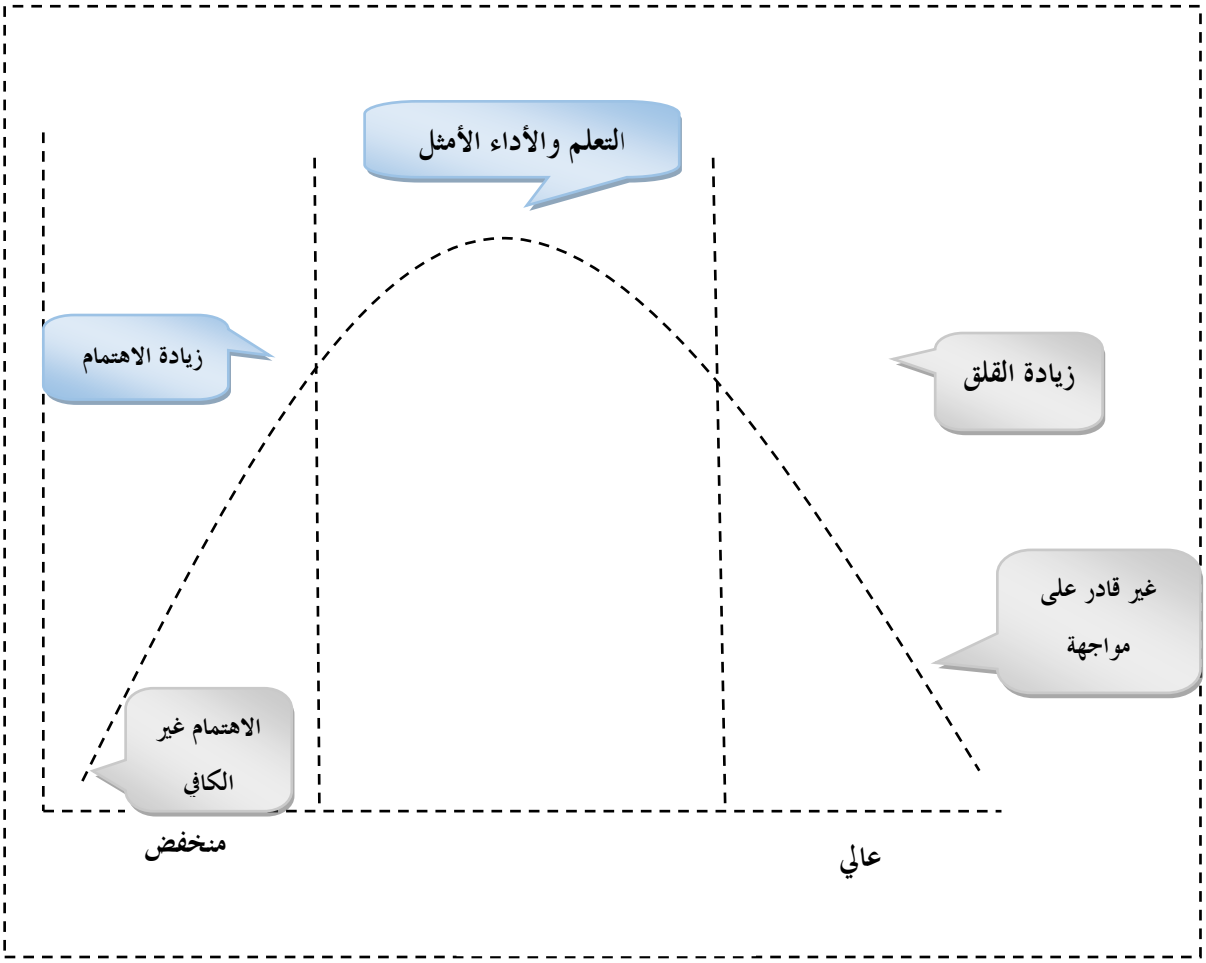
رقم (02): شكل يبين المبادئ الثلاثة لنموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP). (ترجمة الطالبان)

هناك نظام معالجة المعلومات جوهري تطوري لتمكين البشر من إعادة تنظيم استجاباتهم لأحداث الحياة المزعجة، من حالة اختلال وظيفية مبدئية إلى حالة من التكيف مع الحل (**شكل رقم 04**)، عندما يتعرض الراشدون الأصحاء لأحداث مزعجة مثل صراخ بشكل غير متوقع من قبل صديق، نواجه عادة استجابة أولية للتوتر مع هيجان أو خوف أو العار أو الغضب ارتفاع في العلامات الفسيولوجية للتوتر بما في ذلك ضربات القلب وضغط الدم، وهرمونات التوتر والأفكار غير العقلانية مثل النقد المفرط للنفس، الإضرار بشخص ما أو الخضوع له، بعد التفكير في الضغوطات وردود أفعالنا، وملاحظة مشاعرنا والكتابة عنها والتحدث مع الأصدقاء أو أحبائنا عنها، نحل تلك الاضطرابات ونتكيف ونتعلم منها، أنظمتنا الفيزيولوجية تعود إلى الإستقرار وتصبح صحية، وتعود حالتنا العاطفية إلى التوازن ويصبح منظورنا المعرفي قابلا للتكيف، فنشكل قالبا تكيفيا للتعرف على المواقف المشابهة إذا ما حدثت مرة أخرى فنتعامل معها بشكل مختلف. (**Andrew,2015, p 39**)



رقم (03): شكل يبين معالجة عاطفية طبيعية لتجربة مرهقة لدى البالغين الأصحاء. (ترجمة الطالبان)

اقترحت **شابيرو** أن التجربة المؤلمة أو الإجهاد المستمر خلال مرحلة من مراحل النمو الحياتي يمكن أن تعطل نظام معالجة المعلومات، هذا المبدأ يتوازى مع فرضية **بيير جانيت Perré Janet** المبكرة حيث أن العاطفة الشديدة كسبب للانفصال وقانون **يركس و دودسن** (**Dodson &Yerkson**) الذي يتعلق بمستوى أداء القلق (**شكل رقم 02**)، تم إعادة صياغة قانون **Dodson&Yerkson** بواسطة **Ogden** و **Minton** لتعكس مفاهيم الإثارة العالية والمنخفضة ومنطقة للإثارة المثلى التي تشبه النافذة العلاجية التي وصفها **Brière**، نتيجة لتعطيل معالجة المعلومات العاطفية بسب الإثارة الزائدة من الصدمات النفسية أو الضغوطات المستمرة التي تقيد الاستجابات التكيفية، يتم تخزين المعلومات المتعلقة بالتجربة الصادمة أو الضغوطات المستمرة في شكل غير متكيف وفشل في الوصول إلى قرار تكيفي.



رقم (04): نموذج الديناميات الزمنية لمعالجة الذاكرة العاطفية: توليف على أساس بيولوجي عصبي لفقدان الذاكرة الناجم عن الإجهاد، فلاشبول والذكريات المؤلمة، وقانون يركيس–دودسون.*Yerkes–Dodson law* (ترجمة الطالبان)

إن مفهوم الشفاء الذاتي، وهو مماثل لما يحدث مع الإصابات البدنية، يمكن للجراحين إزالة العوائق التي تحول دون شفائه مثل الأجسام الغريبة أو الأورام، وخلق ظروف مواتية للشفاء، ولكن بعد ذلك يجب عليهم ترك الطبيعة تأخذ مجراها، لا يوجد جرح يمكن أن يشفي جرح آخر، فقط الجسم نفسه يمكن القيام به، يتم تشفير هذه القدرة في حمضنا النووي **DNA** .

(Andrew,2015,p 40,41)

تحدث سلسلة من الأحداث تقع في سيرورة الذهنية، أي التحرك نحو الحال الطبيعية لنظام معالجة المعلومات في الدماغ هو التحرك نحو الحالة من الصحة العقلية، ومع ذلك إذا تم تعطيل النظام أو أصبح غير متوازن بسبب تأثير الصدمة، تتم ملاحظة استجابات غير تكيفية، في حالة إزالة العطل تستأنف المعالجة وتنتقل المعلومات إلى حال التكيف الوظيفي، تتجلى في تغير

الصور (أي العواطف والاستجابات المادية المرتبطة بها) وتأثير التفكير المريض بالحدث، بشكل مجازي يمكنا أن نفكر في آلية المعالجة على أنها "هضم" أو "استقلاب" المعلومات بحيث يمكن استخدامها بطريقة صحية تعزز الحياة. (**Shapiro,2018,p28**)

5-2- الافتراضات نموذج معالجة المعلومات التكيفية:

تعتبر الشبكات الذكروية العنصر الحيوي في نظام **AIP**، وهي تمثل أساس الأفكار والمشاعر والسلوكات التي يقوم بها الفرد في الوقت الحالي، والشبكات الذكروية عبارة عن نظام مترابط من المعلومات ونستطيع أن نشبهها بشبكة من القنوات التي يتم على مستواها تخزين الذكريات والأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المترابطة ببعضها البعض، تنتظم الشبكات الذكروية حول أقدم حدث مرتبط بها، ولذلك تتأثر السلوكات والخبرات الحالية بالسلوكات والخبرات الماضية. (**عتيق ،2012، ص68**)

ويوجد لدى كل شخص نظام فيزيولوجي لمعالجة المعلومات، تتم من خلاله معالجة الخبرات والمعلومات الجديدة بصورة طبيعية وهذا ما يقود الفرد إلى حالة تكيفية فهو نظام فطري يعمل على تحويل معلومات المدخلات المركبة، نحو الانحلال التكيفي والاندماج النفسي السليم. (**عتيق ، 2012، ص67**)

وتسهل إجراءات **EMDR** الوصول إلى الذكريات الصدمية كما تسهل معالجتها وبالتالي التوصل إلى حل تكيفي لتلك الذكريات، نتج عن المعالجة التكيفية للمعلومات ثلاثة فوائد وهي: التعلم، التخلص من الضيق الانفعالي والجسدي، يمكن الفرد من الاستجابة الوظيفية، وهنا نقول إن المعلومات الصدمية قد وصلت إلى حل تكيفي.

كما أن الاهتمام بالتحفيز ركز العمل على العينين وأشكال أخرى من التحفيز الثنائي، التي يمكن أن تكون واحدة من المبادئ النشطة للعملية (يتم إجراء اختبار مواز لما يحدث في نوم حركة العين السريعة**REM**)، هناك محفزات أخرى إلى جانب حركات العينين الموجهة التي يمكنها تنشيط نطام معالجة المعلومات على الرغم من أن الأبحاث تشير إلى أن هذه المحفزات ليست فعالة مثل حركات العين الموجهة، إن الأشكال الأخرى من المنبهات يمكن أن تكون مفيدة في مجموعة متنوعة من المواقف السريرية على وجه التحديد فقد يتم تنشيط معالجة المعلومات عندما يتم لفت الانتباه أو التركيز على الإشارات الخارجية مثل الالتفات إلى الإشارات اللمسية أو السمعية، أو من خلال الفعل الذي يركز فقط على التحفيز فقد يؤدي التركيز المتزامن على الذاكرة المؤلمة إلى قيام نظام معالجة المعلومات لذا نتوقع أن يكون للحركات الإيقاعية الأخرى أو أشكال التحفيز المستمرة أو المتكررة تأثير مماثل، بالإضافة إلى ذلك تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من العديد من الدراسات العشوائية التي قد

ذكرت أن حركات العين تتفوق سريريا على التعرض لوحده، فقد أشارت الدراسات إلى أن أنماط تنشيط المخ الموقعي الناتج عن الاهتمام وحده تظهر تداخلا كبيرا مع تلك التي تم إنتاجها بواسطة حركات العين. (**Shapiro**.p 29, 30)

6- المكونات الأساسية وأهداف المعالجة بواسطة EMDR:

6-1- مكونات المعالجة بEMDR :

يجب أولا مساعدة المفحوص على تحديد الذكرى المؤلمة التي ستكون محور العلاج، هذه الذكرى هي الجزء الأكثر إثارة لقلق الحدث الصادم للمفحوص، فإذا تم استخدام الأهداف الخاطئة أو المكونات الخاطئة فمن المحتمل أن تكون تأثيرات المعالجة والبروتوكولات المحددة سلبية بغض النظر عن عدد الجوانب السريرية التي تتطلب العلاج، يجب أن يكون كل هدف محددا ومعالجا بالكامل فهذه الأهداف هي اللبنات الاساسية لعلاج **EMDR** وتستحق الاهتمام السريري الدقيق، يساعد الهدف المحدد المفحوص والمختص على فهم سياق الصدمة مما سيؤدي إلى معالجة أسرع يطلب من المفحوص التفاصيل حول الذاكرة الصادمة ووفقا للمكونات التالية:

- الصورة **Image**
- التفكير السلبي **La Cognition Négative**
- التفكير الإيجابي **La Cognition Positive**
- المشاعر **Emotion**
- الأحاسيس الجسمية **The Physical Sensition**

- **الصورة Image**: يطلب من المفحوص التفكير في الحدث، ثم التركيز على صورة واحدة تمثل إما الحادث بأكمله أو الجزء الأكثر إزعاجا منه سواء كانت الصورة مميزة أم لا فنتيجة بسيطة في الواقع من الشائع جدا أن يكون لدى المفحوص صورة غير واضحة أو عرض مجزأ للحدث، الهدف هو ببساطة إقامة صلة بين الوعي ومكان تخزين المعلومات في المخ.
- **تفكير السلبي La Cognition Négative**: يعرف التفكير السلبي: "بأنه التقييم السلبي الذاتي الذي يقوم به الضحايا في الوقت الحاضر" (**Shapiro,2018, p55**) يطلب من المفحوص بعد ذلك تحديد عبارة تعبر عن المعتقد السلبي الأساسي أو التقييم الذاتي غير المتكيف الذي يتوافق مع الصورة، يطلق عليه التفكير السلبي، في حين أن مصطلح التفكير غالبا ما يستخدم لتحديد كل التمثيلات الواعية للتجربة، وبهذا فإننا نستخدمها في العلاج **EMDR** للدلالة على الاعتقاد أو

التقييم، لذلك فتفكير يمثل التفسير الحالي للمفحوص لذاته وليس مجرد وصف، يجيب التفكير السلبي على السؤال " ما هي معتقداتي المهينة لنفسي فيما يتعلق بالحدث؟".

- **التفكير الإيجابي La Cognition Positive**: بمجرد أن يحدد المفحوص والمعالج التفكير السلبي المرتبط بالهدف فإن الخطوة التالية في الجلسة هي أن يحدد التفكير الإيجابي المرغوب فيه ويصنفه على مقياس **VOC** (مدى صحة التفكير **Validity of Cognition**) المكون من **7** درجات حيث **1**غير صحيح تماما و**7** صحيح تماما يجب أن يعتمد التصنيف **VOC** على مدى صدقها ومدى تصديق التفكير الإيجابي للمفحوص.
- **المشاعر Emotion ومستوى اضطرابها:** يطلب من المفحوص تقديم تقيم على أساس مقياس الوحدات الذاتية للاضطراب **SUD Subjective Units Of Disturbance**(**Wolpe 1958**) حيث **0= لا** يوجد اضطراب و **10 = أعلى** إزعاج أو اضطراب ممكن، يساعد هذا المقياس المعالج على تقييم تطور العلاج وقد تم تطوير هذا المقياس كجزء من العلاج السلوكي، يجب أن يتأكد المعالج بأن المفحوص لا يربط درجة أو مستوى التوتر الذي شعر به في وقت وقوع الحدث، الهدف هو معالجة المعلومات المختلة. (**Shapiro,2018,p 59**)
- **الأحاسيس الجسمية The Physical Sensition**: تشير التجربة السريرية إلى أن الأحاسيس الجسدية الناتجة عندما يركز المفحوص على الذاكرة المؤلمة هي نقاط محورية مفيدة للعلاج قد تترافق هذه الأحاسيس مع التوتر العاطفي، مثل توتر في عضلات الرقبة أو زيادة معدل ضربات القلب، قد تكون الأحاسيس الجسدية الأخرى جزءا من التجربة الحسية للصدمة المستهدفة نفسها مثل إحساس بقبضة يد الجاني، الأحاسيس الجسدية الواضحة ترتبط أيضا بالتفكير السلبي لذلك لا تعتبر المعالجة ب **EMDR** للذاكرة كاملة حتى تتم إعادة معالجة جميع الأحاسيس الجسدية السلبية الناتجة عن أفكار الصدمة بشكل مناسب، في نهاية العلاج يجب أن لا يكشف المسح الذهني للجسم من قبل المفحوص عن أي توتر مسبق أو أحاسيس جسدية غير نمطية.

6-2- تفعيل نظام المعالجة المعلوماتية Activating The Information Processing System :

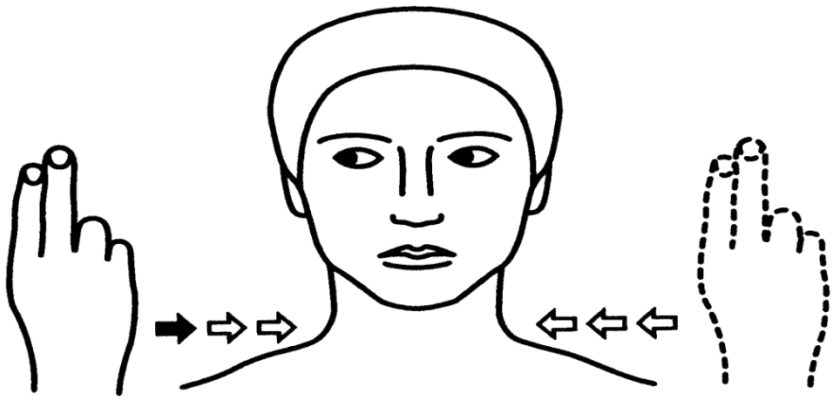
يمكن تنشيط نظام معالجة المعلومات للمفحوص من خلال إجراءات **EMDR** واستخدام حركات العينين الثنائية الموجهة أو عن طريق أشكال بديلة من التحفيزات مثل: المس أو السمع، نظرا لاختلاف تفضيلات المفحوص يجب على المعالج أن يكون على دراية بثلاثتهم.

6-2-1- حركات العين:

هناك عدة أنواع مختلفة من حركات العين التي يمكن استخدامها في علاج **EMDR**، مهمة المعالج هي الاستفادة من النوع الذي يناسب احتياجات المفحوص، هدفه هو توليد حركة العين من جانب إلى الجانب الآخر من مستوى نظر المفحوص أي من اليمين إلى اليسار، تتم هذه الحركة الثنائية الكاملة بأسرع ما يمكن دون إزعاج المفحوص، يستخدم فيها المعالج إصبعين أو أكثر كنقطة محورية، تسمح هذه التقنية للمفحوص بتتبع الأصابع دون الحاجة إلى التركيز على جسم صغير، ودون وجود ارتباطات سلبية قد يتم استنباطها.

يمسك المعالج إصبعين في وضع مستقيم ويوجهها إلى وجه المفحوص حوالي **12** إلى **14** بوصة ثم يسأل المفحوص " هل هذا مريح؟" إذا كانت الإجابة لا حينها يجب تحديد الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص، يجب تقييم قدرة المفحوص على تتبع الأصابع المتحركة من خلال البدء ببطئ، ثم زيادة السرعة حتى نصل إلى الحركة المناسبة والمريحة له، خلال مرحلة الاختبار يطلب من المفحوص الإفصاح عن أي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزعجة عاطفيا.

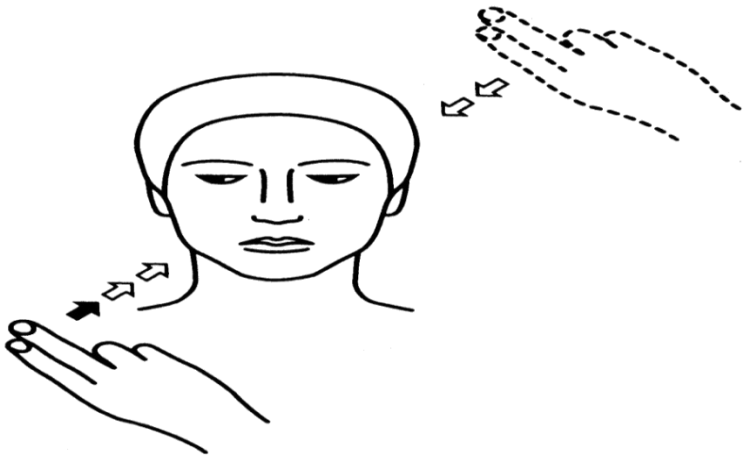
بعد استهداف المادة المختلة وظيفيا، يجب على المعالج أن يستمع إلى كل الملاحظات التي يبديها المفحوص في نهاية كل مجموعة لتقيم مقدار المعالجة التي حدثت، إذا كانت المادة المختلة وظيفيا تتغير بسهولة وكان المفحوص مرتاحا نسبيا، من الممكن الحفاظ على السرعة التي تتحرك بها الأصابع وإن كان العكس حينها يجب ضبط السرعة وكذلك الاتجاه وعدد حركات العين داخل كل مجموعة.



رقم (05): شكل يبين حركات اليد الأفقية المستخدمة في تنفيذ EMDR (ترجمة الطالبان)

خلال هذه المرحلة الأولية، قد يجد العيادي أن المفحوص يواجه صعوبة في متابعة الأصابع بسهولة، يمكن أن يتجلى هذا العجز في عدم انتظام حركات العين ("النتوء")، بما في ذلك التوقفات والبدايات والسرعة، عندما يحدث هذا، يجب على المعالج أن يطلب من المريض "**ادفع أصابعك بعينيك**"، تدرب هذه العبارة المريض على تطوير شعور بالاتصال الديناميكي بأصابع التوجيه، وهو تمرين يمكن أن يمنحه إحساسًا بالتحكم في الحركة، مما يؤدي إلى تتبع أكثر سلاسة.

ويمكن للمعالج بعد ذلك اختبار فعالية مجموعة من حركات العين المائلة عن طريق تحريك يده عبر خط الوسط لوجه المريض من أسفل اليمين إلى أعلى اليسار (أو العكس)، أي من مستوى الذقن إلى مستوى الحاجب المقابل (**انظر الشكل 08**)، مرة أخرى، يجب على المعالج تقييم النتائج المتعلقة بسهولة الحركة وسرعتها، إذا كان المريض يتتبع اتجاه واحد بسهولة أكثر عن الآخر، حينها يجب أن يكون هذا هو الاتجاه المستخدم السائد، إذا ظهرت المعالجة عالقة (لم يتم الإبلاغ عن تغيير في المعلومات بعد مجموعات متتالية من حركات العين)،



رقم (06): شكل يبين حركات اليد القطرية المستخدمة في تنفيذ EMDR. (ترجمة الطالبان)

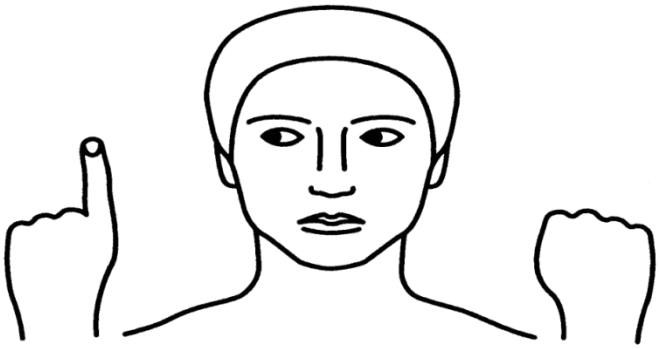
يجب على المعالج تجربة التغيير في حركات العين، بدءًا من التغيير في الاتجاه، يتم تحديد مدة المجموعة أيضًا من خلال ملاحظات المرضى، تتكون المجموعة الأولى من **24** حركة ثنائية الاتجاه، حيث يساوي التحول من اليمين إلى اليسار حركة واحدة، تمكن هذه المجموعة المعالج من تقييم راحة المريض والسرعة المفضلة والقدرة على الحفاظ على حركات العين، خلال هذه المجموعة، قد يلاحظ المريض ببساطة ردود أفعاله الخاصة أو يركز على تمرين في مكان آمن/هادئ (باستخدام حركات العين البطيئة بدلاً من الحركات السريعة المستخدمة في المعالجة)، نفس العدد من الحركات يمكن استخدامها في مجموعة إعادة

المعالجة الأولى، بعد مجموعة إعادة المعالجة الأولية هذه، يجب أن يسأل المعالج، **"ما الذي تحصلت عليه الآن؟"** يتيح هذا السؤال للمريض فرصة الإفصاح عما يختبره من حيث الصور والأفكار والعواطف والأحاسيس الجسدية، إذا أظهر المريض أي مؤشر على زيادة التأثيرات العلاجية – **إذا كان يشعر بتحسن أو إذا ظهرت معلومات جديدة** – يمكن للطبيب تكرار اتجاه المجموعة وسرعتها ومدتها، ومع ذلك يجب أن يكون المعالج على استعداد للتجربة لاكتشاف ما إذا كان بعض الاختلاف سيكون أكثر إفادة، أفاد المعالجون أن مجموعة من **24** حركة ضرورية بشكل عام للمريض العادي لمعالجة المواد المعرفية إلى مستوى جديد من التكيف، رغم ذلك، فإن استجابة المريض الفردية هي المحدد النهائي، يحتاج بعض المرضى إلى **36** حركة أو أكثر لكل مجموعة لمعالجة المواد، الاستجابات العاطفية العالية، تتطلب عمومًا عددًا كبيرًا من حركات العين في مجموعة واحدة أكثر مما تتطلبه المواد المعرفية البحتة (على سبيل المثال، رؤى جديدة تزيد من عمق الفهم).

من ناحية أخرى فإن بعض المرضى غير قادرين جسديًا على القيام بأكثر من بضع حركات للعين على التوالي بسبب:

- ✓ ضعف متأصل في عضلات العين؛
- ✓ قد لا يتمكن المرضى الآخرون من متابعة حركات اليد بسبب ارتفاع مستوى القلق؛
- ✓ قد يظهر عملاء آخرون عجزًا حادًا في التتبع أو قد يجدون حركات التتبع مفرطة.

لذا يمكن التعامل معهم من خلال طريقة اليدين (انظر الشكل **09**) أو باستخدام الإشارات السمعية أو اللمسية.



رقم (07): شكل يمثل تنفيذ بقبضتي اليد EMDR.

تنطوي طريقة اليدين على وضع المعالج يديه مغلقتين على جانبي المجال البصري للمريض على مستوى العين، ثم رفع أصابع السبابة بالتناوب، يرشد المعالج المريض بتحريك عينيه من إصبع مرتفع إلى آخر، يستلزم هذا الشكل من حركة العين استجابة توجيه صافية أو استجابة مقصودة حيث يجد بعض المرضى أنها أسهل بكثير في الحفاظ عليها من حركة التتبع السريع في الإجراء الأصلي، وكثيراً ما أسفرت عن نفس النتائج العلاجية، رغم ذلك، لا توفر التقنية نفس المرونة في الاتجاهات المختلفة عندما تتعطل المعالجة، على سبيل المثال.

بشكل ملحوظ، لاحظ العديد من العيادين أن المريض قد يواجه صعوبة أكبر في الحفاظ على حركة تتبع سلسة خلال المراحل الأولى من المعالجة، من الممكن مع تلاشي القلق، تصبح حركات العين أكثر مرونة وأسهل في الحفاظ عليها، مما قد يدعم مفهوم التثبيط المتبادل كعامل مساهم في تأثيرات العلاج، ونتيجة لذلك عندما يضطر المعالج إلى البدء بحركة العين الموجهة باليدين، فقد يكون من المفيد التبديل إلى حركات تتبع العين بيد واحدة بمجرد تحقيق مستوى **SUD** أقل.

6-2-2- أشكال البديلة للتحفيز:

بالنسبة للمرضى الذين يجدون حركات العين غير مريحة جسديا أو نفسيا، يمكن استخدام الأشكال البديلة من التحفيز (**اللمسي والسمعي**) التي أثبتت فعاليتها، يتم التربيض من خلال جلوس المريض مع رفع راحة يديه على ركبتيه، ثم يقوم المعالج (بإصبع واحدة أو إصبعين) بالنقر بإيقاع راحة المريض بشكل تناوبي يمينًا ويسارًا بنفس السرعة التي يتم بها إجراء حركات العين، يمكن للمعالجين النقر على ركبتي المريض، لا يحتاج المريض إلى تثبيت كل من هذه الصنابير بشكل متعمد حتى يكون العلاج فعالًا؛ ومع ذلك، فقد تم الإبلاغ سريريًا عن حدوث مجموعات عفوية من حركات العين السريعة أثناء هذا الإجراء.

تستلزم المنبهات السمعية أن يبقي المريض عينيه مفتوحة أو مغلقة (إذا لزم الأمر) بينما يقوم المعالج بالتناوب بالتقاط الأصابع بجوار كل أذن بمعدل مماثل لتلك المستخدمة مع مجموعات من حركات العين، على الرغم من ذلك يجب استخدامها فقط في المواقف المعزولة، عندما لا يكون هناك خيار آخر قابل للتطبيق ويكون المعالج قادرًا على تحديد أن المواد القريبة منه لن يختبره المريض على أنه تدخل أو ربما يمثل تهديدًا. أبلغ المعالجون أيضًا عن نتائج إيجابية باستخدام سماعات الرأس للتحفيز السمعي والأجهزة الإلكترونية للتحفيز اللمسي، في حين أن أشكال التحفيز الأصلية هذه تحول دون إمكانية تغيير الاتجاه وبالطبع تمكن تقنية **EMDR** المعالجين من استخدامها مع المكفوفين وضعاف البصر ومع أولئك الذين يفضلون ببساطة طرق المعالجة الأخرى، ومع ذلك فإنهم لا يقدمون مستوى عالٍ من ردود فعل حول اهتمام المريض واتصاله بالمعالج الذي يمكن

الحصول عليها من خلال مراقبة حركات العين، يجب أن أذكر أيضًا أن مجموعات حركة العين المحتملة الأخرى توجه عيون المريض في اتجاه رأسي، لا يتم استخدام الحركات العمودية للمعالجة، ولكن يبدو أن لها تأثيرًا مهدئًا وهي مفيدة بشكل خاص في الحد من الإثارة العاطفية الشديدة أو الدوخة أو الغثيان وقد تكون مفيدة أيضًا في نهاية الجلسة.(**Shapiro,2018, p 65**)

7- المراحل الثمانية للعلاج بـــ EMDR:

يتكون علاج **EMDR** من ثماني مراحل أساسية، يختلف عدد الجلسات المخصصة لكل مرحلة وعدد المراحل المدرجة في كل جلسة بشكل كبير من عميل لآخر، تتضمن المرحلة الأولى أخذ تاريخ المريض وتخطيط العلاج، ويتبع ذلك مرحلة التحضير، حيث يقوم المعالج بتعريف المريض على إجراءات **EMDR**، ويشرح نظرية **EMDR**، ويضع توقعات حول تأثيرات العلاج، ويجهز المريض للإزعاج المحتمل بين الجلسة، المرحلة الثالثة التقييم، تتضمن تحديد الهدف واستجابة خط الأساس باستخدام **SUD** ومقياس **VOC**، المرحلة الرابعة إزالة التحسس تعالج مشاعر المريض المزعجة، وتكشف عن رؤى وروابط مناسبة، تركز المرحلة الخامسة التركيب على تعزيز تكامل وإعادة التنظيم المعرفي، المرحلة السادسة التي تقوم بتقييم ومعالجة إحساس الجسم، وهي فحص الجسم، يأتي بعد ذلك الختام وهي مرحلة تتضمن استخلاص المعلومات وهي ضرورية للحفاظ على توازن المريض بين الجلسات، المرحلة الثامنة والأخيرة هي إعادة التقييم.

بينما تركز كل مرحلة على جوانب مختلفة من العلاج، قد يكون من المفيد أن نتذكر أن من آثارها:

- ✓ زيادة في الكفاءة الذاتية؛
- ✓ وإزالة الحساسية من التأثير السلبي؛
- ✓ واستنباط البصيرة، وتحويل أحاسيس الجسم؛
- ✓ وإعادة الهيكلة التفكيرية: تحدث في وقت واحد أثناء معالجة المعلومات المختلة.

7-1- المرحلة الأولى: تاريخ المريض وتخطيط للعلاج:

يتطلب العلاج الفعال باستخدام علاج **EMDR** معرفة كيفية استخدامه ووقت استخدامه، وبالتالي تتضمن المرحلة الأولى من علاج **EMDR** تقييمًا لعوامل سلامة المريض التي تحدد اختياره، والمعيار الرئيسي لمدى ملاءمة المرضى لعلاج **EMDR** هو قدرتهم على التعامل مع المستويات العالية من الاضطرابات التي يحتمل أن تترتب على معالجة المعلومات المختلة. لذلك يتضمن التقييم، تقييمًا للاستقرار الشخصي وقيود الحياة الحالية، على سبيل المثال، قد يواجه المريض المواعيد الرئيسية في

العمل ولا يريد أن يصرف انتباهه بسبب المعالجة المستمرة للمواد المؤلمة، في هذه الحالة، قد يقوم المعالج بتأخير المعالجة حتى تختفي ضغوط العمل، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون المريض قادرًا جسديًا على تحمل المشاعر الشديدة، يجب على المعالج تقييم المشاكل المحتملة بسبب العمر أو وجود حالة تنفسية أو قلبية موجودة مسبقًا.

وبمجرد اختيار المريض لمعالجة **EMDR**، يحصل المعالج على المعلومات اللازمة لتصميم خطة العلاج، يستلزم هذا الجزء من مرحلة أخذ التاريخ، تقييمًا للصورة السريرية بأكملها، بما في ذلك السلوكيات المختلة للمريض، والأعراض، والخصائص المميزة التي يجب معالجتها، ثم يحدد المعالج الأهداف المحددة التي يجب معالجتاها، تتضمن هذه الأهداف الأحداث التي حددت في البداية إلى تحريك الاضطراب، والمثيرات الحالية التي تحفز المواد المختلة، وأنواع السلوكيات الإيجابية والمواقف الضرورية للمستقبل، يجب استخدام علاج **EMDR** لإعادة معالجة المعلومات فقط بعد أن يكمل المعالج التقييم الكامل للصورة السريرية ويصمم خطة علاج مفصلة.

7-2- المرحلة الثانية: التحضير:

تتضمن مرحلة التحضير إنشاء تحالف علاجي، وشرح عملية **EMDR** وآثارها، ومعالجة مخاوف المريض، وبدء إجراءات الاسترخاء والسلامة، من الضروري أن يقوم المعالج بإبلاغ المريض بوضوح إمكانية حدوث اضطراب عاطفي أثناء جلسات معالجة **EMDR**، وبهذه الطريقة فقط سيكون المريض في وضع يمكنه إعطاء الموافقة، لا يوفر هذا التحذير للمرضى الفرصة لاتخاذ الخيارات المناسبة فحسب، ولكنه يتيح لهم أيضًا إعداد عملهم وجداولهم الاجتماعية لاستيعاب أي اضطراب عاطفي، قبل بدء المعالجة يجب على المعالجين أن يتدربوا أيضًا مع المريض على تقنيات التصور الموجه، إذا كان المريض غير قادر على القضاء تمامًا على المستويات المعتدلة من الاضطراب بإحدى هذه التقنيات، يجب على المعالج عدم مواصلة معالجة **EMDR** حتى يتم وضع بعض استراتيجيات التنظيم المؤثرة، قد تكون تقنيات الاسترخاء مثل هذه ضرورية لمساعدة المعالج على إنهاء جلسة غير مكتملة ومساعدة المريض في التعامل مع الذكريات أو المشاعر غير السارة التي قد تظهر بعد الجلسة.

التحضير المناسب مهم لتعزيز آثار العلاج السريع ومعدلات التسرب المنخفضة التي أظهرتها الأبحاث، يمكن أن يمنح الاستخدام الفعال لتقنيات التنظيم المؤثر المرضى الثقة للتعامل مع المستويات العالية من المواد المزعجة التي قد تظهر أثناء الجلسة في حين أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر المزعجة يمكن أن يزيد من مستوى خوف المريض ويجعل المعالجة أكثر صعوبة. يمكن للمرضى أيضًا الاستفادة من التسجيلات الصوتية التي تشمل تمارين الاسترخاء الموجهة (على سبيل المثال، "التخلص من

الإجهاد" [**Miller**، **1994**] أو "تقنية التدفق الخفيف" [برامج المساعدة الإنسانية **EMDR**، **2001**])، الهدف أن يتقن المرضى تقنيات الاسترخاء وقادرين على استخدام التسجيلات بثقة، حتى يتمكنوا من التعامل مع أي اضطراب قد يحدث بين الجلسات، بالنسبة لبعض المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، قد يكون من الأفضل تعليم تقنيات التنظيم قبل أخذ تاريخ حالة.

تتضمن مرحلة التحضير أيضًا إحاطة المريض بنظرية علاج **EMDR** والإجراءات المتضمنة، وتقديم بعض المعلومات الوصفية المفيدة لتشجيع المعالجة الناجحة، وإخبار المريض بما يمكن أن يتوقعه بشكل واقعي من حيث تأثيرات العلاج، وخلال مرحلة التحضير، يجب على المعالج أن يستكشف مع المريض إمكانية حدوث مشكلات في الكسب الثانوي، ما الذي يجب على المريض التخلي عنه أو مواجهته إذا تم علاج الاضطرابات؟ إذا كانت هناك مخاوف في هذا المجال، فيجب معالجتها قبل أن تبدأ معالجة الصدمات، يشمل هذا الاحتياط تطوير خطة عمل للتعامل مع حالات معينة قد تنشأ، مثل مواقف المريض في العثور على وظيفة جديدة أو مكان جديد للعيش فيه، إذا كانت المكاسب الثانوية تغذيها مشاعر تدني تقدير الذات أو مخاوف غير عقلانية، فيجب أن تصبح الهدف الأول للمعالجة، حتى يتم حل هذه المخاوف، لا يمكن توقع أو الحفاظ على آثار علاجية كبيرة أخرى.

7-3- المرحلة الثالثة: التقييم:

في مرحلة التقييم، يحدد المعالج مكونات الأهداف ويضع استجابة أساسية قبل بدء المعالجة، بمجرد تحديد الذاكرة، يُطلب من المريض تحديد الصورة التي تمثل تلك الذاكرة على أفضل وجه، ثم يختار إدراكًا سلبيًا يعبر عن تقييم ذاتي مختل أو غير ملائم متعلق بمشاركته في الحدث، هذه المعتقدات السلبية هي في الواقع عبارة عن عبارات للتأثير المقلق وتتضمن عبارات مثل "أنا عديم الفائدة / أقل قيمة / غير محبوب / قذر / سيئ". يقوم المريض بعد ذلك بتحديد التفكير الإيجابي الذي سيتم استخدامه لاحقًا لاستبدال التفكير السلبي أثناء مرحلة التثبيت (المرحلة الخامسة)، عندما يكون ذلك ممكنًا، يجب أن يتضمن هذا الكلام مكانًا داخليًا للتحكم (على سبيل المثال، "أنا جدير بالاهتمام / محبوب / شخص جيد / مسيطر" أو "يمكنني أن أنجح")، يقوم المريض بتقييم صحة التفكير الإيجابي باستخدام مقياس **VOC** ذو **7** نقاط.

عند هذه النقطة، يتم الجمع بين الصورة والتفكير السلبي لتعريف العاطفة ومستوى الاضطراب، ويتم قياس الأخير بمقياس **SUD** المكون من **10** نقاط، الموصوف سابقًا، يُطلب من المريض اختيار رقم يشير إلى شدة مشاعره عندما يتم الوصول إلى

الذاكرة بشكل مؤقت مع بدء إعادة المعالجة، من المحتمل أن تتغير كل من العواطف وكثافتها، مع احتمال أن يصبح الاضطراب أسوأ مؤقتًا، بعد ذلك يحدد المريض موقع الأحاسيس الجسدية التي يتم تحفيزها عندما يركز على الحدث، وبالتالي فإن مرحلة التقييم تقدم استجابة أساسية فيما يتعلق بالذاكرة المستهدفة والمكونات المحددة اللازمة لإكمال المعالجة.

7-4- المرحلة الرابعة: إزالة التحسس:

في هذه المرحلة يبدأ المعالج والمريض مجموعات حركة العين (أو التحفيزات الثنائية الأخرى)، تركز المرحلة الرابعة على التأثير السلبي للمريض، كما هو موضح في مقياس **SUD**، تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بما في ذلك الأحلام والارتباطات الجديدة، بغض النظر عما إذا كان مستوى الضائقة لدى المريض في تزايد أم تناقص أم ثابت.

خلال مرحلة إزالة التحسس، يقوم المعالج بتكرار المجموعات، مع تغيرات مناسبة في التركيز إذا لزم الأمر، حتى يتم تخفيض مستوى **SUD** الخاص بالمريض إلى **0** أو **1** (أو يكون "مناسبًا بيئياً" للفرد في ظل ظروفه الحالية)، يشير **0** أو **SUD 1** إلى أنه تم مسح الخلل الأساسي الذي ينطوي على الحدث المستهدف، ومع ذلك لا تزال إعادة المعالجة غير مكتملة وسيتعين معالجة المعلومات بشكل أكبر في المراحل الحاسمة المتبقية.

يجب التأكيد هنا على أن مجموعات حركات العين (أو أشكال التحفيز البديلة) ليست كافية في كثير من الحالات لإتمام المعالجة، تشير التقارير الإكلينيكية إلى أنه على الأقل نصف الوقت الذي ستتوقف فيه العملية وسيتعين على المعالج استخدام استراتيجيات إضافية مختلفة وإجراءات **EMDR** المتقدمة لإعادة تنظيمها.

7-5- المرحلة الخامسة: التثبيت:

تسمى المرحلة الخامسة من العلاج مرحلة التثبيت، لأن التركيز ينصب على إبراز وزيادة قوة التفكير الإيجابي الذي حدده المريض على أنه بديل للتفكير السلبي الأصلي، على سبيل المثال قد تبدأ المريضة بصورة تحرشها والتفكير السلبي "أنا عاجزة" خلال هذه المرحلة الخامسة من العلاج قد يتم تثبيت التفكير الإيجابي "أنا الآن تحت السيطرة"، يتم قياس تأثيرات العلاج (أي مدى اعتقاد المريض بقوة التفكير الإيجابي) باستخدام مقياس **voc**.

تبدأ مرحلة التثبيت بمجرد انخفاض مستوى عاطفة المريض حول الحدث المستهدف إلى **0** (أو يكون مناسبًا بيئياً بطريقة أخرى) على مقياس **SUD**، عند هذه النقطة يطلب المعالج من المريض وضع التفكير الإيجابي الأنسب في الاعتبار، جنبًا إلى

جنب مع الذاكرة المستهدفة، ثم يستمر المعالج في ضبط حركة العين حتى يصل تقييم المريض للتفكير الإيجابي إلى المستوى **7** على مقياس **voc**، ضع في اعتبارك أنه يجب على المريض تقييم التفكير بناءً على ما يشعر به على مستوى الأمعاء.

قد يكون التفكير الإيجابي الأنسب هو الذي حدده المريض خلال مرحلة التقييم، أو قد يكون قد ظهر تلقائيًا من خلال المجموعات المتتالية، حتى في حالة عدم ظهور التفكير الإيجابي الجديد، عادة ما يجد المعالجين أن تصنيف **VOC** للمريض للتفكير الإيجابي الأصلي قد ازداد بحلول نهاية مرحلة إزالة التحسس، يجب على المعالج الاستمرار في المجموعات (مع التركيز بشكل متزامن مع المريض على التفكير الإيجابي والحدث المستهدف) من أجل ضمان أكبر قدر ممكن من تعزيز التفكير، بينما تصبح الصور والأفكار والمشاعر السلبية بشكل عام أقل حيوية وأقل صحة مع كل مجموعة متتالية، تصبح الصور الإيجابية والأفكار والعواطف أكثر حيوية وأكثر صحة، طالما أن إحساس المريض بالثقة بالنفس واليقين في ازدياد، فيجب استمرار المجموعات.

يعتبر مقياس **VOC** قيماً للغاية في تحديد العمل الإضافي الذي يجب القيام به لإكمال جلسة العلاج، على سبيل المثال، إذا أبلغ أحد المرضى عن قياس **VOC** أقل من **7** بعد مجموعتين، فيجب أن يسألها المعالج لتحديد ما إذا كان المستوى الحالي من الصلاحية مناسبًا لها، على سبيل المثال، قد يقول المريض، "لا يمكنني أن أعطي رقم **7** لأنني لا أؤمن بالتطرف" أو "يجب أن أرى أخي ليعرف على وجه اليقين أنه يمكنني الوقوف في وجهه"، هذه هي بيانات معتقدات غير ضارة أو مناسبة وتشير إلى عدم وجود اضطرابات وبالتالي، قد تبدأ المرحلة التالية من جلسة العلاج، ومع ذلك قد يعبر المريض عن اعتقاد سلبي مثل "أنا لا أستحق أن أكون سعيدًا تمامًا"، نظرًا لأن هذا النوع من المعتقدات السلبية سيعيق التثبيت الكامل للتفكير الإيجابي، يجب أن يكون بمثابة هدف إضافي لمعالجة **EMDR**، الهدف النهائي هو تثبيت تفكير إيجابي قوي وصحيح تمامًا من شأنه أن يرفع شعور المريض بالكفاءة الذاتية وتقدير الذات.

إن ربط التفكير الإيجابي بالذاكرة المستهدفة يقوي الوثاق الترابطي، بحيث إذا تم تشغيل ذاكرة الحادثة الأصلية، فإن عودتها إلى الوعي سيصاحبها ارتباط قوي للتفكير الإيجابي الجديد، مثل "انتهى الأمر؛ أنا بأمان الآن "، بينما يركز المريض على التفكير الإيجابي، يتم ضخه في شبكة الذاكرة المستهدفة، حيث يمكن تعميمه على المواد ذات الصلة، يتم اختيار التفكير الإيجابي على أساس قدرته على تعميم وإعادة تشكيل منظور أكبر قدر من الاختلال الوظيفي، وكذلك لتمكين المريض من حدوثه في

الحاضر والمستقبل، مجازيا التفكير السلبي والإيجابي يعطي اللون للحوادث الماضية والحالية (كما لو كان المريض يرى من خلال نظارات داكنة أو وردية اللون) بحيث يعمل التفكير الإيجابي كصبغة لصبغة مختلفة تتخلل شبكة الذاكرة.

من الواضح أن تركيب وتقوية التفكير الإيجابي هو عنصر حاسم في علاج **EMDR**، إن وجود التفكير السلبي في حد ذاته هو مؤشر على أن الحدث المؤلم هو عامل محدد بقوة في حياة الشخص، لم يتم استيعابه بشكل كافٍ في إطار تكيف، إن الصدمات التي لم يتم حلها يتم تصنيفها من خلال إدراك سلبي لكل من قضايا ضبط النفس ووجهات النظر التي قد تتجلى في أشكال عديدة طوال حياة الشخص، على النقيض من ذلك، يتم تصنيف المعلومات المؤلمة بالكامل عن طريق الوصول إلى ذاكرة تتضمن منظورًا تكيفيًا كاملاً مع التفكير الإيجابي والتأثير المناسب، تركز مرحلة تثبيت علاج **EMDR** على قوة التقييم الذاتي الإيجابي للمريض، والذي يبدو محوريًا للتأثير العلاجي الإيجابي الشامل.

7-6- المرحلة السادسة: مسح الجسم:

بعد تثبيت التفكير الإيجابي بالكامل، يُطلب من المريض مراعاة كلا من الحدث المستهدف والتفكير الإيجابي ومسح جسده ذهنيًا من الأعلى إلى الأسفل، يطلب منه تحديد أي اضطراب متبقي في شكل إحساس بالجسم، ثم يتم استهداف أحاسيس الجسم لمجموعات متتالية، في كثير من الحالات سيتم حل التوتر ببساطة، ولكن في بعض الحالات، سيتم الكشف عن معلومات إضافية مختلة، كما ذكرنا سابقًا يبدو أن هناك صدى جسدي للمواد مختل وظيفيا، والتي قد تكون مرتبطة بطريقة يتم بها تخزينها فسيولوجيًا، ويمكن أن يساعد تحديد الإحساس الجسدي المتبقي واستهدافه في هذه المرحلة السادسة من علاج **EMDR** على حل أي معلومات غير معالجة متبقية، هذه مرحلة مهمة ويمكن أن تكشف عن مناطق توتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق.

7-7- المرحلة السابعة: الإغلاق:

يجب إعادة المريض إلى حالة التوازن العاطفي بنهاية كل جلسة، سواء أكمل إعادة المعالجة أم لا، ومن الضروري إعطاءه التعليمات المناسبة في نهايتها، أي أنه يجب على المعالج أن يذكر المريض بأن الصور أو الأفكار أو العواطف المزعجة التي قد تنشأ بين الجلسات هي دليل على إجراء إضافي، وهو علامة إيجابية. يُطلب من المريض الاحتفاظ بسجل للأفكار والمواقف والأحلام والذكريات السلبية التي قد تحدث، تسمح هذه التعليمات للمريض أن ينأى بنفسه عن الاضطراب العاطفي من خلال فعل الكتابة على وجه التحديد، يُطلب من المريض "أخذ لقطة" لأي اضطرابات حتى يمكن استخدامها كأهداف للحصة التالية، إن

استخدام السجل وتقنيات التصور التي يدرسها المعالج أو عبر شريط استرخاء مهم للغاية للحفاظ على استقرار المريض بين الجلسات كما هو الحال مع أي علاج للصدمة، ما لم يستكشف المعالج بشكل مناسب مريضه لـــ **EMDR**، هناك خطر من عدم القدرة على التعويض أو الانتحار في الحالات القصوى، والذي يمكن أن يحدث عندما يعطي المريض عواطفه المقلقة أهمية كبيرة أو ينظر إليها كمؤشرات تضرره بشكل دائم، يجب على المعالج تزويد المريض بتوقعات واقعية حول الاستجابات السلبية (والإيجابية) التي قد تظهر أثناء العلاج وبعده، هذه المعلومات تزيد من احتمالية الحفاظ على شعور المريض بالتوازن في مواجهة اضطراب محتمل ناتج عن تحفيز المادة المختلة، قد يكون هناك تأثير الدومينو الذي يحفز الذكريات السلبية الأخرى بينما تستمر معالجة المعلومات.

7-8- المرحلة الثامنة: إعادة التقييم:

يجب إعادة التقييم في بداية كل جلسة جديدة، يقوم المعالج بإعادة ربط المريض للأهداف التي تمت معالجتها مسبقًا ومراجعة استجابات المريض للحفاظ على آثار العلاج، يجب على المعالج أن يسأل المريض حول شعوره اتجاه المواد المستهدفة سابقًا ويجب أن يفحص تقارير السجل لمعرفة ما إذا كان هناك أي صدى للمعلومات التي تمت معالجتها بالفعل والتي يجب استهدافها أو معالجتها بطريقة أخرى.

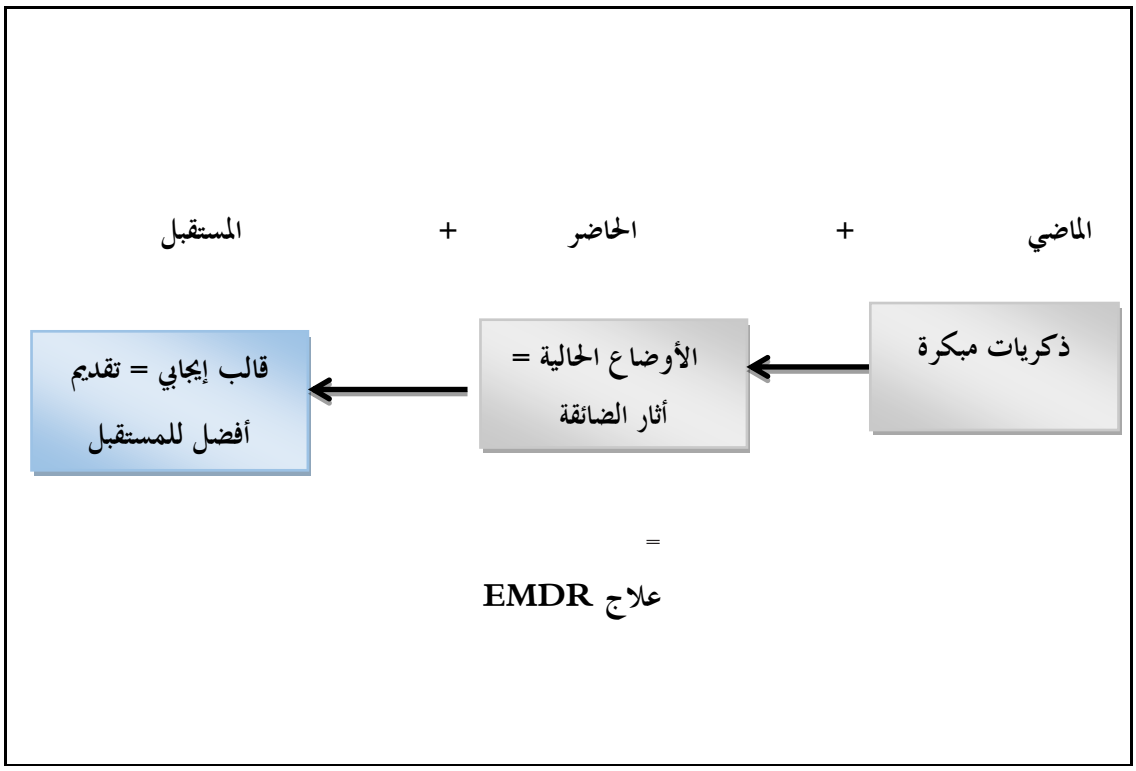
قد يقرر المعالج استهداف مادة جديدة ولكن يجب أن يفعل ذلك فقط بعد دمج الصدمات التي تم معالجتها مسبقًا بالكامل يتم تحديد الدمج بمصطلح العوامل داخل النفسية، إضافة إلى نظام القلق، ربما أدت الصدمات المعاد معالجتها إلى سلوكيات جديدة من جانب المريض، تتطلب من المعالج معالجة المشاكل التي تنشأ في الأسرة أو النظام الاجتماعي، توجه المعلومات التي تم جمعها خلال مرحلة إعادة التقييم المعالج من خلال بروتوكولات **EMDR** المختلفة وخطة العلاج الكاملة، لا يمكن تحديد العلاج الناجح إلا بعد إعادة تقييم كافية لإعادة المعالجة والآثار السلوكية. (**Andrew,2015, p 73**)

المهام	الأهداف	المرحلة
المرحلة 01 **أخذ تاريخ الفرد**	• تأسيس تحالف علاجي • جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي • وضع خطة علاج وصياغة الحالة • استبعاد معايير الاستبعاد	• الحصول على السرد أو التاريخ المنظم • إجراء تقييم موضوعي للأعراض • تحديد أهداف لإعادة المعالجة: (أ) الأحداث السابقة المسببة للأعراض الحالية (ب) المثيرات الحالية (ج) الأهداف المستقبلية
المرحلة 02 **التحضير**	• الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج • تقديم تدريبات نفسية • ممارسة أساليب ضبط النفس • اطلب من المريض بدء سجل أسبوعي • تعزيز التحالف العلاجي	• توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR** المستندة إلى الصدمة • توفير استعارات للملاحظة الواعية أثناء إعادة المعالجة • تحقق من سجل المريض بمساعدة طرق ضبط النفس
المرحلة 03 **التقييم**	• الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR** • الحصول على تدابير خط الأساس على **VoC،SUD**	• استخرج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب الاعتقاد، العاطفة الحالية والإحساس الجسدي • تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و **VoC**
المرحلة 04 **إزالة التحسس**	• إعادة معالجة التجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD**	• توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة • العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية • استخدام التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني

المرحلة 05 **التثبيت**	• الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل • دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة كما هو مبين في **7** **VOC**	• توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي المطلوب • استمر حتى يصل المريض إلى **7 VOC** أو **6 "VoC"** البيئي
المرحلة 06 **مسح الجسم**	• التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل	• توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط
المرحلة 07 **الإغلاق**	• ضمان استقرار العميل والتوجه الحالي عند إغلاق كل جلسة إعادة المعالجة	• استخدام تقنيات ضبط النفس إذا لزم الأمر لضمان الاستقرار والتوجه الحالي • أطلع المريض على آثار العلاج • اطلب من المريض الاحتفاظ بسجل للملاحظات الذاتية بين الجلسات • تعديل خطة العلاج حسب الحاجة بناء على تقارير المرضى من السجل
المرحلة 08 **إعادة التقييم**	• تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج	• إعادة فحص الهدف (الأهداف) لضمان استقرار آثار العلاج

رقم (01): جدول يبين المراحل الثمانية للعلاج بـــEMDR

8- اللبنات الأساسية لعلاج EMDR:



رقم (08): الشكل يبين البروتوكول ثلاثي المراحل اللبنات الأساسية لعلاج EMDR

في مرحلة أخذ تاريخ الحالة والتخطيط العلاجي للمريض بعلاج إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين (**EMDR**)، يبدأ المعالج في عملية تحديد الاضطرابات السابقة أو التجارب المؤلمة، ويثير المحفزات أو التجارب الحديثة الصعبة والوقائع أو الحالات المستقبلية المتوقعة المتعلقة بتقديم الحدث المختار لتكون محور العلاج، هذه هي اللبنات الحقيقية لبناء لعلاج **EMDR**، فعندما تكون جديدًا على علاج **EMDR**، من السهل تجاهل الشقين الثانيين (الحاضر والمستقبل)، وخاصة الثالث(المستقبل)، قد يعتاد المعالجون على التركيز على ماضي المريض للحصول على إجابات لما يحدث في الوقت الحاضر وربما المواقف الحالية التي لا تزال تخلق صعوبة ولكنها لا تحصل دائمًا على فرصة لمعالجة الشق النهائي، يشعر بعض المرضى **EMDR** بحالة جيدة بعد حل بعض من مشكلاتهم السابقة وإثارة المثيرات التي تؤدي إلى إنهاء العلاج قبل الأوان.

أثناء مراجعة الأطراف الثلاثة للعلاج بـــ **EMDR**، أعد التركيز في تقييم الأهداف والنتائج المناسبة فيما يتعلق بالماضي والحاضر والمستقبل، إن فهم هذه العلاقة مهم لبناء دليل تخطيط العلاج من **EMDR** الذي اقترحته الدكتورة **شابيرو** لضمان نجاح الأهداف العلاجية الشاملة.

عادة يمكن علاج المريض الذي تعرض لحدث صادم واحد من خلال استهداف الذاكرة الصادمة الأصلية والحوادث السابقة الإضافية المتعلقة بالحدث الأساسي (على سبيل المثال ، حادث سيارة والصدمات ذات الصلة: اشتعلت النيران في السيارة أثناء حبسها في السيارة ؛ قيل لها لن تمشي أبدًا مرة أخرى ؛ التعافي الطويل والصعب) وأي مواقف أعراض تستمر في إثارة القلق (القيادة على نفس الطريق الجبلي)، المرضى الذين يقدمون مع مشاكل متعددة و / أو عروض أعراض أو مع عروض معقدة لأحداث الحياة المؤلمة أو الضغط الشديد على مدى فترة طويلة من الزمن سوف يتطلبون نهج علاج أكثر شمولاً. عندما يكون تاريخ المريض معقدًا بشكل مؤلم، من المهم تحديد ومعالجة هذه المجالات الثلاثة المثيرة للقلق: ذكريات المحك وذكريات المساهمة الأخرى، المثيرات الحالية، والسلوكيات البديلة المستقبلية، سواء كنت تستهدف أحداثًا صادمة فردية أو متعددة، فقد يكون من الضروري استهداف الحدث (الأحداث) المؤلم بالتسلسل وتقديم المثيرات / التجارب الحديثة التي تجلت نتيجة لذلك والعمل على المهارات التي يحتاجها المريض ليكون أكثر نجاحًا أو راحة في المستقبل (**انظر الشكل 10**).

في **المرحلة الأولى** من علاج **EMDR**، يعمل المعالج والمريض معًا لإعادة معالجة أي حوادث سابقة مرتبطة بالمشكلة الحالية، وإذا كانت موجودة، الذكريات الأصلية المبكرة والحرجة (أي الذكريات الحاسمة التي أرست الأساس للاضطراب الحالي للمريض).

الشق الثاني يشبه إلى حد كبير الأول حيث يركز المعالج والمريض على إعادة المعالجة (أي المراحل **3–6**)؛ تقديم المحفزات (على سبيل المثال، الأشخاص أو الظروف أو الأماكن أو أشكال أخرى من المحفزات التي تنشط ردود الفعل أو الاستجابات المقلقة)، أو تجارب حاضرة صعبة.

يركز **الشق الثالث** على السلوكيات البديلة لمساعدة المريض في تحقيق أهدافه العلاجية المستقبلية، على الرغم من أن الحوادث السابقة والمحفزات والخبرات الحالية والنتائج المستقبلية المرتبطة بالمشكلة الحالية تم تحديدها مبدئيًا في مرحلة أخذ تاريخ الحالة وتخطيط العلاج، فقد تظهر أيضًا في أي مكان خلال المراحل الثمانية (على سبيل المثال، ظهور اعتراضات معيقات أو ذكريات مغذية، أثناء إعادة المعالجة، بين الجلسات **الشكل 11**).

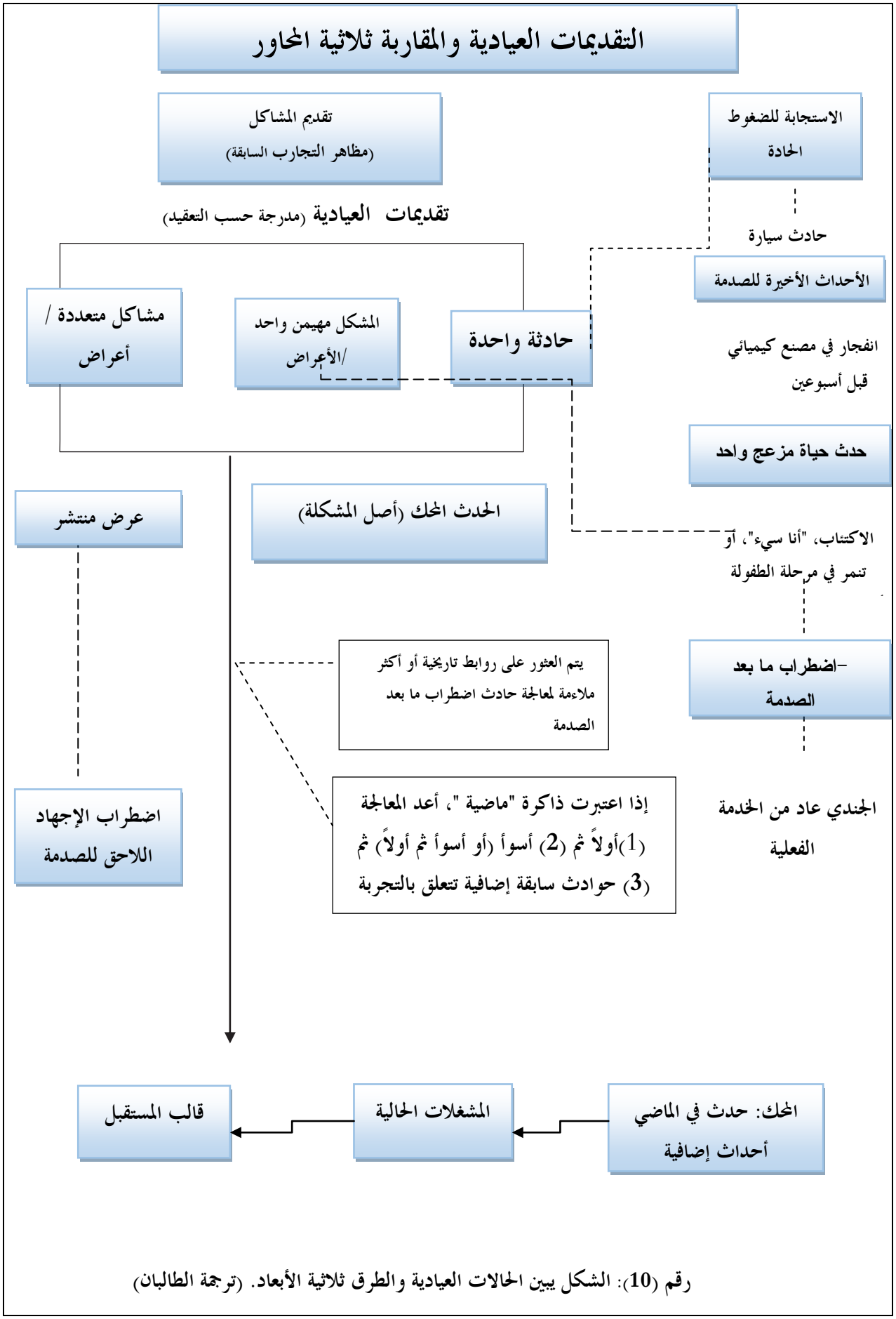
قوالب المستقبل	المحفزات الحالية	التجارب السابقة التي تم تحديدها من خلال عرض المشكلة / القضية
"عندما تفكر في الصعوبات الحالية التي وصفتها سابقًا كيف تريد أن ترى نفسك تتعامل معها أو شيء مشابه في المستقبل؟"	"أخبرني ببعض المواقف الأخيرة المحددة التي واجهت فيها هذه المشكلة "القلق."	الوضع الحالي: صورة (أو صورة) معتقد سلبي استخدم لتحديد: الأحداث الماضية / حدث المحك حدد من خلال: الاستجواب المباشر تأثير المسح

رقم (09): الشكل يبين مثال على نماذج المستقبل للعلاج. (ترجمة الطالبان)

✓ **احتمالات الحالات العيادية:**

يتواجد المرضى في البداية في قضايا ومشاكل وأحداث مزعجة محددة للعلاج مصحوبة بمجموعة من الأعراض (المعرفي العاطفي، الجسدي والسلوكي)، يمكن أن يكون الدافع وراء المشكلة الحالية المرتبط بالتفكير السلبي (**NC**) مثل "أنا غير آمن" أو "أنا مختلف". قد يتم التعرف عليه من خلال السلوك المشكل أو نمط التدمير الذاتي أو التأثير غير المناسب أو السلبي (مثل الحزن الشديد) أو الإحساس الجسدي (مثل الصداع المزمن غير المبرر)، أو يمكن تنشيطه عن طريق مثيرات خارجية مثل اللمس (مثل التنفيس عن شيء ما أو شخص ما)، والروائح (مثل رائحة العطر ما بعد الحلاقة)، وتجربة معينة (مثل القيادة عبر تقاطع حيث وقع حادث سيئ)، أو ذكرى تاريخ (مثل وفاة أحد أفراد أسرته).

يمكن العثور على تصور نموذجي لأنواع المشكلات المتعلقة بعلاج **EMDR** الذي حددته **شابيرو (2001، 2008)** وكيف تتناسب مع خطة الاستهداف وإعادة المعالجة ثلاثية الأبعاد في الشكل **4.3**، كما يوضح الشكل، هناك عدة أنواع من الصدمات التي يمكن للمريض عرضها، ولكن المرضى لا يعانون دائمًا من الصدمة، غالبًا ما تأتي مع أعراض أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو نوبات الهلع.



رقم (10): الشكل يبين الحالات العيادية والطرق ثلاثية الأبعاد. (ترجمة الطالبان)

9- تفسير فعالية ونجاح آثار علاج EMDR:

9-1- التعرض المتقطع:

يعتبر جد أساسي في العلاج **EMDR** ، هناك عدة أشكال للتعرض تعتبر بصفة عامة بمثابة المادة النشطة الضرورية للعلاجات السلوكية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهناك من الدراسات التي ركزت على فعالية بعض التقنيات مثل سلب الحساسية المنتظم والتعرض المباشر التي نجد فيها هذا العنصر، تم الوصول إلى الآثار العلاجية خلال هذه الدراسات بمتوسط **06** إلى **16** حصة من العلاج بزمن يتراوح من **60** إلى **90** دقيقة لكل حصة، الآثار العيادية الأكثر دلالة (بالتقريب **75%** من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) ثم نشرها من طرف **MARKS** وزملائه سنة (**1998**) بإستخدام **10** حصص للتعرض في الخيال والواقع، زائد **112** ساعة عمل موصوفة في المنزل، الفعالية العيادية لعلاج التعرض بالتخيل لوحده (دون اللجوء إلى التعرض في الواقع)، تم اختبارها **7** حصص مع أكثر من **20** ساعة عمل في المنزل من التعرض في الواقع.

إن التعرض رغم كونه بالتأكيد من العناصر الضرورية في **EMDR** ولكنه يبقى غير كافي لاعتباره التفسير الوحيد لسرعة وفعالية النتائج المتحصل عليها في هذا العلاج وبالتالي يعتبر علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين تيار إدماجي يحوي على عدد من العناصر إضافة إلى التعرض المتقطع، يبقى التعرض للمستويات العالية من الاضطراب الاشتراك المنهجي الوحيد لعلاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين مع تقنية التعرض وفي هذا المجال لاحظ كل من (**1996**) **Boudewynsd & Hyer** أن العلاج بسلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طرق حركات العينين بفضله يمكن للمفحوص أن يمر من التعرض إلى الاتصال الذاتي ويعود إلى التعرض ثم الاتصال الذاتي.

9-2- مشاعر الضبط والسيطرة:

عندما تنطلق المعالجة النشطة فإن مشاعر السيطرة والإستقرار تشجع بإستخدام عدد من العناصر الأساسية مثل مساعدة المفحوص على إعادة خلق وحل الصور العقلية للصدمة، الذي يعطيه مشاعر السيطرة والقدرة على التعرض العقلي وتناول منبهات داخلية مضطربة، أوضحت بعض الدراسات حسب (**1998**) **Ehlers, Mayou, Bryan** أن إدراك الفرد لعجزه على السيطرة على أعراضه الاقتحامية يزيد من شدة يأس،كما أن تركيز الانتباه على المادة المرضية لفترات قصيرة من الوقت والاستماع في نفس الوقت للتعليمات العلاجية المطمئنة من طرف المعالج، ووعيه بالأمان المقدم من طرف السياق

العلاجي يمكن أن يساهم في حل الاشراط، وعلى الأقل هذا التركيز القصير للمفحوص على الذكريات الصدمية يزود المعالج بسياق علاجي يقّدم فوائد التعرض المتكرر وهذا شرط يتعارض مع استجابة التجنب كجزء من الاضطراب والاحتفاظ به.

9-3- إعادة الترميز المعرفي:

إن مساعدة المفحوص على التعرف على أفكاره السلبيةٌ حول نفسه الناتجة عن الصدمة، يمكن أن تسمح له بإدراك مميزاتها غير العقلانية والتعرف أيضا على صدمةٌ الحدث، فإعادة البناء وإعادة الترميزٌ الناتج عن تكوينٌ المعارف الإيجابيةٌ مكن أن يسهل سياق العلاج.

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

9-4- التداعي الحر:

تقدم للمفحوص في علاج **EMDR** تعليمة بسيطة تسجيل تجاربه الداخلية "ماذا يأتيك الآن؟"، في نهاية كل سلسلة من حركات العينين، وهذا ما يؤدي آليا إلى معلومات جديدة يتم استهدافها بترتيب ظهورها والمفحوص يقضي وقتا قصيرا متعرضا لتفاصيل الصدمة التي نجدها تتحرك مقطعيا من خلال المادة المرتبطة بها، فهذا الاستهداف المقطعي يبدو وسيلة جد فعالة للوصول إلى المادة المرضية من الإجراءات المستخدمة في العلاج بسلب الحساسية المنتظم أو التعرض المباشر التي تستدعي العودة المتكررة إلى الصورة الأصلية.

إذن فالتداعي الحر كما يبدو يضمن معالجة المظاهر الهامة لكل الشبكة العصبية، وهذا الجانب العلاجي معروف جدا وبالتأكيد في تقاليد العلاج السيكو دينامي.

9-5- حالة الانتباه الكامل:

إن التعليمات المقدمة في العلاج **EMDR** «مثل أترك ببساطة يمر ما يمر، سجل فقط" الصدمة والاضطراب المرتبط بها يبدوا أنها تساعد المفحوص على الحفاظ على مشاعر الأمن وتسمح للسياقات الداخلية بالعمل دون تدخل، كما يبدو أنها ترفع من فوائد الميل مما يساهم في استمرار معاش اليأس ويمنع آثار العلاج.

وهناك دراسة قام بها (**Ehlers(1998** وزملاؤه أكدت أن الاستجابات السلبية الناتجة عن أعراض إعادة المعايشة تزيد من حدتها ويمكن أن تتدخل في معالجة المعلومات، فوضعية الإستقرار التي يجب أن يكون فيها المفحوص في علاج **EMDR** تبدوا مشابهة لوضعية الانتباه الكامل في العلاج السلوكي، تم تسليط الضوء على هذا المظهر في علاج **EMDR** من طرف **Servan-Schreiber** في تدخل شخصي قام به سنة (**2000**) وعلاقته بإطار نظرية **Teasdale &Bernard(1999)** في هذا الإطار النظري بين كيف أن حالات النفس المختلفة يمكن أن تسهل أو العكس تعرقل معالجة المعلومات الانفعالية في وصولها إلى الحل.

إذا يمكن أن تكمن فعالية علاج **EMDR** في قدرته على توفير التوازن الجيد بين إعادة معايشة الاضطراب الانفعالي ووضعية الملاحظ الحيادي للانفعالات وموجات التداعيات الجسدية، العاطفية، المعرفية والحسية التي تطغى عندما يتم الحفاظ على هذه الوضعية بطريقة مستمرة مدة **30ثا** أو بعض الدقائق التي تمدد دون انقطاع من طرف المعالج أو بسب المستوى الكثيف من الإثارة، ويمكن لحركات العينين أو أشكال أخرى من التنبيه أن تحول انتباه المفحوص من المادة المرضية لفترة فقط من أجل تجنب ظهور الانفعالات الغير مفكرة أو تصور/ عمل ، وهذا ما يجبر المفحوص على الدخول في أسلوب معايشة منتبه لمعالجة المادة المرضية، إذا فكل حصة من العلاج بسلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق العينين تكون قائمة على التجريب بطريقة متكررة لهذا الأسلوب من المعالجة عن طريق التنبيه الحسي المطبق خلال كل سلسلة.

9-6- استجابة التوجه:

استجابة التوجيه تعتبر عاملا ضروريا لإعادة المعالجة، هي عبارة عن استجابة طبيعية للاهتمام والانتباه الذي يظهر عندما يتوجه هذا الأخير نحو منبهات جديدة، وهناك ثلاثة نماذج مختلفة لتنظير دور استجابة التوجيه وهي **معالجة المعلومات** ، **عصبية فيزيولوجية**، **وسلوكية معرفية**، ويرى أنه يمكن إتمام هذا الأخير باستجابة بسيطة للتوجيه أين نجد أن نقطة الانتباه المستثارة من طرف حركات العينين تخل بتوازن شبكة التداعيات بطريقة يمكن أن يحدث فيها تعلم، وعلى قاعدة الاكتشافات الحالية في علم الأعصاب البيولوجي قام (**1999**) **Stickgold** بتوسيع نظريته بطريقة مستقلة لتفسير آثار الشبه الثنائي حيث يجبر المفحوص على تطوير دائم لانتباهه بالنظر إلى الخط الوسطي من جسمه، لهذا طرح فرضيته أن استجابة التوجه تنتج ميكانيزمات عصبية بيولوجية مشابهة لتلك الموجودة في حالة النوم الفارقي الذي يسهل تنشيط الذكريات الحلقية وإدماجها في

ذاكرة الدلالية القشرية، دراسة أخرى مستقلة قام بها **Christman** دعمت النظرية السابقة حيث أكد الباحثين أن حركات العينين من اليسار إلى اليمين تنتج أ ثر ذو فائدة لمهمة استرجاع الذكريات الحلقية وليس الدلالية.

9-7- التنويم المغناطيسي :

العلاج ب **EMDR والتنويم** المغناطيسي جد مختلفين من حيث الأثار العيادية وهذا ما لاحظه العديد من المنظرين في التنويم المغناطيسي أمثال **Berkowitzk, Fine**، **Phillips** (**2001**) مثلا: الأحداث التي تجري أثناء**Abréaction** في التنويم المغناطيسي يبدو أنها تحوي مقاطع من لحظات متتابعة الواحدة تلوى الأخرى "إطار بإطار" في حين أن المفحوص المعالج بعلاج **EMDR** يميل إلى القفز من عنصر يعتبر مفتاح لذكرى إلى آخر، كما أن المفحوص في هذا العلاج يكون أكثر يقظة ووعيا، عكس حساسية الإيحاءات غير الملائمة كما هو الحال عند المفحوص المعالج بالتنويم المغناطيسي.

وتشير التقارير العيادية حسب **شابيرو** أن المفحوص يرفض الإيحاءات الغير صادقة ويمكن حتى أن يضطرب، فغياب ايحائية المفحوص خلال **EMDR** مقارنة بتلك الموجودة لدى المفحوص في حالة التنويم المغناطيسي حسب **Hekmat**(**1994**) **& Groth** يمكن أن يكون نتيجة اختلاف زوايا الدماغ المسيطرة الناتجة عن علاجين، وتشير قراءة **EEG** المأخوذة خلال حصص علاج **EMDR** إلى ظهور زوايا دماغية متعلقة بالكميات المتغيرة القيمة **Paramètres** لليقظة العادية، في حين أن الزوايا المعروفة باسم **Thêta, béta, alpha** هي التي كانت تميز الأفراد الذين كانوا في حصص علاج **EMDR** حيث لم يكونوا في حالة التنويم المغناطيسي.

9-8- تغيرّات على المستوى الخلوي والدماغ:

يبدأ حل الذكرى الصدمية عندما يؤدي تنشيط المادة المرضيةٌ إلى سلسلة من الأحداث المختلفة عن تلك التي تستثار في العادة من طرف تذكر بسيط، فهناك العديد من المنظرين من يفترض حسب **شابيرو** أن حركات العينين يبدو أنها تعدل حالة الدماغ بطريقة تسهل فيها إعادة مفيدة لهذه الذكرى وهذا ما يسمح للدماغ بالتعرف وتعزيز التداعيات الجديدة المرتبطة بالذكرى الصدمية وأخيرا إضعاف الاحتفاظ بالتداعيات والانفعالات المعتادة والنمطية التي توقف حلها التكيفي وبالتالي التداعيات التي كانت من قبل ضعيفة يتم تدعيمها وتقويتها والتي كانت من قبل قوية يتم إضعافها، فعلى مستوى الأنظمة العصبية بينت الأبحاث حاليا حسب **Nagawaka** أن مختلف هذه الأنظمة وحالات الدماغ تتراكب فيما بينها للسيطرة على أنواع التداعيات التي تنتجها مثلا: النصف المخي الأيسر ينشط أكثر للتداعيات القوية في حين النصف الكروي الأيمن

ينشط أكثر للتداعيات الضعيفة، في حين أن المراحل الأخرى التي تتميز بحركات العينين من النوم فإنها تستثير بصفة استثنائية التداعيات القوية فهذه التغيرات على مستوى حالات الدماغ يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في أنواع التداعيات التي تقوم بها. فعلى المستوى الخلوي نعلم الآن أن تشكيل الذكريات يتضمن سياق «كمون **العمل طويل المدى**" الذي يرفع فعالية النقل المشبكي بين خليتين عصبيتين فهذا السياق عندما تثير المشابك في مرحلة مع وتيرة **Thêta** وهي نوع من الزوايا الدماغية الملاحظة في العادة خلال النوم الفارقي مثل هذه التغيرات العصبية هي بدون شك الذكريات التي تشفر والتي يمكن أن تعكس خلال الاكتئاب الكبير، هذا السياق الخلوي الثاني يلاحظ عندما تستثار نفس المشابك فحسب **شابيرو** يبدو أن هناك علاقة مركزية في علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين بين العاطفة ومرور الاضطرابات إلى الحل.

9-9- علاقة مرحلة النوم الفارقي REM:

من أولى الفرضيات التي طرحتها **شابيرو** لتفسير فعالية علاج **EMDR** هي أن حركات العينين الموجهة تنشط بنفس الميكانيزمات الخاصة بالنوم الفارقي الذي يتميز بحركات عينية سريعة، حيث تفترض الباحثة أن العلاقة التي تربط حركات العينين والضغط يحكمهما مبدأ الكف المتبادل أي أن حركات العينين تساعد على كف الضغط، ولكن المستوى المرتفع جدا من الضغط يكف حركات العينين وهناك العديد من الدراسات المستقلة حسب (**Ross(1990** ، **Hong** حول النوم الفارقي التي ساندت هذه الفرضية في الحدود التي نجد فيها الفرد المصدوم يعاني من حالة نوم فارقي جد مضطرب مثلا: الجنود القدامي غالبا ما يستيقظون في وسط الكوابيس وليس في آخرها، كما يبدو أن هناك صلة مباشرة بين شدة العواطف السلبية في الأحلام وكمية النوم الفارقي الملاحظ فهذه الدراسات تناقض النظريات القديمة التي كانت تعتبر حركات العينين خلال النوم الفارقي مجرد دليل على تصوير الحالم لمحيط الحلم.

في هذا المجال يسلم **Stickgold** (**2000**) بوجود علاقة بيولوجية عصبية بين وظائف علاج **EMDR** والنوم الفارقي كما أنه طور اختبارات مناسبة لهذه الفرضية، وهناك عدة معطيات أساسية ملائمة مع هذه الفرضية وردت من (**2000**) **Christman, Garvey** بينت أن النوم الفارقي يلعب دورا في إدماج الإدماج القشري للذكريات في الشبكات الدلالية العامة كما يفترض دائما **Stik Gold** أن إعادة التوجيه المتكرر الانتباه في علاج **EMDR** يؤدي إلى تغيرات على مستوى تنشيط مناطق الدماغ مشابهة للذي يحدث خلال النوم الفارقي، فتنشيط هذه الأنظمة يمكن بالتوازي أن ينقل الدماغ

إلى أسلوب معالجة ذاكري مشابه لذلك الموجود في النوم الفارقي، فيسهل بالتالي إدماج الذكريات الصدمية في الشبكات الارتباطية القشرية.

9-10- استجابة الارتخاء Réaction de relâchement:

أشارت **شابيرو** في مقالتها سنة (**1989-1991**) أن حركات العينين تؤدي إلى استجابة الارتخاء، هذه الاستجابة التي يمكن أن تنتج من طرف التشكل الشبكي الذي يسبب كفا عضليا في حالة النوم الفارقي أو ميكانيزمات أخرى التي تنشط الجهاز العصبي البارا سمبتاوي، فهذا الأخير يكف الجهاز العصبي السمبتاوي المرتبط باستجابات الخوف "كالهرب" المولد من طرف الصدمة.

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

9-11- مزامنة النصف الكروي Synchronisation hémisphérique:

تعود مرجعية الفرضيات الأولى التي طرحتها **شابيرو** لتفسير فعالية **EMDR** إلى نظرية بافلوف **Pavlov** (**1927**) حول الآثار العلاجية ومصدر العصاب، حيث يفترض هذا الباحث وجود توازن في الدماغ بين الاستثارة المفرطة سيؤدي إلى مرض عصابي يمثل عقدة أو توقف عصبي، لهذا ومن أجل العودة إلى حالة التوازن ومعالجة العصاب فبجب إصلاح التوازن بين الاستثارة والكف، وفي هذا المجال تم طرح عدة نظريات مستقلة قائمة أساسا على البحث العصبي البيولوجي لنصفي كرتي المخ فمثلا النظريات التي قدمت حول الجانبية الثنائية من طرف كلا من:

(**Schreiber**(2000)، **Nicosia** (1994) ، **Russell** (1992) تفترض أن يؤدي علاج **EMDR** إلى تنشيط كلا نصفي الكرة المخ وهذا ما يسهل تنظيم و إدماج الوظائف القشرية العليا.

وقد تمت الإشارة إلى مؤشر أساسي لأثر علاج **EMDR** على جهاز الحافي**Le Système limbique** في دراسة وحيدة قام بها، **Klindt et Amen** ، (**Lansing**(2000 كما بينت الأبحاث وجود تناظر نصف كروي في المعالجة الانفعالية، إضافة إلى ارتباط مختلف العواطف بالأنماط التناظرية لنشاط القري، ففي هذا المجال أكتشف (**2000**) **Keller** أن الاكتئاب مرتبط بتشوه خفيف في المساحة الحركية اليسرى أما القلق فهو مرتبط بتشوه أكثر أهمية **Post** (**1992**)

Rubinow فوجدا أن الإنجازات الخاصة بالنصف الكروي الأيمن مرتبطة بوظائف إدراكية وهي تميل لنوعية الرديئة عندما يكون الأفراد مكتئبين إلى جانب نقص في التنشيط الدماغي في القشرة الخلفية لهؤلاء الفراد.

إن هذه التطبيقات العيادية تم تدعيمها من طرف عدة دراسات ونذكر في هذا المجال دراسة **Drake** (**1993– 1987**) وزملائه حول التنشيط الجانبي حيث وجد هؤلاء الباحثين استجابات مختلفة وواضحة بفضل الاستخدام السمعي والفيزيائي أي أن عينة البحث استجابت إيجابيا لفقرة تم سماعها بالأذن.

9-12- الوظائف القشرية:

إن حركات العينين لها آثار خاصة على استرجاع ترميز وتخزين الذكريات أي أنها مرتبطة بميكانيزمات معالجة المعلومات، في هذا المجال يقول (**1964**) **Antrobus** "إن **محاولة قطع سلسلة من الأفكار الغير مرغوب فيها أو التي تستثير القلق فإنها تؤدي إلى سلسلة من التغيرات السريعة في النشاط المعرفي بفضل حركات العينين المتقطعة"**

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

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

(**نعيمة، 2012، ص 189**)

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

10- الانتقادات الموجهة لتقنية EMDR:

منذ اكتشاف **EMDR** انصب على هذه التقنية العديد من الانتقادات والتساؤلات، وسنحاول أن نعرض أهم الانتقادات الموجهة ل **SHAPIRO** ومناصريها:

10-1- دور حركات العينين/ ما هو العنصر الفعال في EMDR؟

تعتبر حركات العينين في **EMDR** أهم عنصر لفت انتباه العلماء في هذه التقنية، وكان تساؤلهم الرئيسي كالآتي: ما هو دور حركات العينين في هذه التقنية؟ فإذا كان هناك أحد ما يعتقد بنظرية **شابيرو**، والتي تقول بأن **EMDR** تفتح نظام معالجة المعلومات من خلال حركات العين المتقطعة (الارتعاشية)، بحيث يمكن أن تحصل إعادة تكييف للمعارف السلبية، ومن خلال إعادة تقييم المواقف السلبية في الوقت نفسه، يحصل الشفاء من الصدمة، إلا أن هذا النظرية تفشل للأسف لأن حركات العين بالشكل الذي تتم فيه في ال **EMDR** ليست بأي حال من الأحوال ارتعاشيه.

مثال: يمكن وصف حركات العين الارتعاشين أو المتقطعة على أنها نوع من "قفزة المسح الضوئي في العين"، تخيل أنك تجلس في قطار وتتبع بعينيك منزلا، بمجرد أن يبتعد عن الأنظار فإن انتباهك يقفز على الفور إلى الأمام مرة أخرى، ثم تقوم على الفور بالتركيز على منزل جديد حتى يختفي من العرض مرة أخرى وهكذا، وإذا قمت بذلك بسرعة، فإن الإدراك البصري سوف يتقاطع، مما يؤدي إلى تحرك العينين بسرعة كبيرة وبالكاد يمكن التحكم بهما (**قذفيا ballistic**).

(سامر جميل ،2012، ص02)

وقد قدم الاستفساران التاليان:

- النموذج المفسر لحركات العينين المستوحى من**REM** لا يفسر دور المثيرات الحسية الأخرى؟؛
- حركات العينين ليست العنصر الفعال في التقنية، إذن: ما هو العنصر الفعال في التقني؟.

وكانت إجابة **SHAPIRO** على الانتقاد الأول كالآتي: "إن فرضية حركات العينين السريعة **REM** حاولت أن تشرح فقط الدور الجلي لحركات العينين في تحقيق تأثيرات علاجية، وهذا لا يحول دون الفائدة الممكنة للمثيرات الأخرى كالمثيرات السمعية أو اللمسية"، أما الانتقاد الثاني الذي ينفي أن تكون حركات العينين هي العنصر الفعال في التقنية، فقد أجابت عليه **SHAPIRO** بقولها: "**كانت الدراسة الافتتاحية قد أكدت على أهمية حركات العينين المباشرة باعتبارها العنصر الأساسي في العلاج، ويمكن تفسير هذا التأويل الخاطئ للتقنية على أنه راجع لتركيز الكاتبة على التأثير الملموس للتقنية خلال العلاج**". وهذا يعني أن **SHAPIRO** حين صرحت بأن حركات العينين هي المسؤولة على تحقيق مكاسب علاجية إنما كان ذلك كتفسير أولي، خاصة وأن هذه التقنية جديدة، وبالتالي فمن المنطقي الوقوع في مثل هذه الأخطاء، ولابد من دراسات أخرى للتأكد مما توصلت إليه.

وفي الاتجاه الآخر، اختبر كل من **Refrey** و **Spates**(**1994**) **23** ضحية تعاني من الصدمة، حيث أن **21** شخصا منها تعاني من **PTSD**، خضع عشوائيا هؤلاء المشاركون إلى أحد الشروط الثلاثة التالية: – **EMDR** مقنن [حيث تتم فيه حركات العينين من خلال متابعة أصابع المعالج؛ – **EMDR** مشابه: حيث تتم إثارة حركات العينين بجهاز يعمل على إشعال الضوء بصورة متناوبة يمين وشمال المحيط الخارجي للمجال البصري؛ –**EMDR** مشابه: حيث الضوء يومض في مركز المجال البصري.

ويتبع الخضوع لهذه المتغيرات تقدير ذاتي للضيق، وقياس ضربات القلب، وقياسات مقننة الأعراض **PTSD**، بعد العلاج وجد أن **5** من **23** مشاركة مازال لديهم **PTSD** وأنهم يتوزعون بصورة متساوية تقريبا عبر مجموعات العلاج، ومع ذلك فقد أقر الباحثان أن شروط التجربة لم تكن مضبوطة تماما رغم النتيجة التي توصلت إليها هذه الدراسة وأمثالها إلا أن مناصري **EMDR** استمروا في التأكيد على أهمية **BLS** وعملوا على تعميق دراساتهم، أما **SHAPIRO** فقد أشارت إلى أهمية إثارة الانتباه الثنائي **Dual Attention Stimulation** من خلال المثيرات ثنائية الجانب حيث تعتقد أنه العنصر الفعال في تقنيتها، وترى "أن الانتباه الثنائي يخلق حالة من الوعي يمكن من خلالها تعزيز معالجة المعلومات الانفعالية". وقد افترض **Stickgold** أن التوجيه المتكرر للانتباه قد يولد تغييرات خاصة في نشاط بعض المناطق من الدماغ، كما يسبب تغييرات عصبية مشابهة لتلك التي تحدث خلال مرحلة **REM** من النوم.

تكون حركات العين المطبقة في ال **EMDR** سلسة ومضبوطة إلى حد ما، بحيث لا يمكن تحقيق التأثير الموصوف، وبهذا المعنى فإن نظرية ال **EMDR** نظرية متناقضة بحد ذاتها، وبعد طرح عدد من الأدلة من دراسات تجريبية مختلفة تثبت عدم ضرورة الحاجة العامة لحركة العين، اقترح دعاة **EMDR** على الفور أساليب بديلة، كالنقر المتبادل على كلتا اليدين، وبما أن تحفيزات ثنائية أخرى لم تظهر سوى تأثير ضعيف فإنه حتى اليوم لا توجد نظرية واحدة صادقة لتبرير التطبيق الإكلينيكي ل **EMDR**. **(سامر جميل، 2012، ص02)**

هناك نقطة هامة لابد من توضيحها قبل مواصلة مناقشة الانتقادات الموجهة للتقنية وهي: إن "حركات العينين" والمثيرات السمعية واللمسية التي تحدث بصورة متناوبة خلال تطبيق **EMDR**، والتي تؤدي إلى إثارة جانبي الدماغ، كانت تسميها **SHAPIRO** مثيرات ثنائية الجانب (**BLS**)، وفي سنة (**2001**) أطلقت على هذه المثيرات اسم "مثيرات الانتباه الثنائي" (**Dual Attention Stimulation**) لأن هذه المثيرات تعمل مع العناصر الإجرائية الأخرى ال**EMDR** على إثارة الانتباه الثنائي لدى المريض والذي يفترض أنه يسهل معالجة المعلومات الصدمية، ولذلك نجد أن بعض الكتاب حافظوا على تسمية **BLS** ومنهم من يستعمل التسمية الجديدة، ومنهم من وظف التسميتين في نفس المؤلف، وما يهمنا هو التأكيد على أن التسميتين تعودان لنفس المدلول.

10-2- العنصر الفعال من وجهة نظر بعض النقاد:

يرى بعض النقاد أن لا حركات العينين، ولا الإثارة ثنائية الجانب، ولا إثارة الانتباه الثنائي هي العنصر الفعال في **EMDR**، ويعتقدون أن فعالية هذه التقنية تكمن في جملة العوامل غير الخاصة (**Non – specific factors**)، وتعني العوامل التي تدخل أثناء العلاج التجريبي ولها تأثيرات عرضية في العلاج وتؤثر على صدق (**Validity**) النتائج المتحصل عليها، ومن هذه العوامل نذكر:

- ✓ توقع المريض للتحسن (**Expectation for improvement**)؛
- ✓ الطلب التجريبي (**Experimental demand**) [أي تركيز الانتباه فقط على المطلوب من التجربة أي الهدف المراد إثباته والوصول إليه]؛
- ✓ تحمس المعالج التجريبي لطريقته (**Therapist – experimenter enthusiasm**) [وهذا يعني غياب الموضوعية]؛
- ✓ ولاء المعالج التجريبي لطريقته [لفكرتة] **Therapist – experimenter Allegiance**.

ولقد توصلت نتائج دراسات صارمة حسب هؤلاء النقاد إلى أن هناك أدلة ضئيلة وضعيفة على أن فعالية **EMDR** تتعدى:

- توقعات المريض بالتحسن؛
- الاهتمام / الانتباه العلاجي؛
- العوامل غير الخاصة.

فحسب هؤلاء المعارضين فإن فعالية **EMDR** لا تكمن في أي عنصر خاص بها ويميزها، وإنما تعود لجملة من العوامل الدخيلة التي لم يتم ضبطها أثناء إجراء التجارب.

10-3- نقد الجانب المنهجي والأساس العلمي لتقنية EMDR علم أو علم كاذب؟

يشكك بعض العلماء في كون **EMDR** تستند إلى أساس نظري علمي، في هذ الصدد قالت **رومانا داوتس**" ولأن **EMDR** ليس لها أساس علمي، أصرت **شابيرو** في البداية على أن العلاج كان مدفوعا "بالخبرة الإكلينيكية، ولكن من دون تقديم بيانات ذات صلة، وعندما أظهرت دراسات أخرى أن ال **EMDR** ليس لها أي تأثير، ادعت **شابيرو** أن أسلوبها لم يستخدم بشكل صحيح في هذه الحالات، في حين أن الدراسات ذات النتائج الإيجابية قد حظيت "**بولاء علاجي**" جيد، وتبدو الحجة معقولة في البداية، ولكن بهذا الأسلوب فإن **شابيرو** تخرق أيضا مفهوم الولاء للعلاج من خلال التغيير المستمر في الطريقة ومستوى تعليم **EMDR**، وهكذا، يظل الامتثال النظامي شبه مستحيل، ويظل تفسير النتائج موضع شك دائم، إلى درجة أنه يمكنها تكرار اختباراتها إلى أن تتناسب النتائج مع مفهومها الخاص هي" . (**سامر جميل ،2012، ص 02**)

ويعتقد العلماء أن هذه التقنية تخضع لنظرية علمية كاذبة، والتي نعني النظرية المقدمة على أنها ذات مفاهيم علمية مع أنها ليست كذلك؛ إذ أن النظرية العلمية على عكس الكاذبة تتضمن العناصر التالية:

- القدرة على التفسير الكلي لمجموعة من الظواهر التجريبية؛
- القدرة على أن تكون صادقة (**Validity**)؛
- إمكانية اختبارها تجريبيا؛
- كما أن الصدق التجريبي في النظريات العلمية يتطلب الاستنتاج/ الاستنباط والتنبؤ التجريبي.

علما أن النظرية التي يتم تفنيدها بنتائج واقعية ليست نظرية علمية جيدة، كما أن النظرية التي تتوافق مع الوقائع لا تعني بالضرورة أنها نظرية علمية جيدة، وبناء على هذه الملاحظات قدم هؤلاء العلماء انتقاداتهم ل**EMDR** كما يلي:

✓ **بالنسبة لمراحل تفسير فعالية EMDR:**

أ- حركات العينين هي الميكانزيم الوظيفي المؤدي للفعالية العلاجية؛ الحجة المناقضة: لقد ثبت أن النقر بالأصابع ومثيرات أخرى تعطي نفس النتائج.

ب- الطريقة المتناوبة هي الفعالة علاجيا؛ الانتقاد: لم يقدم فعلا الجزء من العلاج المسؤول، وما هو تأثيره، وميكانزيم تلك الفعالية؛ إذن غياب الصدق التجريبي.

ت- العلاج برمته فعال (حسب مناصري التقنية)؛ ومن جديد يقدم المعارضون انتقادات حول الحجج المناصرة لـ**EMDR** ؛

ث- إن الحجج التجريبية المؤكدة لفعالية التقنية تبدو مقنعة نوعا ما، لكن ثبت غياب التماسك العام في المنهجية، والتقييم في التجارب.؛

ج- كما أن الحجج التجريبية المؤكدة لفعالية التقنية تقوم على تقارير ذاتية بسيطة وغير كافية، ومن الخطأ تعميم النتائج انطلاقا من هذه التقارير لوحدها.

ح- هناك نقص في المعطيات التشخيصية في الدراسات المدافعة عن التقنية، فالشروط التشخيصية للأفراد لم تؤخذ بعين الاعتبار وهنا نشير إلى أن هذا الانتقاد موجه للدراسات التي تمت في السنوات الأولى فقط لأنه فيما بعد حدث تحسين في المنهجية وأخذ بعين الاعتبار هذا الخطأ، لقد حدثت تحسينات منهجية معتبرة لكن الأساس النظري لـ**EMDR** يبقى دائما في صراع مع حجة، وقد اعترف معارضو التقنية أنها بدأت تكتسب تدريجيا ملامح علمية حقيقية خاصة مع الجهود الجبارة التي تبذلها **SHAPIRO** ومناصروها.

11- علاقة EMDR بالعلاجات الأخرى:

فيما يلي نستعرض علاقة **EMDR** بالعلاجات الأخرى:

11-1- EMDR والعلاج بالتعرض (**Exposure Therapy**): يرى بعض العلماء أن **EMDR** هي في الأساس علاج بالتعرض يشبه العلاجات السلوكية المقننة، والتي تتضمن التعرض لمثيرات قلق محددة من أجل إطفاء الاستجابة المنبوذة وهذا من خلال مبادئ الإشراط الكلاسيكي، ومن ناحية أخرى عادة ما يزعم أنه في مثل هذه العلاجات فإن التعرض يكون مطولا، ومستمرا دون انقطاع، ودون تغيير المشهد أو المثير المستهدف، إلا أن كل هذه الشروط الضرورية يتم خرقها في بروتوكول **EMDR** المختصر، إذ أن فترات التعرض إلى الذكرى الصدمية تميل لأن تكون قصيرة موجزة، ويتم بانتظام قطعها

بفترات زاح خلالها انتباه المريض عن الذكرى الصدمية ويركز انتباهه على مثيرات حسية ثنائية الجانب، وكذلك خلال إعادة المعالجة بـ**EMDR** يعايش المرضى ذكريات إيجابية ضمن تلك الذكريات السلبية، كما يقر المرضى عادة أنهم غير مدركين [لا يستشعرون للذكريات الصدمية أثناء فترات الإثارة ثنائية الجانب وأخيرا، في العلاج بـ**EMDR** (بروتوكول مختصر) يكون المرضى غير مطالبين بالحديث المفصل عن الحدث الصدمي، حيث يمكن للعيادي مساعدتهم على إعادة معالجة الذكريات الصدمية دون أن يعرف تفاصيل دقيقة عن الخبرات الصدمية التي عايشها المرضى، أما بالنسبة لمسألة "سرعة الاستجابة" ونعني بها سرعة التغيير والتحسن العلاجيين، فإنه من الصعب أن نفهم كيف تحدث تلك التغييرات العلاجية بسرعة كبيرة إذا استندنا إلى نموذج تفسيري نابع من نظرية التعلم الكلاسيكي والتي تمخضت عنها علاجات قائمة على التعرض، في حين إذا حولنا تفكيرنا من سيرورة الإطفاء البسيط وفكرنا في نموذج معالجة المعلومات الذي يسهل العلاج باستعمال عملية الإدماج الطبيعية في هذه الحالة نكون أكثر استعدادا لفهم ذلك التغيير السريع، يمكننا المقارنة بين **EMDR** والعلاج بالتعرض في الجدول الآتي: **(عتيق ،2012، ص 92)**

EMDR	العلاج بالتعرض
المريض غير مطالب بالحديث المفصل عن خبراته الصدمية.	ضرورة الحديث جهرا وتفصيلا عن الحدث الصدمي
– التعرض يكون لفترات متقطعة وموجزة.	– التعرض يكون لفترة طويلة وبصورة مستمرة.
. يتنقل انتباه المريض ما بين الذكرى الصدمية والمثيرات الحالية ثنائية الجانب	. يكون انتباه المريض مركزا أساسا على الخبرة الصدمية

رقم (02): جدول يبين مقارنة بين EMDR والعلاج بالتعرض

11-2-التحليل النفسي وEMDR:

رغم ادعاء العديد من الباحثين أن **EMDR** ما هو إلا أحد أشكال العلاج بالتعرض (علاج سلوكي)، غير أننا لا ننكر وجود بعض مظاهر التحليل النفسي، هذا الأخير الذي يعتبر مختلف كثيرا عن العلاج السلوكي فقد لوحظ مثلا أن **EMDR** رغم أنه لم يظهر أساسا كعلاج قائم على الاستبصار إلا أنه وجد أن الخضوع لـ**EMDR** يؤدي إلى الاستبصارات (**Insights**)، وفهم الصراعات النفس دينامية، وفهم أصلها من خلال الإثارة ثنائية الجانب (وهذا ما لا يحدث في العلاج السلوكي)، كما يمكن تسهيل عملية الاستبصارات وغيرها عبر إدخال المعالج محتوى جديدا إلى وعي المريض (إذا علق هذا

الأخير وهذا ما يسمى التمازج المعرفي) يذكرنا تدخل المعالج بـ**EMDR** .بموقف المحلل النفسي عندما يعجز المريض عن مواصلة التداعي الحر، كما أن الميزة الدائمة لـ**EMDR** هي ظهور رغبة تدريجية لدى الراشد في إعادة النظر في صدمة الطفولة حيث يبدأ بالكشف عن مشاعر العجز، وفقدان التحكم، والشعور بعدم الملاءمة (**Sense of inadequency**) التي اكتنفت طفولته، ثم يستبدل كل ذلك برؤية جديدة وأكثر واقعية ولا ننسى أن طريقة **EMDR** تقود المريض إلى أن يلاحظ محتويات ذهنه، إذ يطلب منه أن يكتفي فقط بملاحظة الأفكار والمشاعر والصور التي تمر على وعيه وهذا ما يشبه الدور الأساسي الذي يلعبه التداعي الحر في طريقة **فرويد**، فلو أراد التحليليون أن يتخذوا نفس موقف السلوكيين لقالوا أن **EMDR** هو أحد أشكال التحليل النفسي لأنه يضم بعض مظاهره، وكنتيجة عامة يمكننا القول إن **EMDR** "هو شكل متميز ومتكامل من أشكال العلاج النفسي، فهو يضم مظاهر العلاج السلوكي والتحليل النفسي وعددا آخر من الاتجاهات النفسية الكبرى، عدا استعماله مثيرات الانتباه الثنائي"، فالممارسون الذين ينحدرون من مدارس مختلفة في العلاج النفسي سيتعرفون في **EMDR** على عناصر تابعة لنظرياتهم وتطبيقاتهم الخاصة بهم، وهذا يعني أن **EMDR** يستعين بالمعارف التي يتلقاها من الطرائق العلاجية الأخرى، لكنه يفعل ذلك من أجل أن يشكل مقاربة علاجية جديدة ومتميزة، سيتعرف المعالج الذي لديه خلفية تحليلية على التداعي الحر في **EMDR** وكذلك على نموذج التصور الثنائي للذهن، أما المعالج المعرفي السلوكي فيتعرف على البنى والمخططات المعرفية في حين يتعرف المحلل النفسي على التأثير الهام للتعلم الماضي على السلوك الحالي وسيفهم المعالج الذي يعتمد على العلاج المتمركز حول المريض أهمية أن يكون المريض مركز المعالجة **center of process**.

12- مقارنة بين فعالية EMDR وفعالية العلاجات الأخرى:

من أجل معرفة مدى فعالية **EMDR** في علاج الاضطرابات تمت مقارنتها مع العلاجات الأخرى فطبقت على مجالات عديدة من الاضطرابات، وقد نشر العلماء عشرات الدراسات التي تؤيد أو تفند فعالية **EMDR** إلا أن هذه الدراسات تختلف من حيث خضوعها للشروط العلمية الصارمة، فعلى سبيل المثال يمكنك استخدام مكتبة **كوكرين Cochrane – Library** وهي شبكة دولية مستقلة تضم **37000** عالم وأطباء من أكثر من **130** دولة، وفيما يلي بعض الدراسات:

- **دراسة مقارنة بين EMDR والتغذية الرجعية الحيوية (Biofeedback) في علاج المصابين بـPTSD** على إثر الحرب: تمت في هذه الدراسة المقارنة بين فعالية تدخلين علاجيين لـ**PTSD** من خلال استعمال مجموعات مضبوطة تم

اختيارها عشوائية، وهي **35** فردا من المحاربين القدامى والذين لديهم **PTSD** مرتبط بالحرب، تم علاج هؤلاء بإحدى العلاجات التالية:

- 12 جلسة **EMDR**، **ن=10**؛

- 12 جلسة تغذية رجعية حيوية يصحبها الاسترخاء، **ن=13**؛

- معالجة عيادية روتينية على أساس أنها مجموعة ضابطة، **ن= 12**.

بالمقارنة مع الشروط العلاجية الأخرى وجد أن هناك تأثير دال مباشرة بعد العلاج ب**EMDR** ، وهذا بناء على عدد من التقارير الذاتية، وكذا القياسات السيكو مترية المقننة، وبالمقارنة كذلك مع التدخلات العلاجية الأخرى فإن هذه التأثيرات العلاجية (على إثر**EMDR**) استمرت عموما في الثلاثة أشهر الموالية.

- **دراسة مقارنة بين فعالية EMDR والتعرض المطول في علاج ضحايا الاغتصاب المصابين ب PTSD**: قامت هذه الدراسة بتقييم مدى فعالية التعرض المطول و **EMDR** بالمقارنة مع عدم تلقي العلاج في حالة **PTSD** لدي راشدات ضحايا الاغتصاب، حيث **ن=74**، وقد وجد تحسن في **PTSD** والذي تم تقييمه من خلال الاكتئاب، والتفكك، وحالة القلق، وهذا التحسن دال جدا سواء في مجموعة **EMDR** أو مجموعة (**PE**) مقارنة مع المجموعة الثالثة والتي عددها **ن=20** فردا، لا توجد فروق دالة بين **EMDR** والتعرض المطول من حيث التغيير من الحالة الأولى أو بعد العلاج مباشرة أو بعد مرور **6** أشهر وهذا بناء على القياسات التي تمت على سلالم كمية **10**، ونلاحظ في هذه الدراسة أن **EMDR** والتعرض المطول فعالان ويتساويان في فعاليتهما.

- **دراسة مقارنة بين تأثيرات ثلاث طرق علاجية: العلاج بالتعرض، EMDR، التدريب على الاسترخاء لعلاج الغضب والشعور بالذنب المرتبطين بPTSD**، وتسعى هذه الدراسة للتحري عن فعالية التعرض المطول، **EMDR**، التدريب على الاسترخاء لعلاج الغضب، والشعور بالذنب المرتبطين بالصدمة، وهذا في سياق علاج **PTSD**، خضع المصابون ب**PTSD** وعددهم (**ن= 15**) إلى أحد العلاجات، وتم تقييمهم بعد العلاج مباشرة، وبعد **3** أشهر، ووجد ما يلي: ينتج عن العلاجات الثلاثة انخفاض دال في كل قياسات الغضب، والشعور بالذنب، مع مكاسب استمرت فيما بعد، لا توجد فروق دالة بين العلاجات، سواء من حيث الفعالية أو من حيث نسبة المرضى الذين أصبح غضبهم أو شعورهم بالذنب

أسوأ، إن الفرق بين العلاجات من حيث التأثير ضئيل جدا، وقد توصلت نتيجة الدراسة إلى أن العلاجات الثلاثة اقترنت بانخفاض في الغضب والشعور بالذنب، حتى في الحالات التي كان لدى بعض المرضى مستوى عال من هذه الانفعالات، ومع ذلك فإن هذه العلاجات المخصصة للـ **PTSD** قد تكون غير كافية لعلاج الغضب والشعور بالذنب، وبالتالي من الأفضل القيام بتدخلات إضافية.

- **دراسة مقارنة بين EMDR والعلاج المعرفي السلوكي CBT في علاج PTSD قام Spence & Deville (1999)** بمقارنة بين العلاجين، حيث شخص المشاركون بأن لديهم **PTSD** وتم تقييم الأعراض من خلال التقارير الذاتية والاستبيانات التي يستعملها العيادي، وبعد ذلك خضع المشاركون عشوائيا إما للعلاج ب**EMDR** أو للعلاج المعرفي السلوكي والذي يتضمن التعرض التخيلي المطول، التدريب على إدارة الضغوط، وإعادة البناء المعرفي، تلقى كل المشاركين **09** جلسات علاجية وتم تسجيل العلاجات صوتا وصورة، وهذا لضمان أمانة وصحة العلاج كما تم تقييم المشاركين قبل العلاج، وبعده مباشرة، وكذا بعد مرور سنة واحدة، أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من **EMDR** وهذا من الناحية الإحصائية والعيادية، سواء بعد العلاج مباشرة أو بعد مرور سنة واحدة، ورغم أن العلاجين يتساويان في التخلص من الضيق إلا أن العلاج المعرفي يبدو أكثر مصداقية ويؤدي إلى توقعات أكبر في التحسن، وفي التغيير **106** نلاحظ في هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي يتفوق على **EMDR**.
- **مقارنة بين العلاج ب EMDR وعدم تلقي أي علاج لدى أشخاص مصدومين:** في دراسة على **80** شخصا، يتراوح عمر الصدمة لديهم من **3** أشهر إلى **54** سنة حيث تم تأخير علاج نصف هؤلاء الأفراد، تلقوا على الأقل **3** جلسات (**90** دقيقة/جلسة) علاج ب**EMDR**، توصل **Tinkrr & Wilson , Beker (1995)** إلى نتائج دالة إحصائيا وعياديا من حيث علاج الذكريات الصدمية وأعراض **PTSD** بالنسبة للنتائج على سلم تأثير الحدث (**IES**) انخفضت من **30** قبل العلاج إلى **10** بعد العلاج، وظلت هذه الدرجة على حالها بعد مرور **3** أشهر من انتهاء العلاج وقبل أن يتم علاج النصف الثاني من العينة، وجد أنه لم يحدث أي تغيير على سلم تأثير الحدث، ونفس النتيجة على مقياس القلق حالة سمة، بعد علاج كل أفراد العينة وجد أن التحسن استمر لدى **66** فردا بعد مرور **15** شهرا من العلاج.

في بداية العلاج ضمن الدراسة كان **37** من أفراد العينة يستوفون المعايير الخمسة المشخصة **PTSD** حسب – **DSM IV** و17 منهم ضحايا التحرش الجنسي أو الاغتصاب، وقد دلت التحاليل الإحصائية على أن التحسن لم يكن مرتبطا بمعايير

PTSD أو بنوع الصدمة أو بأي متغير يسهل تحديده وإنما التحسن راجع أساسا لعلاج الصدمة ب**EMDR**. بعد مرور **15** شهرا، وجد أن **5** فقط ظل لديهم **PTSD** من أصل **37** فردا كانوا في البداية تتوفر فيهم جميع معايير تشخيص **PTSD** فهذه الدراسة تؤكد على أن **EMDR** فعال في علاج أعراض **PTSD** كما أن استمرار ذلك التحسن بعد العلاج واختبار ذلك بعد **15** شهرا يعتبر دالا.

- **دراسة مقارنة بين فعالية EMDR والعلاج المعرفي السلوكي في حالة التعرض للتحرش الجنسي**: قامت هذه الدراسة المقارنة بين فعالية **EMDR** و **CBT** في علاج فتيات تعرضن للتحرش الجنسي، حيث تلقت **14** فتاة إيرانية، تتراوح أعمارهن بين **12** و **13** سنة وتعرضن للتحرش الجنسي إلى **12** جلسة علاج بالعلاج المعرفي السلوكي أو **EMDR** (الخضوع لأحد العلاجين كان عشوائيا)، وتم تقييم أعراض **PTSD** والمشكلات السلوكية قبل العلاج وبعد مرور أسبوعين من تلقي العلاج، وقد أشار كلا العلاجين إلى تأثيرات إيجابية كبيرة على الأعراض المرتبطة بالصدمة، وتأويلات متوسطة على المشكلات السلوكية، وكانت كل هذه التأثيرات دالة إحصائيا، هناك تفوق ل**EMDR** على **CBT** من خلال تقسيم درجات التغيير على عدد الجلسات، ووجد أن **EMDR** أكثر كفاءة من العلاج الآخر، وهذا الفرق دال **10**، وجدت هذه الدراسة أن **EMDR** أسرع في تحقيق تحسينات علاجية مقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي، وهذه هي الخاصة المميزة ل **EMDR**.

- **دراسة مقارنة بين الفعالية والسرعة والتأثيرات السلبية لثلاثة علاجات ل PTSD: العلاج بالتعرض، EMDR والتدريب على الاسترخاء**: قامت هذه الدراسة الأمريكية باختبار فعالية وسرعة وإمكانية تفاقم أعراض **PTSD** على إثر الخضوع للعلاج بالتعرض، أو **EMDR**، أو التدريب على الاسترخاء، وكان عدد أفراد العينة **ن= 60**، وبعد توزيع الأفراد عشوائيا إلى **3** مجموعات وإخضاع كل مجموعة إلى أحد العلاجات الثلاثة المذكورة وجد ما يلي: لا يوجد اختلاف بين العلاجات الثلاثة من حيث أنها تسبب إنهاك للمريض، ومن حيث احتمال أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض، أو من حيث تأثيراتها الفعالة على أعراض التبلد والتهيج العصبي، وبالمقارنة مع **EMDR** والتدريب على الاسترخاء، وجد أن العلاج بالتعرض يؤدي بصورة دالة إلى انخفاض كبير في أعراض التجنب وإعادة المعايشة؛ كما يميل لأن يكون أسرع في خفض التجنب؛ ويميل لأن يخلص أكبر نسبة من الأشخاص المشاركين من أعراض الصدمة بعد تلقي العلاج، أما **EMDR** والاسترخاء فلا يختلفان

من حيث السرعة والفعالية، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن العلاج بالتعرض يتفوق على **EMDR** والتدريب على الاسترخاء من حيث الفعالية والسرعة وقلة الآثار السلبية للتقنية، ولكن ذلك لا ينفي أن **EMDR** ذو فعالية معتبرة.

- **دراسة إيرانية حول فعالية EMDR: في خفض القلق والمشاعر غير السارة الناتجة عن خبرة الزلزال:** حيث سعت هذه الدراسة لتقصي فعالية **EMDR** في خفض القلق المرتبط بالتعرض للزلزال، ولذلك تم انتقاء **41** شخصا عايشوا ضغطا (**STRESS**) على إثر زلزال "بام"، وخضعوا عشوائيا إما إلى شروط تجريبية (تجربة العلاج) أو بقوا ضمن المجموعة الضابطة. وقد خضعت المجموعة التجريبية إلى **4** جلسات **EMDR**، حي تم استعمال برنامج آمن، وأخذت تقييمات قبل العلاج وبعده مباشرة، وبعد مرور شهر واحد، وقد دلت نتائج المقارنة بين المجموعتين وكذا المقارنة بين الدرجات قبل العلاج وبعده أن: **EMDR** فعال في خفض القلق المرتبط بالزلزال وفي خفض المشاعر السلبية (بما في ذلك أعراض **PTSD**، والخوف والأفكار الاقتحامية، والاكتئاب،) الناتجة عن خبرة الزلزال؛ وقد أثبتت النتائج أن التحسن الناتج عن العلاج ظل على حاله بعد مرور شهر كما أن تطبيق **EMDR** فيما بعد على المجموعة الضابطة توصل إلى نفس النتائج المتحصل عليها في المجموعة الأولى، وقد تبين من خلال هذه الدراسة أن **EMDR** فعال في خفض القلق وأعراض **PTSD** الناجمة عن تجربة الزلزال لكن مدة شهر واحد بعد تلقي العلاج غير كافية للتأكيد على استمرارية الفعالية العلاجية.
- **دراسة مضبوطة حول علاج PTSD باستعمال EMDR:** (مقارنة بين **EMDR** والعناية المقننة **STANDARD CARE**) (**SC**): في دراسة على **67** فردا، تتراوح أعمارهم بين **18–73** سنة، وشخص لديهم **PTSD** خضع هؤلاء عشوائيا إما إلى **EMDR** أو إلى العلاج القائم على العناية المقننة، وتم تقييم هؤلاء المشاركين قبل العلاج، وبعد **3** جلسات وفي نهاية العلاج، حيث طبق عليهم اختبار الاكتئاب لبيك **BDI**، وسلم تأثير الحدث **IES** وسلم تغييرات أعراض **PTSD**، واختبار القلق حالة سمة، وقياسات أخرى، وقام أحد الباحثين المحايدين بتقييم المشاركين باستعمال **IVR –DSM**.

وقد أظهرت مجموعة العلاج ب **EMDR** تحسنا كبيرا ودالا، وكذلك سرعة كبيرة مقارنة مع مجموعة (**SC**) وهذا على مستوى النتائج المرتبطة ب**PTSD** ، والاكتئاب، والقلق، والأعراض العامة، كما وجد فيما بعد أن الأفراد الذين تلقوا العلاج ب**EMDR** صاروا يتعاطون الأدوية بكمية أقل لعلاج أعراضهم كما أنهم احتاجوا إلى مواعيد علاجية أخرى أقل من مجموعة (**SC 11**) وهذا يعني أن **EMDR** يظهر فعالية في التخفيف من أعراض **PTSD**، ومن إيجابيات هذه الدراسة أنها لم

تعتمد فقط على التقارير الذاتية التي يدلي بها المرضى، بل اعتمدت على اختبارات وسلالم معروفة بصدقها، وهذا ما يجعل هذه الدراسة مضبوطة ونتائجها صادقة إلى حد كبير.

ـ تم النشر في شهر 12 من عام (2013) – مراجعة ل 70 دراسة: العلاجات النفسية لاضطراب ما بعد الصدمة المزمن عند البالغين:

(Psychological therapies for chronic PTSD in adults)

DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4 / Urheber: Jonathan I. Bisson, Neil P. Roberts, Martin Andrew, Rosalind Cooper, Catrin Lewi

النتيجة: تظهر الدراسات الإيجابية حول نتائج **EMDR** التي تمت مراجعتها عيوب كبيرة وهي مشكوك بها.

ـ النشر: في شهر أكتوبر (2016) نطاق الدراسة: 6201 مشارك، 51 جولة: العلاجات النفسية للأطفال والمراهقين المعرضين للصدمات:

(Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma)

DOI: 10.1002/14651858.CD012371/ Donna Gillies, Licia Maiocchi, Abhishta P. Bhandari, Fiona Taylor, Carl Gray, Louise O'Brien

النتيجة: لا تأثير ل **EMDR** في اضطرابات الضغوط التالية للصدمة مثلها مثل العلاج المعرفي السلوكي.

ـ نطاق الدراسة: 300 مشارك، 4 جولات: التدخلات النفسية لاضطراب ما بعد الصدمة لدى الأشخاص المصابين بأمراض عقلية حادة:

(Psychological interventions for PTSD in people with severe mental illness)

DOI: 10.1002/14651858.CD011464.pub2 January 2017 .24 / Jacqueline Sin, Debbie Spain, Marie Furuta, Trevor Murrells, Ian Norman

النتيجة: EMDR غير فاعلة عموما.

13- الهيات العلمية المعترفة بفعالية EMDR:

بعد استعراضنا للجدل القائم حول **EMDR** ومختلف الانتقادات الموجهة لها، وكذا مساعي المناصرين لتأكيد تميز **EMDR** وفعاليته يمكننا أن نحسم ذلك الجدل بقولنا: إن الأساس النظري لهذه التقنية مازال ضعيفا، إلا أن فعاليتها كبيرة في علاج الصدمة، وهناك عدة هيئات وجمعيات علمية اعترفت ب **EMDR** كعلاج فعال في **PTSD** ومنها:

- قسم الدفاع (**Department of defense**) التابع لقسم قضايا قدامى المحاربين (**2004**) حيث وضع **EMDR** في أعلى المجموعات وأوصى به لجميع ضحايا الصدمة؛
- جمعية الطب النفسي الأمريكية؛ "دليل الممارسة العلاجية الحالية" التابع للجمعية الدولية للدراسات حول الضغط الصدمي، حيث أشار إلى **EMDR** على أنه علاج فعال ل **PTSD** – قسم إيرلندا الشمالية للصحة – المجلس الوطني الإسرائيلي للصحة النفسية – المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية الفرنسي. (**INSERM**)؛
- المعهد الوطني للجودة العيادية (**NICE**)؛
- الجمعية الأمريكية للطب العقلي (**2004**)؛
- المعهد الوطني للتميز العيادي ببريطانيا (**2005**) ؛
- المنظمة العالمية للصحة (**OMS**) ؛
- الهيئة العليا للصحة في فرنسا .(**HAS**)؛
- "دليل الممارسة العلاجية الحالية " التابع للجمعية الدولية للدراسات حول الضغط الصدمي، حيث أشار إلى **EMDR** على أنه فعال للـــ **PTSD**.
- قسم ايرلندا الشمالية للصحة؛
- المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية الفرنسي (**INSERM**) ؛
- المعهد الوطني للجودة العيادية (**NICE**) .

خلاصة:

التقنية العلاجية حققت خطوات هامة في السنوات القليلة الماضية، ومازالت تشهد انتشارا ملحوظا في مختلف مناطق العالم، رغم تفاوت كبير في عدد ممارسي هذه التقنية من بلد إلى آخر بناء على عدة عوامل فما يهمنا الآن هو كيفية تطبيقها على السلوكيات العدوانية على فئة المساجين، وحتى تتسم دراستنا بالعلمية والدقة في التطبيق وكذا استخلاص النتائج، حاولنا خلال هذا الفصل عرض جميع خطوات تطبيق التقنية بالتفصيل حتى يسهل على الباحثين والممارسين المطلعين على الدراسة الحالية تتبعها، وكذلك حتى نقدم هذه التقنية الفعالة في صورة تشجع الممارسين على اختيارها في علاج الاضطرابات النفسية وكذا تعديل السلوكات التي تؤثر سلبا على حياة الفرد ومن بينها السلوك العدواني.

الفصل الرابع

المسجون

تمهيد

1- تعريف الحبس

2- تعريف المحبوس

3- مفهوم العقوبة السالبة للحرية

4- أهداف العقوبة السالبة للحرية

5- تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة

6- حقوق المحبوسين

7- واجبات المحبوسين

خلاصة

تمهيد:

يعتبر السجن في المجتمعات القديمة مكانا لردع الجاني حيث بوضع هذا الأخير في أماكن جد محصنة أين يكون السجين بعيدا عن أهله وذويه، ويعامل معاملة قاسية لا تمت بصلة بالبشرية وبذلك تغيب كل معاني الإنسانية والكرامة في حقـــه.

ومع الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي ينص على وجوب احترام السجين على أساس أنه كائن بشري يجب أن يعامل معاملة حسنة دون المساس بكرامته والابتعاد عن كل أساليب الاضطهاد والتعذيب أو المساس بحقوقه المادية والمعنوية، الأمر الذي كرسته كل الدساتير والمواثيق الدولية، والملاحظ أن المشرع الجزائري قد أولى أهمية بالغة للمنظومة العقابية من ناحية المعاملة أو رعاية حقوق المحبوسين إذ يرى أن العقوبة السالبة للحرية تستهدف أساسا إصلاح المحكوم عليهم وإعادة إدماجهم وتكييفهم في المجتمع من جديد، حيث ألزم المكلفون والمشرفون على المؤسسات العقابية والمراكز المتخصصة، أن تعامل هذه الفئة معاملة تصون كرامتهم، وتعمل على الرفع من مستواهم الفكري والمعنوي بصفة دائمة.

1- تعريف الحبس:

لـ لغـــة:

جاء معناه في اللغة هو الحبس، والحبس معناه المنع، ومعناه الشرعي هو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غير ذلك، والسجن بالكبير المحبس، وصاحبه سجان، والسجين المسجون، وقد جاء في كتاب **لسان العرب لابن منظور** حول كلمة السجن ما يلي:" الحبس والسجن، بالفتح :المصدر . سجنه يسجنه سجنا أي حبسه، والسِجن: المحبس، وفي بعض القراءة: قال رب السجن أحب إلي، فمن كسر السين فهو المحبس وهو اسم، ومن فتح السين فهو مصدر سجنه سجنا. **(شريك، 2010، ص 21)**

وسجين: فعيل من السجن، والسجين: السجن وسجين: واد في جهنم، نعوذ بالله منها، مشتق من ذلك.

قال **ابن عرفة:** هو فعيل من سجنت أي هو محبوس عليهم كي يجازوا بما فيه، وقال **مجاهد:** لفي سجين في الأرض السابعة. **الجوهري:** سجين موضع فيه كتاب الفجار، قال **ابن عباس:** ودواوينهم، وقال أبو عبيدة: وهو فعيل من السجن أي الحبس كالفسيق من الفسق. وفي حديث **أبي سعيد:** ويؤتى بكتابه مختوما فيوضع في السجين، قال **ابن الأثير:** هكذا جاء بالألف

واللام، وهو بغيرهما اسم علم للنار، ومنه قوله تعالى: إن كتاب الفجار لفي سجين، ويقال: فعل ذلك سجينا أي علانية. والساجون: الحديد الأنيث، وضرب سجين أي شديد. (**شريك، 2010، ص 21**)

اصطلاحا:

أما اصطلاحا فيقصد بالسجن أو الحبس تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية وسالبة لها وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي وفي أجواء طليقة، والحيلولة دون ممارسة أي نشاط ما، وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم وتسميات مثل الإصلاحيات أو مراكز التأديب أو دور الإصلاح والتهذيب أو التقويم أو مؤسسات إعادة التربية أو غير ذلك من التسميات.

كما يعرف النظام القانوني الجزائري السجن أو المؤسسة العقابية على أنها: تعتبر المؤسسة العقابية ذلك المكان الذي تنفذ فيه العقوبات السالبة للحرية طبقا للأوامر الصادرة عن الجهات القضائية والإكراه البدني عند الاقتضاء. المادة **25** الفقرة الأولى من القانون **04/05**. (**قانون تنظيم السجون، 2005، ص 11**)

2- تعريف المحبوس:

لغة:

مشتق من الفعل سجن، أي حبسه، يقال سجنه يسجنه سجنا بفتح السين مصدر سجن، وبكسرها المكان، ورجل سجين أي مسجون ويطلق على الذكر والأنثى فيقال: رجل سجين وامرأة سجين. (**عليان أبو حميدة، 2012، ص ص85- 109**)

إصطلاحا:

تنص المادة السابعة (**07**) على أن المقصود بكلمة محبوس، كل شخص يتم إيداعه بالمؤسسة العقابية، تنفيذا لأمر، أو حكم، أو قرار قضائي.

كما يمكن تعريف المسجون على **أنه" الشخص الذي ارتكب جريمة أو أكثر، مخالفا بذلك نصا في القانون عمدا، ومودعا في إحدى المؤسسات العقابية**"، وهذا التعريف له الخصائص الآتية:

- ✓ ركز على الفرد المرتكب لجريمة أو أكثر؛

- ✓ من المحتمل أن يرتكب الفرد جريمة أو أكثر؛
- ✓ أن ارتكاب الجريمة يكون بصورة عمدية وليست عفوية؛
- ✓ أن المسجون لابد وأن يودع في إحدى المؤسسات العقابية.

لـ يعرف اليوسف (1999) " النزيل بأنه الشخص الذي منعت حريته بقصد تعويقه ومنعه من التصرف بنفسه، سواء كان ذلك من خلال وضعه في بيت أو مسجد أو قبو، كما كان سائدا في الماضي، أو كان ذلك من خلال وضعه في بناء مقفل يوضع فيه الأشخاص المتهمون في إنتظار محاكمتهم أو تنفيذ الأحكام الصادرة ضدهم كما هو سائد ومعمول به في الوقت الحاضر."

لـ أما عبد النبي (1998) فيرى أن المقصود بالنزلاء في مجال المؤسسات العقابية " كل فرد يثبت اتهامه في إحدى الجرائم ويصدر ضده حكم قضائي نهائي بعقوبة سالبة للحرية".

ولفظ **النزيل** هي بدل للفظ **السجين** حسب التوجيهات العالمية التي تنادي بالإصلاح والتغيير من أوضاع السجون، ففي كلمة نزيل إشارة إلى ضرورة تقديم الخدمات المناسبة له والتي تمثل الهدف الأساسي منها في إعادة تأهيل وإصلاح النزلاء."

3- مفهوم العقوبة السالبة للحرية :

إن المقصود بالعقوبة السالبة للحرية في نظر القانون: "هو ذلك العقاب المتمثل في حبس الشخص وتقييد حريته وهذا تنفيذا لأمر، أو حكم، أو قرار قضائي: (**شريك، 2010، ص 60**)

- ✓ نهائي وذلك بمستخرج حكم أو قرار جزائي (محكوم عليه نهائيا)؛
- ✓ غير نهائي وذلك بأمر إيداع أو أمر بالقبض، تلبس...الخ (المتهمون).

ومن سماتها أن تكون:

* شرعية قانونية؛

* أصلية غير تبعية ولا تكميلية أي غير موقوفة التنفيذ؛

* محددة بالمدة الزمنية؛

* وتنفذ بالمؤسسات العقابية التابعة هيكليا لوزارة العدل.

4- أهداف العقوبة السالبة للحرية:

تهدف العقوبة السالبة للحرية إلى تكريس مبادئ وقواعد لإرساء سياسة عقابية قائمة على فكرة الدفاع الاجتماعي التي تجعل من تطبيق العقوبة وسيلة لحماية المجتمع بواسطة إعادة التربية والإدماج الاجتماعي للمحبوسين"، وهذا ما نص عليه القانون **04/05** المؤرخ في: **06 فيفري (2005)**، وبتمعننا في محتوى المادة الأولى منه يتبين لنا أن للعقوبة السالبة للحرية أهداف نبيلة هي:

- ✓ تحقيق مبدأ العدالة بمعاقبة الخارجين عن القانون ؛
- ✓ صيانة وحماية النظام العام ومصالح الدولة؛
- ✓ حماية الأشخاص وممتلكاته؛
- ✓ تهذيب سلوك المنحرفين وحماية المجرم من نفسه ومن الغير؛
- ✓ الحد من ظاهرة الإجرام؛
- ✓ تحقيق هدف إعادة إدماج المحبوسين وذلك برفع قدراتهم الفكرية، التعليمية والتمهينية، وتشجيعهم في المشاركة في مختلف الامتحانات مع التكفل التام بكل إجراءات التسجيل والدراسة وتوفير جميع الوسائل البيداغوجية الضرورية.

5- تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة:

5-1- مفهوم البيئة المغلقة:

يقصد بنظام البيئة المغلقة ذلك النظام الذي تخضع فيه كل فئات المحبوسين للحضور الدائم وتحت المراقبة المستمرة مع الالتزام التام بقواعد وأسس الانضباط والطاعة المفروضة داخل أماكن الاحتباس، إذ لا يمكن في أي حال من الأحوال استقبال أو وضع أي شخص بأية مؤسسة عقابية كانت إلا إذا كان من بين الأشخاص الذين تضمنتهم نص المادة (**07**).

(قانون تنظيم السجون، 2005، ص 12)

لقد صنف القانون **04/05** في المادة **28** منه البيئة المغلقة إلى مؤسسات ومراكز متخصصة حيث بينت أنواع المؤسسات العقابية ومجال اختصاصها وأصناف المحبوسين الموقوفين بها وكذا المراكز المتخصصة وسنتناولها على النحو التالي:

5-2- المؤسسات:

5-2-1- مؤسسات الوقاية:

" تقع مؤسسة الوقاية بدائرة اختصاص كل محكمة، وتختص لاستقبال فئتي المحبوسين مؤقتا، وكذا المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية تساوي أو تقل عن سنتين (**2**)، أومن بقي لانقضاء عقوبتهم سنتين (**2**) أو أقل وكذا المحبوسين لإكراه بدني".

5-2-2- مؤسسات إعادة التربية:

" تقع مؤسسة إعادة التربية بدائرة اختصاص كل مجلس قضائي وتختص لاستقبال المحبوسين مؤقتا، والمحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية تساوي أو تقل عن خمس (**5**) سنوات، ومن بقي لانقضاء عقوبتهم خمس (**5**) سنوات أو أقل والمحبوسين لإكراه بدني".

5-2-3- مؤسسات إعادة التأهيل:

تختص مؤسسات إعادة التأهيل في حبس فئة المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة الحبس لمدة تفوق خمس (**5**) سنوات وبعقوبة السجن، وكذا المحكوم عليهم معتادي الإجرام والخطيرين، مهما تكن مدة العقوبة المحكوم بها عليهم وأيضا المحكوم عليهم بالإعدام".

*وتنص الفقرة الأخيرة من هذه المادة على أنه:

" يمكن أن تخصص بمؤسسات إعادة التربية وإعادة التأهيل أجنحة مدعمة أمنيا، لاستقبال المحبوسين الخطرين الذين لم تجد معهم طرق إعادة التربية المعتادة ووسائل الأمن العادية سبيلا وحلا ناجعا."

5-2-4- المراكز المتخصصة:

✓ **مراكز متخصصة للنساء:** تخصص مراكز خاصة أو أجنحة لاستقبال النساء المحبوسات مؤقتا، والمحكوم عليهن نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها، والمحبوسات لإكراه بدني.

✓ **مراكز متخصصة للأحداث:** تخصص مراكز خاصة أو أجنحة لاستقبال الأحداث الذين تقل أعمارهم عن ثماني عشرة (**18**) سنة، المحبوسين مؤقتا، وكذا المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها.

وتنص المادة **29** من القانون **04/05** على أنه: «تخصص بمؤسسات الوقاية ومؤسسات إعادة التربية عند اللزوم أجنحة منفصلة لإستقبال المحبوسين مؤقتا من الأحداث والنساء، والمحكوم عليهم نهائيا، بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها".

6- حقوق المحـــبوســـين:

لقد كرس قانون تنظيم السجون حقوقا للمحبوس ولا سيما ما ورد في المواد **57** إلى غاية المادة **79** وسنتناولها بالتفصيل كما يلي:

↵ الحفاظ على الكرامة الإنسانية:

لقد أولى المشرع الجزائري أهمية بالغة في كيفية التعامل مع المحبوسين حيث سن مجموعة من النصوص والقوانين، التي تلزم كافة الموظفين القائمين على المؤسسات العقابية والمراكز المتخصصة أن تعامل جميع فئات المحبوسين معاملة يسودها الاحترام وتصون كرامتهم على أساس أنه كائن بشري يجب أن يعامل معاملة كريمة دون المساس بشخصه والابتعاد عن كل أساليب الاضطهاد والتعذيب أو المساس بحقوقه المادية والمعنوية، وهذا طبعا عملا بكل المواثيق الدولية الرامية لاحترام حقوق الإنسان بصفة عامة وحقوق المحبوسين على وجه الخصوص، وهذا ما نصت عليه المادة **2** من القانون **04/05**.

↵ الرعاية الصحية:

إن تنفيذ العقوبة السالبة للحرية لا تحرم المحبوس من ممارسة حقوقه كليا أو جزئيا إلا في حدود ما هو ضروري لإعادة تربيته وإدماجه اجتماعيا وفقا لأحكام هذا القانون (المادة الرابعة منه)، ومنه فقد جاء في مضمون المواد **57** إلى غاية المادة **65** أن الرعاية الصحية مكفولة لجميع فئات المحبوسين، إذ يستفيد المحبوس من الخدمات الطبية في مصحة المؤسسة العقابية، وعند الاقتضاء في أي مؤسسة إستشفائية أخرى (**المادة 57**).

ويتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفساني عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه وكلما دعت الضرورة ذلك (**المادة 58**)، كما يجب تقديم الإسعافات والعلاجات الضرورية للمحبوس، وتجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحاليل للوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية تلقائيا (**المادة 59**).

والمتمعن في محتوى المذكرات الوزارية أدناه دليل قاطع في الاهتمام الكبير الذي توليه الإدارة الوصية بفئة المحبوسين، ونذكر منها:

- ✓ المذكرة الوزارية رقم: **05/1617** المؤرخة في (**2005/07/03**): المتضمنة ضرورة تكليف أطباء المؤسسات العقابية بضمان المناوبة الطبية الليلية وهذا بالتنسيق مع أطباء المصالح الاستشفائية مع ضرورة التكفل المادي لهؤلاء (دفع المستحقات المالية لهم).
- ✓ وكذا مضامين البرقيات الوزارية أدناه تصب في نفس الموضوع وهي:
  - البرقية رقم: 05/62 المؤرخة في (**2005/01/24**).
  - البرقية رقم:05/2117 المؤرخة في (**2005/05/30**).
  - البرقية رقم:05/1991 المؤرخة في (**2005/08/04**).
- ✓ وقد جاء مضمون المذكرة الوزارية رقم: **06/6132** المؤرخة في (**06/10/17**) والذي ينص على ضرورة التكفل النفسي بالمحبوسين من قبل الأخصائيين النفسانيين عند الدخول الأولي والكشف المبكر عن الحالات التي تحتاج متابعة ورعاية خاصة وكذا المحبوسين ذوي السلوك الخطير والمدمنين على المخدرات، وذلك:
  - بتسهيل نقل الأخصائيين النفسانيين إلى أماكن الاحتباس والعزلة.
  - استقبال عائلات المحبوسين وذلك قصد بناء وتجديد الروابط الأسرية.
  - فتح ملفات للمساجين عند الفحص الأولي للرعاية والمتابعة.
- ✓ ويسهر طبيب المؤسسة العقابية على مراعاة قواعد الصحة والنظافة الفردية والجماعية داخل أماكن الاحتباس، وعليه أيضا أن يتفقد مجموع الأماكن بها، ويخبر مدير المؤسسة بكل معاينة للنقائص، أو كل الوضعيات التي من شأنها الإضرار بصحة المحبوسين (**المادة60**).

- ✓ وتنص المادة **62** من نفس القانون، على ما يلي: يتخذ مدير المؤسسة العقابية بالتنسيق مع الطبيب وإذا اقتضى الأمر مع السلطات العمومية المؤهلة، كل التدابير الضرورية للوقاية من ظهور وانتشار الأوبئة والأمراض المعدية بالمؤسسة العقابية.
- ✓ وبالرجوع لمحتوى البرقية الوزارية رقم :**06/3766** المؤرخة في (**2006/07/03**): والمتضمنة ضرورة اتخاذ التدابير الضرورية واللازمة لتغطية صحية أكثر فعالية داخل المؤسسات العقابية خلال فصل الصيف وهذا بالتنسيق مع المصالح الولائية المختصة لتفادي انتشار الأمراض والأوبئة.
- ✓ وتجسيدا لكل هذا، أبرمت اتفاقية بين وزارة العدل ووزارة الصحة والسكان من خلال القرار الوزاري المشترك المؤرخ في **1997/05/13** ولاسيما المادتين **15**و**16** منه والمتضمنتين التغطية الصحية للمحبوسين بالمؤسسات العقابية، أيضا تفعيل نشاط اللجان الولائية المحلية المكلفة بتقييم مدى تطبيق الاتفاقية المتعلقة بالتغطية الصحية للمحبوسين بالمؤسسات العقابية ومدى تنفيذها، وكذا القرار الوزاري المؤرخ في: **1972/02/23** والمتعلق بالمعالجة الاستشفائية للمحبوسين بالمستشفيات العمومية.
- ✓ وعند دخول مسجونة إلى المؤسسة العقابية يجب أن تتخذ جميع الاحتياطات لتجرى عليها فحوصات وتحاليل طبية لمعرفة ما إذا كانت حاملا أم لا، وفي حالة نقلها إلى المستشفى أو عيادة الولادة لوضع حملها تعود المسجونة إلى المؤسسة العقابية مصحوبة بمولودها بمجرد أن تسمح حالتها أو حالة المولود الصحية بذلك.
- ✓ ويكون إدخال المساجين للمستشفى طبقا للشروط المحددة في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في **1997/05/13** والمتعلق بالمعالجة الاستشفائية للمحبوسين داخل المستشفيات.
- ✓ إن البقاء في المستشفى لا يوقف تنفيذ العقوبة السالبة للحرية بل يعتبر استمرارا لها، وتنظم الزيارات المرخص بها قانونا مع المتابعة من طرف أطباء المؤسسات بالاشتراك مع أطباء المستشفيات، وفي حالة تحسن الحالة الصحية للمحبوس يستوجب علي الطبيب المعالج إدخاله إلى عيادة المؤسسة لاستكمال العلاج المناسب، غير أنه لا يمكن أن تتجاوز مدة العلاج بالمستشفى **45** يوما إلا إذا اقتضت الضرورة ذلك وهذا بالاتفاق بين طبيب المؤسسة وطبيب المستشفى (المعالج) مع إشعار قاضي تطبيق العقوبات بواسطة تقرير مسبب ومفصل عن الحالة الصحية للمريض، ولهذا الاخير الحق في طلب خبرة طبية مضادة على المريض الذي فاقت مدة مكوثه بالمستشفى أكثر من **45** يوما في حالة الشك.

✓ وتنص المادة**61** من هذا القانون على أن " يوضع المحبوس المحكوم عليه الذي ثبتت حالة مرضه العقلي أو الذي ثبت إدمانه على المخدرات أو المدمن الذي يرغب في التخلص من هذه السموم بهيكل استشفائي متخصص لتلقيه العلاج وفقـــا للتشريع المعمول به ".

✓ يصدر النائب العام المختص مقرر الوضع التلقائي رهن الحبس، بناء على رأي مسبب، يدلي به طبيب مختص، أو في حالة الاستعجال، بناء على شهادة طبية لطبيب المؤسسة العقابية، ينتهي الوضع التلقائي رهن الملاحظة، وفق الإجراءات المنصوص عليها في التشريع المعمول به، وذلك إما برجوع المحبوس المحكوم عليه معافى إلى المؤسسة العقابية لقضاء ما تبقى من العقوبة عند الاقتضاء، وإما بالوضع الإجباري لثبوت إصابته بمرض عقلي موصوف بالخطورة.

✓ وفي حالة وفاة محبوس، يبلغ مدير المؤسسة العقابية واقعة الوفاة إلى المصالح المختصة بوزارة العدل والسلطات القضائية والإدارية المختصة محليا وعائلة المعني، وتسلم جثة المحبوس المتوفى لعائلته، وفي حالة الوفاة المشبوهة، لا تسلم الجثة للعائلة إلا بعد إتمام عملية التشريح، وتحفظ نسخة من تقرير تشريح الجثة بالملف الشخصي للمحبوس المتوفى على مستوى المؤسسة العقابية.

✓ وفي هذا الإطار تنص المذكرة الوزارية رقم: **06/4496** المؤرخة في: **2006/08/02** على: إلزامية مساعدة كل عائلات المتوفين وذلك بالتكفل بنقل جثة المتوفي إلى أهله بوسائل نقل المؤسسة العقابية وكذا ضرورة تقديم المساعدة الاجتماعية والمالية للمحبوس المعوز المتوفي لعائلته، وإذا لم تتم المطالبة بالجثة وأصبحت حالتها لا تسمح بالحفظ، تتولى مصالح البلدية المختصة عملية الدفن وفقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما (**المادة 65**).

✓ وبما أن الصحة الجيدة تتماشى مع التغذية السليمة، فقد نصت **المادة 63** من نفس القانون على أنه:" **يجب أن تكون الوجبة الغذائية متوازنة وذات قيمة غذائية كافية**"، بالإضافة إلى القفة الغذائية التي يتلقاها المحبوس في إطار الزيارات العائلية أو الحاجيات التي يقتنيها من محل البيع الأسبوعي الذي تنظمه المؤسسة العقابية، ونشير هنا إلى وجوب الاحتفاظ بالصحن الشاهد لمعاينة الوجبة الغذائية المقدمة للمحبوسين كل يوم للعودة إليها عند الاقتضاء (حدوث تسممات غذائية على سبيل المثال).

✓ إضافة لكل هذا، فإنه لا يمكن توفير الرعاية الصحية اللازمة إلا إذا توفرت شروط النظافة، حيث يلزم كافة المحبوسين بالنظافة البدنية، ويجب أن تتوفر لدى كل محبوس الأدوات اللازمة لنظافته الشخصية، مع القيام بالتحاليل الدورية للمياه المستعملة

للشرب وكذا رش كل أماكن الاحتباس بمختلف المبيدات كإجراء وقائي تفاديا لانتشار الأوبئة والأمراض وخاصة المعدية منها.

✓ وإذا ما لجأ أي محبوس للإضراب عن الطعام أو رفض العلاج لأي سبب كان فعلى إدارة المؤسسة أن توضعه في النظام الانفرادي كإجراء وقائي، وإذا تعدد المضربون يعزلون عن غير المضربين ويوضعون تحت المراقبة والمتابعة الطبية اللازمة، وإذا أصبحت حياة المحبوس المضرب عن الطعام أو الرافض للعلاج معرضة للخطر وجب إخضاعه للعلاجات الضرورية تحت مراقبة طبية مستمرة حسب **المادة 64 من القانون.**

لـ الزيارات والمحادثة:

✓ **الزيارات:**

تعتبر الزيارة من أهم العوامل المساعدة على توطيد أواصر العلاقات العائلية للمحبوسين وذويهم، وكذا إعادة إدماجهم أسريا واجتماعيا، لذلك وسع المشرع الجزائري في القانون **04/05** من دائرة زائري المحبوسين إلى غاية الدرجة الرابعة بالنسبة للأصول والفروع، والدرجة الثالثة بالنسبة للأقارب بالمصاهرة (**المادة 01/66**).

كما يمكن الترخيص استثناء بزيارة المحبوس من طرف أشخاص آخرين أو جمعيات إنسانية أو خيرية، إذا تبين أن في زيارتهم له فائدة لإعادة إدماجه اجتماعيا حسب **المادة 66/ الفقرة –2–3**، وللمحبوس الحق في أن يتلقى زيارة الوصي عليه والمتصرف في أمواله ومحاميه أو أي موظف أو ضابط عمومي متى كانت أسباب الزيارة مشروعة (المادة **67**).

لـ المحادثة:

أيضا من أجل توطيد العلاقات العائلية بين المحبوسين وذويهم يسمح بإجراء المحادثة وفقا للنظام الداخلي للمؤسسات العقابية، حيث أنه في الأصل المحادثة تجرى بين المحبوسين وذويهم بفاصل مخصص لهذا الغرض، إلا أن القانون وفي مادتيه **50 و119** نص على المحادثة دون فاصل للمحبوسة الحامل وجوبا وكذا بالنسبة للأحداث، ووسعت المذكرة الوزارية رقم **05/2023** من دائرة المستفيدين من المحادثة دون فاصل حيث جاء فيها:

- تمنح الزيارة المقربة لفئتي الأحداث والنساء والمحبوس الذي لم يحضر جنازة أحد أقاربه أو الذي رزق بمولود وكذا من نجح في أحد الامتحانات الدراسية والتكوين المهني؛
- تقرر الزيارات المقربة من طرف مدير المؤسسة دون غيره مع تقييدها وجوبا بسجل الزيارات؛
- أما بالنسبة للمحبوس المريض الذي لا يمكنه تأدية الزيارة في ظروف عادية تجرى له في أماكن مهيأة لهذا الغرض وتقيد في سجل الزيارات؛
- وتنص المادة **1/70** من القانون **04/05** أنه للمحامي الحق في الاتصال بالمتهم بكل حرية من دون حضور عون الحراسة في غرفة المحادثة المعدة خصيصا لذلك شريطة أن يكون مصحوبا برخصة الزيارة من الجهة القضائية المختصة.

ـ المراسلات:

لقد راعى المشرع الجزائري خصوصية البيئة المغلقة وإمكانية عدم تلقي المحبوسين للزيارات العائلية، ولذلك مكنهم من مراسلتهم عن طريق البريد، ناهيك عن مراسلة مختلف السلطات والمحامين، وبالتالي تم تنظيم هذا الأمر من خلال القانون **04/05**.

حيث نصت المادة **73** على ما يلي:

" يحق للمحبوس، تحت رقابة مدير المؤسسة العقابية مراسلة أقاربه أو أي شخص أخر شريطة ألا يكون ذلك سببا في الإخلال بالأمن وحفظ النظام داخل المؤسسة العقابية، أو إعادة تربية المحبوس وإدماجه في المجتمع"، ومن خلال هذه المادة نفهم أن مراسلات المحبوسين تخضع لمراقبة مدير المؤسسة قبل إرسالها وعند تلقيها أيضا، إلا أنه لا تخضع المراسلات الموجهة من المحبوس إلى محاميه أو التي يوجهها هذا الأخير إليه لرقابة مدير المؤسسة العقابية، ولا يتم فتحها لأي عذر كان، إلا إذا لم يظهر على الظرف ما يبين بأنها مرسلة للمحامي أو صادرة عنه وكذا المراسلات الموجهة من المحبوس إلى السلطات القضائية والإدارية. المادة **2/1/74**.

- أما المراسلات التي يوجهها المحبوس للمحامي بالخارج فإنها تخضع للسلطة التقديرية للنيابة العامة المادة **3/74**.
- وبإمكان المحبوس الأجنبي مراسلة السلطات القنصلية لبلده، وهذا مراعاة لمبدأ المعاملة بالمثل المادة **75**.

– أما بخصوص تداول المراسلات فيما بين المحبوسين، فإنه تمنع كل المراسلات التي تتم بين المحبوسين سواء داخل نفس المؤسسة أو من مؤسسة إلى أخرى، ويستثنى من هذا الإجراء رسائل المحبوسين الذين تربطهم علاقات عائلية والتي يجب أن تخضع لترخيص مسبق وخاص من مدير المؤسسة شخصيا.

المذكرة الوزارية رقم 6246 / 06 المؤرخة في: 22 أكتوبر 2006.

– كما يحق له أيضا أن يقدم شكواه وأن يرفع تظلمه إلى الموظفين المؤهلين، والقضاة المكلفين بالتفتيش الدوري للمؤسسة العقابية، وله الحق في مقابلة هؤلاء دون حضور موظفي المؤسسة العقابية.

– يمنع على المحبوسين في كل الاحوال تقديم الشكاوى والتظلمات أو المطالب بصفة جماعية إذا كانت الوقائع موضوع التظلم تكتسي الطابع الجزائي، أو من شأنها الإخلال بالنظام داخل المؤسسة العقابية أو تهديد امنها، فإنه يجب على مدير المؤسسة العقابية أن يراجع وكيل الجمهورية وقاضي تطبيق العقوبات فورا المادة **79**.

تسيير أموال المحبوسين:

لقد راعى المشرع الجزائري خصوصية البيئة المغلقة وإمكانية عدم تلقي المحبوسين للزيارات العائلية، ولذلك مكنهم من التصرف في أموالهم المودعة بمصلحة كتابة الضبط المحاسبة أو التي يتلقونها عن طريق الحوالات البريدية من ذويهم وبالتالي تم تنظيم هذا الأمر من خلال القانون **04/05**، حيث نصت المادة **76** على أنه: (**للمحبوس الحق في تلقي الحوالات البريدية أو المصرفية والطرود والأشياء التي ينتفع بها في حدود النظام الداخلي للمؤسسة العقابية وتحت رقابة إدارتها**).

- ✓ وتنص المادة **77** على أنه تمسك كتابة الضبط المحاسبة بالمؤسسة العقابية حسابا اسميا لتسجيل القيم المملوكة للمحبوسين سواءا عند الدخول الأولي أو التي ترد إليهم عن طريق الحوالات البريدية ومنه يمنع منعا باتا على المحبوس الاحتفاظ بالنقود والمجوهرات والأشياء الثمينة، بل هو ملزم بالتصريح وتسليم كل ممتلكاته للمصلحة المعنية مقابل وصل.
- ✓ يحتفظ المحبوس بحق التصرف في أمواله في حدود أهليته القانونية وبترخيص من القاضي المختص.
- ✓ لا يصح أي إجراء أو تصرف من المحبوس إلا بمعرفة موثق أو محضر قضائي أو موظف مؤهل قانونا، ويتم وجوبا داخل المؤسسة العقابية بعد استصدار رخصة للزيارة، طبقا لأحكام الفقرتين **1**و**2** من المادة **68** أعلاه.

ـ شكاوى المحبوسين وتظلماتهم:

يجوز للمحبوس عند المساس بأي حق من حقوقه، أن يقدم شكوى إلى مدير المؤسسة العقابية الذي يتعين عليه قيدها في سجل خاص والنظر فيها، والتأكد من صحة ما ورد فيها، واتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة في شأنها، وإذا لم يتلق المحبوس ردا على شكواه من مدير المؤسسة العقابية بعد مرور عشرة ايام (**10**) من تاريخ تقديمها، جاز له إخطار قاضي تطبيق العقوبات مباشرة.

- كما يحق له أيضا أن يقدم شكواه وأن يرفع تظلمه إلى الموظفين المؤهلين، والقضاة المكلفين بالتفتيش الدوري للمؤسسة العقابية، وله الحق في مقابلة هؤلاء دون حضور موظفي المؤسسة العقابية.
- يمنع على المحبوسين في كل الاحوال تقديم الشكاوى والتظلمات أو المطالب بصفة جماعية إذا كانت الوقائع موضوع التظلم تكتسي الطابع الجزائي، أو من شأنها الإخلال بالنظام داخل المؤسسة العقابية أو تهديد أمنها، فإنه يجب على مدير المؤسسة العقابية أن يراجع وكيل الجمهورية وقاضي تطبيق العقوبات فورا المادة **79**.

7- واجبات المحبوسين:

7-1- احترام قواعد الانضباط والمحافظة على النظام والأمن داخل المؤسسات:

إن المتمعن في مضمون المواد **80-81-82** من القانون **04/05** يتضح لديه أن المحبوس ملزم باحترام قواعد الانضباط والمحافظة على النظافة والأمن والنظام داخل المؤسسة العقابية و المراكز المتخصصة للنساء والأحداث وكذا الورشات، وهو ملزم أيضا بطاعة الموظفين الذين يشرفون على تسيير المؤسسات العقابية، إلى جانب هذا يعين في كل مؤسسة عقابية مجموعة من المحبوسين للقيام بالخدمة العامة في أماكن الاحتباس من أجل المحافظة على النظافة والنظام وضمان الأعمال المختلفة واللازمة لضمان سير أجنحة الاحتباس في أحسن الظروف، إلا أنه لا يمكن لأي محبوس أن يشغل منصب سلطة أو مسؤولية .

خلاصة فهو ملزم بما يلي:

- ✓ احترام قواعد الانضباط؛
- ✓ المحافظة على النظام والأمن؛

- ✓ احترام النظام الداخلي للمؤسسة؛
- ✓ الالتزام بشروط الصحة والنظافة؛
- ✓ القيام بالخدمة العامة في أماكن الاحتباس.

نص المادة 80: يجب على المحبوس أن يحترم قواعد الانضباط وأن يحافظ على النظام والأمن، الصحة والنظافة داخل المؤسسة العقابية.

نص المادة 81: مع مراعاة الظروف الصحية للمحبوس، وكفاءته ووضعيته الجزائية، يعين في كل مؤسسة عقابية محبوسون للقيام بالخدمة العامة من أجل المحافظة على نظافة أماكن الاحتباس وضمان الأعمال المختلفة اللازمة لحسن سير المصالح.

7-2- احترام قواعد النظافة داخل المؤسسات العقابية:

يلزم كافة المحبوسين بالنظافة البدنية ويجب أن تتوفر لديهم الأدوات اللازمة لنظافتهم الشخصية وتسهر إدارة المؤسسة العقابية على ضمان حدها الأدنى (الصابون، وسائل الحلاقة المختلفة)، ووفقا للتدابير الصحية، تلتزم إدارة المؤسسة بضمان الاستحمام وحلاقة اللحية مرة في الأسبوع على الأقل لكافة المحبوسين وكذا قص شعر الرأس، كما يحتفظ المتهم بملابسه الشخصية ويرخص له أن يستلم من عائلته الملابس التي يحتاجها أو يشتريها على حسابه الخاص من محل البيع، وسيتم التطرق لهذا الموضوع في مادة القانون الداخلي للمؤسسات العقابية.

7-3- امتثال المحبوسين للتفتيش:

يجب على المحبوس الامتثال للتفتيش في كل حين وكلما رأت الضرورة ذلك، وعلى سبيل المثال أثناء الاستخراج للمحاكمة أو الاستشفاء أو التحويل، وعند الخروج للعمل في الورشات الخارجية والعودة منها إلى المؤسسة، أيضا عند المحادثة ومقابلة المحامي. وأشير هنا إلى أن القانون ألزم على أن تتم عملية تفتيش المحبوسين من طرف موظفين من جنسه على أن تراعى في هذه العملية كرامته.

نص المادة 82: يجب على المحبوس الامتثال للتفتيش في كل حين.

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى فهم المسجون، وطريقة تسيره في المؤسسات العقابية حتى نكون نظرة شاملة على ما سنتطرق إليه في الجانب التطبيقي وهي العينة التي ستدرس، والتعرف على مدى فعالية هذا العلاج في خفض سلوكهم العدواني فالمؤسسات العقابية حقل خصب في البحوث والدراسات النفسية والعلاجية، حتى يمكن إدماج هذه الفئة في المجتمع فيكون له دور فاعل في تطوير مجتمعه.

الجـــانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية الدراسة

الفصل السادس: عرض الحالات الأربع وتحليلها

الفصل السابع عرض نتائج الدراسة ومناقشة الفرضيات

الفصل الخامس

منهجية الدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- تعريف المنهج

3- تعريف المنهج العيادي

4- تعريف دراسة حالة

5- المنهج العيادي ودراسة الحالة

6- حدود الدراسة

7- وعينة الدراسة

8- أدوات الدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان، فمن خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة، حسب **عبد الرحمن عيسوي**" فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه، كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف وعلى الإمكانات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث. (**عثماني وبلحاج، 2019، ص61**)

وتمثلت أهميت البحث الاستطلاعي وأهداف دراستنا فيما يلي:

- تحديد مكان إجراء البحث الميداني والتعرف أكثر على العينة لتوجيهنا وتعرفنا على المكان الذي سيجرى فيه البحث وكيفية معالجة تعامل مع المعطيات؛
- مكنتنا الدراسة الاستطلاعية من تحديد موضوع البحث الذي كان سيجرى؛
- تحديد المنهج المستخدم بأدواته وهي المقابلة العيادية والملاحظة العيادية، الاختبار النفسي وتطبيق تقنية العلاجية المتمثلة في **EMDR**؛
- يساهم في توفير نوع من المعرفة حول موضوع البحث بجمع المعلومات والبيانات حول الظاهرة.

1-1- مجال الدراسة الاستطلاعية:

- **مجال مكاني**: أجريت في مؤسسة إعادة التأهيل البر واقية
- **مجال زماني**: دامت مدتها من **2019/11/10** إلى غاية **2020/03/22**

1-2- طريقة العمل ومواصفات حالات الدراسة الاستطلاعية:

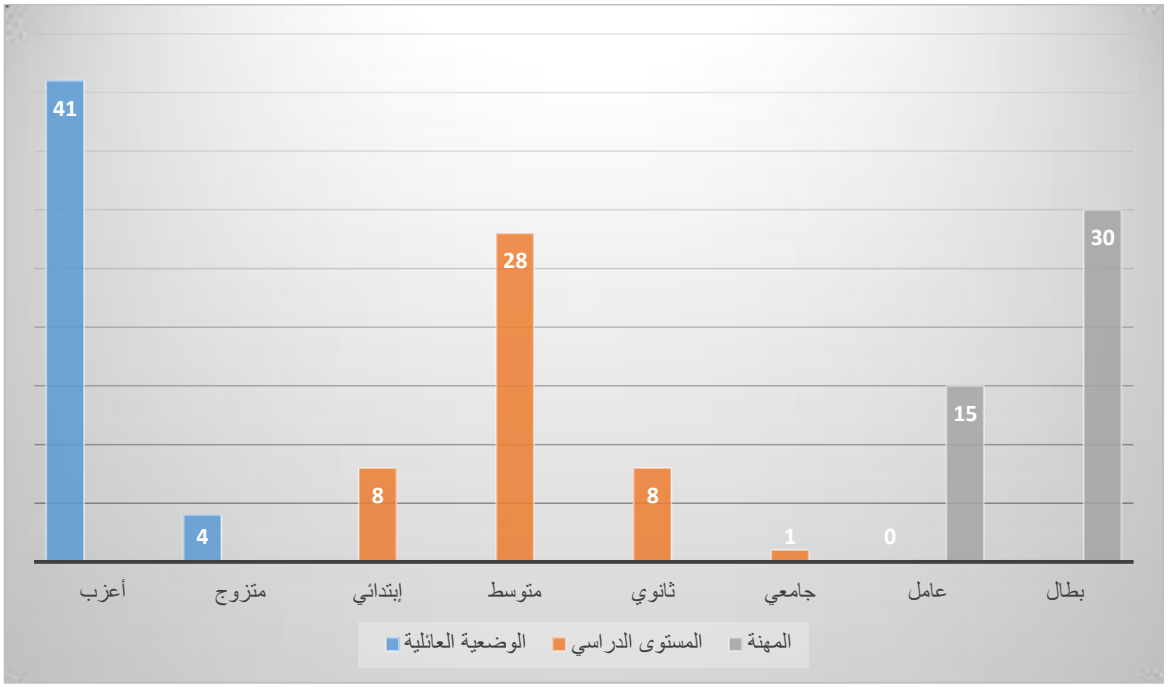
- **الانتقاء وتحديد العينة:**
  - مرحلة الأولى: إعداد قائمة أولية للمساجين المتسمين بالعنف وهم (**54**) مسجون؛
  - المرحلة الثانية: ملاحظتهم عن طريق شبكة الملاحظات؛
  - المرحلة الثالثة: باستغلال الوثائق المعتمدة في العملية وكانت النتائج على النحو التالي:

1- حسب متغيرات السن، الوضعية العائلية، المستوى الدراسي والمهنة:

المتغيرات	السـن				الوضعية العائلية		المستوى الدراسي				المهنة	
	18- 25	26- 35	36- 45	46 فما فوق	أعزب	متزوج	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	عامل	بطال
العدد	11	31	10	02	50	04	12	33	08	01	15	39

رقم (03): متغيرات السن، الوضعية العائلية، المستوى الدراسي والمهنة.

التحليل: أكثر المحبوسين ممارسة للعنف ينحصرون في السن **26-35** سنة ب **31** محبوس، ومابين السن **18-25** ب **10** محبوسين و**36-45** ب **11**محبوسن وتقل في السن **46** فما فوق ب **02** محبوسين.



رقم (11): مخطط بياني يبين توزيع العينة بالنسبة للمهنة، المستوى الدراسي والوضعية العائلية

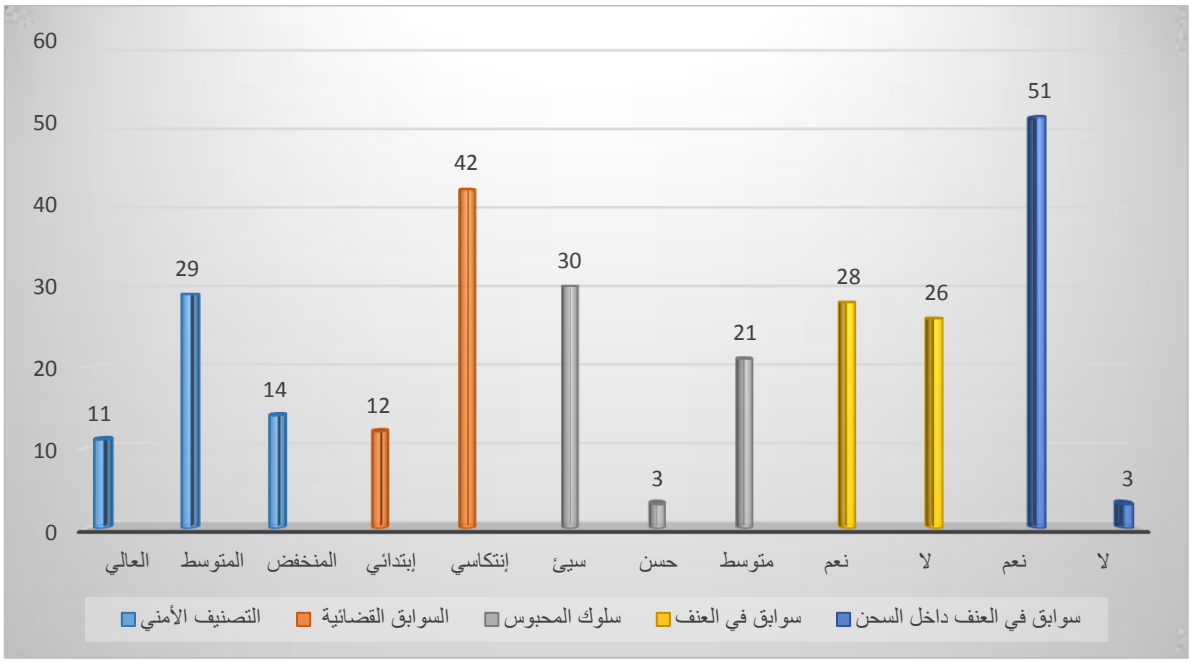
التحليل: أغلبيتهم غير متزوجين ب **50** محبوس و**04** محبوسين فقط متزوجين، وهو عامل مهم لما يتسم الزواج بالاستقرار والمسؤولية الزوجية والأبوية، مع المستوى التعليمي جلهم في المتوسط ب **33** محبوس مما يدل على السن الحساس والخطير في

التوقف عن الدراسة وهو سن المراهقة و**12** محبوس في الابتدائي وتقل في المستوى الثانوي ب **08** محبوسين و**01** جامعي أغلبيتهم بطالين ب **39** محبوس و**15** محبوس فقط عامل، كذلك متغير مهم في جعل الشخص يستقر ويملئ الفراغ وإنتاجية الشخص وتقديمه منفعة للمجتمع.

2- حسب متغيرات التصنيف الأمني والسوابق القضائية وسلوكه:

المتغيرات	التصنيف الأمني			السوابق القضائية		سلوك المحبوس			سوابق المحبوس في العنف		سوابق العنف داخل المؤسسة	
	عالي	متوسط	منخفض	ابتدائي	انتكاسي	سيئ	حسن	متوسطة	نعم	لا	نعم	لا
المجموع	11	29	14	12	42	30	03	21	28	26	51	03

رقم (04): جدول يلخص متغيرات التصنيف الأمني والسوابق القضائية وسلوكه.



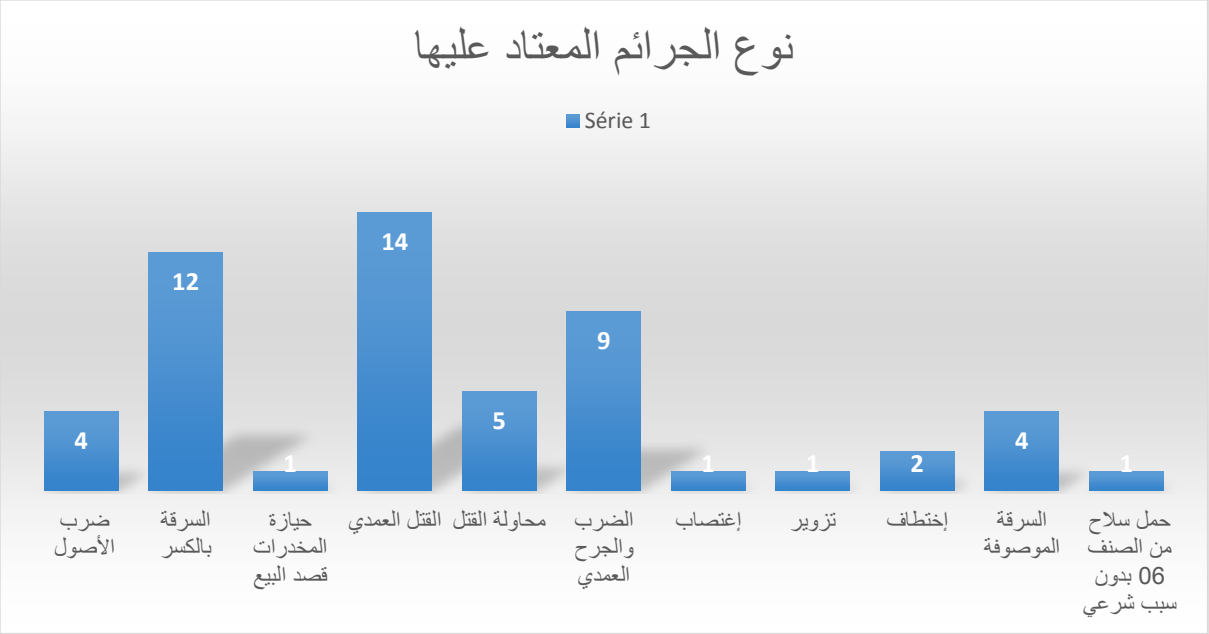
رقم (12): مخطط بياني يبين توزيع العينة بالنسبة للسوابق في العنف، سلوك المحبوس، السوابق القضائية، التصنيف الأمني

التحليل: أغلبيتهم في مستوى المتوسط في التصنيف الأمني ب **29** محبوس ويليه المنخفض ب **14** محبوسين وأقلهم العالي **11** محبوسين، أغلبيتهم انتكاسين ب **42** محبوس و**12** فقط ابتدائيين، سلوكهم ما بين المتوسط والسيئ **30** و**21**، و**03** فقط حسن، **28** محبوس له سوابق في العنف خارج المؤسسة و**26** لا توجد، وأغلبيتهم لهم سوابق في العنف داخل المؤسسة العقابية ب **51** محبوس و**03** فقط ليس لهم سوابق.\

03- نوع الجرائم المعتاد عليها (بالنسبة للمحبوسين الانتكاسين):

الجرائم	العدد
ضرب الأصول	**04**
السرقة بالكسر	**12**
حيازة المخدرات قصد البيع	**01**
القتل العمدي	**14**
محاولة القتل	**05**
الضرب والجرح العمدي	**09**
اغتصاب	**01**
تزوير	**01**
اختطاف شخص	**02**
تكوين جمعية الأشرار والسرقة الموصوفة	**04**
حمل سلاح من الصنف **06** بدون سبب شرعي	**01**
المجموع	**54**

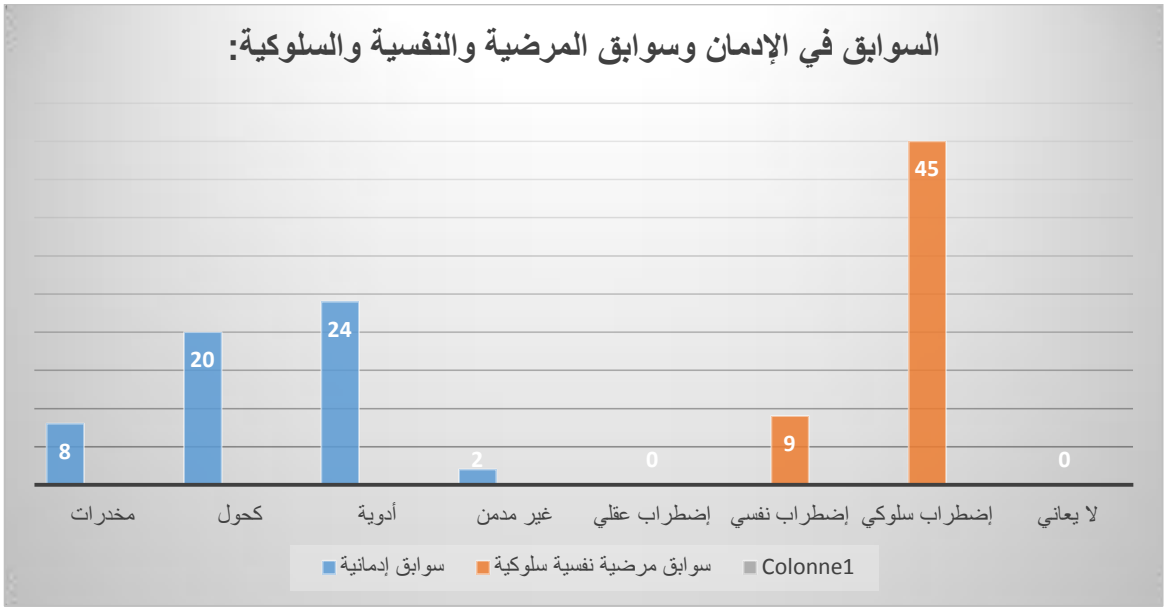
رقم(05): جدول يبين توزيع أنواع الجرائم وأعدادها



رقم (13): مخطط بياني يبين نوع الجرائم المعتادين عليها

التحليل: تنحصر في السرقة بالكسر ب **12** محبوس وب **14** محبوس في القتل العمدي، **09** محبوسين في الضرب والجرح العمدي، **04** بين ضرب الأصول والسرقة الموصوفة.

04 – حسب السوابق في الإدمان والسوابق المرضية والنفسية والسلوكية:



رقم (14): مخطط بياني يبين السوابق في الإدمان والسوابق المرضية والنفسية والسلوكية

التحليل: أغلبيتهم لهم مشاكل سلوكية في ضبط السلوك والمرور إلى الفعل العدواني ب **45** محبوس، و**09** محبوسين لهم مشاكل نفسية، وكذلك تنوعت مشاكل الإدمان فقط **02** منهم ليس لهم سوابق في المخدرات أما البقية سوابق استهلاك الأدوية ب **24** محبوس يليه تناول الكحول ب **20** محبوسين و**08** مخدرات.

- ✓ وقد عملنا على ترجمة مقياس العدوانية على الغير والعدوانية على الذات: **ECAA /ECHA**

Echelle des conduites auto agressives /Echelle des conduites hétéros agressives

وتطبيقها على العينة الاستطلاعية لمعرفة مدى مناسبتها لتطبيقها على الحالات الأساسية.

2- تعريف المنهج:

كلمة منهج هي ترجمة العربية للكلمة الإنجليزية **Methods**، أو **الكلمة الفرنسية Méthode**، وكلتاهما مأخوذة من الأصل اليوناني **Methodos**، الذي يتألف من مقطعين هما"**meta**" بمعنى" بعد" و " **hodos**" بمعنى " الطريق"، والذي يعني التزام الطريق، وهي نفس الدلالة الاشتقاقية التي عليها الكلمة العربية " المنهج" فهي تدل على معنى الطريق الواضح المحدد. (**يوسف خليفة، 1997، ص17**)

- **تعريف أنجلش وأنجلش** هو عبارة عن الدراسة المنطقية والمنظمة أو المنظمة التي توضع أو تحدد المناهج أو مبادئ المناهج تلك المناهج التي نتبعها في سعينا للوصول إلى الحقائق أو إلى الحق، ومن الممكن أن يكون خاصا ومحددا في إطار علم معين أو قد يكون عاما أو قد يكون المقصود به ما أستخدمه الباحث في بحثه هو فقط وكذلك تحديد الخطوات والإجراءات التي تستخدم في بحث ما.
- **أما المنهج العلمي**: هو طريقة تنظيم عملية اكتساب المعرفة العلمية، إنه المبادئ التنظيمية الكامنة في الممارسات الفعلية للعلماء الذين انخرطوا بنجاح في إنتاج المعرفة العلمية والإضافة إلى نسق العلم. (**حسن مصطفى، 2003، ص24**)

وبما أن الدراسة من البحوث التي تحاول معالجة ظاهرة اجتماعية، وكذلك فعالية علاج من العلاجات الحديثة، فإنها تستند في إجرائها إلى منهج بحث يساعد في إعطاء تبريرات البحث وتبيان مجمل خصائصه، لذلك اعتمدنا على المنهج العيادي بتقنية دراسة حالة حيث يتم التقرب من الحالات وتتبعها لمعرفة مدى فعالية التقنية في التخفيف من السلوك العدواني.

3- تعريف المنهج العيادي:

منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين ودراستهم الواحد تلو الآخر من أجل استخلاص مبادئ عامة توحي بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم. **(حسن مصطفى، 2003، ص31)**

ويقصد بالعبارة "**منهج عيادي**" جملة التقنيات المستخدمة في إطار مهنة المختصين العياديين والأسلوب الموجه نحو الفرد في وحدانيته وفرديته، فالأسلوب العيادي يرتكز على الملاحظة العيادية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص تحديد وفهم وضعية المريض ومعاناته وأعراضه ومن ذلك اقتراح التشخيص والتقييم ونوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة.

(لرينونة، 2015.ص38)

وعلى هذا الأساس يقوم المنهج العيادي بملاحظة المرضى وهم يعانون من مشكلاتهم، ثم معرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا ديناميا، هذا هو موقف المعالج الذي يوجب عليه أن يعالج أو يرشد مرضاه.

4- دراسة حالة:

أ) **الحالة لغة:** تشتق كلمة الحالة من فعل حال وحول والمصدر الاسمي حال أو الحال، ومن ثم، فالحالة في اللغة الحال والحالة في علم النفس الهيئة النفسية أول حدوثها قبل أن ترسخ، والحال في الطبيعة كيفية سريعة الزوال من نحو حرارة وبرودة ويبوسة ورطوبة عارضة، أما الحال فهو الوقت الذي أنت فيه، والكساء الذي يحتش فيه، واللبن، وحال الدهر: صروفه، وحال الشيء: صفته، وحال الإنسان: ما يختص به من أموره المتغيرة الحسية والمعنوية.

ب) اصطلاحا: وتعني دراسة الحالة كل المعلومات التي نجمعها عن الفرد من نتائج المقابلات والملاحظة والاختبارات) إن وجدت (والتي تساعدنا في رسم صورة واضحة عنه، وهي أيضا عبارة عن رسم صورة واضحة عن حالة الفرد والمشكلة التي يعاني منها وذلك من خلال المعلومات المتوفرة بناء على نتائج المقابلات والاختبارات والملاحظة، وهي جميع المعلومات المفصلة والشاملة عن الفرد المراد دراسته حالته في الحاضر والماضي.

5- المنهج العيادي ودراسة حالة:

لقد أخذ علم النفس العيادي مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسي والعقلي، وعم استخدام هذا المصطلح والهدف منه الكشف عن العوامل المؤثرة في الوحدة موضوع الدراسة والعلاقة السببية بين مكونات تلك الوحدة، والكشف عن هذه العوامل والعلاقات يقوم الباحث بتحليل متعمق للتفاعل الحادث وبين العوامل التي أدت إلى تفرد تلك الوحدة وتميزها على مدى فترة زمنية معينة.

وبذلك تعرف دراسة الحالة بأنها " الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق: الملاحظة، المقابلة، والتاريخ الاجتماعي، والسيرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية ...". (**حسن مصطفى، 2003، ص45**)

6- حدود الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في مؤسسة إعادة التأهيل بالبر واقية في مدة زمنية من (**2020/03/22**) إلى غاية (**22 /2020/08**) ونظرا لخصوصية المؤسسة لا نستطيع ذكر البطاقة الفنية بأكملها، في حدود ما يسمح به قانون المؤسسة.

- نوع المؤسسة: إعادة التأهيل.
- الصنف الأمني: خطورة عالية
- تاريخ إنجاز المؤسسة : 1853
- الطاقة الاستيعابية:
  - ✓ النظرية: 1500
  - ✓ القصوى: 1700
  - ✓ الفعلية: 1566

7- عينة الدراسة:

كانت عينة الدراسة **08** حالات لكن للظروف التي مر بها العالم وخاصة الجزائر لجائحة **Covide-19** تقلصت إلى أربع حالات لصعوبة الاتصال والحجر المنزلي، وتمثلت مواصفاتها:

- سوابق في السلوك العنيف؛
- حسب متغيرات التصنيف الأمني والسوابق القضائية والسلوكية؛
- نوع الجرائم المعتاد عليها؛
- حسب السوابق في الإدمان وسوابق المرضية والنفسية والسلوكية.

الحالة	السن	التصنيف الأمني	وضعية العائلية	الإدمان	سوابق نفسية مرضية	الجرائم
(ب.ر)	25	المتوسط	أعزب	مدمن	موجود	كلها عنيفة
(ح.م)	35	العالي	أعزب	مدمن	موجود	كلها عنيفة
(ش.م.ر)	30	العالي	مطلق	مدمن	موجود	كلها عنيفة
(ش. ز)	27	المتوسط	أعزب	مدمن	موجود	كلها عنيفة

رقم (06): جدول يبين خصائص العينة

جدول يبين خصائص عينة الدراسة من ناحية السن يتراوح بين **25–35** سنة، مصنفين في التصنيف الأمني المتوسط **2** منهم والعالي **2**، ثلاث منهم عزاب وواحد مطلق، كلهم لهم سوابق في الإدمان ولهم سوابق مرضية، جرائمهم كلها عنيفة.

8- أدوات الدراسة:

8-1- الملاحظة Observation:

كوسيلة من وسائل جمع المعلومات في دراسة الحالة يقول **ملحم** (**2007**) " هي أداة يستخدمها الفرد العادي في اكتساب تجارب وخبرات من الآخرين والملاحظة هي دقة انتباه لدى الفرد يتمكن من خلالها اكتشاف ما حوله"، وهي أيضا عبارة عن طريقة تسير وفق نظم معينة وقوانين مرتبة يستخدمها الأخصائي أو القائم بالدراسة من أجل معرفة سلوك معين كان من الصعب التعرف عليه عن طريق أداة أخرى والهدف من الملاحظة مقارنة أداء الفرد بغيره من الأشخاص، أو مقارنته بذاته وذلك خلال مدة محددة من الزمن، وتتم عملية الملاحظة بدقة ومهارة. (**الزعبي، 2002، ص 60**)

8-1-1- أنواع الملاحظة: تصنف الملاحظة إلى عدة أنواع منها:

أ) **الملاحظة المباشرة** : وهي التي يقوم بها الأخصائي بدون حواجز أي وجها لوجه مع الفرد؛

ب) الملاحظة غير المباشرة: يتم هذا النوع من الملاحظة بطريقة غير مباشرة ولا يدرك الفرد أنه واقع تحت المراقبة؛

ت) الملاحظة المنظمة الداخلية: وهذا النوع من الملاحظة يتم من الفرد ذاته أي يصبح الفرد مراقبا لسلوكه ونطلق على هذا النوع من الملاحظة ما يسمى" بالتأمل الباطني "ومن عيوبها عدم القدرة على تطبيقها مع الأطفال أو ضعاف العقول لأنهم لا يمتلكون القدرة على القيام بذل؛.

ث) الملاحظة المنظمة الخارجية: يهتم هذا النوع من الملاحظة بمراقبة سلوك معين دون الاهتمام بالظروف التي تؤثر في هذا السلوك أو البيئة المحيطة، وتكون من قبل شخص غير الفرد الذي تتم ملاحظته، حيث يقوم الملاحظ بتدوين الملاحظات؛

ج) الملاحظة الدورية: وتكون هذه الملاحظة في أوقات زمنية محددة إما كل يوم أو كل أسبوع أو كل شهر؛

ح) الملاحظة العرضية: يمكن الاستفادة من هذا النوع من الملاحظات في الحصول على بعض المعلومات لكنها لا تسير وفق نظام علمي وبالتالي تكون ضحلة وسطحية، ولا يعتمد عليها لأنها تفتقر للدقة. **(ربيع، 2003 ، ص 63)**

وقد أستعملنا الملاحظة المباشرة في دراستنا هذه.

8-2- المقابلة:

وسيلة من وسائل جمع المعلومات في دراسة الحالة، تعد المقابلة الأداة الرئيسية في عملية دراسة الحالة، فمن خلالها يتم توصل الفرد إلى فهم مشكلاته، والمقابلة هي الموقف الذي تتحقق فيه العلاقة المباشرة الحقيقية، وتتم المقابلة عن طريق الحوار الذي يتم بين الأخصائي والفرد وجها لوجه.

وعرفها روس **Ross (1964)** بأنها علاقة دينامية بين طرفين أو أكثر بحيث يكون أحدهما الأخصائي والطرف الآخر هو الفرد أو الأفراد طلبا للمساعدة الفنية المتميزة بالأمانة من جانب الأخصائي للمسترشدين في إطار علاقة إنسانية مهنية ناجحة بينهم.

أما **بيتروفسا Pietrofesa** وآخرون **(1977)** فقد شبهوا المقابلة بالعربة التي يستخدمها الأخصائي في نقل المعلومات والعواطف والأفكار والمشاعر من جانب الفرد، وقد أكدوا على كونها وسيلة اتصال فعالة بين الأخصائي والفرد من أجل مساعدتهم على فهم أنفسهم.

8-2-1- أنواع المقابلة:

يمكن تقسيم المقابلة وفقاً لنوع الأسئلة التي يطرحها الأخصائي إلى:

أ) **المقابلة الموجهة:** وهي التي تتطلَّب أسئلتها إجاباتٍ دقيقة ومحدَّدة، فتتطلَّب الإجابة بنعم أو بلا، أو الإجابة بموافق أو غير موافق أو متردِّد، ويمتاز هذا النوع من المقابلة بسهولة تصنيف بياناتها وتحليلها إحصائيّاً؛

ب) **المقابلة المفتوحة:** وهي التي تتطلَّب أسئلتها إجاباتٍ غير محدَّدة والمقابلةُ المفتوحة تمتاز بغزارة بياناتها، ولكن يؤخذ عليها صعوبة تصنيف إجاباته؛

ت) **المقابلة نصف الموجهة بهدف:** وهي التي تكون أسئلتها مزيجاً بين أسئلة النوعين السابقين أي أسئلة موجهة وأخرى مفتوحة فتجمع ميزاتِهما، وهي أكثر أنواع المقابلات شيوعاً.

وقد أخترنا المقابلة نصف الموجهة بهدف الكشف عن الأبعاد الرئيسية لدراستنا الحالية، مم استدعانا إلى ضبط الأسئلة الرئيسة حسب محاور محددة مسبقا تمكننا من تأطير التداعيات الحرة للمحبوس وتوجيهها في الوقت المناسب.

محاور المقابلة نصف الموجهة	الأسئلة الرئيسية
المحور الأول: البيانات الشخصية	– السن – الحالة الاجتماعية: أعزب / متزوج / مطلق/ أرمل – عدد الأولاد – المستوى التعليمي
المحور الثاني: الوضع الاقتصادي والاجتماعي	– المحبوس: عامل غير عامل – الوظيفة – دخل المحبوس: عالي /متوسط/ منخفض – الوضع الوظيفي: مازال على رأس العمل/ عطلة تقاعد/ استقال فصل
المحور الثالث: فحص الحالة والسوابق النفس مرضية والطبية	**أ. فحص الحالة العقلية والسلوكية:** **1- المظهر والسلوك العام:** – نظيف وأنيق نعم / لا – ملابس غير مناسبة نعم / لا – بنية الجسم: بدين / خامل / حيوي/ نحيل / يبدو أصغر/ أكبر من عمره.

	– الصحة الجسدية جيدة/تشوهات خلقية/اعاقات بدنية **2 – النشاط النفسي/ الحركي:** – هادئ/ مندفع/ حركات تلقائية/ تكرار/ حركات آليه/ نمطية متجاوب – التواصل البصري: قوي /متوسط / ضعيف **3– كلام المريض:** – السرعة: سريع / بطيء – كم الكلام: قليل / كثير / منعدم – الحجم نبرات الصوت: مرتفع / منخفض – النطق: واضح / غير واضح **4– التوجه والسلوك نحو الفاحص:** مساعد / شكاك/ عدواني/ سلبي / متعاون / غير متعاون غير مبالي/ساخر / ناقد **ب. التاريخ النفسي المرضي:** – هل دخلت إلى المستشفى؟ وماهي المدة؟ – الإدمان على المخدرات: لا / نعم /نوع المواد المستهلكة: – هل ذهبت إلى طبيب أو أخصائي أو إلى المستشفى؟ – هل عانيت من أعراض نفسية سابقة؟ وماهي هذه الأعراض؟ – هل تعتمد على أدوية مهدئة للحد من المشاكل العاطفية ؟ **ت.التاريخ الطبي:** – هل عانيت من أمراض عضوية؟ – متى كان ذلك؟ – هل تعرضت إلى إصابة أو حادثة ما؟ – هل تعاني من مرض عضوي مزمن؟
المحور الرابع: الوضعية الاجتماعية الطفولة والعلاقات العائلية	– السكن: ملك إيجار – نوع السكن: شعبي /شقة / قصديري/ فيلا – طبيعة الإشراف الوالدين (أب مستقيل أو مشرف) – خصائص العلاقة الأسرية: – الأسلوب التربوي المعتمد في الأسرة: مرن / متسلط – الرقابة الوالدية: موجودة / منعدمة

	- أسلوب التواصل المتبنى في الأسرة: متسلط/منفتح /مستقر/انفصال طلاق/ متفكك/ تعدد زوجات -كم عدد الإخوة والأخوات وترتيبك بينهم؟ ذكور/ إناث/ ترتيب - علاقة المريض بالآخرين: الأب / الأم / الأخوة/الأخوات/الأقرباء الأصدقاء/آخرون - الظروف المعيشية ما هو مستوى للعائلة؟ - كيف كانت طفولـــتك؟ - هل توجد حالة مشابهة بالأسرة؟ - هل توجد أمراض نفسية أو عقلية في الأسرة؟ - هل توجد أمراض عضوية بالأسرة؟ - وهل تعتبر بأن هناك صلة بين الجريمة التي أنت موجود بسببها في السجن وظروفك العائلية؟ - حدد نوعها وطبيعة صلت من قام بها بالمحبوس؟ - هل توجد سوابق للاعتداء في العائلة؟
المحور الخامس: التاريخ الإجرامي والسلوك العنيف	- الوضعية الجزائية التصنيف الأمني: ابتدائي/انتكاسي عالي/متوسط/منخفض - طبيعة التهمة؟ المدة المحكوم بها عليه هل استعملت عنف جسدي آو لفظي عند ارتكابك الجريمة - حدثني على الجرائم المعتاد عليها: - هل سبق وأن تم توجيهك إلى أحد المراكز المتخصصة للأحداث وأنت قاصر؟ - هل لك سوابق في العنف داخل وخارج السجن: - هل تميل إلى استعمال العنف الجسدي لحل مشاكلك مع الآخرين: - متى يظهر سلوكك العدواني؟ ماهي الأسباب التي تثيره؟

رقم (07): جدول يوضح المحاور الأساسية للمقابلة نصف الموجهة

8-3- الاختبارات والمقاييس:

8-3-1- مقياس ECAA /ECHA

Echelle des conduites hétéros agressives /Echelle des conduites auto agressives

مقياس العدوانية على الذات / مقياس السلوك العدواني على الغير: مقياس **ECAA /ECHA** يسمحان بإنشاء تقييم أولي لسلوكات إيذاء الذات والسلوكات العدوانية على الغير، على غرار متابعة الحالة بصفة مضمونة، خاصة في التقيم الإيجابي في إطار التكفل العلاجي.

إن هذا المقياس موجه لمختلف الأنماط من العدوانية على الذات وعلى الغير، والإجراءات المحددة للسلوك تساعد على دراسة أفضل لمختلف الجوانب النفس-مرضية لهذه السلوكات (فهم عمل السلوك إيذاء الذات وسلوك العدوانية على الغير)، يسمح لنا بتقييم بصفة كمية ونوعية أثر هذه السلوكات خاصة في بعض جوانب التكفل العلاجي (العلاج، الأدوية النفسية، طريقة **packing** للأطفال التوحدين، الفصاميين المؤذين لذاتهم)؛

و يستفاد منه في الإطار النظري: لا يوجد مقاييس أخرى فيما يخص هذا المقياسين **ECAA /ECHA** تقييم على الأساس الكمي والكيفي، بالإضافة إلى ذلك، تعكس هذه المقاييس أيضًا الشعور وتفاعل الشخص المعتدى على نفسه أو واجه إيذاء الذات.

8-3-2- طريقة تطبيق مقياس ECAA /ECHA:

من المحتمل نوعان من التطبيق وهما مكملان لبعضهما البعض:

- استمارة تملأ من طرف المختص في مدة **15** دقيقة يعرف المريض؛
- مقابلة مع العائلة نصف موجهة مدتها من **15** دقيقة إلى **30** دقيقة كأقصى حد.

ويمكن القيام بالإدارات من قبل أي متخصص يعمل مع المرضى الذين يعانون من حالات العدوانية على الذات أو على الآخرين من: أخصائيون نفسانيون، أطباء الأمراض العقلية، مربين ومعلمين متخصصين، ممرضين...الخ، ولا يستلزم تكوين لاستعمال المقياسين **ECAA /ECHA.**

8-3-3- عرض مقياس السلوكات العدوانية على الغير ECHA:

الغرض من هذا المقياس هو تقييم السلوك العدواني لدى الأطفال والمراهقين والبالغين خلال فترتين مختلفتين من الحياة:

✓ **زمن الحاضر**: يعتمد التقييم على أشد الأعراض التي لوحظت خلال الشهر الماضي (خلال الأسابيع الأربعة السابقة لتاريخ التقييم) مقياس السلوكات العدوانية على الغير الآن.

ـ **زمن الحاضر والماضي:** يعتمد التقييم على فترات حياة الحالة (باستثناء الشهر الماضي) ولكل فترة من فترات الحياة التي تم تقييمها، يجب مراعاة الشهر "الأكثر صعوبة": مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي فترات الحياة المراد تقييمها هي مقسمة حسب الفئة العمرية على النحو التالي: **0–3** سنوات (طفولة)، **4–5** سنوات (سن قبل المدرسة) **6–10** سنوات (سن التمدرس)، **11–13** سنة (قبل المراهقة)، **14–18** سنة(المراهقة)، فوق **18** سنة (الراشد، ومن ثم تحديد العمر).

8–3–4– إجراءات التطبيق:

يمكن تطبيق هذا المقياس من قبل أي عيادي ومتخصص يعمل مع الأطفال، المراهقين، والراشدين لديهم سلوك عدواني على الغير، ويعتمد الأخصائي لتقييم السلوك العدواني على الغير الحالي على الملاحظة العيادية المباشرة للمريض، ولتقييم السلوك العدواني الماضي والحاضر بمقابلة عيادية مع الأهل أو مع أشخاص يعرفون المريض جيدا.

وينهي الممتحن تقيمه بمصادر معلومات أخرى متاحة: تقرير المدرسة، أو فريق المعالجين، الملف الطبي، الفحص الطبي، يجب أن تكون مصادر المعلومات محددة فيما إذا هناك وجود ارتباط بين مختلف مصادر المعلومات فالمصدر الذي يظهر الأعراض الأكثر حدة سيعتمد بعد ذلك.

8–3–5– إجراءات التنقيط:

✓ يتضمن مقياس السلوك العدواني على الغير في الحاضر والماضي مجالًا واحدًا كبيرًا للتقييم: **نمط الحياة وتكرارها وشدتها؛** يدون مباشرةً النقاط المختلفة (راجع نظام التنقيط في الصفحة **3** من " كتيب التنقيط" في الجدول **I**، الصفحة **4** منه)؛

✓ **يحتوي مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي على ثلاثة مجالات للتقييم هي:**

أ. **المقياس الفرعي للشدة، التكرار، والمدة والذي يحتوي:** نوع السلوك العدواني على الغير من حيث شدته وتكراره ومدته يدون مباشرةً النقاط المختلفة في الجدول**II** من كتيب التنقيط (الصفحة **5**) مصادر الشدة، التكرار ومدته لكل نوع من السلوك العدواني على الغير (تمت الإشارة إليه في نظام التنقيط في الصفحة **3** من " كتيب التنقيط")؛

ب. **المقياس الفرعي للأهداف وأدوات العدوان والتي تشمل:** الأهداف التي يتم توجيه السلوك العدواني على غير ضدها والأدوات المستخدمة للإعتداء، يدون مباشرةً النقاط في الجدول**III** ، من كتيب التنقيط (الصفحة **6**) الدرجات المقياس الفرعي للأهداف وأدوات العدوان.

ج. **المقياس الفرعي للمحتوي ويحتوي على:** الظروف، المظهر، السلوك المشترك، والمكان، يدون مباشرةً النقاط في الجدول **IV**، من كتيب التنقيط (الصفحة **6**) الدرجات المقياس الفرعي للمحتوى.

8-3-6- دراسة الصفات السيكو مترية للمقاييس.ECHA/ ECAA :

أتاحت مشاركة فريق من أحد عشر طبيبًا نفسيًا للأطفال اختبار سمح باختبار صدق الإجماع فيما يتعلق بتعريف البند، تم أيضًا اختبار وتحليل الصدق الداخلي والصدق الخارجي، ودقة وحساسية المقاييس وتم عرض النتائج أدناه: طبقت الدراسة على **78** طفل ومراهق شخصوا على أنهم توحديين من قبل طبيبين نفسانيين للأطفال دون استشارة، حسب المعيار التصنيفي الأمريكي **(DSM –III-Rومن ثمة (DSM-IV)** في التصنيف ل **(CM10) OMS** وفي التصنيف الفرنسي لاضطرابات العقلية للأطفال والمراهقين **(CFTMEA)**، ثم تلك العينة في المستشفى اليومي مكون من **52** فتى (متوسط العمر ± الانحراف المعياري **11.9 ± 4.1**) و**26** فتات (**11.5± 4.5**) لديهم تأخر عقلي حسب سلم الذكاء ل **Wechsler (WISC III)** متوسط المجموع **QI :42.2**، انحراف معياري:**3.2** (**نطاق 50–58**). تم إجراء عرض البحث مع أولياء الأمور بموافقة لجنة الأخلاقيات من **(CCPPR)Bicêtre**، وقد تم الحصول على موافقة حرة واعية وكتابية من الوالدين بعد إبلاغهم بأهداف ومنهجية ومدة البحث.

التقييم العيادي قد تم كل مرة عن طريق ملاحظان يعرفان الطفل (شخصان من فريق المعالجة، مع العلم أن مكان الملاحظة هو موجود في المستشفى اليومي) وبدون تشاور لاختبار صدق بين محكمين، هذان المراقبان كان قد سبق أن وضعا تصنيفاً كمياً عالمياً مصغراً (نقاط تتراوح من **1** إلى **7**) إلى جانب السلوك العدواني على الذات وللسلوك العدواني على الغير).

تضمن تطوير المقياس دراسة صفاتهم المترولوجية، يعني:

- ✓ الصدق الداخلي (المحتوى والهيكلية) والصدق الخارجي (الصدق المتزامن)؛
- ✓ صدق المحكمين؛
- ✓ الحساسية،

أ. مقياس السلوك العدواني على الغير ECHA

↵ الصدق La validité:

✓ صدق المحتوى La validité de contenu:

إتفق **11** طبيبا نفسيا للأطفال أتت بعدما عرفت وحددت مختلف البنود المقياس السلوك العدواني على الغير (تحديد واضح، غير مبهم، ومفهوم من طرف المنقطين – صدق الإجماع).

يتوافق تعريف كل نوع من أنواع السلوك العدواني على الغير جيدًا لجميع المحكمين مع السلوكيات المختلفة التي يراد قياسها، من جهة أخرى، أنواع السلوك العدواني على الغير المدرجة في المقياس ممثلة جيدا، للنتائج المتحصل عليها، ومختلف جوانب السلوك العدواني على الغير الملاحظ.

✓ **صدق البناء La validité structurelle:**

دراسة الإتساق الداخلي لمقياس السلوك العدواني على الغير تم إجراؤه بواسطة التحليلات العاملية في العوامل الرئيسية مع دوران **vari max** بدءًا من مصفوفة رتبيه لـــــ **Spérman** في المرحلة الأولى، التحليل العاملي استعمل مع فصل النتائج التكرار، الشدة، ومدة كل نوع من السلوك العدواني على الغير المدروسة، والنتائج المتحصل عليها من الشدة، التكرار، بطريقة ألية لنفس نوع السلوك العدواني على الغير، هو جزء من نفس العامل، كذلك مقياس العدوانية على الغير مكون من أربع عوامل، إذا أخذنا مثال نوع من أنواع العدوانية على الغير " سحق سيئ" التكرار مثله مثل الشدة أو مدة هذا السلوك، كلهم ينتمون إلى نفس العامل، سمحت لنا هذه النتائج باستعمال بعد ذلك النتيجة العامة (لتكرار+ الشدة +المدة) لنفس نوع السلوك العدواني على الغير، لذلك أجرينا تحليل عاملي على الدرجات الإجمالية للسلوك العدواني على الغير نتائج موضحة في الجدول.

التحليل العاملي ل**ECHA** يسلط الضوء على أربع عوامل:

✓ **العامل 1** يمكن تفسيره على أنه يمثل السلوك لبعد العدوانية على الغير يحتوي الجسد مع اقتحام للبشرة، يمكن أن يمثل هذا الظرف الجلد ولكن أيضًا بالملابس أو الشعر؛

✓ **العامل 2** يمكن تفسيره على أنه يمثل السلوك العدواني على الغير مرورا إلى استعمال الأشياء؛

✓ **العامل 3** يمكن تفسيره على أنه يمثل السلوك العدواني على الغير بترك أثر نفذ عن طريق أصابع عل جلد الآخر؛

✓ **العامل 4** يمكن تفسيره على أنه يمثل السلوك العدواني على الغير مصنفة أثناء بناء المقياس باعتباره الأقل قدم (يبصق، اللكمات العنيفة)، من ناحية أخرى، يهاجم الآخر بالأشياء، والتي تم اعتبارها أثناء وضع المقياس كجزء من السلوكيات الأقل أثرًا لم تظهر هنا في العامل **4** (ولكن في العوامل **2** التي تشكلها استخدام العدوانية على الغير للأشياء).

✓ **الصدق الخارجي (تقتصر هنا على دراسة الصدق المتزامن).**

تألف الصدق المتزامن في مقارنة قياسات السلوك العدواني على الغير التي قدمها مقياس**ECHA**، مع القياسات التي تم الحصول عليها باستخدام المقياس الكمي العالمي المصغر (درجات تتراوح من **1 إلى 7**) بالنسبة للسلوك العدواني على الغير.

قمنا بإجراء تحليلات انحدار متعددة باستخدام النقاط الفرعية الـ **12** لمحاولة شرح تباين التقييم الإكلينيكي العام للسلوك العدواني على الغير، وأظهرت النتائج معامل الارتباط التالية:

r^2 = .71(R multiple = .71 ; p<001et r^2 ajusté =.57)

لذا فإن جميع الدرجات الفرعية لمقياس السلوك العدواني على الغير تجعل من الممكن تفسير **71٪** من التباين في الدرجة الكلية للسلوك العدواني المغاير المعطاة من نفس أخصائي العيادي.

لـ صدق المحكمين La validité inter-juge:

اثنين من المنقطين قيموا بطريقة مستقلة للسلوكات العدوانية على الغير لكل طفل، وسمح لنا أيضاً باختبار صدق المحكمين بالنسبة للسلوكات العدوانية على الغير التحليل الارتباط لسبيرمان **Spearman** (مع معامل الارتباط **لسبيرمان** أكبر من **50** و **p<.01)**، تظهر الصدق بين المحكمين بصفة جيدة لكل نوع من السلوك العدواني المغاير مقبولة بالنسبة للبنود التسع (**9**)" أدخل الأشياء في فتحات وجه الآخر" (عيون، الفم)

لـ الحساسية La sensibilité:

حساسية المقياس **ECHA** تم تقييمه جيدً وفق الحجج الآتية:

- ✓ كل أنواع السلوك العدواني على الغير قد أستعمل من طرف المقيمين كممثل للسلوكات الملاحظة؛
- ✓ النطاق المطلوب حسابه لكل نوع من السلوك العدواني المغاير (**الدرجة الكلية القصوى مطروحًا منها الحد الأدنى**) مهم (**الحد الأقصى = 16، الحد الأدنى = 8**)؛
- ✓ الانحراف المعياري كبير بما يكفي ليشير إلى السلوك العدواني المغاير، يميز بشكل جيد للحالات سلوكياتهم العدوانية على الغير التي هي الملاحظة.

تشير هذه الجوانب الثلاثة المختلفة إلى أن مقياس السلوك العدواني المغاير**ECHA** قد تم تكييفه للتمييز بشكل جيد بين الفروق الفردية.

وفيما يلي سنقدم عرضا بالتحليل للحالات التي تم تطبيق المقياس عليها وكذا استفادت من جلسات العلاج.

الفصل السادس

عرض الحالات الأربع وتحليلها

1- عرض الحالة الأولى

2- عرض الحالة الثانية

3- عرض الحالة الثالثة

4- عرض الحالة الرابعة

1- عرض الحالة الأولى:

1-1- تقديم الحالة:

- **السن:** 25 سنة
- **الحالة الاجتماعية:** أعزب
- **المستوى التعليمي:** متوسط
- **مؤهلات:** شهادة صنع الحلويات
- **المهنة:** عامل في صنع الحلويات
- **دخله:** متوسط

1-2- ملخص المقابلات:

رقم	نوع المقابلة	عدد الحصص	المدة	الهدف من المقابلة
01	مقابلات أولية "أخذ تاريخ الفرد"	3 حصص	من ساعة إلى 90 دقيقة	✔ تعرف على الحالة ✔ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة نصف الموجهة ✔ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي ✔ تطبيق مقياس **ECHA** ✔ تأسيس تحالف علاجي ✔ خلق جو متماسك ومريح ✔ التحفيز على تطبيق العلاج ✔ معرفة محتويات وبنية العلاج
02	جلسات علاجية "التحظير"	حصة	ساعة و نصف	✔ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج. ✔ تقديم تدريبات نفسية ✔ ممارسة أساليب ضبط النفس ✔ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي ✔ تعزيز التحالف العلاجي ✔ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**
03	جلسات علاجية التقييم	06 حصص	ساعة	✔ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR** ✔ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC** ✔ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي) ✔ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**

04	جلسات علاجية إزالة الحساسية	05 حصص	ساعة	✓ إعادة معالجة التجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD** ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية ✓ استخدام التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني
05	جلسات علاجية "التثبيت"	حصة	ساعة	✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي. ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7** أو **"VoC" = 6**
06	جلسات علاجية " مسح الجسم " **Body scan**	حصة	**45** دقيقة	✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.
07	جلسات علاجية غلق و إعادة التقييم	حصة	**45**دقيقة	✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج ✓ تطبيق قياس بعدي

رقم (08): جدول يبين الجلسات العلاجية وأهدافها للحالة الأولى

1-2-1- القياس القبلي:

أ. **مصادر المعلومات**

- الملف الطبي/ الملاحظة المباشرة / الحيازة.
- جودة المعلومات ممتازة.

ب. نتائج السلوك العدواني على الغير الحاصر والماضي:

مراحل النمو الفئات العمرية حسب السنوات		**نمط الحياة** (السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي)	التكرار	الشدة	**النتيجة النهائية بالنسبة لكل فئة عمرية** (نمط الحياة + التكرار +الشدة)	**النتيجة النهائية تشمل مختلف الفئات العمرية** (نقط **3** نقاط إذا كان السلوك العدواني على الغير لم يسبق وإن لوحظ في مدة مختلفة لمراحل الحياة)
3-0 (طفل)		/	/	/	/	/
5-4 (سن قبل المدرسة)		/	/	/	/	/
10-6(سن المدرسة)		**3**	**1**	**3**	**6**	
13-11(قبل المراهقة)		**5**	**5**	**5**	**15**	
18-14(المراهقة)		**6**	**7**	**7**	**20**	
> 18(راشد مع تحديد السن)	**السن 21**	**7**	**7**	**7**	**21**	

رقم (09): نتائج السلوك العدواني على الغير الماضي الحاضر للحالة الأولى

أ- مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

ـ المقياس الفرعي للتكرار والشدة:

نوع السلوك العدواني على الغير:

✓ **اصطدام بالرأس** (ضرب بالرأس بعنف وغير متوقع، ضرب بالرأس في صدر الآخر)

F=2 S=3 D=4 F+S+D=9

✓ **إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر**:(مثل العين، الفم)

F=2 S=5 D=4 F+S+D=11

المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء:

- ✓ **هدف العدوان** أهداف بشرية
- ✓ **وسيلة أو وسائل الإعتداء:**
  - جزء الجسدي المستعمل في الإعتداء هو: اليد والرأس
  - الشيء المستعمل للإعتداء: قلم وعصا

المقياس الفرعي للمحتوى:

- ✓ **المحتوى الظاهري:** غضب، صراع، إحباط
- ✓ **السلوكات المشتركة:** سلوكات عدوانية على ذات "بعد (**ap**) "
- ✓ **المكان:** في المنزل «**S**»، السجن والشارع

تعليق:

المفحوص نتائجه على سلم **ECHA** بالنسبة للسلم الفرعي **للسلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي** في مختلف مراحل نموه، **6–10**(**سن المدرسة**) النتيجة النهائية: **06** يظهر من حين لآخر من (**1–3** نوبات في السنة) تحدث خلال فترة أطول (عدة شهور، أكثر من شهرين) بدون إصابة سطحية ملحوظة، حتى ولو آثار صغيرة ولكن لا تتطلب علاجًا محددًا **11–13**(**قبل المراهقة**) النتيجة النهائية **15** تقريبا مرة في اليوم، بشكل منتظم تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي، **14–18**(**المراهقة**) النتيجة النهائية **20** وصل تقريبا إلى أقصى درجات العدوانية متكررة كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)، التي تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائي (الدوائي). **في سن الرشد 21** سنة النتيجة النهائية **21** وصل إلى أقصى درجات العدوانية متكررة كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)، والتي تعتبر مقلقة وانشغال كبير بالنسبة لأمن الشخص.

أما المقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

- ✓ **اصطدام بالرأس** (ضرب بالرأس بعنف وغير متوقع) درجتها **09** على الأقل مرة في الشهر لا تخلف إصابة سطحية ملحوظة، أعراض موجودة منذ ثلاث أشهر؛

✓ **إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر**:(مثل العين، الفم) درجتها **11** على الأقل مرة في الشهر، التي تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي والأعراض موجودة منذ ثلاث أشهر كانت كلها أهداف ضد الأشخاص يستهدف اليد والرأس من أجزاء الجسد، يستعمل فيها قلم وعصا للإعتداء، محتوى الظاهري لهذا السلوك غضب، صراع، إحباط، يستعمل فيها سلوكات مشتركة عدوانية على ذات بعد الإعتداء أكثر الأماكن يظهر فيها بشدة المنزل، والسجن ثم الشارع.

1-3- تحليل المقابلات:

بالنسبة لمظهره ولسلوكه العام ملابس غير مناسبة، بنيته الجسمية بدين، صحته جيدة. أما فيما يخص النشاط النفسي الحركي اندفاعي، تواصله البصري متوسط، كلامه سريع وكثير الكلام ونطقه واضح، في بادئ الأمر كان غير متعاون مع الأخصائي، لكن بمرور الحصص أصبح متعاون.

له سوابق في السلوك المرضي في سن مبكرة **13** سنة، اضطراب في التصرف، متعدد الإدمان: مخدرات كحول، كيف والأدوية المهلوسة، توصف من طرف طبيب أخصائي الأمراض العقلية، شُخص باضطراب في المزاج مع محاولته لانتحار وصفت له أدوية التالية: **(Zoloft + Trenxane+ Laroxyl)**، لا توجد أمراض عضوية.

فيما يخص الوضعية الاجتماعية: الطفولة والعلاقات العائلية ليس له مأوى بعد وفاة والديه بالتبني، أصبح مهملا من طرف أقربائه، لا يعلم من هم أبويه البيولوجيين، رغم ذلك كانت طبيعة تربيته مرنة ولا توجد فيها تسلط، لكن الرقابة الأبوية غير موجودة.

ليس لديه إخوة، المستوى المعيشي كان جيد قبل وفاة والديه، لا توجد اضطرابات عقلية ونفسية أو طبية في العائلة أعتدي عليه في السن **13** بعد وفاة أبيه من طرف عمه وابن عمه، تكسير أثاث المنزل وحرق ثيابه والضرب وطرد من منزله ما أدى به إلى ارتكاب جنحة الضرب والجرح العمدي والسرقة أدخلته لمركز الأحداث في **15** من عمره.

تاريخه الإجرامي ولسلوكه العنيف: الحالة مصنفة حسب التصنيف الأمني الداخلي للحبس في المتوسط، انتكاسي لدخوله السجن مرتين، التهمة **1**جناية محاولة القتل، التهمة **2** الضرب والجرح العمدي، محكوم عليه بأربع سنوات، سيرته سيئة داخل السجن، الاعتداءات المتكررة على المحبوسين، وتشويه الذات، سرعة الإثارة وسهولة المرور إلى الفعل العدواني في حل مشاكله مع الآخرين، كلما شعر بالوحدة والاكتئاب.

4-1- تطبيق التقنية العلاجية EMDR ومسار تطور الحالة:

أ. ملخص الحالة على بطاقة المعالجة:

الصورة "وفاة الأب و حرق أثاث المنزل والثياب والضرب من طرف العم وابنه"
التفكير السلبي NC "أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان و وحيد"
التفكير الإيجابي PC " قلب الصفحة جديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن"
VOC = 2
الأحاسيس / المشاعر" قلق، غضب واندفاعية"
SUD = 10
موقع إحساس الجسم ببرودة في اليدين "
إزالة الحساسية: سنستعمل الآن حركات العينين "انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد، سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا نطرح الأسالة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة)، استمررنا في القيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا، أي حوالي **20** دقيقة ، نقوم بعد الانتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني
تثبيت التفكير الإيجابي: ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار **VOC** مع **PC** والصورة الأولية) **الأخصائي:** فكر في الصورة كما تتذكره الآن وهذا التفكير: "قلب الصفحة الجديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن " على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن. كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بثلاث مجموعات إلى أن أصبح **7**. – المجموعة الأولى:**VoC = 4** – المجموعة الثانية:**VoC = 5** – المجموعة الثالثة:**VoC = 7**
مسح الجسم – " ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا طلبنا منه غمض العينين والتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا، وإخباري ما إذا يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"، (**ب.ع**): "نحس بيديا سخونين ويرجفوا " **الأخصائي:** سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "
الإغلاق – (استخلاص المعلومات) "قد يستمر العلاج الذي قمنا به اليوم بعد الجلسة، قد تلاحظ أو لا تلاحظ رؤى أو أفكار أو ذكريات أو أحلامًا جديدة. إذا فعلت ذلك، فما عليك سوى ملاحظة ما تعاني منه. أخذ لقطة منها وحفظها في السجل، يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. "

رقم (15): بطاقة معالجة للحالة الأولى

ب. تفصيل الجلسات:

1. الجلسة الأولى +الثانية+ الثالثة "أخذ تاريخ الفرد":

الوقت: 01 ساعة و30 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تعرف على الحالة.
- ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة.
- ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي
- ✓ تطبيق مقياس **ECHA.**
- ✓ تأسيس تحالف علاجي.
- ✓ خلق جو متماسك ومريح.
- ✓ التحفيز على تطبيق العلاج.
- ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج.

التبرير:

أساس العلاج في الحصص الأولى فمن البداية نهدف إلى خلق جو متماسك ومريح، يهدف إلى تسهيل عملية المشاركة التعبير والاندماج مع توليد محيط لثقة والتقبل، الحصول على السرد أو التاريخ المنظم •إجراء تقييم موضوعي للأعراض تحديد أهداف لإعادة المعالجة:

(أ) الأحداث السابقة المسببة للأعراض الحالية؛

(**ب**) المثيرات الحالية؛

(**ج**) الأهداف المستقبلية.

2. الجلسة الرابعة: التحضير:

الوقت: 1 ساعة ونصف.

الأهداف:

- ✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج.

- ✓ تقديم تدريبات نفسية
- ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس
- ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي
- ✓ تعزيز التحالف العلاجي
- ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**

التبرير:

التحضير المناسب مهم لتعزيز آثار العلاج السريع أن يمنح الاستخدام الفعال لتقنيات التنظيم المؤثر للمرضى الثقة للتعامل مع المستويات العالية من المواد المزعجة التي قد تظهر أثناء الجلسة، في حين أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر المزعجة يمكن أن يزيد من مستوى خوف المريض ويجعل المعالجة أكثر صعوبة.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

نقوم بتلخيص كل ما جرى في الحصص الثلاث الأولى: الهدف والغاية من تطبيق تلك الاختبارات

والمقابلات تهدئة المريض بتعليمه بعض التقنيات العلاجية مساعدة في العلاج مثل تقنية التنفس البطني.

✓ **النشاط 1. تعليمه طريقة التنفس البطني:**

-"إن الأسلوب الذي سأعلمك إياه الآن يسمى **التنفس المتحكم به او التنفس المراقب** ".

- اجلس بشكل مريح بالاستناد على ذراعي الكرسي وأغمض عينيك ببطء.
- ضع يدك على البطن، وإصبعك الصغير فقط على زر بطنك.
- استنشق عن طريق الأنف لمدة **3** ثوان باستخدام الحجاب الحاجز الخاص بك.
- إنها تتعلق بجلب الهواء إلى المنطقة النهائية لرئتيك، لا تأخذ كمية كبيرة من الهواء.
- يجب رفع البطن في كل استنشاق، أنت تشعر أن يدك ترتفع.
- استنشق عن طريق الأنف أو الفم لمدة **3** ثوان، عند الزفير، يعود البطن إلى موضعه الأصلي، تشعر كيف أن يدك تنزل، يمكنك تكرار الكلمات ببطء مثل "هدوء" أو "هادئ"، تخيل أن الضغط يخرج مع الهواء الذي تزفره.
- خذ استراحة قصيرة قبل استعادة الحصول على الهواء (عد **01** ثانية).

-كرر هذا التمرين وأعده من **6** الى **7** مرات.

المعالج: كيف تشعر؟

(ب.ع)" جاتني صعيبة مازلت ماعرفتش كيفاه نتنفس من كرشي "

المعالج: في البداية وجد صعوبة في تعلم الطريقة، فحاولنا تطبقها من جديد، وسألناه مرة أخرى: "جيد جدا، كيف كان شعورك هذه المرة؟ هل شعرت بالراحة؟

(ب.ع): راني مليح، بديت نتعلمها بلعقل.

المعالج: إنها تقنية الاسترخاء، ونعطي التعليمة التالية: "خلال الجلسات التالية، سنتعلم أساليب واستراتيجيات أخرى ستساعدنا أيضًا في حل مشكلاتنا بشكل أفضل. "

✓ **النشاط 2. تقديم برنامج وتعزيز التحالف العلاجي:**

شرحنا له التقنية العلاجية بمفهوم بسيط حتى يفهمه، بعدها قدمنا له مطوية بسيطة حتى يتمكن من متابعة التقنية وخطوات العلاج.

✓ **النشاط 3. اختبار حركات العين والوضعية المناسبة:**

جربنا حركات العينين المناسبة للمفحوص حددنا فيها الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص وتقيم قدرته على تتبع الأصابع المتحركة من خلال البدء ببطئ، ثم زيادة السرعة حتى وصلنا إلى حركة المناسبة والمريحة له خلال هذه المرحلة طلبنا منه إفصاح عن أي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزعجة عاطفيا.

إغلاق الجلسة:

في نهاية الجلسة ذكرناه مجددا بما قمنا به من البداية، وطلبنا منه أن يقوم بتطبيق التقنية التنفس البطني في زنزانته حتى يتمكن منها وحظرناه للجلسة القادمة.

3. الجلسة الخامسة التقييم:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR**.
- ✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC**.
- ✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي).
- ✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**.

التبرير:

يحدد المعالج مكونات الأهداف ويضع استجابة أساسية فيما يتعلق بالذاكرة المستهدفة، والمكونات المحددة اللازمة لإكمال المعالجة.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

- ✓ **النشاط 1. بداية تقييم المشكلة حسب EMDR:**

بتقييم مشكلة المفحوص، ووضحنا للمريض بأن العلاج له خمس مراحل أساسية: الصورة /تفكير السلبي التفكير الإيجابي /المشاعر/ الأحاسيس الجسمية.

الصورة: معرفة بأنه متبني وحرق أثاث المنزل، وثيابه من طرف العم وولده " بعد ماماتولي والديا قالولي بلي انت وليد حرام، وبداو يحرقولي القشي وحوايجي، عمي ووليد عمي "

التفكير السلبي:NC "أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان ووحيد"

التفكير الإيجابي:PC " قلب الصفحة جديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن"

المشاعر:" قلق، غضب واندفاعية"

الأحاسيس الجسمية:" ببرودة في اليدين "

سلم مستوى اضطراب العاطفة **SUD** = **10**

سلم صحة التفكير الإيجابي **VOC** = **2**

إغلاق الجلسة:

قمنا بتلخيص ما سبق، وطلبنا منه كتابتها في مذكرته حتى يتسنى متابعة ما نقوم به، وطلبنا منه كذلك قيام بالتنفس البطني للاسترخاء.

4. الجلسة السادسة إزالة الحساسية:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ إعادة معالجة تجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD.**
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة.
- ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية.
- ✓ استخدم التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني.

التبرير:

تركز المرحلة الرابعة على التأثير السلبي للمريض، كما هو موضح في مقياس **SUD**، تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بما في ذلك الأحلام والارتباطات الجديدة، بغض النظر عما إذا كان مستوى الضائقة لدى المريض في تزايد أم تناقص أم ثابت.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

طلبنا منه القيام بالتنفس البطني، ثم لخصنا ما قمنا به في الحصة السابقة، وكذلك طلبنا منه إعلامنا على أي مشكلة في الحصة السابقة، بعدا وضحنا جدول الأعمال للحصة الحالية.

✓ **نشاط 1. إزالة الحساسية:**

الأخصائي: سنستعمل الآن حركات العينين "انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد، سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبًا ونطرح الأسالة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة).

(**ب.ع**)": الصورة: مازال نشوف كيفاه حرقولي الدار وقشي وقالولي بلي ماكش وليدنا "

الأخصائي: ماهو تقيمك على سلم**SUD .**

(**ب.ع**): **10: SUD**

استمررنا في القيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا، أي حوالي **20** دقيقة، نقوم بعد الانتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني.

المجموعة الأولى**10 : SUD**

المجموعة الثانية **8:SUD**

المجموعة الثالثة **7:SUD**

المجموعة الرابعة **7:SUD**

المجموعة الخامسة **8:SUD**

وانتهت خلال أربع حصص وفق نفس المنهجية العلاجية إلى درجة الصفر على هذا المقياس **0= SUD**

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

5. الجلسة الحادية عشر" التثبيت":

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل.
- ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي.
- ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **7= VOC أو "VoC" = 6.**

التبرير:

التركيز ينصب على إبراز وزيادة قوة التفكير الإيجابي الذي حدده المريض على أنه بديل للتفكير السلبي الأصلي، إن ربط التفكير الإيجابي بالذاكرة المستهدفة يقوي الوثاق الترابطي، بحيث إذا تم تشغيل ذاكرة الحادثة الأصلية، فإن عودتها إلى الوعي ستصاحبها ارتباط قوي للتفكير الإيجابي الجديد.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة :**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة

- ✓ **النشاط 1. ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار VOC مع PC والصورة الأولية)**

المعالج: فكر في الصورة كما تتذكره الآن وهذا التفكير: "قلب الصفحة جديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن " على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن.

(**ب.ع**): **التفكير** الإيجابي هو " قلب الصفحة الجديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن، نعطيلوا **2**."

كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بثلاث مجموعات إلى أن أصبح **7**.

المجموعة الأولى:**VoC = 4** – المجموعة الثانية: **VoC = 5** – المجموعة الثالثة:**VoC = 7**

(**ب.ع**): "نعطيه **7**، ولا كاين نقطة كثر من هذي نمدلوا –يضحك-."

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

6. الجلسة الثاني عشر " مسح الجسم" body scan :

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.

التبرير:

هناك صدى جسدي للمواد مختلة وظيفيا، والتي قد تكون مرتبطة بطريقة يتم بها تخزينها فسيولوجيًا، يمكن أن تساعد تحديد الإحساس الجسدي المتبقي واستهدافه في هذه المرحلة السادسة من علاج على حل أي معلومات غير معالجة متبقية، هذه مرحلة مهمة ويمكن أن تكشف عن مناطق توتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

- ✓ **النشاط 1 ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا:**

الأخصائي: طلبنا منه غمض العينين والتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا وإخبارنا ما إذا كان يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"

(**ب.ع**): "نحس بيديا سخونين ويرجفوا "

الأخصائي: سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "

وإنتهت خلال مجموعتين من حركات العينين وفق نفس المنهجية العلاجية إلى غاية شعوره بالتحسن والارتياح ولا يشعر بأي توتر في جسده.

(**ب.ع**): راني مليح خلاص مراني نحس والو.

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل الحصص الأربعة وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

7. الجلسة الثالثة عشر غلق وإعادة التقييم:

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج
- ✓ تطبيق قياس بعدي

التبرير:

إعادة فحص الهدف (الأهداف) لضمان استقرار آثار العلاج.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

- ✓ **النشاط 1 تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج**

الأخصائي: "ما هو الجانب الأكثر إيجابية أو قيمة الذي تعلمته عن نفسك فيما يتعلق بهذا الموضوع؟

(**ب.ع**): كنت أحتقر نفسي ولا أنظر إلا الجوانب السيئة، يمكنني أن أتحكم في نفسي وفي عاطفتي حتى أنني أمسكت نفسي وفي غضبي حينما أراد محبوس آخر الشجار معي وهذا شيء إيجابي."بعدها قمنا بسلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه لتثبيت التفكير الإيجابي.

- ✓ **النشاط 2 تطبيق قياس بعدي:**

مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

- ✓ مقياس الفرعي للتكرار والشدة: نوع السلوك العدواني على الغير: **لا توجد عدوانية**.
- ✓ المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء: **لا توجد عدوانية**.

إغلاق الجلسة:

"العمل الذي قمنا به اليوم يمكن أن يستمر بعد هذه الجلسة. يمكن أن تعود إليك الصور أو الأفكار أو الذكريات أو الأحلام الجديدة. إذا كان هذا هو الحال فما عليك إلا أن تلاحظ ما يحدث داخلك ودون (ما تراه، وتشعر به، وتفكر فيه، والظروف التي أدت إلى ذلك). يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. إذا لزم الأمر."

1-5- نتائج العلاج:

بعد سماع الحالة ورسم خطة العلاجية والشرح تفاصيل العمل العلاجي في الجلسات الثلاث الأولى، وبإجراء قياس شدة الاضطراب **SUD** ومن خلال التركيز على الحدث المزعج له حتى تذهب الصورة من ذهنه، قد انخفضت دراجاته على السلم **SUD** من **10** إلى **01**، أخذت منا **05** حصص، كما تم قياس ثبات التفكير الإيجابي الذي كان في المرة الأولى **2** بعد ثلاث جلسات أصبح **07**.

كما تم العمل أيضا على تحقيق الاسترخاء عن طريق تقنية التنفس البطني خلال الجلسات العلاجية، أيضا معالجة التوتر الذي يحدث على مستوى اليد بعد مسح الجسم ذهنيا **body scan.**

نلاحظ أن الأهداف المسطرة لكل مرحلة علاجية قد تحققت، من خلال المقابلات التشخيصية والعلاجية، يمكننا القول بأن هناك تطورات إيجابية واضحة بالنسبة للحالة.

2- عرض الحالة الثانية:

2-1- تقديم الحالة:

- **السن:** 35سنة
- **الحالة الاجتماعية:** أعزب
- **المستوى التعليمي: 1** ثانوي
- **مؤهلات:** لا توجد
- **المهنة:** لا شيء
- **دخله:** لا دخل له

2-2- المقابلات وأهدافها:

رقم	نوع المقابلة	عدد الحصص	المدة	الهدف من المقابلة
01	**مقابلات أولية "أخذ تاريخ الفرد"**	**3 حصص**	**من ساعة إلى 90 دقيقة**	✓ تعرف على الحالة ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي ✓ تطبيق مقياس **ECHA** ✓ تأسيس تحالف علاجي ✓ خلق جو متماسك ومريح ✓ التحفيز على تطبيق العلاج ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج
02	**جلسات علاجية "التحظير"**	**حصة**	**ساعة و نصف**	✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج ✓ تقديم تدريبات نفسية ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي ✓ تعزيز التحالف العلاجي ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**
03	**جلسات علاجية التقييم**	**حصة**	**ساعة**	✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR** ✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و **VoC** ✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب(الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي)

				✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**
04	**جلسات علاجية إزالة الحساسية**	**05 حصص**	**ساعة**	✓ إعادة معالجة التجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD** ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية ✓ استخدام التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني
05	**جلسات علاجية "التثبيت"**	**حصة**	**ساعة**	✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي. ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7 أو "VoC" = 6**
06	**جلسات علاجية " مسح الجسم " Body scan**	**حصة**	**45 دقيقة**	✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.
07	**جلسات علاجية غلق و إعادة التقييم**	**حصة**	**45دقيقة**	✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج ✓ تطبيق قياس بعدي

رقم (10): جدول يبين جلسات العلاجية وأهافها للحالة الثانية

2-2-1- القياس القبلي:

أ. **مصادر المعلومات**

- الملف الطبي/ الملاحظة المباشرة / الحيازة.
- جودة المعلومات ممتازة.

ب. نتائج السلوك العدواني على الغير الحاصر والماضي:

مراحل النمو الفئات العمرية حسب السنوات		**نمط الحياة** (السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي)	التكرار	الشدة	**النتيجة النهائية بالنسبة لكل فئة عمرية** (نمط الحياة + التكرار +الشدة)	**النتيجة النهائية تشمل مختلف الفئات العمرية** (نقط **3** نقاط إذا كان السلوك العدواني على الغير لم يسبق وأن لوحظ في مدة مختلفة لمراحل الحياة)
0–3 (طفل)		/	/	/	/	/
4–5 (سن قبل المدرسة)		/	/	/	/	/
6–10(سن المدرسة)		**2**	**2**	**3**	**07**	
11–13(قبل المراهقة)		**4**	**2**	**3**	**09**	
14–18(المراهقة)		**6**	**5**	**5**	**16**	
> 18(راشد مع تحديد السن)	السن **19**	**6**	**6**	**6**	**21**	

رقم(11): نتائج السلوك العدواني على الغير الماضي الحاضر للحالة الثانية

ت. مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

- **المقياس الفرعي للتكرار والشدة:**

نوع السلوك العدواني على الغير:

- ✓ هجوم على الوجه

F= 2 S=5 D=5 F+S+D=12

- **المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء:**
  - ✓ **هدف العدوان** أهداف بشرية
  - ✓ **وسيلة أو وسائل الإعتداء:**
    - جزء الجسدي المستعمل في الإعتداء هو: اليد والرجل والأسنان
    - الشيء المستعمل للإعتداء: مسامير وقطعة حديدية حادة.

- **المقياس الفرعي للمحتوى:**
  - ✓ **محتوى الظاهري:** غضب، إنعزال، وسواس؛
  - ✓ **السلوكات المشتركة:** نوبة غضب – أثناء «**pdt**»؛
  - ✓ **المكان:** في الشارع، السجن«**S**».

تعليق:

المفحوص نتائجه على سلم **ECHA** بالنسبة للسلم الفرعي **للسلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي** في مختلف مراحل نموه، **6–10(سن المدرسة)** النتيجة النهائية: **07** بوادر عدم الإستقرار في طفولته ظهرت عليه العدوانية من حين لآخر على الأقل مرة في الشهر ولكن لا تخلف آثار على الجسد ولو كانت صغيرة فهي لا تتطلب علاجا أو تكفل، **11–13(قبل المراهقة)** النتيجة النهائية **09** ارتفاع محسوس في العدوانية متكرر إلى حدما على الأقل مرة في الشهر تحدث خلال فترة وجيزة ولكن لا تخلف آثار على الجسد، ولو كانت صغيرة فهي لا تتطلب علاجا أو تكفل .**14–18(المراهقة)** النتيجة النهائية **20** تصاعد كبير في العدوانية، متكررة كثيرا، لكنها لا تزال متقطعة، (لا تحدث كل شهر) تقريبا مرة في اليوم، بشكل منتظم، والتي تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي. **في سن الرشد 19** سنة النتيجة النهائية **20** وصل تقريبا إلى أقصى درجات العدوانية متكررة كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)، التي تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائي (الدوائي).

أما مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

✓ هجوم على الوجه درجتها**12** تكرارها على الأقل مرة في الشهر، تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي أعراض موجودة منذ **6** أشهر، كانت كلها أهداف ضد الأشخاص يستهدف اليد والرجل والأسنان من أجزاء الجسد يستعمل فيها مسامير وقطعة حديدية حادة للإعتداء، المحتوى الظاهري لهذا السلوك غضب، إنعزال، وسواس، يستعمل فيها سلوكات مشتركة نوبة غضب – أثناء الاعتداء، أكثر الأماكن يظهر فيها بشدة السجن ثم الشارع.

2–3– تحليل المقابلات:

بالنسبة لمظهره ولسلوكه العام ملابس مناسبة، نظيف، بنيته الجسمية قوية وحيوي، أما فيما يخص النشاط النفسي – الحركي هادئ، تواصله البصري متوسط، كلامه بطيء وقليل الكلام، نبرته منخفضة ونطقه واضح، في بادئ الأمر كان غير متعاون وشكاك مع الأخصائي، عدم الحضور عند طلبه، لكن بمرور الحصص أصبح متعاون.

لا توجد سوابق في السلوك المرضي، بداية تناول المخدرات في سن **18** طبيعة المواد كحول وكيف **kif**، لغرض الاسترخاء والفضول، في صحة جيدة.

الوضعية الاجتماعية من ناحية السكن موجود فيلا، المعيشة متوسطة، طبيعة الإشراب الأبوي موجودة، أسلوب التربوي المعتمد مرن، أسلوب التواصل المتبني في الأسرة منفتح، لديه **7** إخوة وأخوات، **5** بنات وذكرين، ترتيبه الأوسط.

علاقته جيدة مع أفراد أسرته، لكن طفولته كانت غير مستقرة بسبب العشرية السوداء في المنطقة التي كان يعيش فيها، رؤية الجثث، وقتل جاره من طرف الإرهاب، لا توجد مشاكل عائلية، لكن أخوه الأكبر له نفس المشاكل المشابه له غير مستقر سلوكيا عدوانية على الغير، أمه مريضة بفقر الدم والضغط الدموي (**HTA**).

التاريخ الإجرامي والسلوك العنيف: مصنف في المستوى العالي بالنسبة للتصنيف الأمني بسبب الجريمة المرتكبة الفعل المخل بالحياء ضد قاصر بالعنف /الحجز والتعذيب /تكوين جمعية أشرار والسرقة بالتعدد، محكوم عليه **12سنة** +**12** سنة حبس نافذ له سوابق قضائية في **2006** دخول إلى السجن أول مرة بتهمة تكوين جمعية أشرار والسرقة، حكم عليه بعامين، بعدها التحق بالخدمة العسكرية، عند انتهاء منها **ب 06** أشهر دخل السجن في القضية الحالية.

سيرته داخل السجن سيئة، عدة مرات شجارات واعتداءات على المحبوسين، وحتى على الأعوان، نفس التقارير المؤسسات الأخرى حول سلوكه العدواني.

2-4- تطبيق التقنية العلاجية EMDR ومسار تطور الحالة:

أ. ملخص الحالة على بطاقة المعالجة:

الصورة "الجار المقتول من طرف الإرهاب وعائلته، ولا أحد تدخل ، ورأية الجثث مرمية في الشارع"
التفكير السلبي NC "أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان"
التفكير الإيجابي PC " إختيار الأصدقاء الجيدون، ولي القوة اللازمة للمواجهة"
VOC = 1
الأحاسيس / المشاعر" إحباط، غضب وانعزال "
SUD = 10
موقع إحساس الجسم "سخونة تجتاح كامل جسده "
إزالة الحساسية: سنستعمل الآن حركات العينين «انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد، سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبًا ونطرح الأسالة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة)، استمررنا في قيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا ،أي حوالي **20** دقيقة، نقوم بعد انتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني

تثبيت التفكير الإيجابي: ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار **VOC** مع **PC** والصورة الأولية) **الأخصائي**: فكر في الصورة كما تتذكره الآن وهذا التفكير: قدر الله ما شاء فعل وأنا لست بالشخص السيئ" على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن، كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بأربع مجموعات إلى أن يصبح **7**. المجموعة الأولى:**VoC = 1** المجموعة الثالثة:**VoC = 5** المجموعة الرابعة:**VoC = 7** المجموعة الثانية:**VoC = 4**
مسح الجسم – " ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا طابنا منه غمض العينين وتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا، وإخباري ما إذا كان يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"، (**ح.م**): "نحس بلي كتافي يسطروا " **الأخصائي**: سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "
الإغلاق – (استخلاص المعلومات) "قد يستمر العلاج الذي قمنا به اليوم بعد الجلسة. قد تلاحظ أو لا تلاحظ رؤى أو أفكار أو ذكريات أو أحلامًا جديدة، إذا فعلت ذلك، فما عليك سوى ملاحظة ما تعاني منه، أخذ لقطة منها وحفظها في السجل. يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. "

رقم (16): بطاقة معالجة للحالة الثانية

ب. تفصيل الجلسات:

1. الجلسة الأولى +الثانية+ الثالثة "أخذ تاريخ الفرد":

الوقت: 01 ساعة و30 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تعرف على الحالة.
- ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة نصف الموجهة.
- ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي.
- ✓ تطبيق مقياس **ECHA.**
- ✓ تأسيس تحالف علاجي.
- ✓ خلق جو متماسك ومريح.
- ✓ التحفيز على تطبيق العلاج.
- ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج.

التبرير:

أساس العلاج في الحصص الأولى فمن البداية نهدف إلى خلق جو متماسك ومريح، يهدف إلى تسهيل عملية المشاركة التعبير والاندماج مع توليد محيط لثقة والتقبل، الحصول على السرد أو التاريخ المنظم، إجراء تقييم موضوعي للأعراض تحديد أهداف لإعادة المعالجة:

(أ) الأحداث السابقة المسببة للأعراض الحالية؛

(ب) المثيرات الحالية ؛

(ج) الأهداف المستقبلية.

2. **الجلسة الرابعة: التحضير:**

الوقت: 1 ساعة ونصف.

الأهداف:

- ✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج.
- ✓ تقديم تدريبات نفسية.
- ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس.
- ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي.
- ✓ تعزيز التحالف العلاجي.
- ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**

التبرير:

التحضير المناسب مهم لتعزيز آثار العلاج السريع أن يمنح الاستخدام الفعال لتقنيات التنظيم المؤثر للمرضى، الثقة للتعامل مع المستويات العالية من المواد المزعجة التي قد تظهر أثناء الجلسة، في حين أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر المزعجة يمكن أن يزيد من مستوى خوف المريض ويجعل المعالجة أكثر صعوبة.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

نقوم بتلخيص كل ما جرى في الحصص الثلاث الأولى: الهدف والغاية من تطبيق تلك الاختبارات والمقابلات، تهدئة المريض بتعليمه بعض التقنيات العلاجية مساعدة في العلاج مثل تقنية التنفس البطني.

✓ **النشاط 1. تعليمه طريقة التنفس البطني:**

الأخصائي: "إن الأسلوب الذي سأعلمك اياه الآن يسمى **التنفس المتحكم به او التنفس المراقب** ".

- اجلس بشكل مريح بالاستناد على ذراعي الكرسي وأغمض عينيك ببطء.
- ضع يدك على البطن، وإصبعك الصغير فقط على زر بطنك.
- استنشق عن طريق الأنف لمدة **3** ثوان باستخدام الحجاب الحاجز الخاص بك.

إنها تتعلق بجلب الهواء إلى المنطقة النهائية لرئتيك، لا تأخذ كمية كبيرة من الهواء.

يجب رفع البطن في كل استنشاق، أنت تشعر أن يدك ترتفع.

- استنشق عن طريق الأنف أو الفم لمدة **3** ثوان، عند الزفير، يعود البطن إلى موضعه الأصلي، تشعر كيف أن يدك تنزل، يمكنك تكرار الكلمات ببطء مثل "هدوء" أو "هادئ"، تخيل أن الضغط يخرج مع الهواء الذي تزفره.
- خذ استراحة قصيرة قبل استعادة الحصول على الهواء (عد **01** ثانية).
- كرر هذا التمرين وأعده من **6** الى **7** مرات.

الأخصائي: كيف تشعر؟

(ح.أ.م)" راني مليح"

الأخصائي: إنها تقنية الاسترخاء، ونعطي التعليمة التالية: "خلال الجلسات التالية، سنتعلم أساليب واستراتيجيات أخرى ستساعدنا أيضًا في حل مشكلاتنا بشكل أفضل. "

✓ **النشاط 2. تقديم برنامج وتعزيز التحالف العلاجي:**

شرحنا له التقنية العلاجية بمفهوم بسيط حتى يفهمه، بعدها قدمنا له مطوية بسيطة حتى يتمكن من متابعة التقنية وخطوات العلاج.

✓ **النشاط 3. اختبار حركات العين والوضعية المناسبة:**

جربنا حركات العينين المناسبة للمفحوص، حددنا فيها الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص وتقيم قدرته على تتبع الأصابع المتحركة من خلال البدء ببطئ، ثم زيادة سرعة حتى وصلنا إلى المطلوب، خلال هذه المرحلة طلبنا منه إفصاح عن أي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزعجة عاطفيا.

إغلاق الجلسة:

في نهاية الجلسة ذكرناه مجددا بما قمنا به من البداية، وطلبنا منه أن يقوم بتطبيق تقنية التنفس البطني في زنزانته حتى يتمكن منها وحظرناه للجلسة القادمة.

3. الجلسة الخامسة التقييم:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR**

✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC**

✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي)

✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**

التبرير:

يحدد المعالج مكونات الأهداف ويضع استجابة أساسية فيما يتعلق بالذاكرة المستهدفة، والمكونات المحددة اللازمة لإكمال المعالجة.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**
- ✓ **النشاط 1. بداية تقييم المشكلة حسب EMDR:**

بتقييم مشكلة المفحوص، وضحنا للمريض بأن العلاج له خمس المراحل الأساسية: الصورة /تفكير السلبي التفكير الإيجابي /المشاعر/ الأحاسيس الجسمية.

الصورة: الجار المقتول من طرف الإرهاب وعائلته، ولا أحد تدخل، ورأية الجثث مرمية في الشارع

تفكير السلبي:NC " أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان "

التفكير الإيجابي:PC " إختيار الأصدقاء الجيدون، ولي القوة الازمة للمواجهة"

المشاعر:" إحباط، غضب وانعزال "

الأحاسيس الجسمية " سخونة تنتابه بكامل جسده "

سلم مستوى اضطراب العاطفة SUD = 10

سلم صحة التفكير الإيجابي VOC = 01

إغلاق الجلسة:

قمنا بتلخيص ما سبق، وطلبنا منه كتابتها في مذكرته حتى يتسنى متابعة ما نقوم به، كذلك قيام بالتنفس البطني للاسترخاء.

4. الجلسة السادسة إزالة الحساسية:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ إعادة معالجة تجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD**
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة
- ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية

✓ استخدم التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني.

التبرير:

تركز المرحلة الرابعة على التأثير السلبي للمريض، كما هو موضح في مقياس **SUD**، تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بما في ذلك الأحلام والارتباطات الجديدة، بغض النظر عما إذا كان مستوى الضائقة لدى المريض في تزايد أم تناقص أم ثابت.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

طلبنا منه القيام بالتنفس البطني، ثم لخصنا ما قمنا به في الحصة السابقة، وكذلك طلبنا منه إعلامنا على أي مشكلة بعد ذلك وضحنا جدول الأعمال للحصة الحالية.

✓ **نشاط 1. إزالة الحساسية:**

الأخصائي: سنستعمل الآن حركات العينين "انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار، بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد، سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا نطرح الأسالة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ " " ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "

(ح.أ.م) ": الصورة: مازال النشوف الدم وريسان تابع الناس وجارنا "

الأخصائي ما هو تقيمك علي سلم**SUD .**

(ح.أ.م) ": 09: SUD

استمررنا في قيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا، أي حوالي **20** دقيقة، نقوم بعد انتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني.

المجموعة الأولى**SUD : 10** المجموعة الرابعة **6:SUD**

المجموعة الثانية **SUD: 7** المجموعة الثالثة **5:SUD**

وانتهت خلال **5** حصص وفق نفس المنهجية العلاجية إلى درجة الصفر على هذا المقياس **SUD =0**

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

5. الجلسة الحادية عشر" التثبيت":

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل
- ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي.
- ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7 أو "VoC" = 6**

التبرير:

التركيز ينصب على إبراز وزيادة قوة التفكير الإيجابي الذي حدده المريض على أنه بديل للتفكير السلبي الأصلي، إن ربط التفكير الإيجابي بالذاكرة المستهدفة يقوي الوثاق الترابطي، بحيث إذا تم تشغيل ذاكرة الحادثة الأصلية، فإن عودتها إلى الوعي سيصاحبها ارتباط قوي للتفكير الإيجابي الجديد.

التطوير:

- ✓ **البداية الجلسة**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة

- ✓ **النشاط 1. ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار VOC مع PC والصورة الأولية):**

الأخصائي: فكر في الصورة كما تتذكرها الآن على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن.

(ح.أ.م)": التفكير الإيجابي: إختيار الأصدقاء الجيدون، ولي القوة الازمة للمواجهة نقطة **1**."

كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين **ب**أربع مجموعات إلى أن أصبح **7**.

المجموعة الأولى: **VoC = 1** المجموعة الثالثة: **VoC = 5**

المجموعة الثانية: **VoC = 4** المجموعة الرابعة: **VoC = 7**

(ح.أ.م): "نحط **7** "

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

6. الجلسة الثانية عشر " مسح الجسم" body scan :

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.

التبرير:

هناك صدى جسدي للمواد المختلة وظيفيا، والتي قد تكون مرتبطة بطريقة يتم بها تخزينها فسيولوجيًا، يمكن أن تساعد تحديد الإحساس الجسدي المتبقي واستهدافه في هذه المرحلة السادسة من علاج على حل أي معلومات غير معالجة متبقية هذه مرحلة مهمة ويمكن أن تكشف عن مناطق توتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

- ✓ **النشاط 1 ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا:**

الأخصائي: طلبنا منه أن يغمض عينيه وتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا وإخبارنا ما إذا يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"

(ح.أ.م): سخونة تنتابه بكامل جسده " نحس وحد السخانة تخرج من لحمي "

الأخصائي: سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ ".

انتهت خلال مجموعتين من حركات العينين وفق نفس المنهجية العلاجية إلى غاية شعوره بالتحسن والارتياح ولا يشعر بأي توتر في جسده.

(ح.أ.م): "الحمد الله راني مليح"

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الأربعة وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

7. الجلسة الثالثة عشر غلق وإعادة التقييم:

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج
- ✓ تطبيق قياس بعدي

التبرير:

إعادة فحص الهدف (الأهداف) لضمان استقرار آثار العلاج.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

- ✓ **النشاط 1 تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج:**

الأخصائي: "ما هو الجانب الأكثر إيجابية أو قيمة الذي تعلمته عن نفسك فيما يتعلق بهذا الموضوع؟

(ح.م): كنت أحس بأنني إذا اندمجت مع أشخاص مدمنين وذو قوة يمكن أن أشعر بالأمان والدعم لكن ثبت أن الواقع غير ذلك، واختيار الأشخاص المناسبين في المستقبل وبناء حياتي بعدها قمنا بسلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه لتثبيت التفكير الإيجابي.

✓ **النشاط 2 تطبيق قياس بعدي:**

المقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

✓ مقياس الفرعي للتكرار والشدة: نوع السلوك العدواني على الغير: **لا توجد عدوانية**.

✓ المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء: **لا توجد عدوانية**.

إغلاق الجلسة:

"العمل الذي قمنا به اليوم يمكن أن يستمر بعد هذه الجلسة، يمكن أن تعود إليك الصور أو الأفكار أو الذكريات أو الأحلام الجديدة، إذا كان هذا هو الحال فما عليك إلا أن تلاحظ ما يحدث داخلك ودون (ما تراه، وتشعر به، وتفكر فيه والظروف التي أدت إلى ذلك)، يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة إذا لزم الأمر."

2-5- نتائج العلاج:

بعد سماع الحالة ورسم الخطة العلاجية وشرح تفاصيل العمل العلاجي في الجلسات الثلاث الأولى، وبإجراء قياس شدة الاضطراب **SUD** ومن خلال التركيز على الحدث المزعج له حتى تذهب الصورة من ذهنه، قد انخفضت دراجاته على السلم **SUD** من **10** إلى **0**، أخذت منا **05** حصص، كما تم قياس ثبات التفكير الإيجابي الذي كان في المرة الأولى **1** بعد أربع مجموعات أصبح **07**.

كما تم العمل أيضا على تحقيق الاسترخاء عن طريق تقنية التنفس البطني خلال الجلسات العلاجية، أيضا معالجة التوتر الذي يحدث على مستوى اليد بعد مسح الجسم ذهنيا **body scan.**

نلاحظ أن الأهداف المسطرة لكل مرحلة علاجية قد تحققت، من خلال المقابلات التشخيصية والعلاجية، يمكننا القول بأن هناك تطورات إيجابية واضحة بالنسبة للحالة.

3- عرض الحالة الثالثة:

3-1- تقديم الحالة:

- **السن:** 30 سنة
- **الحالة الاجتماعية:** مطلق
- **المستوى التعليمي:** متوسط
- **مؤهلات:** تكوين في دهن البنايات
- **المهنة:** بائع فواكه
- **دخله:** متوسط

3-2- تاريخ المقابلات:

رقم	نوع المقابلة	عدد الحصص	المدة	الهدف من المقابلة
01	مقابلات أولية "أخذ تاريخ الفرد"	3 حصص	من ساعة إلى 90 دقيقة	✓ تعرف على الحالة ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي ✓ تطبيق مقياس **ECHA** ✓ تأسيس تحالف علاجي ✓ خلق جو متماسك ومريح ✓ التحفيز على تطبيق العلاج ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج
02	جلسات علاجية "التحظير"	حصة	ساعة و نصف	✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج ✓ تقديم تدريبات نفسية ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي ✓ تعزيز التحالف العلاجي ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**
03	جلسات علاجية التقييم	حصة	ساعة	✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR** ✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC** ✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب(الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي)

				✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**
04	**جلسات علاجية إزالة الحساسية**	**05 حصص**	**ساعة**	✓ إعادة معالجة التجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD** ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية ✓ استخدام التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني
05	**جلسات علاجية "التثبيت"**	**حصة**	**ساعة**	✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي. ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7** أو **"VoC" = 6**
06	**جلسات علاجية " مسح الجسم " Body scan**	**حصة**	**45 دقيقة**	✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.
07	**جلسات علاجية غلق و إعادة التقييم**	**حصة**	**45دقيقة**	✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج ✓ تطبيق قياس بعدي

رقم (12): جدول يبين جلسات العلاجية وأهافها للحالة الثالثة

3-2-1- القياس القبلي:

أ. **مصادر المعلومات:**

- الملف الطبي/ الملاحظة المباشرة / الحيازة.
- جودة المعلومات ممتازة.

ب. نتائج السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي:

مراحل النمو الفئات العمرية حسب السنوات		**نمط الحياة** (السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي)	التكرار	الشدة	**النتيجة النهائية بالنسبة لكل فئة عمرية** (نمط الحياة + التكرار +الشدة)	**النتيجة النهائية تشمل مختلف الفئات العمرية** (نقط **3** نقاط إذا كان السلوك العدواني على الغير لم يسبق وأن لوحظ في مدة مختلفة لمراحل الحياة)
0–3 (طفل)		/	/	/	/	/
4–5 (سن قبل المدرسة)		/	/	/	/	/
6–10(سن المدرسة)		**5**	**5**	**5**	**14**	
11–13(قبل المراهقة)		**6**	**5**	**6**	**17**	
14–18(المراهقة)		**6**	**6**	**5**	**17**	
> 18(راشد مع تحديد السن)	السن **21**	**7**	**7**	**7**	**21**	

رقم (13): نتائج سلوك العدواني على الغير الماضي الحاضر للحالة الثالثة

ت. مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

- **المقياس الفرعي للتكرار والشدة:**

نوع السلوك العدواني على الغير:

- ✓ هجوم على شخص بشيء (سكين).

F=2 S=5 D=4 F+S+D=11

- **المقياس الفرعي للأهداف ووسائل الإعتداء:**

- ✓ **هدف العدوان** أهداف بشرية

- ✓ **وسيلة أو الوسائل الإعتداء:**

– الجزء الجسدي المستعمل في الإعتداء هو: الرجل والبطن

- الشيء المستعمل للإعتداء: سكين وقطعة حديدية

↳ **المقياس الفرعي للمحتوى:**

✓ **محتوى الظاهري**: غضب، صراع، إحباط؛

✓ **السلوكات المشتركة**: قلق بعد **ap** ؛

✓ **المكان**: في الشارع «**S**»والسجن.

تعليق:

المفحوص نتائجه على سلم **ECHA** بالنسبة للسلم الفرعي للسلوك **العدواني على الغير الحاضر والماضي** في مختلف مراحل نموه، **6–10**(**سن المدرسة**) **النتيجة** النهائية: **15** الحالة تقريبا مرة في اليوم، بشكل منتظم تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي، **11–13**(**قبل المراهقة**) النتيجة النهائية **17** متكرر كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر) تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك كيميائيا (الدوائي) .**14–18**(**المراهقة**) النتيجة النهائية **17** متكرر كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر) تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائيا (الدوائي) **في سن الرشد 19** سنة النتيجة النهائية **21** وصل إلى أقصى درجات العدوانية متكررة كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)، والتي تعتبر مقلقة وانشغال كبير بالنسبة لأمن الشخص.

أما المقياس سلوك العدواني على الغير الحالي:

هجوم على الوجه درجتها **11** تكرارها على الأقل مرة في الشهر، تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي أعراض موجودة منذ ثلاث أشهر.

كانت كلها أهداف ضد الأشخاص، يستهدف الرجل والبطن من أجزاء الجسد، يستعمل فيها السكين للإعتداء، محتوى الظاهري لهذا السلوك غضب، صراع، وسواس، يستعمل فيها سلوكات مشتركة قلق الاعتداء، أكثر الأماكن يظهر فيها بشدة السجن ثم لشارع.

3-3- تحليل المقابلات:

بالنسبة لمظهره ولسلوكه العام ملابس مناسبة، نظيف، بنيته الجسمية قوية خامل، أما فيما يخص النشاط النفسي الحركي هادئ، تواصله البصري متوسط، كلامه بطيء وقليل الكلام، نبرته منخفضة ونطقه واضح، متعاون، الصحة الجسدية جيدة.

توجد سوابق في السلوك المرضي بسبب تناول المخدرات في سن مبكرة **12** سنة، طبيعة المواد الأدوية النفسية **RIVOTRIL** كحول، لغرض الاسترخاء والفضول.

الوضعية الاجتماعية من ناحية السكن موجود في شقة ملكية، المعيشة متوسطة، مطلق ولديه ابنة، طبيعة الإشراف الأبوي غير موجود، الأسلوب التربوي المعتمد مرن، أسلوب التواصل المتبني في الأسرة متفكك، لديه **6** إخوة وأخوات، **3** بنات و**3**ذكور، ترتيبه الأوسط.

علاقته جيدة مع أفراد أسرته، ما عدى والده، لا توجد علاقة جيدة، عدم التواصل وكذلك الأب مدمن مخدرات الكيف **KIF**عمه مريض مرض عقلي والآخر مرض السرطان، طفولته كانت غير مستقرة له شجرات عديدة في المدرسة، توجد مشاكل عائلية من الناحية العائلة الكبيرة من طرف الأم انقطاع التواصل، أخوه الأصغر له نفس المشاكل المشابه له غير مستقر سلوكيا عدوانية على الغير، أمه مريضة بالسكري والضغط الدموي(**HTA**).

التاريخ الإجرامي والسلوك العنيف: مصنف في المستوى العالي بالنسبة للتصنيف الأمني بسبب الجريمة المرتكبة، التهمة الأولى محاولة القتل مع سبق الإصرار والترصد **10** سنوات، التهمة **2** حمل سلاح من صنف **06** بون سبب شرعي **06** أشهر.
له سوابق قضائية؛ دخول إلى السجن أول مرة في مركز الأحداث بتهمة الضرب والجرح العمدي باستعمال سلاح، وقضية أخرى حمل سلاح محضور من صنف السادس وجنحة التهديد، سيرته داخل السجن سيئة، عدة مرات شجارات واعتداءات على المحبوسين.

3-4- تطبيق التقنية العلاجية EMDR ومسار تطور الحالة:

أ. ملخص الحالة على بطاقة المعالجة:

الصورة "الضرب المبرح من طرف الأب المدمن ، وتوبيخه على كل شيء"
التفكير السلبي NC "أنا عاجز وأشعر بأنني غير مسؤول"
التفكير الإيجابي PC " أستطيع تجاوز تفكيري السلبي"
VOC = 3
الأحاسيس / المشاعر" إحباط، غضب وحزن"

SUD = 10
موقع إحساس الجسم ضربات القلب المتسارعة "
إزالة الحساسية: سنستعمل الآن حركات العينين "انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد. سلسلة من حركات العين 24 حركة ثنائية الاتجاه لمدة 30 ثانية تقريبًا ونطرح الأسالة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة). استمررنا في قيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا ،أي حوالي **20** دقيقة ، نقوم بعد انتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني
تثبيت التفكير الإيجابي: ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار **VOC** مع **PC** والصورة الأولية) **الأخصائي:** فكر في الصورة كما تتذكرها الآن وهذا التفكير: قدر الله ما شاء فعل وأنا لست بالشخص السيئ" على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن. كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بثلاث مجموعات إلى أن يصبح **7**. – المجموعة الأولى:**VoC = 4** – المجموعة الثانية:**VoC = 5** – المجموعة الثالثة:**VoC = 7**
مسح الجسم – " ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا طلبنا منه غمض العينين والتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا، وإخبارنا ما إذا كان يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"، (**ش.م.ر**): " **الأخصائي:** سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "
الإغلاق – (استخلاص المعلومات) "قد يستمر العلاج الذي قمنا به اليوم بعد الجلسة، قد تلاحظ أو لا تلاحظ رؤى أو أفكار أو ذكريات أو أحلامًا جديدة. إذا فعلت ذلك، فما عليك سوى ملاحظة ما تعاني منه. أخذ لقطة منها وحفظها في السجل، يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. "

رقم (17): بطاقة معالجة للحالة الثالثة

ب. تفصيل الجلسات:

1. الجلسة الأولى +الثانية+ الثالثة " أخذ تاريخ الفرد":

الوقت: 01 ساعة و30 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تعرف على الحالة.
- ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة.
- ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي

- ✓ تطبيق مقياس **ECHA.**
- ✓ تأسيس تحالف علاجي.
- ✓ خلق جو متماسك ومريح.
- ✓ التحفيز على تطبيق العلاج.
- ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج.

التبرير:

أساس العلاج في الحصص الأولى فمن البداية نهدف إلى خلق جو متماسك ومريح، يهدف إلى تسهيل عملية المشاركة، التعبير والاندماج مع توليد محيط لثقة والتقبل. الحصول على السرد أو التاريخ المنظم لإجراء تقييم موضوعي للأعراض، تحديد أهداف لإعادة المعالجة:

(أ) الأحداث السابقة المسببة للأعراض الحالية؛

(ب) المثيرات الحالية؛

(ج) الأهداف المستقبلية.

2. **الجلسة الرابعة: التحضير:**

الوقت: 1 ساعة ونصف.

الأهداف:

- ✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج.
- ✓ تقديم تدريبات نفسية
- ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس
- ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي
- ✓ تعزيز التحالف العلاجي
- ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**

التبرير:

التحضير المناسب مهم لتعزيز آثار العلاج السريع حتى يمنح الاستخدام الفعال لتقنيات التنظيم المؤثر للمرضى؛ الثقة للتعامل مع المستويات العالية من المواد المزعجة التي قد تظهر أثناء الجلسة، في حين أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر المزعجة يمكن أن يزيد من مستوى خوف المريض ويجعل المعالجة أكثر صعوبة.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

نقوم بتلخيص كل ما جرى في الحصص الثلاث الأولى: الهدف والغاية من تطبيق تلك الاختبارات والمقابلات، تهدئة المريض بتعليمه بعض التقنيات العلاجية ومساعدة في العلاج مثل تقنية التنفس البطني.

✓ **النشاط 1. تعليمه طريقة التنفس البطني:**

الأخصائي: "إن الأسلوب الذي سأعلمك إياه الآن يسمى **التنفس المتحكم به أو التنفس المراقب** ".

- اجلس بشكل مريح بالاستناد على ذراعي الكرسي وأغمض عينيك ببطء.
- ضع يدك على البطن، وإصبعك الصغير فقط على زر بطنك.
- استنشق عن طريق الأنف لمدة **3** ثوان باستخدام الحجاب الحاجز الخاص بك.

إنها تتعلق بجلب الهواء إلى المنطقة النهائية لرئتيك، لا تأخذ كمية كبيرة من الهواء، يجب رفع البطن في كل استنشاق أنت تشعر أن يدك ترتفع.

- استنشق عن طريق الأنف أو الفم لمدة 3 ثوان، عند الزفير، يعود البطن إلى موضعه الأصلي، تشعر كيف أن يدك تنزل، يمكنك تكرار الكلمات ببطء مثل "هدوء" أو "هادئ"، تخيل أن الضغط يخرج مع الهواء الذي تزفره.
- خذ استراحة قصيرة قبل استعادة الحصول على الهواء (عد **01** ثانية).
- كرر هذا التمرين وأعده من **6** الى **7** مرات.

الأخصائي: كيف تشعر؟

(**ش.م.ر**)" راني مليح"

الأخصائي: إنها تقنية الاسترخاء. ونعطي التعليمة التالية: "خلال الجلسات التالية، سنتعلم أساليب واستراتيجيات أخرى ستساعدنا أيضًا في حل مشكلاتنا بشكل أفضل. "

✓ **النشاط 2. تقديم برنامج وتعزيز التحالف العلاجي:**

شرحنا له التقنية العلاجية بمفهوم بسيط حتى يفهمه، بعدها قدمنا له مطوية بسيطة حتى يتمكن من متابعة التقنية وخطوات العلاج.

✓ **النشاط 3. اختبار حركات العين والوضعية المناسبة:**

جربنا حركات العينين المناسبة للمفحوص حددنا فيها الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص وتقيم قدرته على تتبع الأصابع المتحركة من خلال البدء ببطئ، ثم زيادة سرعة حتى وصلنا إلى المطلوب خلال هذه المرحلة طلبنا منه الإفصاح عن أي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزعجة عاطفيا.

إغلاق الجلسة:

في نهاية الجلسة ذكرناه مجددا بما قمنا به من البداية، وطلبنا منه أن يقوم بتطبيق تقنية التنفس البطني في زنزانته حتى يتمكن منها وحظرناه للجلسة القادمة.

8. الجلسة الخامسة التقييم:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR**

✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC**

✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي)

✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**

التبرير:

يحدد المعالج مكونات الـــأهداف ويضع استجابة أساسية فيما يتعلق بالذاكرة المستهدفة، والمكونات المحددة اللازمة لإكمال المعالجة.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**
- ✓ **النشاط 1. بداية تقييم المشكلة حسب EMDR:**

بتقييم مشكلة المفحوص، وضحنا للمريض بأن العلاج له خمس المراحل الأساسية: الصورة /تفكير السلبي التفكير الإيجابي /المشاعر/ الأحاسيس الجسمية.

الصورة: الضرب المبرح من طرف الأب المدمن، وتوبيخه على كل شيء" (**ش.م.ر**): كي كنت صغير يدخل بابا لدار ما علابالوش بينا ويزيد يدربني ويقولي أنت هو سبا ما فهمتش علاه، ويحوس غير يتكيف الزطله".

التفكير السلبي:NC "أنا عاجز وأشعر بأنني غير مسؤول"

التفكير الإيجابي:PC " أستطيع تجاوز تفكيري السلبي"

المشاعر: "إحباط، الغضب، حزن"

الأحاسيس الجسمية "ضربات القلب المتسارعة "

سلم مستوى اضطراب العاطفة SUD = 10

سلم صحة التفكير الإيجابي VOC = 03

إغلاق الجلسة:

قمنا بتلخيص ما سبق، وطلبنا منه كتابتها في مذكرته حتى يتسنى متابعة ما نقوم به، كذلك القيام بالتنفس البطني للاسترخاء.

9. الجلسة السادسة إزالة الحساسية:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف

- ✓ إعادة معالجة تجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD**
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة
- ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية
- ✓ استخدم التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني

التبرير:

تركز المرحلة الرابعة على التأثير السلبي للمريض، كما هو موضح في مقياس **SUD**، تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بما في ذلك الأحلام والارتباطات الجديدة، بغض النظر عما إذا كان مستوى الضائقة لدى المريض في تزايد أم تناقص أم ثابت.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة**

طلبنا منه القيام بالتنفس البطني، ثم لخصنا ما قمنا به في الحصة السابقة، وكذلك طلبنا منه إعلامنا على أي مشكلة في الحصة السابقة، بعدا وضحنا جدول الأعمال للحصة الحالية.

- ✓ **نشاط 1. إزالة الحساسية:**

الأخصائي: سنستعمل الآن حركات العينين «انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار، بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد، سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا نطرح الأسئلة التالية: «ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة).

(ش.م.ر) ": الصورة: كيفكيف شيخ تاعي وهو يضرب فيا ... وهو يتكيف الزطلة "

الأخصائي ما هو تقيمك على سلم**SUD .**

(ش.م.ر)": SUD :09

استمررنا في القيام بالعملية **04** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا، أي حوالي 15 دقيقة، نقوم بعد الانتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني.

المجموعة الأولى**SUD : 10** المجموعة الرابعة **6:SUD**

المجموعة الثانية **SUD: 7** المجموعة الثالثة **5:SUD**

وانتهت خلال **4** حصص وفق نفس المنهجية العلاجية إلى درجة الصفر على هذا المقياس **SUD =0**

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

10. الجلسة العاشرة" التثبيت"

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل
- ✓دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي.
- ✓استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7** أو **"VoC»= 6**

التبرير:

التركيز ينصب على إبراز وزيادة قوة التفكير الإيجابي الذي حدده المريض على أنه بديل للتفكير السلبي الأصلي، إن ربط التفكير الإيجابي بالذاكرة المستهدفة يقوي الوثاق الترابطي، بحيث إذا تم تشغيل ذاكرة الحادثة الأصلية، فإن عودتها إلى الوعي سيصاحبها ارتباط قوي للتفكير الإيجابي الجديد.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة

✓ **النشاط 1. ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار VOC مع PC والصورة الأولية):**

الأخصائي: فكر في الصورة كما تتذكرها الآن على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7**، (صحيح تمامًا)، أخبرنا إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن.

(ش.م.ر):"التفكير الإيجابي هو " ضربات القلب المتسارعة " نقطة **1** "

كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بأربع مجموعات إلى أن أصبح **7**.

المجموعة الأولى:**VoC = 1** المجموعة الثالثة:**VoC = 6**

المجموعة الثانية:**VoC = 4** المجموعة الرابعة:**VoC = 7** ا

(ش.م.ر)": "راني فلـــــــــــــ **7** "

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل الحصص وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة

11. الجلسة الحادية عشر " مسح الجسم" body scan :

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل.

✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.

التبرير:

هناك صدى جسدي للمواد المختلة وظيفيا، والتي قد تكون مرتبطة بطريقة يتم بها تخزينها فسيولوجيًا، يمكن أن تساعد تحديد الإحساس الجسدي المتبقي واستهدافه في هذه المرحلة السادسة من علاج على حل أي معلومات غير معالجة متبقية، هذه مرحلة مهمة ويمكن أن تكشف عن مناطق توتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

✓ **النشاط 1 ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا:**

الأخصائي: طلبنا منه أن يغمض عينيه ويركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا. وإخبارنا ما إذا كان يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"

(ش.م.ر):" ضربات القلب المتسارعة «نحس قلبي راح يخرج من صدري "

الأخصائي: سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ ". وانتهت خلال مجموعتين **من** حركات العينين وفق نفس المنهجية العلاجية إلى غاية شعوره بالتحسن والارتياح ولا يشعر بأي توتر في جسده.

(ش.م.ر):"الحمد الله هذا وين راني بنادم."

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل حصص الأربعة وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

12. الجلسة الثانية عشر غلق وإعادة التقييم:

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج

✓ تطبيق قياس بعدي

التبرير:

إعادة فحص الهدف (الأهداف) لضمان استقرار آثار العلاج.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

✓ **النشاط 1 تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج:**

الأخصائي: "ما هو الجانب الأكثر إيجابية أو قيمة الذي تعلمته عن نفسك فيما يتعلق بهذا الموضوع؟

(**ش.م.ر**): " ما زلت أتعلم، ويمكنني أن أواصل التجربة"

بعدها قمنا بسلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه لتثبيت التفكير الإيجابي.

✓ **النشاط 2 تطبيق قياس بعدي:**

مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

المقياس الفرعي للتكرار والشدة: نوع السلوك العدواني على الغير: **لا توجد عدوانية**.

المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء: **لا توجد عدوانية**.

إغلاق الجلسة:

"العمل الذي قمنا به اليوم يمكن أن يستمر بعد هذه الجلسة؛ يمكن أن تعود إليك الصور أو الأفكار أو الذكريات أو الأحلام الجديدة؛ إذا كان هذا هو الحال فما عليك إلا أن تلاحظ ما يحدث داخلك ودون (ما تراه، وتشعر به، وتفكر فيه، والظروف التي أدت إلى ذلك)؛ يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. إذا لزم الأمر."

3-5- نتائج العلاج:

بعد سماع الحالة ورسم الخطة العلاجية وشرح تفاصيل العمل العلاجي في الجلسات الثلاث الأولى، وبإجراء قياس شدة الاضطراب **SUD** ومن خلال التركيز على الحدث المزعج له حتى تذهب الصورة من ذهنه، قد انخفضت دراجاته على السلم **SUD** من **10** إلى **0**، أخذت منا **10** حصص رغم صعوبة العلاج معه، كما تم قياس ثبات التفكير الإيجابي الذي كان في المرة الأولى **1**بعد خمس مجموعات أصبح **06**.

كما تم العمل أيضا على تحقيق الاسترخاء عن طريق تقنية التنفس البطني خلال الجلسات العلاجية، أيضا معالجة التوتر الذي يحدث على مستوى اليد بعد مسح الجسم ذهنيا **body scan.**

نلاحظ أن الأهداف المسطرة لكل مرحلة علاجية قد تحققت، من خلال المقابلات التشخيصية والعلاجية، يمكننا القول بأن هناك تطورات إيجابية واضحة بالنسبة للحالة.

4- عرض الحالة الرابعة:

4-1- تقديم الحالة:

- **السن:** 27 سنة
- **الحالة الاجتماعية:** أعزب
- **المستوى التعليمي:** متوسط
- **المؤهلات:** شهادة صنع الحلويات
- **المهنة:** لا يوجد
- **دخله:** لا دخل له

4-2- تاريخ المقابلات:

رقم	نوع المقابلة	عدد الحصص	المدة	الهدف من المقابلة
01	مقابلات أولية "أخذ تاريخ الفرد"	3 حصص	من ساعة إلى 90 دقيقة	✓ تعرف على الحالة ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي ✓ تطبيق مقياس **ECHA** ✓ تأسيس تحالف علاجي ✓ خلق جو متماسك ومريح ✓ التحفيز على تطبيق العلاج ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج
02	جلسات علاجية "التحظير"	حصة	ساعة و نصف	✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج ✓ تقديم تدريبات نفسية ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي ✓ تعزيز التحالف العلاجي ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج **EMDR**
03	جلسات علاجية التقييم	حصة	ساعة	✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR** ✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC** ✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي) ✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**

04	جلسات علاجية إزالة الحساسية	10 حصص	ساعة	✓ إعادة معالجة التجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD** ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية ✓ استخدام التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني
05	جلسات علاجية "التثبيت"	حصة	ساعة	✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي. ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **VOC =7** أو **"VoC" = 6**
06	جلسات علاجية " مسح الجسم " **Body scan**	حصة	**45** دقيقة	✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل. ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.
07	جلسات علاجية غلق و إعادة التقييم	حصة	**45**دقيقة	✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج ✓ تطبيق قياس بعدي

رقم (14): جدول يبين الجلسات العلاجية وأهافها للحالة الرابعة

4-2-1- القياس القبلي:

أ. **مصادر المعلومات**

- الملف الطبي/ الملاحظة المباشرة / الحيازة.
- جودة المعلومات ممتازة.

ب. نتائج السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي:

مراحل النمو الفئات العمرية حسب السنوات		**نمط الحياة** (السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي)	التكرار	الشدة	**النتيجة النهائية بالنسبة لكل فئة عمرية** (نمط الحياة + التكرار +الشدة)	**النتيجة النهائية تشمل مختلف الفئات العمرية** (نقط **3** نقاط إذا كان السلوك العدواني على الغير لم يسبق وأن لوحظ في مدة مختلفة لمراحل الحياة)
0–3 (طفل)		/	/	/	/	/
4–5 (سن قبل المدرسة)		/	/	/	/	/
6–10(سن المدرسة)		**3**	**1**	**3**	**6**	
11–13(قبل المراهقة)		**5**	**5**	**5**	**15**	
14–18(المراهقة)		**6**	**7**	**7**	**20**	
> 18(راشد مع تحديد السن)	السن **21**	**7**	**7**	**7**	**21**	

رقم (15): نتائج سلوك العدواني على الغير الماضي الحاضر للحالة الرابعة

ت. مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي :

- **المقياس الفرعي للتكرار والشدة:**

نوع السلوك العدواني على الغير:

- ✓ **إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر**:(مثل العين، الفم)

F=2 S=5 D=4 F+S+D=13

- **المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء**

- ✓ **هدف العدوان** أهداف بشرية
- ✓ **وسيلة أو الوسائل الإعتداء**

- الجزء الجسدي المستعمل في الإعتداء هو: العين والبطن
- الشيء المستعمل للإعتداء: سكين، قطعة حديدية حادة

↳ **المقياس الفرعي للمحتوى:**

- ✓ **محتوى الظاهري:** غضب، صراع، إحباط؛
- ✓ **السلوكات المشتركة:** إنسحاب توحدي **ap**؛
- ✓ **المكان:** في السجن «**S**»، الشارع.

تعليق:

المفحوص نتائجه على سلم **ECHA** بالنسبة للسلم الفرعي للسلوك **العدواني على الغير الحاضر والماضي** في مختلف مراحل نموه، **6–10(سن المدرسة) النتيجة** النهائية: **15** الحالة تقريبا مرة في اليوم، بشكل منتظم تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي. **11–13(قبل المراهقة)** النتيجة النهائية **17** متكرر كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر) تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائيا (الدوائي) ، **14–18(المراهقة)** النتيجة النهائية **17** متكرر كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر) تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائي (الدوائي) **في سن الرشد 19** سنة النتيجة النهائية **21** وصل إلى أقصى درجات العدوانية متكررة كثيرا (أكثر من **12** في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)، والتي تعتبر مقلقة وانشغال كبير بالنسبة لأمن الشخص.

أما مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:

هجوم على الوجه درجتها **13** تكرارها على الأقل مرة في الشهر، تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي أعراض موجودة منذ ثلاث أشهر، كانت كلها أهداف ضد الأشخاص يستهدف العين والبطن من أجزاء الجسد، يستعمل فيها السكين للإعتداء، المحتوى الظاهري لهذا السلوك غضب، صراع، وسواس، يستعمل فيها سلوكات مشتركة قلق، اعتداء أكثر الأماكن يظهر فيها هذا السلوك بشدة السجن ثم الشارع.

4-3- تحليل المقابلات:

بالنسبة لمظهره ولسلوكه العام ملابس غير مناسبة، غير نظيف، بنيته الجسمية نحيفة خامل، أما فيما يخص النشاط النفسي الحركي هادئ، تواصله البصري متوسط. كلامه بطيء وقليل الكلام، نبرته منخفضة ونطقه واضح، متعاون، الصحة الجسدية جيدة.

توجد سوابق في السلوك المرضي؛ محاولة انتحار سنة **2013** بزيادة الجرعة أدوية مهلوسة **Les Psychotropes**، وكذلك بسبب تناول المخدرات في سن مبكرة **12** سنة توبع من طرف مختص في الأمراض العقلية لمدة **06** أشهر (**HALDOL- LEXOMIL - NOZINAN-PARKIDYL**)، طبيعة المواد المستهلكة بالنسبة للمخدرات الأدوية النفسية) **RIVOTRIL**)، كحول، مواد طيارة **selvent**، الكيف **KIF**، مخدر الفلاكا **FLAKKA**أو الزومبي في السابعة من عمره تعرض إلى إصابة في الرأس عندما كان ملتصق بالشاحنة فسقط منها مباشرة على راسه.

الوضعية الاجتماعية من ناحية السكن موجود في شقة، المعيشة متوسطة، أعزب، عائلة متفككة بسبب الطلاق، الأم متزوجة والأب متزوج، وهو يعيش عند جدته من أبيه، طبيعة الإشراف الأبوي غير موجود، أسلوب التربوي المعتمد متسلط أسلوب التواصل المتبني في الأسرة متفكك، لديه أخ وأخت، ترتيبه الأصغر.

علاقته غير جيدة مع أفراد أسرته محاولة الانتحار كانت بسبب الطلاق، ليس لديه عاطفة واضحة اتجاه إخوته وأمه لكونه لم يعش معهم، طفولته كانت غير مستقرة له شجرات عديدة في المدرسة، توجد مشاكل عائلية من الناحية العائلة الكبيرة، غير مستقر في العمل، ليس لديه مؤهلات علمية ولا تكوينية؛ مدخول ضعيف يعتمد على أمه، يعتبر بأن الجريمة التي هو موجود بسببها في السجن بسبب الظرف العائلي.

التاريخ الإجرامي والسلوك العنيف: مصنف في المستوى المتوسط بالنسبة للتصنيف الأمني بسبب الجريمة المرتكبة التهمة الأولى محاولة القتل مع سبق الإصرار والترصد **10** سنوات التي قام بها في السجن لمحاولة قتل محبوس آخر، أما التهمة التي دخل بها قبل هذه فهي الضرب والجرح العمدي **04** سنوات.

له سوابق قضائية دخول إلى السجن بتهمة الضرب والجرح العمدي باستعمال سلاح، وقضية أخرى حمل سلاح محضور من صنف السادس وجنحة تحطيم ملك الغير، سيرته داخل السجن سيئة، عدة مرات شجارات واعتداءات على المحبوسين.

4-4- تطبيق تقنية العلاجية EMDR ومسار تطور الحالة:

أ. ملخص الحالة على بطاقة المعالجة:

الصورة " صدمة رؤية أمي أول مرة وإخوتي، والشجار بين أمي وأبي "
التفكير السلبي NC " أشعر بعدم الأمان ووحيد لا أساوي شيء" " أشعر بأنني لقيط "
التفكير الإيجابي PC "أعلم بأنهم والدي ، أتبل الوضع كما هو وأستمر في الحياة "
VOC = 01

الأحاسيس / المشاعر"، اكتئاب، غضب واندفاعية"
SUD = 10
موقع إحساس الجسم "أشعر بأن رأسي ثقيل ورقبتي تتشنج"
إزالة الحساسية سنستعمل الآن حركات العينين «انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به من الجسد. سلسلة من حركات العين 24 حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا نطرح الأسئلة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة). استمررنا في قيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا ،أي حوالي **20** دقيقة ، نقوم بعد انتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني.
تثبيت التفكير الإيجابي ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار **VOC** مع **PC** والصورة الأولية) **الأخصائي:** فكر في الصورة كما تتذكره الآن وهذا التفكير: قدر الله ما شاء فعل وأنا لست بالشخص السيئ" على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن؛ كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بخمس مجموعات إلى أن يصبح **6**. المجموعة الأولى:**VoC = 1** المجموعة الثالثة:**VoC = 5** المجموعة الرابعة:**VoC = 6** المجموعة الثانية:**VoC = 4** المجموعة الخامسة:**VoC = 6**
مسح الجسم – " ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا طابنا منه غمض العينين وتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا. وإخبارنا ما إذا كان يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"، (**ش.ز**): "نحس بلي كتافي يسطروا " **الأخصائي:** سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "
الإغلاق (استخلاص المعلومات) "قد يستمر العلاج الذي قمنا به اليوم بعد الجلسة. قد تلاحظ أو لا تلاحظ رؤى أو أفكار أو ذكريات أو أحلامًا جديدة. إذا فعلت ذلك، فما عليك سوى ملاحظة ما تعاني منه. أخذ لقطة منها وحفظها في السجل. يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. "

رقم (18): بطاقة معالجة للحالة الرابعة

ب. تفصيل الجلسات:

1. الجلسة الأولى +الثانية + الثالثة "أخذ تاريخ الفرد"

الوقت: 01 ساعة و30 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تعرف على الحالة.
- ✓ جمع المعلومات الأولية وتطبيق المقابلة النصف الموجهة.

- ✓ جمع التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي
- ✓ تطبيق مقياس **ECHA.**
- ✓ تأسيس تحالف علاجي.
- ✓ خلق جو متماسك ومريح.
- ✓ التحفيز على تطبيق العلاج.
- ✓ معرفة محتويات وبنية العلاج.

التبرير:

أساس العلاج في الحصص الأولى فمن البداية نهدف إلى خلق جو متماسك ومريح، يهدف إلى تسهيل عملية المشاركة التعبير والاندماج مع توليد محيط لثقة والتقبل. الحصول على السرد أو التاريخ المنظم •إجراء تقييم موضوعي للأعراض تحديد أهداف لإعادة المعالجة:

(أ) الأحداث السابقة المسببة للأعراض الحالية

(ب) المثيرات الحالية

(ج) الأهداف المستقبلية

2. **الجلسة الرابعة: التحضير:**

الوقت: 1 ساعة ونصف.

الأهداف:

- ✓ الحصول على الموافقة المسبقة على العلاج.
- ✓ تقديم تدريبات نفسية.
- ✓ ممارسة أساليب ضبط النفس.
- ✓ طلب من المريض بدء سجل أسبوعي.
- ✓ تعزيز التحالف العلاجي.
- ✓ توجيه المريض إلى المشاكل في علاج.**EMDR**

التبرير:

التحضير المناسب مهم لتعزيز آثار العلاج السريع أن يمنح الاستخدام الفعال لتقنيات التنظيم المؤثر للمرضى الثقة للتعامل مع المستويات العالية من المواد المزعجة التي قد تظهر أثناء الجلسة، في حين أن عدم القدرة على التعامل مع المشاعر المزعجة يمكن أن يزيد من مستوى خوف المريض ويجعل المعالجة أكثر صعوبة.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

نقوم بتلخيص كل ما جرى في الحصص الثلاث الأولى: الهدف والغاية من تطبيق تلك الاختبارات والمقابلات تهدئة المريض بتعليمه بعض التقنيات العلاجية مساعدة في العلاج مثل تقنية التنفس البطني.

✓ **النشاط 1. تعليمه طريقة التنفس البطني:**

"إن الأسلوب الذي سأعلمك اياه الآن يسمى **التنفس المتحكم به او التنفس المراقب** ".

- اجلس بشكل مريح بالاستناد على ذراعي الكرسي وأغمض عينيك ببطء.
- ضع يدك على البطن، وإصبعك الصغير فقط على زر بطنك.
- استنشق عن طريق الأنف لمدة 3 ثوان باستخدام الحجاب الحاجز الخاص بك.

إنها تتعلق بجلب الهواء إلى المنطقة النهائية لرئتيك، لا تأخذ كمية كبيرة من الهواء.

يجب رفع البطن في كل استنشاق. انت تشعر ان يدك ترتفع.

- استنشق عن طريق الأنف أو الفم لمدة 3 ثوان. عند الزفير، يعود البطن إلى موضعه الأصلي. تشعر كيف ان يدك تنزل. يمكنك تكرار الكلمات ببطء مثل "هدوء" أو "هادئ"، تخيل أن الضغط يخرج مع الهواء الذي تزفره.
- خذ استراحة قصيرة قبل استعادة الحصول على الهواء (عد 01 ثانية).
- كرر هذا التمرين وأعده من 6 الى 7 مرات.

الأخصائي: كيف تشعر؟

(ش.ز)" صعيبة شوي "

الأخصائي: في البداية وجد صعوبة في تعلم الطريقة، فحاولنا تطبقها من جديد. وسألناه مرة أخرى:" جيد جدا، كيف كان شعورك هذه المرة؟ هل شعرت بالراحة؟

(ش.ز)": مازلت شوي.

الأخصائي: إنها تقنية الاسترخاء. ونعطي التعليمة التالية: "خلال الجلسات التالية، سنتعلم أساليب واستراتيجيات أخرى ستساعدنا أيضًا في حل مشكلاتنا بشكل أفضل. "

✓ **النشاط 2. تقديم برنامج وتعزيز التحالف العلاجي:**

شرحنا له التقنية العلاجية بمفهوم بسيط حتى يفهمه، بعدها قدمنا له مطوية بسيطة حتى يتمكن من متابعة التقنية وخطوات العلاج.

✓ **النشاط 3. اختبار حركات العين والوضعية المناسبة:**

جربنا حركات العينين المناسبة للمفحوص حددنا فيها الوضع والمسافة المناسبة وأكثر راحة للمفحوص وتقييم قدرته على تتبع الأصابع المتحركة من خلال البدء ببطئ، ثم زيادة سرعة حتى وصلنا إلى حركة المناسبة والمريحة له خلال هذه المرحلة طلبنا منه الإفصاح عن أي تفضيلات فيما يتعلق بالسرعة والمسافة والطول قبل التركيز على المواد المزعجة عاطفيا.

إغلاق الجلسة :

في نهاية الجلسة ذكرناه مجددا بما قمنا به من البداية، وطلبنا منه أن يقوم بتطبيق التقنية التنفس البطني في زنزانته حتى يتمكن منها وحظرناه للجلسة القادمة.

3. الجلسة الخامسة التقييم:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ الوصول إلى الجوانب الأساسية للهدف المحدد من خطة العلاج لإعادة معالجة **EMDR**
- ✓ الحصول على تدابير خط الأساس على **SUD** و**VoC**
- ✓ استخراج الصورة والمعتقد السلبي الحالي والإيجابي المطلوب (الاعتقاد، العاطفة الحالية، والإحساس الجسدي)
- ✓ تسجيل التدابير الأساسية ل **SUD** و**VoC**

التبرير:

يحدد المعالج مكونات الأهداف ويضع استجابة أساسية فيما يتعلق بالذاكرة المستهدفة، والمكونات المحددة اللازمة لإكمال المعالجة.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

✓ **النشاط 1. بداية تقييم المشكلة حسب EMDR:**

بتقييم مشكلة المفحوص، ووضحنا للمريض بأن العلاج له خمس المراحل الأساسية: الصورة /تفكير السلبي التفكير الإيجابي /المشاعر/ الأحاسيس الجسمية.

الصورة: صدمة رؤية أمه أول مرة وإخوته، والشجار بين أمه وأبيه كي كان في عمري **10** سنين جاتني خلعة كبيرة كي قالولي بلي هذه يماك وهذوا خاوتك، ما فهمت والوا، وزيد نشوف بابا يتفاتن معها "

التفكير السلبي:NC "أشعر بعدم الأمان ووحيد لا أساوي شيئا" " أشعر بأنني لقيط "

التفكير الإيجابي:PC " أعلم بأنهم والدي، أتقبل الوضع كما هو وأستمر في الحياة "

المشاعر:" اكتئاب، غضب واندفاعية "

الأحاسيس الجسمية:" أشعر بأن رأسي ثقيل ورقبتي تتشنج "

سلم مستوى اضطراب العاطفة **SUD** = **10**

سلم صحة التفكير الإيجابي **VOC** = **01**

إغلاق الجلسة:

قمنا بتلخيص ما سبق، وطلبنا منه كتابتها في مذكرته حتى يتسنى متابعة ما نقوم به، وطلبنا منه كذلك قيام بالتنفس البطني للاسترخاء.

4. الجلسة السادسة إزالة الحساسية:

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ إعادة معالجة تجربة المستهدفة إلى غاية الوصول إلى الحل التكيفي على النحو المشار إليه بدرجة **0** في **SUD**
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي وتقييم التغييرات من خلال تقارير المرضى الموجزة
- ✓ العودة إلى الهدف بشكل دوري لتقييم المكاسب وتحديد المواد المتبقية
- ✓ استخدم التدخلات الإضافية فقط عندما يتم حظر إعادة المعالجة بشكل علني

التبرير:

تركز المرحلة الرابعة على التأثير السلبي للمريض، كما هو موضح في مقياس **SUD**، تشمل هذه المرحلة من العلاج جميع الاستجابات، بما في ذلك الأحلام والارتباطات الجديدة، بغض النظر عما إذا كان مستوى الضائقة لدى المريض في تزايد أم تناقص أم ثابت.

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

طلبنا منه القيام بالتنفس البطني، ثم لخصنا ما قمنا به في الحصة السابقة، وكذلك طلبنا منه إعلامنا على أي مشكلة في الحصة السابقة، بعدا وضحنا جدول الأعمال للحصة الحالية.

✓ **نشاط 1. إزالة الحساسية:**

الأخصائي: سنستعمل الآن حركات العينين "انظر إلى أطراف أصابعي" بسرعة تصاعدية من اليمين إلى اليسار، بعدها طلبنا من المفحوص استحضار الصورة الذهنية وفي نفس الوقت التفكير السلبي، وأن ينتبه لمشاعره ومكان التوتر الذي يشعر به

من الجسد؛ سلسلة من حركات العين **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبًا ونطرح الأسئلة التالية: "ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ استمر في ذلك "(لكل مجموعة).

(ش.ز) ": الصورة: ما زلت نشوف نفس الصورة "

الأخصائي: ما هو تقيمك على سلم**SUD .**

(ش.ز): 10:SUD

استمررنا في قيام بالعملية **05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا، أي حوالي **20** دقيقة، نقوم بعد انتهاء من كل مجموعة ممارسة تقنية التنفس البطني.

المجموعة الأولى**SUD : 10**
المجموعة الثانية **8:SUD**
المجموعة الثالثة **7:SUD**
المجموعة الرابعة **7:SUD**
المجموعة الخامسة **8:SUD**

وانتهت خلال **10** حصص وفق نفس المنهجية العلاجية إلى درجة الصفر على هذا المقياس **0= SUD**

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل الحصص الأربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

5. الجلسة السادسة عشر " التثبيت":

الوقت: 01 ساعة.

الأهداف:

- ✓ الاستمرار في إعادة معالجة الهدف مع إدراج علني للاعتقاد المفضل
- ✓ دمج الاعتقاد المفضل بشكل كامل في شبكة الذاكرة.
- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يحمل المريض الهدف في الوعي بالمعتقد الإيجابي.
- ✓ استمرار حتى يصل المفحوص إلى **7= VOC أو "VoC" = 6**

التبرير:

التركيز ينصب على إبراز وزيادة قوة التفكير الإيجابي الذي حدده المريض على أنه بديل للتفكير السلبي الأصلي، إن ربط التفكير الإيجابي بالذاكرة المستهدفة يقوي الوثاق الترابطي، بحيث إذا تم تشغيل ذاكرة الحادثة الأصلية، فإن عودتها إلى الوعي ستصاحبها ارتباط قوي للتفكير الإيجابي الجديد

التطوير:

✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة

✓ **النشاط 1. ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي. (اختبار VOC مع PC والصورة الأولية):**

الأخصائي: فكر في الصورة كما تتذكرها الآن على مقياس من **1** (خطأ تمامًا) إلى **7** ، (صحيح تمامًا)، أخبرنا إلى أي مدى تشعر أن هذه الكلمات صحيحة الآن.

(ش. ز): " التفكير الإيجابي " نقطة **1**"

كررنا العملية مع سلسلة من حركات العين بخمس مجموعات إلى أن أصبح **7**.

المجموعة الأولى:**VoC = 1** المجموعة الثالثة:**VoC = 5** المجموعة الرابعة:**VoC = 6**

المجموعة الثانية:**VoC = 4** المجموعة الخامسة:**VoC = 6**

(ش.م.ر):" 6 هذا واش نعطيلها "

إغلاق الجلسة:

شجعنا المفحوص في كل الحصص الخمس وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

6. الجلسة السابعة عشر " مسح الجسم" body scan :

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

✓ التحقق من إعادة معالجة أي اضطراب متبقي مرتبط بالهدف بالكامل.

- ✓ توفير مجموعات منفصلة من التحفيز الثنائي بينما يركز المريض على إعادة معالجة أي أحاسيس جسدية متبقية حتى تكون هناك أحاسيس محايدة أو إيجابية فقط.

التبرير:

هناك صدى جسدي للمواد المختلة وظيفيا، والتي قد تكون مرتبطة بطريقة يتم بها تخزينها فسيولوجيًا، يمكن أن تساعد تحديد الإحساس الجسدي المتبقي واستهدافه في هذه المرحلة السادسة من علاج على حل أي معلومات غير معالجة متبقية، هذه مرحلة مهمة ويمكن أن تكشف عن مناطق توتر أو مقاومة كانت مخفية في السابق.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

4-5- النشاط 1 ربط الصورة بالتفكير الإيجابي مع مراعاة الحدث ومسح جسده ذهنيًا:

الأخصائي: طلبنا منه غمض العينين وتركيز على الصورة وذكر التفكير الإيجابي ومراجعة جسمه بالكامل ذهنيًا. وإخباري ما إذا يشعر بأي توتر بين جسمه وأي مكان مرتبط بهذه الصورة"

(ش.ز): "أشعر بأن رأسي ثقيل ورقبتي تتشنج"

الأخصائي: سنقوم بنفس العملية السابقة بحركات العينين، ما الذي تشعر به؟ "

وانتهت خلال ثلاث مجموعات من حركات العينين وفق نفس المنهجية العلاجية إلى غاية شعوره بالتحسن والارتياح ولا يشعر بأي توتر في جسده.

(ش.ز): "راني مليح ".

إغلاق الجلسة :

شجعنا المفحوص في كل الحصص الأربع وفق نفس المنهجية، وحضرناه للجلسة القادمة.

7. الجلسة الثامنة عشر غلق وإعادة التقييم:

الوقت: 45 دقيقة.

الأهداف:

- ✓ تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج
- ✓ تطبيق قياس بعدي

التبرير:

إعادة فحص الهدف (الأهداف) لضمان استقرار آثار العلاج.

التطوير:

- ✓ **بداية الجلسة:**

وفق نفس المنهجية المستعملة في الجلسات السابقة في بداية كل جلسة.

- ✓ **النشاط 1 تحقق مما إذا كان يتم معالجة جميع جوانب خطة العلاج:**

الأخصائي: "ما هو الجانب الأكثر إيجابية أو قيمة الذي تعلمته عن نفسك فيما يتعلق بهذا الموضوع؟

(**ش.م.ر**): " **ليس** كلما أغضب أو أحزن أفرغ شحناتي على الناس الآخرين، وتعلمت أيضا هناك حلول بديلة لكل مشكلة"

بعدها قمنا بسلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه لتثبيت التفكير الإيجابي.

- ✓ **النشاط 2 تطبيق قياس بعدي المقياس السلوك العدواني على الغير الحالي:**

- المقياس الفرعي للتكرار والشدة: نوع السلوك العدواني على الغير: **لا توجد عدوانية**.
- المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الإعتداء: **لا توجد عدوانية**.

إغلاق الجلسة:

"العمل الذي قمنا به اليوم يمكن أن يستمر بعد هذه الجلسة؛ يمكن أن تعود إليك الصور أو الأفكار أو الذكريات أو الأحلام الجديدة؛ إذا كان هذا هو الحال فما عليك إلا أن تلاحظ ما يحدث داخلك ودون (ما تراه، وتشعر به، وتفكر فيه، والظروف التي أدت إلى ذلك). يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. إذا لزم الأمر."

4-5- نتائج العلاج:

بعد سماع الحالة ورسم خطة العلاجية والشرح تفاصيل العمل العلاجي في الجلسات الثلاث الأولى، وبإجراء قياس شدة الاضطراب SUD ومن خلال التركيز على الحدث المزعج له حتى تذهب الصورة من ذهنه، قد انخفضت درجاته على السلم SUD من **10** إلى **01**، أخذت منا **05** حصص، كما تم قياس ثبات التفكير الإيجابي الذي كان في المرة الأولى **2** بعد ثلاث جلسات أصبح **06**.

كما تم العمل أيضا على تحقيق الاسترخاء عن طريق تقنية التنفس البطني خلال الجلسات العلاجية، أيضا معالجة التوتر الذي يحدث على مستوى اليد بعد مسح الجسم ذهنيا **body scan.**

نلاحظ أن الأهداف المسطرة لكل مرحلة علاجية قد تحققت، من خلال المقابلات التشخيصية والعلاجية، يمكننا القول بأن هناك تطورات إيجابية واضحة بالنسبة للحالة.

الفصل السابع

عرض نتائج الدراسة ومناقشة الفرضيات

1- عرض نتائج الدراسة

2- مناقشة الفرضيات

خاتمة البحث

1- عرض نتائج الدراسة:

رغم أننا طبقناها على **08** حالات لكن بسبب جائحة كورونا لم نستطع مواصلتها على الحالات المتبقية، ولظروف المؤسسة بطابعها الأمني وصعوبة الاتصال للتباعد الجسدي، إلا أننا استطعنا تطبيق التقنية العلاجية **EMDR** على الحالات الأربع المتسمة بالسلوك العدواني إضافة إلى استخدام الأدوات العيادية، استغرقت أكثر من **06** أشهر، اختلفت فيها الجلسات حسب كل حالة عيادية ومدتها تراوحت من **45** دقيقة إلى **90** دقيقة، تشابه الحالات في أبعاد الدراسة وهي:

- **الإدمان:** كل الحالات لهم سوابق في الإدمان، ومتعددي الإدمان: كحول، كيف، أدوية مهلوسة؛
- **التنشئة الأسرية والاجتماعية:** تقريبا كل الحالات لها نفس الإشكال في الرقابة الوالدية إما التساهل معهم، أو التسلط وعدم المبالاة، أيضا محيط بعض الحالات لا يشجع على نمو نفسي جيد، الحالة (ح.م) الإرهاب والعشرية السوداء، محيط عائلي مفكك طلاق حالة (ش.ز)، وعائلة تخلت عن طفلها (ب.ع)، أي وجود حرمان عاطفي؛
- **الانحراف:** بداية الانحرافات بوادرها في الصغر وظهورها وعدم الإستقرار الواضح خاصة في مرحلة المرهقة وهذا ما يبين خصوصية مرحلة الطفولة والمراهقة في بناء الشخصية الفرد في انحرافها وتثبيت السلوك العدواني؛
- **التكفل الطبي العقلي** أظهرت الدراسة تقريبا كل الحالات المدروسة استفادت من تكفل من طرف طبيب الأمراض العقلية؛
- **التواصل:** مشكلة التواصل بين العائلة فيما بينها أو حتى مع أشخاص آخرين.

تمثلت النتائج التقنية العلاجية **EMDR** قبل تطبيقها في الجدول التالي:

الحالة	عدد الحصص	الصورة	الفكرة السلبية	SUD	الفكرة الإيجابية	VOC	المشاعر	موقع الجسد
(ب.ر)	18	معرفة بأنه متبني وحرق أثاث المنزل ، وثيابه من طرف العم وولده	أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان و وحيد	10	قلب الصفحة جديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن	02	قلق، غضب واندفاعية	ببرودة في اليدين
(ح.م)	18	الجار المقتول من طرف الإرهاب وعائلته، ولا أحد تدخل ، ورؤية الجثث مرمية في الشارع	أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان "	10	إختيار الأصدقاء الجيدون، ولي القوة الازمة للمواجهة"	01	إحباط، غضب وانعزال	سخونة تنتابه بكامل جسده
(ش.م.ر)	19	الضرب المبرح من طرف الأب المدمن ، وتوبيخه على كل شيء	"أنا عاجز وأشعر بأنني غير مسؤول"	10	أستطيع تجاوز تفكيري السلبي	03	إحباط، الغضب ،حزن"	ضربات القلب المتسارعة
(ش. ز)	18	صدمة رؤية أمه أول مرة وإخوته، والشجار بين أمه وأبيه	أشعر بعدم الأمان و وحيد لا أساوي شيئا" " أشعر بأنني لقيط	10	أعلم بأنهم والدي ، أتقبل الوضع كما هو وأستمر في الحياة	01	اكتئاب، غضب واندفاعية "	أشعر بأن رأسي ثقيل ورقبتي تتشنج

رقم (16): جدول يلخص المقابلات والجلسات للحالات الأربع قبل العلاج

- الجلسات تقريبا متساوية **18و 19** حصة؛
- الصورة: مواضيعها تدور بين العنف والإهمال الأسري والحرمان العاطفي؛
- التفكير السلبي: الصورة نشطت تفسيرًا يدور بين التحكم" **أنا عاجز** "، الأمن شعور بعدم الأمان: " **أشعر بعدم الأمان ووحيد**" واحترام الذات والشعور بالذنب:" **لا أساوي شيئا**"؛
- كانت كلها مرتفعة على أقصى درجة وهي **10** على هذا المقياس **SUD** ؛

- لهم تفكير إيجابي ولكن كلها منخفضة الدرجات تتراوح بين **1**و **3** على مقياس **VOC**؛
- المشاعر الناتج عن الصورة تقريبا متشابهة تدور حول الغضب، القلق، الاندفاعية، والحزن.

الحالة	مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي الفئات العمرية و نتائجها			
	10-6 سنوات	13-11 سنة	18-14 سنة	18 فما فوق
(ب.ر)	6	15	20	21
(ح.م)	07	09	6	21
(ش.م.ر)	14	17	17	21
(ش. ز)	6	15	20	21

رقم (17): جدول يلخص نتائج الحالات الأربع على سلم ECHA مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي قبل العلاج

وكانت نتائج الاختبار القبلي لسلوك العدواني على الغير **ECHA** فيما يلي:

كل الحالات تطورت في السلوك العدواني في مراحل النمو الماضي إبتداءا من السن **6** سنوات إلى غاية سن الرشد الحالي في هذا المقياس، تكون متكررة **6** مرات في الأسبوع وشدتها بدون إصابة سطحية ملحوظة إلى غاية الآفة شديدة، مقلقة وانشغال كبير بالنسبة لأمن الشخص ب **21** درجة.

وكانت النتائج السلوك العدواني على الغير الحالي قبل العلاج:

- نوع السلوك العدواني على الغير كانت تقريبا متشابهة بين هجوم على شخص وإدخال أشياء في شقوق الوجه وكانت مرتفعة؛
- المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الاعتداء: الأهداف كلها أشخاص كلها كانت باليدوي وواحد فقط أستعمل أيضا الرأس أما الشيء المستعمل بين قطعة حديدية حادة عصا وسكين؛

– المقياس الفرعي للمحتوي: نتائج محتوى الظاهري تدور بين الغضب، إحباط، صراع إلا حالة واحدة كانت بين الوسواس وانعزال، السلوك المشترك المرافق لسلوك الأصلي **3** حالات كلها بعده بين إنسحاب توحدي قلق وسلوكيات عدوانية على الذات وحالة واحدة نوبة غضب أثناء –أي رافقت –السلوك الأصلي، الأماكن كانت بين الشارع المنزل والسجن واختلفت في شدتها بينهم .

والنتائج التي تحققت بعد التطبيق التقنية على نحو التالي:

	مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي					
الحالة	**جدول رقم II** **F+S+D** نوع السلوك العدواني على الغير	**جدول رقم III** المقياس الفرعي للأهداف و الوسائل الاعتداء			**جدول رقم IV** المقياس الفرعي للمحتوي		
		هدف العدوان	**وسيلة الإعتداء**		**محتوى الظاهري**	**السلوكات المشتركة**	**المكان**
			جزء الجسد	الشيء المستعمل			
(ب.ر)	– اصطدام بالرأس درجة: **9** – إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر درجة:**11**	الأشخاص	اليد والرأس	الرأس وقلم وعصا	الغضب ،صراع ، وإحباط	غصب وسلوكيات عدوانية **ap**	المنزل **S** الشارع السجن
(ح.م)	هجوم على الوجه درجة:**12**	الأشخاص	اليد	مسامير قطعة حديدية حادة	غضب، إنعزال، وسواس	نوبة غضب **pdt**	الشارع السجن **S**
(ش.م.ر)	هجوم على شخص	الأشخاص	اليد	قطعة حديدية حادة	غضب، صراع، إحباط	قلق **ap**	الشارع **S**
(ش. ز)	إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر درجة:**11**	الأشخاص	اليد	قطعة حديدية حادة السكين	غضب، صراع، إحباط	إنسحاب توحدي **ap**	الشارع السجن **S**

رقم (18): جدول يلخص نتائج الحالات الأربع على مقياس ECHA

الحالة	عدد الحصص	الفكرة السلبية	SUD	الفكرة الإيجابية	VOC
(ب.ر)	18	أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان و وحيد	0	قلب الصفحة جديدة وتكوين أسرة ببحث عن مستقبل أحسن	07
(ح.م)	18	أنا عاجز وأشعر بعدم الأمان "	0	إختيار الأصدقاء الجيدون، ولي القوة الازمة للمواجهة"	07
(ش.م.ر)	19	"أنا عاجز وأشعر بأنني غير مسؤول"	0	أستطيع تجاوز تفكيري السلبي	07
(ش. ز)	18	أشعر بعدم الأمان و وحيد لا أساوي شيئا" " أشعر بأنني لقيط	0	أعلم بأنهم والدي ، أتقبل الوضع كما هو وأستمر في الحياة	06

رقم (19): جدول يلخص المقابلات والجلسات للحالات الأربع بعد العلاج

- تظهر نتائج المقياس **SUD** كل الحالات انخفضت إلى درجة **0**

- تظهر نتائج المقياس **VOC** كل الحالات ارتفعت إلى درجة **6 و07** وهذا ما كان مطلوب من تطبيق التقنية، نتائج الاختبار البعدي لسلوك العدواني على الغير **ECHA** الذي طبقناه بعد تطبيق العلاج بنحو **03** أشهر لاستقرار في الحالات والسلوك العدواني غير ملاحظ.

2- مناقشة الفرضيات:

تمثلت الفرضية العامة لهذا البحث فيما يلي:

لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين(**EMDR**) فاعلية في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين.

أما الفرضيات الجزئية فتمثلت فيما يلي:

- ✓ تمكن تقنية **EMDR** من تخفيض التفكير السلبي.
- ✓ تمكن تقنية **EMDR** من رفع التفكير الإيجابي.

من أجل التحقق من صحة الفرضية تم إجراء الدراسة وفق المنهج العيادي، وبتقنية دراسة حالة أجرينا مقابلات عيادية نصف موجهة وتطبيق اختبار مقياس **ECHA** مع أربعة (**04**) حالات وهي: (**ب.ر**)، (**ح.م**)، (**ش.م.ر**)، (**ش. ز**).

2-1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى تمكن تقنية EMDR من تخفيض التفكير السلبي:

التفكير السلبي للحالات الأربع مرتفع إلى أقصى درجة وهي **10** على مقياس الوحدات الذاتية للاضطراب (**SUD**)، صورة الحدث نشطت تفسيرًا سلبيا يتمحور بين **التحكم** " أنا عاجز "، **الأمن وشعور بعدم الأمان:** " أشعر بعدم الأمان ووحيد "واحترام **الذات والشعور بالذنب** " لا أساوي شيئا".

بعد تطبيق التقنية العلاجية **EMDR** في مرحلة الخامسة منها إزالة الحساسية تراوحت الحصص العلاجية بين **05** إلى **10** حصص حسب مرونة الحالة و صعوبة الحدث تركز على نزع وتخفيض التفكير السلبي إلى **0** ، بتطبيق سلسة حركات العين من **03 إلى05** مجموعات كل مجموعة فيها **24** حركة ثنائية الاتجاه لمدة **30** ثانية تقريبا ،أي حوالي **15** إلى **20** دقيقة وهذا ما أظهرته نتائج في الجدول السابق (جدول رقم **16**يلخص المقابلات والجلسات للحالات الأربع بعد العلاج) لكل الحالات إلى الصفر ، وبهذا تحققت الفرضية الجزئية: **تمكن تقنية EMDR من تخفيض التفكير السلبي**.

2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية تمكن تقنية EMDR من رفع التفكير الايجابي:

التفكير الإيجابي للحالات الأربع موجود عندهم ولكن درجة الاعتقاد قبل تطبيق التقني العلاجية **EMDR** منخفضة الدرجات تتراوح بين **1و 3** على مقياس مدى صحة التفكير (**VOC**) المكون من **7** درجات، بعد تطبق سلسلة من حركات العين من **03 إلى05** مجموعات كل الحالات ارتفع إلى درجة **6 و07** وهذا ما كان مطلوب من تطبيق التقنية أنظر الجدول السابق **رقم 16** يلخص المقابلات والجلسات للحالات الأربع بعد العلاج، ومنه تحققت الفرضية الجزئية:

تمكن تقنية EMDR من رفع التفكير الإيجابي.

وفق النتائج المتحصل عليها من تطبيق التقنية العلاجية **EMDR** والمقابلات العيادية ونتائج المقياس العدوانية على الغير البعدي وتحقق الفرضيات الجزئية، فبالتالي الفرضية العامة والتي مفادها: لتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين(**EMDR**) فاعلية في تخفيض السلوك العدواني لدى المحبوسين قد **تحققت**.

وهذا ما يدعوا إلى القول بأن التقنية يمكن أن توسع على اضطرابات نفسية ومشاكل سلوكية أكبر، وخاصة على عينة من فئات غير مدروسة بطريقة موسعة وهي فئة المجرمين في الجزائر

خاتمة البحث:

إن ظاهرة السلوك العدواني وخاصة التي تظهر على أخطر فئة من المجتمع درست بأبعاد وأطر نظرية مختلفة، من جهتنا أردنا أن ننظر إلى هذه الظاهرة من الزاوية العلاجية، وبتطبيق علاجات حديثة مبتكرة لم تجرب عليها.

إن مجال تطبيق برامج العلاجات النفسية الحديثة في إطار التكفل النفسي للنزلاء السجون في غاية الأهمية من الناحية البحثية والإجرائية فهو حقل لدراسة مازال خصب، أردنا بهذه الدراسة والتي كانت نتيجتها جيدة في علاج هذه الآفة التي ترهق الكثير من مؤسسات الدولة تبدأ من الأسرة إلى السجون.

مع الأهداف المسطرة مسبقا في بداية العملية العلاجية أظهرت الدراسة إمكانية تطبيق التقنية العلاجية **نزع الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات الأعين** في **خفض السلوك العدواني لدى النزيل** في تغير سلوكه وأفكاره السلبية المتعددة الأبعاد (التحكم، الأمن، تقدير الذات) تثبيت ورفع مستوى التفكير الإيجابي.

قائمة المراجع

المـــراجع:

1- باللغة العربية:

- ✓ أبو أسعد، أحمد. النوري، سلطان. (2016). *دراسة حالة في إطار جديد* (ط1). الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.
- ✓ أنجرس، موريس. (2006). *منهجية البحث العلمي في العلوم انسانية: تدريبات عملية* (ط 2). الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
- ✓ خليفة، يوسف. (1997). مناهج البحث الأدبي. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع
- ✓ سعدوني غديري، مسعودة. (2011). *مصير الطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل؟*
- ✓ عبد المعطي، حسن مصطفى. (2003). *منهج البحث الإكلينيكي أسسه وتطبيقاته*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- ✓ العيسوي، عبد الرحمان محمد. العيسوي، عبد الفتاح. (1997). *مناهج البحث العلمي*. لبنان: دار راتب الجامعية.
- ✓ قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين (2005) (ط3). الجزائر: الديوان الوطني للأشغال التربوية.
- ✓ لرينونة، محمد يزيد. (2015). *اسس علم النفس*. الجزائر: الجسور للنشر والتوزيع.
- ✓ معتز سيد، عبد الله صالح. (دون سنة). *أبعاد السلوك العدواني*، دار المسيرة للنشر.
- ✓ قبالي، يحي. (2008). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*، عمان: طريق للنشر.
- ✓ مجدي أحمد محمد عبد الله. (1999). *علم النفس المرضي*، دار المعرفة الجامعية للنشر.
- ✓ الدسوقي، كمال. *الطب العقلي والنفسي*، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة.
- ✓ قحطان، أحمد الظاهر. (2004). *تعديل السلوك* (ط2)، دار وائل للنشر.
- ✓ سيد أحمد منصور، عبد المجيد. (2002). *سلوك الانسان بين الجريمة والعدوان الارهاب*، القاهرة: دار الفكر العربي.

- ✓ العيسوي، عبد الرحمان. (1984). *سيكولوجية التنشئة الاجتماعية*، بيروت: دار النهضة العربية للنشر.
- ✓ محمد القذافي، رمضان. (1999). *علم النفس الفيزيولوجي*، المكتب الجامعي الحديث.
- ✓ بشير، معمريه. (2009). *السلوك العدواني في الجامعة ودور التربية في مواجهته*، المكتبة العصرية للنشر
- ✓ أحمد يحي، خولة. (2003). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

2- باللغة الأجنبية:

- ✓ Hensley, Barbara J**.** (2016).*An EMDR therapy primer : from practicum to practice* 2nd ed. New York : Springer Publishing Company, LLC
- ✓ Shapiro, Francine (2018*). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) therapy: basic principles, protocols, and procedures* 3ed ed. New York : The Guildford Press.
- ✓ Tordjman, Sylvie. Cohen, Donald J. Haag, *Geneviève. (2008). Manuel d'utilisation ECAA. ECHA.* Paris : Editions du centre de psychologie appliquée.
- ✓ Penfield W. (1954). Epilepsy *and the functional Anatomy of the human brain*. Boston.
- ✓ Pier thomas. (1994): *Epilepsies ،paris Milan Barcelone asia : Masson*
- ✓ Temkin O. (1971): The falling sickness. Baltimore : John Hopkins press.
- ✓ Weber M. (1982). L'histoire de l'épilepsie. paris : Masson milan Barc

3- مجلات ودوريات علمية:

- ✓ داوتس، رومانا. ترجمة: جميل رضوان، سامر. (2013): خفض الحساسية بحركات العينين وإعادة المعالجة EMDR خداع المتقدمين. *شبكة العلوم النفسية العربية*.
- ✓ خالد عبد الحميد، وليد. (2013). معالجة الاضطرابات التالية للصدمة بعلاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين آفاق جديدة. *إصدار شبكة العلوم النفسية العربية*، عدد30.

✓ قايد، عادل. بوخاري، سهام. مدى فعالية سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات الأعين في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال. *المرشد* مجلد 3، 124- 134.

✓ شريك، مصطفى. الفقه والقانون

✓ آية قني سعيد، نعيمة. (2017). علاج سلب الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركات العينين العلاج الإدماجي الجديد للاضطرابات النفسية. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، المجلد 8 (ال عدد15)،171-192.

✓ Bériault M, Larivée. (2005) : *Guérir avec l'EMDR preuve ET controverse*, revue de psychoéducation, volume 34, numéro 2, p 355-396.

✓ Marcus Steven, Marquis. Sakai, Caroline. (1997) *: Controlled Study of Treatment of PTSD using EMDR in HMO Setting, psychotherapy*, Volume 34, fall novembre 3. P307-315.

✓ Luber, M. (2009) : Entretien avec Francine Shapiro : *aperçu historique, question actuelles et direction futures de l'EMDR. Journal of EMDR practice and research*, p 217-231.

4- أطروحات ومذكرات:

✓ التنمية الخاصة من الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، (2005

✓ سعد سعيد الغامدي، إبراهيم. العوامل المؤدية إلى ارتكاب العنف بين النزلاء في إصلاحية الحائر بالرياض. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض (2008).

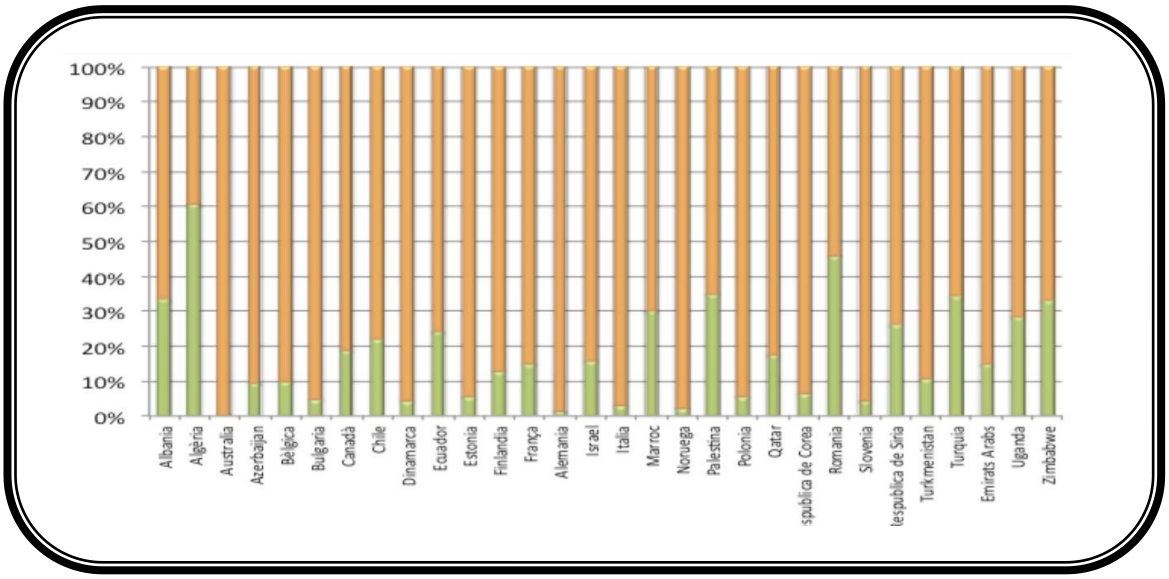
✓ شريك، مصطفى. نظام السجون في الجزائر: نظرة على عملية التأهيل كما خبرها السجناء. جامعة باجي مختار، عنابة، 2010-2011

✓ عتيق، نبيلة. واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR) بالجزائر. جامعة فرحات عباس، سطيف، سنة الجامعية 2012-2013.

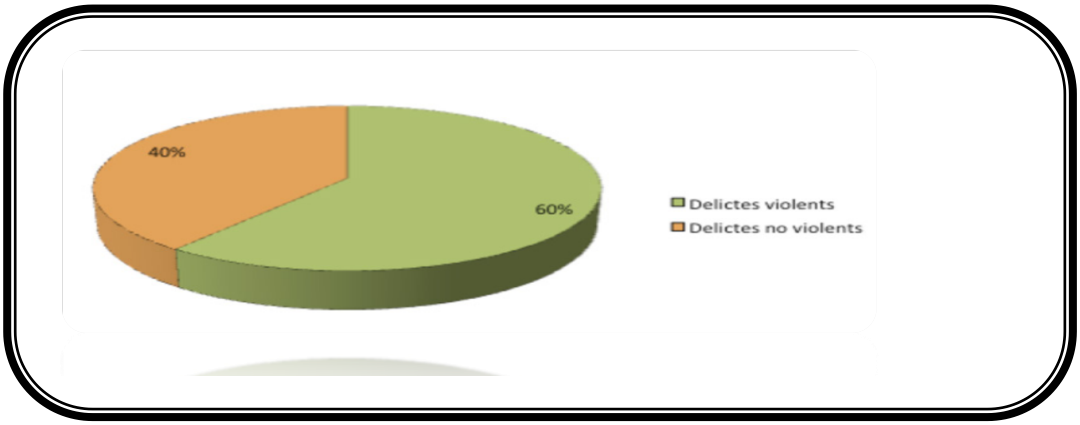
✓ الحميدي محمد ضيان الضيدان ،1442ه، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض رسالة ماجيستر في العلوم الاجتماعية تخصص الرعاية الصحية.

قائمة الملاحـــــق

ملحق رقم 01: المخططات البيانية العنيفة وغير العنيفة في العالم والجزائر(مخطط بياني يبين انتشار الجرائم العنيفة وغير العنيفة لكل 100.000 ساكن سنة 2004 بمختلف أنحاء العالم).



ملحق رقم 02: المخطط البياني يبين النسبة المئوية للجرائم العنيفة وغير العنيفة المرتكبة في الجزائر في عام 2004 لكل **100000 نسمة.**



ملحق رقم 03: شبكة الملاحظة

✓ **معلومات خاصة بالحادثة:**

المتغيرات	مكان الحادثة				ساعة وتاريخ الحادثة			عدد الأشخاص	
	قاعة	زنزانة	ساحة	رواق	صباحا	مساءا	ليلا	عدد المعتدين	عدد الضحايا
العدد									

✓ **حسب متغيرات التصنيف الأمني والسوابق القضائية وسلوك المحبوس:**

المتغيرات	التصنيف الأمني			السوابق القضائية			سلوك المحبوس	
	عالي	متوسط	منخفض	ابتدائي	انتكاسي		سيئ	حسن
العدد								

توضيح طبيعة المخالفة (إهانة موظف، الاعتداء، الشجار، مناوشات، تحطيم ومحاولة تحطيم)

.....

.....

.....

.....

ملحق رقم 04: دليل المقابلة

I. المحور الأول البيانات الشخصية:

- السن:
- الحالة الاجتماعية: أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )
- عدد الأولاد:
- المستوى التعليمي.....

II. المحور الثاني: الوضع الاقتصادي والاجتماعي:

- المحبوس: عامل ( ) غير عامل ( )
- الوظيفة: .....
- دخل المحبوس: عالي ( ) متوسط ( ) منخفض ( )
- الوضع الوظيفي: مازال على رأس العمل ( ) عطلة ( ) تقاعد ( )

استقال ( ) فصل ( )

III. المحور الثالث: فحص الحالة والسوابق النفس مرضية والطبية:

- **فحص الحالة العقلية والسلوكية:**

1- المظهر والسلوك العام:

- نظيف وأنيق نعم ( ) لا ( )
- ملابس غير مناسبة نعم ( ) لا ( )
- بنية الجسم بدين ( ) خامل ( ) حيوي ( )

نحيل ( ) يبدو اصغر/ اكبر من عمره ( )

- الصحة الجسدية جيدة( ) تشوهات خلقية ( ) اعاقات بدنية ( )

2- النشاط النفسي – الحركي:

- هادئ ( ) متأخر ( ) مندفع ( ) حركات تلقائية ( ) تكرار- حركات آليه نمطية ( ) متجاوب ( )
- التواصل البصري: قوي ( ) متوسط ( ) ضعيف ( )

3- كلام المريض:

- السرعة: سريع ( ) بطيء ( )
- كم الكلام: قليل ( ) كثير ( ) منعدم ( )
- الحجم نبرات الصوت: مرتفع ( ) منخفض ( )
- النطق: واضح ( ) غير واضح ( )

4- التوجه والسلوك نحو الفاحص:

مساعد ( ) شكاك( ) عدواني/سلبي ( ) متعاون ( ) غير متعاون( ) غير مبالي ( ) ساخر ( ) ناقد ( )

- **التاريخ النفسي المرضي:**

- هل عانيت من أعراض نفسية سابقة؟ وماهي هذه الأعراض؟
- هل ذهبت إلى طبيب أو أخصائي أو إلى المستشفى؟
- هل دخلت إلى المستشفى؟ وماهي المدة؟
- الإدمان على المخدرات: لا ☐ نعم ☐ /نوع المواد المستهلكة:
- هل تعتمد على أدوية مهدئة للحد من المشاكل العاطفية ؟

- **التاريخ الطبي:**

- هل عانيت من أمراض عضوية: نعم ( ) لا ( )
- متى كان ذلك:

.....

- هل تعرضت إلى إصابة أو حادثة ما: نعم ( ) لا ( )
- هل تعاني من مرض عضوي مزمن: نعم ( ) لا ( )

IV. المحور الرابع: الوضعية الاجتماعية: الطفولة والعلاقات العائلية:

- السكن: ملك ( ) إيجار ( )

- نوع السكن: شعبي ( ) شقة ( ) قصديري ( ) فيلا ( )

- طبيعة الإشراف الوالدين (أب مستقيل أو مشرف):

- خصائص العلاقة الأسرية:

- الأسلوب التربوي المعتمد في الأسرة: مرن ☐ متسلط ☐
- الرقابة الوالدية: موجودة ☐ منعدمة ☐

- أسلوب التواصل المتبنى في الأسرة: متسلط ☐ منفتح ☐
  مستقر ☐ متفكك ☐
  انفصال ☐ طلاق ☐

تعدد زوجات ☐

- كم عدد الإخوة والأخوات وترتيبك بينهم؟ ذكور ☐ إناث ☐ ترتيب ☐

- علاقة المريض بالآخرين:

  - الأب: .....
  - الأم: .....
  - الأخوة: .....
  - الأخوات: .....
  - الأقرباء: .....
  - الأصدقاء: .....
  - آخرون: .....

- الظروف المعيشية ما هو المستوى للعائلة؟

- كيف كانت طفولـــتك؟
- هل توجد حالة مشابهة بالأسرة: نعم ( ) لا ( )

- إذا نعم أذكرها:

- هل توجد أمراض نفسية أو عقلية في الأسرة: نعم ( ) لا ( )

- إذا نعم أذكرها:

- هل توجد أمراض عضوية بالأسرة : نعم ( ) لا ( )

- إذا نعم أذكرها:
- وهل تعتبر بأن هناك صلة بين الجريمة التي أنت موجود بسببها في السجن و ظروفك العائلية؟
- هل توجد سوابق للاعتداء في العائلة: لا ☐ نعم ☐
- إذا نعم أذكرها:
- حدد نوعها وطبيعة صلت من قام بها بالمحبوس:

V. المحور الخامس: التاريخ الإجرامي والسلوك العنيف:

- الوضعية الجزائية التصنيف الأمني: ابتدائي ☐ انتكاسي ☐

عالي ☐ متوسط ☐ منخفض ☐

- طبيعة التهمة: .....
- المدة المحكوم بها عليه.....
- هل استعملت عنف جسدي آو لفظي عند ارتكابك الجريمة؟
- حدثني على الجرائم المعتاد عليها:
- هل سبق وأن تم توجيهك إلى أحد المراكز المتخصصة للأحداث وأنت قاصر؟
- هل لك سوابق في العنف داخل وخارج السجن:
- هل تميل إلى استعمال العنف الجسدي لحل مشاكلك مع الآخرين:
- متى يظهر سلوكك العدواني؟ ماهي الأسباب التي تثير سلوكك العدواني؟

ملحق رقم 05: دليل المعالجة ببروتكول EMDR

1- المقدمة:

أ. تعليمات محددة:

قبل تطبيق **EMDR**، يجب معرفة المعاناة / الأعراض، ويجب أن يكون الحدث الذي سيتم العمل عليه قد تم تحديده مسبقًا وتم استكشاف سلوكات المراوغة والمواقف الصعبة المحتملة في المستقبل.

بعد قليل سوف أسألك عن ذكرياتك للحدث (*تم تحديد الحدث الذي سنعمل عليه قبل إجراء EMDR*) الذي سنعمل عليه.، سأطلب منك في مرحلة ما التركيز على جوانب معينة من ذاكرتك. على وجه الخصوص، سوف أسألك عن الصورة الموجودة في رأسك والتي تكون حاليًا /الآن أكثر إزعاجًا عند التفكير فيها. ثم سأطلب منك أن تتبع أصابعي بعينيك (أو: الاستماع إلى النقرات عبر سماعة الأذن).

ب. استخدم حركات العين (**MO**). انتبه إلى ترتيب الكراسي والمسافة وسرعة **MO**.

ت. إذا تم اختيار مثير تشتيت آخر: عرض توضيحي لتشغيل جهاز **LED** أو مشغل الأقراص المضغوطة أو أي جهاز آخر (في حالة استخدام المنبهات السمعية). ضع سماعات الرأس قبل "مناقشة" الحدث / ضبط الأوتار وتوضيح "الصنابير اليدوية **hand-taps**" (إذا لزم الأمر / الأطفال).

"أود أن أطلب منك، ما دمت تتبع يدي / سماع صوت " النقرات "، ضع نفسك بشكل أو بآخر في مكان المتفرج الذي يراقب ما يحدث بداخلك، قد تكون أفكارًا أو مشاعر أو صورًا أو عواطف أو ردود فعل جسدية أو أشياء أخرى. قد تكون مرتبطة بالحدث نفسه، ولكن من الممكن أيضًا ألا توجد صلة بين تفكيرك والحدث. كل شيء يسير على ما يرام. فقط اتبع ما يتبادر إلى ذهنك، دون الحاجة إلى التحكم فيه وأن تتساءل عما إذا كان كل شيء يسير على ما يرام أم لا. على أية حال، من المهم ألا تحاول الاحتفاظ بالصورة التي سنبدأ بها طوال الوقت. هذه الصورة ليست سوى نقطة البداية لاستحضار كل ما هو ممكن. سنعود أحيانًا إلى هذه الصورة مرة أخرى للتحقق من مستوى الأمور المروعة التي لا تزال تنشأ من النظر إلى هذه الصورة. تذكر أنه من المستحيل ارتكاب الأخطاء طالما أنك تتبع ما هو موجود وما سيأتي. "

2- "التركيز" (التقييم):

2-1- الذاكرة الصدمية:

تحدث في خطوط عريضة وليس بالتفصيل عن هذه التجربة السلبية.

أ. **التمثيل المرئي للتجربة السلبية (فيلم).**

"أخبرني الآن بشكل عام كيف تتذكر هذه التجربة السيئة، من الوقت الذي تبدأ فيه وفقًا لك حتى وحتى اللحظة التي تنتهي فيها. صِف هذا الحدث بشكل عام، وليس بتفاصيل كثيرة جدًا. المهم هو كيف تتذكر تلك التجربة وليس ما حدث بالفعل. "

دع المريض يسرد كل ذاكرته وتحفيزه، إذا لزم الأمر، عن طريق طرح هذه الأسئلة في أوقات مختلفة وبنبرة فضولية... "ثم...؟ "حتى الوصول إلى الذاكرة الحقيقية في النهاية.

تحقق: "هل هناك – **في نفس اليوم** – قبل أو بعد هذا الشخص الذي تعتقد أنه ينتمي إليه؟ "

ب. الهدف:

اختر بين تشبيهه بـــــــــ "فيلم" أو "ألبوم صور"

تشبيهه بـــــــــ "فيلم":

"لقد أخبرتني للتو كيف قمت بتخزين هذا الحدث في ذهنك.

الآن أسألك: ما هو في هذا **الوقت/الآن**، إذا **رأيته مرة أخرى من هنا والآن**، الصورة الأكثر إزعاجًا لهذا الحدث؟ افترض أنك تشاهد هذا الفيلم أوقفه – إلى الدقيقة الثانية – بحيث يصبح صورة ثابتة. وبشكل خاص، نحن نبحث عن صورة تكون أنت فيها. لذا لا يتعلق الأمر بما وجدته مزعجًا في **ذلك الوقت**، بل ما وجدته أكثر ما يثير الازعاج حين شاهدته **هنا الآن**، بما في ذلك الصور التي تُظهر صور توضح ما كان يمكن أن يحدث أو صور ولم تظهر في هذا الفيلم إلا في وقت لاحق "....." إذن أنت تنظر إلى نفسك من مسافة معينة "....." صف هذه الصورة؟ ....."

✓ إذا لم يرى المريض نفسه في الصورة، وهناك صورة لموقف يلعب فيها المريض دورًا:" أين موقعك من الصورة؟ "(لذلك: وصف الصورة الثابتة بما في ذلك العميل نفسه)

أو:

تشبيهه بـــــ "ألبوم صور":

"افترض أن هناك ألبوم صور في رأسك، بما في ذلك صور لكيفية تذكر هذا الحدث حاليًا؛ قد تكون هناك صور لأحداث لم تحدث بالفعل، ولكن أضيفت إلى الألبوم في وقت لاحق، على سبيل المثال ما يمكن أن يحدث. هذه هي في الغالب الصور

التي أنت فيها اكتشف ذلك بنفسك. "....." أي صورة هي الأكثر إثارة للقلق للنظر إليها الآن "....." ماذا ترى في هذه الصورة؟ "..... .. إذا كان المريض لا يصف نفسه وكانت صورة لموقف يلعب فيه المريض دورًا بنفسه: " أين يمكنك أن تدخل نفسك في هذه الصورة؟ "..... (لذلك يعد هذا وصفًا لصورة ثابتة يظهر فيها المريض.)

تحقق إذا لزم الأمر: " تأكد من أن هذه الصورة هي التي تزعجك أكثر **الآن**، أم أنها الصورة التي تظهر لك مثير للقلق أكثر في ذلك الوقت؟ "

ضع في اعتبارك " عنوان للعمل " محايد.

في حالة وجود عدة صور مزعجة:

"خذ الصورتين، وعلقهما جنبًا إلى جنب (مثل تعليق الغسيل حتى يجف) – في رأسك.... أي من الاثنين يؤثر عليك أكثر؟ "

ربما يكون لديك رسم: "قم برسم الصورة / الصورة (العنوان). اطلب من المريض رسم صورة (لا يوجد "منظر علوي"!) – في إطار محدد – على ورقة فارغة أو لوح ورقي. بمجرد الانتهاء من الرسم، ضع الورقة بعيدًا عن ناظريك.

اسأل نفسك – تستمع إلى القصة وتنظر إلى الهدف المختار – في أي منطقة (على الأرجح) قد تجد تفكيرك السلبي أي:

- ✓ **التحكم:** على سبيل المثال "أنا عاجز، أنا في حالة من الفوضى"
- ✓ **الأمان:** فيما يتعلق بالموقف؛ على سبيل المثال "أنا – (غريزيًا) ما زلت – في خطر"
- ✓ **احترام الذات:** على سبيل المثال، "أنا لا أساوي شيئًا، أنا غبي، أنا سيئ، أشعر بالاشمئزاز، أنا جبان"
- ✓ **المسؤولية والشعور بالذنب:** مثل "أنا مذنب"

2-2- التفكير السلبي (NC):

"ما نحتاج إلى استكشافه على وجه التحديد هذه الصورة التي تثير الانزعاج **الشديد الآن** حين نظر إليها، بغض النظر عن واقع الماضي".

"ما الذي يجعل هذه الصورة مزعجة / صعبة للغاية بالنسبة لك، حتى الآن؟".....

تمعن بدقة إلى الموضوعات التي يتم طرحها واستمر حتى يتضح ما إذا كان هذا هو المجال "السيطرة" (**انظر أ**) أو "السلامة" (**انظر ب**)، أو أحد مجالات "احترام الذات" أو "الذنب" (**انظر ج**).

أ. التحكم:

إذا كانت الإجابة تشير أو توحي إلى "تحكم": فقد تعود مشاعر عجز الماضي إلى الشعور بها مرة أخرى، أو أن الصورة تثير النفور ويصبح من غير الجيد النظر إليها. السؤال الأساسي:

" فهل من العدل أن تشعر (مرة أخرى) بالعجز عندما تنظر إلى الصورة؟ "

ب. الأمن:

إذا كانت الإجابة تشير إلى أن هذا يمثل فقدانًا حاليًا للشعور بالأمان:

" فهل من العدل أن تشعر (مرة أخرى) بالخطر عندما تنظر إلى الصورة؟ "

إذا كان هذا صحيحًا، فتابع "3.2 (التفكير الإيجابي المطلوب).

ج- احترام الذات والشعور بالذنب

إذا افترضت أن الصورة تنشط تفسيرًا سلبيًا للمريض نفسه، فأنت تكرر سؤالك:

"ما الذي يجعل هذه الصورة / الصورة مزعجة جدًا لك الآن؟ "

إذا كانت الإجابة لا تتعلق مباشرة بتقييم مختل (ولكن على سبيل المثال بسلوك: "إنني كنت هناك و لم أفعل أي شيء")، فقد تساعد الأسئلة التالية:

- "ماذا يقول عنك ذلك كشخص (على سبيل المثال أنك لم تفعل شيئًا)؟ / من أنت إذن؟ "
- "ماذا تسمي مثل هذا الشخص بشكل عام؟" / ماذا تسمي مثل هذا الشخص؟ "

إذا استمر التعتيم، فقد يساعد السؤال التالي:

- "عندما تنظر إلى هذه الصورة، ما هي العبارة التي تتطابق معها بشكل أفضل؟ "

التحقق: "للتأكد: عندما تنظر إلى هذه الصورة وتقول، «أنا..... "، هل هذا ما يؤثر عليك/يؤثر عليك أكثر من أي شيء الآن؟"

إحتمال إذا ظهرت عدة **NC** لا يمكن للعميل الاختيار من بينها إلا بصعوبة، فاستخدم العبارة التالية:

"انظر إلى هذه الصورة وقل لنفسك" أنا..... (**NC1**). "..... استمر في النظر إلى هذه الصورة وقل لنفسك "أنا ..... (**NC2**). "..... أي من هذين التعبيرين أكثر تأثيرا في هذه اللحظة؟ "

NC:	

2-3- التفكير (إيجابي) المرغوب (PC):

"عندما تتذكر تلك الصورة مرة أخرى، ما الذي تفضل أن تفكر فيه بنفسك بدلاً من ... (**NC**) ...؟ "

- **التحكم** (الحاضر فورًا): "أنا قادر على تحملها (هذه الصورة / هذه الذاكرة)".
- **الأمان (بخصوص الموقف)**: "أنا بأمان (الآن)".

 تقدير الذات: "أنا جيد ، أستحق ذلك ، أنا مؤهل ، قوي" أو على سبيل المثال "أنا بخير".

 المسؤولية والشعور بالذنب: "لقد فعلت كل ما كان بإمكاني فعله". أو "أنا بريء".

أسئلة مفيدة: "ماذا تسمي مثل هذا الشخص؟ "

"هل تعرف شخصًا ليس... (**NC**)؟ ماذا تسمي مثل هذا الشخص؟ "

PC:

2-4- المصداقية (VOC 1-7):

" عندما تنظر إلى هذه الصورة، إلى أي مدى تشعر بأن هذه الكلمات صحيحة – تفكير إيجابي - الآن؟ على مقياس من **1** إلى **7**، يمثل الرقم **1** "لا يصدق تمامًا" والرقم 7 "موثوق تمامًا" "

VOC =

عند استخدام المنبهات السمعية أو اللمسية: "الآن أغلق عينيك. "

2-5- المشاعر:

"عندما لا تزال تفكر في هذه الصورة وفي نفس الوقت تقول.....(**NC**)، ما هي المشاعر (على سبيل المثال الخوف أو الحزن أو الغضب) التي تشعر بها **الآن؟** "

2-6- الضغط (SUD 0-10):

"عندما تنظر إلى هذه الصورة بينما تقول في نفس الوقت ..... (**NC**)، ما مقدار الاضطراب الذي تشعر به الآن على مقياس من **0** ليس مزعجًا على الإطلاق، **10** وهو أكثر شيء غير سار يمكنك تخيله؟ "

SUD

2-7- موقع الإحساس بالجسم:

"في أي مكان في جسمك تشعر بـــــــ (" الاضطراب / التوتر ") أكثر من غيره؟ "

3- إزالة الحساسية:

(باستخدام حركات العين، قم بتعديل التعليمات إذا كنت تستخدم محفزات سمعية أو لمسية)

- في حالة حركات العين / اليد (**MO**): ابق يدك مستعدة أمام عين المريض. "انظر إلى أطراف أصابعي"

- في حالة استخدام سماعات الرأس: (إذا لزم الأمر): "أبق عينيك مغمضتين. "

أ. "فكر في الصورة وقل لنفسك .....(**NC**). "" انتبه لمشاعرك في ..... (مكان من الجسد تشعر فيه بالتوتر) "

امنح المريض وقتًا للتركيز.

"اتبع يدي بعينيك" أو "ركز على" النقرات "وانتظر ما سيحدث"

سلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه (حركات العين لمدة 30 ثانية تقريبًا أو "نقرات" لمدة 30 ثانية تقريبًا).

ب."ما الذي يتبادر إلى ذهنك الآن؟ "" ما هو شعورك؟ "(لا تبدأ حوارًا!)" ركز على ذلك "/" استمر في ذلك "

المثيرات المشتتة للانتباه.

استمر حتى لا تحدث تغييرات أخرى (نهاية سلسلة الجمعيات) – كل 5 إلى 10 دقائق على أي حال.

العودة إلى الهدف

أ. اختبار **SUD**. *"استرجع الصورة* (**ربما تتذكر العنوان**) *الذي بدأت به في النموذج الذي تم تخزينه في ذهنك. على مقياس من 0 إلى 10، حيث 0 هو عدم وجود اضطراب و10 هو أعلى مستوى الإضطراب (وبالتالي هو الأكثر اضطراب الذي يمكن أن تشعر به) يمكنك أن تتخيله، ما هو تقييمك؟ وما هو شعورك الان "*

(**الآن من دون ذكر NC**). **إذا كانت 0 <SUD:**

ب. *"أي جانب من الصورة يسبب هذا الاضطراب أو هذا التوتر؟* "(**ربما تذكر الرقم / الملاحظة، على سبيل المثال:**" ما الذي *لا يزال يسبب في الصورة 4؟ "). " ماذا ترى؟ ....."*

ت. *" ركز على هذا الجانب ....."، "نعم، هل لديك؟ "*

سلسلة من حركات العين (حوالي 30 ثانية) / سلسلة من النقرات المسموعة لمدة 60 ثانية تقريبًا، حتى لا يكون هناك المزيد من التغييرات، وعلى أي حال العودة إلى الهدف بعد 10 دقائق من مع أقصى تجميعات. (ارجع إلى "أ").

كرر إجراء "العودة إلى الهدف" حتى 0 = SUD. إذا كانت **0 = SUD**: "*هل أنت متأكد تمامًا من عدم وجود شعور بالتوتر والانزعاج المتبقي؟ "" ولا حتى قليلا؟*

" ..... ابذل جهدًا لتتأثر... "

إذا لزم الأمر، استمر في إجراء إزالة التحسس.

إذا شعرت أن الصورة الأولية محايدة تمامًا..... التثبيت (7)

4- تثبيت التفكير الإيجابي (PC):

ربط الإدراك الإيجابي بالهدف الأولي.

أ. اختبار **VOC**(مع **PC** والصورة الأولية)

فكر في الصورة / الموقف الأولي (**ربما تتذكر العنوان**) كما تتذكره الآن وهذه الكلمات (**حدد التفكير الإيجابي المختار**). على مقياس من 1 (خطأ تمامًا) إلى 7 (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى **تشعر** أن هذه الكلمات صحيحة الآن.

ب. **التعليمات (أيضًا إذا كان VoC = 7 بالفعل):** *"احتفظوا بهم معًا؛ انظر إلى الصورة وقل.....(**PC**).* " *" هل لديك هذا؟ "*

ت. استأنف سلسلة من حركات العين أو النقرات الصوتية.

لا تسأل عن التجميعات! العودة مباشرة إلى "أ".

واصل (أ، ب، ت) طالما أن مستوى VoC قد أصبح 7.

5. فحص الجسم (فقط إذا سمح الوقت المتاح لهذه الجلسة)

*أ. "أغمض عينيك، وركز على الصورة (ربما تتذكر العنوان) وقل الكلمات ..... (**PC**) ومراجعة جسمك بالكامل ذهنيًا. أخبرني ما إذا كنت تشعر بأي توتر بين جسمك وأي مكان مرتبط بهذه الصورة". " .*

ب. إذا كان توتر، فقم بإجراء MO / نقرات وسأل " ما الذي تشعر به؟ "

استمر في MO / نقرات حتى ينحسر التوتر و / أو حتى لا يكون هناك المزيد من الارتباطات، كرر الخطوتين أ وب إذا لزم الأمر.

6- نموذج المستقبل (فقط إذا كان هامًا):

{إن "النموذج المستقبلي" هو صورة مجمدة لموقف في المستقبل حيث يتم اختبار السلوك المطلوب. تتبع هذه الخطوة فقط بعد إزالة حساسية جميع الذكريات المرتبطة بها وتكون ذات معنى فقط إذا كان هناك حديث عن الهروب. حدد مسبقًا المواقف – المرتبطة بالذاكرة (الذكريات) المزيلة للحساسية – لا يزال يتم تجنبها أو تحملها بألم شديد.}

أ. اطلب من المريض وصف صورة الموقف المستقبلي الذي يختبر فيه السلوك المرغوب: "ما هي الصورة التي تتخيل نفسك أن تكون فيها؟ "

الحرص على عدم وجود أي جانب كارثي في هذه الصورة.

{إذا **كان الأمر كذلك، اجعل المريض يتخيل أولاً سيناريو "الكارثة" وتعامل مع هذه الصورة على أنها كتمثيل طبيعي للذاكرة (وميض للأمام) وكرر مرحلة إزالة التحسس (3). استخدام وفقا لمعايير NC وPC: "أنا عاجز وأستطيع أن أفعل ذلك.}**

ب. *فكر في هذه الصورة، وقل لنفسك: أنا قادر على فعلها؛ نعم، هل لديك "*

ت. **سلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه (MO / نقرات الصوت).**

ث. *"أعد التفكير في هذه الصورة، وعلى مقياس من 1 (خاطئ تمامًا) إلى 7 (صحيح تمامًا)، أخبرني إلى أي مدى تشعر أنك قادر على تحملها / حملها/القيام بذلك/القيام به؟" "*

ه. التثبيت (ب، ت، ث) مع هذا الحافز المشتت للانتباه، حتى يتوقف **VoC** عن النمو. (قياسا مع تثبيت **PC**)

ملحوظة: لا تسأل عن التوتر / SUD: لا تطلب الجمعيات!

7- الإغلاق الإيجابي (في نهاية كل جلسة؛ غير مقيد بالهدف):

أ. "ما هو الجانب الأكثر إيجابية أو قيمة الذي تعلمته عن نفسك فيما يتعلق بهذا العنوان / الموضوع أو فيما يتعلق بهذا الحدث؟ "

وإذا لزم الأمر:" ماذا يقال عنك ذلك كفرد (كشخص / عن شخصيتك)؟ "أو" ماذا تسمي شخصًا مثل هذا؟ "

ب. ربما: " اجلس كشخص ....."

ت. سلسلة من المحفزات المشتتة للانتباه (**MO** / نقرات الصوت).

ث. " هل هناك أي شيء آخر إيجابي يتبادر إلى الذهن؟ "

ج. استمر إذا عاد شيء إيجابي: التثبيت باستخدام **MO** أو محفزات بديلة حتى لا يعود هناك أي تغييرات (إيجابية).

(إجراءات الإغلاق في حالة الجلسة غير المكتملة)

أ. احصل على موافقة المريض على الإقلاع على التوقف وشرح السبب.
"نقترب من نهاية الوقت المحدد وسيتعين علينا التوقف قريبًا. هل تشعر أنك مستعد لتوقف الآن؟"

2. شجع الجهد المبذول: "لقد قمت بعمل جيد وعلينا أن نتوقف. كيف تشعر؟ "

3. قم بإزالة تثبيت التفكير الإيجابي (**PC**) ومسح الجسم (من الواضح أنه لا تزال هناك مواد يجب معالجتها).

4. قم بجلسة استرخاء. "أقترح عليك القيام بتمرين استرخاء قبل أن نتوقف. "" ماذا عن ....." "(يقترح المعالج شكلاً من أشكال الاسترخاء، مثل الصور، والفضاء الآمن، وأشعة الضوء، وما إلى ذلك)" ماذا تريد أن تفعل؟ "

توضيح الأيام (الثلاثة) القادمة، التوقعات، يمكن الوصول إليها.

"العمل الذي قمنا به اليوم يمكن أن يستمر خارج / بعد هذه الجلسة. يمكن أن تعود إليك الصور أو الأفكار أو الذكريات أو الأحلام الجديدة. إذا كان هذا هو الحال فما عليك إلا أن تلاحظ ما يحدث داخلك ودون (ما تراه، وتشعر به، وتفكر فيه، والظروف التي أدت إلى ذلك). يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. إذا لزم الأمر، يمكنك الاتصال بي. "

8- الجلسة القادمة:

أ. قم بإنهاء عملية أداء الذكرى الحالية، من النقطة التي توقفت عندها آخر مرة:

- إذا كان(**SUD**>) في بداية الجلسة: استخدم "الرجوع إلى الهدف" (بدون ذكر **NC**).
- إذا كان الهدف (**SUD =0**) و(**VoC PC < 7**): تابع تثبيت **PC** (اتبع البروتوكول من **4**.أ.)
- إذا كان الهدف (**SUD = 0**) و (**PC VoC = 7**): تحقق من "الفيلم" أو "ألبوم الصور" بالكامل للتأكد من عدم وجود "صور" غير سارة متبقية لمشاهدتها. إذا كان هذا ما زال كذلك: حدد هذه الصورة، وقم بتحويلها إلى هدف جديد (**NC / PC** جديد) وابدأ إجراء **EMDR** جديد إذا سمح الوقت بذلك.

ب. في حالة استمرار المعاناة: ابحث عن الأهداف التي تسببها وأعد تشغيلها (**2**)

ملحق رقم 06: بطاقة المعالجة

الاسم: **رقم الملف** **الجلسة:** **التوقيت /التاريخ:**

الصورة «**ما** هي الصورة التي تمثل أسوأ جزء من الحادث؟" "أي صورة مثل الحادث؟" "عندما تفكر في الحادث ، ماذا تحصل؟" ("ما الذي يمكنك رؤيته، سماعه، شمه؟" إلخ
التفكير السلبي – "عندما تظهر الصورة، ما هو الاعتقاد السلبي لديك عن نفسك الآن؟ "(التصريح بـــــ أنا، الفعل المضارع)
التفكير الإيجابي – "عندما تستدعي هذه الصورة / الحادثة، ما الذي تود أن تصدقه عن نفسك **الآن؟**"
VOC –" عندما تفكر في هذه الصورة / الحادث ، ما مدى صحة ذلك (التفكير الإيجابي) الذي تشعر به الآن على مقياس من 1 إلى 7 ، حيث 1 غير صحيح و 7 صحيح تمامًا؟"
الأحاسيس / المشاعر – "عندما تتحدث عن هذا الحادث وتلك الكلمات (التفكير السلبي)، ما هي المشاعر التي تشعر بها الآن؟"
SUDS "على مقياس من 0 إلى 10 ، حيث 0 لا يسبب أي اضطراب و 10 هو أعلى اضطراب يمكن تخيله ، ما مدى إحساسك بالقلق الآن؟"
موقع إحساس الجسم – "أين تشعر بذلك في جسمك؟"
إزالة الحساسية – "(أريدك أن)، قم بإحضار تلك الصورة، تلك الكلمات السلبية (كرر التفكير السلبي)، ولاحظ أين تشعر بها في جسمك، واتبع أصابعي." • ابدأ حركات العين ببطء. زيادة السرعة ما دام العميل يستطيع تحمل الحركة بشكل مريح. • "هذا كل شيء. جيد. هذا كل شيء ". • إذا ك ان**MO**: "هذا كل شيء. انها الاشياء القديمة. فقط لاحظ ذلك ". (قطار مسرع أو تشبيهها بنفق) • بعد مجموعة من ان**MO** "دع كل شيئي يذهب وخذ نفسا عميقا." • "ماذا حصل الآن؟" أو "ما الذي تلاحظه الآن؟" • إذا قام العميل بالإبلاغ عن الحركة، قل "تابع ذلك" أو "فقط لاحظ ذلك" (بعد مجموعتين من عدم التغيير، اطلب إعادة **SUDs**) • الانتقال إلى التثبيت فقط عندما يقوم العميل بالإبلاغ عن **SUDs** (0 أو 1؟)

تثبيت التفكير الإيجابي

- "هل ما زالت الكلمات (**التفكير** الإيجابي) مناسبة، أم أن هناك عبارة إيجابية أخرى تشعر أنها أكثر ملاءمة؟"
- "فكر في الحادث الأصلي وهذه الكلمات (التفكير الإيجابي). من 1 خاطئ تماما، إلى 7 صحيح تماما، ما مدى صحة ما يشعرون به؟ "
- · "احمل الصورة والكلمات معاً". قم بضبط حركة العين.
- "على مقياس من 1 إلى 7، ما مدى صحة هذا (التفكير الإيجابي) بالنسبة لك الآن عندما

تفكر في الواقعة الأصلية؟" قم بقياس **VOC** بعد كل مجموعة. حتى إذا بلغ العميل 6 أو 7، فأعد مجموعة **OM** لتقويتها، استمر حتى يتوقف **VOC** عن التعزيز. انتقل إلى مسح الجسم

•إذا قام العميل بالإبلاغ عن 6 أو أقل، فتحقق من الملاءمة وقم بمعالجة اعتقاد المنع (إذا لزم الأمر) مع إعادة معالجة إضافية.

مسح الجسم – "أغمض عينيك. ركز على الحادث والتفكير الإيجابي وقم بمسح جسمك ذهنيا. أخبرني أين تشعر بأي شيء ".

إذا تم الإبلاغ عن أي إحساس، فقم بإجراء **OM**. إذا كان الإحساس الإيجابي/المريح، فقم بـــــ **OM**لتعزيز الشعور الإيجابي. إذا تم تصريح عن شعور بعدم الراحة، فأعد المعالجة لغاية زوال الإحساس بعدم الراحة.

الإغلاق – (استخلاص المعلومات) "قد يستمر العلاج الذي قمنا به اليوم بعد الجلسة. قد تلاحظ أو لا تلاحظ رؤى أو أفكار أو ذكريات أو أحلامًا جديدة. إذا فعلت ذلك، فما عليك سوى ملاحظة ما تعاني منه. أخذ لقطة منها وحفظها في السجل.

يمكننا العمل على هذه المادة الجديدة في المرة القادمة. إذا شعرت بضرورة الأمر، اتصل بي ".

توقيع معالج **الاسم / التسمية**

ملحق رقم 07: التنفس الباطني

التنفس الباطني هو عملية تساعد على تقليل التنشيط الفسيولوجي، وبالتالي، لمواجهة قلقه.

وتحتوي التقنية على تعلم التنفس ببطئ: 8 أو 12 نفسًا في الدقيقة (عادة ما نتنفس 12 إلى 16 مرة في الدقيقة)، دون أن نتنفس بعمق ونستخدم الحجاب الحاجز بدلاً من التنفس فقط بالصدر.

لماذا يجب علينا التنفس ببطئ، بشكل منتظم، مع الحجاب الحاجز وليس بعمق؟

أ. **ببطئ وبشكل منتظم:** لقد لاحظنا جميعًا أنه عندما ينام الشخص أو على وشك النوم، يتنفس أكثر ببطئ وبانتظام من الأوقات العادية.

هذا يسهل تقليل الثوابت الحيوية: معدل ضربات القلب، ضغط الدم، توتر العضلات، إلخ. لذلك، عندما نكون عصبيين، يجب أن نتنفس ببطئ أكثر.

ب. **استخدام الحجاب الحاجز:** في كثير من الأحيان، عندما نتنفس، فإننا نأتي فقط بالهواء إلى المنطقة الوسطى من الرئتين والدم المؤكسد قليلاً. عندما نتنفس بطريقة سطحية، يضغط الهواء على الأضلاع ويتحرك الصدر. من الأفضل أن تحاول إحضار الهواء إلى الجزء السفلي من الرئتين لتزويد الدم بالأكسجين بشكل كافٍ.

عندما نفعل ذلك، ينقبض الحجاب الحاجز، فإنه يضغط على البطن ويرتفع.

ج. **لا تتنفس بعمق شديد:** من المهم أن تأخذ كمية كافية من الأكسجين لكي يتلقى الجسم الطاقة الضرورية واللازمة، ولكن لا يجب القيام به بإفراط (ولكن يجب عليك عدم زيادة فرط التهوية) (التحكم في التنفس، **U.B**.).

"الآن يمكننا أن نتعرف على اللحظة التي نبدأ فيها بالغضب، وبما أننا نعلم أنه من الصعب جدًا إيقاف الانفعال إذا أصبح شديدًا جدًا، سنتعلم تقنية بسيطة جدا للاسترخاء.

ستسمح لك بالتحكم في انفعالاتك حتى لا تتحكم فيك، وستتمكن من حل جزء كبير من مشاكلك.

ماذا تفعل عندما تشعر أنك ستغضب ولا تريد أن تنزعج؟ هل تعرف كيف تسترخي؟ " (أجوبة)

"إن الأسلوب الذي سأعلمكم اياه الآن يسمى **التنفس المتحكم به او التنفس المراقب** ".

يقدم المكون التعليمات لممارسة الاسترخاء عن طريق التنفس المراقب / او المتحكم به.

1- اجلس بشكل مريح بالاستناد على ذراعي الكرسي وأغمض عينيك ببطء.
2- ضع يدك على البطن، وإصبعك الصغير فقط على زر بطنك.

3- استنشق عن طريق الأنف لمدة 3 ثوان باستخدام الحجاب الحاجز الخاص بك.

إنها تتعلق بجلب الهواء إلى المنطقة النهائية لرئتيك، لا تأخذ كمية كبيرة من الهواء.

يجب رفع البطن في كل استنشاق. انت تشعر ان يدك ترتفع.

4- استنشق عن طريق الأنف أو الفم لمدة 3 ثوان. عند الزفير، يعود البطن إلى موضعه الأصلي. تشعر كيف ان يدك تنزل.
يمكنك تكرار الكلمات ببطء مثل "هدوء" أو «هادئ"، تخيل أن الضغط يخرج مع الهواء الذي تزفره.

5- خذ استراحة قصيرة قبل استعادة الحصول على الهواء (عد 01 ثانية).

ملحق رقم08: كـــراســـــــة الأجـــوبـــــــــة

اسم الحالة:

تاريخ الميلاد:

تاريخ التقييم (اليوم، أشهر، السنة):

الأخصائي المقيم:

مكان التقييم (اسم المكان المدينة):

مصادر المعلومات المستعملة في التقييم (شطب كل مصدر مستعمل)

الملاحظة المباشرة من قبل المقيمين ☐	الملف الطبي ☐	مقابلة الوالدية ☐
فحص الطبي ☐	فريق المعالجة ☐	المدرسة ☐
أخرى (حدد)		

جودة مختلف مصادر المعلومات (شطب كل مصدر مستعمل)

ممتازة ☐	جيدة ☐	نسبيا ☐	فقيرة ☐

نظام التنقيط

نمط الحياة للمرحلتين (الماضي والحاضر)

1	غائب
2	من حين لآخر من (1-3 في السنة) تحدث خلال فترة وجيزة(على الأقل شهر)
3	من حين لآخر من (1-3 نوبات في السنة) تحدث خلال فترة أطول (عدة شهور، أكثر من شهرين)
4	متكرر إلى حدما (4-11 في السنة)) تحدث خلال فترة وجيزة
5	متكرر إلى حدما (4-11 في السنة)) تحدث خلال فترة أطول
6	متكرر كثيرا (أكثر من 12 في السنة)، لكنها لا تزال متقطعة (لا تحدث كل شهر)
7	موجودة تقريبا كل يوم(أكثر من 12 في السنة)، و كل شهر من الفترة التي تم تقييمها

التكرار (**نضع** في الاعتبار الفترة التي تم تقيمها، الشهر أو الأعراض التي هي أكثر الشدة)

1	غائب
2	على القل مرة في الأسبوع أو الشهر
3	**2 إلى 6** مرات في الأسبوع
4	على الأقل **7مرات** في الأسبوع، ولكن ليس بالضرورة كل يوم
5	تقريبا مرة في اليوم، بشكل منتظم
6	عدة مرات في اليوم، بشكل منتظم
7	تقريبا دائما، عدة مرات في الساعة.

الشدة (نضع في الاعتبار الفترة التي تم تقيمها، الشهر أو الأعراض التي هي أكثر حدة)

لا يوجد سلوك عدواني على الغير
دون ملاحظة الآفة
بدون إصابة سطحية ملحوظة، حتى ولو آثار صغيرة (احمرار، كدمات) ولكن لا تتطلب علاجًا محددًا (علاج الإصابة، تقييد السلوك المادي أو الكيميائي)
آفة عميقة (جرح الجلد) أو إصابة الواسعة التي تتطلب العناية (العناية بالجروح، التورم الشديد) ولكن بدون تقييد أو تثبيط للحالة
الآفة التي تتطلب حصر السلوك بواسطة تقيد السلوك الجسدي
الآفة التي تتطلب تثبيطًا سلوكيًا عن طريق تقييد السلوك الكيميائي (الدوائي)
الآفة شديدة ، مقلقة و انشغال كبير بالنسبة لأمن الشخص

مدة الأعراض (**النتيجة** مرتكزة على أول تاريخ ظهرة فيه الأعراض لنفس النوع من السلوك مستعملة في الجدولI النتائج السلوك العدواني على الغير الماضي والحاضر

1	أعراض غير ملاحظة
2	أعراض موجودة لمدة أسبوع أو أقل
3	أعراض موجودة لمدة أكثر من أسبوع وأقل من شهر
4	أعراض موجودة منذ ثلاث أشهر
5	أعراض موجودة منذ أربع إلى 6 أشهر
6	أعراض موجودة منذ 7إلى 12 شهرا
7	أعراض موجودة منذ أكثر من عام

ملحق رقم09: مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي

مقياس السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي

جدول رقم I النتائج في السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي

مراحل النمو الفئات العمرية حسب السنوات		**نمط الحياة** (السلوك العدواني على الغير الحاضر والماضي)	التكرار	الشدة	**النتيجة النهائية بالنسبة لكل فئة عمرية** (نمط الحياة + التكرار +الشدة)	**النتيجة النهائية تشمل مختلف الفئات العمرية** (3 نقاط إذا كان السلوك العدواني على الغير لم يسبق وأن لوحظ مدة مختلف مراحل الحياة)
0-3 (طفل)						
5-4 **(سن قبل المدرسة)**						
10-6**(سن المدرسة)**						
13-11**(قبل المراهقة)**						
18-14**(المراهقة)**						
> 18**(راشد مع تحديد السن)**	**السن**					

ملحق رقم 10: مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي

مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي

جدول رقم II المقياس الفرعي للتكرار، الشدة، والمدة

نوع السلوك العدواني على الغير	التكرار	الشدة	المدة	النتيجة العامة	تعليق على الملاحظة
	F	S	D	F+S+D	حدد لكل نوع من أنواع السلوك العدواني المغاير ، الشعور برد فعلالملاحظ عندما يواجه سلوكًا عدوانيًا مغايرًا(الشعور وردود الأفعال تختلف وفق وظيفة كل نوع من السلوك العدواني).إذا كان الملاحظ مختلفًا عن الشخص المعتدى عليه ، فحدد أيضًا مشاعر وردود فعل الشخص المعتدى عليه
1. **كماشة، شد الآخر** (بواسطة الأيدي)					
2. **سحق**(أشخاص ، أشياء بواسطة الأرجل)					
3. **انفجار، وتشتيت الأشياء** (مثل: رمي الأشياء حول نفسه، ولكن الفعل غير موجه للآخرين)					
4. **فرض**(الأشياء أشخاص)					
5. **قلع**(الشعر، تقشير، الجلد)					
6. **تمزيق**(مثل الثياب)					
7. **هجوم على الوجه**					

8. **اصطدام بالرأس(** ضرب بالرأس بعنف وغير متوقع، ضرب بالرأس في صدر الآخر)					
9. **إدخال الأشياء في شقوق وجه الآخر**(مثل العين، الفم)					
10. **العض**					
11. **الخدش**					
12. **الصفع**					
13. **البزق على الآخرين**					
14. **اللكم**					
15. **هجوم على شخص بشيء**					
16. **أخرى(** حدد)					

مقياس السلوك العدواني على الغير الحالي

جدول رقم III المقياس الفرعي للأهداف والوسائل الاعتداء

هدف العدوان السلوك العدواني موجه نحو الأهداف التالية (ضع دائرة على كل العناصر المعنية)		**وسيلة أو الوسائل الإعتداء** (ضع دائرة على كل العناصر المعنية)	
أهداف بشرية	أشياء	جزء الجسد المستعمل في الإعتداء	الشيء المستعمل للإعتداء
كل الأشخاص بصفة غير مبالية	كل الأشخاص بصفة غير مبالية	اليد	عصا
راشد في المقام الأول	اشياء تنتمي إلى الحالة	الرجل	أشياء أخرى خشبية(حدد)
طفل في المقام الأول	اشياء تنتمي إلى الآخر	المرفق	أشياء زجاجية (حدد)
شخص معين(مثل شخص من فريق العلاج، معلم ، أخوة إلخ..)(حدد)	نوع معين من الأشياء (مثل أشياء ناعمة/صلبة، قماش) (حدد)	الرأس	مسامير
جزء معين من الجسم (مثل الشعر، الصدور، الوجه، الأجزاء البارزة أو فتحات) (حدد)	أشياء محمولة (مثل: ثياب ،مجوهرات ، ساعة، أحذية ألخ...)(حدد)	الأسنان	سكين
		أخرى(حدد)	أخرى(حدد)

جدول رقم IV المقياس الفرعي للمحتوي

محتوى الظاهري (ضع دائرة حول جميع الظروف التي يحدث فيها السلوك العدواني)	**السلوكات المشتركة** (ضع دائرة على كل العناصر المعنية و تحديد ما إذا كانت تحدث قبل ذلك بقليل مع تحدد ما إذا كانت قد عادت قبل أو أثناء أو بعد، السلوك العدواني على الغير عن طريق إضافة «av»،« pdt» ،« ap» بجوارها	**المكان** (ضع دائرة على كل العناصر المعنية وحدد المكان أو لاحظ الأعراض الأكثر شدة ونصيف بجوارها « S»
إنفصال	نوبة غضب	في كل مكان
إحباط	قلق	في المستشفى
صراع	إثارة	في أماكن أخرى علاجية (حدد)
غضب	سلوكات نمطية	في المدرسة
إنعزال	سلوكات عدوانية على ذات	في الشارع
وسواس	إنسحاب توحدي	في المتاجر
في وجود شخص آخر	غضب	في السيارة
عندما يكون وحده	اللغة اللفظية والغير اللفظية (حدد)	في المنزل (حدد أيضا ما إذا كان هذا السلوك يحدث في بيت الأصدقاء أو في منزل العائلة
أخرى (حدد)	أخرى (حدد)	أخرى (حدد)

ملحق رقم11: تعليـــــــــــــــــــــق