

فعّالية بروتوكول علاجي قائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة
بحركة العينين (EMDR) للتخفيف من أعراض اضطراب
ضغوط ما بعد الصدمة لدى الراشدين PTSD
(دراسة حالتين اكلينيكيتين بمنهج الحالة المفردة بالعيادة الجوارية "علي بضيف" - تقرت-)

مذكرة تخرّج معدّة ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماستراً أكاديمي

شعبة علم النفس - تخصص: علم النفس عيادي

إشراف الدكتور:

للـم صالح خشخوش

إعداد الطالبات:

خديجة بصاديق

نصيرة شعوي

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د/ هند غدايفي	استاذ التعليم العالي	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -	رئيسا
أ.د/ صالح خشخوش	أستاذ محاضر أ	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -	مشرفا ومقررا
أ.د/ يمينه بوعكاز	أستاذ محاضر ب	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -	عضو مناقشا

الموسم الجامعي: 2026/2025.

شكر وعرفان

الحمد لله الذي لا يبلغ مدحه القائلون، ولا يؤدي حقه المجتهدون.

نحمد الله العلي القدير ونشكره على واسع فضله ومنته ونعمه أن وفقنا وقدرنا على انجاز هذه المذكرة، واللّهم صل وسلم وبارك على المبعوث رحمة للعالمين محمد خير خلق الله، القائل: "من لم يشكر الناس فلم يشكر الله".

عرفاناً بالجميل، نتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى كل من ساندنا في إخراج هذا العمل العلمي:

الأستاذ المشرف: "د. صالح خشخوش" الذي كان لنا خير موجه ومنازة علم، فلم ييخل علينا بوقته ولا بفيض نصائحه السديدة طوال مراحل البحث. السادة المحكمين الأفاضل: تقديراً لجهودهم في مراجعة البروتوكول العلاجي وتقييمه، مما أضفى على الدراسة الدقة والرصانة العلمية.

الشكر الموصول الى الدكتورة: "حميدي شروق" جازاها الله عنا خير الجزاء لجهدها في تذليل صعوبات هذا العمل . ولا ننسى الدكتورة الاختصاصية النفسانية: "صابرينة جديعي: وطاقت العيادة الجوارية علي بضياف بتقرت: لمساهمتهم الفعالة وتقديم الدعم الميداني اللازم لإتمام الدراسة في أحسن الظروف. الأستاذ الأخصائي النفسي الممارس والمدرب على العلاج: "غرايبية محمد الطيب": شكراً خاصاً لرفقته العلمية الصادقة، بدءاً من التكوين النوعي في علاج الـ EMDR، وصولاً إلى التحكيم والمرافقة الإرشادية الميدانية المستمرة.

حالات الدراسة: شكر من القلب لمن منحونا ثقتهم وتطوعوا للمشاركة بشجاعة؛ فبهم اكتملت صورة هذا البحث، ونسأل الله لهم تمام العافية والشفاء.

الى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب او بعيد ولو بالدعاء الصادق جزاكم الله عنا خير الجزاء، وجعل هذا العمل في ميزان حسنات الجميع.

الباحثات

للهم خديجة بصاديق

للهم نصيرة شعوي

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ ﴾

ملخص الدراسة بالعربية:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية بروتوكول علاجي مقترح قائم على أسلوب إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى عينة من الراشدين.

أُجريت الدراسة في عيادة جوارية بولاية تشرت ، واعتمدت على عينة قصدية إكلينيكية مؤلفة من حالتين (N=2) ،مستوفيتين لمحكات التشخيص وفق DSM-5-TR ؛ الحالة الأولى (أ) أنثى عمرها 36 سنة تعاني من صدمة ناجمة عن إساءة أسرية مزمنة منذ الطفولة، والحالة الثانية (ب) أنثى عمرها 35 سنة طالبة في علم النفس العيادي تعاني من PTSD مزمّن امتد أربعة عشر عاماً إثر حادث سير .

اعتمد المنهج العيادي وفق تصميم الحالة المفردة (A-B Design) الذي يُتيح تتبع مسار التغيير جلسةً بجلسة . واستُعينَ بأدوات قياسية معيارية شملت :قائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PCL-5) قبلياً وبعدياً، ومقياس وحدات الضيق الذاتية (SUD) ومقياس صدقية الاعتقاد الإيجابي (VOC) في بداية كل جلسة ونهايتها، فضلاً عن المقابلة الإكلينيكية المعمقة وسجل الملاحظة الذاتية المنزلي .وعلى الصعيد الإحصائي، وُظِّفت منظومة متكاملة من الأساليب تضمنت :مؤشر التغير الموثوق (RCI) ، ونسبة التحسن المئوية، وتحليل السلاسل الزمنية، ومعامل الارتباط الذاتي (ACF/PACF) ، والانحدار الخطي البسيط، وحجم الأثر العملي (Cohen's dz) ، وتحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA).

كشفت النتائج عن تحسن إكلينيكي موثوق لدى الحالتين كليهما .فعلى صعيد الحالة الأولى (أ)، انخفضت درجة PCL-5 من 35 إلى 5 بنسبة تحسن بلغت %85.71 ومؤشر تغيّر موثوق $RCI = 14.14$ ، فيما انخفض مستوى الضيق SUD من 10/10 إلى 0/10 (100%)، وارتفعت صدقية الاعتقاد الإيجابي VOC من 1/7 إلى 7/7 ، مع توقف تام للأفكار الانتحارية والكوابيس وإعادة بناء هوية إيجابية .أما الحالة الثانية (ب)، فقد انخفضت درجة PCL-5 من 37 إلى 10 أدنى من العتبة التشخيصية البالغة (33)،

وانخفض SUD من 9/10 إلى 0/10 ، وارتفع VOC من 2/7 إلى 7/7 ، مع عودة طبيعية للسفر وتحسن الأداء الأكاديمي.

مما سبق نستخلص أن البروتوكول العلاجي المقترح القائم على EMDR ذو فاعلية إكلينيكية عالية في التخفيف من أعراض PTSD لدى الراشدين ، وأن عشر جلسات منظّمة كافية لتحقيق التعافي الإكلينيكي واستعادة الوظائف الحياتية والاجتماعية .و تُوصي الدراسة بتبني هذا الأسلوب في المؤسسات الصحية المحلية وتأهيل الأخصائيين النفسانيين الممارسين على توظيفه وفق البروتوكولات المعيارية الدولية.

- الكلمات المفتاحية: إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)
- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) — بروتوكول علاجي — الصدمة النفسية — منهج الحالة المفردة — الراشدون.

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of a proposed therapeutic protocol based on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in alleviating symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among a sample of adults.

The study was conducted at a community clinic in the Touggourt province and relied on a purposive clinical sample consisting of two cases (N=2) who met the diagnostic criteria according to the DSM-5-TR.

The first case (A) was a 36-year-old female suffering from trauma induced by chronic domestic abuse since childhood, and the second case (B) was a 35-year-old female clinical psychology student suffering from chronic PTSD spanning fourteen years following a traffic accident. The study adopted a clinical approach using a single-case design (A-B Design) that allows for tracking the trajectory of change session by session. Standardized measurement tools were utilized, including: the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) pre- and

post-intervention, the Subjective Units of Distress (SUD) scale and the Validity of Cognition (VOC) scale at the beginning and end of each session, as well as in-depth clinical interviews and home self-observation logs. On the statistical

level, an integrated system of methods was employed, including:

the Reliable Change Index (RCI), percentage of improvement, time-series analysis, autocorrelation function (ACF/PACF), simple linear regression, practical effect size (Cohen's d_z), and Repeated Measures ANOVA. The findings revealed reliable clinical improvement in both cases. For the first case (A), the PCL-5 score dropped from 35 to 5, with an improvement rate of 85.71% and a Reliable Change Index of $RCI = 14.14$, while the distress level (SUD) decreased from 10/10 to 0/10 (100%), and the validity of the positive belief (VOC) rose from 1/7 to 7/7, with a complete cessation of suicidal ideation and nightmares, along with the reconstruction of a positive identity.

As for the second case (B), the PCL-5 score dropped from 37 to 10, falling below the diagnostic threshold of 33, the SUD level decreased from 9/10 to 0/10, and the VOC score rose from 2/7 to 7/7, accompanied by a normal return to traveling and improved academic performance. From the above, we conclude that the proposed therapeutic protocol based on EMDR possesses high clinical efficacy in alleviating PTSD symptoms among adults, and that ten structured sessions are sufficient to achieve clinical recovery and restore vital life and social functions. The study recommends adopting this approach within local healthcare institutions and training practicing psychologists to implement it in accordance with international standardized protocols.

Keywords: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) — Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) — Therapeutic Protocol — Psychological Trauma — Single-Case Design — Adul.

فهرس المحتويات	
الصفحة	الموضوع
	الأقسام التمهيدية
II	شكر وعرفان
III	الإهداء
V	ملخص الدراسة بالعربية
VI	ملخص الدراسة بالإنجليزية (Abstract)
VIII	قائمة المحتويات
XII	قائمة الجداول
XVII	قائمة الأشكال
XIX	قائمة الملاحق
أ	مقدمة
1	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2	تمهيد الفصل
3	1- إشكالية الدراسة
5	2- فرضية الدراسة
5	3- أهداف الدراسة
5	4- أهمية الدراسة
6	5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة
7	6- الدراسات السابقة
27	7- المسح النقدي للدراسات السابقة
29	خلاصة الفصل الأول
	الفصل الثاني: الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة

32	تمهيد
33	1- الصدمة النفسية
33	1-1. مفهوم الصدمة النفسية
33	1-2. تعريف الصدمة النفسية
35	1-3. المفاهيم المتداخلة مع الصدمة النفسية
36	1-4. أنواع الصدمة النفسية
37	2- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)
37	1-2. تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
38	2_2. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد
39	2-3. التعريف الإجرائي لضغوط ما بعد الصدمة
39	2_4. الأعراض العامة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
40	2-5. معايير وأعراض تشخيص ضغوط ما بعد الصدمة وفق DSM-5-TR
42	2-6. النظريات المفسرة للاضطراب
44	2-5. الاستراتيجيات العلاجية لاضطراب PTSD
46	خلاصة الفصل الثاني
	الفصل الثالث: إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)
49	تمهيد
50	1_ تعريف العلاج بـ EMDR
51	2_ الحالات التي يُطبَّق عليها العلاج
52	3_ المكانة العلمية للعلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين
52	4_ أسس و مبادئ إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين EMDR
53	5_ مراحل و خطوات العلاج بـ إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين
54	6_ محاذير ومعوقات استعمال EMDR

54	7. سيرورة بروتوكول العلاج
55	8. مراحل العلاج ب EMDR _الخطوات_
59	خلاصة الفصل الثالث
60	الفصل الرابع :الإجراءات المنهجية للدراسة
62	تمهيد
63	4-1.الدراسة الاستطلاعية
65	4-2. منهج الدراسة
67	4-3.العينة (حالات الدراسة)
69	4-4. حدود الدراسة
70	4-5. أدوات الدراسة
95	4-6. الأساليب الإحصائية
98	خلاصة الفصل الرابع
99	الفصل الخامس :عرض وتحليل وتفسير النتائج
101	تمهيد
102	1-5.عرض الحالة الأولى (أ)
103	تحليل نتائج الحالة أ
112	2-5. عرض الحالة الثانية(ب)
114	تحليل نتائج الحالة (ب)
121	3-5عرض وتحليل نتائج الفرضية
188	4-5مناقشة النتائج في ضوء الأدبيات العلمية
201	خاتمة
204	قائمة المراجع
210	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
67	جدول يبين قياس شدة أعراض الاضطراب خلال جلسات العلاج	1-4
68	جدول يبين خصائص العينة	2-4
70	يوضح تقسيم بنود مقياس PCL-5 حسب معايير التشخيص وفق DSM-5	3-4
73	جدول يبين تواتر انخفاض SUD وارتفاع VOC خلال جلسات EMDR	4-4
75	جدول يبين توزيع الأهداف على الجلسات العلاجية	5-4
107	جدول تقييم قبلي لمستوى الأعراض الصدمية للحالة أ	1-5
112	جدول قياس مسار العلاج عبر الجلسات للحالة أ	2-5
117	جدول تقييم قبلي لمستوى الأعراض الصدمية للحالة ب	3-5
118	جدول يمثل الأعراض الإكلينيكية الأولية الملاحظة للحالة ب	4-5
121	جدول قياس مسار العلاج عبر الجلسات للحالة ب	5-5
122	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5 لدى الحالة أ	6-5
124	جدول القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة أ	7-5
125	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة أ	8-5
125	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ	9-5
126	جدول اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة أ	10-5
127	جدول معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة أ	11-5

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
12-5	جدول القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة أ	129
13-5	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة أ	130
14-5	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ	131
15-5	جدول اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ	131
16-5	جدول معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة أ	132
17-5	جدول نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ	135
18-5	جدول نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية SUD لدى الحالة أ	137
19-5	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ	138
20-5	جدول معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ	139
21-5	جدول تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة أ	140
22-5	جدول معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة أ	141
23-5	جدول حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة أ	144
24-5	جدول نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ	145
25-5	جدول نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية VOC لدى الحالة أ	147
26-5	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ	149
27-5	جدول معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ	150
28-5	جدول تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة أ	150
29-5	جدول معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة أ	151

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
153	جدول حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة أ	30-5
154	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5 لدى الحالة ب	31-5
156	جدول القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة ب	32-5
157	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة ب	33-5
158	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب	34-5
158	جدول اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة ب	35-5
159	جدول معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة ب	36-5
160	جدول القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة ب	37-5
162	جدول نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة ب	38-5
163	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب	39-5
163	جدول اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب	40-5
164	جدول معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة ب	41-5
167	جدول نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب	42-5
169	جدول نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية SUD لدى الحالة ب	43-5
171	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب	44-5
172	جدول معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب	45-5
172	جدول تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة ب	46-5
173	جدول معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة ب	47-5

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
175	جدول حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة ب	48-5
177	جدول نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب	49-5
179	جدول نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية VOC لدى الحالة ب	50-5
180	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب	51-5
182	جدول معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب	52-5
182	جدول تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة ب	53-5
183	جدول معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة ب	54-5
184	جدول حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة ب	55-5
185	جدول تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس PCL-5 للحالتين معاً	56-5
193	جدول يوثق مقارنة الحاليتين قبل وبعد العلاج بالبروتوكول	57-5
194	جدول يمثل عبور العتبة التشخيصية بعد العلاج	58-5
195	جدول يوضح دلالة حجم الأثر للحالتين	59-5
196	جدول يوضح بنية البروتوكول المقترح لتجاوز الصدمات	60-5

فهرس الأشكال والمنحنيات البيانية

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1-5	شكل يبين الانخفاض في درجات PCL-5 لدى الحالة أ بين القياس القبلي والبعدي	123
2-5	شكل مسار SUD عبر الجلسات لدى الحالة أ؛ يوضح الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها	128
3-5	شكل مسار VOC عبر الجلسات لدى الحالة أ؛ يوضح الارتفاع التدريجي في صدقية الاعتقاد الإيجابي	133
4-5	الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة أ عبر الجلسات	134
5-5	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ	136
6-5	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ	138
7-5	الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ	142
8-5	الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ عبر الجلسات	144
9-5	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ	146
10-5	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ	148
11-5	الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ	152
12-5	شكل يبين الانخفاض في درجات PCL-5 لدى الحالة ب بين القياس القبلي والبعدي	155
13-5	مسار SUD عبر الجلسات لدى الحالة ب؛ يوضح الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها	160
14-5	مسار VOC عبر الجلسات لدى الحالة ب؛ يوضح الارتفاع التدريجي في صدقية	165

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
	الاعتقاد الإيجابي	
166	الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة ب عبر الجلسات	15-5
168	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب	16-5
170	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب	17-5
174	الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب	18-5
176	الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب عبر الجلسات	19-5
178	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب	20-5
180	التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب	21-5
184	الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب	22-5

فهرس الملاحق

رقم الملحق	إسم الملحق
1	البروتوكول العلاجي المقترح بعد التعديل
2	ملحق المصطلحات الأجنبية
3	سجل الملاحظة الذاتية
4	الملف النفسي
5	استمارة الموافقة على العلاج
6	استبيان أنواع الأعراض الصدمية
7	استمارة جمع البيانات
8	مقياس شدة الأعراض الصدمية PCL-5
9	استمارة تحكيم البروتوكول العلاجي
10	مخرجات التحليل الاحصائي والبياني للمقاييس والسلاسل الزمنية
11	شهادات تكوين في العلاج بـ emdr

مقدمة

تعتبر الصدمة النفسية واحدة من أعمق التجارب الإنسانية وأشدّها وطأةً على البنية النفسية للفرد؛ إذ لا تقتصر آثارها على اللحظة الراهنة للحدث، بل تتجذّر في الذاكرة وتعيد تشكيل إدراك الفرد لذاته وللعالم من حوله. وفي ظل تسارع الأحداث الكارثية وتراكم مصادر الضغط في المجتمعات المعاصرة، باتت اضطرابات ما بعد الصدمة تحدياً صحياً عاماً يستدعي استجابة علمية رصينة وأدواتٍ علاجية قائمة على الدليل.

وتُعَدّ هذه الدراسة محاولةً علمية متواضعة في هذا الاتجاه، إذ تتناول فعالية بروتوكول علاجي قائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الراشدين، وذلك عبر منهج دراسة الحالة المفردة الذي يُتيح التعمق في الآليات الفردية للتغيير العلاجي بمستوى من الدقة لا تتيحه المقاربات الجماعية.

تتألف هذه المذكرة من خمسة فصول متكاملة: يقدم الفصل الأول الإطار العام للدراسة من إشكالية وفرضية وأهداف ودراسات سابقة؛ ويُفصّل الفصل الثاني الإطار النظري حول الصدمة النفسية واضطراب ما بعد الصدمة من مفاهيم وأعراض ونظريات وبدائل علاجية؛ أما الفصل الثالث فيُعرّف بتقنية EMDR، نشأتها وأسسها ومراحلها الثماني وبروتوكولها التطبيقي. ويكشف الفصل الرابع عن الإجراءات المنهجية للدراسة من منهج وعينة وأدوات وبروتوكول تطبيقي موثّق بالتفصيل، قبل أن يختتم الفصل الخامس المسار بعرض الحالتين وتحليل نتائج التدخل العلاجي وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الأدبيات العلمية الراهنة.

وقد جاء اختيارنا لهذا الموضوع نابعاً من قناعة راسخة بأن الأدبيات العربية المتخصصة في العلاجات النفسية القائمة على الدليل لا تزال تفتقر إلى نماذج تطبيقية موثّقة تُعنى بالسياق العربي المحلي تحديداً، وأن EMDR بما أثبتته من فعالية دولية مُعترف بها من قِبل منظمة الصحة العالمية وهيئات صحة النفس الكبرى، يستحق أن يُقدّم للممارس العربي في صورة إجرائية عملية قابلة للتطبيق.

ونأمل أن تُشكّل هذه الدراسة لبنةً في صرح الاهتمام بعلاج الصدمات في بيئتنا المحلية، وأن تفتح آفاقاً بحثية تستكمل ما بدأناه.

الفصل الأول

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1/ إشكالية الدراسة

2/ فرضيات الدراسة

3/ أهمية الدراسة

4/ أهداف الدراسة

5/ التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

6/ الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

يتعرض الإنسان خلال مسار حياته إلى العديد من الأحداث الضاغطة والصدمات النفسية التي تختلف في طبيعتها وحدتها وشدةها، وقد تؤدي هذه الأحداث إلى اختلال واضح في التوازن النفسي والانفعالي للفرد، خاصة عندما تتجاوز قدرته على التكيف والاستيعاب. وغالبًا ما تظهر الاستجابات النفسية على شكل ألم نفسي عميق واضطرابات انفعالية وسلوكية تؤثر على مختلف مجالات الحياة النفسية والاجتماعية، ولا تقتصر آثار الصدمة على لحظة وقوع الحدث، بل قد تستمر لفترات طويلة إذا لم يتم التدخل العلاجي المناسب. (الأزهري، 2023، ص. 4-5)

وتختلف شدة التأثير النفسي للأحداث الصدمية تبعًا لطبيعة الحدث ومدى فجائيته وخطورته، إضافة إلى الخصائص الفردية للشخص المتعرض للصدمة، مثل بنيته النفسية، وخبراته السابقة، وقدرته على المواجهة، ومستوى الدعم الاجتماعي الذي يحظى به. فليس كل الأفراد الذين يتعرضون لنفس الحدث الصدمي يعانون من اضطرابات نفسية، إذ تلعب الفروق الفردية دورًا حاسمًا في تحديد مسار التكيف أو الانهيار النفسي. (السريبي، 1994، ص. 22-24).

وتعد الصدمة النفسية تجربة إنسانية عنيفة لا يمكن اختزالها في كونها مجرد حدث عابر، بل هي خبرة وجدانية ومعرفية عميقة تؤثر في إدراك الفرد لذاته وللعالم من حوله، وقد تنعكس على وظائفه النفسية والجسمية. وغالبًا ما تنتج هذه الصدمة عن التعرض لحوادث خطيرة، أو تهديد وجودي، أو فقدان أشخاص مقربين، أو الإصابة بأمراض مهددة للحياة، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسمية متداخلة. (الأزهري، 2023، ص. 6-7)

ويرى بعض الباحثين أن الصدمة النفسية تمثل أزمة أساسية قد تؤدي إلى نوع من الإعاقة النفسية، نظرًا لاختلافها الجوهرية عن التجارب الإنسانية المعتادة، إذ تهدد بشكل مباشر حياة الأفراد أو سلامتهم الجسدية، أو تتراقق مع مشاهد عنف ودمار شديد، أو تدمير البيئة المحيطة بالفرد. وعلى الرغم من أن عددًا كبيرًا من الأفراد قد يتعرضون لنفس الظروف الصدمية، إلا أن الاضطرابات النفسية تصيب بعضهم دون غيرهم نتيجة اختلاف القدرة على التحمل النفسي والتكيف. (السريبي، 1994، ص. 23-25).

ويُعد اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة من أكثر الاضطرابات النفسية ارتباطاً بالتجارب الصدمية، حيث يظهر بعد التعرض لحدث صادم ويتجلى في أعراض أساسية تتمثل في إعادة معايشة الحدث الصدمي، وتجنب المثيرات المرتبطة به، وفرط الاستثارة الانفعالية، واضطرابات النوم والتركيز، مما يؤثر سلباً على جودة حياة الفرد وأدائه النفسي والاجتماعي. (American Psychiatric Association, 2013, pp. 271–280).

وفي ظل تزايد التعرض للأحداث الصدمية في المجتمعات المعاصرة، يسعى المختصون في مجال الصحة النفسية إلى تطوير أساليب علاجية فعالة للتقليل من حدة الأعراض الصدمية. ومن بين العلاجات الحديثة التي أثبتت فعاليتها في هذا المجال العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)، والتي تُستخدم بشكل خاص في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. (Shapiro, 2018, pp. 3–6).

وقد أكدت فرانسيس شابيرو، مكتشفة EMDR، أن الذكريات الصدمية غير المعالجة تُخزن في الذاكرة بطريقة غير تكيفية، مما يؤدي إلى استمرار الأعراض النفسية. ويهدف العلاج بـ EMDR إلى إعادة معالجة هذه الذكريات من خلال التحفيز الثنائي الجانب، خاصة عبر حركات العين، بما يسمح بدمج الخبرة الصدمية بطريقة تكيفية تقلل من شدتها الانفعالية وتأثيرها السلبي على الفرد. (Shapiro, 2018, pp. 7–10).

حيث يستند EMDR في تفسيره النظري إلى نموذج معالجة المعلومات التكيفية، كما يستفيد من بعض مبادئ التحليل النفسي والعلاج السلوكي والمعرفي، مما يجعله مقاربة علاجية تكاملية فعالة في التعامل مع الصدمة النفسية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. (Shapiro, 2018, pp. 11–15).

وانطلاقاً مما سبق، تتحدد إشكالية الدراسة الحالية في التساؤل حول مدى فعالية بروتوكول علاجي قائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في التخفيف من الأعراض الصدمية لدى الراشدين المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؟

2- فرضية البحث

"يمتاز البروتوكول العلاجي المقترح القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) بفعالية في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الراشدين".

3- أهداف البحث

معرفة مدى فعالية بروتوكول علاجي مقترح قائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الراشدين.

4- أهمية البحث

1. 4 - الأهمية النظرية

- إثراء الأدبيات النفسية العربية في مجال علاج الصدمات النفسية.
- تسليط الضوء على العلاج بـ EMDR باعتبارها مقاربة علاجية تكاملية حديثة .
- دعم نموذج معالجة المعلومات التكيفية كإطار نظري لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

2. 4 - الأهمية التطبيقية:

- تزويد المعالجين النفسيين بروتوكول علاجي فعال قابل للتطبيق في المؤسسات العلاجية.
- مساعدة المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على تحسين توازنهم النفسي بتجاوز الصدمات من خلال إعادة تكييفها.

4- تحديد مفاهيم الدراسة (إجرائياً)

5-5-1. الصدمة النفسية: هي استجابة نفسية وانفعالية شديدة ناتجة عن التعرض لحدث مهدد أو قاسٍ يفوق قدرة الفرد على التكيف، ويؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسمية وهي نوعان:

_ **الصدمة البسيطة:** تعرّف الصدمة البسيطة إجرائياً في هذه الدراسة بأنها تعرض الفرد لحدث صادم واحد ومحدد زمنياً، مثل حادث، اعتداء، أو خبر مؤلم، أدى إلى ظهور مجموعة من الأعراض النفسية والانفعالية المرتبطة بالصدمة، كالخوف والقلق والاسترجاع، والتي تم قياسها من خلال أدوات الدراسة ومؤشرات التقييم المعتمدة.

_ **الصدمة المركبة:** حالة نفسية تنشأ نتيجة التعرض المتكرر والمطول لأحداث صادمة متعددة الأنواع (كالإساءة الجسدية، والجنسية، والإهمال العاطفي، والعنف الأسري)، تحدث عادةً داخل علاقات ثقة أو في بيئات يعجز فيها الفرد عن الهروب.

2.5 - اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) :

اضطراب نفسي يظهر بعد التعرض لحدث صادم، ويتجلى في إعادة معايشة الحدث، التجنب، وفرط الاستثارة الانفعالية.

3.5- العلاج بحركات العين للراشدين وإعادة المعالجة (EMDR):

أسلوب علاجي نفسي يعتمد على تحفيز ثنائي الجانب (حركات العين غالباً) بهدف إعادة معالجة الذكريات الصدمية بطريقة تكيفية.

3.5- البروتوكول العلاجي المقترح:

هو خطة من 10 جلسات مبنية على المراحل الثماني لـ EMDR، صُممت لتُطبّق على حالات PTSD في السياق الجزائري. يسير المسار من تحديد الجرح، إلى معالجته بالتحفيز الثنائي، إلى ترسيخ هوية متعافية — مع قياس SUD و PCL-5 و voc في كل خطوة لتوثيق المسار.

الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات العربية

2-1. دراسة بوخاري سهام (2017)

العنوان	فاعلية تقنية EMDR في علاج الصدمة النفسية: دراسة تحليلية
الهدف	مراجعة الأدبيات النظرية والبروتوكولات العلاجية لتقنية EMDR.
المنهج	نظري تحليلي.
العينة	مراجعة الأدبيات.
الأدوات	تحليل المحتوى.
النتائج	فاعلية التقنية في علاج المخاوف وضحايا الاغتصاب مع التحذير من استخدامها في حالات الانفصال الحاد.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشترك مع دراستنا في الاهتمام بـ EMDR وعلاج الصدمة النفسية .
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تطبيقية ميدانية تُجري بروتوكولاً فعلياً على حالتين من الراشدين، بينما اكتفت بوخاري بالتحليل النظري دون تطبيق سريري.
الفجوة البحثية	الطابع النظري البحث يجعلها قاصرة عن تقديم نماذج تطبيقية للممارس الجزائري.
التعقيب	تُعدّ مرجعاً عربياً مهماً لفهم EMDR نظرياً، وتدعم التأطير النظري لدراستنا، لكن دراستنا تتجاوزها بالتطبيق الميداني الفعلي.

2-2. دراسة نادية بعبيع (2018)

العنوان	فاعلية تقنية EMDR في علاج الفوبيا المحددة لدى الطفل: دراسة حالة
الهدف	اختبار فعالية EMDR في علاج الفوبيا الناتجة عن صدمة لدى طفل.
المنهج	تجريبي (تصميم الحالة الواحدة).
العينة	طفل (10 سنوات) يعاني من فوبيا محددة.
الأدوات	مقياس الفوبيا المحددة للأطفال، الملاحظة العيادية، بروتوكول EMDR القياسي.
النتائج	اختفاء أعراض الخوف بعد 4 جلسات.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشابه مع دراستنا في اعتماد منهج الحالة المفردة وتطبيق بروتوكول EMDR القياسي.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تستهدف الراشدين المشخصين بـ PTSD الكامل، بينما تناولت بعبيع طفلاً بفوبيا محددة. الفجوة العمرية والتشخيصية جوهريّة إذ يختلف مسار الصدمة ومآلاتها لدى الراشد عن الطفل.
الفجوة البحثية	لم تتناول هذه الدراسة خصوصية PTSD لدى الراشدين في السياق الجزائري.
التعليق	تؤكد مرونة بروتوكول EMDR وقابليته للتكيف، مما يُلهم دراستنا في تكيفه مع الراشدين الجزائريين ذوي PTSD.

2-3. دراسة عطالله وبشارة (2018)

العنوان	فاعلية بروتوكول EMDR الجماعي في خفض أعراض PTSD لدى أطفال
---------	--

غزة	
الهدف	تطبيق بروتوكول EMDR الجماعي في بيئة صراع.
المنهج	شبه تجريبي (قياس قبلي وبعدي).
العينة	20 طفلاً من ضحايا الصدمات الحربية.
الأدوات	مقياس PCL-5، بروتوكول IGTP.
النتائج	انخفاض جوهري في أعراض الاقترام والتجنب.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتشابه مع دراستنا في تطبيق EMDR على ضحايا الصدمة في السياق العربي.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تتبنى الجلسات الفردية لا الجماعية، مما يتيح تخصيص البروتوكول لكل حالة. كما تستهدف دراستنا الراشدين لا الأطفال، والصدمة الفردية لا الجماعية الحربية.
الفجوة البحثية	البروتوكول الجماعي يُغفل الخصوصية الفردية ويُهمل آليات التغيير لدى كل مشارك.
التعقيب	تُثبت قدرة EMDR على الاشتغال في البيئات العربية المعقدة، لكن الانتقال من الأطفال إلى الراشدين ومن الجماعي إلى الفردي هو ما تُضيفه دراستنا.

2-4. دراسة نادية ببيع (2019)

العنوان	التكفل بحالة تعاني من اضطراب الهلع المصحوب برهاب الساحة باستخدام EMDR
الهدف	تطبيق EMDR في علاج اضطراب الهلع المصحوب برهاب الساحة.
المنهج	دراسة حالة إكلينيكية.
العينة	امرأة في العقد الثالث.
الأدوات	مقياس حدة الهلع، مقياس رهاب الساحة، مقابلة تشخيصية.
النتائج	بعد 8 جلسات استعادت المريضة قدرتها على الخروج وانخفضت الأفكار الكارثية.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشابه منهجياً مع دراستنا في اعتماد دراسة الحالة الإكلينيكية المفردة وتطبيق EMDR في السياق الجزائري.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تستهدف PTSD الكامل لا اضطراب الهلع، والفرق التشخيصي جوهري ويستدعي بروتوكولاً مختلفاً. كما تستهدف دراستنا حالتين بدلاً من واحدة مما يتيح مقارنة إكلينيكية.
الفجوة البحثية	لم تتطرق إلى آليات التغيير في أعراض PTSD الكامل لدى الراشدين الجزائريين.
التعقيب	قريبة منهجياً من دراستنا وتُغذيها بخبرة التطبيق السريري في السياق

الجزائري، مما يجعلها أكثر الدراسات العربية ارتباطاً بنهجنا.

2-5. دراسة خيرى ونجيب (2020)

العنوان	فاعلية EMDR مقابل الاسترخاء العضلي في إدارة الألم لدى مرضى آلام الظهر المزمنة
الهدف	تطبيق EMDR في إدارة الألم النفسي.
المنهج	تجريبي مقارنة.
العينة	30 مريضاً بآلام الظهر المزمنة.
الأدوات	مقياس VAS، استبيان العجز الوظيفي، بروتوكول EMDR للألم.
النتائج	EMDR أكثر فعالية من الاسترخاء في خفض إدراك الألم.
أوجه التشابه مع دراستنا	تُشارك مع دراستنا في توظيف EMDR ك تدخل نفسي وفي السياق العربي.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تُركّز على PTSD النفسي الخالص لا الألم العضوي، وتعتمد منهج الحالة المفردة لا الجماعية المقارنة. التشخيص المستهدف مختلف جوهرياً.
الفجوة البحثية	لا تُتيح نتائجها الجماعية فهم الخصوصية الفردية في معالجة الذكريات الصدمية وفق مراحل البروتوكول.
التعقيب	توسّع من مدى تطبيق EMDR لكنها تبقى بعيدة عن مجال دراستنا الأساسي. تُجسّد "الفجوة الجماعية/الفردية" التي تسعى دراستنا لسدّها.

2-6. دراسة مروة غازي (2020)

العنوان	فاعلية برنامج إرشادي قائم على تقنية EMDR لخفض أعراض الصدمة لدى النساء المعنفات
الهدف	تطبيق EMDR لخفض أعراض الصدمة لدى النساء المعنفات.
المنهج	شبه تجريبي.
العينة	نساء معنفات.
الأدوات	مقياس أعراض الصدمة للمرأة المعنفة، بروتوكول EMDR.
النتائج	انخفاض في أعراض الاستثارة والتجنب.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتشابه مع دراستنا في استهداف أعراض الصدمة (الاستثارة والتجنب) وتطبيق EMDR في السياق العربي.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا لا تقتصر على جنس بعينه ولا على نوع صدمة محدد، وتعتمد منهج الحالة المفردة الذي يُتيح عمقاً لا توفره الدراسة شبه التجريبية الجماعية.
الفجوة البحثية	لم تتعمق في رسم الخارطة الفردية للأعراض وتطورها جلسةً بجلسة.
التعقيب	تدعم مشروعية تطبيق EMDR على الصدمة في السياق العربي بصرف النظر عن نوعها، وهو توجه تُكمّله دراستنا بمنهج أكثر دقة.

2-7. دراسة إيمان صابر (2021)

العنوان	فاعلية تقنية EMDR في خفض الاحتراق النفسي وتحسين تقدير الذات لدى طالبات الجامعة
الهدف	تطبيق EMDR لتحسين تقدير الذات وخفض الاحتراق النفسي الأكاديمي.
المنهج	شبه تجريبي.
العينة	12 طالبة جامعية.
الأدوات	مقياس الاحتراق الأكاديمي، مقياس روزنبرغ للذات، بروتوكول المعتقدات

النتائج	تحسن في تقدير الذات وانخفاض القلق.
أوجه التشابه مع دراستنا	تُشارك مع دراستنا في تطبيق EMDR على صدمات الحياة اليومية ومعالجة المعتقدات السلبية.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تستهدف PTSD الكامل لدى الراشدين المشخصين رسمياً، بينما تناولت صابر الاحتراق الأكاديمي الذي لا يرقى إلى مستوى PTSD. التشخيص مختلف والبروتوكول المطلوب أكثر تعقيداً في حالتنا.
الفجوة البحثية	لا تُتيح التعميم على المصابين ب PTSD الكامل ذوي الأعراض الاقتحامية والتجنبيه الحادة.
التعقيب	توسّع تطبيقات EMDR خارج حدود الصدمة الكلاسيكية، مما يُثري الفهم النظري لدراستنا لكنها تبقى في مجال مختلف.

2-8. دراسة أسماء عبد العزيز (2021)

العنوان	فاعلية EMDR في خفض PTSD الناتج عن التتمر المدرسي لدى المراهقين
الهدف	تطبيق EMDR على مراهقين مشخصين ب PTSD نتيجة التتمر.
المنهج	شبه تجريبي (مجموعة واحدة قبلي/بعدي).
العينة	10 مراهقين ضحايا تتمر.
الأدوات	مقياس التتمر، مقياس القلق الاجتماعي، مقياس PTSD.
النتائج	تحسن في تقدير الذات وانخفاض القلق الاجتماعي.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتشابه مع دراستنا في استهداف مشخصين ب PTSD وتطبيق EMDR.
أوجه الاختلاف عن	دراستنا تستهدف الراشدين لا المراهقين، والفارق العمري مهم بيولوجياً وإكلينيكياً. كما يختلف مصدر الصدمة (تتمر مدرسي ≠ صدمات الراشدين

دراستنا	المتعددة). منهج الحالة المفردة في دراستنا يُتيح عمقاً أكبر.
الفجوة البحثية	لا تتناول خصوصية استجابة الراشدين العصبية والإدراكية للصدمة.
التعقيب	تُقرّب من دراستنا باستهداف PTSD الرسمي، لكن الفئة العمرية المختلفة تُبرز الحاجة إلى دراسة متخصصة بالراشدين كما تفعل دراستنا.

2-9. دراسة منصور ناصر (2021)

العنوان	دراسة مقارنة بين EMDR والعلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الهلع
الهدف	مقارنة فعالية EMDR بـ CBT في علاج اضطراب الهلع.
المنهج	شبه تجريبي مقارن.
العينة	20 مريضاً بالهلع.
الأدوات	بيك للقلق (BAI)، قائمة أعراض الهلع، بروتوكول EMDR القياسي.
النتائج	نتائج متقاربة لكن EMDR أسرع في التخلص من الأعراض الجسدية.
أوجه التشابه مع دراستنا	تُشارك مع دراستنا في توظيف EMDR القياسي .
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تستهدف PTSD لا الهلع، والفارق التشخيصي جوهري في مسار البروتوكول وتحديد الذكريات المستهدفة.
الفجوة البحثية	لا تُجيب عن كيفية عمل EMDR مع بنية PTSD المعقدة ذات المكونات الاقتحامية والتجنّبية والتخديرية.
التعقيب	تُضيف شاهداً عربياً على فعالية EMDR في اضطرابات القلق، وهو ما يُعزّز التأطير النظري لدراستنا.

2-10. دراسة خالد بن محمد (2022)

العنوان	واقع فاعلية تقنية EMDR في علاج اضطراب التكيف: مراجعة منهجية في السعودية
الهدف	مراجعة منهجية لفاعلية EMDR في برامج علاجية بالمملكة العربية السعودية.
المنهج	مراجعة منهجية.
العينة	10 برامج علاجية في مستشفيات الصحة النفسية.
الأدوات	استمارة تحليل المحتوى، سجلات عياديه.
النتائج	EMDR الأسرع في النتائج الإيجابية مقارنة بالعلاجات الكلامية التقليدية.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشابه مع دراستنا في الاهتمام بتطبيق EMDR في السياق العربي
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا ميدانية تطبيقية تتعمق في حالتين من PTSD، بينما ابتعد بن محمد عن التطبيق الإكلينيكي الفردي واكتفى بالمراجعة التوثيقية للبرامج المؤسسية.
الفجوة البحثية	لا تُقدّم بروتوكولاً تفصيلياً للممارس بل مجرد مراجعة للواقع التطبيقي.
التعقيب	تُعطي صورة عن الواقع العربي لتطبيق EMDR ، مما يُؤطر الحاجة إلى نماذج إكلينيكية مفصلة كما تُقدّمها دراستنا.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

1-1. دراسة شابيرو (Shapiro, 1989)

العنوان	Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder-Post
---------	--

الهدف	اختبار فعالية حركات العين الثنائية في خفض الكدر الانفعالي للذكريات الصدمية.
المنهج	تجريبي (مجموعة تجريبية وضابطة).
العينة	22 فرداً يعانون من ذكريات صدمية مزمنة.
الأدوات	مقياس SUD، تقييمات الأفكار السلبية، مؤشرات القلق.
النتائج	انخفاض دال إحصائياً في الكدر الانفعالي لدى المجموعة التجريبية بعد جلسة أو جلستين.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشارك مع دراستنا في تطبيق العلاج بـ EMDR في تخفيف الأعراض الصدمية، وتطبيق مقياس VOC و SUD كأداة قياس.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تستهدف فئة الراشدين المشخصين رسمياً بـ PTSD وفق DSM-5، بينما اقتصر شابيرو على 22 حالة بذكريات صدمية غير مشخصة بالضرورة. كما تعتمد دراستنا منهج الحالة المفردة (N=2) مما يتيح تتبع الآلية الفردية للتغير، خلافاً للمقارنة الجماعية عند شابيرو.
الفجوة البحثية	وضعت شابيرو الأساس التجريبي، لكنها لم تقدم بروتوكولاً إكلينيكياً مفصلاً للتطبيق الفردي مع الراشدين ذوي PTSD الكامل.
التعقيب	تُعدّ الدراسة المرجع التأسيسي لـ EMDR، وهي ركيزة نظرية محورية لدراستنا، غير أن البُعد بين البيئة الغربية والسياق الجزائري يستوجب إعادة اختبار الفعالية في بيئتنا المحلية.

العنوان	A Controlled Study of EMDR in the Treatment of PTSD Sexual Assault Victims –
الهدف	تقييم فعالية EMDR لدى النساء ضحايا الاعتداء الجنسي المصابات بـ PTSD.
المنهج	تجربة سريرية عشوائية (RCT).
العينة	18 امرأة تعرضن لاعتداء جنسي.
الأدوات	مقياس CAPS، بيك للاكتئاب، SCL-90.
النتائج	90% من المشاركات لم يستوفين معايير PTSD بعد العلاج، مع انخفاض ملحوظ في الاكتئاب والقلق.
أوجه التشابه مع دراستنا	تشابه مع دراستنا في التشخيص الرسمي بـ PTSD واستخدام EMDR بروتوكولاً علاجياً، وفي توظيف مقياس PCL-5 للقياس.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تشمل كلا الجنسين ولا تقتصر على نوع صدمة بعينه، كما تتبنى منهج الحالة المفردة بدلاً من التجربة الجماعية العشوائية، مما يتيح فهماً أعمق للديناميكية العلاجية لكل حالة.
الفجوة البحثية	لم يتعمق روتاوم في وصف آلية التغير الجلسة بجلسة ولا في تكييف البروتوكول وفق خصوصية كل حالة.
التعقيب	تُعزّز هذه الدراسة دراستنا من حيث تطبيق EMDR في PTSD الرسمي، لكن تخصيصها لفئة واحدة (ضحايا الاعتداء الجنسي) يجعلها أقل شمولاً من دراستنا التي تستهدف الراشدين بصرف النظر عن نوع الصدمة.

العنوان	مقارنة EMDR بأسلوب تدريب التحصين ضد الضغوط (SIT)
الهدف	المقارنة بين فعالية EMDR وأسلوب SIT في خفض أعراض PTSD.
المنهج	تجريبي مقارن.
العينة	مجموعتان من المصابين بـ PTSD.
الأدوات	مقاييس أعراض PTSD.
النتائج	كلا الأسلوبين فعال، لكن EMDR أظهر سرعة أكبر في تقليل الأعراض.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتقاطع مع دراستنا في استخدام EMDR لتخفيف أعراض PTSD.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا لا تُجري مقارنة مع أسلوب علاجي آخر، بل تركز على بناء بروتوكول قائم على EMDR وتجريبه في حالات فردية. كما أن منهج الحالة المفردة يسمح لنا بتتبع آليات التغيير لا مجرد إثبات التفوق.
الفجوة البحثية	لم تُوثق الدراسة التفاصيل الإجرائية للبروتوكول العلاجي ولا مدى مرونته في مواجهة صدمات متنوعة.
التعقيب	تشكّل مرجعاً مهماً يبرر تفضيل EMDR على أساليب أخرى، وهو ما يدعم اختيارنا في اعتماد بروتوكول قائم على EMDR كعلاج فاعل للصدمة.

العنوان	اختبار فعالية EMDR لدى اللاجئين
الهدف	اختبار فعالية EMDR عبر ثقافات مختلفة (اللاجئين).
المنهج	شبه تجريبي.
العينة	لاجئون مشخصون بـ PTSD.
الأدوات	مقاييس PTSD المعيارية.
النتائج	انخفاض دال إحصائياً في أعراض PTSD، وفعالية موثقة عبر ثقافات مختلفة.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتفق مع دراستنا في اهتمامها في علاج PTSD بـ EMDR في سياقات ثقافية غير غربية.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تجري في السياق الجزائري مع راشدين من البيئة المحلية، بينما ركزت هذه الدراسة على اللاجئين. كما يتميز منهجنا بالتعمق في حالتين بعينهما بدلاً من الدراسة الجماعية.
الفجوة البحثية	لم تقدّم بروتوكولاً إكلينيكياً مفصلاً قابلاً للتطبيق في السياق العربي أو الجزائري تحديداً.
التعليق	تدعم مشروعية تطبيق EMDR في ثقافات غير غربية، مما يُشجّع على تجربته في البيئة الجزائرية كما تفعل دراستنا.

1-5. دراسة فان دير كولك وآخرون (Van der Kolk et al., 2007)

العنوان	Fluoxetine, and EMDR .A Randomized Clinical Trial of Pill Placebo in the Treatment of PTSD
الهدف	مقارنة فعالية EMDR بالعلاج الدوائي (Fluoxetine) والبلاسيبو.

المنهج	تجربة سريرية عشوائية (RCT).
العينة	88 مريضاً بـ PTSD.
الأدوات	CAPS، المقابلة الإكلينيكية المنظمة، مقاييس الاكتئاب والقلق.
النتائج	EMDR يتفوق على الدواء في الاستمرارية طويلة المدى، والتحسين يظل بعد 6 أشهر.
أوجه التشابه مع دراستنا	تتشابه مع دراستنا في استهداف PTSD وتوظيف EMDR .
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا لا تُقارن بالعلاج الدوائي، وتُركّز بدلاً من ذلك على التوثيق الإكلينيكي الدقيق لمسار الشفاء الفردي. كما أن عينتنا الصغيرة (N=2) مقصودة لإتاحة عمق التحليل.
الفجوة البحثية	استعمال التحليل الإحصائي الشامل بدل التحليل الإكلينيكي الدقيق، لم تنتبج الدراسة آليات التغيّر الجلسة بجلسة ولا الاختلافات الفردية في الاستجابة.
التعقيب	مرجع أساسي يُثبت تفوق EMDR على الدواء، مما يدعم دراستنا العلاجية النفسية البحتة دون اللجوء إلى الدواء.

1-6. دراسة هوغبرغ وزملاؤه للمتابعة (Högberg et al., 2007)

العنوان	-Treatment of PTSD with EMDR: Outcome is stable in 35 up-month follow
---------	---

الهدف	تقييم استدامة نتائج EMDR على المدى البعيد (35 شهراً).
المنهج	شبه تجريبي بقياسات قبلية وبعدية وتتبعية طويلة المدى.
العينة	مصابون ب PTSD متابعون لمدة 35 شهراً.
الأدوات	SR-PSS، مقاييس الاكتئاب والقلق.
النتائج	التحسن مستقر بعد 3 سنوات تقريباً.
أوجه التشابه مع دراستنا	توظيف EMDR واستهداف PTSD.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا لا تشمل قياساً تتبعياً طويل المدى بحكم طبيعتها كرسالة ماستر، غير أنها تبني خارطة التغير عبر الجلسات بدقة.
الفجوة البحثية	لم توضّح الدراسة كيفية حدوث الاستدامة ولا العوامل الفردية المؤثرة فيها.
التعقيب	تُلقى هذه الدراسة الضوء على ميزة مهمة في معظم الدراسات العربية وهي الاستدامة.

7-1. دراسة ماركو وزملاؤه (Marco et al., 2013)

العنوان	The impact of eye movements on disturbing memories involving PTSD
---------	---

الهدف	فحص "فرضية ذاكرة العمل" لتفسير آلية عمل حركات العين في EMDR.
المنهج	تجريبي (دراسة تفكيك المكونات).
العينة	مشاركون يعانون من ذكريات صدمية.
الأدوات	حركات العين، أصوات التحفيز الثنائي، مقاييس SUD.
النتائج	حركات العين ترهق ذاكرة العمل مما يفقد الذاكرة الصدمية شحنتها الانفعالية.
أوجه التشابه مع دراستنا	توفر الأساس النظري الذي تستند إليه دراستنا في تفسير آلية عمل البروتوكول.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا تطبيقية سريرية وليست تجريبية تفكيكية، إذ تهتم بالممارسة لا بالتفسير المعرفي المعزول.
الفجوة البحثية	لم تتحقق من تأثير هذه الآلية في السياق الإكلينيكي الكامل مع مرضى PTSD في بيئات مختلفة.
التعقيب	تُضيف هذه الدراسة عمقاً نظرياً لدراستنا في تفسير لماذا يعمل البروتوكول، وهو ما يُعزّز المتانة العلمية لإطارنا النظري.

8-1. دراسة تشين وزملاؤه (Chen et al., 2014)

العنوان	Analysis of RCTs–Efficacy of EMDR for PTSD: A Meta
الهدف	مراجعة شاملة وتحليل إحصائي لنتائج 22 تجربة عشوائية محكمة.

المنهج	تحليل بعدي (Analysis-Meta).
العينة	نتائج 22 تجربة عشوائية محكمة.
الأدوات	أدوات التحليل الإحصائي للدراسات.
النتائج	EMDR يتفوق على العلاج الداعم والعلاجات غير المتخصصة في خفض PTSD والاكتئاب والقلق.
أوجه التشابه مع دراستنا	استهداف PTSD باستخدام EMDR.
أوجه الاختلاف عن دراستنا	دراستنا ميدانية تطبيقية لا مراجعة ببيولوجرافية. التحليل البعدي يُخفي التباين الفردي الذي تُبرزه دراسة الحالة المفردة.
الفجوة البحثية	التحليل البعدي لا يقدم دليلاً على كيفية تكييف البروتوكول مع خصوصية كل حالة.
التعقيب	يُثبت هذا التحليل الشامل الأساس العلمي التجريبي ل EMDR بعد 22 تجربة عشوائية على حالات PTSD، مما يعزز اختيارنا لهذه لدراسة .

ثانياً: تقييم الدراسات الجزائرية

- دراسة نبيلة عتيق (2012 - 2013) - البليدة، الجزائر

العنوان	واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بالجزائر
---------	---

<p>الهدف</p> <p>التعريف بتقنية EMDR وأساسها النظري، وكيفية تطبيقها ومدى فعاليتها في علاج PTSD في السياق الجزائري، مع الكشف عن مدى اعتراف الجزائر بالتقنية واعتمادها في العيادات النفسية.</p>	
<p>المنهج</p> <p>المنهج الوصفي (دراسة ميدانية).</p>	
<p>العينة</p> <p>عيادات ومختصون نفسيون بالبلدية - الجزائر.</p>	
<p>الأدوات</p> <p>مقابلة، ملاحظة عيادية، تحليل وثائقي.</p>	
<p>النتائج</p> <p>اعتراف الجزائر بتقنية EMDR واعتمادها في العيادات النفسية؛ إثبات فعاليتها في علاج أعراض PTSD في السياق الجزائري.</p>	
<p>أوجه التشابه مع دراستنا</p> <p>تتشابه مع دراستنا تشابهاً جوهرياً من حيث: (1) السياق الجغرافي والثقافي الجزائري، (2) استهداف اضطراب PTSD بالتحديد، (3) تطبيق EMDR في بيئة عيادية جزائرية، (4) الاهتمام بواقع التطبيق المحلي للعلاج.</p>	
<p>أوجه الاختلاف عن دراستنا</p> <p>اعتمدت عتيق المنهج الوصفي الاستكشافي لرصد الواقع التطبيقي ل EMDR في الجزائر عموماً، بينما تتبنى دراستنا منهج الحالة المفردة (N=2) لتطبيق بروتوكول قائم على EMDR المنظم وتوثيق آلية التغيير الجلسية الدقيقة. كما أن دراستنا تستهدف تطبيقاً فعلياً على حالتين لا مجرد رصد واقع.</p>	
<p>الفجوة البحثية</p> <p>رصدت عتيق الواقع التطبيقي ل EMDR في الجزائر لكنها لم تُقدّم بروتوكولاً علاجياً مفصلاً مع حالات موثقة من الراشدين الجزائريين المشخصين رسمياً بـ</p>	

PTSD وفق DSM.	
<p>التعقيب</p> <p>تُعدّ هذه الدراسة الأقرب جغرافياً وثقافياً لدراستنا، وتُثبت أن التربة الجزائرية قابلة لتطبيق EMDR. وعليه فإن دراستنا تكمل ما بدأته عتيق بالانتقال من "رصد الواقع" إلى "التطبيق الإكلينيكي المنظم الموثق".</p>	

2- دراسة ناجي ياسمين (2014 - 2015) - جامعة محمد خيضر، بسكرة

العنوان	مساهمة تقنية EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية
الهدف	توضيح مساهمة تقنية EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية وتفوقها على العلاجات السابقة، والكشف عن ممارستها في العيادة الجزائرية.
المنهج	المنهج العيادي - دراسة حالة، مع اختبار دافيدسون للكشف عن PTSD وتطبيق بروتوكول EMDR.
العينة	حالات تعاني من صدمة نفسية، بجامعة بسكرة.
الأدوات	المقابلة العيادية، الملاحظة، اختبار دافيدسون للكشف عن PTSD، بروتوكول EMDR.
النتائج	مساهمة فعّالة لتقنية EMDR في تخفيف حدة الصدمات النفسية وتفوقها على العلاجات التقليدية في السياق الجزائري.
أوجه التشابه	تتشابه مع دراستنا في: (1) السياق الجزائري، (2) المنهج العيادي (دراسة

مع دراستنا	حالة)، (3) توظيف بروتوكول EMDR فعلياً، (4) استخدام أدوات تشخيصية ل PTSD
أوجه الاختلاف عن دراستنا	تستهدف دراستنا راشدين مشخصين رسمياً ب PTSD الكامل وفق 5-DSM بأعراضه الأربع (الاقترام، التجنب، التغيرات المعرفية، فرط الاستثارة)، مع تقييم قبلي-بعدي بمقياس 5-PCL. كما أن دراستنا تتبنى حالتين (N=2) مما يتيح مقارنة إكلينيكية، وترسم خارطة تفصيلية لمسار التغيير جلسةً بجلسة.
الفجوة البحثية	لم تُحدد الباحثة التشخيص وفق 5-DSM الحديث، ولم تستخدم مقاييس معيارية دولية ك 5-PCL، ولم تُوثق آلية التغيير الجلسية بشكل منهجي.
التعقيب	تُعدّ هذه الدراسة سابقة جزائرية محلية ذات قيمة كبيرة ومرجعاً مباشراً لدراستنا، إذ تُثبت إمكانية تطبيق EMDR عيادياً في الجامعات والعيادات الجزائرية. وتأتي دراستنا لتطوير هذا المسار بمنهجية أكثر دقة ومعايير تشخيصية أحدث وأدوات قياس أكثر موضوعية.

المسح النقدي للدراسات السابقة

كشف تحليل الأدبيات الأجنبية والعربية التي تطرقنا إليها عن مسارات تطويرية متباينة للعلاج ب-EMDR : حيث بدأت الدراسات بتركيز ضيق على الذكريات الصدمية (Shapiro, 1989) ، ثم توسعت لتشمل الصدمات المعقدة كضحايا الاعتداء الجنسي (Rothbaum, 1997) كما حسمت الأبحاث الأجنبية الجدل حول "ديمومة الأثر"؛ حيث أثبتت دراسة (Högberg et al., 2007) استمرار النتائج لمدة 35 شهراً، وقدمت دراسة (Marco et al., 2013) الأساس العلمي لآلية التغيير عبر "فرضية ذاكرة العمل".

فيما برزت المحاولات العربية جادة لتطويق الأزمات، كدراسة (عطا الله وبشارة، 2018) في غزة، وتوسعت الأدبيات لتشمل الجوانب السيكوسوماتية كما في دراسة (خيري ونجيب، 2020) بمصر حول الألم العضوي المزمن، مع استهداف فئات نوعية كطالبات الجامعة والمراهقين (صابر، 2021؛ عبد العزيز، 2021).

وعلى الرغم من هذا الزخم البحثي، إلا أن هذا المسح كشف عن أربع فجوات جوهرية: **فجوة المنهج**: سيطرة المنهج التجريبي الجماعي الذي يعتمد على "المتوسطات الإحصائية"، مما أدى إلى غياب "الخصوصية الديناميكية" للفرد **فجوة الفئة**: ركزت الدراسات العربية على الأطفال والمراهقين أو فئات غير سريرية، مع غياب شبه تام للراشدين المشخصين رسمياً بـ PTSD الكامل وفق DSM-5 أو CIM11 **فجوة السياق**: ندرة الدراسات التي توثق تطبيق بروتوكول EMDR بشكل منهجي في البيئة العربية، والتي تتسم بخصوصية ثقافية وديناميات صدمية مغايرة للسياقات الأخرى. **فجوة الآلية**: الاكتفاء بتوثيق "انخفاض الأعراض" (النتيجة الكلية) دون رسم خارطة إكلينيكية توضح "كيف" و"متى" يحدث التغيير جلسة بجلسة (Mechanism of Change). ومن خلال هاته الفجوات تأتي هذه الدراسة لتخرج من حيز "إثبات الفاعلية" التقليدي إلى حيز "بناء وتجريب البروتوكول القياسي ضمن بروتوكول عام مقترح" بعمق إكلينيكي، وتحدد قيمتها المضافة في:

1. **تبني منهج الحالة المفردة (2=N):** للابتعاد عن القوالب الجماعية الجاهزة، وتقديم تتبع دقيق لاستجابة الجهاز العصبي للتحفيز الثنائي في ظل المتغيرات الحياتية المعقدة للراشدين.
2. **سد فجوة التفاصيل الإكلينيكية:** من خلال رصد آلية التغير لحظة بلحظة، ومنح الممارس العربي والجزائري خصوصاً "نموذجاً تطبيقياً" يوضح مسارات التشافي الفردية.
3. **توطين السياق:** تطبيق البروتوكول المقترح القائم على EMDR، على حالات من البيئة المحلية مشخصة وفق معايير الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5-TR)، مما يثري الأرشيف البحثي المحلي بمادة إكلينيكية نوعية.

الفصل الثاني

الصدمة النفسية وإضطراب ما بعد الصدمة

تمهيد

1- مفهوم الصدمة

2- الصدمة النفسية

1-2 تعريف الصدمة النفسية

2-2 المفاهيم المتداخلة مع الصدمة النفسية

3-2 أنواع الصدمة النفسية

3- اضطراب ما بعد الصدمة PTSD

1-3 تعريف اضطراب ما بعد الصدمة PTSD

2-3 التعريف الاجرائي ل PTSD

3-3 أعراض اضطراب ما بعد الصدمة PTSD

4-3 معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة PTSD

5-3 النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة

6-3 الاستراتيجيات العلاجية لاضطراب PTSD

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد مفهوم الصدمة النفسية من أكثر المفاهيم تعقيداً في الأدبيات السيكلوجية، نظراً لارتباطه المباشر بسلامة البناء النفسي للفرد وتوازنه الانفعالي. فالحياة الإنسانية لا تخلو من أحداث ضاغطة، إلا أن الحدث الصدمي يتميز بكونه تجربة عنيفة تقتحم الجهاز النفسي وتتجاوز آليات الدفاع المعتادة، مخلفة وراءها تصدعاً في الشعور بالأمان.

يسعى هذا الفصل إلى تسليط الضوء على ماهية الصدمة النفسية من خلال تتبع جذورها اللغوية والاصطلاحية، والتمييز بينها وبين المفاهيم المتداخلة معها كالضغط النفسي والشدة الحادة.

كما يتناول الفصل بالتحليل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) كاستجابة مرضية مستمرة، مستعرضاً معايير التشخيصية وفق أحدث الأدلة العالمية (DSM-5, 2013)، والنظريات المفسرة له، وصولاً إلى الاستراتيجيات العلاجية الحديثة التي تدمج بين الجانبين المعرفي والجسدي لاستعادة التوازن المفقود.

1-الصدمة النفسية:

1-1. مفهوم الصدمة

يعود استعمال مفهوم الصدمة (Trauma) في الأصل إلى الطب والجراحة، حيث كان يدل على الجرح أو الإصابة الجسدية، ثم نُقل لاحقًا إلى ميدان الطب العقلي لوصف الإصابات النفسية.

كما يعرفها (Sillamy 1999) على أنها «رضة عنيفة تؤدي إلى تحريض اضطرابات جسدية ونفسية»، ويراها إصابة وتصدعًا داخل الكائن الحي ناتجًا عن التعرض لعامل خارجي.(أ.شريعة ومحمد الصغير، 2018، ص355)

1-2. تعريف الصدمة النفسية

1-2-1 - لغة:

تعنى باليونانية جرح أو يجرح وهو مصطلح عام يشير إما Trumata وجمعها صدمات Truman وفي اللغات الأوربية تعنى كلمة صدمة اصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف (أحمد عبد الخالق، 2006، ص 73).

1-2-2 - اصطلاحا

تُعرّف الصدمة النفسية في القاموس الطبي على أنها اضطراب ناتج عن مثير معين، وُصفت بطابعها الطارئ، فهي استجابة من الفرد تجاه الوضعيات الطارئة، حيث جاء فيه أن «الصدمة هي مجموعة من الاضطرابات النفسية أو النفس-جسدية الناتجة عن عامل مفاجئ خارجي يثير الشخص المصاب». وتُعرف الصدمة كذلك على أنها حادث مؤسف أو مرهق، واقع خارج مجال الخبرة الإنسانية المعتادة، يتضمن إرهابًا استثنائيًا، وقد تستمر لفترة قصيرة أو تطول، ويمكن أن تحدث مرة واحدة أو تتكرر، وما يميزها وجود خطر أو تهديد حاد للحياة أو لصحة الشخص نفسه أو للآخرين من حوله (بدر، 2016، ص 12).

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)الصدمة النفسية على أنها ردود الفعل النفسية الناتجة عن التعرض لحوادث مرعبة كالحروب والكوارث، حيث تتباين هذه الردود من أعراض

اعتيادية يمكن أن تصيب كل من يتعرض للحوادث، إلى أعراض أشد تأخذ شكل اضطراب أو مرض نفسي (شريف وبن موسى، 2021، ص 328).

وقد أدرجت الجمعية الأمريكية للطب النفسي مفهوم الصدمة النفسية ضمن اضطرابات الضغط، حيث ميّزت بين حالة الضغط الحاد (État de stress aigu)، وهي مجموعة من الاضطرابات التي تستمر من يومين إلى شهر واحد بعد وقوع الحدث الصدمي، وتتلخص أعراضها في الشعور بالفتور والخمول، وضعف الوعي، واضطراب الإحساس بالجسم والأشياء (DSM-IV، 1994، ص 212).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية فيعرّف الصدمة النفسية بأنها «معايشة الفرد أو مشاهدته أو مواجهته لحدث يتضمن موتاً فعلياً أو تهديداً بالموت أو أذىً جسدياً خطيراً، أو تهديداً لسلامة الشخص نفسه أو الآخرين، ويكون مصحوباً برد فعل فوري يتمثل في الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب». (DSM-5) ويؤكد هذا التعريف على أن الحدث الصدمي يتسم بالعنف والمباغلة، ويخلف آثاراً نفسية واضحة قد تمتد في الزمن، وتؤثر على التوازن النفسي والانفعالي للفرد.

ويرى عدد من الباحثين في علم النفس والتحليل النفسي أن الصدمة النفسية تعبّر عن كل خرج نفسي أو جسدي شديد يُصيب الفرد نتيجة قوى خارجية، أو يترك آثاراً عميقة ومتواصلة على الصحة النفسية. (Davison, 1998, p.146).

ويعرّفها Pierron على أنها فعل عنيف متغير بطريقة مستمرة، تصبح معه شخصية الفرد المصدوم أكثر حساسية تجاه الانفعالات المشابهة للصدمة (Pierron H., 1979، ص 462). كما يرى بيار مارتى أن الصدمة النفسية هي الصدى النفسي والعاطفي الذي يظهر أثره على الفرد، وينتج عن وضعية ممتدة أو عن حدث خارجي يعطل التنظيم النفسي، خاصة إذا مس أكثر البنى النفسية تطوراً (منصوري وجلطي، 2022، ص 277).

وتعرّفها المنظمة العالمية للصحة ضمن التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) على أنها «الاستجابة المؤقتة أو الدائمة لوضعية أو حدث مجهد، قصير أو طويل المدة، ذي طبيعة مهدّدة أو كارثية، ينتج عنه أعراض واضحة كالقلق واليأس لدى غالبية الأفراد» (CIM-10، 1996، ص 210).

أما Lebigot فيرى أن الصدمة النفسية هي مواجهة مع واقع الموت، في مواجهة العدم، تجعل الفرد المصدوم مسؤولاً عن تشكيل صورة صدمية للحدث (Lebigot F., 2005). وفي مجال الطب العقلي، تنحصر الصدمة النفسية في كل تجربة صدمية ذات أثر نفسي متواصل أو ذات فعالية قوية جداً (Khiati M., 2002, p.58). كما تُفهم في علم النفس على أنها ظاهرة اختراق النفس عن طريق مؤثرات خارجية عنيفة، تعمل على خلق تغيرات في مكونات الشخصية والعلاقات العاطفية (Miloud O., 1999، ص 81).

1-2-3. التعريف الاجرائي

تُعرّف الصدمة النفسية إجرائيًا في هذه الدراسة بأنها الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (PCL-5)، والتي تعكس شدة الأعراض الصدمية المتمثلة في: إعادة معايشة الحدث الصدمي، التجنب، التغيرات السلبية في الأفكار والمزاج، وفطر الاستثارة، وذلك نتيجة تعرضه لحدث صادم يهدد سلامته الجسدية أو النفسية، وتُقاس هذه الأعراض كمّيًا وفق مجموع الدرجات المتحصل عليها في المقياس.

1-3-3. المفاهيم التي تتداخل مع الصدمة

1-3-1. الحدث الصدمي Evènement traumatique

هو وضعية غير معتادة فريدة تتجاوز كل التجارب المألوفة بالنسبة للفرد، يحس فيها بالرعب وعدم القدرة والعجز والخوف الشديد، وهو يحمل معنى اللقاء الحقيقي مع الموت، ويتميز بالشدة، والقوة، يكون إما فردياً أو جماعياً، لكن معاشه يكون فردي، وفردي فقط (بلحاج و شرفي، 2018، ص 354).

1-3-2. العصاب الصدمي Névrose traumatique

يُعرّف العُصاب على أنّه مرض لا يقوم على سبب تشريحي معروف، كما يُعدّ مرضاً وظيفياً لا يرافقه ضرر عضوي. ففي بعض الحالات، مثل العُصاب المتعلّق بالقلب، يؤكد الطبيب سلامة القلب عضوياً، ويُرجع الأعراض إلى حالة عصبية بحتة. (داكو ترجمة إسكندر و بيثون، 2008، ص6).

1-3-3. اجهاد ما بعد الصدمة (PTSD) état de stress post traumatique

الشدة النفسية بعد الصدمة بإحياء الخبرة الصدمية المؤلمة.

1-3-4. الضغط النفسي (Stress)

حالة من التوتر الشديد نتيجة عوامل ضاغطة سواء المتغيرات بيئية كالوفاة او عوامل داخلية كالصراع النفسي (ناجي ياسمينه ، 2015، ص 17)

1-4. أنواع الصدمة النفسية

1-4-1 الصدمات الأساسية: يتصل هذا النوع من الصدمات بالخبرات التي يعيشها الفرد أو الخبرات الشاذة عن المألوف ويتعرض لها الفرد خلال نموه وهذه الخبرات تكون لها آثار نفسية شديدة، وأهم صدمتين يصادفهما الإنسان في مراحل نموه هما صدمة الميلاد وصدمة البلوغ.

1-4-2. صدمة الميلاد: تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الفرد والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد، ويرى فرويد أن هذه الفترة تبقى ليس لها تاريخ على النمو الشخصي لأن الجهاز النفسي لم يتكون بعد.

1-4-3. صدمة البلوغ: إن البلوغ هو مجموعة التحولات النفسية والبيولوجية المرتبطة بالنضج الجنسي، ويمثل الانتقال من مرحلة الطفولة في مرحلة الرشد، والبلوغ مرحلة محتملة لكل فرد يمر بها خلال نموه ولهذا تعتبر الصدمة أزمة نفسية.

ويذهب بعض العلماء إلى القول أن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أكثر فالمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويشعر بالمشاعر لم تكن له من قبل ويأتي بتصرفات يحس على إثرها أنه مختلف تماما وربما تكون هذه المرحلة من نموه استجابات لها تأثيرات هائلة نفسية وتضل معه بقية العمر، ويرى فرويد أن فترة البلوغ تناسب إحياءات لإثارة داخلية كانت مكبوتة في اللاشعور والتي من الممكن أن تؤدي إلى عصابات.

1_4_4. صدمات الحياة : وتتمثل في كل التجارب التي مر بها الفرد في حياته، وما ينتج منها من أذى بالغ في نفسيته ومن خلال التعريف يمكن تحديد الأنواع التالية :

1-4-5. صدمة الطفولة في هذه الصدمة يقول فرويد كل الأمراض النفسية منشأها صدمات الطفولة فكل ما يحدث للطفل في الطفولة قد يتطور عنه عصاباً صدمياً أو عصبية نفسية قد تكون أحياناً مؤلمة تخص الفرد ذاته كالاعتداءات الجنسية الموت المفاجيء لأحد الأقارب .

1-4-6- الصدمات الناتجة عن كوارث إنسانية أو طبيعية: إن الحوادث المسببة للصدمة في هذا النوع قد تكون انفجار، قنابل، مدافع ديناميت.

1-4-7. الصدمات الناتجة عن فقدان شخص عزيز: قد تنجم الصدمة من سماع خبر فقدان أحد الأشخاص كالأهل والأقارب أو الأصدقاء مما يؤثر سلباً على نفسية الفرد. (فرج عبد القادر، 1993، ص58). مناطق الصراعات والحروب والاحتلال، وعادة ما يصاب الشخص الذي يتعرض لمثل هذه الأحداث بالتباعد الاجتماعي بمعنى إنكار الحدث كأحد استراتيجيات التأقلم ضد هذا الخطر المستمر والتكيف مع هذا الحدث أمر طبيعي لأن الإنسان يكتسب الخبرة من خلال التجارب الحياتية والمواقف المختلفة.

1-4-8. الصدمة المفردة (غير المتكررة): وهي عبارة عن حدث صادم واحد في حياة الإنسان غير المتوقع والسريع والخطير والذي يترك آثار سيئة وتبقى ذكريات هذا الحدث لفترة زمنية طويلة ويستطيع الشخص استرجاع هذه الذكريات والصور لهذا الحدث الصادم حتى بعد عدة سنوات. ويرى الباحث أن عملية النزوح وما ترتب عليها من مفارقة لمقر السكن والمدارس والبيئة التي كان يعيش فيها الطالب عموماً من النوع الثاني من أنواع الخبرات الصادمة، حيث أن هذا الحدث الصادم حصل لمرة واحدة وغير متوقع وسريع.

1-4-9. الصدمة المركبة (المتكررة): وهي نوع من الأحداث الصادمة التي تحدث بشكل مستمر في حياة الشخص أو التعرض لصدمة متعددة (غالباً ما تكون في مرحلة الطفولة) بدلاً من التعرض لحادث صدمي واحد. (ثابت، 2012)

2. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

2-1- تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

عرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5-TR) اضطراب نفسي، يتطور لدى بعض الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم مهدد للحياة أو السلامة الجسدية، وقد

صنفه الدليل وفقاً لذلك ضمن فئة "الإضطرابات المرتبطة بالصدمة والمجهدات" (Trauma-and Stressor-Related Disorders). مخرجاً إياه من إضطرابات القلق الكلاسيكية. (DSM-5-TR, 271)

ويأخذ المعجم الطب النفسي (2008) مصطلح اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على أنه مجموعة من الحوادث الشديدة على النفس مثل كارثة طبيعية أو حرب أو حادث مرعب (ثابتي، 2020، ص 100).

وحسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA)، أي شخص تعرض لحادث صدمي شديد يمكن أن يطور أعراض الضغط الصدمي، ففي الشهر الأول يسمى اضطراب الضغط الحاد (ASD)، وينطوي على أعراض التفكك التي تضر بعد التعرض الصدمي، بالإضافة إلى أعراض إعادة معايشة الحدث الصادم بصفة اقتحامية، وأعراض التجنب، وأعراض فرط الاستثارة. استمرار هذه الاستجابات الفورية لأكثر من شهر وظهور علامات إضافية يسمح بتشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وهو اضطراب نفسي قد يحدث للأشخاص الذين عانوا أو شهدوا حدثاً مؤلماً مثل كارثة طبيعية أو حادث خطير، أو الذين تعرضوا للتهديد بالقتل أو العنف الجنسي أو الإصابة الخطيرة (طاجين وبوشيشة، 2022، ص 138).

كما يمكن تمييز نوعان من اضطراب ضغوط مبدع الصدمة بسيط ومعقد ويعرف هذا الأخير كما يلي :

2-2. اضطراب ما بعد الصدمة المعقد (Complex PTSD — C-PTSD) :مميز

التصنيف الدولي للأمراض في إصداره الحادي عشر (ICD-11, WHO, 2019) بين نوعين من الاستجابة الصدمية PTSD: الكلاسيكي الذي يُعبر عنه بأعراض الاقتحام والتجنب وفرط الاستثارة، وصنف موسّع يُعرف بـ (Complex PTSD (C-PTSD أو PTSD المعقد، يشترط توافر الأعراض الثلاثة الأساسية لـ PTSD مضافاً إليها ثلاثة أبعاد إضافية تمسّ بنية الشخصية الجوهرية :أولاً — اضطراب تنظيم الوجدان :صعوبة بالغة في ضبط الانفعالات والمشاعر الشديدة، كنبوات الغضب غير المتناسب أو التخدر الانفعالي المزمن .ثانياً — التشوّه المزمن في الهوية والمفهوم الذاتي :معتقدات سلبية راسخة عن الذات" أنا بلا قيمة"، أنا عبء"، وشعور عميق بالخجل أو الذنب المرتبطين بالصدمة لا بالحدث .ثالثاً — اضطراب

في العلاقات الحميمة: صعوبة في بناء علاقات آمنة ومستقرة، والميل إلى إدراك الآخرين تهديداً محتملاً. يُلاحظ أن (APA, 2022) DSM-5-TR لا يُدرج C-PTSD تصنيفاً مستقلاً، بل يُدمجه ضمن تشخيص PTSD مع تحديد الأعراض الإضافية. وعليه، فإن توظيف مصطلح C-PTSD في هذه الدراسة هو توصيف وصفي إكلينيكي مستند إلى ICD-11 وأدبيات Van der Kolk et al. (2005)، في حين يبقى التشخيص الرسمي المُعتمد في البروتوكول العلاجي قائماً على معايير (APA, 2022) DSM-5-TR. تُعدّ الصدمات الطفولية المزمنة الناتجة عن إساءة أسرية، أو إهمال مستمر، أو صدمات تعلق مبكرة المصدر الأكثر شيوعاً لـ C-PTSD، نظراً لوقوعها في مرحلة لم تكتمل فيها بنية الأنا وأنظمة التنظيم الانفعالي (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005).

إن ما يحمله الحدث الصدمي من تدفق المثيرات العنيفة والعدائية قد يتسبب للفرد بصدمة نفسية، محدثاً اجتياحاً لجهازه النفسي، فتضعف قدراته الدفاعية على خفض التوتر، وتهز طريقة توظيفه العقلي والنفسي، لما يتميز به الحدث من إفراط في الاستثارة والانفعال، مما يؤدي إلى إخلال أساسي بالنمط الوظيفي ويجد الشخص نفسه أمام اضطراب نفسي حقيقي خلفته تلك الصدمة النفسية (رجال وفتح، 2021، ص 629).

2-3. تعريف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

هو اضطراب نفسي يُقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص على مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مثل مقياس (PCL-5) بعد تعرضه لحدث صدمي مهّد للحياة أو السلامة الجسدية، حيث تتمثل أعراضه في الاسترجاع القسري للحدث الصدمي، والتجنب المستمر للمثيرات المرتبطة به، والمتغيرات السلبية في الأفكار والمزاج، وحالة الاستثارة واليقظة المفرطة، وذلك خلال مدة زمنية لا تقل عن شهر، ويُعد المفحوص مصاباً بالاضطراب إذا تجاوزت درجته الحدّ القطعي المعتمد في المقياس المستخدم.

2-4. الأعراض العامة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

تنقسم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة إلى أربع فئات رئيسية:

2-4-1. التطفل: ويشمل الأفكار الدخيلة مثل الذكريات المتكررة واللاإرادية، والأحلام المؤلمة، أو استرجاع الأحداث الصادمة.

قد تكون ذكريات الماضي حية لدرجة أن الأشخاص يشعرون أنهم يعيدون عيش التجربة الصادمة أو يرونها أمام أعينهم (الزهراني، 2021، ص 162-163).

2-4-2. التجنب: قد يشمل تجنب التفكير بالحدث الصادم، مثل الأشخاص، الأماكن، الأنشطة، الأشياء، أو المواقف التي قد تثير ذكريات مؤلمة. يحاول الأشخاص تجنب التفكير في الحدث أو التحدث عنه، ويظهر هذا التجنب في ثلاثة أشكال على الأقل: بذل الجهود لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة، تجنب الأنشطة والوضعيات التي توقظ ذكريات الصدمة، وعدم القدرة على تذكر الجوانب المهمة من الحدث (عواجه، 2016، ص 16).

2-4-3. التغييرات في الإدراك والمزاج: تشمل عدم القدرة على تذكر الجوانب المهمة للحدث الصادم، والأفكار والمشاعر السلبية المستمرة مثل "أنا سيء" أو "لا يمكن الوثوق بأحد". وتشمل أيضًا مشاعر الخوف المستمر، الرعب، الغضب، الذنب أو العار، وانخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كانت ممتعة سابقًا، والشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين، وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية

2-4-4. التغييرات في الاستثارة ورد الفعل: تشمل الانفعال ونوبات الغضب، التصرف بتهور أو التدمير الذاتي، الانتباه المفرط للمحيط بطريقة مشبوهة، الاستجابة السريعة للمثيرات، مشاكل في التركيز والنوم، وزيادة الاستثارة بشكل دائم (الزهراني، 2021، ص 162-163).

2-4-5. تغيرات في الشخصية: ضعف التفاعل الاجتماعي، انخفاض الثقة بالآخرين، السلوك العدواني، العزلة، وفقدان المبادرة والمشاركة في الأنشطة الهامة.

2-5. معايير وأعراض تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حسب (DSM-5)

Posttraumatic Stress Disorder(F43.10)

بناءً على الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، فهذه الأعراض والمعايير الكاملة لتشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD):

- معيار A: التعرض لصدمة (مطلوب واحد على الأقل)

- التعرض لموت فعلي أو خطر الموت أو إصابة خطيرة أو عنف جنسي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة:
- التعرض المباشر: خبرة الحدث الصادم بنفسك.
- المشاهدة المباشرة: رؤية الحدث يحدث لشخص آخر بشكل شخصي.

- المعرفة غير المباشرة: معرفة أن حدثاً صادماً وقع لأحد أفراد العائلة المقربين أو الأصدقاء المقربين (في حالة الوفاة، يجب أن تكون عنيفة أو عرضية).
- التعرض المهني: التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل مثيرة للاشمئزاز عن الصدمة (مثل عمال الإنقاذ أو رجال الشرطة)، باستثناء التعرض عبر وسائل الإعلام الإلكترونية ما لم يكن مرتبطاً بالعمل .

- معيار B: أعراض الاقتحام (أعراض إعادة الخبرة) - (مطلوب عرض واحد على الأقل)

- ذكريات متكررة وغير إرادية ومزعجة للحدث الصادم.
- أحلام مزعجة ومتكررة يتعلق محتواها أو عاطفتها بالصدمة.
- تفاعلات انفصالية (فلاش باك) يشعر فيها الشخص وكأن الحدث يتكرر مرة أخرى.
- ضائقة نفسية شديدة أو طويلة عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز للحدث.
- تفاعلات فسيولوجية ملحوظة (تعرق، خفقان القلب) تجاه مثيرات تذكر بالصدمة .

- معيار C: أعراض التجنب (مطلوب عرض واحد على الأقل)

- تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
- تجنب الأشخاص أو الأماكن أو الأنشطة التي قد تؤدي إلى استحضار ذكريات مزعجة عن الصدمة. (DSM5,2013,p 112,113)

- معيار D: تغيرات سلبية في الأفكار والمزاج (مطلوب عرضان على الأقل)

- عدم القدرة على تذكر جزء مهم من الحدث الصادم (عادة بسبب فقدان الذاكرة الانفصالي).
- معتقدات سلبية مبالغ فيها عن النفس أو الآخرين أو العالم ("أنا شرير"، "العالم خطير جداً").
- إلقاء اللوم بشكل مشوه على النفس أو الآخرين بسبب الصدمة.
- حالة عاطفية سلبية مستمرة (خوف، رعب، غضب، ذنب، عار).
- انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة.
- الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
- عدم القدرة المستمرة على تجربة المشاعر الإيجابية .

- معيار E: تغيرات في اليقظة والتفاعل (مطلوب عرضان على الأقل)

- سلوك عصبي ونوبات غضب بدون استفزاز كبير (عدوان لفظي أو جسدي).
- سلوك متهور أو مدمر للذات.

• فرط اليقظة (الشعور بالترقب الدائم للخطر).

• استجابة فزع مبالغ فيها.

• مشاكل في التركيز.

• اضطراب في النوم (صعوبة في النوم أو الاستمرار فيه) .

- معيار H، G، F : معايير إضافية للتصنيف كاضطراب

• المدة: تستمر الأعراض في المعايير B, C, D, E لأكثر من شهر واحد.

• الخلل الوظيفي: تسبب الأعراض ضائقة إكلينيكية كبيرة أو تضعف الوظائف الاجتماعية

أو المهنية أو غيرها من المجالات الهامة.

• الاستبعاد الطبي: لا تعود الأعراض إلى تأثير دواء أو كحول أو حالة طبية أخرى .

2-5-1. مُحددات التشخيص

يمكن أن يتضمن التشخيص مُحددات إضافية تصف الحالة بدقة أكبر :

• مع أعراض انفصالية: يعاني الشخص من أعراض مستمرة أو متكررة من تبدد الشخصية

(الشعور بأنه مراقب خارجي لجسده أو عملياته العقلية) أو الاغتراب عن الواقع (الشعور بأن

العالم الخارجي غير واقعي أو كالحلم).

• مع تأخر الظهور: لا تظهر المعايير التشخيصية الكاملة حتى مرور 6 أشهر على الأقل

من الحدث الصادم. (DSM5,2013,p 112,113.)

2-6. النظريات المفسرة للاضطراب

2-6-1. النظرية التحليلية: أرجع فرويد سبب اضطراب الصدمة إلى انبعاث المشكلات التي كان

يعاني منها المصدوم في الطفولة واستخدامه لإنزيمات الدفاع للسيطرة على القلق، وأن أي مكاسب

أو محفزات خارجية من بيئة الفرد هي التي تعزز هذا الاضطراب أو تديمه، وبذلك اغفل فرويد

البيئة الخارجية للمصابين باضطراب الصدمة وركز على شخصية الفرد قبل الإصابة بالصدمة (أبو

نجيله، 2001).

2-6-2. النظرية السلوكية: ترى المدرسة السلوكية أن تعرض الشخص للخبرات الصادمة يمكن

أن يصبح مشروطاً بالمنبهات فخلال التعرض للخبرات الصادمة فإن المنبهات (المثيرات) يمكن

أن يؤدي الى ردود فعل كالخوف والقلق بالإضافة إلى الأعراض الأخرى الظاهرية (ثابت، 2012).

2-6-3. النظرية البيولوجية: تفسر النظرية البيولوجية ظهور اضطراب ما بعد الصدمة على مستويات مختلفة فالصدمة قد تؤدي إلى تغيرات في نشاط الناقلات العصبية والتي بدورها تؤدي إلى مجموعة من النتائج والاستجابات والثورات الانفعالية (صوالي، 2012).

2-6-4. النظرية المعرفية: يتوقف ادراك الفرد للأحداث على نظرة الفرد لذاته والعالم ، فالمنظور المعرفي يقوم على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني ولذلك فإن الأحداث الصادمة تهدد الافتراضات العادية أو السوية للفرد ومفهومه للأمان وما هو أمن (الحواري، 2003).

2-6-5. النظرية النفسية الاجتماعية: تعتمد النظرية النفسية الاجتماعية على نموذج معالجة المعلومات ل (هورويتز) وعلى التفاعل بين الحدث الصادم والاستجابة له ، وخصائص الفرد والبيئة الاجتماعية / الثقافية. حيث تعتبر هذه النظرية أن الصدمة عبارة عن عبء نفسي يفوق طاقة تحمل الفرد فلا يستوعب طبيعتها ولا شدتها ولا معناها اعتمادا على الخلفية المعرفية والتصورية للواقع، بالتالي يخفق الانا في الدفاع ومجابهة الخبرة الصادمة فيعجز عن المعالجة وهناك عناصر أساسية في الخبرة الصدمية مثل: شدة الحدث، طول المدة، استجابة الشخص كما أن التكرار يطور من اعراض ضغوط ما بعد الصدمة، دون أن ننسى خصائص الفرد من حيث قوة الانا، وأساليب المجابهة المعتمدة، التاريخ المرضي وسوابق الاضطرابات النفسية، الخبرات السابقة الصدمية، المراحل النمائية (النفسية والاجتماعية ، العوامل الديمغرافية ، السن، الجنس، المستوى التعليمي، الاجتماعي الاقتصادي)

كل تلك العوامل لها اثر في تطور او تخفيف اعراض ضغوط ما بعد الصدمة وتلعب البيئة دورا هاما في علاج الاضطراب والتخفيف من حدة اعراضه من خلال أنظمة التكافل الاجتماعي، وعوامل الحماية والسند التي يوفرها المحيط. (ايمان على بدر، 2016، ص 29)

2-6-6. نظرية ولسن وغموض الهوية Theory Wilson: اعتمد ولسن (Wilson) على نظرية اريكسون في دراسة الهوية عند الجنود المقاتلين في الفيتنام ،حيث وجد ان المراهقين منهم والذين تتراوح أعمارهم ما بين (18_24 سنة) تعرضوا لضغوط ومخاوف شديدة ، تسببت في عرقلة نمو الهوية الإيجابية لديهم، والاهداف والطموحات فكانت لديهم صفات بارزة مثل التبدل العاطفي والفكري الياس، عدم الثقة بالنفس .

بمعنى أنهم لم يتمكنوا من تحقيق مظاهر النمو الذي توقف عند المرحلة السادسة (العزلة بدل الالفة) (حسب نظرية إريكسون في النمو).

2-6-7. نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP)

يُمثل نموذج معالجة المعلومات التكيفية — (Adaptive Information Processing) (AIP) الركيزة النظرية المحورية التي أسست عليها فرانسيس شابيرو (Shapiro, 1995, 2018) تقنية EMDR ، ويُعدّ أشمل النماذج المعاصرة في تفسير آلية نشأة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واستمراره.

ينطلق النموذج من فرضية جوهرية مفادها أن الجهاز النفسي العصبي للإنسان مُجهّز بنظام فطري لمعالجة المعلومات بطريقة تكيفية — أي تحويل الخبرات المؤلمة إلى ذكريات عادية مندمجة في الشبكات المعرفية الصحية مع مرور الوقت. فحين يُصادف الفرد خبرةً مؤلمة في الحياة اليومية، يعمل هذا النظام تلقائياً على معالجتها وربطها بمعلومات ذات صلة حتى تفقد شحنتها الانفعالية الأصلية وتُخزّن كذكرى تاريخية لا تهديد راهن. (shapiro, f.2008)

2-7. الاستراتيجيات العلاجية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

لأن الصدمة النفسية تسكن الجسد، فإن الشفاء يجب أن يتم من خلاله أيضاً. وقد لا يصل العلاج بالكلام، على الرغم من قيمته الكبيرة، إلى طبقات الذاكرة الجسدية. وهنا تبرز أهمية العلاجات الجسدية.

2-7-1. العلاج بالخبرة الجسدية: Somatic Experiencing (SE) يركز أسلوب العلاج بالخبرة الجسمانية، الذي طوره بيتر ليفين، على توجيه الجسم بلطف لاستكمال استجابات "المواجهة أو الهروب أو التجمّد" التي توقفت أثناء الصدمة. ويساعد الممارسون العملاء على ملاحظة الإحساسات الجسمانية الجسدية، وتتبع تدفق الطاقة، وإطلاق التوتر المتراكم بأمان.

2-7-2. العلاج النفسي الحس-حركي: Sensorimotor Psychotherapy: تدمج هذه الطريقة الوعي الجسدي مع العلاج النفسي التقليدي؛ مما يساعد العملاء على أن يصبحوا واعين

بالوضعية والحركة والإحساسات الجسمانية أثناء العلاج للكشف عن استجابات الصدمات اللاواعية.

2-7-3. اليوجا والعلاجات الحركية: Yoga and Movement Therapies: تساعد ممارسات اليوجا المراعية للصدمة والرقص والتاي تشي وغيرها من ممارسات الحركة الواعية التي تراعي الصدمات النفسية الناجين على إعادة التواصل مع أجسادهم، وإطلاق التوتر المتراكم، وتطوير شعور بالقدرة على التحكم والأمان.

2-7-4. تمارين التنفس وتمارين العصب المبهم أو الحائر Breathwork and Polyvagal Practices: يمكن للتحكم في التنفس أن يؤثر بشكل مباشر على الجهاز العصبي اللاإرادي المستقل أو الذات. ويمكن للممارسات التي تحفز العصب المبهم أو الحائر مثل الهمهمة، والغرغرة، والتنفس البطيء، أو التعرض للبرد أن تحول الجسم من حالة الكر والفر إلى حالة الراحة.

2-7-5. العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): على الرغم من أنها ليست جسدية بالمعنى الدقيق للكلمة، إلا أن العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين ، يقوم على أن تستخدم حركات العين لمعالجة الذكريات المؤلمة، ويُعتقد أنها تحفز نصفي الدماغ، مما قد يساعد بشكل غير مباشر في التخلص من الصدمات الجسدية. ويعمل هذا العلاج وفقا لنظرية معالجة المعلومات التكيفية . حيث يهدف إلى دمج هذه الذكريات وتحويلها إلى تعلم تكيفي يسهم في تحسين جودة حياته العيادية.

وسنأخذ هذه الاستراتيجية لتطبيقها في بروتوكولنا العلاجي للصدمة النفسية وفق ماسبق ذكره وما سيأتي من تجريب و تحليل معمق.

خلاصة الفصل :

نخلص من العرض السابق لهذا الفصل إلى أن الصدمة النفسية ليست مجرد حدث عابر، بل هي "هزة وجودية" تترك أثراً عميقاً في الذاكرة والجسد معاً (Lebigot, 2005). فقد تبين أن استجابة الأفراد للصدمة تتباين بتباين خصائصهم الشخصية، وبيئتهم الاجتماعية، وطبيعة الحدث الصدمي نفسه، سواء كان صدمة مفردة أو مركبة .

إن استمرار أعراض الاقترام والتجنب واليقظة المفرطة لفترة تتجاوز الشهر ينقل الفرد من حالة "الرد الصدمي الطبيعي" إلى حالة "الاضطراب المهيكلي (PTSD)" ، وهو ما يستدعي تدخلات علاجية متخصصة تتجاوز الدعم النفسي التقليدي إلى معالجة الآثار الحس-حركية والجسدية للصدمة . (الزهراني، 2021، ص 162)

وبناءً على هذه الأرضية النظرية التي حددت معالم الاضطراب وأعراضه خاصة وفق مقياس PCL-5 ، سينتقل البحث في الفصل الخاص بالجانب التطبيقي لمحاولة رصد هذه الأعراض وقياس حدتها لدى عينة الدراسة، وربط هذه المفاهيم بالواقع الميداني المعاش.

الفصل الثالث

إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين EMDR

تمهيد

- 1 - تعريف العلاج بـ EMDR بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين
- 2- الحالات التي يطبق فيها العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR).
- 3- المكانة العلمية للعلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR).
- 4- أسس ومبادئ إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR).
- 5- مراحل وخطوات إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR).
- 6- سيرونة بروتوكول العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR).
- 7- محاذير ومعوقات استعمال العلاج بـ EMDR

خلاصة الفصل

تمهيد

إن تعرض الفرد المستمر لنمط حياة مليء بالتوترات والإحباطات والأحداث الصادمة ك وفاة شخص عزيز مثلاً أو التعرض لحادث عمل خطير أو اندلاع الحروب والعنف وغيرها قد تدخل الشخص في دوامة من الصدمات النفسية الحادة والتي قد يجد صعوبة في تجاوزها أو التكيف معها (فرج عبد القادر، 1993، ص 58).

ويسعى المعالجون النفسيون في خضم الأحداث الراهنة إلى تطبيق تقنيات علاجية نفسية فعالة لمعالجة الفرد أو على الأقل تخفيف من حدة الصدمة النفسية، ومن بين أحدث العلاجات المكتشفة هي العلاج بواسطة EMDR أو ما يسمى إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين، بحيث تعتبر علاجاً نفسياً جيداً للتحكم في أعراض ما بعد الصدمة وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى (طاجين وبوشيشة، 2022، ص 138).

وقد أكدت فرانسيس شابيرو (Francine Shapiro) مكتشفة EMDR أن الذكريات والأحداث المزعجة هي السبب الرئيسي في الإصابة بالاضطراب النفسي، وبالتالي تهدف المعالجة بحركة العين السريعة (EMDR) إلى تخفيف أعراض الاضطرابات النفسية خاصة فيما يتعلق باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو PTSD، وقد استندت فرانسيس شابيرو في تأسيسها لهذا العلاج إلى عدة نظريات نفسية سابقة كنظرية التحليل النفسي والعلاج السلوكي والعلاج المعرفي .

واعتمدت نظرية المعالجة التكيفية للمعلومات كقاعدة أساسية لهذا العلاج.

1- تعريف EMDR علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين

(EMDR) هي اختصار باللغة انجليزية وتعني: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- بالفرنسية تعني Desensibilisation et Retraitement par les Mouvement oculaires :

- باللغة العربية تعني: علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين. واكتشفت من طرف الأخصائية النفسانية الأمريكية Francine shapiro في سنة 1987. Francine shapiro هي عضو في البحوث النفسية والعقلية في معهد "Palo Alto" وفي عام 1994، حصلت على جائزة الامتياز العلمي في علم النفس من جمعية كاليفورنيا لعلم النفس، وفي جوان 2002 حصلت على جائزة " S . Freud " من قبل الرابطة العلمية للعلاج النفسي في مدينة فينا - هو علاج ادماجي (تحليلي، معرفي، سلوكي، جشطلطي) نفسي قصير يهدف الى ازالة التحسس العاطفي والجسدي، ويتم ذلك عن طريق مراحل لدى فرد مصاب بصدمة نفسية. (عثمانى ، 2019 : 12)

- و عرفت جمعية EMDR- FRANCE بأنها علاج بالإدماج العصبي الانفعالي عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها) و هي تقنية علاجية اكتشفتها الأخصائية النفسية الأمريكية F.SHAPIRO في عام 1987 ، حيث تسمح EMDR باستئناف المعالجة التكيفية الطبيعية للمعلومات المؤلمة المكبوحة ، كما تسمح بتحريك الإمكانات النفسية ، و ترميم تقدير الذات المنخفض . (عتيق ، 2013 : 54)

تقوم EMDR على إعادة المواجهة التخيلية مع الصدمة ويقوم أساس خفض حساسية العين والإعادة على الافتراضات حول تخزين ذكريات الصدمة في الدماغ حيث تتم ازالة الانفعال المستثار المخزن في الدماغ مع ذكرى المؤلمة من خلال اللوزة (Amygdale) التي تقوم بإرسال رسائل الخطر إلى الدماغ.

وتعمل EMDR على التنبيه الثنائي المتناوب Stimulation bilateral alterne لنصفي الدماغ من خلال حركات العين ومع التأثير المزدوج للانتباه، وهذا يعني أن تتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كليهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية الأصبع المعالج. (عثمانى ، 2019 : 13)

و يعتمد العلاج بتقنية EMDR على فرضية وجود ذكريات وعواطف وأحاسيس عاطلة يعانيتها مرضى هذا الاضطراب بشكل رئيسي بسبب الحزن غير ملائم للحدث الصدمي المؤلم والمستقر في ذاكرة المريض الضمنية. فعند القيام بالتحفيز الثنائي (بضمنها حركات العين) فأنها تساعد في

معالجة هذه الذكريات الضمنية وانتقالها إلى الذاكرة الواضحة بما يجعلها ذاكرة طبيعية يمكن التعلم منها. وعن طريق الدراسات العديدة التي أجريت باستعمال هذه الطريقة استنتجوا بأنها تساعد في معالجة هذا الاضطراب من حيث الأفكار والأحاسيس اللذان يرتبطان بهذه الذاكرة العاطلة. (الكيسي، 2017، ص 150)

أما سعدوني غدير فتعرف الـ EMDR إن يطلب من الفرد تخيل الحدث الصدمي، وعليه أن يركز على الأفكار والاستجابات الوجدانية وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس، وذلك بسرعة تصاعدية حتى يتم معالجته تماما وتخلصه من انفعالات والمشاعر السلبية المصاحبة لتلك الصدمة.

وفي نهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد الأفكار وردود الفعل الانفعالية، وتكرر المشاهد التي يتوقف فيها الفرد عن الإحساس بالقلق، ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية. (عثماني، 2019، ص 13)

ومن كل هذا نستنتج أن العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين هو علاج حديث، حيث يعتمد على الطلب من المريض أن يتذكر و يسترجع حدث تعرض إليه و الذي سبب له الصدمة.

2- الحالات التي يطبق عليها العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR)

إن فعالية العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين في علاج الصدمة لأي حدث أو أمر وقع للفرد في حياته، هو أمر مفروغ منه و معترف به ولم يعد محل جدال أو صراع، ولذلك تزايدت طموح المعالجين و الممارسين، من خلال سعيهم في توسيع مجال تطبيقها على اضطرابات نفسية أخرى وكذلك على مجتمعات خاصة، ولو أن هذه التجارب مازالت تحتاج إلى المزيد من التنقيح والتطوير أكثر لثبات فعالية هذه التقنية أكثر. (عثماني، 2019، ص 35)

تطبيق EMDR على البالغين والأطفال الذين يعانون من الصدمات النفسية مثل: (الاعتداء الجسدي، والحوادث، والاعتداء الجنسي و الكوارث الطبيعية، الحروب.. الخ) أو الأحداث المؤلمة مثل (الحداد، الانفصال، الصعوبات المهنية، الاكتئاب و الإدمان) إدمان الكحول واضطرابات الأكل (فقدان الشهية، الشره المرضي) ونوبات الخوف والرهاب و اضطرابات الوسواس القهري و الاضطرابات النفس الجسدية... الخ وقد وجد العلماء و المعالجين أن تقنية EMDR ذو فعالية معتبرة

في التخفيف من الاضطرابات التي تم ذكرها أعلاه، كما وجدوا أن هذه التقنية فعالة أيضا في تخلص من القلق والتوتر الذي يكون مصاب للصدمة وأيضا في علاج الاضطرابات النفسية. أما عن الحالات التي تمنع عنها استعمال EMDR فهي كالتالي: الاضطرابات الشخصية الخطيرة مثل (الذهان) فمثل هذه الحالات مرفوضة من قبل المعالجين للخضوع إلى هذه التقنية. بالإضافة إلى الحالات التي حاولت الانتحار، كما يمنع على الأشخاص الذين يعانون من الأمراض القلبية و على النساء الحوامل و مرضى الصرع. (عثماني ، 2019، ص 35)

3- المكانة العلمية للعلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين

ويُعد العلاج بإزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين اليوم من أكثر العلاجات النفسية دراسةً واعتماداً في مجال علاج الصدمة النفسية، حيث أقرته منظمات دولية مرموقة مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) ، والجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) ، ووزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية، استناداً إلى نتائج بحوث تجريبية واسعة النطاق (Sheehan-Zeidler, 2025, p. 12).

4- أسس و مبادئ إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR)

- تستند EMDR على ملاحظة أن مجرد ذكرى الصدمة ليست كافية بل على الشخص المصدوم أن يتذكر المشهد كاملاً.
- بروتوكول EMDR يمكن أن يرافق الشخص المصدوم إلى نواة الصدمة.
- تذكير الشخص المصدوم لا يركز على اللفظ فقط بل التصورات والادراكات والعواطف والأحاسيس الجسدية، بالإضافة إلى الحواس (حركة العينين). (عثماني ، 2019 : 16)
- يهتم EMDR بالشخص كله، بكل أبعاده وما يتعلق بالمظاهر النفسية والسلوكية و الجسدية.
- يركز العلاج على الماضي الصادم والمشغلات الحالية ونمذجة لما يمكن اعتباره في المستقبل.
- العلاج ب EMDR تعتبر المريض فوق كل شيء بمثابة الأنا.
- نظرة المعالج للمريض لابد أن تكون فورية، واعتباره كشريك في العملية العلاجية، وبذل قصر جهده لمساعدته.
- إذا كان العلاج لا يتطور بسرعة التي ينبغي أن تكون، فذلك لا يرجع إلى أن المريض سبب في تأثير العوامل المحيطة به. (عثماني ، 2019 ، 16).

- تمنح القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة واسترجاع الموقف بكامله.
- 5- خطوات العلاج بـ إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين (EMDR).**
- الخطوات العلاجية الثمانية للعلاج وفق حركة العينين السريعة والمتتابعة هي كما يلي:
- الخطوة 1:** يأخذ المعالج تاريخاً دقيقاً شاملاً للمريض ليكتشف المشكلة، وسلوكها السلبي و أعراضها للوصول إلى خطة العلاج. ويختلف العلاج بإزالة الحساسية و إعادة المعالجة بحركة العين عن العلاجات الأخرى، في أن التفاصيل المحددة للذكريات المزعجة ليست ضرورية لصياغة العلاج.
- الخطوة 2:** يتعلم المريض أساليب معينة لاسترخاء و تهدئة النفس للتعامل مع أي ذكريات مزعجة تذكر أثناء جلسات العلاج.
- الخطوة 3:** هي مرحلة التقييم ويختار فيها المريض صورة أو مشهد من الحادث ، الذي كان مسبباً للصدمة بحيث يكون محدداً مسبقاً، ثم يكون جملة تعبر عن اعتقاد ذاتي سلبي مقترن بالحادث، ثم يبحث بعدها عن جملة ذاتية إيجابية كبديل، وتستدعي العواطف و الأحاسيس البدنية المقترنة بالذاكرة كذلك.
- قد تستغرق الخطوات السابقة ثلاث جلسات، إذا كانت حادثة واحدة فقط مسؤولة عن اضطراب توتر ما بعد الصدمة، و تستخدم أيضاً معها حركات العينين أو النقر على الجانبين.
- الخطوة 4:** تركز عملية إزالة الحساسية على العواطف و الأحاسيس التي يقرنها المريض بالذاكرة المؤلمة
- الخطوة 5:** تزيد عملية التثبيت من قوة الاعتقادات الايجابية، التي جاءت لتحل محل الاعتقادات السلبية الأصلية.
- الخطوة 6:** يتضمن مسح الجسم، أي التخلص من أي استجابة للبدن باقية التي تكون مقترنة بالذكري المزعجة مثل : التوتر و الصداع.
- الخطوة 7:** تختتم كل جلسة بأساليب تهدئة ذاتية، و موجزة عما يمكن توقعه بين الجلسات، كما تتم مناقشة سجل اليوميات المتصلة بحياة المنتفع.
- الخطوة 8:** تبدأ كل جلسة جديدة بإعادة تقييم النتائج من الجلسة السابقة، وكذلك تعيين جوانب عديدة للعلاج.

في كل خطوة يتم استخدام مقاييس، وأدوات تقييم مقبولة من مجال العلاج النفسي، لقياس مستويات التوتر ومشاعر المريض تجاه الحادث الصادم . (مرسلينا .ص 03)

6- محاذير ومعوقات العلاج ب EMDR

- المقاومة، المكاسب الثانوية التوتر عند حركة العينين.
- المنتبهين (الجنود. المسعفين الذين يحتاجون أن يكونوا تحت السيطرة).
- ألم الرأس المرتبط بالذكرى (ضرب على الرأس)
- حركة العينين.
- النظارات.
- المرض (الحمل.أمراض القلب).
- ألأم الرأس، الغثيان.

7- سيرورة بروتوكول العلاج ب: (EMDR)

على الرغم من كل ما تناقلته وسائل الإعلام حول هذا العلاج على أساس أنه بسيط إلى حد ما فإن المدافعين عن هذا العلاج يعتبرونه طريقة علاج تتطور بشكل ثابت قدمت صورة تكاملية جديدة للعلاج النفسي . نجد مؤسسة هذه الطريقة شابيرو (Shapiro.F) قد أضافت منذ البداية إلى هذا النوع من العلاج العناصر الإدراكية، وعناصر تشغيل المعلومات العقلية المركزية لزيادة فعالية العلاج (Shapiro.F, 1991) ، ومنه يتضمن الشكل النهائي للعلاج ثلاث مستويات وضحاها (Madoun S., Dumontil.D, 2005, 90) كما يلي:

1. إزالة حساسية ذكرى الصدمة المرضية (الأليمة).
2. إعادة ربط الحادثة بمجموع الوظائف النفسية.
3. استبدال اعتقاد معيق لحياة المريض بمعرفة وإدراك إيجابيين.

حيث تسمح (EMDR) بتقديم تفسير جديد لأحداث الصدمة المرضية بالإضافة إلى تخفيف وحتى إزالة وقعها وأثرها على الصورة الذاتية التي تراود ذهن المريض عن نفسه وعن أقاربه وعن الحياة بصفة عامة .وبما أن هذا العلاج يهدف إلى إزالة الحمولة الانفعالية المتعلقة بصدمة مرضية فإنه

يندرج عنه تجديد وتصحيح للصورة الذاتية للمريض، مما يؤدي إلى نشأة حالة من الثقة بالنفس . وذلك لأنه من خواص الصدمة النفسية المرضية هو انخفاض معتبر في الثقة بالنفس يرافقها:

- شعور بفقدان التحكم وعدم الأمان والطمأنينة.
- الشعور بالمسؤولية تجاه أحداث اجك
- صدمة المرضية .لذا يهدف هذا النوع من العلاج إلى تسريع عملية إعادة البناء والبرمجة باستعمال الآليات الطبيعية للعلاج الذاتي للعقل.(Madoun.S, Dumonteil. D, 2005, 91)

8- مراحل العلاج بـ (EMDR) -تفصيل الخطوات الثمانية للبروتوكول القياسي-

يمر البروتوكول الأساسي للعلاج بثمانية خطوات (مراحل) جوهرية حسب ما وصفته شابيرو (Shapiro.F,2007) مشار إليه في بلحسيني: (2018)

المرحلة الأولى: تاريخ الحالة والتخطيط للعلاج: تهدف هذه المرحلة إلى الاستطلاع والتعرف على حياة المريض من أجل تفهم وإدراك واضح وصائب لمشاكله والمعاناة التي يواجهها، وإجراء مسح شامل لفهم مدى استعداد المريض للاستفادة من العلاج ولتحديد الأهداف العلاجية الملائمة، حيث في هذه المرحلة يتم الحصول على المعلومات الشخصية، الحالة الاجتماعية ومسببات الاضطراب الانفعالي والتعرف على الحدث "الهدف" أي الحدث السابق المرتبط بمشاعر المريض الحالية. وقد يكون الأمر حادثا واحدا أو مجموعة من الأحداث، ويتم التعامل مع أكثرها تأثيرا أو حسب الترتيب الزمني .ويتم التعرف على محتوى عناصر الذاكرة المتعلقة بالحدث الصدمي، وهي (الصورة، والإدراك السلبي والعواطف والأحاسيس الجسمية) .يقوم الأخصائي النفسي عادة بمشاركة انطباعاته مع المريض والتي يتم وفقها اتخاذ القرار بشأن طريقة تطبيق العلاج .حينها يوضح الأخصائي للمريض طريقة سيران الجلسات ويعطيه معلومات حول عملية العلاج بـ (EMDR) ونشير هنا إلى أنه بالنسبة لعلاج الأطفال فإنه من الضروري حضور الوالدين خلال الجلسات.

المرحلة الثانية: البناء والتحضير: تمثل هذه المرحلة أساس عملية بناء العلاقة الملائمة مع المريض، وتحديد الأهداف العلاجية ممكنة التحقيق، حيث يتم خلال هذه المرحلة تعليم المريض مهارات الضبط والتحكم، مما يخلق لديه شعورا بالسيطرة والأمان، أين يتعلم المريض خلق المكان

"الأمن" الذي يمكنه من الرجوع إليه كلما احتاج إلى ذلك، ومن المهم تشجيع المريض على تكوين مكان هادئ وآمن في مخيلته والاستعانة به حال بروز الاضطرابات الانفعالية أثناء العلاج أو بين الجلسات العلاجية. وهذا يساعد المريض على الشعور بالسيطرة والأمان كما يجب تعليمه استخدام إشارة "التوقف" كلما أراد إيقاف العلاج. (نوبيات، بلحسيني. 2023. ص 7)

المرحلة الثالثة: التقييم: تركز هذه المرحلة على استرجاع الذكرى المتعلقة بالصدمة بكل عناصرها (أفكار، مشاعر، أحاسيس جسمية، صور) ومحاولة ربطها والتعبير عنها بكلمات لها علاقة مباشرة بخبرة المريض وإدراكه لذاته. ووفق نظام التقييم المعتمد في (EMDR) يتم التعريض التدريجي للمريض والاتصال بالحادثة المؤلمة كاملة (الصور والعواطف المرتبطة بها ويتم مساعدة المريض على استدعاء فكرة سلبية والتي تعبر عن رأي المريض عن ذاته بطريقة غير وظيفية، أو غير توافقية وتتضمن تأكيدات مثل "أنا عديم الفائدة لا أستحق الحب..." والهدف من ذلك هو تمييز الجانب غير العقلاني في الفهم المعرفي للحادثة. كما يقوم المعالج بمساعدة المريض بعد ذلك بتحديد معتقد إيجابي والذي يستخدم فيما بعد عوضا عن الفكرة السلبية في المرحلة الخامسة. مثال "أنا لذي قيمة"، "أنا أمتلك السيطرة" وذلك لتزويد المريض بالأمل ويقوم المريض بتقييم صدق الفكرة الإيجابية باستخدام سلم مدى صحة الإدراك (VOC) ذو السبعة (7) درجات، كما يدرّب المريض على قياس الانفعالات السلبية المرتبطة بالصورة الصدمية. ويتم قياس ذلك من خلال سلم وحدة الاضطراب الذاتي (SUD) ذو الدرجات العشر (10)، وعلى المفحوص أن يعين شدة انفعالاته بحسب درجة معينة. وأخيرا يتم التحديد الجسدي للاضطراب، أي التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالتجربة المؤلمة، إذ أن مرحلة التقييم هذه تسمح لنا بتكوين قاعدة للمقارنة مع الاستجابات المرتبطة بالذكريات المستهدفة. (منصوري وجلطي ، 2022)

المرحلة الرابعة: إزالة الحساسية: هذه المرحلة علاجية وتتمحور حول تخفيض الانفعال السلبي للعميل، كما يعبر عنه في السلم (SUD) حيث يكون مستوى الكدر متزايد متناقص أو مستقر. يبدأ العلاج باستخدام تحفيز الانتباه الثنائي المتضمن المجموعة من حركات العين أو النغمات أو النقر على الجانبين، حيث يطلب الأخصائي النفساني من المريض أن يحتفظ في ذات الوقت بالصورة التي تعبر عن الحدث، والفكرة السلبية المتعلقة بها والأحاسيس التي يشعر بها في جسده. ثم يطلب منه أن يتبع الأصبع أو شيء بعينه (المثير الحسي)، وبعد عدد من الحركات ذهابا وإيابا

يتوقف الأخصائي ويطلب من العميل أن يصف ما يحدث بداخله. وبعدها يواصل الحركة المتعاقبة حتى يتناقص الشعور السلبي المرتبط بالحدث إلى الصفر، وإن لم يصل إلى أدنى درجة نتحقق إن كان هناك أية معتقدات معرّقة. (نوبيات، بلحسيني، 2023، ص7)

المرحلة الخامسة: تثبيت المعرفة الإيجابية: بعدما يتم خفض الحساسية لما تم استهدافه بالعلاج، يحرص الأخصائي على تقوية الإدراك الإيجابي للمريض ويحاول دعمه إلى أقصى درجة باستخدام حزمة من حركات العينين إلى أن يصل الاعتقاد بصحة الإدراك إلى أعلى مستوى ممكن، وهنا تبدأ الاضطرابات والتشويشات المتواجدة في الذاكرة بالزوال، وفي المقابل تنتبث الأفكار الإيجابية. وعندما يحدث ارتباط الفكرة الإيجابية مع الذكرى المستهدفة يحدث دعم للرابطة المشتركة بينهما بحيث أنه كلما عادت صورة الحادثة الصدمية الأصلية للنشاط على مستوى الوعي تكون مصحوبة من هنا فصاعداً بفكرة إيجابية جديدة ملتحمة معها بشكل جيد مثل: "انتهى أنا في أمان الآن". وعندما يركز المريض على الفكرة الإيجابية، تكون قد اندمجت في شبكة الذاكرة المستهدفة. (بلحسيني، 2018، ص187).

المرحلة السادسة: مسح الجسد: بعد التثبيت التام للفكرة الإيجابية نطلب من المريض أن يحتفظ في ذهنه بالحادثة المستهدفة والفكرة الإيجابية ويبدأ بعملية مسح عقلي شاملة لجسمه من أعلى إلى أسفل، معلنا عن أي إحساسات جسمية سيئة يتعرف عليها من خلال المسح مروراً بكل مناطق جسمه، وإذا وجد أي من تلك الإحساسات يقوم بالتركيز عليها في المعالجة التالية بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي بحركات العينين. (بلحسيني، 2018، ص288)

وقد يحدث أحياناً الانتباه إلى إحساس في الجسد يكون إشارة لذكرى صدمية أخرى، مما يتطلب علاجها بشكل خاص كحادثة مستهدفة ثانية يتم علاجها والتركيز عليها في مرة أخرى.

المرحلة السابعة: الإغلاق: لا يتوقف المعالج بـ (EMDR) إلى أن يتأكد أن العميل في حالة انفعالية مستقرة في نهاية الجلسة العلاجية، أي عندما تكون وحدة الاضطراب الذاتي (0)، ويكون المعتقد الإيجابي (7)، ويكون مسح الجسم لا يشير إلى أي أحاسيس جسمية سلبية. وتذكر المريض أنه بإمكانه استخدام أحد أدوات وتقنيات التحكم التي تم تدريبه عليها في مرحلة التحضير كلما شعر بالحاجة إلى ذلك ليحافظ المريض على استمرار حالة التوازن، كما يطلب من المريض

القيام بالمراقبة الذاتية لأية إدراكات أو مشاعر إيجابية أو سلبية في شكل واجب منزلي. (نوبيات، بلحسيني. 2023. ص8)

المرحلة الثامنة: إعادة التقييم: تبدأ كل جلسة بسؤال المريض عن أي شيء حدث فيما بين الجلستين، وهذا يساعد على معرفة تطور العمل العلاجي، ويمكن ذلك من تحديد أهداف علاجية جديدة. كما يتم مراجعة السجل الذي يحتفظ به المريض، والذي سجل عليه المراقبة الذاتية في الجلسات وبالتالي هذه المرحلة تساعد تقييم مدى نجاح عملية العلاج وتقدر مدى استمرارية فعاليته. (نوبيات، بلحسيني. 2023. ص9).

خلاصة الفصل

أكد هذا الفصل أن EMDR ليس مجرد تقنية لحركة العينين، بل هو منظومة علاجية متكاملة تجمع بين التحفيز الثنائي الجانب وإعادة معالجة الذاكرة الصدمية وفق نموذج نظري راسخ هو نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP). وقد حظي البروتوكول بتوصيات دولية رفيعة من منظمة الصحة العالمية (WHO) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) وغيرهما، بوصفه علاجاً من الخط الأول لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وتكمن قيمة المراحل الثماني في أنها لا تتعامل مع الذاكرة الصدمية كمعلومة معزولة، بل تعالجها في سياقها الشبكي الكامل: الماضي الصدمي، والمثيرات الحالية، والسيناريوهات المستقبلية المخيفة. وهذا الاتساق الإجرائي هو الذي يُفسّر قدرة البروتوكول على تحقيق نتائج علاجية مستدامة في وقت قياسي نسبياً مقارنةً بالعلاجات التقليدية.

ويُمهّد هذا الفصل للانتقال إلى الجانب التطبيقي، حيث سيُفصّل الفصل الرابع الإجراءات المنهجية التي اتبعتها في بناء البروتوكول المقترح وتطبيقه ميدانياً.

الفصل الرابع

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- العينة

4- حدود الدراسة

5- أدوات الدراسة

6- البروتوكول العلاجي المقترح والقائم على العلاج إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بواسطة حركات العينين (EMDR)

خلاصة الفصل

تمهيد

يُشكّل هذا الفصل الجسرَ الواصل بين التأطير النظري الذي أرسيناه في الفصلين السابقين والتطبيق الميداني الذي سيتناوله الفصل الخامس. فلا قيمة لأي بروتوكول علاجي ما لم يُبنَ على أساس منهجي متين يكفل صرامة التطبيق وموثوقية النتائج.

يعرض هذا الفصل المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة المفردة الذي اعتمدته الدراسة، مع تبرير الاختيار المنهجي في ضوء طبيعة الموضوع وأهدافه. كما يتناول بالتفصيل العينة المستهدفة وملامح كل حالة، وحدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية، والأدوات القياسية المستخدمة (SUD, VOC, 5-PCL) مع تحليل خصائصها السيكمترية. والأساليب الإحصائية المناسبة لمنهج الحالة المفردة وتكرار القياسات دورياً عن طريق السلاسل الزمنية وتحليل الانحدار الخطي ، ثم يُقدّم تفصيلاً دقيقاً للبروتوكول العلاجي عبر جلساته العشر، مع ذكر التقنيات والأساليب والأدوات والأهداف المرحلية.

4-1. الدراسة الاستطلاعية

4-1-1. ميدان الإجراء وظروفه

أُجريت الدراسة الاستطلاعية في العيادة الجوارية علي بضياف بمدينة تقرت وتحديداً في مكتب الأخصائية النفسانية الممارسة: "صابرينة جديعي" التي أتاحت فضاءها المهني لاحتضان هذا البحث التطبيقي. واتسم المكتب بجملة من الشروط الإكلينيكية الضرورية لإجراء جلسات العلاج النفسي، إذ وُفِّرَ بيئة هادئة ومحكمة الخصوصية، خالية من المشتتات البصرية والسمعية، مع إضاءة مريحة، وقد جرت جميع مراحل الدراسة، من التشخيص الأولي إلى الجلسة الختامية، داخل هذا الإطار المكاني الثابت.

انطلق البحث عن الحالات المناسبة من هذه العيادة بتقرت، حيث أتاحت لنا الأخصائية النفسانية مجموعة من المراجعين الذين يعانون من أعراض صدمية. وبعد مراجعة عدد من الحالات، جرى تطبيق معايير الإدراج والاستبعاد المحددة مسبقاً وفق (DSM-5-TR APA, 2022)، إذ اشترط في كل حالة: استيفاء المحكات التشخيصية لـ PTSD، وتسجيل درجة تساوي أو تتجاوز 31 على مقياس PCL-5، وغياب أي تدخل علاجي نفسي أو دوائي مواز، والقدرة على التواصل اللفظي وفهم التعليمات.

تعرفنا على الحالة الأولى (أ) بصفتها مراجعةً دائمةً للأخصائية النفسانية، تعاني من أعراض PTSD مزمن ناتجة عن صدمة مركبة تمتد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة. أما الحالة الثانية (ب) فكانت طالبةً جامعية توجّهت بمحض إرادتها، مدفوعةً بوعيها الأكاديمي بأن ما تعيشه من أعراض صدمية مستمرة منذ أربعة عشر عاماً — إثر حادث سير — يستدعي تدخلاً نفسياً متخصصاً.

4-1-2. أهداف الدراسة الاستطلاعية

لم تكن الدراسة الاستطلاعية مجرد خطوة إجرائية، بل كانت مرحلة بنائية أساسية قبل الشروع في التطبيق الفعلي للبروتوكول. وقد انتظمت في جملة من الأهداف المتكاملة:

- **الهدف الأول — التحقق من صلاحية البروتوكول :** اختبار البروتوكول العلاجي المقترح القائم على EMDR ميدانياً قبل تعميم تطبيقه، والتثبت من انسجام جلساته العشر مع الواقع الإكلينيكي للحالات ، ولا سيما من حيث الزمن والتسلسل والتقنيات الموظفة.
 - **الهدف الثاني — تقييم الأدوات القياسية :** التحقق من مدى وضوح أدوات القياس المعتمدة (PCL-5) و SUD و VOC لدى الحالات، وإمكانية استيعابها والاستجابة عليها بسهولة ، مع رصد أي صعوبات في الفهم أو الاستيعاب يمكن معالجتها قبل التطبيق الفعلي.
 - **الهدف الثالث — بناء التحالف العلاجي :** وتهيئة الحالات نفسياً لمسار العلاج، وبناء علاقة ثقة وأمان بينهما وبين الباحثين والأخصائية، وهو ما أكدته **Bordin (1979)** بوصف التحالف العلاجي المتين ركيزة لا يقوم العلاج بدونها، ولا سيما في حالات الصدمة النفسية التي تتسم بانعدام الثقة وصعوبة الانفتاح.
 - **الهدف الرابع — الكشف عن المعوقات المحتملة :** رصد أي عوائق عملية قد تعترض التطبيق، سواء تعلّق الأمر بظروف الحالة، أو بالبيئة المكانية، أو بتقنيات التحفيز الثنائي، مما يُتيح معالجتها قبل انطلاق البروتوكول الكامل.
- وقبل الشروع في أي خطوة علاجية، حرصنا على استيفاء جميع الشروط الأخلاقية المعتمدة في بحوث علم النفس الإكلينيكي؛ إذ قُدِّمت لكلتا الحالتين معلومات وافية وواضحة عن طبيعة الدراسة وأهدافها وإجراءاتها ومخرجاتها المحتملة، وضُمن لهما حق الانسحاب في أي مرحلة دون أي تبعات. ثم وُقِّعت استمارة الموافقة الحرة والمستنيرة من كليهما قبل بدء التطبيق، وهو ما يُجسّد مبدأ الاحترام والكرامة الذي أرسّته المبادئ الأخلاقية للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2017).
- في سياق الدراسة الاستطلاعية، أُجري تطبيق تجريبي لجلسَتَيْن من البروتوكول العلاجي على إحدى الحالتين، بهدف اختبار عملية السير الإجرائي للبروتوكول وتقييم قابليته للتطبيق، قبل الانطلاق في المسار الكامل.
- لاقى هذا التطبيق التجريبي استحساناً واضحاً من الحالة، إذ أبدت استجابةً إيجابيةً للعلاج وتقبلاً سريعاً لآلية التحفيز الثنائي، وأعربت عن ارتياحها للأدوات الاسترخائية المستخدمة وعن رغبتها في مواصلة المسار العلاجي. كما أتاحت هذه التجربة الأولية لنا رصد مواطن القوة في

البروتوكول وتحديد بعض التعديلات الطفيفة في التوقيت والصياغة لتلائم خصوصية هذه الحالة، قبل الانطلاق في الجلسات العشر الكاملة.

أسفر هذا الإجراء التجريبي عن مخرجين عمليين مهمين: أولهما التأكد من أن الأدوات القياسية (PCL-5) و SUD و VOC واضحة ومفهومة لدى الحالة دون الحاجة إلى تعديلات جوهرية. وثانيهما التثبت من أن المكتب يوفر الشروط البيئية الكافية لتطبيق التحفيز الثنائي بصرياً (حركات الأصبع) وضبط المسافة والإضاءة المناسبين، مما أكد صلاحيته ميداناً للدراسة. انتظمت الدراسة الاستطلاعية ضمن إطار إشرافي مزدوج يجمع بين البُعدين الميداني والعلمي. فعلى الصعيد الميداني، ضمنت الأخصائية النفسانية بحضورها الدائم في المكتب سلامة البيئة الإكلينيكية وضبطها الأخلاقي، فضلاً عن تيسير وصولنا إلى الحالات وتسهيل الإجراءات الإدارية اللازمة. وعلى صعيد التأطير التقني، حرصنا على التواصل الدوري مع الأستاذ: غرابية محمد الطيب الذي زودنا بالتوجيهات التقنية الضرورية لتطبيق كل مرحلة من مراحل EMDR ، وأجاب عن استفساراتنا المتعلقة بالمواقف الإكلينيكية الطارئة، مما أضفى على البروتوكول المطبق مصداقية علمية ومهنية مدعومة بخبرة ممارسٍ متخصص.

وعليه، تُجسّد هذه الدراسة الاستطلاعية بمجملها نموذجاً للبحث التطبيقي الذي يوازن بين الصرامة المنهجية في تصميم الإجراءات والمرونة الإكلينيكية في التكيف مع الواقع الميداني، مُستنداً إلى إطار أخلاقي راسخ وإشراف مهني مزدوج. ولم يكن هذا الإعداد المحكم مجرد خطوة شكلية، بل كان الضمانة الجوهرية لصحة ما سيبنى عليه من نتائج..

2-4 . منهج الدراسة

يعتبر منهج الدراسة (Research Methodology) الركن الأساسي في البحوث الاجتماعية، فهو الطريق المنظم الذي يسلكه الباحث للوصول إلى الحقيقة أو الإجابة على التساؤلات المطروحة.

1-2-4. تعريف منهج الدراسة

يُعرف المنهج بأنه:

"مجموعة من الخطوات والقواعد والعمليات الفكرية والعملية التي يتبعها الباحث في استقصاء ظاهرة معينة، والتحقق من صحة الفروض، بهدف الكشف عن القوانين التي تحكم الظواهر وتفسيرها تفسيراً علمياً وموضوعياً" (عبيدات وآخرون، 1999، ص 41).

كما يمكن تعريفه بأنه "الاستراتيجية العامة التي توضح كيفية تصميم البحث، وجمع البيانات، وتحليلها للوصول إلى نتائج موثوقة وقابلة للتعميم" (بدر، 1996).

اعتمدت الدراسة الحالية على منهج الحالة المفردة ،تصميم أ ب (أ هو خط القاعدة، ب هو المعالجة)، وذلك نظراً لطبيعة الدراسة العلاجية التطبيقية التي تهدف إلى تقييم فعالية بروتوكول علاجي قائم على العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) في تخفيف الأعراض الصدمية لدى المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .(PTSD)

4-2-2. منهج الحالة المفردة

يُعدّ هذا المنهج الأنسب لهذا النوع من الدراسات العلاجية لأنه يُتيح دراسة كل حالة بعمق وبصورة فردية، مع مراعاة الخصائص النفسية والسيرة الصدمية الخاصة بكل مفحوص، فضلاً عن إتاحة التتبع الزمني للتغيّر في شدة الأعراض عبر مراحل التدخل العلاجي المختلفة. (Kazdin, 2011)

كما يستجيب هذا التصميم للاعتبارات الأخلاقية المرتبطة بعدم حرمان أي مشارك من تلقّي العلاج، إذ تُعدّ كل حالة مجموعةً ضابطةً لنفسها.

4-2-3. تصميم أ ب (أ هو خط القاعدة، ب هو المعالجة).

يهتم الباحث في هذا التصميم بتعريض نفس الفرد إلى إجراءين (مرحلتين أو ظرفين)؛ الإجراء الأول قبل المعالجة، ويدعى مرحلة خط القاعدة **Baseline Period**، ويرمز لها ب أ. وخلال هذا الإجراء، يقوم الباحث بملاحظة سلوك الفرد بشكل متكرر وقياسه لعدة مرات، حتى يتأكد أن السلوك المعني ثابت في ظهوره، بصفته اضطراباً وسلوكاً غير مرغوب فيه. وبعد ذلك يعرض الفرد لمعالجة من نوع معين (تدخل علاجي أو إرشادي أو تدريبي)، تعرف بالرمز ب. وخلال تطبيق أو بعد تطبيق كل معالجة، يلاحظ سلوك الفرد المضطرب مباشرة بعد المعالجة. (معمرية، 2019، ص 13).

تضمّن التصميم مراحل قياسية كما هو مبين في الجدول التالي:

المرحلة	التسمية العلمية	التوقيت والإجراء
القياس الأول	القياس القبلي (Pre-test)	- قبل الشروع في تطبيق البروتوكول العلاجي تطبيق مقياس PCL-5 واستبيان أعراض PTSD
القياس الثاني	القياس البعدي (Post-test)	- عقب انتهاء الجلسة العاشرة والأخيرة. - إعادة تطبيق PCL-5

جدول رقم (1.4) يبين قياس شدة أعراض الاضطراب خلال جلسات العلاج

4-3: عينة الدراسة

العينة هي مجموعة جزئية منتقاة من المجتمع الأصلي للدراسة، تكون ممثلة له بقدر الإمكان، ويُعمَّم من خلالها الباحث نتائج على المجتمع الكلي. من أبرز التعريفات الموثقة:

يُعرِّفها موريس أنجرس (Maurice Angers) بأنها:

"مجموعة فرعية من العناصر المنتقاة من المجتمع الأصلي بهدف دراستها والاستدلال منها على خصائص المجتمع ككل" (أنجرس، 2006، ص300).

كما يُعرِّفها بوداود عبد اليمين بأنها: "جزء من المجتمع يُختار بطريقة معينة ليمثله تمثيلاً صادقاً" (بوداود، 2007، ص87).

اشتملت الدراسة الحالية على حالتين (02) تمَّ اختيارهما بصورة قصدية وفق معايير محددة مسبقاً، إذ يُعدّ الاختيار القصدية الأسلوب الأنسب في تصاميم الحالة المفردة نظراً للطابع العلاجي الدقيق للبحث .

4-3-1- معايير الاختيار (Inclusion Criteria)

- اشترط في الحالتين توافر المعايير التالية:
- استيفاء المعايير التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس المُعدَّل. (DSM-5-TR, APA, 2022)

- الحصول على درجة تساوي أو تتجاوز النقطة الحرجة على مقياس PCL-5 (≥ 31).
 - غياب أي تدخل علاجي نفسي أو دوائي موازٍ خلال فترة تطبيق البروتوكول.
 - الموافقة الحرة والمستتيرة على المشاركة في جميع مراحل البرنامج العلاجي.
 - القدرة على التواصل اللفظي وفهم التعليمات.
- 2-3-4. معايير الاستبعاد (Exclusion Criteria)** يتم استبعاد الحالات التي ينطبق عليها أحد المعايير الآتية:

- وجود اضطرابات نفسية مصاحبة حادة كالذهان أو الاضطراب ثنائي القطب أو إدمان المواد.
- وجود إعاقة ذهنية أو اضطراب طيف التوحد يُعيق التواصل والتقييم.
- وجود أمراض عضوية حادة أو اضطرابات عصبية مُشخَّصة.

3-3-4. خصائص عينة الدراسة

الخاصية	الحالة (أ)	الحالة (ب)
الجنس	أنثى	أنثى
العمر	36 سنة	35 سنة
الحالة الاجتماعية	عزباء	عزباء
المستوى التعليمي	جامعي	جامعي
المهنة / التخصص	موظفة	طالبة جامعية
مكان الإقامة	تقرت	تقرت
الترتيب الأسري	الخامسة بين 6 إخوة	الخامسة بين 10 إخوة
سبب الإحالة	إحالة طبية — اضطراب الدورة الشهرية	إحالة ذاتية — وعي أكاديمي

جدول رقم (4-2) خصائص عينة الدراسة

4-4: حدود الدراسة

4-4-1. الحدود الزمانية: امتدت الدراسة من 15 فيفري الى غاية أوائل شهر ماي 2026

4-4-2. الحدود المكانية: المؤسسة الجورية للصحة العمومية علي بضياف بمكتب

الاخصائية النفسانية "جديعي صابرينة"

4-4-3. الحدود الموضوعية: " فعّالية بروتوكول علاجي قائم على العلاج بحركة العينين

وإعادة المعالجة لتخفيف أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الراشدين "

4-4-4. الحدود البشرية: حالتان تم اخيارهما بطريقة قصدية.

4-5. أدوات الدراسة:

اعتمد في الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات التشخيصية والقياسية المتكاملة، تتوزع على ثلاثة محاور: التشخيص الأولي، والقياس الكمي للأعراض، والمتابعة عبر جلسات. وفيما يلي عرض تفصيلي لكل أداة.

4-5-1. الملاحظة العيادية: هي أداة بحثية وتشخيصية، تهدف إلى فهم سلوك المريض أو العميل من خلال فحص مباشر ودقيق، تتم في ظروف مضبوطة ومهيأة خصيصا للتشخيص.

4-5-2. المقابلة نصف موجهة: هي علاقة ديناميكية وتبادل لفظي موجه بين الباحث والشخص أو عدة أشخاص آخرين، بهدف يسعى الباحث إليه، لتحقيق أهداف الدراسة (النوايسة، 2015، ص72).

4-5-3. دراسة الحالة المعمقة: يعرفها ألبرتو على أنها دراسة تفصيلية معمقة لجميع الخصائص (النفسية، الاجتماعية، التاريخية، المرضية، الخبراتية، المهنية...)، للظاهرة أو موضوع الدراسة بهدف الفهم الجيد لها وتفسير دلالاتها. (زغوط، 2024/2025)

4-5-4: استبيان أنواع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

والذي وضعته الدكتور هدى محمود استخدم هذا الاستبيان في مرحلة التشخيص الأولي، بهدف التحقق من استيفاء الحالتين للمعايير التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفق (DSM-5-TR APA, 2022)، وذلك من خلال استكشاف المحاور الآتية:

- طبيعة الحدث الصادم ونوعه (صدمة واحدة أم متكررة).
 - مدة الأعراض الصدمية وتاريخ بدايتها.
 - مدى تأثير الأعراض على الأداء الوظيفي والاجتماعي اليومي.
 - استبعاد الأسباب العضوية أو التأثيرات الدوائية التي قد تُفسّر الأعراض.
- 4-5-5. قائمة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة للدليل التشخيصي الخامس (PCL-5)

4-5-5-1. وصف المقياس

قائمة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة للدليل التشخيصي الخامس (PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5) هي أداة تقرير ذاتي صُممت من قِبَل المركز الوطني لـ PTSD التابع لوزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية (Weathers et al, 2013)، وتتكوّن من 20 بنداً تقيس الأعراض العشرين لاضطراب PTSD وفق معايير DSM-5 (Blevins et al, 2015). تُقيّم البنود أربعة زمّلات من الأعراض رئيسية هي:

المعيار التشخيصي	المجمّع العرضي	البنود
المعيار B	أعراض الاستعادة والاسترجاع القسري (Intrusion)	1 – 5
المعيار C	أعراض التجنّب (Avoidance)	6 – 7
المعيار D	التغيّرات السلبية في الإدراك والمزاج (NACM)	8 – 14
المعيار E	التغيّرات في الاستثارة والاستجابة (AAR)	15-20

جدول رقم (3.4) يوضح تقسيم بنود مقياس PCL-5 حسب معايير التشخيص وفق DSM-5

4-5-5-2. طريقة التصحيح والتفسير:

يستجيب المفحوص على كل بند وفق سلم ليكرت خماسي يتراوح بين (0) لا شيء على الإطلاق و(4) بشكل بالغ الشدة، وتُحسب الدرجة الكلية بجمع درجات البنود العشرين، وتتراوح بين 0 و80 (Blevins et al, 2015).

يُمكن تفسير الدرجة الكلية وفق المعيارين التاليين:

- معيار درجة الحسم (Cutoff Score): تشير الدراسات إلى أن درجة حسم تتراوح بين 31 و 33 تدلّ على وجود احتمال PTSD السريري (Weathers et al, 2013) وقد اعتمدت في الدراسة الحالية درجة حسم تساوي 31 أو أكثر.
- معيار القاعدة التشخيصية لـ DSM-5: يُعتمد في حال التحقق من وجود عرض واحد على الأقل من المعيار B، وعرض واحد من C، وعرضين من D، وعرضين من E.

4-5-3. الخصائص السيكومترية للمقياس.

أثبتت الدراسات النفسية المتعاقبة أن مقياس PCL-5 يتمتع بخصائص سيكومترية قوية، إذ أكدت مراجعة منهجية شاملة لـ 56 دراسة أن المقياس يتميز بما يلي (Forkus et al, 2023):

- الاتساق الداخلي: تتراوح معامل ألفا كرونباخ بين 0.83 و 0.97 للدرجة الكلية.
- ثبات إعادة الاختبار: تتراوح معاملات الثبات بين 0.58 و 0.91 عبر فترات زمنية مختلفة.

- الصدق التقاربي: ارتبط المقياس بالمقابلة السريرية المنظمة CAPS-5 بمعاملات تتراوح بين 0.44 و 0.89.

- الحساسية للتغير: يُعدّ تغير 5 درجات حداً أدنى للتغير الموثوق (Reliable Change)، في حين يمثل تغير 10 درجات فأكثر تحسّناً ذا دلالة سريرية (National Center for PTSD, 2016).

معادلة PTSD حسب معايير DSM5 هي: A(1:4) /B(1:5)/ C(1:2) /D(1:7)/ E(2:6)

4-5-3. مقياس وحدة الانزعاج الذاتية "SUD"

4-5-3-1. تعريفه وأصله

مقياس وحدات الانزعاج الذاتية (Subjective Units of Disturbance — SUD) هو مقياس تقدير ذاتي يقيس شدة الضيق الانفعالي المرتبط بذكرى صادمة محددة، ويتراوح بين 0 لا انزعاج على الإطلاق ، حالة محايدة تماماً و 10 أقصى درجة من الانزعاج يمكن تصوّرها. (وقد وضع

هذا المقياس في الأصل ولبي ولزاروس عام 1966 في إطار العلاج السلوكي، ثم اعتمدته شابيرو (Shapiro) في بروتوكول EMDR بوصفه أداةً جوهريةً لمتابعة التحول في شدة الاستجابة الانفعالية للذكريات الصادمة. (Shapiro, 2018).

4-5-3-2. طريقة الاستخدام في الجلسات

- يُقاس مؤشر SUD في كل جلسة علاجية وفق الإجراء التالي:
- في مرحلة التقييم (Phase 3) يُطلب من المفحوص استحضار الذكرى الصادمة المستهدفة، ثم تقدير مستوى الانزعاج الراهن على السلم.
- في مرحلة إزالة الحساسية (Phase 4) يُسأل المفحوص بصفة دورية خلال تسلسلات التحفيز الثنائي: "على سلم من 0 إلى 10 حيث 0 يعني لا انزعاج ومحايد تماماً، و 10 يعني أعلى درجة من الانزعاج يمكنك تصوّرها، كم يبلغ انزعاجك الآن؟"
- معيار الاكتمال: يُعدّ تحييد الذكرى مكتملاً حين تصل درجة SUD إلى 0 أو 1 في حالات مقبولة سريرياً. (Shapiro, 2018)

4-5-4. مقياس صلاحية الإدراك (VOC)

4-5-4-1. تعريفه ووظيفته

مقياس صلاحية الإدراك (Validity of Cognition — VOC) هو مقياس تقدير ذاتي مخصّص لقياس درجة إيمان المفحوص بصحة معتقد إيجابي مرتبط بالذكرى الصادمة المستهدفة، ويتراوح بين: (1 كاذب تماماً — لا أصدّق ذلك على الإطلاق و 7 صحيح تماماً — أصدّق ذلك بشكل مطلق). (Shapiro, 2018)

يعمل مقياس VOC بالتوازي مع مقياس SUD، وبينما يرصد SUD انخفاض الانزعاج الانفعالي، يرصد VOC ارتفاع الإيمان بالمعتقد الإيجابي البديل.

4-5-4-2. العلاقة بين SUD و VOC

أثبتت الدراسات وجود علاقة ارتباطية عكسية منتظمة بين المقياسين خلال مسار جلسات EMDR، فمع انخفاض درجة SUD أي (تراجع الانزعاج) ترتفع درجة VOC أي (تعزّز الإيمان بالمعتقد الإيجابي)، ويُعدّ اكتمال المعالجة حين يبلغ $SUD = 0$ ويبلغ $VOC = 7$ ويكون فحص الجسم خالياً من أي توتر متبقٍ. (Shapiro, 2018)

مرحلة المعالجة	درجة SUD النهائية	درجة VOC النهائية	دلالة النتيجة
القياس القبلي	8 — 10	1 — 2	بداية المعالجة (الذكرى في حالة نشطة)
منتصف الجلسات	4 — 7	3 — 5	جارٍ المعالجة (تراجع تدريجي)
نهاية الجلسة	0	7	اكتمال المعالجة (تحييد الذكرى)

جدول رقم (4.4) يبين تواتر انخفاض SUD وارتفاع VOC خلال جلسات EMDR

4-5-4-3. توقيت القياس

قُيِّس مؤشرا SUD و VOC في كل جلسة من الجلسات العلاجية العشر، وذلك:

- في بداية كل جلسة مرحلة إعادة التقييم (Phase 8) - للتحقق من مدى ثبات التحسن المحقق في الجلسة السابقة.
- في نهاية كل جلسة مرحلة الإغلاق (Phase 7) لتسجيل القيم الختامية ومقارنتها بالقيم الافتتاحية.

4-5-5-5. البروتوكول العلاجي المقترح القائم على البروتوكول العام ل EMDR .

تم تصميم برنامج علاجي قائم على البروتوكول العام ل EMDR من قبل الباحثين استدلالاتاً بالمراجع التي اعتمدناها للدراسة، خاصة البروتوكول القياسي لفرانسين شابيرو مطورة العلاج، مرجع الدكتوراة وردة بالحسيني المعنون ب «اضطراب الضغوط التالي للصدمة وجها لوجه أمام الأيام الصعبة». ووفقاً لما تناولناه في الدورات التكوينية الخاصة بالعلاج ب EMDR من طرف الاختصاصي العيادي الممارس والمكون لهذا العلاج الأستاذ غرايبية محمد الطيب.

وتم عرض البرنامج العلاجي على مجموعة من الأساتذة ذوي الاختصاص وبعض الممارسين العيادين لهذا العلاج من أجل تحكيمه وتقويمه. ولقد لاقى قبولا مع ادراج بعض الملاحظات الطفيفة التي تم التعديل وفقاً لها. وقمنا بتطبيقه على الحالات المقصودة في الدراسة. حالتان من

الراشدين المتعرضين للصدمة والمُشخصين رسمياً باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) وسنقوم بعرض البرنامج الأولي والبرنامج في صيغته النهائية بعد التحكيم والتعديل عليه والمطبق فعلياً. (موجود ضمن ملاحق الدراسة)

4-5-5-1. إجراءات تطبيق البروتوكول العلاجي

طُبِقَ البروتوكول العلاجي القائم على حركات العين وإعادة المعالجة لتخفيف الحساسية (EMDR) وفق المراحل الثماني الأصلية التي وضعتها فرانسيس شابيرو (Shapiro, 2018)، موزعةً على عشر (10) جلسات علاجية، كما هو مفصّل أدناه.

4-5-5-2. توزيع الجلسات العشر

الجلسات	مراحل EMDR	المحتوى	الأدوات المستخدمة
1 — 2	المرحلة 1 و 2	جمع السيرة الذاتية والتاريخ الصادم، القياس القبلي	استبيان الأعراض الصدمية وأنواع الصددمات، استمارة المعلومات ، مقياس PCL-5
3 — 7	المرحلة 3 إلى 7	تحديد الذكريات الصادمة المستهدفة — تطبيق التحفيز الثنائي — إزالة الحساسية — تثبيت المعتقد الإيجابي	VOC ، SUD
∞	المرحلة 3 إلى 8 — إعادة الاستهداف	استمرار المعالجة — إعادة تقييم المسار	VOC ، SUD

الجلسات	مراحل EMDR	المحتوى	الأدوات المستخدمة
9	المرحلة 3 إلى 8	استكمال معالجة الذكريات المتبقية — تعزيز المكتسبات — تخطيط المستقبل	VOC ، SUD
10	الختام + القياس البعدي	إغلاق البروتوكول _ القياس البعدي الشامل _ تقييم النتائج	PCL-5

جدول رقم (5.4) يبين توزيع الأهداف على الجلسات العلاجية

4-5-5-3 الاعتبارات الأخلاقية لتطبيق العلاج

استُرشد في إجراء الدراسة بالمبادئ الأخلاقية المعتمدة في بحوث علم النفس الإكلينيكي، وتضمنت الإجراءات الأخلاقية المتبعة ما يلي:

- الحصول على موافقة مستتيرة حرة وخطية من الحالتين قبل الشروع في أي إجراء، إلتزاماً بالمبادئ الأخلاقية للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) من خلال تقديم معلومات وافية نشرح فيها للحالتين بلغة واضحة طبيعة الدراسة وأهدافها، طبيعة العلاج بـ EMDR ومراحله والآثار المحتملة والإنفعالات داخل الجلسات ، وحدود السرية .
- إبلاغ الحالتين بحقهما في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أي تبعات.
- ضمان سرية البيانات والمعطيات الشخصية وعدم الكشف عن هوية المشاركين.
- التأكد من أهلية الباحث لتطبيق بروتوكول EMDR وفق المعايير المهنية المعتمدة (EMDRIA, 2021) - (قمنا بالتكوين في العلاج) -

- توفير الدعم النفسي اللازم للحالتين في حال ظهور أي ضائقة انفعالية مفاجئة خلال الجلسات. - (تم تطبيق البرنامج بحضور أخصائية نفسانية).
- من خلال الدراسة الاستطلاعية والتعرف على حالات الدراسة ومن خلال الملف النفسي للحالة (أ)، أين وجدناها تعاني من أفكار انتحارية وسلوكيات إيذاء الذات ، اضطررنا لوضع بروتوكول السلامة بالتنسيق مع الأخصائية النفسانية جديعي والأستاذ المكون غرايبية .

وذلك من خلال تقييم مستمر للحالة بداية كل جلسة مع اشتراط وصول الـ SUD إلى أقل من 3 قبل استهداف ذكرى جديدة، وضع خطة سلامة مكتوبة مع الحالة، تتضمن الأشخاص الموثوقين للتواصل معهم في لحظات الأزمة ، الى جانب تقنيات التهدئة المتعلمة كموارد لبناء التنظيم الإنفعالي. (المكان الآمن ، العناصر الأربعة، صندوق الإحتواء).

4-5-5-4. البروتوكول العلاجي المقترح (العلاج بـ EMDR) الصورة الأولية

جلسة رقم 01: الجلسة الافتتاحية

موضوع الجلسة	- تأسيس العلاقة العلاجية - الاستكشاف والتقييم الشامل
اهداف الجلسة	- تحديد ورسم خارطة الطريق العلاجية من خلال: - بناء علاقة علاجية بين المعالج والمتعالج قائمة على الثقة والتقبل . - تحديد الشكوى الحالية وجمع البيانات حول الحالة. - الاتفاق على العقد العلاجي (كيفية سير الجلسات) - التقييم والفحص والتشخيص الأولي لمستوى العجز العام.
الفنيات والأساليب	- الحوار والمناقشة. - الملاحظة. - القياس.
إجراءات ومحتويات الجلسة	- الترحيب بالمتعالج وبناء جو من الثقة والالفة. - التعرف على تاريخ حياة المتعالج من أجل جمع معلومات كافية لإدراك واضح لمشكلاته وتحديد وحصر معاناته. - مناقشة المتعالج حول الصعوبات والمعاناة الحالية التي يواجهها بشكل دقيق. - مناقشة الأحداث المؤلمة من الماضي التي لاتزال تسبب ضيقا في الحاضر مع ترتيبها حسب العمق وشدة الضيق والتأثر من أجل تحديد قائمة الأهداف (تحديد الأولويات)، "الذكرى الأصلية، الذكرى الأسوأ، التعرف على المثيرات الحالية، المخاوف المستقبلية". - مناقشة الخطة العلاجية وطريقة تسيير الجلسات من خلال تعريفه

<p>بنوع العلاج لحالته وماذا يستهدف.</p> <p>- اجراء مسح شامل لفهم مدى استعداداه لبدأ العلاج من خلال التعرف على (قدرته على وصف المشاعر وتسميتها. القدرة على التخيل واستخدام تقنيات الاسترخاء بنجاح، وجود بيئة داعمة - أسرة، أصدقاء، استقرار الحالة الصحية).</p>	
<p>-المقابلة</p> <p>- الملاحظة</p> <p>- استمارة جمع المعلومات</p> <p>- استبيان التعرض للأحداث الصادمة.</p> <p>- استبيان أنواع الأحداث الصدمية المتعرض لها</p> <p>- مقياس PCL-5 لتقييم شدة أعراض PTSD</p>	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60دقيقة</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الجلسة 02: التعريف بالعلاج E MDR والتحضير النفسي والتدريب على بعض مهارات العلاج.

<p>التحضير النفسي للحالة قبل تطبيق البروتوكول العلاجي.</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<p>- أخذ موافقة المتعالج على تطبيق العلاج، بعد شرح أهداف العلاج والاتفاق على المكان الآمن كآلية لتجنب الانفعالات الحادة.</p> <p>-التدريب على مهارات الضبط النفسي والتدريب على بعض تقنيات الاسترخاء وكيفية استخدام تقنية المكان الآمن، صندوق المحتوى (الاحتواء)، وتقنية العناصر الأربعة لتسهيل سير وإتمام العلاج.</p>	<p>اهداف الجلسة</p>
<p>- الحوار والمناقشة من أجل التثقيف والتعريف بالعلاج عن طريق EMDR وأهميته وفعاليته لمثل هاته الحالات.</p> <p>- تمارين التنفس والتخيل والاسترخاء والتثبيت.</p> <p>- تقنية التنظيم الانفعالي.</p>	<p>الفنيات والأساليب</p>
<p>- استقبال المتعالج والترحيب به.</p> <p>- نذكره بمخرجات الجلسة السابقة وكيف اننا حددنا معا مجموعة الصدمات وأنواعها لديه ونقول له علينا ترتيب هذه الأحداث لأننا سوف نعالجها واحدة بواحدة حسب شدة تأثرها بها. نستطيع هنا الاستعانة بمصفوفة إزنهاور من أجل تحديد الأولويات ،حيث نبدأ بما هو مستعجل ومقلق جدا وصولا الى الذكريات التي لازالت تسبب ضيقا بسيطا ونضعها في جدول الأهداف.(نقوم بهذا الترتيب بناء على مخرجات استبيان أنواع الصدمات المتعرض لها الذي قمنا بها في أول</p>	<p>إجراءات ومحتويات الجلسة</p>

<p>جلسة).</p> <p>- شرح مفصل للعلاج بحركات العين وإعادة المعالجة (EMDR) وكيفية الانتقال بين مراحلها الثمانية.</p> <p>- شرح آلية النظام التكيفي لمعالجة المعلومات (AIP). حيث نقول له: " اطمئن كل ما في الأمر أن دماغك توقف عن معالجة هذه الذكريات فقط، ونحن ومن خلال هذا العلاج سنحاول تشغيل المحرك وإعادة ترتيبها كي تصبح أكثر تكيفا مع الذكرى".</p> <p>- التدريب على تمرين المكان الآمن، نقول له: «تخيل مكانا يبعث فيك الراحة النفسية، على أن تقوم بالعودة إليه كلما احتجت لذلك أثناء تطبيق التحفيز الثنائي.</p> <p>- التدريب على تقنية صندوق المحتوى الفارغ الذي يمكنه من توظيف القدرة التخيلية في بناء صورة ذهنية لوعاء أو حاوية متينة حديدية أو خشبية محكمة الإغلاق، (يودع فيها المتعالج المحتوى الصادم غير المعالج من صور، ذكريات مشاعر مزعجة أحاسيس جسمية مقلقة، بصفة مؤقتة ومنظمة استنادا إلى مبدأ التنظيم الانفعالي. حفاظا على قدرته على التحمل على أن نعود إليها حينما تطلب جلسات المعالجة اللاحقة استعادتها من أجل معالجتها).</p> <p>- التدريب على استخدام مهارة العناصر الأربعة: (الأرض: التجذر) (الثبات بوضع القدمين على الأرض)، الهواء: التنفس (الاسترخاء التنفسي بعد كل جولة تحفيز أو قلق أثناء التحفيز)، الماء: اللعب (كرة اللعب من مهارات الاسترخاء)، النار: الخيال أو التخيل.</p>	
<p>• التثقيف عن طريق المقابلة الحوار والمناقشة</p> <p>• الملاحظة</p>	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60دقيقة</p>	<p>المدة</p>

الجلسة 03: بداية المعالجة بتطبيق العلاج عن طريق إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين. EMDR (معالجة الذكرى الأصلية)

<p>تطبيق العلاج بتخفيف الصدمة عن طريق إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين حسب أولويات الصدمات (الذكريات التأسيسية)</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<p>- خفض وحدة الانزعاج "SUD" المرتبطة بالذكريات الأكثر تأثيرا إلى (0) ورفع نسبة التصديق الإيجابي (الاعتقاد حول الصدمة) «VOC» . .</p> <p>- التقييم (القياس القبلي والبعدى ل VOC و SUD بغية الوصول الى نسب جيدة خفض SUD تقريبا 0، ورفع VOC تقريبا 7).</p> <p>- إزالة التحسس من أعماق صدمة.</p> <p>- الوصول الى الراحة النفسية والفيزيائية بالتخلص من أقدم الذكريات السيئة أو أعماقها تأثيرا.</p>	<p>اهداف الجلسة</p>
<p>-الحوار والمناقشة</p> <p>- التعريض التخيلي</p> <p>- توكيد الذات</p> <p>- إعادة البناء المعرفي</p> <p>- تعلم نموذج (ABC) كيفية الربط بين الفكرة والمشاعر والسلوك</p> <p>-التنبيه الثنائي عن طريق حركات العينين</p> <p>-التحفيز السمعي او التريبيت.</p>	<p>الفتيات والأساليب</p>

<p>- الاسترخاء - تمارين العناصر الأربعة واستحضار المكان الآمن. وصندوق الاحتواء (كلما تطلب الامر ذلك).</p>	
<p>الاستقبال والترحيب ومناقشة ما تم الاتفاق عليه في الجلسة السابقة. وبدأ العلاج 1- البناء والتحضير بعد اختيار أولوية الصدمة الأكثر تأثيراً لنبداً بمعالجتها. - قياس وحدة ال انزعاج SUD من 1 إلى 10 - قياس مدى تصديق المعتقد الإيجابي المتعلق بالصدمة من 1 إلى 7 2- تحديد المكان الآمن. " يُطلب منه تكوين مكان هادئ وآمن في مخيلته من خلال استحضار صور، مشاعر، وأحاسيس جسدية دقيقة تزيد من الشعور بالأطمئنان والاسترخاء من أجل الرجوع إليها كلما دعت الحاجة إلى ذلك (عند الوصول إلى أقصى حد من المشاعر والانفعالات الصدمية أثناء تذكر الموقف). وفي المقابل نذكره بصندوق المحتوى إن احتاج إليه. - استخدام "إشارة التوقف" التي يتعلمها المتعالج لاستخدامها كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالانزعاج الشديد أثناء التحفيز الثنائي. 3- مرحلة التقييم تستهدف هذه المرحلة استرجاع الذكرى وتحديد العناصر المرتبطة بها. تحديد العناصر: استرجاع الأفكار، الصور، المشاعر، والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالصدمة. تحديد الفكرة السلبية: تحديد المعتقد السلبي غير العقلاني عن الذات المرتبط بالصدمة (مثل: "أنا عديم الفائدة") نقول له ماهي الكلمات السلبية عن نفسك الآن، أين تشعر بها في جسمك. نحاول هنا ربط المتعالج بذكرياته الأليمة من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: "استحضر في ذهنك الموقف كاملاً بكل تفاصيله، كيف حدث؟، أين؟، متى؟ ماذا حصل بالضبط لك وكيف تصرف؟". ومن خلال هذا نقوم بقياس شدة مشاعر الاضطراب والانفعالات السيئة تجاه هذه الاحداث الصدمية القديمة أو الأكثر تأثيراً أثناء استرجاعها بواسطة سلم الوحدات الذاتية للاضطرابات (سلم القياس: SUD قياس الشدة من (0) إلى (10)). حيث 10 أقصى درجات الاضطراب. وفي المقابل نقوم بقياس VoC: قياس مدى صدق المعتقد الإيجابي من (1) إلى (7) صدق المعتقدات حول شعوره الصدمي ودرجة إيجابيتها أو سلبيتها بالنسبة له حيث 7 هي أعلى درجة التصديق الإيجابي. - وفي هذه المرحلة أيضاً نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية: اختيار معتقد إيجابي بديل نرغب في ترسيخه لدى المتعالج (مثل: "أنا لذي قيمة". "لدي هدف في الحياة أستطيع تحقيقه لأنني بخير الآن"). بتحديد المعتقد الإيجابي يستخدم لاحقاً لتعويض الفكرة السلبية في مرحلة قادمة من العلاج. 1- إزالة الحساسية هذه هي المرحلة الإجرائية المكثفة لتخفيف الانفعال السلبي. باستخدام التحفيز الثنائي: يبدأ المعالج بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العين، النقر (التربيت)، أو النغمات الصوتية.</p>	<p>إجراءات ومحتويات الجلسة</p>

التتبع البصري: يُطلب من المتعالج تتبع إصبع المعالج أو مثير حسي ذهاباً وإياباً دون توقف ويطلب منه الاحتفاظ بصورة الحدث والفكرة السلبية المتعلقة به .

رصد المتغيرات: يُطلب من العميل وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء الحركة. سؤاله عن موقع الاضطراب من جسده (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالصدمة)، يستمر التحفيز عدة جولات في كل منها حوالي 30 ثا، مع سؤالنا للمتعالج ماذا يظهر لك الآن ؟، أين تشعر بها في جسدك؟.

وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي اختاره. بعدها نقول له: "أتذكر الصندوق الفارغ الذي قمت بوضعه جانباً حاول ان تفتحه الآن وضع فيه كل انزعاجك التي تشعر به اغلقه بإحكام وعد اليّ، على ان نعود إليه لاحقاً"

- نقوم بإيقاف العملية والقيام بالاسترخاء التنفسي حوالي دقيقة (الجلوس في وضعية مريحة وتثبيت القدمين على الأرض ثم التنفس العميق (5-2-5) حوالي ثلاثة جولات أو اربع). (سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب. ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به). أو استخدام تقنية كرة اللعاب لإعادة الهدوء والاستقرار.

تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الاضطراب (SUD) في التناقص والوصول إلى أدنى درجة ممكنة (الصففر).

5- تثبيت المعرفة الإيجابية

الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي الذي تم اختياره سابقاً في هذه المرحلة نقوم بالربط بين الذكريات السلبية للحدث الصادم وبين الفكرة الإيجابية المتعلمة المرتبطة به في خطوة لإعادة تنظيم الذكريات المشوشة، فتصبح الذكرى السلبية ملازمة للفكرة الإيجابية ملتحمة معها فيخف ضغطها ويعاد تركيب التكيف المعرفي بطريقة سليمة تدريجياً.

و من خلال التعزيز: استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC. (نقوم بإعادة القياس كل).

6- مسح الجسد

يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالصورة الصدمية والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل.

المعالجة الجسدية: إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، يقوم المعالج بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه.

7- الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان، واستخدام أدوات التحكم التي تدرب عليها إذا لم تكتمل المعالجة.

إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.

8 – التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VoC و SUD

تحديد أهداف علاجية جديدة بناءً على التطور المحقق.

الواجب المنزلي: يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو مشاعر

تظهر بين الجلسات.	
الأدوات المستخدمة	- سلم القياس « SUD » وسلم القياس « VOC » - سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.
زمن الجلسة	60د

الجلسة 04: استكمال معالجة الذكرى الأولى أو الانتقال الى الذكرى الأكثر إزعاجا.

موضوع الجلسة	إعادة تطبيق العلاج بتخفيف الصدمة عن طريق إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين لإزالة ما تبقى من الصدمة، أو الانتقال إلى الصدمات الموائية
اهداف الجلسة	- يحدد الهدف بناء على مخرجات الجلسة الأولى. إتمام إزالة ما تبقى من الصدمة التأسيسية أو الانتقال الى الصدمة الموائية. - خفض SUD تقريبا 0، ورفع VOC تقريبا 7). - الانتقال من اقدم صدمة الى ما تبقى منها أو إزالة صدمة موائية .
الفنيات والأساليب	- التنبيه الثنائي عن طريق حركات العينين - التحفيز السمعي أو التريبت. - بعض تمارين الاسترخاء - التعزيز - التحصين التدريجي عن طريق دمج الاسترخاء مع التعريض الخيالي - التخيل
إجراءات ومحتويات الجلسة	- الاستقبال والترحيب مناقشة الواجب المنزلي - قياس وحدة الانزعاج SUD من 1 الى 10 ما تبقى من أول معالجة وبناء على المراقبة الذاتية من قبل المتعالج. - قياس مدى تصديق المعتقد الإيجابي المتعلق بالصدمة من 1 إلى 7 - إعادة التركيز على أكثر الصور إثارة في الذاكرة (المتعلقة بالصدمة). - تكرار التحفيز الثنائي حتى يتوقف تدفق المشاعر السيئة للحالة، مع العودة دائما الى المكان الآمن للمحافظة على الاستقرار والضبط الانفعالي والنفسي له. 4- إعادة التقييم إعادة نفس خطوات التقييم لأول جلسة وقياس ما تبقى من أثر الصدمة بواسطة السلم « SUD »، وتسجيل القياسات . إزالة الحساسية استخدام التحفيز الثنائي حتى يتوقف تدفق المشاعر السلبية المراد ازالتها يبدأ المعالج بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العين يقوم المعالج بتحريك اصبع اليد يمينا وشمالا ويطلب ممن المتعالج تتبعها بعينيها، النقر (التريبت)، أو النغمات الصوتية. وبنفس الإجراءات السابقة وفقا للبروتوكول القياسي للعلاج نكمل المراحل القادمة

<p>- يُطلب من المتعالج تتبع إصبع المعالج أو مثير حسي ذهاباً وإياباً دون توقف ويطلب منه الاحتفاظ بصورة الحدث والفكرة السلبية المتعلقة به .</p> <p>- يُطلب من المتعالج وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء تتبع الحركات. سؤاله عن موقع الاضطراب من جسده (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالصدمة)، يستمر التحفيز عدة جولات في كل منها حوالي 30 ثا، مع سؤالنا للمتعالج ماذا يظهر لك الآن ؟، أين تشعر بها في جسدك؟. وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي اختاره. ونقوم ببعض تمارين التهدئة كالتنفس والاسترخاء.</p> <p>(سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب. ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به).</p> <p>5- تثبيت المعرفة الإيجابية</p> <p>الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي الذي تم اختياره سابقاً في هذه المرحلة نقوم بالربط بين الذكريات السلبية للحدث الصادم وبين الفكرة الإيجابية المتعلمة المرتبطة به في خطوة لإعادة تنظيم الذكريات المشوشة، فتصبح الذكرى السلبية ملازمة للفكرة الإيجابية ملتحمة معها فيخف ضغطها ويعاد تركيب التكيف المعرفي بطريقة سليمة تدريجياً.</p> <p>و من خلال التعزيز: استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC.</p> <p>6- مسح الجسد</p> <p>يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالصورة الصدمية والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل.</p> <p>المعالجة الجسدية: إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، يقوم المعالج بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه. الى غاية إزالة كل اثار الصدمة وإعادة التكيف السليم معها</p> <p>2- الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان، واستخدام أدوات التحكم التي تدرب عليها إذا لم تكتمل المعالجة.</p> <p>إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.</p> <p>8 – التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج</p> <p>تحديد أهداف علاجية جديدة بناءً على التطور المحقق.</p> <p>الواجب المنزلي: يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو مشاعر تظهر بين الجلسات.</p>	
<p>- أدوات EMDR</p> <p>- مقياسي شدة الانزعاج SUD ودرجة تصديق المعتقد VOC</p>	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60د</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الجلسة 05: استكمال المعالجة أو الانتقال الى المثيرات الحالية.

موضوع الجلسة	إعادة التقييم ومعالجة المثيرات الحالية
اهداف الجلسة	<p>- التقييم (القياس القبلي والبعدى ل VOC و SUD بغية الوصول الى نسب جيدة خفض SUD تقريبا 0، ورفع VOC تقريبا 7).</p> <p>- الوصول الى الراحة النفسية والفيزيائية بالتخلص من أقدم الذكريات الصدمية وأعمقها تأثيرا.</p>
الفنيات والأساليب	<p>- التعريض التخيلي</p> <p>- توكيد الذات</p> <p>- إعادة البناء المعرفي</p> <p>- التنبيه الثنائي عن طريق حركات العينين</p> <p>- التحفيز السمعي او التربييت.</p> <p>- الاسترخاء.</p>
إجراءات ومحتويات الجلسة	<p>- الاستقبال والترحيب بالمتعالج مناقشة ما وصل اليه من تحسن وتحديد الهدف الجديد.</p> <p>- إعادة تقييم السابق. بحساب كل وحدة الانزعاج وما تبقى من التصديق السلبي للمعتقد. وعند تحقيق الهدف بالإزالة التامة وإعادة التكيف ننتقل للهدف الموالي .</p> <p>- العودة إلى صندوق الاحتواء لإفراغه من محتواه ومعالجة ما تركناه جانبا للتعافي التام من آلام الذكرى.</p> <p>- إعادة نفس الإجراءات للعلاج ب EMDR</p> <p>- قياس وحدة ال انزعاج (SUD) من 1 الى 10 للمثيرات الحالية للصدمة.</p> <p>- قياس صلاحية الادراك السلبي او الإيجابي حول المثير (VOC) من 1 الى 7</p> <p>2- تحديد المكان الآمن. (بنفس الطريقة حسب البروتوكول المتعلم)</p> <p>- استخدام "إشارة التوقف" التي يتعلمها المتعالج لاستخدامها كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالاضطراب الشديد.</p> <p>3- مرحلة التقييم</p> <p>بنفس الإجراءات مع . تحديد الفكرة السلبية: تحديد المعتقد السلبي غير العقلاني عن الذات المرتبط بالصدمة . نحاول هنا ربط المتعالج بذاكراته الأليمة من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: " استحضر في ذهنك الموقف كاملا بكل تفاصيله، كيف حدث؟، اين؟، متى؟ ماذا حصل بالضبط لك وكيف تصرفت؟.</p> <p>نقوم بقياس شدة مشاعر الاضطراب والانفعالات السيئة تجاه هذه الاحداث الصدمية القديمة أو الأكثر تأثيرا أثناء استرجاعها بواسطة سلم الوحدات الذاتية للاضطرابات. قياس (VoC.) مدى صدق المعتقد الإيجابي من (1) إلى (7)</p> <p>صدق المعتقدات حول شعوره الصدمي . 7 هي أعلى درجة التصديق الإيجابي للمعتقد.</p> <p>- وفي هذه المرحلة أيضا نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية: اختيار معتقد إيجابي</p>

بدل نرغب في ترسيخه لدى المتعالج .إن تحديد المعتقد الإيجابي يستخدم لتعويض الفكرة السلبية في مرحلة قادمة من العلاج.

4- إزالة الحساسية

-المرحلة الإجرائية لتخفيف الانفعال السلبي.

باستخدام التحفيز الثنائي: يبدأ المعالج بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العينين ذهاباً وإياباً تتبعاً لأصبع المعالج او مثير حسي آخر، دون توقف ويطلب منه الاحتفاظ بصورة الحدث والفكرة السلبية المتعلقة به .

رصد المتغيرات: يُطلب من العميل وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء الحركة. سؤاله عن موقع الاضطراب من جسده (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالصدمة)، يستمر التحفيز عدة جولات مثل ما سبق مع ان نطلب منه ان يعلمنا اين يشعر في جسده بالاضطراب. وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي أختره سابقاً.

- نقوم بإيقاف العملية والقيام بالاسترخاء التنفسي أو إحدى تقنيات التهدئة المتعلمة سابقاً " العناصر الأربعة مثلاً".(سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب. ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به). التكرار: تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الاضطراب (SUD) في التناقص والوصول إلى أدنى درجة ممكنة (الصفر).

5- تثبيت المعرفة الإيجابية

الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي الذي تم اختياره سابقاً. في هذه المرحلة نقوم بالربط بين الذكريات السلبية للحدث الصادم وبين الفكرة الإيجابية المتعلمة المرتبطة به في خطوة لإعادة تنظيم الذكريات المشوشة، فتصبح الذكرى السلبية ملازمة للفكرة الإيجابية ملتزمة معها فيخف ضغطها ويعاد تركيب التكيف المعرفي بطريقة سليمة تدريجياً.

و من خلال التعزيز: استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC. (نقوم بإعادة القياس كل)

6-مسح الجسد :يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالصورة الصدمية والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل.

إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، يقوم المعالج بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس من أجل تصريفه.

7-الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان،

إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.

8 -التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VOC وSUD - تحديد أهداف علاجية جديدة بناءً على التطور المحقق.

- حساب شدة الضغوط الصدمية بواسطة -مقياس-PCL-5

- الواجب المنزلي: يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو مشاعر تظهر بين الجلسات.

الأدوات المستخدمة	- سلم القياس «SUD» وسلم القياس « VOC » - مقياس-PCL-5 - سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.
زمن الجلسة	60د

الجلسة 06: معالجة المثيرات الحالية للذكريات السابقة.

موضوع الجلسة	إعادة التقييم ومعالجة المثيرات الحالية
اهداف الجلسة	- التكيف مع المثيرات الحالية للذكريات الصدمية وكسر الروابط الشرطية بين أحداث الماضي والمواقف الحالية التي تسبب ضيقا. - تعميم الشفاء ليشمل المواقف اليومية التي تسبب عودة الذكريات السيئة. " فلاش باك"
الفنيات والأساليب	- التعريض التخييلي - توكيد الذات - إعادة البناء المعرفي والربط الوظيفي. - تمارين التنفس والاسترخاء.
إجراءات ومحتويات الجلسة	- الاستقبال والترحيب بالمتعالج مناقشة ما وصل اليه من تحسن وتحديد الهدف الجديد. - إعادة تقييم التحسن السابق. بحساب كل وحدة الانزعاج وما تبقى من التصديق السلبي للمعتقد. وعند تحقيق الهدف بالإزالة التامة وإعادة التكيف ننقل للهدف الموالي وهو إزالة التحسس من المثيرات والمواقف الحالية المتعلقة بالصدمة. نسأله عن المواقف التي يعيشها والتي قد تثيره وتذكره بالحدث السابق، - إعادة نفس الإجراءات للعلاج بEMDR -قياس وحدة ال انزعاج(SUD) من 1 الى 10 للمثيرات الحالية للصدمة. -قياس صلاحية الادراك السلبي "NC" او الإيجابي "PC" حول المثير؛ نقصد (VOC) من 1 الى 7. 2-تحديد المكان الآمن. (بنفس الطريقة حسب البروتوكول المتدرب عليه) -استخدام "إشارة التوقف" التي يتعلمها المتعالج لاستخدامها كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالاضطراب الشديد. 3-مرحلة التقييم بنفس إجراءات التقييم السابقة، نقوم بتحديد المثيرات الحالية. نحاول هنا ربط المتعالج بذكرياته الأليمة والمثيرات الحالية من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: " استحضر في ذهنك المواقف التي حدثت مؤخرا وأثارت لك ضيقا مثلا:(رؤية سيارة، سماع دوي أو صراخ، روائح معينة) نقوم بقياس شدة مشاعر الاضطراب والانفعالات السيئة تجاه هذه الاحداث. - اختيار المثير الأكثر إزعاجا حيث نطلب منه استحضار الموقف وما تراوده نفسه إزاءه مثلا ("أنا في خطر" - " أنا سأموت"...)

- قياس " VoC " و " CUD "

- وفي هذه المرحلة أيضا نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية: اختيار معتقد إيجابي بديل نرغب في ترسيخه لدى المتعالج. إن تحديد المعتقد الإيجابي يستخدم لتعويض الفكرة السلبية في مرحلة قادمة من العلاج.

4-إزالة الحساسية

باستخدام التحفيز الثنائي: يبدأ المعالج بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العينين ذهابا وإيابا تتبعا لأصبع المعالج او مثير حسي آخر، ويطلب منه التركيز على المثير الحالي المزعج.

رصد المتغيرات: يُطلب من العميل وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء التحفيز. (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالحدث)، يستمر التحفيز عدة جولات مثل ما سبق مع ان نطلب منه ان يعلمنا اين يشعر في جسده بالاضطراب.

وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي أختاره سابقا.

- نعيد بعدها إيقاف العملية والقيام بالاسترخاء التنفسي أو إحدى تقنيات التهدئة

المتعلمة سابقا " العناصر الأربعة مثلا". (سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب. ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به). التكرار: تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الاضطراب (SUD) في التناقص والوصول إلى أدنى درجة ممكنة (الصفر).

قياس نسبة انخفاض الانزعاج.

5- تثبيت المعرفة الإيجابية

من خلال الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي الذي تم اختياره سابقاً. لإعادة تنظيم الذكريات المشوشة، فيصبح المثير السلبي ملازمة للفكرة الإيجابية حوله فيخف ضغطها ويعاد تركيب التكيف المعرفي بطريقة سليمة تدريجياً.

ومن خلال التعزيز: استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC. (نقوم بإعادة القياس كل)

6-مسح الجسد: يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالمثير المزعج والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل.

المعالجة الجسدية: إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، نقوم بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه.

7-الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان،

إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.

8 -التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع

مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VoC و SUD

تحديد أهداف علاجية جديدة بناءً على التطور المحقق.

الواجب المنزلي: يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو

مشاعر حول المثيرات الحالية تظهر بين الجلسات.

الأدوات المستخدمة	- سلم القياس «SUD» وسلم القياس «VOC» - سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.
زمن الجلسة	60د

الجلسة 07: استكمال معالجة المثيرات الحالية للذكريات السابقة.

موضوع الجلسة	إعادة التقييم ومعالجة المثيرات الحالية
اهداف الجلسة	- إتمام إعادة التكيف مع المثيرات الحالية للذكريات الصدمية وكسر الروابط الشرطية بين أحداث الماضي والمواقف الحالية التي تسبب ضيقاً.
الفنيات والأساليب	- التعريض التخيل - توكيد الذات - إعادة البناء المعرفي والربط الوظيفي. بين ما هو مثير سيء وما هو واقع فعلاً (هنا والآن). - تمارين التنفس والاسترخاء.
إجراءات ومحتويات الجلسة	- الاستقبال والترحيب بالمتعالج مناقشة ما وصل اليه من تحسن وتحديد الهدف الجديد. - إعادة تقييم التحسن السابق. بحساب كل وحدة الانزعاج وما تبقى من التصديق السلبي للمعتقد حول المثيرات الحالية. وعند تحقيق الهدف بالإزالة التامة وإعادة التكيف ننتقل للهدف الموالي وهو إزالة التحسس من مثير آخر متعلق بالصدمة. نقول له بعد تأكدنا من إزالة المثير ننتقل وبنفس الإجراءات الى المثير التالي، - إعادة نفس الإجراءات للعلاج بEMDR - قياس وحدة الانزعاج (SUD) من 1 الى 10 للمثيرات الحالية للصدمة. - قياس صلاحية الادراك السلبي "NC" او الإيجابي "PC" حول المثير؛ نقصد (VOC) من 1 الى 7. 2- تحديد المكان الآمن. - استخدام "إشارة التوقف" كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالاضطراب الشديد. 3- مرحلة التقييم بنفس إجراءات التقييم السابقة، نقوم بتحديد المثيرات الحالية. نحاول هنا ربط المتعالج بالمثيرات الحالية من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: " استحضر في ذهنك المواقف التي حدثت مؤخراً وأثارت لك ضيقاً مثلاً: (حادث، سماع دوي أو صراخ، روائح معينة) نقوم بقياس شدة مشاعر الاضطراب والانفعالات السيئة تجاه هذه الاحداث. - اختيار المثير الأكثر إزعاجاً حيث نطلب منه استحضار الموقف وما تراوده نفسه إزاءه مثلاً ("أنا في خطر" - "أنا سأموت"...) - قياس "VoC" و "CUD"

- وفي هذه المرحلة أيضا نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية: اختيار معتقد إيجابي بديل نرغب في ترسيخه لدى المتعالج. إن تحديد المعتقد الإيجابي يستخدم لتعويض الفكرة السلبية في مرحلة قادمة من العلاج.
- 4- إزالة الحساسية
- باستخدام التحفيز الثنائي: يبدأ المعالج بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العينين ذهابا وإيابا تتبعا لأصبع المعالج أو مثير حسي آخر، ويطلب منه التركيز على المثير الحالي المزعج.
- رصد المتغيرات: يُطلب من العميل وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء التحفيز. (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالحدث)، يستمر التحفيز عدة جولات مثل ما سبق مع ان نطلب منه ان يعلمنا اين يشعر في جسده بالاضطراب.
- وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي أختاره سابقا.
- نعيد بعدها إيقاف العملية والقيام بالاسترخاء التنفسي أو إحدى تقنيات التهدئة المتعلمة سابقا " العناصر الأربعة مثلا". (سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب. ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به).
- التكرار: تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الاضطراب (SUD) في التناقص والوصول إلى أدنى درجة ممكنة (الصفر).
- قياس نسبة انخفاض الانزعاج.
- 5- تثبيت المعرفة الإيجابية
- من خلال الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي الذي تم اختياره سابقاً. لإعادة تنظيم الذكريات المشوشة، فيصبح المثير السلبي ملازمة للفكرة الإيجابية حوله فيخف ضغطها ويعاد تركيب التكيف المعرفي بطريقة سليمة تدريجياً.
- ومن خلال التعزيز: استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC. (نقوم بإعادة القياس كل)
- 6- مسح الجسد: يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالمثير المزعج والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل.
- إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، نقوم بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه.
- 7- الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان بعد إعادة تكيفه مع المثير المستهدف،
- إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.
- 8 - التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VOC و SUD
- تحديد أهداف علاجية جديدة بناءً على التطور المحقق.
- قياس شدة الانزعاج المتبقية بواسطة المقياس PCL-5
- الواجب المنزلي:** يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو

مشاعر حول المثيرات الحالية تظهر بين الجلسات وتسجيل المثيرات التي لم تعد تزعجه. وما يمكن أن يزعجه من مواقف مستقبلية .	
- سلم القياس «SUD» وسلم القياس «VOC» - المقياس PCL-5 - سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.	الأدوات المستخدمة
60د-	زمن الجلسة

الجلسة 08: منع الانتكاسة أثناء المواجهة المستقبلية مع مثيرات جديدة (تحديات مستقبلية).

بناء الدرع النفسي (المناعة النفسية) للمواجهة المستقبلية للمثيرات الضاغطة	موضوع الجلسة
- تحويل المعتقد الإيجابي من مجرد فكرة الى سلوك تلقائي لمواجهة المواقف القادمة - التأكد من إفراغ كل محتوى الصندوق ومعالجته.	اهداف الجلسة
- تقنية العناصر الأربعة (النار «التخيل»، الهواء «التنفس- الاسترخاء»، الأرض "التثبيت"، الماء "كرة اللعب"). - تمارين التنفس والاسترخاء. - تثبيت مشاعر القوة والسيطرة	الفنيات والأساليب
- الاستقبال والترحيب بالمتعالم الواجب المنزلي. - إعادة تقييم التحسن السابق. "SUD" و "VOC" - مناقشة النتائج الجديدة. وبعد التأكد من الإزالة التامة من الانزعاج لكل المثيرات الحالية، ننتقل بالمتعالم الى تعزيز المناعة النفسية من خلال محاربة قلقه المستقبلي بشأن نفس المواقف أو مواقف مشابهه من أجل منع الانتكاسة مستقبلا. نطلب منه أن يتخيل موقف معين يحتمل وقوعه في المستقبل يسبب له القلق (مقابلة عمل. لقاء كلمة في ملتقى. وقوع كارثة ما....). 1- نطلب منه تحديد المكان الآمن. واستخدام "إشارة التوقف" كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالاضطراب الشديد. 2- نطلب منه ان كان مازال موجود الصندوق او تمت ازالته بعد ان افرغنا محتواه من أجل التأكد من سير العلاج في الطريق الصحيح، ومنع الانتكاسة. 3-مرحلة التقييم بنفس إجراءات التقييم السابقة، ونقوم بتحديد المثيرات المتوقعة ونطلب منه أن يغمض عينيه ويتخيل الموقف كفيلم يمر أمامه. مركزا على بداية ظهور المثير . نحاول هنا ربط المتعالم بالمثيرات المتوقعة من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: " استحضر في ذهنك المواقف التي تخشى حدوثها أو قد تعجز على التعاون معها. وقد تنثير لك ضيقا مثلا:(سماع دوي،	إجراءات ومحتويات الجلسة

مقابلة عمل، إلقاء خطاب).

- قياس "VoC" و "CUD" المتعلقين بالمشاعر المتوقعة.
- وفي هذه المرحلة أيضا نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية : أن نطلب منه أن يتخيل نفسه وهو يتصرف بهدوء وثقة إزاء هذا الموقف.

4-إزالة الحساسية

باستخدام التحفيز الثنائي: نبدأ بتحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العينين ذهابا وإيابا تتبعاً لأصبع المعالج أو مثير حسي آخر، ويطلب منه التركيز على المثير المزعج وفي نفس الوقت تثبيت مشاعر القوة والسيطرة والقدرة على مواجهة المواقف المستقبلية بتخيل النجاح ومحاولة ضبط النفس في المواقف الصادمة. رصد المتغيرات: يُطلب من العميل وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء التحفيز. (من أجل التعرف على موقع الأحاسيس الجسمية المرتبطة بالحدث)، وفي نفس الوقت يطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية ويطلب منه التوجه للمكان الآمن الذي اختاره سابقاً.
- نعيد بعدها إيقاف العملية والقيام بإحدى تقنيات التهدئة المتعلمة سابقاً " العناصر الأربعة مثلاً". كرة اللعاب أو التنفس العميق
(سؤاله عن وصف ما شعر به من أحاسيس مع حساب مستوى الاضطراب.
ومستوى الفكرة الإيجابية المرتبطة به).

التكرار: تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الاضطراب (SUD) في التناقص والوصول إلى أدنى درجة ممكنة (الصفر).
قياس نسبة انخفاض الانزعاج.

5-تثبيت المعرفة الإيجابية

من خلال الربط المعرفي: العمل على تقوية الإدراك الإيجابي المحتمل. لإعادة تنظيم الأفكار المشوشة، وبالتالي إزالة الانزعاج.
- استخدام حركات العين لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس VoC)

6-مسح الجسد: يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالمثير المزعج والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل فنقول له : "تخيل نفسك وأنت تتعامل مع هذا الموقف بكل هدوء لاحظ كيف يشعر جسدك الآن ،وانت تتابع حركات اصبعي يميناً وشمالاً".

المعالجة الجسدية: إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، نقوم بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه.
7-الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان بعد إعادة تكيفه مع المثير المستهدف،

إعادة التقييم (بداية الجلسة التالية): مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج.

8 -التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VOC و SUD

الواجب المنزلي: يطلب من المتعالج القيام بالمراقبة الذاتية لأي إدراكات أو مشاعر حول المثيرات المحتمل ظهورها لاحقاً وقد تزعجه، وتسجيل المواقف التي

لم تعد تزعجه.	
- سلم القياس «SUD» وسلم القياس «VOC» - سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.	الأدوات المستخدمة
-60	الزمن

الجلسة 09: تعزيز المناعة النفسية بدمج ما تحقق من شفاء مع الحاضر والمستقبل

موضوع الجلسة	تعزيز المناعة النفسية للمواجهة المستقبلية دون تأثيرات
اهداف الجلسة	- التأكد من ثبات التحسن من خلال إغلاق كافة الملفات الصدمية سواء في الماضي أو الحاضر ومنعها مستقبلا. (التأكد من عدم وجود استجابات انفعالية) - ربط الشفاء المحقق بالقوة الحاضرة وقوة الاعتقاد الايجابي في المستقبل - المحافظة على الاستقرار واستدامة الشفاء
الفنيات والأساليب	- الاسترخاء - تثبيت مشاعر القوة والسيطرة
إجراءات ومحتويات الجلسة	- الاستقبال والترحيب بالمتعالج مناقشة آخر جلسة والسؤال عن الأحداث التي مر بها بعدها. - إعادة تقييم التحسن السابق. "SUD" و "VOC" - بنفس المنطلق نقوم بـ: 1- - نطلب منه تحديد المكان الآمن. واستخدام "إشارة التوقف" كلما أراد إيقاف العلاج عند الشعور بالانزعاج. -مرحلة التقييم نطلب منه أن يستحضر شريط زمني بالأحداث الماضية والمثيرات الحالية وما يتوقعه مستقبلا من أحداث، نحاول هنا ربط المتعالج بالذكريات والمثيرات الحالية والمتوقعة من خلال الصور والانفعالات المتعلقة بها مع مساعدته لاستدعائها نقول له: " استحضر في ذهنك المواقف المزعجة التي مررت بها سابقا والمثيرات الحالية والمواقف التي تخشى حدوثها مستقبلا. وقم بتحديد معتقدك الإيجابي حولها : " بعد كل ما مررت به في مراحل العلاج ما هو المعتقد الذي تتبناه حول نفسك الآن " - قياس "VoC" الحالية والتأكد من وصولها إلى مستوى مرتفع 6أو7 - وفي هذه المرحلة أيضا نقوم بتحديد الفكرة الإيجابية : أن نطلب منه أن يتخيل نفسه وهو يتصرف بهدوء وثقة إزاء ذلك. 4-إزالة الحساسية باستخدام التحفيز الثنائي: يطلب منه استحضار المشهد القديم للصدمة ثم استحضار المثير الحالي الذي تمت إزالة ضيقه ثم مشهد المواجهة المستقبلية الناجحة. وخلال دمج وربط المشاهد الثلاث نقوم بعملية تحفيز الانتباه الثنائي عبر حركات العينين ذهابا وإيابا تتبعا لأصبع المعالج او مثير حسي آخر، بحركات سريعة. رصد المتغيرات: يُطلب من العميل مراقبة نفسه وصف ما يطرأ من صور أو أحاسيس في جسده أثناء التحفيز. "ماذا ترى الآن؟". "بماذا تشعر في جسمك؟".

<p>ويطلب منه إعطاء إشارة التوقف إذا لم يستطع إتمام العملية والتوجه للمكان الآمن الذي أختاره سابقاً.</p> <p>- نوقف عملية التحفيز ونعود لإحدى تقنيات تسيير التوتر المتعلمة سابقاً " العناصر الأربعة مثلاً". كرة اللعاب أو التنفس العميق.</p> <p>- تستمر المجموعات من الحركات حتى يبدأ مستوى الانزعاج في الانخفاض.</p> <p>5- تثبيت المعرفة الإيجابية</p> <p>من خلال الربط المعرفي بين الماضي والحاضر والمستقبل نقوم بالعمل على تقوية الإدراك الإيجابي المحتمل. لإعادة تنظيم الأفكار، وبالتالي إزالة الانزعاج.</p> <p>- استخدام حركات العين أثناء إعادة النسيج المعرفي والربط بين الأفكار السابقة والفكرة الجديدة لزيادة تصديق المتعالج للفكرة الإيجابية حتى تصل لدرجة (7) على مقياس (VoC) . مع ترسيخ المعتقد الإيجابي "أنا منتصر الآن". أنا أقوى الآن وأستطيع مواجهة أية مواقف مشابهة بكل شجاعة".</p> <p>6- مسح الجسد: يُطلب من المتعالج الاحتفاظ بالمشير المزعج والاعتقاد الإيجابي في ذهنه مع عمل مسح شامل لجسمه من الأعلى للأسفل فنقول له: "تخيل نفسك وأنت تتعامل مع هذا الموقف بكل هدوء لاحظ كيف يشعر جسدك الآن .، وأنت تتابع حركات اصبعي يميناً وشمالاً".</p> <p>المعالجة الجسدية: إذا تم رصد أي إحساس جسدي مزعج أو توتر، نقوم بحزمة أخرى من التحفيز الثنائي (حركات العين) للتركيز على هذا الإحساس وتصريفه.</p> <p>7- الإغلاق: التأكد من مغادرة المتعالج وهو في حالة اتزان بعد إعادة تكيفه مع المثير المستهدف،</p> <p>إعادة التقييم: مراجعة السجل الذي احتفظ به المتعالج من تحسينات.</p> <p>8 - التقييم: تقييم مدى نجاح واستمرارية النتائج السابقة. مع التأكيد على رفع مستوى التفكير الإيجابي وخفض مستوى الإزعاج، إعادة قياس VOC و SUD</p>	
<p>- سلم القياس «SUD» وسلم القياس «VOC»</p> <p>- سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.</p>	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60د</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الجلسة 10: التقييم الختامي والإنهاء

<p>التقييم البعدي والوصول الى التعافي (نهاية العلاج)</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<p>- التحقق من انخفاض أعراض الاضطراب (PTSD) من خلال القياس.</p> <p>- التأكد من قدرة الحالة على الحفاظ على التحسن خارج إطار العيادة.</p> <p>- نقل مسؤولية التشافي من المعالج إلى المتعالج باستخدام أدوات المناعة النفسية التي زودناه بها.</p> <p>- إغلاق العلاقة العلاجية بطريقة صحية دون الاعتماد على المعالج.</p>	<p>اهداف الجلسة</p>

<p>إعادة التقييم - التغذية الراجعة؛ تبادل الآراء حول مسار العلاج - تعزيز الاستبصار من خلال ربط الحالة بأدائها قبل العلاج وبعده.</p>	<p>الفنيات والأساليب</p>
<p>-الاستقبال والترحيب ثم سؤال المتعالج عن أي تغيرات في السلوك حدثت بعد آخر حصة (تحسن النوم، العودة للعمل، المشاركة الاجتماعية). -إعادة تطبيق مقياس PCL-5 (القياس البعدي النهائي). -استعراض "قائمة الأهداف" التي وضعت وعولجت منذ أول جلسة. (الذكرى الأصلية، المثيرات الحالية): "عندما تستحضر هذه الذكرى الآن، ما هو مستوى ضيقك؟" يجب أن يكون. (SUD = 0) التأكد من أن المعتقد الإيجابي ("أنا ناجح"، "أنا قوي") لا يزال قوياً. (VoC = 7) - فحص الجسد الختامي نطلب من المتعالج استحضار أصعب لحظة في صدمته، ثم القيام بمسح كامل للجسد للتأكد من الإزالة التامة وعدم بقاء رواسب الصدمة. في حال وجود أي توتر (حتى لو بسيط)، يتم عمل مجموعات قصيرة من التحفيز الثنائي لإزالته نهائياً . التأكيد على استخدام تقنية "المكان الآمن" و"التنفس" في حال واجهت ضغوطاً مستقبلية غير متوقعة. -مرحلة الإنهاء تقديم المعالج لتغذية راجعة حول نقاط القوة التي أظهرتها الحالة خلال الـ 10 جلسات .إتاحة الفرصة للحالة للتعبير عن مشاعرها تجاه انتهاء العلاج. وإغلاق سجل الجلسات.</p>	<p>إجراءات ومحتويات الجلسة</p>
<p>- سلم القياس «SUD» وسلم القياس «VOC» -مقياس PCL-5</p>	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60د</p>	<p>زمن الجلسة</p>

تم عرض البرنامج المقترح على مجموعة من الأساتذة ذوي الاختصاص وبعض الأخصائيين النفسانيين الممارسين لهذا العلاج حسب الجدول (الموجود ضمن الملاحق)

4-6. الأساليب الإحصائية

تستلزم الدراسة الحالية منظومة إحصائية متكاملة تتوافق مع متطلبات تصميم الحالة المفردة وخصوصية البيانات الطولية المتكررة .وقد صُمِّمت هذه المنظومة لتُجيب عن مستويات متعددة من الأسئلة المنهجية في آنٍ واحد :الدلالة الإكلينيكية للتغير، وحجم الأثر العملي، والبنية الزمنية للبيانات .

وقد استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية تماشياً مع متطلبات الفرضية ومنهج الحالة المفردة تصميم أ. ب

4-6-1. مؤشر التغير الموثوق (Reliable Change Index — RCI)

الذي طوره جاكوبسون يحسب وفقاً للمعادلة التالية:

$$RCI = \text{الدرجة البعيدة} - \text{الدرجة القبلية} \div (\text{الخطأ المعياري للفرق})$$

حيث يُعدّ التغير موثقاً إكلينيكياً إذا تجاوزت القيمة المطلقة للمؤشر العتبة: الدرجة ± 1.96 ، ما يعني أن احتمال حدوثه بالصدفة أقل من 5%، إذ يغدو التحقق من معنوية التغير الفردي ضرورةً منهجية لا خياراً إضافياً، و لا يمكن الاستناد إلى المتوسطات الجماعية وهو ما يجعله الأداة الأنسب للحكم الإكلينيكي الفردي وفق ما أكدّه Wise وما أيّده Evans et al في سياق تقييم نتائج العلاج النفسي: (Jacobson & Truax, 1991, p. 14) .

4-6-2. نسبة التحسن المئوية (Percentage of Improvement)

تُعطي صورة وصفية مباشرة وقابلة للتواصل عن حجم التغير نسبةً إلى نقطة الانطلاق.

تُكمّل نسبة التحسن مؤشر RCI لأن الأخير يُجيب على سؤال "هل التغير حقيقي؟" بينما تُجيب

النسبة على "كم مقداره؟". (Jacobson & Truax, 1991, p. 16)

4-6-3. تحليل السلاسل الزمنية (Time-Series Analysis)

تحليل السلاسل الزمنية هو إطار منهجي لدراسة البيانات المقيسة بشكل متكرر على نفس الوحدة عبر الزمن ، يُتيح رصد :الاتجاه العام (Trend)، والتذبذب الدوري (Seasonality)، والتحويلات في المستوى عند نقاط التدخل(Shadish & Sullivan, 2011, p. 61) .

إن تصميم الحالة المفردة تصميم زمني في جوهره ؛ فالبيانات تُقاس عبر سلسلة من الجلسات لا في نقطة واحدة .لذلك فإن لابد من تحليل البُعد الزمني كما نبّه Shadish & Sullivan لأن تحليل السلاسل الزمنية يُتيح تتبّع مسار التغيّر لا مجرد رصد نقطتي البداية والنهاية، وهو ما يتوافق مع المنطق العلاجي لـ EMDR الذي يفترض تراكم المعالجة عبر الجلسات وفق نموذج AIP الذي أسسته Shapiro .(Shapiro, 2018, p. 30).

4-6-4. معامل الارتباط الذاتي (Autocorrelation Function — ACF)

يقيس ACF مدى اعتماد القيمة في نقطة زمنية معينة على القيم السابقة لها داخل السلسلة ذاتها ، ويُقارَن القيم بحدود الثقة التقريبية $\pm 1.96/\sqrt{N}$ ، فهو شرط أساسي في بيانات الحالة المفردة لانه يكشف اذا كانت قيمة الجلسة اللاحقة امتداد آلي للجلسة السابقة ،أم أثر علاجي فعلي، لان غياب الارتباطات الذاتية دال على تحسن علاجي اكثر مصداقية.(Shadish & Sullivan, 2011, p65).

4-6-5. الإنحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)

من اجل تحديد العلاقة بين رقم الجلسة ودرجة كل من درجة SUD أو VOC لحساب معامل الميل وتمثيل التغير مع كل جلسة . "تأكيد الخطية يعني أن التحسّن لم يكن ظاهرة عابرة بل مساراً متراكماً عبر الجلسات ومنتظم .وقد أكد Manolov & Moeyaert أن تقدير الاتجاه الخطي يُعدّ من أهم المؤشرات في تصميمات الحالة المفردة لأنه يُترجم التغيّر إلى وحدات قابلة للتفسير العلاجي (Manolov & Moeyaert, 2017, p. 94) .

4-6-6. حجم الأثر العملي Cohen's dz

يُحسب Cohen dz للقياسات المتكررة بقسمة متوسط الفروق بين قياسي البداية والنهاية على الانحراف المعياري لتلك الفروق .يُصنّف وفق معايير كوهين الشائعة :صغير (≥ 0.2)،

متوسط (≥ 0.5)، كبير (≥ 0.8). يُضيف حجم الأثر بُعداً تقييمياً مستقلاً يُجيب على السؤال الإكلينيكي الجوهرى " هل الفرق كبير بما يكفي ليحدث فرقاً في حياة الحالة؟". (Cohen, 1988, p. 284)

4-6-7. تحليل التباين للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)

يُعالج هذا الأسلوب المشكلة المنهجية بإزالة التباين بين الجلسات من الخطأ، مما يجعله أكثر حساسية في رصد الفروق الحقيقية داخل الجلسة، كما أكد Field (Field, 2013, p. 540).

خلاصة الفصل

أتاح هذا الفصل الاطلاع على البنية المنهجية الكاملة للدراسة التي صُممت وفق متطلبات منهج دراسة الحالة العيادية المفردة ($N=2$)، الذي يتيح التعمق في الديناميكية العلاجية الفردية ويُمكن من تتبع مسار التغيير جلسةً بجلسة بدلاً من الاكتفاء بمقارنة مجاميع جماعية. وقد أسهم التفصيل الدقيق لجلسات البروتوكول العشر، من حيث الأهداف والتقنيات والإجراءات والأدوات ومدة كل جلسة — في بناء وثيقة إجرائية قابلة للتكرار والتوظيف في سياقات علاجية مماثلة. كما أتاحت الأدوات القياسية والأساليب الإحصائية المستخدمة تغطيةً شاملة للأبعاد الأعراضية والذاتية والمعرفية للصدمة، مما يُضفي على بيانات الدراسة ثراءً ودقةً لافتين. وبهذا تكون الأرضية المنهجية قد نُضجت تماماً للانتقال إلى الفصل الخامس الذي يعرض النتائج التفصيلية للتطبيق الميداني ويناقشها في ضوء الأدبيات النظرية والتجريبية.

الفصل الخامس

فصل عرض وتحليل وتفسير النتائج

تمهيد

1-5. عرض الحالة الأولى (أ)

1-1-5. تحليل المقابلة الإكلينيكية للحالة أ

2-1-5. التشخيص الإكلينيكي وفق DSM-5-TR

3-1-5. سير جلسات البروتوكول العلاجي EMDR مع الحالة أ

2-5. عرض الحالة الثانية (ب)

1-2-5. تحليل المقابلة الإكلينيكية للحالة ب

2-2-5. التشخيص الإكلينيكي وفق DSM-5-TR

3-2-5. سير جلسات البروتوكول العلاجي EMDR مع الحالة أ

3-5. عرض وتحليل نتائج الفرضية

1-3-5. عرض وتحليل نتائج الحالة أ

1-3-5. عرض وتحليل نتائج الحالة ب

4-5. مناقشة النتائج في ضوء الأدبيات العلمية

1-4-5. تفسير نتائج الحالة أ في ضوء نموذج AIP

2-4-5. تفسير نتائج الحالة ب في ضوء نموذج AIP

3-4-5. المقارنة بين الحالتين — أوجه التمايز والتقاطع

6-5. ما تُضيفه الدراسة

الخلاصة العامة في ضوء الفرضية

تمهيد

يُمثّل هذا الفصل محطة تركيب للمذكرة، إذ تتقاطع فيه خيوط المسار البحثي كله: الإطار النظري الذي أرساه الفصلان الثاني والثالث، والمنهجية الإجرائية التي وثّقها الفصل الرابع، لتُقرأ على ضوءهما نتائج التدخل العلاجي الميداني بكل أبعادها الكمية والنوعية والإكلينيكية. وقد اعتمد هذا الفصل في بنائه على تصميم الحالة المفردة (Single-Case Experimental Design) وفق نموذج (A-B)، الذي يُتيح رصد التغيير جلسةً بجلسة وتحليله بدقة عبر منظومة قياسية ثلاثية المستويات. إكلينيكي (عبور عتبة التشخيص وفقدان الأعراض). جلّسي (مسار تحييد الضيق وبناء المعتقد). إحصائي (موثوقية التغيير وحجم أثره وانتظامه عبر الزمن)

وتسير معالجة البيانات وفق بنية منطقية مترابطة تبدأ بعرض كل حالة سردياً وإكلينيكيّاً، ثم تنتقل إلى تحليل مؤشرات الكمية والإحصائية، قبل أن تُقارن بين الحالتين وتُناقش النتائج في ضوء الفرضية والأدبيات العلمية الراهنة. وقد حرصنا في كل محطة من هذه المحطات على التمييز بين ما نصفه وما نُفسّره، وبين ما تُثبتته البيانات وما تُوحى به المؤشرات الإكلينيكية، انسجاماً مع متطلبات الأمانة العلمية التي يفرضها منهج الحالة المفردة.

5-1. الحالة أ

5-1-1. عرض معلومات الحالة أ

5-1-1-1. البيانات الأولية والشخصية

الجنس	أنثى
العمر	36 سنة
المستوى الدراسي	جامعي
المهنة	موظفة
مكان الإقامة	تقريت، الجزائر
الحالة الاجتماعية	عزباء
السكن الحالي	تنتقل بين منزل أمها ومنزل أختها الكبرى
الترتيب الأسري	الخامسة بين 6 أشقاء 3 : إناث، 3 ذكور
ملاحظة	الأب متوفى منذ عام 2014

5-1-1-2. الإحالة:

أحالتها طبيبة مختصة في أمراض النساء إلى أخصائية نفسانية في ديسمبر 2018 ، وذلك بسبب اضطراب في الدورة الشهرية ذي منشأ غير عضوي على الأرجح .وكانت الشكوى الأساسية تتمحور حول ضغوطات أسرية مزمنة شديدة الوطأة، لم تُفلح العلاجات الجسدية في تخفيفها.

5-1-1-3. التاريخ النفسي

- تُشير الحالة إلى تاريخ صدمي مبكر وعميق، يمكن إجمالها في المحاور الآتية:
- تعرّض لمعاملة سيئة من الوالدين منذ سن مبكرة، لا سيما من الأب المتوفى، فضلاً عن تعرضها لمعاملة سيئة من إحدى معلماتها في مرحلة التعليم الابتدائي.
- تناول أدوية نفسية في مرحلة سابقة ثم إيقافها بشكل إرادي دون استشارة طبية.
- إقرار المفحوصة بتعرضها لـ"جميع أنواع الصدمات، الإيذاء، والإهمال" منذ الطفولة.
- وجود أفكار انتحارية متكررة، مع تاريخ من محاولات إيذاء النفس.

5-1-1-4. أنماط العلاقات الأسرية:

- العلاقة بالأب: وُصفت بأنها "مؤذية بشكل مباشر".
- العلاقة بالأم: وُصفت بأنها "معقدة، تجمع بين الغضب والحب والتعاطف".
- العلاقة بالإخوة: وُصفت بأنها "مقبولة وجميلة" عموماً.

5-1-1-5. التاريخ العائلي للأمراض النفسية:

يُشار إلى أن معظم أفراد الأسرة يعانون من مشكلات نفسية مرتبطة بسرعة الغضب واضطرابات مترتبة على إساءات الأب السابقة.

5-1-1-6. التاريخ الجسدي

تعرضت الحالة لجملة من المشكلات الصحية الجسدية، يمكن إيجازها في:

- حساسيات متعددة: الغبار، الصوف، الرطوبة، الحرارة، المناخ الجاف، حبوب الطلع، القطط، العصافير، المبيدات والمعطرات.
- استئصال اللوزتين عام 2014.
- مشاكل في منطقة الكتف والرقبة.
- التهاب المفاصل (Arthrosis) منذ عام 2017، تمت معالجته بنسبة تصل إلى 80%.

5-1-1-7. الأدوية الحالية:

تتناول المفحوصة دواء هيدوكسيل (Hydroxyzine) بجرعة للنوم فقط

5-1-1-8. النشاط البدني:

تمارس السباحة، والرقص الرياضي، وتمارين حمل الأثقال بانتظام.

5-1-2. تحليل المقابلات العيادية مع الحالة: أ

من خلال المقابلات العيادية كشفت الحالة عن ثقل وحجم الألم المتراكم جراء جبروت وقسوة الأب ومعاملته السيئة لها ولأمها خاصة، إذ قالت: "كنت طفلة صغيرة نشوف أمي تتألم وما نقدر ندير والو هذا الشيء لكسرنى، كان يضربها ويعذبها قدامنا، أبي كان قاسي معنا كامل وحنّا غير ساكتين.. نخافوه" هذا القول دليل قاطع على أن الصمت لم يكن اختياراً بل إكراهاً وجودياً مفروضاً بالخوف، وقد أكد (Herman 1992) أن الصمت الصدمي في حالات

الإساءة من شخص قريب يُمثل آلية بقاء لا ضعفاً، ويُشكّل في حد ذاته مؤشراً على حجم القهر الذي عاشته الحالة. وبتحديد مدة المعاناة قالت الحالة إن إساءة الأب بدأت منذ طفولتها المبكرة وامتدت سنوات، وفي هذا إقرار بأن ما يُسمى 'الصدمة' (Trauma) قد نسج حضوره في بنية شخصيتها وهويتها قبل أن تكتمل أدوات الإدراك عندها. وقد وثّق **Van der Kolk et al. (2005)** أن التعرض المتكرر للصدمة في مرحلة النمو يُخلّف اضطراباً أعمق وأكثر تشعباً من الصدمة الأحادية، مما يلزم المعالج بتوسيع خارطة الأهداف العلاجية لتشمل مستويات متعددة من الشبكة الذاكرية.

وحين استُحضر الحدث الصدمي المحوري روت الحالة بصوت متألم: "كان يضرب أمي بالحزام.. ويخنقها وكنت أحاول ننفذها لكن ما نقدرش نخاف منو" وفي هذا الوصف تتجلى ثلاثية الصدمة: الإيذاء المتكرر على الأم من يد المفترض أن تحمي، والعجز المطلق، وانهيار شبكة الحماية الأسرية في آن واحد، وقد حدّدت **Shapiro (2001)** أن المثيرات من هذا النوع تُشكّل بؤراً حسية مركزية في الذاكرة الصدمية ينبغي استهدافها في مرحلة التقييم من بروتوكول EMDR. أما ضعف الأم فهو بالغ الأثر إكلينيكيًا، لأنه لا يُمثل غياب الحماية فحسب، بل يُؤسّس لاعتقاد سلبي عميق مفاده أن طلب المساعدة محكوم عليه بالإخفاق، وهو ما وصفه **Bowlby (1988)** في إطار نظرية التعلق بوصفه خيانة المرأة الأولى، إذ حين تفشل الأم في الاستجابة للداء الاستغاثي يتعلم الطفل أن ما يشعر به غير حقيقي أو لا يستحق الاهتمام. وعند سؤالها عن مشاعرها في تلك اللحظات، سبق الإجابة صمتٌ ثقيل أعقبه دموع خُنقت في الحلق، ثم قالت: "كنت نحس أنني ما نساوي والو، وأنا مانقدرش نقدم مساعدة"، وتحمل هذه الجملة معتقدين سلبيين محوريين متشابكين: الأول معتقد لقيمة الذات: NC أنا بلا قيمة، والثاني انعدام الأمان العلائقي. وقد أقرت **Shapiro (2001)** في بروتوكول EMDR أن المعتقدات السلبية الصادرة عن صدمة تعلق مبكرة تكون أشد مقاومةً للمعالجة لأنها تُشكّل بنية الهوية لا مجرد معتقد موقفي. وما يُسمى (Alexithymia) يتجسّد بوضوح في التناوب بين الصمت والكلام المجزأ، إذ أكد **Van der Kolk (2014)** أن الصدمة تُخزّن في مناطق من الدماغ لا تملك لغة، مما يجعل اللغة تعجز أحياناً عن الوصول إلى ما تحتجزه الذاكرة الجسدية.

وعلى صعيد الأعراض الاقتحامية أفادت الحالة: "تجيني صور فجأة"، أو قبل النوم، كأنني أشوف الحادثة تتكرر... وأحياناً لما حدّ يرفع صوته أحسّ بضربات القلب ترتفع فجأة وأنا

ما نفهم علاه"، وتكشف هذه الشهادة تعدد القنوات التي تنشط من خلالها الذاكرة الصدمية: القناة البصرية (flashback)، والقناة السمعية صوت مرتفع كمثير شرطي، والقناة الجسدية (تسارع ضربات القلب)، وقد أوضح (Brewin et al. 1996) في نظرية التمثيل الثنائي أن الذاكرة الصدمية تُخزّن في نظام حسي-حركي منفصل عن الذاكرة السردية، مما يجعلها تنشط باستقلالية تامة عن الإرادة وبكامل حيويتها الحسية. وتوصيف عدم الفهم 'ما نفهم علاه' يكشف الهوية بين الوعي المنطقي والاستجابة الجسدية التلقائية، وهو تحديداً ما أطلق عليه (LeDoux 1996) مسار الخوف السريع (Fast Fear Pathway) الذي يتجاوز القشرة الجبهية ويُنشّط الاستجابة قبل أن يتاح للوعي الوقت للمعالجة.

وعلى صعيد التجنب والخدر الانفعالي قالت الحالة: "تحاول ما نفكر فيه... أشغل نفسي بالرقص والسباحة لكي ما تجيني الأفكار. كنت أشعر أحياناً أنني، ما أحسّ بشيء، لا فرح ولا حزن"، وفي هذا القول نسجل إستراتيجيتان دفاعيتان: أولاهما التجنب النشط عبر الانغماس في أنشطة بدنية، وثانيتهما الخدر الانفعالي (Emotional Numbing) الذي وصفه (Herman 1992) بأنه 'موت صغير' يُحفّز على الصمود لكنه يُعطّل الحياة الكاملة. والتعبير عن الأنشطة البدنية كآليات تكيف يُشكّل في آنٍ واحد مورداً علاجياً يمكن توظيفه لتعزيز الاستقرار الانفعالي، ومؤشراً على استعداد الجسم للعودة إلى الحياة رغم الصمت الدفاعي. وقد أكد (Foa & Riggs 1993) أن التعميم التجنبي يتوسع من المثيرات الأصلية إلى مناحٍ وجودية أشمل، وهو ما تجلّى هنا في تجنّب الحالة لأي موقف من شأنه استحضار الذكرى أو كسر الصمت الذي بنته.

وعلى الصعيد المعرفي قالت الحالة: "حتى لما يكون الوضع هادئاً أنا نحسّ أن شيئاً سيصير... دائماً في حالة تأهب، ما نقدر نسترخي"، وهذا القول يُجسّد بدقة ما تصفه نظرية المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP, Shapiro, 1995) من انفصال بين الشبكات المعرفية والانفعالية في الصدمة غير المعالجة؛ فالذاكرة الصدمية لم تُدمج في الشبكات التكيفية الأوسع فظلت مشحونة بكامل طاقتها الانفعالية الأصلية. وما وصفته الحالة هو فرط الاستثارة المزمن (Chronic Hyperarousal) الذي أكد (Porges 2011) في نظرية المبهمة متعدد الأعصاب أنه يحوّل الجهاز العصبي اللاإرادي إلى حالة إنذار دائم تجعل الاسترخاء محالاً لا اختياراً، وهو ما يُبرر توظيف EMDR الذي يستهدف إعادة المعالجة الجسدية-العصبية في مراحل الثماني.

وعلى صعيد الأعراض الجسدية والسلوكية أفادت الحالة بوجود نوبات هلع ليلية، وكوابيس متكررة، وأفكار انتحارية كانت تتسلل في أحلك اللحظات، فضلاً عن سلوكيات إيذاء الذات. وقد وصفت: "كنت أحسّ أحياناً أنني عبء على الكل، وأن الجميع أحسن بدوني"، وهذا الاعتقاد الذي حدّده (Joiner 2005) بوصفه أحد المتنبئات الأساسية بالفكر الانتحاري، مما يستلزم من المعالج تبني نهج يستهدف هذا المعتقد ضمن الأهداف العلاجية ذات الأولوية. وارتباط هذه الأعراض بالأحداث الصدمية المزمنة يُؤطرها إكلينيكيّاً ضمن ما يُعرف بـ *Complex PTSD* (ICD-11) الذي يضاف فيه إلى أعراض PTSD الكلاسيكية: اضطراب تنظيم الوجدان، وتغيير الهوية، واضطراب في العلاقات الحميمة.

وعلى صعيد الموارد الشخصية أفادت الحالة بامتلاكها قدرة استثنائية على الاستبصار، إذ قالت: "أنا أعرف أنني ما أنا مخطئة، لكن شيئاً ما في قلبي يقول إنني مقصرة"، وفي هذه الجملة يتجلى التناقض الجوهرى في PTSD المعتقد بين الوعي العقلاني بالبراءة والاعتقاد الانفعالي بالذنب. وهذا الفصل الذي يُعرف إكلينيكيّاً بـ *Double Consciousness* وصفه -Janoff (1992) بأنه حين تتحطم المفترضات الأساسية عن سلامة العالم وعدالته يتبقى للضحية وعيان: 'واحد يعرف الحقيقة وآخر يعيش في ظل الاعتقاد الصدمي'. وعلى الرغم من هذا الصراع الداخلي تملك الحالة مورداً نفسياً ثميناً يتجلى في انخراطها في أنشطة السباحة والرقص والقرآن الكريم والاستغفار، وهي آليات تكيف صحية تجعلها مرشحة بامتياز للاستفادة من بروتوكول EMDR. وختمت المقابلة بجملة: «أريد أن أكون مليحة... أريد أن أحب نفسي»، وهي جملة تختصر في كلماتها القليلة الهدف الجوهرى للعلاج ومبرره وغايته العميقة، وتُعبّر عن دافعية داخلية حقيقية نحو التغيير وهو ما أكدّه (Prochaska & DiClemente 1983) بوصفه مُنبأً أساسياً لنجاح التحالف العلاجي والاستجابة للتدخل.

وفي ضوء كل ما سبق تتكشف حالة PTSD معقد (Complex PTSD) ذات بنية صدمية متشعبة تمتد جذورها إلى الطفولة المبكرة وتطال أبعادا الهوية، وأخرى علائقية وجسدية في آنٍ واحد، تُقابلها موارد شخصية استثنائية من استبصار ودافعية ووعي جسدي ومعرفي رفيع، وهو ما يُرجّح إنذاراً علاجياً إيجابياً ويجعل الحالة مرشحةً للاستفادة من بروتوكول EMDR وفق ما خلصت إليه إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO, 2013) التي تُصنّفه ضمن أفضل الممارسات القائمة على الدليل في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

قبل الشروع في تطبيق البروتوكول العلاجي، أُجري تقييم نفسي شامل باستخدام الأدوات القياسية التالية:

الأداة القياسية	الدرجة القبلية	التفسير والدلالة السريرية
PCL-5	80/35	أعلى من العتبة التشخيصية البالغة 31/80 تشير إلى حضور اضطراب (PTSD)
وحدة الضيق الذاتية SUDS	10 / 10	أقصى درجات الضيق المرتبطة بالذاكرة الصادمة الأساسية الضغوط الأسرية/الأبوية
صحة الاعتقاد الإيجابي VOC	1 / 7	غياب شبه تام للاعتقاد الإيجابي، اعتقاد سلبي سائد: "أنا غير قادرة على الحماية"

جدول رقم (1.5) تقييم قبلي لمستوى الاعراض الصدمية للحالة أ

تشير هذه النتائج القبلية إلى حدة أعراض ما بعد الصدمة وشدة الضيق النفسي الناجم عن الذاكرة الصادمة الأولى المتعلقة بالإساءة والإهمال الأسري. وتمثل قيمة SUDS البالغة 10/10 الدرجة القصوى للضيق، في حين تكشف درجة VOC البالغة 1/7 عن ضعف شديد في التمثيل المعرفي الإيجابي عن الذات لدى المفحوصة.

على الرغم من ثقل الأعباء الصدمية، أبدت الحالة امتلاكها لجملة من الموارد الداخلية

والخارجية التي تُشكّل قاعدة دعم للعملية العلاجية، وهي:

- النشاط البدني المنتظم: ممارسة السباحة والرقص وحمل الأثقال.
- الاهتمام الروحي: قراءة القرآن الكريم والاستغفار.
- الاهتمام بالسفر وتغيير البيئة.
- الدعم العاطفي من بعض الإخوة والمختصة النفسانية.
- الوعي الذاتي الجزئي بتأثير الصدمات على حياتها.

1-2-1-5. الملاحظة الإكلينيكية الأولية

- مزاج متذبذب بين الانتعاش والاكتئاب.
- مستوى الحركة والنشاط عادي خلال جلسات التقييم

- الوعي والبصيرة موجودة جزئياً: تدرك الحالة تأثير الصدمة على حياتها، غير أنها لا تزال عالقة في أنماط سلوكية وانفعالية متكررة

- الحالة الجسدية الظاهرة لا إصابات أو عاهات ظاهرة خلال الجلسات

5-1-2-2. التشخيص الإكلينيكي وفق DSM-5-TR

استناداً إلى المقابلة الإكلينيكية المعمقة والتقييم القياسي بالأدوات المعتمدة (PCL-5)، وبمراجعة المحكات التشخيصية الواردة في (APA, 2022) DSM-5-TR، يتضح أن الحالة أ تستوفي معايير الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) على النحو الآتي: (وهو ما يرشحها للاستفادة من بروتوكولنا المقترح)

- المحك A التعرض للصدمة

تعرضت لإساءة جسدية ونفسية وإهمال مزمن من الوالدين منذ الطفولة؛ إضافة إلى أحداث مؤلمة مدرسية مبكرة، وفقدان الأب

- المحك B أعراض الاقتحام

كوابيس متكررة، ذكريات دخيلة، ضيق شديد عند التعرض للمثيرات المذكورة بالصدمة.

- المحك C التجنب

تجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة،

- المحك D التغييرات المعرفية والوجدانية

شعور مزمن بالذنب، فقدان الاهتمام، انفصال عاطفي، عدم القدرة على تجربة المشاعر الإيجابية.

- المحك E الاستثارة الزائدة

نوبات غضب، اضطراب النوم، استجابات مبالغ فيها، صعوبة التركيز.

- المحك F المدة

الأعراض حاضرة منذ ما يزيد على 6 أشهر (تاريخ مزمن).

- المحك G الاختلال الوظيفي

تأثر واضح على الأداء المهني والاجتماعي وعلى الجانب الصحي اضطراب الدورة الشهرية (سبب الإحالة الأولي).

5-1-2-3. سير حصص البروتوكول العلاجي EMDR مع الحالة: أ

انطلق المسار العلاجي بجلسة افتتاحية ثبتت فيها قواعد التحالف وُجِّمَت خلالها البيانات الأولية عن الحالة وتاريخها الصدمي الذي تشعبت فروعه بين إساءة من الأب في مرحلة الطفولة، على الأبناء و الأم وضعفها عن الحماية، وتتمر مدرسي من معلمة طبع نمط تعلق الحالة بالشعور بالضعف والعجز. طُبِّقَ مقياس 5-PCL فجاء القياس القبلي 35 درجة، مما أكّد التشخيص الرسمي بـ PTSD وفق معايير TR-5-DSM وسط مشهد إكلينيكي بالغ الشدة تجلّى في البكاء والتوتر وصعوبة الحديث.

شكّلت الجلسة الثانية مرحلة التهيئة العلاجية، إذ عُرِفَت الحالة بنموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP)، ودُرِّبَت على تقنية المكان الآمن وتقنية العناصر الأربعة (الأرض والهواء والماء والنار)، كما قمنا بترتيب الأحداث حسب تحديد الأولويات وفقاً لمصفوفة ازنهاور للبدأ في جلسات المعالجة في الجلسة القادمة، أبدت الحالة استيعاباً سريعاً وقدرة خيالية ممتازة رسّخت ثقتها بالعملية العلاجية.

في الجلستين الثالثة والرابعة خاضت الحالة أخرج مراحل البروتوكول؛ استهدفت الذاكرة الأصلية الأشد إيلاماً (الإساءة الجسدية من الأب) ببداية SUD بلغت عشرة من عشرة و VOC واحداً من سبعة، ثم شرعنا في تطبيق البروتوكول المقترح بدأنا بتقييم شدة الضائقة ودرجة الاعتقاد السلبي أو الإيجابي نحوها فكانت النسب sud10/10 و VoC 1/7 ثم طلبنا من الحالة استرجاع الذكرى المتعلقة بإساءة الأب كاملة بكل أحاسيسها الجسدية وصورها ومشاعرها نحوها مع تحديد فكرة إيجابية نعمل على ترسيخها في مرحلة قادمة بدل الفكرة الحالية. وطلبنا أيضاً ان تخبرنا بإشارة التوقف عند الضائقة الشديدة . والتوجه للمكان الآمن حينها . عند استحضار الذكرى كان الانفعال الوجداني عميقاً مع بكاء شديد وأحاسيس جسدية متعددة. كما ظهرت هنا ذاكرة مشبكة هي صمت الأم لحظة الإساءة، فجرى توثيقها لمعالجتها تباعاً، بدأنا التحفيز الثنائي باستعمال أصبع اليد والتتبع البصري لها يمينا وشمالا وذلك عبر عدة جولات فتصاعدت الضائقة وطلبت منا التوقف، توقف التحفيز الثنائي وذهبنا الى الضبط النفسي والتهديئة عن طريق الاسترخاء التنفسي 5/4/5، والتثبيت تم التوجه نحو المكان الآمن مدة ثلاث دقائق. ثم عدنا لاستكمال التحفيز الثنائي وقد بدا الهدوء النسبي للحالة و تراجع التوتر نوعا ما. قمنا بعدها

بترسيخ وتثبيت الفكرة الإيجابية " كل شيء انتهى وأنا الآن بخير" وطلبنا منها استرجاع الذكرى الأليمة والاحتفاظ بهذه الفكرة الجديدة مع بعض لنقوم بجولات أخرى من التحفيز الثنائي لتقوية الادراك الإيجابي من خلال الربط المعرفي بين الذكريات السلبية للحدث الصادم والاعتقاد الحالي بأن كل شيء زال واصبح من الماضي.

لتأتي بعدها مرحلة مسح الجسد وهو قولنا لها : "من خلال احتفاظك بالذكرى المؤلمة والمعتقد الايجابي الجديد عليك بعمل مسح عقلي لجسمك من أعلى لأسفل اين تشعرين بالأحاسيس المزعجة او التوترات"، (قد يكون هذا دليل على صدمات أخرى ظهرت او لم تعالج). شعرت بتتمل الأطراف وضيق في الصدر، قمنا بإتمام التحفيز الثنائي ثم طلبت منا التوقف هنا، طلبنا منها أن تضع كل ما تشعر به حالياً في صندوق محكم تختاره هي (للعودة لاحقاً اليه)، بعدها بالتوجه نحو المكان الآمن مدة ثلاث دقائق وعدنا للتنفس الاسترخائي. فشعرت بتحسن. حيث تم رصد تحسن نوعي بتسجيل SUD1/10 و 7/7VOC . فتم الاغلاق على هذا النحو واعطائها تمرين منزلي بأن تقوم برصد كل المتغيرات الحسية والسلوكية المتعلقة بالصدمة قبل الجلسة القادمة مع ضرورة الاستعانة بأدوات التحكم المتعلمة ان تطلب الامر ذلك.

(لم يتم التفصيل في باقي الجلسات جرت على نفس نحو البروتوكول المقترح حيث سوف يتم عرض نتائج كل جلسة لاحقاً)

وفي الجلسة الرابعة بدأ تراجع الضائقة نسبياً مع ظهور ربط تلقائي بذاكرة تتمر المعلمة. الجلسة الخامسة بدأت الحالة تُعيد تأطير الصدمات بوصفها تجارب منتهية لا حاضراً مستمراً. وفي الجلسة السادسة عُولجت ذاكرة تتمر المعلمة، فانخفضت الاستثارة الجسدية وتحسنت جودة النوم، فيما أخذت القدرة على التنظيم الانفعالي تترسخ يوماً بعد يوم. خصّصت الجلسة السابعة لمعالجة ذاكرة صمت الأم وإعادة تأطيرها معرفياً؛ من خلال التحفيز الثنائي المكثف واستعمال أدوات التهدئة المدرب عليها (المكان الآمن، الاسترخاء . تقنية العناصر الأربع) الى ان تمكنت الحالة من فصل قيمة ذاتها عن سلوك أمها، وإدراك أن «صمت أمها كان ضعفاً لا رفضاً»، وهنا ظهر الانتقال إلى المرونة الواعية بدل لوم الذات . في الجلسة الثامنة انقلب منحى الحالة نحو البناء النفسي الفعلي حيث؛ استطاعت الحالة أن تُدرج عشرين صفة إيجابية لوصف ذاتها (قوية، طموحة، مرحة، شغوفة، ذكية، مثابرة،

جميلة...) وهو مؤشر هوياتي بالغ الدلالة. وفي الجلسة التاسعة دُمجت مشاهد الماضي والحاضر والمستقبل في حزمة واحدة عبر التحفيز الثنائي، وعُبرت الحالة لأول مرة: «راني مليحة».

ختمت الجلسة العاشرة المسار بقياس بعدي نهائي بلغ 5 في PCL-5، أي أدنى من العتبة التشخيصية البالغة 33. بلغ SUD صفراً و VOC سبعة، وأعلنت الحالة أمام فحص الجسد الختامي: «لا شيء، راني مليحة وقالت نحس بلي لصرالي كلو من الماضي وفات وقررت اني نرميه ورايا ،وليت نفكر كأني نقرا في كتاب من التاريخ , وراني درك قوية أكثر من قبل ». نُقلت مسؤولية التشافي إليها مع تزويدها بأدوات الإسعاف الذاتي (الاسترخاء التنفسي،العناصر الأربعة، المكان الآمن).

5-1-2-4. جدول القياسات لمسار الجلسات العلاجية الحالة أ

الجلسة	SUD (ب / ن)	VOC (ب / ن)	PCL-5	الملاحظة الإكلينيكية
01	— / —	— / —	35	ضائقة مرتفعة — بكاء — صعوبة في التحدث — تأسيس بوادر تحالف
02	— / —	— / —	—	تقبّل جيد — استيعاب سريع للتقنيات — ثقة متنامية في التحالف العلاجي
03	10/10 - 10 / 1	7/1 — 7/7	—	بكاء شديد — أحاسيس جسدية متعددة — ذاكرة مشبكة
04	10/9 — 10/2	7 / 2 -- 7 / 6	—	تراجع نسبي — ربط تلقائي بذاكرة تنمر المعلمة — مسار إيجابي
05	10 / 6 - 10 / 1	7 / 1 - 7 / 7	—	تحول معرفي واضح — بدء الانفتاح على الإيجابي
06	10 / 5 - 10 / 2	7 / 2 - 7 / 6	—	انخفاض الاستثارة الجسدية — تحسّن جودة النوم — تنظيم انفعالي
07	10 / 0 - 10 / 0	7 / 6 - 7 / 7	—	تحول في نمط التعلق — قدرة على التمييز بين

الجلسة	SUD (ب / ن)	VOC (ب / ن)	-PCL 5	الملاحظة الإكلينيكية
				الذكرى والواقع
08	10 / 0-10 / 1	7 / 7 - 7 / 7	—	20 صفة إيجابية — استقرار انفعالي واضح — توقف الكوابيس
09	10 / 0 - 10 / 0	7 / 7 - 7 / 7	—	«راني مليحة» — تحسن وظيفي ملحوظ — توقف الأفكار الانتحارية
10	10 / 0 - 10 / 0	7 / 7 - 7 / 7	5	VOC = 7 — SUD = 0 — اختفاء لأعراض PTSD

جدول رقم (5-2) قياس مسار العلاج عبر الجلسات للحالة أ

5-2. عرض الحالة: ب

5-2-1-1: عرض معلومات الحالة: ب

البيان	المعلومة
الجنس	أنثى
السن	35 سنة
الحالة الاجتماعية	عزباء
المستوى الاجتماعي	متوسط/
الحالة الصحية	لاوجود لعرض طبي او مرض معين
المهنة	طالبة جامعية
التخصص الجامعي	علم النفس العيادي
تاريخ الحصول على البكالوريا	بعد الحادث بسنة
تاريخ الحادث	منذ أكثر من 14 سنوات
سبب المراجعة	طلب علاج بمحض إرادتها / استبصار بالألم
الاعراض الحالية	قلق، تسارع الأفكار، فقدان الاهتمامات ،انخفاض الوزن، تعب ، ارهاق

5-2-1-2. لإحالة:

جاءت الإحالة ذاتية ؛ إذ قدمت الحالة بدافع استبصارها الأكاديمي بوصفها طالبة علم النفس العيادي، ووعيتها المباشر بأن ما تعيشه من أعراض مستمرة منذ أربعة عشر عاماً يستدعي تدخلاً نفسياً متخصصاً. وقد شكّل هذا الوعي المسبق رصيذاً استثنائياً للتحالف العلاجي.

5-2-1-3. التاريخ النفسي للحالة ب

يتمحور التاريخ الصدمي للحالة حول حادثة محددة المعالم وقعت منذ أربعة عشر عاماً، ويمكن إجمالها في المحاور الآتية:

تعرّض لحادثة سير مفاجئة خلال رحلة سفر، شكّلت لحظة تحوّل جذري في إدراكها للعالم والسلامة الشخصية.

استمرار الأعراض الصدمية طوال أربعة عشر عاماً في غياب تام لأي تدخل نفسي متخصص، رغم مراجعة أطباء متعددين.

تجنّب شامل ومعمّم طال السفر بالسيارة وموقع الحادث ويوم الثلاثاء (يوم الحادث) والمشاهد الحسية المرتبطة بالحدث.

5-2-1-4. أنماط العلاقات الأسرية والاجتماعية:

- العلاقة بالأسرة: مستقرة ومتوازنة، تُشكّل مصدر دعم لا مصدر ضغط.

- العلاقات الاجتماعية: تراجع جزئي بسبب الإرهاق الانفعالي والتجنب، مع احتفاظ بشبكة علاقات وظيفية.

- الأداء الأكاديمي: تأثر ملحوظ بسبب التشتت والتجنب، لا سيما في السفر إلى الجامعة.

5-2-1-5. التاريخ الجسدي

لا تاريخ مرضي جسدي ذو دلالة، ولا إصابات عضوية مستمرة مرتبطة بالحادثة. الصحة الجسدية الظاهرة جيدة، مع توتر عضلي خفيف في منطقة الكتفين واسفل الظهر.

5-2-1-6. الأدوية الحالية:

لا تتناول أي أدوية نفسية أو جسدية. لا تاريخ لأدوية نفسية سابقة.

5-2-1-7. النشاط البدني:

نشاط بدني معتدل — المشي العادي، دون أنشطة رياضية.

5-2-1-8. الحدث الصدمي:

تعرّضت الحالة وهي في العشرينات من عمرها لحادث سير مع عائلتها، نتج عنه جروح متباينة بين الخفيفة والمتوسطة. وقع الحادث في يوم الثلاثاء بسبب عاصفة ترابية كثيفة حجب رؤية السائق تماماً، مما أفضى إلى فقدان السيطرة على المركبة. وكانت الحالة آنذاك جالسة في المقعد الأمامي إلى جانب السائق، مربوطة بحزام الأمان، في حالة عجز تام عن الحركة أو الهرب، مما وُلد لديها في تلك اللحظة الحرجة اعتقاداً راسخاً بأن السيارة ستحترق وهي لا تزال بداخلها.

يُشكّل هذه العوامل بيئةً صدمية بالغة التأثير، وهو ما يُفسّر بقاء الأعراض الصدمية الحادة لأكثر من عشر سنوات دون تخفيف أو معالجة.

5-2-2. تحليل المقابلة العيادية للحالة :ب

كشف حوارنا مع الحالة من خلال المقابلة عن ثنائية دالة جمعت بين التردد والإقدام في آنٍ واحد، إذ قالت: « كنت مترددة قليلاً في البداية، لكنني قررت أن أجيء لأنني تعبت من هذا الوضع"، وفي هذا القول دليل على أن آليات التجنب بلغت حدّها وأن الدافع نحو العلاج كان داخلياً حقيقياً. وقد أكد **Prochaska & DiClemente (1983)** في نموذج مراحل التغيير أن الانتقال إلى مرحلة الإجراء يستلزم دافعية داخلية حقيقية، وهو ما تجسّده هذه الحالة بوضوح مما يُشكّل مؤشر إنذار إيجابياً لنجاح التحالف العلاجي. وحين سُئلت عما دفعها لطلب المساعدة أجابت: " كنت أعيش بهذا الألم وكأنه طبيعي، لكنني أدركت أن ما أعيشه ليس طبيعياً وأن هناك علاجاً": وما عبرت عنه الحالة تطبيعاً للألم هو ما يُسمى إكلينيكيّاً دمج الأعراض في الهوية اليومية، وهو آلية بقاء شائعة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المزمن أشار إليها **Herman (1992)** في إطار ما وصفه بتكيّف الضحية مع المحيط المؤذي. وقد حدّدت الحالة مدة معاناتها بأربع عشرة سنة منذ حادث السيارة، وقد سبق هذا القول صمتٌ قصير يحمل ثقلاً انفعالياً بالغاً يعكس الزمن المنقضي في ظل اضطراب غير معالج. وتجدر الإشارة إلى أن مدة الاضطراب لا تعكس بالضرورة صعوبة الشفاء، إذ تُثبت أبحاث **Shapiro (2018)** فعالية بروتوكول EMDR في الصدمات القديمة المزمنة بما فيها تلك التي تمتد لعقود. وحين استُحضر الحدث الصدمي روت الحالة: " كانت عاصفة ترابية شديدة، ما كنا نشوفوا والو، فجأة السائق فقد السيطرة...أنا كنت قاعدة في الأمام، مربوطة بالحزام، ما قدرت نتحرك"، وفي هذا الوصف

تتجلى الصدمة كما حددها **Foa & Kozak (1986)** من خلال الغموض الحسي ، والعجز الحركي ، والفجائية المُخلّة بالإحساس بالأمان، وهو ما يسمى يطلق عليه انقلاب دلالة المثير (Stimulus Meaning Reversal) وحين سُئلت عن مشاعرها في تلك اللحظة سبق الإجابة صمّت أولي دلالة على أن كل من الجسم والعقل استعادا الذاكرة قبل أن تتطرق اللغة، ثم قالت: "كنت أعتقد أن السيارة ستشتعل وأنا بداخلها ولن أستطيع الفرار ... لا أستطيع أن أصفه ... كأن الوقت توقف"، وتحمل هذه الجملة مؤشرات إكلينيكية متميزة : أولها المعتقد السلبي المحوري (NC): أنا عاجزة في موقف الخطر الذي حدّته **Shapiro (2001)** بوصفه الهدف الأساسي لإعادة المعالجة في EMDR ؛ و العجز اللغوي الصدمي، وهو ما أكده **Van der Kolk (2014)** بقوله إن الصدمة تُخزّن في مناطق من الدماغ لا تملك لغة؛ وأيضاً التفارق الصدمي الذي يتجلى في توصيف توقف الزمن، وهو مؤشر الاستجابة الصدمية الحادة الذي وثّقه **Marmar et al. (1994)** باعتباره أحد أقوى المنبئات بتطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وفي حديثها عن الإصابات قالت: "ما خُلف فيّ كان أصعب بكثير من الجروح"، وهذا الإدراك التلقائي لأولوية الجرح النفسي على الجسدي يُشكّل أساساً راسخاً للتحالف العلاجي، كما يكشف أن الحالة لا تتحدث عن ماضٍ منتهٍ بل عن شيء حيّ يسكن حاضرها. وعلى صعيد الأعراض الاقتحامية أفادت الحالة: "فجأة تجيني صورة أنا جالسة في السيارة، مربوطة بالحزام، والريح تضرب، وأنا ما نقدر نتحرك، الصورة تجي لوحدها حتى لو ما كنت أفكر في الحادث"، وتكرار تفصيل 'الحزام' في أكثر من موضع يؤكد أنه البؤرة الحسية المركزية للذاكرة الصدمية. وقد أوضح **Brewin et al. (1996)** في نظرية التمثيل الثنائي أن الذاكرة الصدمية تُخزّن في نظام حسي-حركي منفصل عن الذاكرة السردية، مما يجعلها تنشط باستقلالية تامة عن الإرادة وبكامل حيويتها الحسية. وعلى صعيد التجنب كشفت الحالة عن نمط متوسع تدريجياً من تقادي المقعد الأمامي، وصل إلى ذروته حين أفصحت: "أجلت الجامعة أربع عشرة سنة ... كنت أقول لنفسي إن هناك أسباباً أخرى، لكن في أعماقي كنت أعرف أن الخوف هو السبب الحقيقي"، وهذا النمط يُجسّد ما أسماه **Foa & Riggs (1993)** التعميم التجنبي (Avoidance Generalization) ، حيث يتوسع التجنب من المثيرات الأصلية ليطال مناحي حياتية أوسع فأوسع، محققاً راحةً لحظية على حساب تكلفة وظيفية هائلة تتراكم عبر السنوات. وفي الفصل بين الخطاب التبريري ووعي أعمق بالحقيقة يكمن الإرهاق النفسي المزمن. وعلى الصعيد المعرفي قالت الحالة: "حتى لو أنا

أعرف بعقلي أن الخطر ليس موجوداً الآن، الجسم والمشاعر يردّون كأن الخطر حقيقي"، وهذا القول في المقابلة يُجسّد بدقة ما تصفه نظرية المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP) لدى Shapiro (1995) من انفصال بين الشبكات المعرفية والانفعالية في الصدمة غير المعالجة؛ فالذاكرة الصدمية لم تُدمج في الشبكات التكيفية الأوسع، فظلت مشحونة بكامل طاقتها الانفعالية الأصلية بمعزل عن الوعي المنطقي، وهو تحديداً ما يُبرر توظيف EMDR الذي يستهدف إعادة هذا الدمج على المستويين المعرفي والانفعالي معاً. وعلى صعيد فرط الاستثارة وصفت الحالة قلقها الاستباقي حين يسافر أفراد عائلتها، ثم قالت: "قلبي يدق بسرعة، تنفسي ثقيل، أحياناً يأخذني تعب مفاجئ.."، وهذا ما أثبتته Van der Kolk (2014) بأن "الجسم يتذكر الألم الصدمي" وأ، أن الاستجابة الجسدية للصدمة تسبق الوعي المعرفي وتعمل باستقلالية عنه، وهو ما يستلزم تدخلاً علاجياً يعالج الجسم والعقل معاً كما يفعل بروتوكول EMDR في مراحله الثماني. وختمت الحالة المقابلة بجملة: "أريد أن أستعيد حياتي... أربع عشرة سنة كثيرة" وهي جملة تتقاطع فيها دوافع العلاج ومبرراته وهدفه الجوهرى في آن واحد. وقد قدّرت مستوى ضيقها بسبعة لحظة الحديث وبتسعة عند الاستحضار المباشر للحادث، مما يُثبت أن الذاكرة الصدمية لا تزال مشحونة بكامل طاقتها الانفعالية رغم مرور السنوات. وفي ضوء كل ما سبق تتكشف حالة PTSD مزمن ذات بنية صدمية واضحة المعالم تُقابلها موارد شخصية استثنائية من استبصار ودافعية ووعي جسدي ومعرفي رفيع، وهو ما يُرجّح إنذاراً علاجياً إيجابياً ويجعل الحالة مرشحةً بامتياز للاستفادة من بروتوكول EMDR وفق ما خلصت إليه إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO, 2013) بأنه من أفضل الممارسات القائمة على الدليل في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

ومن خلال ما سبق تم الاتفاق مع الحالة على جدوى الاستفادة من البرنامج العلاجي المقترح لتطبيقه عليها باعتباره مناسباً لها فتمت موافقة الحالة وبدأنا معها في تطبيق العلاج عن طريق EMDR.

5-2-2-5. التقييم القبلي للحالة

5-2-2-5.1. الأعراض الحالية قبل تطبيق البروتوكول العلاجي

قبل الشروع في تطبيق البروتوكول العلاجي، أُجري تقييم نفسي شامل باستخدام الأدوات القياسية التالية:

الأداة القياسية	الدرجة القبلية	التفسير والدلالة السريرية
مقياس 5-PCL	80 / 37	أعلى من العتبة التشخيصية البالغة 80 / 31 → تشخيص PTSD مؤكد
وحدة الضيق الذاتية SUDS	10 / 9	مستوى ضيق شديد جداً مرتبط بالذاكرة الصادمة الأساسية (الحادثة)
صحة الاعتقاد الإيجابي VOC	7 / 2	ضعف واضح في الاعتقاد الإيجابي — اعتقاد سلبي سائد: «أنا عاجزة، لم أستطع تجنب ما حدث»

جدول رقم (3-5) تقييم قبلي لمستوى الأعراض الصدمية للحالة ب

تُشير هذه النتائج القبلية إلى حدة أعراض ما بعد الصدمة وشدة الضيق النفسي الناجم عن الذاكرة الصادمة الأولى. وتمثل قيمة SUD البالغة 10/9 مستوى مرتفعاً جداً من الضيق الانفعالي، في حين تكشف درجة VOC البالغة 7/2 عن ضعف واضح في التمثيل المعرفي الإيجابي عن الذات لدى المفحوصة.

على الرغم من ثقل الأعباء الصدمية، أبدت الحالة امتلاكها لجملة من الموارد الداخلية

والخارجية التي تُشكّل قاعدة دعم للعملية العلاجية، وهي:

الوعي الأكاديمي: فهم نظري عميق لآلية EMDR والصدمة النفسية يُسرّع التحالف العلاجي.

الدافعية الداخلية العالية: مجيء طوعي بلا أي ضغط خارجي — مرحلة التحديد الواضح للهدف.

القدرة التخيلية: استيعاب سريع لتقنية المكان الآمن وتقنيات الاستقرار.

الاستقرار الاجتماعي: بيئة أكاديمية داعمة وشبكة علاقات أسرية متوازنة.

الذكاء الانفعالي: قدرة جيدة على تسمية المشاعر ووصفها بدقة رغم الأعراض.

5-2-2-2 الملاحظة الإكلينيكية الأولية

المجال	الملاحظة
المزاج	قلق خفيف ظاهر مع ضبط واضح للمشاعر — نمط شائع في الصدمة المزمّنة
التواصل اللفظي	منظم ودقيق — استخدام مصطلحات أكاديمية متخصصة — تردد عند ذكر تفاصيل الحادث
الوعي والبصيرة	عالٍ جداً — وعي كامل بتأثير الصدمة — ربط واضح بين الأعراض والحادثة
الاستعداد للعلاج	عالٍ جداً — مبادرة — فهم مسبق لآلية EMDR
الحالة الجسدية الظاهرة	لا إصابات ظاهرة — توتر عضلي خفيف في الكتفين

جدول رقم: (5-4) يمثل الأعراض الإكلينيكية الأولية الملاحظة

5-2-2-3. التشخيص الإكلينيكي وفق TR-5-DSM

استناداً إلى المقابلة الإكلينيكية المعمقة والتقييم القياسي بالأدوات المعتمدة (PCL-5)، وبمراجعة المحكات التشخيصية الواردة في TR (APA, 2022)-5-DSM، يتضح أن الحالة الأولى تستوفي معايير الإصابة باضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) على النحو الآتي:

- المحك A — التعرض للصدمة

لقد تعرّضت لحادثة مرور جسدية مفاجئة خلال رحلة.

- المحك B — أعراض الاقتحام

لقد كوابيس متكررة — ذكريات تدخلية حسية — ضيق شديد عند رؤية السيارات أو سماع الفرامل أو المرور من موقع الحادث

- المحك C — التجنب

لقد تجنب السفر والقيادة وموقع الحادث ويوم الثلاثاء، تجنب الحديث عن التجربة طوال 14 سنة.

-المحك D — التغيرات المعرفية والوجدانية

للشعور مزمن بالذنب والعجز — اعتقاد راسخ بالخطر — تقلص في المشاعر الإيجابية —
برود انفعالي جزئي.

- المحك E — الاستثارة الزائدة

للشعور فرط اليقظة — استجابة فزع مبالغ فيها — اضطراب النوم — صعوبة التركيز

المحك F — المدة ١

للأعراض مستمرة منذ أكثر من 14 سنة (PTSD مزمن)

-المحك G — الاختلال الوظيفي

للأثر تأثر واضح على الأداء الأكاديمي وعلى التنقل والسفر وجودة النوم والعلاقات الاجتماعية
الخلاصة التشخيصية: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) مزمن ناتج عن صدمة
أحادية (incident trauma-Single) مع تجنب معمم وأعراض اقتحامية حسية بارزة.

5-2-2-4. سير حصص البروتوكول العلاجي EMDR مع الحالة

انطلق المسار العلاجي بجلسة افتتاحية تم الاتفاق فيها على قواعد التحالف وجمعت خلالها
البيانات الأولية عن الحالة وتاريخها الصدمي المحوري المتمثل في حادثة السيارة و والعلاق
بالحزام .طبّق مقياس PCL-5 فجاء القياس القبلي 37 درجة، مما أكّد التشخيص الرسمي بـ
PTSD وفق معايير DSM-5-TR وسط مشهد إكلينيكي بالغ الشدة تجلّى في البداية بصعوبة
في التحدث عن التفاصيل. وغم هذا كانت الحالة مستعدة للحوار وسرد الحادثة ،
والتطرق الى تفاصيلها .

بينما شكّلت الجلسة الثانية مرحلة التهيئة العلاجية، إذ عُرِفَت الحالة بنموذج معالجة
المعلومات التكيفية (AIP) ، ودُرِبَت على تقنية المكان الآمن وتقنية العناصر الأربعة : (الأرض
والهواء والماء والنار)، وأبدت استيعاباً جيداً للبروتوكول وثقة تامة بالعملية العلاجية.
"كنا في كل جلسة نوثق مستويات المشاعر السلبية والحسية حول الحدث « SUDs » ومستوى
الاعتقاد الإيجابي والتفكير في السلامة الحالية « VOC » "أنا بخير الآن" بداية كل جلسة وعند
إغلاق كل جلسة للتأكد من تخفيف الأعراض و الإغلاق الآمن ."

في الجلسة الثالثة بدأنا مراحل البروتوكول؛ استُهدفت الذاكرة الأصلية الأشد إيلاماً) العلق
بالحزام (ببداية SUD بلغت تسعة من عشرة و VOC واحداً من سبعة، وبدأ التفاعل الوجداني

واضحاً مع حزن طفيف وأحاسيس جسدية متعددة. ظهرت في الجلسة الثالثة ذاكرة مشبكة هي مشهد الريح والأثرية، فجرى توثيقها لمعالجتها تباعاً، وفي الجلسة الرابعة بدأ تراجع الضائقة نسبياً مع ربط تلقائي بالذاكرة الثانية.

الجلسة الخامسة بدأت الحالة تُعيد تأطير الصدمة بوصفها تجربة ماضية لا خطراً حاضراً. وفي الجلسة السادسة عملنا على المعالجة بالتحفيز الثنائي للدماغ بحركات العينين للتخفيف من الاستثارة الجسدية وتجنب المثيرات الحالية، (تجنب السيارة، تجنب الرياح...) ومحاولة ترسيخ التنظيم الانفعالي الخاص بهذه المثيرات.

خصّصت الجلسة السابعة لاستهداف التجنب السلوكي المرتبط بيوم الثلاثاء والسفر وإعادة تأطيره معرفياً؛ تمكّنت الحالة من التمييز بين المثير الحالي والخطر الحقيقي وأن «ركوب السيارة» أو سفر يوم الثلاثاء ليس الحادثة نفسها»، فبدأ التحول المعرفي يتعمّق ويستقر.

في الجلسة الثامنة، استطاعت الحالة تعزيز مواردها الداخلية والتخطيط لمواجهة المثيرات المستقبلية، وباتت الذاكرة أقل وقعا مع قدرة على التخيل الهادئ. وفي الجلسة التاسعة دُمجت مشاهد الماضي والحاضر والمستقبل وأُرسى المعتقد الإيجابي «أنا منتصرة الآن»، وأشارت الحالة إلى تحسن وظيفي ملحوظ تمثل في السفر للدراسة دون تجنب.

ختمت الجلسة العاشرة المسار بقياس بعدي نهائي PCL-5 في 10، أي أدنى من العتبة التشخيصية البالغة حيث 33 بلغ SUD واحداً و VOC سبعة، وأعلنت الحالة أمام فحص الجسد الختامي أن الصدمة أصبحت مجرد ذكرى عابرة وأنها قادرة على مغادرة الجلسة بمشاعر قوة وثقة بالنفس. كما نُقلت مسؤولية التشافي إليها مع تزويدها بأدوات التنظيم الانفعالي الذاتي المكان الآمن، التنفس الاسترخائي، تقنية العناصر الأربعة.

الجلسة	SUD ب / ن	VOC ب / ن	PCL-5	الملاحظة الإكلينيكية
01	— / —	— / —	37	ضائقة مرتفعة — تأسيس بوادر تحالف
02	— / —	— / —	—	تقبل جيد — استيعاب سريع للتقنيات — ثقة متنامية في التحالف العلاجي
03	10 / 9 -- 10 / 2	7/ 5 — 7/1	—	ظهور حزن وبكاء طفيف — ذاكرة مشبكة مشهد الريح (توثق)

الجلسة	SUD ب / ن	VOC ب / ن	PCL-5	الملاحظة الإكلينيكية
04	10/2 — 10/9	7 / 6 -- 7 / 2	—	تراجع نسبي — تقارير ذاتية بتحسن ملموس — مسار إيجابي
05	10 / 1 -- 10 / 6	7 / 6 -- 7 / 1	—	—تحول معرفي واضح — بدء الانفتاح على الإيجابي
06	10 / 2 -- 10 / 5	7 / 6 -- 7 / 4	—	انخفاض الاستثارة الجسدية — تحسن جودة النوم —تنظيم انفعالي
07	10 / 0 -- 10 / 1	7 / 7 -- 7 / 6	—	إعادة تأطير الحادث كتجربة ماضية — التمييز بين الذكرى والواقع
08	10 / 0 -- 10 / 1	7 / 6 -- 7 / 6	—	الذاكرة أقل إيلاماً — قدرة على التخيل الهادئ — موارد داخلية متعززة
09	10 / 0 - 10 / 1	7 / 6 -- 7 / 6	—	سفر دون تجنب—تحسن وظيفي ملحوظ» — أنا منتصرة الآن»
10	10 / 0 --10 / 0	7 / 7 -- 7 / 6	10	VOC = 7 0 = SUD تخفيف وظيفي

جدول رقم(5-5) قياس مسار العلاج عبر الجلسات الحالة ب

5-3. تحليل وتفسير نتائج الفرضية: "يسهم تطبيق البروتوكول العلاجي المقترح القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) في التخفيف من الأعراض الصدمية لدى المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من الراشدين."

اعتمد هذا الجزء على نفس بيانات الجلسات المفرغة للحالتين، مع المحافظة على عرض الحالة أ أولاً ثم الحالة ب، واستعمال الأساليب الإحصائية نفسها التي يقوم عليها نموذج السلاسل الزمنية: الارتباط الذاتي ACF، والارتباط الذاتي الجزئي PACF، وتحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة، والانحدار الخطي البسيط، وحجم الأثر العملي. تمت قراءة السلسلة الزمنية على أساس الجلسات العلاجية من الجلسة الثالثة إلى الجلسة العاشرة، لأن قياسات SUD و VOC تبدأ فعلياً من الجلسة الثالثة. أما التحليلات الخاصة بالارتباط الذاتي

والانحدار فقد ركزت على درجات نهاية الجلسة لأنها تمثل الناتج المباشر بعد المعالجة داخل كل جلسة.

تستخدم الجداول التالية حدود ثقة تقريبية للارتباط الذاتي قدرها $N\sqrt{1.96} \pm$ ، ومع $N = 8$ تصبح الحدود التقريبية $0.693 \pm$. لذلك فإن أي عمود داخل هذه الحدود يقرأ باعتباره غير دال إحصائياً، مع مراعاة أن قصر السلسلة الزمنية يجعل القراءة البصرية والاتجاه العام عنصرين مهمين في التفسير.

5-3-1. تحليل وتفسير نتائج الحالة (أ):

5-3-1-1: الدلالة الإكلينيكية لمقياس شدة أعراض الصدمة PCL-5

الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	مقدار الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	القرار الإكلينيكي
الحالة أ	35	5	30	85.71%	14.14	تحسن إكلينيكي موثوق

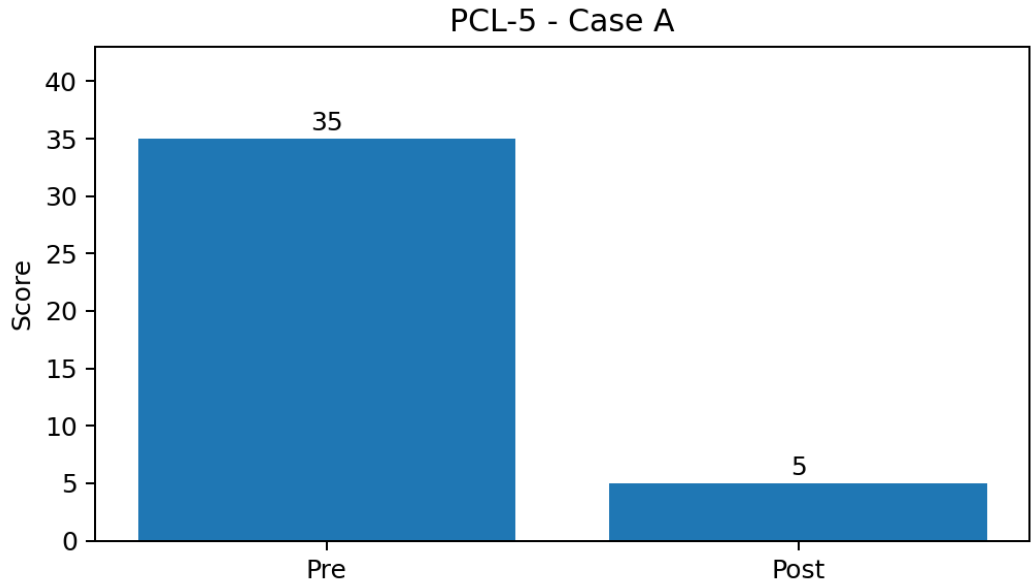
جدول (5-6): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5 لدى الحالة أ

يوضح الجدول (1) أن الحالة أ سجلت انتقالاً واضحاً من درجة قبلية مقدارها 35 إلى درجة بعدية مقدارها 5 على مقياس PCL-5، أي بانخفاض قدره 30 درجة. ويعكس هذا الانخفاض تراجعاً مباشراً في شدة الأعراض الصدمية بعد تطبيق البروتوكول العلاجي القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين EMDR.

تبلغ نسبة التحسن لدى الحالة أ 85.71%، وهي نسبة مرتفعة إكلينيكية لأنها لا تشير فقط إلى تحسن عددي محدود، بل إلى انتقال في مستوى الأعراض من شدة أوضح في القياس القبلي إلى مستوى منخفض في القياس البعدي. وبذلك يصبح التغير المسجل متوافقاً مع الهدف العلاجي الأساسي المتمثل في خفض الأعراض الصدمية المركزية.

تؤكد قيمة مؤشر التغير الموثوق $RCI = 14.14$ أن الفرق بين القياسين يتجاوز القيمة الحرجة $1.96 \pm$ بدرجة كبيرة، ولذلك يصنف القرار الإكلينيكي في الجدول على أنه: تحسن إكلينيكي

موثوق. ويعني ذلك أن التحسن لا يرجح تفسيره بخطأ القياس أو بالتذبذب العابر، بل يمثل تغيراً ذا معنى إكلينيكي واضح.



الشكل (5-1): يبين الانخفاض في درجات PCL-5 لدى الحالة أ بين القياس القبلي والبعدي.

يظهر الرسم البياني الفارق البصري بين القياس القبلي والبعدي لدى الحالة أ، حيث تبدو الدرجة البعدية أقل بكثير من الدرجة القبليّة. وتساعد القراءة البصرية هنا على تأكيد ما ورد في الجدول؛ فالفارق ليس محدوداً أو هامشياً، وإنما يعبر عن انخفاض حاد في شدة الأعراض.

تتفق صورة الانخفاض في الرسم مع المنطق الإكلينيكي لبروتوكول EMDR، إذ يفترض أن يؤدي استهداف الذاكرة الصدمية ومعالجتها إلى خفض الاستثارة الانفعالية والأعراض المرتبطة بالصدمة. ولذلك فإن الاتجاه العام للرسم يعزز الاتساق بين القياس الكمي والملاحظة البصرية لمسار التحسن.

تكتسب هذه القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميمات الحالات المحدودة، لأن الرسم يسمح بتقدير حجم التغير على مستوى الفرد لا على مستوى المتوسطات الجماعية فقط. ومن ثم فإن عرض الرسم الخاص بكل حالة على حدة يمنع تداخل النتائج، ويجعل الحكم الإكلينيكي أكثر وضوحاً ودقة.

5-3-1-2: تحليل مقياس SUD عبر الجلسات

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الانخفاض داخل الجلسة
3	10	1	9
4	9	2	7
5	6	1	5
6	5	2	3
7	0	0	0
8	1	0	1
9	0	0	0
10	0	0	0

جدول (5-7): القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة أ

توضح القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة أ أن مستوى الضيق الذاتي كان مرتفعاً في بداية الجلسات العلاجية الأولى، ثم أخذ في الانخفاض تدريجياً مع تقدم الجلسات. ففي الجلسة الثالثة بدأت الدرجة عند 10 وانتهت عند 1، وهو فرق داخل الجلسة مقداره 9 درجات.

يعبر الانخفاض داخل الجلسات عن أثر علاجي مباشر يحدث أثناء المعالجة، إذ تنخفض شدة الضيق من بداية الجلسة إلى نهايتها. وهذا النمط مهم في EMDR لأن المعالجة لا تقاس فقط بانخفاض الدرجة بين أول وآخر جلسة، بل أيضاً بمدى استجابة الضيق أثناء التعرض المنظم ومعالجة الذاكرة الصدمية.

في الجلسات الأخيرة لدى الحالة أ يظهر استقرار واضح عند درجة منخفضة جدا أو صفرية في نهاية الجلسات، وهو ما يشير إلى أن الذكرى المستهدفة أصبحت أقل إثارة للضيق. وبذلك تقدم القيم الخام دليلا متتابعاً على انتقال الحالة من استجابة انفعالية مرتفعة إلى استجابة أكثر استقراراً و انخفاضاً.

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	فاصل الثقة 95% للانخفاض	الدلالة الإكلينيكية
الحالة أ	3.88	0.75	3.12	80.65%	2.51	0.18 إلى 6.07	تحسن إكلينيكي موثوق

جدول (5-8): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة أ

تبين نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة أ أن متوسط البداية بلغ 3.88 من 10، بينما بلغ متوسط النهاية 0.75 من 10. ويعني ذلك أن متوسط الانخفاض بين بداية الجلسات ونهايتها وصل إلى 3.12 درجات، وهو مقدار واضح في سياق مقياس قصير يتراوح من 0 إلى 10. بلغت نسبة التحسن 80.65%، وهي نسبة تعكس انخفاضاً معتبراً في شدة الضيق الذاتي المرتبط بالذكرى الصدمية أثناء مسار المعالجة. كما أن هذه النسبة تدل على أن التغير لم يكن محصوراً في جلسة واحدة، بل يمثل اتجاهاً عاماً مستمراً عبر سلسلة الجلسات العلاجية. تشير قيمة $RCI = 2.51$ مع فاصل الثقة 95% للانخفاض (0.18 إلى 6.07) إلى أن التحسن يقع ضمن مستوى إكلينيكي مقبولة/قوية. وبذلك تتكامل الدلالة العددية مع الحكم الإكلينيكي، فتدعم أن البروتوكول أسهم في خفض الاستثارة الانفعالية بصورة قابلة للاعتبار

الوحدة	SS	df	MS	F	P	ηp^2	Cohen dz
الحالة أ	39.06	1	39.06	6.29	0.040	0.473	0.89

جدول (5-9): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ

يعرض تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ أثر الفرق

بين بداية الجلسة ونهايتها. وقد بلغت قيمة $F = 6.29$ عند مستوى دلالة $p = 0.040$ ، مما يشير إلى أن الفروق داخل الجلسات ذات دلالة إحصائية في اتجاه الانخفاض.

بلغ حجم الأثر $\eta^2 = 0.473$ ، وهو حجم أثر قوي يوضح أن جزءاً معتبراً من التباين في

درجات SUD يمكن ربطه بمرحلة القياس داخل الجلسة، أي البداية مقابل النهاية. كما يدعم

$Cohen\ dz = 0.89$ تقديراً عملياً لحجم الفرق المعياري بين القياسين.

ينبغي قراءة هذا التحليل باعتباره مؤشراً داعماً للحكم الإكلينيكي وليس بديلاً عنه، خصوصاً

في تصميم الحالة الواحدة وعدد الجلسات المحدود. ومع ذلك فإن توافق الدلالة الإحصائية مع

الانخفاض الخام ومع مؤشر RCI يجعل النتيجة أكثر تماسكاً من الناحية المنهجية.

الحالة	السلسلة	الميل الخطي	R^2	p	اتجاه السلسلة
الحالة أ	بداية الجلسة	-1.607	0.883	$0.001 >$	انخفاض خطي
الحالة أ	نهاية الجلسة	-0.262	0.524	0.042	انخفاض خطي

جدول (5-10): اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة أ

يوضح اتجاه السلسلة الزمنية لدى الحالة أ أن قيم بداية الجلسة اتخذت ميلاً خطياً هابطاً مقداره -

1.607 مع معامل تفسير $R^2 = 0.883$ وقيمة $p < 0.001$. وهذا يعني أن الضيق لم يكن

ينخفض داخل الجلسة فقط، بل أصبح يبدأ من مستوى أقل مع تقدم العلاج.

أما قيم نهاية الجلسة فقد سجلت ميلاً خطياً هابطاً مقداره -0.262 مع $R^2 = 0.524$ وقيمة p

$= 0.042$. ورغم أن الميل هنا أقل حدة من بداية الجلسة، إلا أنه يعكس اتجاهها نحو الوصول

إلى مستويات منخفضة ومستقرة في نهاية المعالجة.

تدل هذه النتيجة على تعميم الأثر العلاجي عبر الزمن، لأن انخفاض بداية الجلسة اللاحقة يعني أن التحسن لم يبق محصوراً داخل الجلسة السابقة. ومن الناحية الإكلينيكية، يعد هذا مؤشراً مهماً على استقرار المعالجة وتراجع الاستثارة المرتبطة بالخبرة الصدمية.

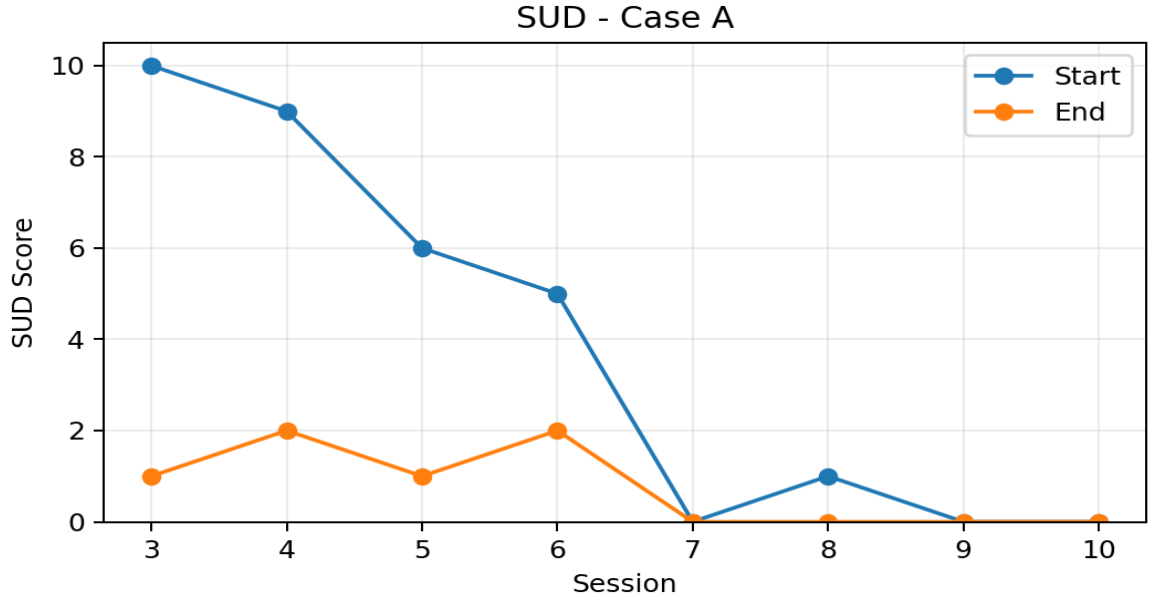
الإزاحة	ACF	PACF	حد الثقة $\pm$	دلالة ACF	دلالة PACF
1	0.307	0.307	0.693	غير دال	غير دال
2	0.295	0.222	0.693	غير دال	غير دال
3	0.216-	0.412-	0.693	غير دال	غير دال
4	0.409-	—	0.693	غير دال	غير دال

جدول (5-11): معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة أ

تعرض معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة أ مدى اعتماد الدرجة في جلسة معينة على الدرجات السابقة لها. وتظهر القيم المعروضة عبر الإزاحات أن معاملات ACF و PACF بقيت داخل حد الثقة التقريبي ± 0.693 .

يعني عدم تجاوز حدود الثقة أن الارتباطات الذاتية ليست دالة في هذه السلسلة القصيرة، وبالتالي لا توجد إشارة قوية إلى أن النتيجة النهائية في جلسة ما كانت مجرد استمرار آلي لقيمة الجلسة السابقة. وهذا مهم لأنه يدعم تفسير التغير بوصفه ناتجاً عن مسار علاجي لا عن ترابط زمني بسيط فقط.

من الناحية الإكلينيكية، تساعد هذه النتيجة على تقوية قراءة انخفاض SUD بوصفه تغيراً متراكماً مرتبطاً بالمعالجة. ومع ضرورة التحفظ بسبب قصر السلسلة، فإن عدم وجود اعتماد ذاتي قوي يجعل الاتجاه العام للنتائج أكثر قابلية للتفسير العلاجي.



الشكل (5-2): مسار SUD عبر الجلسات لدى الحالة أ؛ يوضح الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها.

يبين الرسم البياني لمسار SUD لدى الحالة أ الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها عبر الجلسات العلاجية. ويظهر من المسار أن البداية كانت مرتفعة نسبيا في الجلسات الأولى، بينما أخذت في الهبوط التدريجي حتى أصبحت منخفضة أو قريبة من الصفر في الجلسات الأخيرة.

يبرز الرسم أيضا الفجوة بين بداية الجلسة ونهايتها، وهي فجوة تشير إلى الانخفاض داخل

الجلسة. وكلما تكررت هذه الفجوة في الاتجاه نفسه، أصبح من الممكن فهمها بوصفها استجابة علاجية منتظمة وليست تغيرا عابرا في جلسة منفردة.

تدعم الصورة البيانية نتائج الجداول السابقة لأنها تجمع بين بعدين: المسار الطولي عبر الجلسات،

والأثر اللحظي داخل الجلسة. وهذا الجمع مفيد أكاديميا لأنه يقدم دليلا بصريا على أن التحسن

حدث عبر الزمن وداخل الموقف العلاجي نفسه.

5-3-1-3. تحليل مقياس VOC عبر الجلسات

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الارتفاع داخل الجلسة
3	1	7	6
4	2	6	4
5	1	7	6
6	2	6	4
7	6	7	1
8	7	7	0
9	7	7	0
10	7	7	0

جدول (5-12): القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة أ

توضح القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة أ أن صدقية الاعتقاد الإيجابي بدأت بدرجة منخفضة في الجلسات الأولى، ثم ارتفعت تدريجياً مع استمرار المعالجة. ففي الجلسة الثالثة ارتفعت الدرجة من 1 في بداية الجلسة إلى 7 في نهايتها، أي بارتفاع داخل الجلسة مقداره 6 درجات.

يشير ارتفاع VOC إلى أن المعالجة لم تقتصر على خفض الضيق، بل شملت أيضاً إعادة بناء المعنى المعرفي المرتبط بالخبرة الصدمية. ففي إطار EMDR يعد ترسيخ الاعتقاد الإيجابي جزءاً أساسياً من الانتقال من معالجة انفعالية مؤلمة إلى تمثيل معرفي أكثر تكيفاً. تظهر الجلسات الأخيرة لدى الحالة أ اقتراباً واضحاً من الحد الأعلى للمقياس، الأمر الذي يعكس تثبيتاً متزايداً للاعتقاد الإيجابي. وهذا النمط يعزز قراءة التحسن لأنه يجمع بين انخفاض الضيق وارتفاع الثقة في المعنى المعرفي البديل.

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الارتفاع	نسبة الاقتراب من الحد الأقصى	RCI	فاصل الثقة %95 للارتفاع	الدلالة الإكلينيكية
الحالة أ	4.12	6.75	2.62	%91.30	2.78	0.39 إلى 4.86	تحسن معرفي واضح

جدول (5-13): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة أ

تبين نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة أ أن متوسط البداية بلغ 4.12 من 7، في حين بلغ متوسط النهاية 6.75 من 7. ويعني ذلك أن متوسط الارتفاع وصل إلى 2.62 درجات، وهو ارتفاع مهم في مقياس محدود السقف.

بلغت نسبة الاقتراب من الحد الأقصى 91.30%، وهي نسبة تعكس أن الاعتقاد الإيجابي أصبح قريباً من مستوى مرتفع في نهاية الجلسات. وهذه القراءة مهمة لأن ارتفاع VOC يمثل مؤشراً معرفياً مكملاً لانخفاض SUD، ولا يكفي وحده دون توافقه مع تراجع الضيق.

تشير قيمة $RCI = 2.78$ ، وفاصل الثقة 95% للارتفاع (0.39 إلى 4.86)، إلى وجود تحسن معرفي واضح. وبذلك تؤكد النتائج أن التغير المعرفي لم يكن تغيراً سطحياً، بل يعكس انتقالاً إكلينيكياً نحو ترسيخ الاعتقاد الإيجابي المستهدف.

الوحدة	SS	df	MS	F	p	ηp^2	Cohen dz
الحالة أ	27.56	1	27.56	7.74	0.027	0.525	0.98

جدول (5-14): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ

يعرض تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ الفروق بين بداية ونهاية الجلسات. وقد بلغت قيمة $F = 7.74$ عند $p = 0.027$ ، مما يدل على وجود فرق دال في اتجاه ارتفاع صدقية الاعتقاد الإيجابي.

يعكس حجم الأثر $\eta p^2 = 0.525$ قوة العلاقة بين مرحلة القياس داخل الجلسة ودرجات VOC، كما يوضح $Cohen\ dz = 0.98$ أن حجم الفرق بين البداية والنهاية كبير من الناحية العملية. وبذلك تصبح النتيجة أكثر من مجرد ارتفاع وصفي في الدرجات.

تكتسب هذه النتيجة قيمة خاصة لأنها تؤكد البعد المعرفي لبروتوكول EMDR. فالعلاج الناجح في هذا السياق لا يقتصر على تهدئة الاستجابة الانفعالية، بل يتضمن أيضاً تدعيم الاعتقاد الإيجابي بحيث يصبح أكثر قبولا وصدقياً لدى الحالة.

الحالة	السلسلة	الميل الخطي	R^2	p	اتجاه السلسلة
الحالة أ	بداية الجلسة	1.060	0.829	0.002	ارتفاع خطي
الحالة أ	نهاية الجلسة	0.071	0.143	0.356	ارتفاع خطي

جدول (5-15): اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ

يوضح اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ أن قيم بداية الجلسة ارتفعت بميل خطي مقداره 1.060، مع $R^2 = 0.829$ وقيمة $p = 0.002$. وهذا يدل على أن الاعتقاد الإيجابي أصبح يبدأ من مستوى أعلى كلما تقدمت الجلسات.

أما قيم نهاية الجلسة فقد سجلت ميلا مقداره 0.071 مع $R^2 = 0.143$ وقيمة $p = 0.356$. وقد يبدو الميل أقل حدة لأن القيم النهائية اقتربت مبكرا من سقف المقياس، وهو نمط متوقع عند بلوغ درجات مرتفعة من التصديق المعرفي.

من الناحية الإكلينيكية، يشير هذا الاتجاه إلى أن أثر المعالجة امتد من لحظة نهاية الجلسة إلى بداية الجلسة التالية، أي أن الاعتقاد الإيجابي لم يكن حالة مؤقتة داخل الجلسة فقط. وهذا يعزز فرضية التثبيت المعرفي التدريجي عبر مسار العلاج.

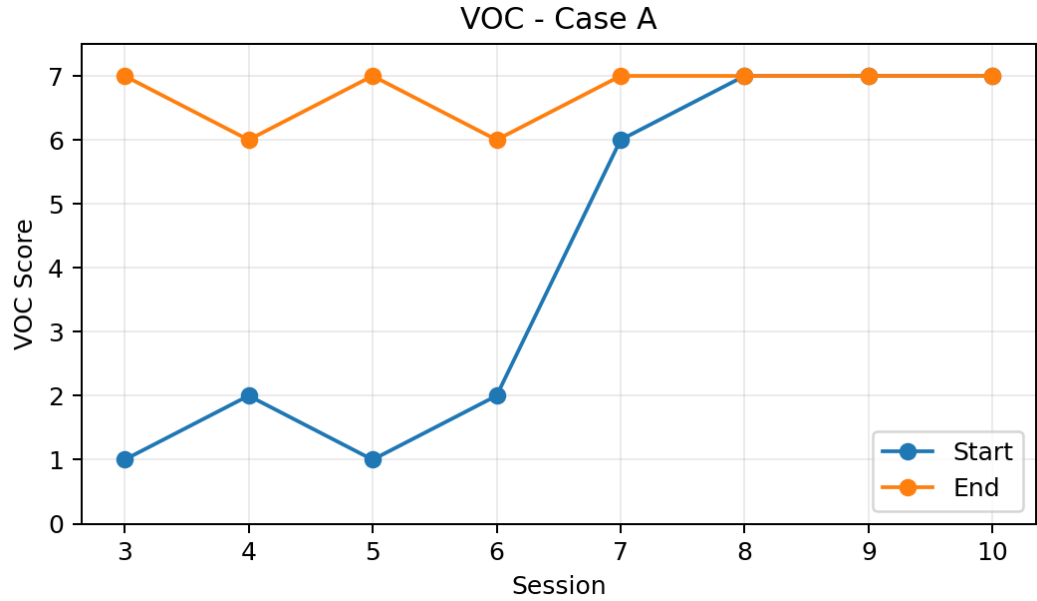
الإزاحة	ACF	PACF	حد الثقة $\pm$	دلالة ACF	دلالة PACF
1	0.375-	0.375-	0.693	غير دال	غير دال
2	0.417	0.321	0.693	غير دال	غير دال
3	0.292-	0.085-	0.693	غير دال	غير دال
4	0.167-	—	0.693	غير دال	غير دال

جدول (5-16): معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة أ

تعرض معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة أ مدى اعتماد الدرجة في جلسة معينة على الدرجات السابقة لها. وتظهر القيم المعروضة عبر الإزاحات أن معاملات ACF و PACF بقيت داخل حد الثقة التقريبي ± 0.693 .

يعني عدم تجاوز حدود الثقة أن الارتباطات الذاتية ليست دالة في هذه السلسلة القصيرة، وبالتالي لا توجد إشارة قوية إلى أن النتيجة النهائية في جلسة ما كانت مجرد استمرار آلي لقيمة الجلسة السابقة. وهذا مهم لأنه يدعم تفسير التغير بوصفه ناتجا عن مسار علاجي لا عن ترابط زمني بسيط فقط.

من الناحية الإكلينيكية، تساعد هذه النتيجة على تقوية قراءة ارتفاع VOC بوصفه تغيرا متراكما مرتبطا بالمعالجة. ومع ضرورة التحفظ بسبب قصر السلسلة، فإن عدم وجود اعتماد ذاتي قوي يجعل الاتجاه العام للنتائج أكثر قابلية للتفسير العلاجي.



الشكل (3-5): مسار VOC عبر الجلسات لدى الحالة أ؛ يوضح الارتفاع التدريجي في صدقية الاعتقاد الإيجابي.

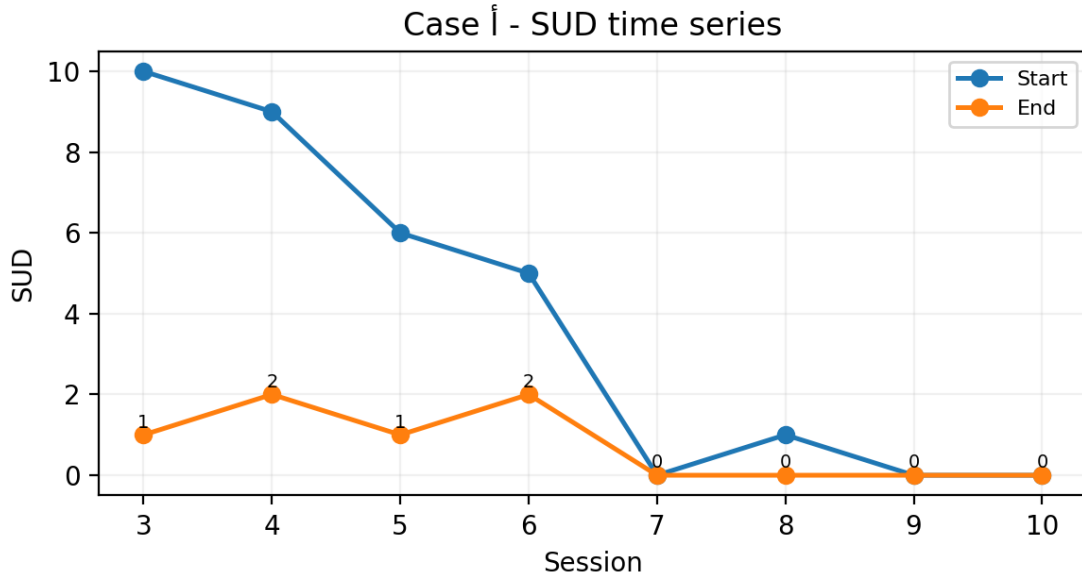
يبين الرسم البياني لمسار VOC لدى الحالة أ ارتفاع صدقية الاعتقاد الإيجابي عبر الجلسات، مع تميز واضح بين قيم البداية وقيم النهاية. ويظهر أن القيم النهائية بلغت مستويات مرتفعة في معظم الجلسات، خاصة في المراحل المتقدمة من العلاج.

تعكس الصورة البيانية نمطا تصاعديا متوافقا مع آلية تثبيت الاعتقاد الإيجابي في EMDR. فعندما ترتفع درجة VOC بالتوازي مع انخفاض SUD، يصبح من الممكن تفسير التغير بوصفه معالجة أكثر تكاملا للذاكرة الصدمية وليس مجرد تهدئة مؤقتة للضيق.

يساعد الرسم على إبراز أثر السقف الأعلى للمقياس؛ إذ إن القيم النهائية عندما تقترب من 6 أو 7 تصبح مساحة الارتفاع اللاحق محدودة. ولذلك فإن استقرار القيم عند مستوى عال لا يعني توقف التحسن، بل قد يدل على بلوغ مستوى إكلينيكي مناسب من التصديق المعرفي.

4-1-3-5. التحليلات الإحصائية الموسعة وفق نموذج السلاسل الزمنية والارتباط الذاتي الجزئي لدى الحالة أ

1-4-1-3-5. تحليل السلسلة الزمنية لمقياس شدة الضيق الذاتي SUD لدى الحالة أ



الشكل (4-5): الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة أ عبر الجلسات.

يوضح الشكل مسار مقياس SUD لدى الحالة أ من الجلسة الثالثة إلى الجلسة العاشرة، مع التمييز بين قيمة بداية الجلسة وقيمة نهايتها. ويظهر من الرسم أن مسار النهاية يتجه نحو الانخفاض بما يتفق مع الهدف العلاجي.

تكشف المسافة بين خط البداية وخط النهاية عن أثر المعالجة داخل الجلسة الواحدة، فكلما اتسعت الفجوة في الاتجاه المتوقع دل ذلك على استجابة علاجية أوضح. وفي الجلسات الأخيرة تصبح القيم أكثر استقراراً، وهو ما يدعم قراءة استمرار الأثر العلاجي.

تكتسب القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميم الحالة المفردة، لأنها تسمح بتتبع التغير على مستوى الفرد بدل الاختصار على المتوسطات. وبذلك يعد الشكل داعماً للجداول اللاحقة الخاصة بالارتباط الذاتي والانحدار وحجم الأثر.

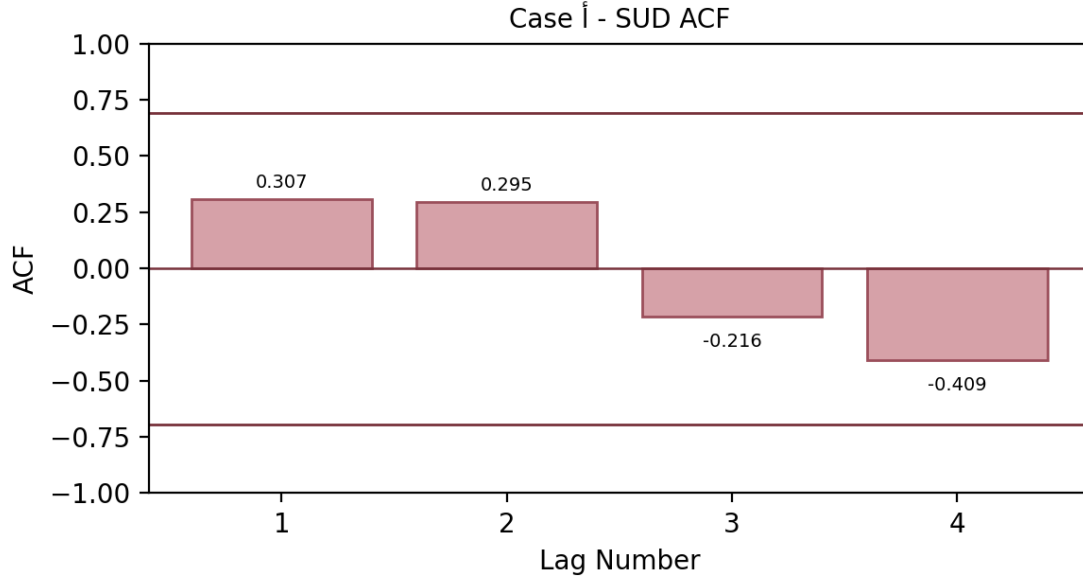
المتباينات (المسافات)	الارتباط الذاتي ACF	الخطأ المعياري	إحصاء -Box Ljung	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
1	0.307	0.331	1.076	1	0.300	غير دال
2	0.295	0.306	2.240	2	0.326	غير دال
3	0.216-	0.280	2.986	3	0.394	غير دال
4	0.409-	0.250	6.333	4	0.176	غير دال

الجدول (5-17): نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ

تبين نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية SUD لدى الحالة أ أن معاملات الارتباط عبر الإزاحات الأربع بقيت ضمن حدود الثقة التقريبية ± 0.693 ، إذ بلغت قيمة الإزاحة الأولى 0.307 مع مستوى دلالة 0.300. ويشير ذلك إلى أن الدرجة النهائية في الجلسة اللاحقة لا تعتمد اعتماداً قوياً على الدرجة السابقة لها.

بلغت أكبر قيمة مطلقة للارتباط الذاتي -0.409 عند الإزاحة رقم 4، ومع ذلك لم تصل هذه القيمة إلى مستوى الدلالة وفق اختبار Ljung-Box، حيث جاءت الدلالة 0.176. وبذلك لا يظهر في السلسلة ارتباط زمني متراكم يفسر التغير بعيداً عن مسار المعالجة.

تدعم هذه النتيجة القراءة العلاجية لمسار الضيق الذاتي، لأن غياب الارتباط الذاتي الدال يقلل احتمال أن يكون التحسن مجرد استمرار آلي لقيم الجلسات السابقة. ومع قصر السلسلة الزمنية، تبقى النتيجة مؤشرا داعما يجب قراءته مع الرسوم البيانية وتحليل الانحدار وحجم الأثر.



الشكل (5-5): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ.

يبين الشكل أعمدة الارتباط الذاتي عند الإزاحات الأربع الأولى، مع حدود الثقة العليا والدنيا. وتظهر الأعمدة داخل الحدود، وهو ما يدعم نتيجة الجدول بأن الارتباطات الذاتية غير دالة.

يعني بقاء الأعمدة داخل حدود الثقة أن السلسلة لا تكشف عن نمط اعتماد زمني قوي بين الجلسات المتتالية. وهذه القراءة تجعل اتجاه التحسن أكثر ارتباطا بمسار المعالجة بدل أن يكون ناتجا عن تراكم ارتباطي بسيط.

تساعد الصورة البيانية على الحكم السريع على الاستقرار الزمني للسلسلة، إذ تظهر القيم موزعة حول الصفر من غير تجاوز واضح للحدود. لذلك يستعمل الشكل كدليل بصري مكمل لاختبار Ljung-Box الوارد في الجدول.

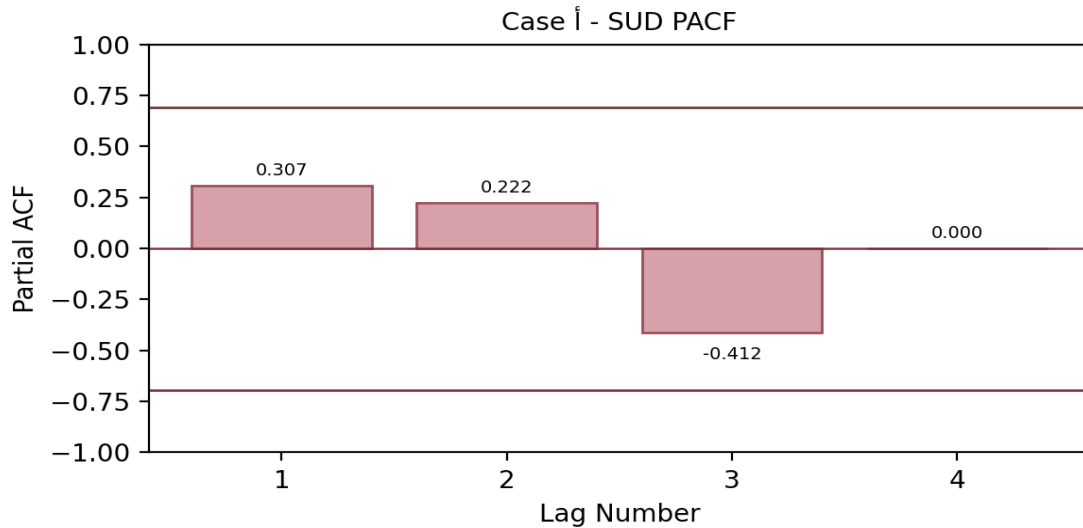
المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي الجزئي PACF	الخطأ المعياري	الدالة
1	0.307	0.354	غير دال
2	0.222	0.354	غير دال
3	-0.412	0.354	غير دال
4	—	0.354	—

الجدول (5-18): نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ

يعرض جدول الارتباط الذاتي الجزئي PACF أثر كل إزاحة بعد عزل أثر الإزاحات السابقة، وقد بلغت قيمة الإزاحة الأولى 0.307 لدى الحالة أ في مقياس SUD. وبمقارنتها بحد الثقة التقريبي، يتبين أنها لا تتجاوز الحد المطلوب للدلالة.

كما أن أكبر معامل جزئي مطلق بلغ -0.412 عند الإزاحة رقم 3، وهو لا يشير إلى بنية ارتباطية جزئية ثابتة داخل السلسلة. وهذا يعني أن درجات نهاية الجلسات لا تحتاج إلى نموذج اعتماد ذاتي معقد لتفسير مسارها.

من الناحية المنهجية، تفيد نتائج PACF في فحص مدى عشوائية البواقي وتحديد ما إذا كانت السلسلة تحتاج إلى نموذج زمني أعلى رتبة. وفي هذه البيانات القصيرة، تبقى القيم الجزئية غير دالة، وهو ما يدعم تفسير التغير في SUD بوصفه تغيراً علاجياً متدرجاً أكثر من كونه أثراً إحصائياً للترابط الداخلي.



الشكل (5-6): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ.

يوضح الشكل معاملات الارتباط الذاتي الجزئي بعد عزل أثر الإزاحات السابقة. وبالنظر إلى حدود الثقة، لا يظهر أي عمود يتجاوز الحدين بصورة تدل على ارتباط جزئي دال.

تؤكد هذه الصورة أن السلسلة لا تتطلب تفسيراً قائماً على اعتماد جزئي متدرج بين الجلسات. وهذا مهم لأن وجود PACF دال كان سيعني ضرورة الحذر في تفسير الانخفاض أو الارتفاع باعتباره أثراً علاجياً مباشراً.

وعليه فإن الشكل يدعم قراءة النتائج السابقة؛ فالمسار العام في SUD يمكن فهمه في ضوء تدخل EMDR وتحول الاستجابة عبر الجلسات.

مصدر التباين	مجموع المربعات SS	درجة الحرية df	متوسط المربعات MS	قيمة F	مستوى الدلالة p	η^2	Cohen dz
القياس: بداية/نهاية	39.06	1	39.06	6.29	0.040	0.473	0.89
الخطأ	43.44	7	6.21				

الجدول (5-19): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ

يبين تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة أن الفرق بين بداية ونهاية الجلسات في مقياس SUD لدى الحالة أ كان ذا دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة $F = 6.29$ عند مستوى دلالة $p = 0.040$. وهذا يدل على أن الانخفاض داخل الجلسات لم يكن محدوداً أو عابراً. بلغ حجم الأثر الجزئي $\eta^2 p^2 = 0.473$ ، وهي قيمة كبيرة من الناحية العملية لأنها توضح أن نسبة معتبرة من التباين في درجات SUD ترجع إلى موضع القياس داخل الجلسة؛ أي البداية مقارنة بالنهاية. كما بلغت قيمة $Cohen\ dz = 0.89$ ، وهي تؤكد قوة الفرق المعياري بين القياسين.

تتفق نتيجة تحليل التباين مع القراءة البصرية للسلسلة الزمنية؛ فالاتجاه العام للدرجات يؤكد وجود انخفاض منتظم عبر الجلسات. لذلك يمكن اعتبار هذا التحليل مؤشراً إحصائياً داعماً للدلالة الإكلينيكية، مع مراعاة طبيعة تصميم الحالة المفردة وحجم البيانات المحدود.

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R^2	مربع R المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.724	0.524	0.444	0.661

الجدول (5-20): معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ

يبين نموذج الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة أ أن معامل الارتباط بلغ $R = 0.724$ ، وبلغ معامل التحديد $R^2 = 0.524$. وهذا يعني أن الزمن يفسر حوالي 52.38% من التباين في درجات نهاية الجلسات.

أظهر جدول تحليل التباين للانحدار أن قيمة $F = 6.60$ عند مستوى دلالة $p = 0.042$. وتشير هذه النتيجة إلى أن ملاءمة النموذج الخطي لمسار نهاية الجلسات دالة إحصائياً، مع بقاء الاتجاه العام قابلاً للقراءة البصرية.

توضح معاملات الانحدار أن قيمة الميل بلغت $B = 0.262$ ، أي أن الدرجة النهائية تميل إلى تسجيل انخفاضاً مقداره 0.262 درجة تقريباً مع كل جلسة علاجية. ومن ثم تعكس المعادلة الخطية تغيراً تدريجياً عبر الزمن، لا مجرد فرق بين نقطتين منفصلتين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	2.881	1	2.881	6.600	0.042
القيمة المتبقية	2.619	6	0.437		
المجموع	5.500	7			

الجدول (5-21): تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ

يبين جدول تحليل التباين الخاص بالانحدار أن مجموع مربعات الانحدار بلغ 2.881، في حين بلغ مجموع مربعات البواقي 2.619. وتعكس هذه القيم مقدار ما يفسره الزمن من تغير في درجات نهاية الجلسات مقارنة بما يبقى غير مفسر داخل النموذج.

بلغت قيمة $F = 6.600$ عند مستوى دلالة 0.042. وتشير هذه القيمة إلى أن النموذج الخطي يمتلك دلالة إحصائية واضحة، وهو ما يجب قراءته إلى جانب الشكل البياني لأن عدد الجلسات محدود.

توضح هذه النتيجة أن العلاقة بين الزمن ونهاية SUD لدى الحالة أ ليست مجرد وصف بصري، بل تم اختبارها إحصائياً من خلال نموذج انحدار بسيط. وبذلك تكتمل قراءة السلسلة بين الاتجاه الخطي والتحقق الإحصائي.

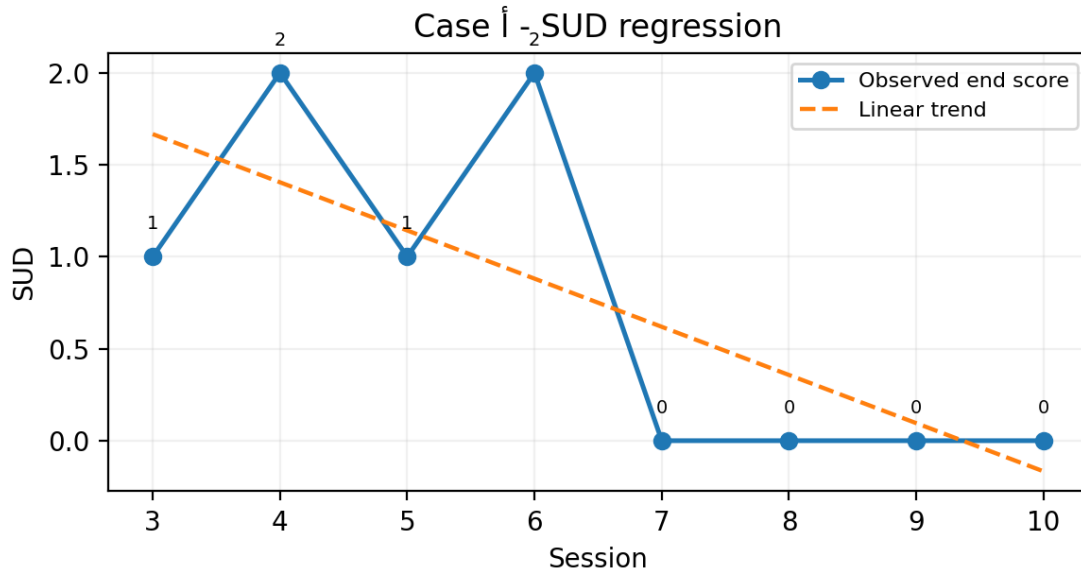
المتغير	قيمة A/B	Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الثابت Constant	1.929	/	3.746	0.010
الزمن	-0.262	-0.724	-2.569	0.042

الجدول (5-22): معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ

تحدد معادلة الانحدار في هذه السلسلة على الصورة الآتية: الدرجة المتوقعة = $1.929 + (-0.262 \times \text{الزمن})$. وتمثل قيمة الثابت الدرجة المتوقعة عند بداية المؤشر الزمني، بينما تمثل قيمة الميل مقدار التغير المتوقع مع كل جلسة.

تشير قيمة Beta المعيارية إلى اتجاه العلاقة وقوتها بعد توحيد القياس، وقد بلغت -0.724. ولذلك فإن الإشارة السالبة للمعامل تعني أن الزمن يرتبط بانخفاض درجات نهاية SUD عبر الجلسات.

تساعد معاملات الانحدار على تحويل المسار البصري إلى معادلة كمية قابلة للتفسير. ومن ثم يمكن استعمالها لدعم الحكم الإكلينيكي، لا لاستبداله، لأن تصميم الحالة المفردة يحتاج إلى تكامل القراءة الإحصائية والبصرية والعملية.



الشكل (5-7): الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة أ.

يبين الشكل القيم الفعلية لنهاية الجلسات مع خط الاتجاه الخطي المقدر. ويظهر الخط اتجاهها هابطاً، وهو ما يتفق مع إشارة معامل الانحدار المحسوب في الجدول السابق.

توضح المسافة بين النقاط وخط الاتجاه مقدار البواقي، أي الجزء غير المفسر بالزمن وحده. وكلما اقتربت النقاط من الخط كان معامل التحديد أكبر، كما يظهر ذلك في قيمة $R^2 = 0.524$.

يعد هذا الشكل مكملًا مهماً للجدول لأن التحسن في الحالات المفردة يحتاج إلى دليل بصري يوضح شكل التغير عبر الزمن. ومن ثم فإن خط الانحدار يساعد على تلخيص الاتجاه العام دون إلغاء تفاصيل كل جلسة.

المؤشر	القيمة
متوسط البداية	3.88
متوسط النهاية	0.75
متوسط الفرق	3.12

3.52	الانحراف المعياري للفروق
0.89	Cohen dz
كبير	تفسير حجم الأثر

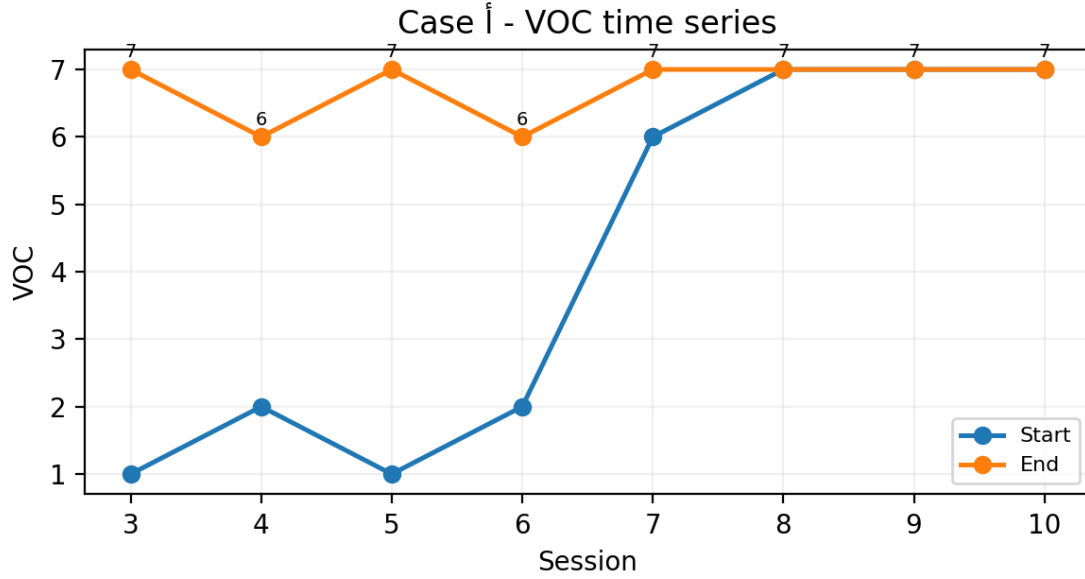
الجدول (5-23): حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة أ

تم حساب حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة أ باستخدام Cohen dz للقياسات المتكررة، أي قسمة متوسط الفرق بين البداية والنهاية على الانحراف المعياري لفروق القياس. وقد بلغت قيمة $d = 0.89$.

بلغ متوسط البداية 3.88، وبلغ متوسط النهاية 0.75، أي أن متوسط الفرق وصل إلى 3.12 درجة. وبالرجوع إلى محكات كوهين الشائعة، فإن قيمة d الحالية تقع في مستوى أثر كبير، وهو ما ينسجم مع النتيجة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية.

توضح هذه القيمة أن أثر البروتوكول العلاجي لا يظهر فقط في صورة فرق دال إحصائي، بل يظهر أيضا في صورة فرق عملي يمكن ملاحظته على مستوى الحالة المفردة. وبذلك يقدم حجم الأثر قرينة إضافية على فعالية المعالجة عبر الجلسات.

ثانيا: تحليل السلسلة الزمنية لمقياس صدقية الاعتقاد الإيجابي VOC لدى الحالة أ



الشكل (5-8): الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ عبر الجلسات.

يوضح الشكل مسار مقياس VOC لدى الحالة أ من الجلسة الثالثة إلى الجلسة العاشرة، مع التمييز بين قيمة بداية الجلسة وقيمة نهايتها. ويظهر من الرسم أن مسار النهاية يتجه نحو الارتفاع والاستقرار عند مستوى مرتفع بما يتفق مع الهدف العلاجي.

تكشف المسافة بين خط البداية وخط النهاية عن أثر المعالجة داخل الجلسة الواحدة، فكلما اتسعت الفجوة في الاتجاه المتوقع دل ذلك على استجابة علاجية أوضح. وفي الجلسات الأخيرة تصبح القيم أكثر استقراراً، وهو ما يدعم قراءة استمرار الأثر العلاجي.

تكتسب القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميم الحالة المفردة، لأنها تسمح بتتبع التغير على مستوى الفرد بدل الاختصار على المتوسطات. وبذلك يعد الشكل داعماً للجداول اللاحقة الخاصة بالارتباط الذاتي والانحدار وحجم الأثر.

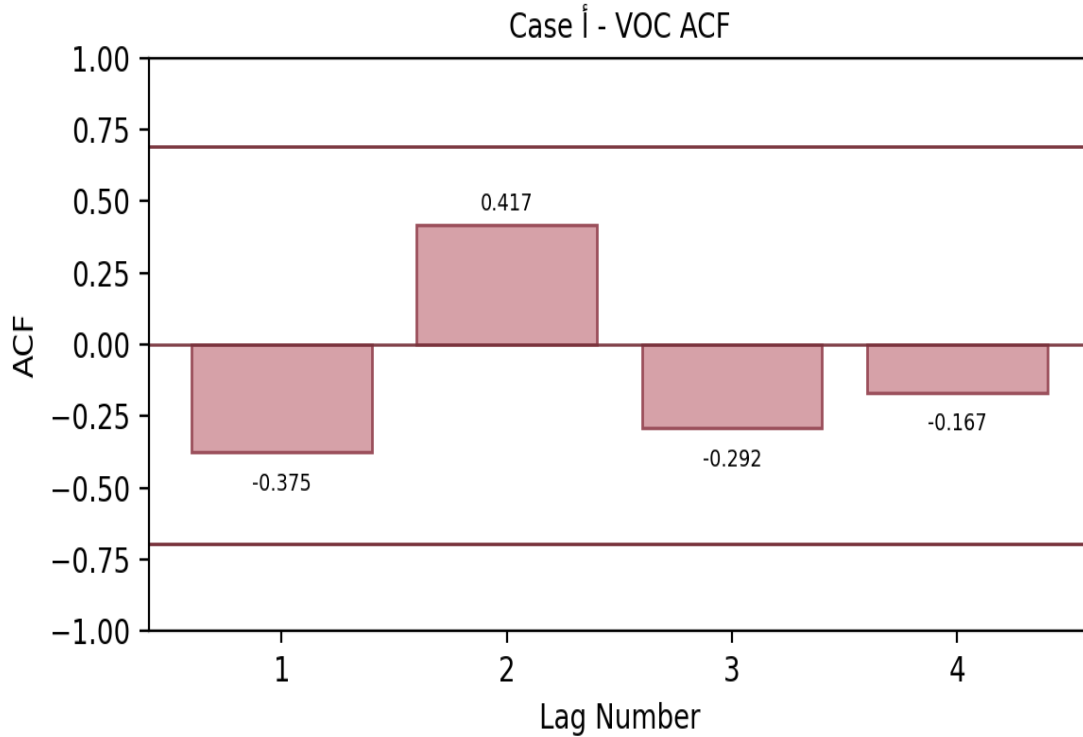
المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي ACF	الخطأ المعياري	إحصاء -Box Ljung	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
1	0.375-	0.331	1.607	1	0.205	غير دال
2	0.417	0.306	3.922	2	0.141	غير دال
3	0.292-	0.280	5.283	3	0.152	غير دال
4	0.167-	0.250	5.839	4	0.212	غير دال

الجدول (5-24): نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ

تبين نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية VOC لدى الحالة أ أن معاملات الارتباط عبر الإزاحات الأربع بقيت ضمن حدود الثقة التقريبية ± 0.693 ، إذ بلغت قيمة الإزاحة الأولى -0.375 مع مستوى دلالة 0.205. ويشير ذلك إلى أن الدرجة النهائية في الجلسة اللاحقة لا تعتمد اعتماداً قوياً على الدرجة السابقة لها.

بلغت أكبر قيمة مطلقة للارتباط الذاتي 0.417 عند الإزاحة رقم 2، ومع ذلك لم تصل هذه القيمة إلى مستوى الدلالة وفق اختبار Ljung-Box، حيث جاءت الدلالة 0.141. وبذلك لا يظهر في السلسلة ارتباط زمني متراكم يفسر التغير بعيداً عن مسار المعالجة.

تدعم هذه النتيجة القراءة العلاجية لمسار صدقية الاعتقاد الإيجابي، لأن غياب الارتباط الذاتي الدال يقلل احتمال أن يكون التحسن مجرد استمرار آلي لقيم الجلسات السابقة. ومع قصر السلسلة الزمنية، تبقى النتيجة مؤشراً داعماً يجب قراءته مع الرسوم البيانية وتحليل الانحدار وحجم الأثر.



الشكل (5-9): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ.

يبين الشكل أعمدة الارتباط الذاتي عند الإزاحات الأربع الأولى، مع حدود الثقة العليا والدنيا. وتظهر الأعمدة داخل الحدود، وهو ما يدعم نتيجة الجدول بأن الارتباطات الذاتية غير دالة.

يعني بقاء الأعمدة داخل حدود الثقة أن السلسلة لا تكشف عن نمط اعتماد زمني قوي بين الجلسات المتتالية. وهذه القراءة تجعل اتجاه التحسن أكثر ارتباطاً بمسار المعالجة بدل أن يكون ناتجاً عن تراكم ارتباطي بسيط.

تساعد الصورة البيانية على الحكم السريع على الاستقرار الزمني للسلسلة، إذ تظهر القيم موزعة حول الصفر من غير تجاوز واضح للحدود. لذلك يستعمل الشكل كدليل بصري مكمل لاختبار Ljung-Box الوارد في الجدول.

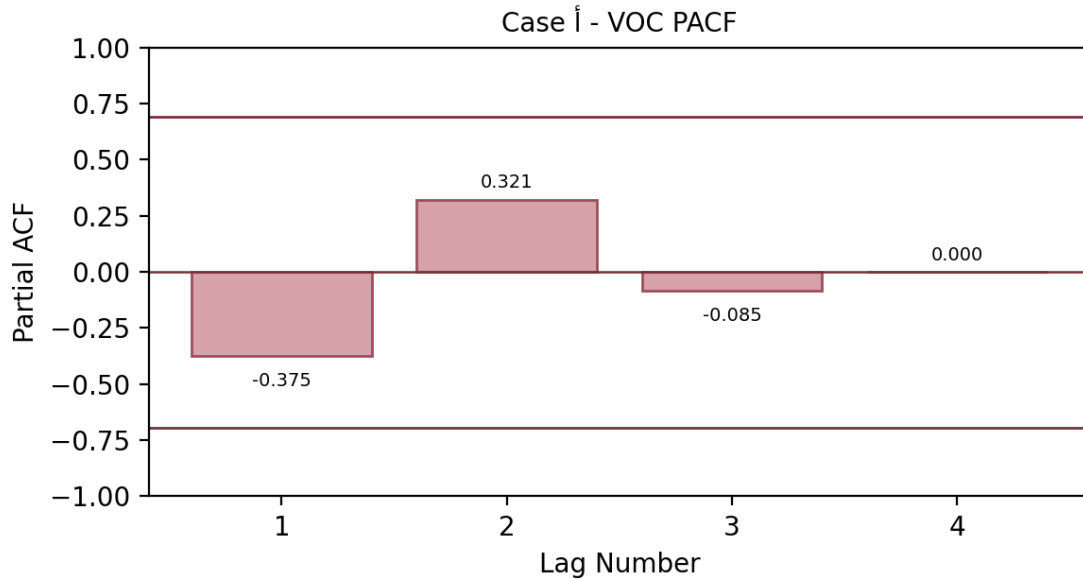
المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي الجزئي PACF	الخطأ المعياري	القرار
1	0.375-	0.354	غير دال
2	0.321	0.354	غير دال
3	0.085-	0.354	غير دال
4	—	0.354	—

الجدول (5-25): نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ

يعرض جدول الارتباط الذاتي الجزئي PACF أثر كل إزاحة بعد عزل أثر الإزاحات السابقة، وقد بلغت قيمة الإزاحة الأولى 0.375- لدى الحالة أ في مقياس VOC. وبمقارنتها بحد الثقة التقريبي، يتبين أنها لا تتجاوز الحد المطلوب للدلالة.

كما أن أكبر معامل جزئي مطلق بلغ 0.375- عند الإزاحة رقم 1، وهو لا يشير إلى بنية ارتباطية جزئية ثابتة داخل السلسلة. وهذا يعني أن درجات نهاية الجلسات لا تحتاج إلى نموذج اعتماد ذاتي معقد لتفسير مسارها.

من الناحية المنهجية، تفيد نتائج PACF في فحص مدى عشوائية البواقي وتحديد ما إذا كانت السلسلة تحتاج إلى نموذج زمني أعلى رتبة. وفي هذه البيانات القصيرة، تبقى القيم الجزئية غير دالة، وهو ما يدعم تفسير التغير في VOC بوصفه تغيراً علاجياً متدرجاً أكثر من كونه أثراً إحصائياً للترابط الداخلي.



الشكل (5-10): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ.

يوضح الشكل معاملات الارتباط الذاتي الجزئي بعد عزل أثر الإزاحات السابقة. وبالنظر إلى حدود الثقة، لا يظهر أي عمود يتجاوز الحدين بصورة تدل على ارتباط جزئي دال.

تؤكد هذه الصورة أن السلسلة لا تتطلب تفسيراً قائماً على اعتماد جزئي متدرج بين الجلسات. وهذا مهم لأن وجود PACF دال كان سيعني ضرورة الحذر في تفسير الانخفاض أو الارتفاع باعتباره أثراً علاجياً مباشراً.

وعليه فإن الشكل يدعم قراءة النتائج السابقة؛ فالمسار العام في VOC يمكن فهمه في ضوء تدخل EMDR وتحول الاستجابة عبر الجلسات.

مصدر التباين	مجموع المربعات SS	درجة الحرية df	متوسط المربعات MS	قيمة F	مستوى الدلالة p	ηp^2	Cohen dz
القياس: بداية/نهاية	27.56	1	27.56	7.74	0.027	0.525	0.98
الخطأ	24.94	7	3.56	—	—	—	—

الجدول (5-26): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ

يبين تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة أن الفرق بين بداية ونهاية الجلسات في مقياس VOC لدى الحالة أ كان ذا دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة $F = 7.74$ عند مستوى دلالة $p = 0.027$. وهذا يدل على أن الارتفاع داخل الجلسات لم يكن محدوداً أو عابراً.

بلغ حجم الأثر الجزئي $\eta p^2 = 0.525$ ، وهي قيمة كبيرة من الناحية العملية لأنها توضح أن نسبة معتبرة من التباين في درجات VOC ترجع إلى موضع القياس داخل الجلسة؛ أي البداية مقارنة بالنهاية. كما بلغت قيمة $Cohen\ dz = 0.98$ ، وهي تؤكد قوة الفرق المعياري بين القياسين.

تتفق نتيجة تحليل التباين مع القراءة البصرية للسلسلة الزمنية؛ فالاتجاه العام للدرجات يؤكد وجود ارتفاع منتظم عبر الجلسات. لذلك يمكن اعتبار هذا التحليل مؤشراً إحصائياً داعماً للدلالة الإكلينيكية، مع مراعاة طبيعة تصميم الحالة المفردة.

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R^2	مربع R المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.378	0.143	0.000	0.463

الجدول (5-27): معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ

يبين نموذج الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة أ أن معامل الارتباط بلغ $R = 0.378$ ، وبلغ معامل التحديد $R^2 = 0.143$. وهذا يعني أن الزمن يفسر حوالي 14.29% من التباين في درجات نهاية الجلسات.

أظهر جدول تحليل التباين للانحدار أن قيمة $F = 1.00$ عند مستوى دلالة $p = 0.356$. وتشير هذه النتيجة إلى أن ملائمة النموذج الخطي لمسار نهاية الجلسات غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، مع بقاء الاتجاه العام قابلاً للقراءة البصرية.

توضح معاملات الانحدار أن قيمة الميل بلغت $B = 0.071$ ، أي أن الدرجة النهائية تميل إلى تسجيل ارتفاعاً مقداره 0.071 درجة تقريباً مع كل جلسة علاجية. ومن ثم تعكس المعادلة الخطية تغيراً تدريجياً عبر الزمن، لا مجرد فرق بين نقطتين منفصلتين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	0.214	1	0.214	1.000	0.356
القيمة المتبقية	1.286	6	0.214	—	—
المجموع	1.500	7	—	—	—

الجدول (5-28): تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ

يبين جدول تحليل التباين الخاص بالانحدار أن مجموع مربعات الانحدار بلغ 0.214، في حين بلغ مجموع مربعات البواقي 1.286. وتعكس هذه القيم مقدار ما يفسره الزمن من تغير في درجات نهاية الجلسات مقارنة بما يبقى غير مفسر داخل النموذج.

بلغت قيمة $F = 1.000$ عند مستوى دلالة 0.356. وتشير هذه القيمة إلى أن النموذج الخطي لا يبلغ مستوى الدلالة التقليدي، وهو ما يجب قراءته إلى جانب الشكل البياني لأن عدد الجلسات محدود.

توضح هذه النتيجة أن العلاقة بين الزمن ونهاية VOC لدى الحالة أ ليست مجرد وصف بصري، بل تم اختبارها إحصائياً من خلال نموذج انحدار بسيط. وبذلك تكتمل قراءة السلسلة بين الاتجاه الخطي والتحقق الإحصائي.

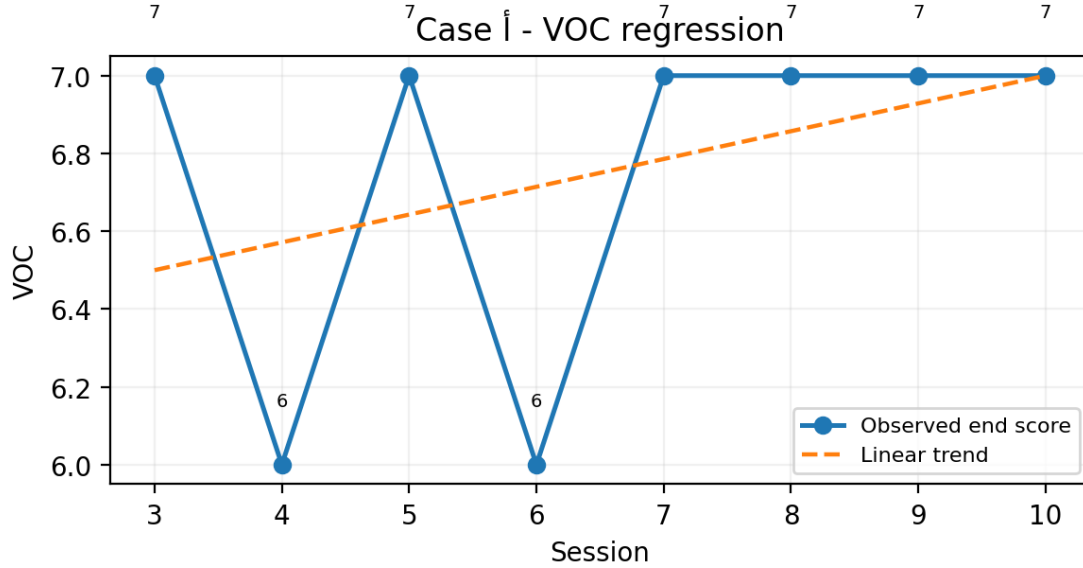
المتغير	قيمة A/B	Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الثابت Constant	6.429	/	17.823	$0.001 >$
الزمن	0.071	0.378	1.000	0.356

الجدول (5-29): معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ

تحدد معادلة الانحدار في هذه السلسلة على الصورة الآتية: الدرجة المتوقعة = $6.429 + (0.071 \times \text{الزمن})$. وتمثل قيمة الثابت الدرجة المتوقعة عند بداية المؤشر الزمني، بينما تمثل قيمة الميل مقدار التغير المتوقع مع كل جلسة.

تشير قيمة Beta المعيارية إلى اتجاه العلاقة وقوتها بعد توحيد القياس، وقد بلغت 0.378. ولذلك فإن الإشارة الموجبة للمعامل تعني أن الزمن يرتبط بارتفاع درجات نهاية VOC عبر الجلسات.

تساعد معاملات الانحدار على تحويل المسار البصري إلى معادلة كمية قابلة للتفسير. ومن ثم يمكن استعمالها لدعم الحكم الإكلينيكي، لا لاستبداله، لأن تصميم الحالة المفردة يحتاج إلى تكامل القراءة الإحصائية والبصرية والعملية.



الشكل (5-11): الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة أ.

يبين الشكل القيم الفعلية لنهاية الجلسات مع خط الاتجاه الخطي المقدر. ويظهر الخط اتجاهها صاعداً، وهو ما يتفق مع إشارة معامل الانحدار المحسوب في الجدول السابق.

توضح المسافة بين النقاط وخط الاتجاه مقدار البواقي، أي الجزء غير المفسر بالزمن وحده. وكلما اقتربت النقاط من الخط كان معامل التحديد أكبر، كما يظهر ذلك في قيمة $R^2 = 0.143$.

يعد هذا الشكل مكملًا مهماً للجدول لأن التحسن في الحالات المفردة يحتاج إلى دليل بصري يوضح شكل التغير عبر الزمن. ومن ثم فإن خط الانحدار يساعد على تلخيص الاتجاه العام دون إلغاء تفاصيل كل جلسة.

المؤشر	القيمة
متوسط البداية	4.12
متوسط النهاية	6.75
متوسط الفرق	2.62
الانحراف المعياري للفرق	2.67
Cohen dz	0.98
تفسير حجم الأثر	كبير

الجدول (5-30): حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة أ

تم حساب حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة أ باستخدام Cohen dz للقياسات المتكررة، أي قسمة متوسط الفرق بين البداية والنهاية على الانحراف المعياري لفرق القياس. وقد بلغت قيمة $d = 0.98$.

بلغ متوسط البداية 4.12، وبلغ متوسط النهاية 6.75، أي أن متوسط الفرق وصل إلى 2.62 درجة. وبالرجوع إلى محكات كوهين الشائعة، فإن قيمة d الحالية تقع في مستوى أثر كبير، وهو ما ينسجم مع النتيجة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية.

توضح هذه القيمة أن أثر البروتوكول العلاجي لا يظهر فقط في صورة فرق دال إحصائياً، بل يظهر أيضاً في صورة فرق عملي يمكن ملاحظته على مستوى الحالة المفردة. وبذلك يقدم حجم الأثر قرينة إضافية على فعالية المعالجة عبر الجلسات.

5-3-2. تحليل وتفسير نتائج الحالة (ب):

5-3-2-1. الدلالة الإكلينيكية لمقياس شدة أعراض الصدمة PCL-5

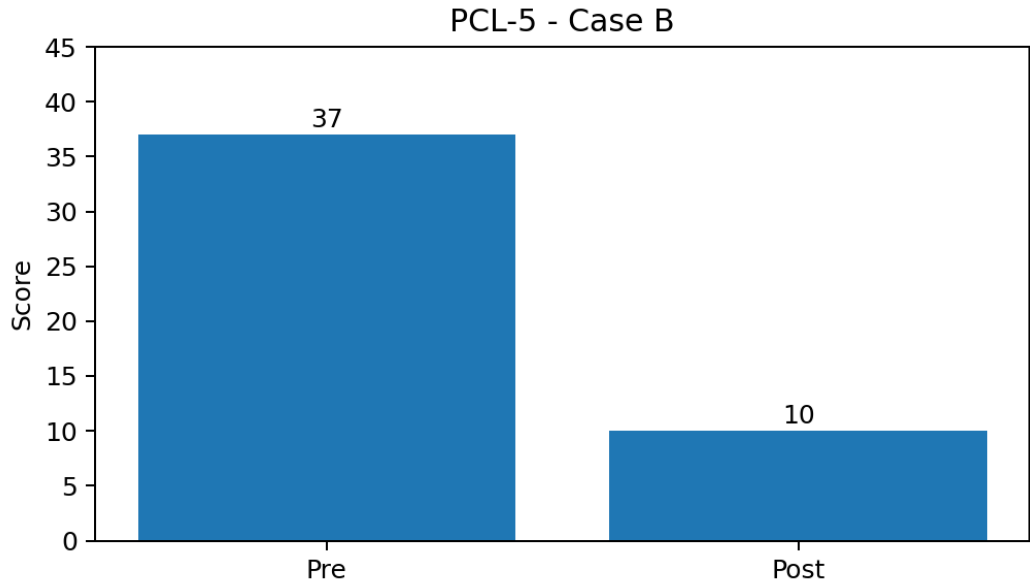
الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	مقدار الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	القرار الإكلينيكي
الحالة ب	37	10	27	72.97%	12.73	تحسن إكلينيكي موثوق

جدول (5-31): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5 لدى الحالة ب

يبين الجدول أن الحالة ب سجلت انتقالا واضحا من درجة قبلية مقدارها 37 إلى درجة بعدية مقدارها 10 على مقياس PCL-5، أي بانخفاض قدره 27 درجة. ويعكس هذا الانخفاض تراجعاً مباشراً في شدة الأعراض الصدمية بعد تطبيق البروتوكول العلاجي القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين EMDR.

تبلغ نسبة التحسن لدى الحالة ب 72.97%، وهي نسبة مرتفعة إكلينيكي لأنها لا تشير فقط إلى تحسن عددي محدود، بل إلى انتقال في مستوى الأعراض من شدة أوضح في القياس القبلي إلى مستوى منخفض في القياس البعدي. وبذلك يصبح التغير المسجل متوافقاً مع الهدف العلاجي الأساسي المتمثل في خفض الأعراض الصدمية المركزية.

تؤكد قيمة مؤشر التغير الموثوق $RCI = 12.73$ أن الفرق بين القياسين يتجاوز القيمة الحرجة ± 1.96 بدرجة كبيرة، ولذلك يصنف القرار الإكلينيكي في الجدول على أنه: تحسن إكلينيكي موثوق. ويعني ذلك أن التحسن لا يرجح تفسيره بخطأ القياس أو بالتذبذب العابر، بل يمثل تغيراً ذا معنى إكلينيكي واضح.



الشكل (5-12): يبين الانخفاض في درجات PCL-5 لدى الحالة ب بين القياس القبلي والبعدي.

يظهر الرسم البياني الفارق البصري بين القياس القبلي والبعدي لدى الحالة ب، حيث تبدو الدرجة البعدية أقل بكثير من الدرجة القبلية. وتساعد القراءة البصرية هنا على تأكيد ما ورد في الجدول؛ فالفارق ليس محدوداً أو هامشياً، وإنما يعبر عن انخفاض حاد في شدة الأعراض.

تتفق صورة الانخفاض في الرسم مع المنطق الإكلينيكي لبروتوكول EMDR، إذ يفترض أن يؤدي استهداف الذاكرة الصدمية ومعالجتها إلى خفض الاستثارة الانفعالية والأعراض المرتبطة بالصدمة. ولذلك فإن الاتجاه العام للرسم يعزز الاتساق بين القياس الكمي والملاحظة البصرية لمسار التحسن.

تكتسب هذه القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميمات الحالات المحدودة، لأن الرسم يسمح بتقدير حجم التغير على مستوى الفرد لا على مستوى المتوسطات الجماعية فقط. ومن ثم فإن عرض الرسم الخاص بكل حالة على حدة يمنع تداخل النتائج، ويجعل الحكم الإكلينيكي أكثر وضوحاً ودقة.

5-3-2. تحليل مقياس SUD عبر الجلسات

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الانخفاض داخل الجلسة
3	9	2	7
4	9	2	7
5	6	1	5
6	5	2	3
7	1	0	1
8	1	0	1
9	1	0	1
10	1	0	1

جدول (5-32): القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة ب

توضح القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة ب أن مستوى الضيق الذاتي كان مرتفعاً في بداية الجلسات العلاجية الأولى، ثم أخذ في الانخفاض تدريجياً مع تقدم الجلسات. ففي الجلسة الثالثة بدأت الدرجة عند 9 وانتهت عند 2، وهو فرق داخل الجلسة مقداره 7 درجات.

يعبر الانخفاض داخل الجلسات عن أثر علاجي مباشر يحدث أثناء المعالجة، إذ تنخفض شدة الضيق من بداية الجلسة إلى نهايتها. وهذا النمط مهم في EMDR لأن المعالجة لا تقاس فقط

بانخفاض الدرجة بين أول وآخر جلسة، بل أيضا بمدى استجابة الضيق أثناء التعرض المنظم ومعالجة الذاكرة الصدمية.

في الجلسات الأخيرة لدى الحالة ب يظهر استقرار واضح عند درجة منخفضة جدا أو صفرية في نهاية الجلسات، وهو ما يشير إلى أن الذكرى المستهدفة أصبحت أقل إثارة للضيق. وبذلك تقدم القيم الخام دليلا متتابعاً على انتقال الحالة من استجابة انفعالية مرتفعة إلى استجابة أكثر استقراراً وانخفاضاً.

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	فاصل الثقة 95% للانخفاض	الدلالة الإكلينيكية
الحالة ب	4.12	0.88	3.25	78.79%	3.39	0.98 إلى 5.52	تحسن إكلينيكي موثوق

جدول (5-33): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة ب

تبين نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة ب أن متوسط البداية بلغ 4.12 من 10، بينما بلغ متوسط النهاية 0.88 من 10. ويعني ذلك أن متوسط الانخفاض بين بداية الجلسات ونهايتها وصل إلى 3.25 درجات، وهو مقدار واضح في سياق مقياس قصير يتراوح من 0 إلى 10.

بلغت نسبة التحسن 78.79%، وهي نسبة تعكس انخفاضاً معتبراً في شدة الضيق الذاتي المرتبط بالذكرى الصدمية أثناء مسار المعالجة. كما أن هذه النسبة تدل على أن التغير لم يكن محصوراً في جلسة واحدة، بل يمثل اتجاهاً عاماً مستمراً عبر سلسلة الجلسات العلاجية.

تشير قيمة $RCI = 3.39$ مع فاصل الثقة 95% للانخفاض (0.98 إلى 5.52) إلى أن التحسن يقع ضمن مستوى إكلينيكي مقبولة/قوية. وبذلك تتكامل الدلالة العددية مع الحكم الإكلينيكي، فتدعم أن البروتوكول أسهم في خفض الاستثارة الانفعالية بصورة قابلة للاعتبار.

الوحدة	SS	df	MS	F	P	ηp^2	Cohen dz
الحالة ب	42.25	1	42.25	11.49	0.012	0.621	1.20

جدول (5-34): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب

يعرض تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب أثر الفرق بين بداية الجلسة ونهايتها. وقد بلغت قيمة $F = 11.49$ عند مستوى دلالة $p = 0.012$ ، مما يشير إلى أن الفروق داخل الجلسات ذات دلالة إحصائية في اتجاه الانخفاض.

بلغ حجم الأثر $\eta p^2 = 0.621$ ، وهو حجم أثر قوي يوضح أن جزءاً معتبراً من التباين في درجات SUD يمكن ربطه بمرحلة القياس داخل الجلسة، أي البداية مقابل النهاية. كما يدعم Cohen dz $= 1.20$ تقديراً عملياً لحجم الفرق المعياري بين القياسين.

الحالة	السلسلة	الميل الخطي	R^2	p	اتجاه السلسلة
الحالة ب	بداية الجلسة	-1.369	0.866	$0.001 >$	انخفاض خطي
الحالة ب	نهاية الجلسة	-0.345	0.728	0.007	انخفاض خطي

جدول (5-35): اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة ب

يوضح اتجاه السلسلة الزمنية لدى الحالة ب أن قيم بداية الجلسة اتخذت ميلا خطيا هابطا مقداره -1.369 مع معامل تفسير $R^2 = 0.866$ وقيمة $p = < 0.001$. وهذا يعني أن الضيق لم يكن ينخفض داخل الجلسة فقط، بل أصبح يبدأ من مستوى أقل مع تقدم العلاج.

أما قيم نهاية الجلسة فقد سجلت ميلا خطيا هابطا مقداره -0.345 مع $R^2 = 0.728$ وقيمة $p = 0.007$. ورغم أن الميل هنا أقل حدة من بداية الجلسة، إلا أنه يعكس اتجاهها نحو الوصول إلى مستويات منخفضة ومستقرة في نهاية المعالجة.

تدل هذه النتيجة على تعميم الأثر العلاجي عبر الزمن، لأن انخفاض بداية الجلسة اللاحقة يعني أن التحسن لم يبق محصورا داخل الجلسة السابقة. ومن الناحية الإكلينيكية، يعد هذا مؤشرا مهما على استقرار المعالجة وتراجع الاستثارة المرتبطة بالخبرة الصدمية.

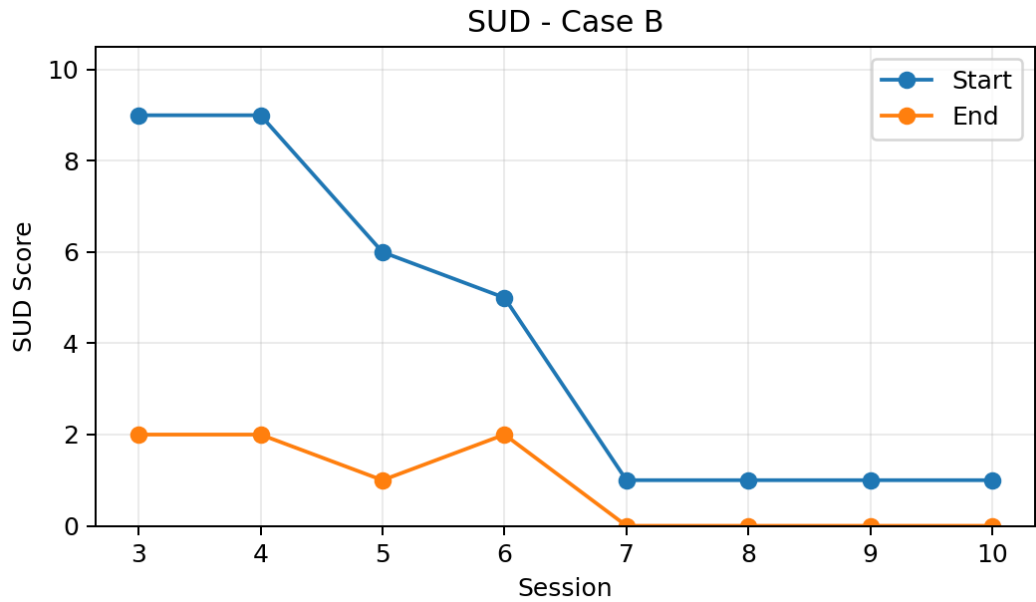
الإزاحة	ACF	PACF	حد الثقة $\pm$	دلالة ACF	دلالة PACF
1	0.416	0.416	0.693	غير دال	غير دال
2	0.268	0.115	0.693	غير دال	غير دال
3	-0.007	-0.188	0.693	غير دال	غير دال
4	-0.445	—	0.693	غير دال	غير دال

جدول (5-36): معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة ب

تعرض معاملات الارتباط الذاتي لنهاية SUD لدى الحالة ب مدى اعتماد الدرجة في جلسة معينة على الدرجات السابقة لها. وتظهر القيم المعروضة عبر الإزاحات أن معاملات ACF و PACF بقيت داخل حد الثقة التقريبي ± 0.693 .

يعني عدم تجاوز حدود الثقة أن الارتباطات الذاتية ليست دالة في هذه السلسلة القصيرة، وبالتالي لا توجد إشارة قوية إلى أن النتيجة النهائية في جلسة ما كانت مجرد استمرار آلي لقيمة الجلسة السابقة. وهذا مهم لأنه يدعم تفسير التغير بوصفه ناتجا عن مسار علاجي لا عن ترابط زمني بسيط فقط.

من الناحية الإكلينيكية، تساعد هذه النتيجة على تقوية قراءة انخفاض SUD بوصفه تغيرا متراكما مرتبطا بالمعالجة. ومع ضرورة التحفظ بسبب قصر السلسلة، فإن عدم وجود اعتماد ذاتي قوي يجعل الاتجاه العام للنتائج أكثر قابلية للتفسير العلاجي.



الشكل (5-13): مسار SUD عبر الجلسات لدى الحالة ب؛ يوضح الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها.

يبين الرسم البياني لمسار SUD لدى الحالة ب الفرق بين قيم بداية الجلسة ونهايتها عبر الجلسات العلاجية. ويظهر من المسار أن البداية كانت مرتفعة نسبيا في الجلسات الأولى، بينما أخذت في الهبوط التدريجي حتى أصبحت منخفضة أو قريبة من الصفر في الجلسات الأخيرة.

يبرز الرسم أيضا الفجوة بين بداية الجلسة ونهايتها، وهي فجوة تشير إلى الانخفاض داخل الجلسة. وكلما تكررت هذه الفجوة في الاتجاه نفسه، أصبح من الممكن فهمها بوصفها استجابة علاجية منتظمة وليست تغيرا عابرا في جلسة منفردة. تدعم الصورة البيانية نتائج الجداول السابقة لأنها تجمع بين بعدين: المسار الطولي عبر الجلسات، والأثر اللحظي داخل الجلسة. وهذا الجمع مفيد أكاديميا لأنه يقدم دليلا بصريا على أن التحسن حدث عبر الزمن وداخل الموقف العلاجي نفسه.

3-2-3-5. تحليل مقياس VOC عبر الجلسات

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الارتفاع داخل الجلسة
3	1	5	4
4	2	6	4
5	1	6	5
6	4	6	2
7	6	7	1
8	6	6	0
9	6	6	0
10	7	7	0

جدول (5-37): القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة ب

توضح القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة ب أن صدقية الاعتقاد الإيجابي بدأت بدرجة منخفضة في الجلسات الأولى، ثم ارتفعت تدريجيا مع استمرار المعالجة. ففي الجلسة الثالثة ارتفعت الدرجة من 1 في بداية الجلسة إلى 5 في نهايتها، أي بارتفاع داخل الجلسة مقداره 4 درجات.

يشير ارتفاع VOC إلى أن المعالجة لم تقتصر على خفض الضيق، بل شملت أيضا إعادة بناء المعنى المعرفي المرتبط بالخبرة الصدمية. ففي إطار EMDR يعد ترسيخ الاعتقاد الإيجابي جزءا أساسيا من الانتقال من معالجة انفعالية مؤلمة إلى تمثيل معرفي أكثر تكيفا.

تظهر الجلسات الأخيرة لدى الحالة ب اقترابا واضحا من الحد الأعلى للمقياس، الأمر الذي يعكس تثبيتا متزايدا للاعتقاد الإيجابي. وهذا النمط يعزز قراءة التحسن لأنه يجمع بين انخفاض الضيق وارتفاع الثقة في المعنى المعرفي البديل.

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الارتفاع	نسبة الاقتراب من الحد الأقصى	RCI	فاصل الثقة 95% للارتفاع	الدلالة الإكلينيكية
الحالة ب	4.12	6.12	2.00	69.57%	2.73	0.27 إلى 3.73	تحسن معرفي واضح

جدول (5-38): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة ب

تبين نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة ب أن متوسط البداية بلغ 4.12 من 7، في حين بلغ متوسط النهاية 6.12 من 7. ويعني ذلك أن متوسط الارتفاع وصل إلى 2.00 درجات، وهو ارتفاع مهم في مقياس محدود السقف. بلغت نسبة الاقتراب من الحد الأقصى 69.57%، وهي نسبة تعكس أن الاعتقاد الإيجابي أصبح قريبا من مستوى مرتفع في نهاية الجلسات. وهذه القراءة مهمة لأن ارتفاع VOC يمثل مؤشرا معرفيا مكملا لانخفاض SUD، ولا يكفي وحده دون توافقه مع تراجع الضيق. تشير قيمة RCI = 2.73، وفاصل الثقة 95% للارتفاع (0.27 إلى 3.73)، إلى وجود تحسن معرفي واضح.

وبذلك تؤكد النتائج أن التغير المعرفي لم يكن تغيراً سطحياً، بل يعكس انتقالاً إكلينيكياً نحو ترسيخ الاعتقاد الإيجابي المستهدف.

الوحدة	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
الحالة ب	16.00	1	16.00	7.47	0.029	0.516	0.97

جدول (5-39): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب

يعرض تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب الفروق بين بداية ونهاية الجلسات. وقد بلغت قيمة $F = 7.47$ عند $p = 0.029$ ، مما يدل على وجود فرق دال في اتجاه ارتفاع صدقية الاعتقاد الإيجابي.

يعكس حجم الأثر $\eta^2 = 0.516$ قوة العلاقة بين مرحلة القياس داخل الجلسة ودرجات VOC، كما يوضح $Cohen = 0.97$ أن حجم الفرق بين البداية والنهاية كبير من الناحية العملية. وبذلك تصبح النتيجة أكثر من مجرد ارتفاع وصفي في الدرجات.

تكتسب هذه النتيجة قيمة خاصة لأنها تؤكد البعد المعرفي لبروتوكول EMDR. فالعلاج الناجح في هذا السياق لا يقتصر على تهدئة الاستجابة الانفعالية، بل يتضمن أيضاً تدعيم الاعتقاد الإيجابي بحيث يصبح أكثر قبولاً وصدقياً لدى الحالة.

الحالة	السلسلة	الميل الخطي	R^2	p	اتجاه السلسلة
الحالة ب	بداية الجلسة	0.940	0.866	$0.001 >$	ارتفاع خطي
الحالة ب	نهاية الجلسة	0.179	0.466	0.062	ارتفاع خطي

جدول (5-40): اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب

يوضح اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب أن قيم بداية الجلسة ارتفعت بميل خطي مقداره 0.940، مع $R^2 = 0.866$ وقيمة $p = < 0.001$. وهذا يدل على أن الاعتقاد الإيجابي أصبح يبدأ من مستوى أعلى كلما تقدمت الجلسات.

أما قيم نهاية الجلسة فقد سجلت ميلا مقداره 0.179 مع $R^2 = 0.466$ وقيمة $p = 0.062$. وقد يبدو الميل أقل حدة لأن القيم النهائية اقتربت مبكرا من سقف المقياس، وهو نمط متوقع عند بلوغ درجات مرتفعة من التصديق المعرفي.

من الناحية الإكلينيكية، يشير هذا الاتجاه إلى أن أثر المعالجة امتد من لحظة نهاية الجلسة إلى بداية الجلسة التالية، أي أن الاعتقاد الإيجابي لم يكن حالة مؤقتة داخل الجلسة فقط. وهذا يعزز فرضية التثبيت المعرفي التدريجي عبر مسار العلاج.

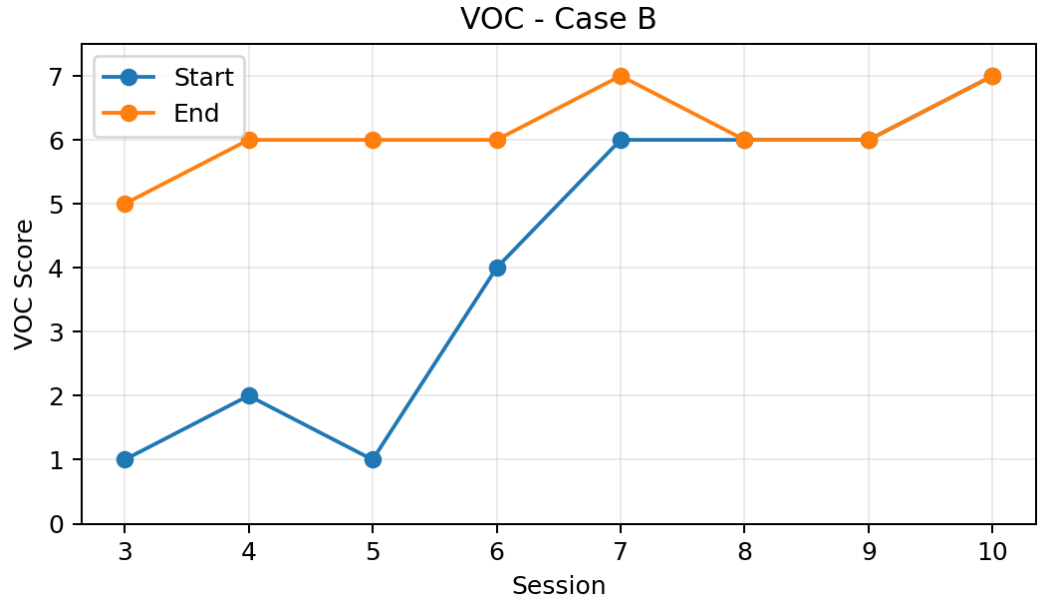
الإزاحة	ACF	PACF	حد الثقة $\pm$	دلالة ACF	دلالة PACF
1	0.049-	0.049-	0.693	غير دال	غير دال
2	0.054-	0.057-	0.693	غير دال	غير دال
3	0.288	0.284	0.693	غير دال	غير دال
4	0.370-	—	0.693	غير دال	غير دال

جدول (5-41): معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة ب

تعرض معاملات الارتباط الذاتي لنهاية VOC لدى الحالة ب مدى اعتماد الدرجة في جلسة معينة على الدرجات السابقة لها. وتظهر القيم المعروضة عبر الإزاحات أن معاملات ACF و PACF بقيت داخل حد الثقة التقريبي ± 0.693 .

يعني عدم تجاوز حدود الثقة أن الارتباطات الذاتية ليست دالة في هذه السلسلة القصيرة، وبالتالي لا توجد إشارة قوية إلى أن النتيجة النهائية في جلسة ما كانت مجرد استمرار آلي لقيمة الجلسة السابقة. وهذا مهم لأنه يدعم تفسير التغير بوصفه ناتجا عن مسار علاجي لا عن ترابط زمني بسيط فقط.

من الناحية الإكلينيكية، تساعد هذه النتيجة على تقوية قراءة ارتفاع VOC بوصفه تغيرا متراكما مرتبطا بالمعالجة. ومع ضرورة التحفظ بسبب قصر السلسلة، فإن عدم وجود اعتماد ذاتي قوي يجعل الاتجاه العام للنتائج أكثر قابلية للتفسير العلاجي.



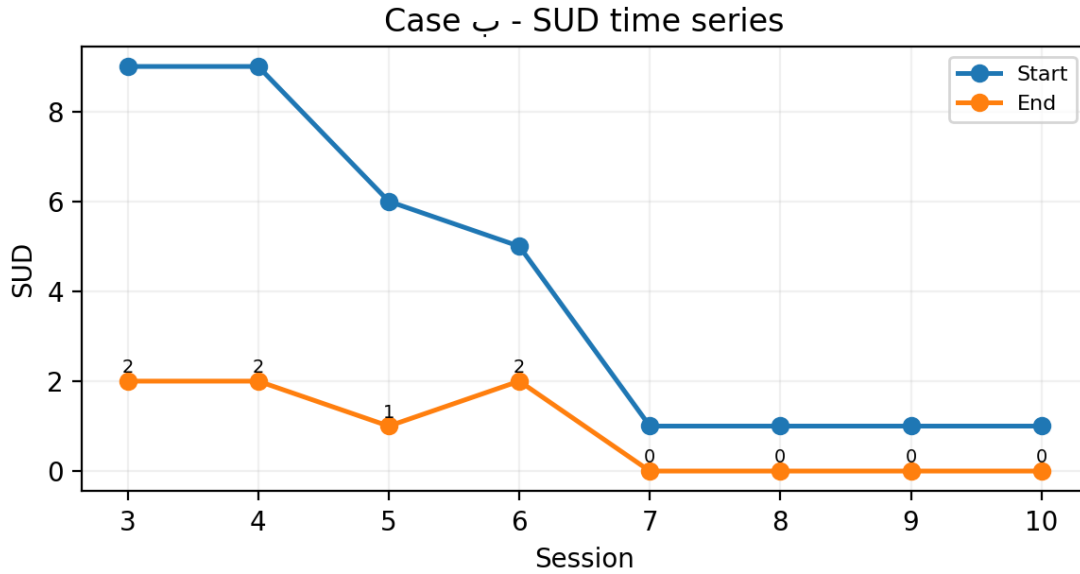
الشكل (5-14): مسار VOC عبر الجلسات لدى الحالة ب؛ يوضح الارتفاع التدريجي في صدقية الاعتقاد الإيجابي.

يبين الرسم البياني لمسار VOC لدى الحالة ب ارتفاع صدقية الاعتقاد الإيجابي عبر الجلسات، مع تميز واضح بين قيم البداية وقيم النهاية. ويظهر أن القيم النهائية بلغت مستويات مرتفعة في معظم الجلسات، خاصة في المراحل المتقدمة من العلاج.

تعكس الصورة البيانية نمطا تصاعديا متوافقا مع آلية تثبيت الاعتقاد الإيجابي في EMDR. فعندما ترتفع درجة VOC بالتوازي مع انخفاض SUD، يصبح من الممكن تفسير التغير بوصفه معالجة أكثر تكاملا للذاكرة الصدمية وليس مجرد تهدئة مؤقتة للضيق.

يساعد الرسم على إبراز أثر السقف الأعلى للمقياس؛ إذ إن القيم النهائية عندما تقترب من 6 أو 7 تصبح مساحة الارتفاع اللاحق محدودة. ولذلك فإن استقرار القيم عند مستوى عال لا يعني توقف التحسن، بل قد يدل على بلوغ مستوى إكلينيكي مناسب من التصديق المعرفي.

أولاً: تحليل السلسلة الزمنية لمقياس شدة الضيق الذاتي SUD لدى الحالة ب



الشكل (5-15): الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة ب عبر الجلسات.

يوضح الشكل مسار مقياس SUD لدى الحالة ب من الجلسة الثالثة إلى الجلسة العاشرة، مع التمييز بين قيمة بداية الجلسة وقيمة نهايتها. ويظهر من الرسم أن مسار النهاية يتجه نحو الانخفاض بما يتفق مع الهدف العلاجي.

تكشف المسافة بين خط البداية وخط النهاية عن أثر المعالجة داخل الجلسة الواحدة، فكلما اتسعت الفجوة في الاتجاه المتوقع دل ذلك على استجابة علاجية أوضح. وفي الجلسات الأخيرة تصبح القيم أكثر استقراراً، وهو ما يدعم قراءة استمرار الأثر العلاجي.

تكتسب القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميم الحالة المفردة، لأنها تسمح بتتبع التغير على مستوى الفرد بدل الاختصار على المتوسطات. وبذلك يعد الشكل داعماً للجداول اللاحقة الخاصة بالارتباط الذاتي والانحدار وحجم الأثر.

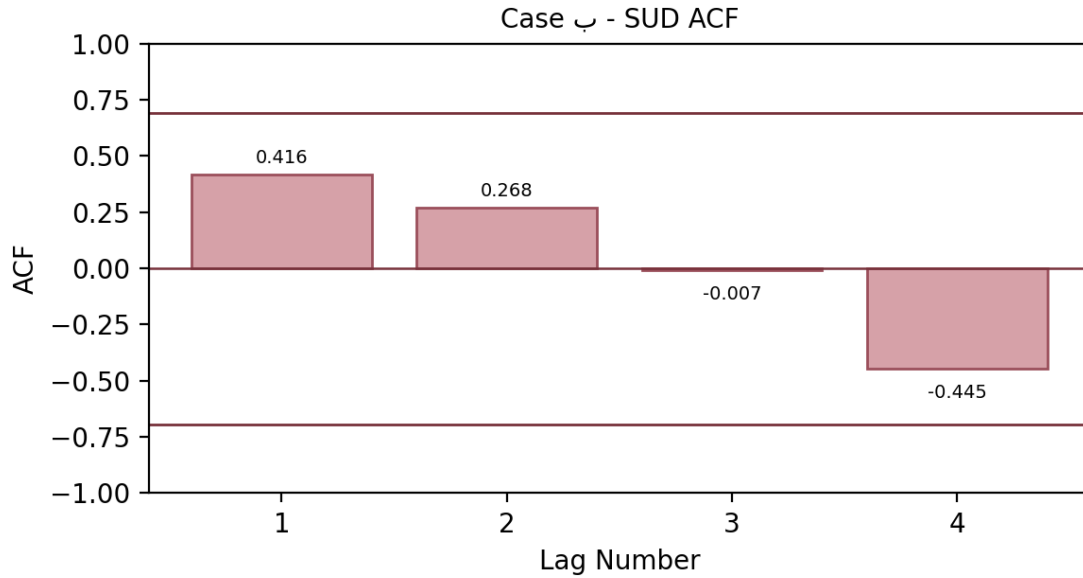
المتباينات (المسافات)	الارتباط الذاتي ACF	الخطأ المعياري	إحصاء -Box Ljung	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
1	0.416	0.331	1.977	1	0.160	غير دال
2	0.268	0.306	2.936	2	0.230	غير دال
3	-0.007	0.280	2.937	3	0.402	غير دال
4	-0.445	0.250	6.905	4	0.141	غير دال

الجدول (5-42): نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب

تبين نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية SUD لدى الحالة ب أن معاملات الارتباط عبر الإزاحات الأربع بقيت ضمن حدود الثقة التقريبية ± 0.693 ، إذ بلغت قيمة الإزاحة الأولى 0.416 مع مستوى دلالة 0.160. ويشير ذلك إلى أن الدرجة النهائية في الجلسة اللاحقة لا تعتمد اعتماداً قوياً على الدرجة السابقة لها.

بلغت أكبر قيمة مطلقة للارتباط الذاتي -0.445 عند الإزاحة رقم 4، ومع ذلك لم تصل هذه القيمة إلى مستوى الدلالة وفق اختبار Ljung-Box، حيث جاءت الدلالة 0.141. وبذلك لا يظهر في السلسلة ارتباط زمني متراكم يفسر التغير بعيداً عن مسار المعالجة.

تدعم هذه النتيجة القراءة العلاجية لمسار الضيق الذاتي، لأن غياب الارتباط الذاتي الدال يقلل احتمال أن يكون التحسن مجرد استمرار آلي لقيم الجلسات السابقة. ومع قصر السلسلة الزمنية، تبقى النتيجة مؤشراً داعماً يجب قراءته مع الرسوم البيانية وتحليل الانحدار وحجم الأثر.



الشكل (5-16): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب.

يبين الشكل أعمدة الارتباط الذاتي عند الإزاحات الأربع الأولى، مع حدود الثقة العليا والدنيا. وتظهر الأعمدة داخل الحدود، وهو ما يدعم نتيجة الجدول بأن الارتباطات الذاتية غير دالة.

يعني بقاء الأعمدة داخل حدود الثقة أن السلسلة لا تكشف عن نمط اعتماد زمني قوي بين الجلسات المتتالية. وهذه القراءة تجعل اتجاه التحسن أكثر ارتباطاً بمسار المعالجة بدل أن يكون ناتجاً عن تراكم ارتباطي بسيط.

تساعد الصورة البيانية على الحكم السريع على الاستقرار الزمني للسلسلة، إذ تظهر القيم موزعة حول الصفر من غير تجاوز واضح للحدود. لذلك يستعمل الشكل كدليل بصري مكمل لاختبار Ljung-Box الوارد في الجدول.

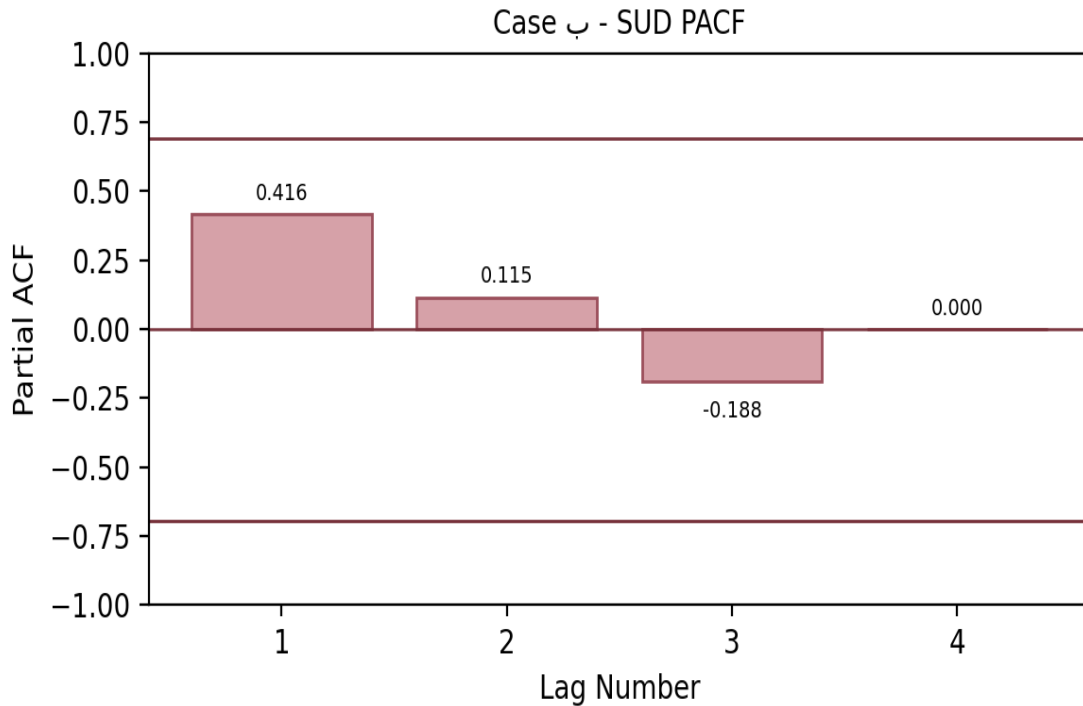
المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي الجزئي PACF	الخطأ المعياري	الدالة
1	0.416	0.354	غير دال
2	0.115	0.354	غير دال
3	0.188-	0.354	غير دال
4	—	0.354	—

الجدول (5-43): نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب

يعرض جدول الارتباط الذاتي الجزئي PACF أثر كل إزاحة بعد عزل أثر الإزاحات السابقة، وقد بلغت قيمة الإزاحة الأولى 0.416 لدى الحالة ب في مقياس SUD. وبمقارنتها بحد الثقة التقريبي، يتبين أنها لا تتجاوز الحد المطلوب للدلالة.

كما أن أكبر معامل جزئي مطلق بلغ 0.416 عند الإزاحة رقم 1، وهو لا يشير إلى بنية ارتباطية جزئية ثابتة داخل السلسلة. وهذا يعني أن درجات نهاية الجلسات لا تحتاج إلى نموذج اعتماد ذاتي معقد لتفسير مسارها.

من الناحية المنهجية، تفيد نتائج PACF في فحص مدى عشوائية البواقي وتحديد ما إذا كانت السلسلة تحتاج إلى نموذج زمني أعلى رتبة. وفي هذه البيانات القصيرة، تبقى القيم الجزئية غير دالة، وهو ما يدعم تفسير التغير في SUD بوصفه تغيراً علاجياً متدرجاً أكثر من كونه أثراً إحصائياً للترابط الداخلي.



الشكل (5-17): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب.

يوضح الشكل معاملات الارتباط الذاتي الجزئي بعد عزل أثر الإزاحات السابقة. وبالنظر إلى حدود الثقة، لا يظهر أي عمود يتجاوز الحدين بصورة تدل على ارتباط جزئي دال. تؤكد هذه الصورة أن السلسلة لا تتطلب تفسيراً قائماً على اعتماد جزئي متدرج بين الجلسات. وهذا مهم لأن وجود PACF دال كان سيعني ضرورة الحذر في تفسير الانخفاض أو الارتفاع باعتباره أثراً علاجياً مباشراً.

وعليه فإن الشكل يدعم قراءة النتائج السابقة؛ فالمسار العام في SUD يمكن فهمه في ضوء تدخل EMDR وتحول الاستجابة عبر الجلسات، مع الإبقاء على التحفظ المنهجي المرتبط بقصر عدد الملاحظات.

مصدر التباين	مجموع المربعات SS	درجة الحرية df	متوسط المربعات MS	قيمة F	مستوى دلالة p	ηp^2	Cohen dz
القياس: بداية/نهاية	42.25	1	42.25	11.49	0.012	0.621	1.20
الخطأ	25.75	7	3.68	—	—	—	—

الجدول (5-44): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب

يبين تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة أن الفرق بين بداية ونهاية الجلسات في مقياس SUD لدى الحالة ب كان ذا دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة $F = 11.49$ عند مستوى دلالة $p = 0.012$. وهذا يدل على أن الانخفاض داخل الجلسات لم يكن محدوداً أو عابراً.

بلغ حجم الأثر الجزئي $\eta p^2 = 0.621$ ، وهي قيمة كبيرة من الناحية العملية لأنها توضح أن نسبة معتبرة من التباين في درجات SUD ترجع إلى موضع القياس داخل الجلسة؛ أي البداية مقارنة بالنهاية. كما بلغت قيمة $Cohen\ dz = 1.20$ ، وهي تؤكد قوة الفرق المعياري بين القياسين.

تتفق نتيجة تحليل التباين مع القراءة البصرية للسلسلة الزمنية؛ فالاتجاه العام للدرجات يؤكد وجود انخفاض منتظم عبر الجلسات. لذلك يمكن اعتبار هذا التحليل مؤشراً إحصائياً داعماً للدلالة الإكلينيكية.

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R^2	مربع R المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.853	0.728	0.683	0.558

الجدول (5-45): معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب

يبين نموذج الانحدار الخطي البسيط لنهاية SUD لدى الحالة ب أن معامل الارتباط بلغ $R = 0.853$ ، وبلغ معامل التحديد $R^2 = 0.728$. وهذا يعني أن الزمن يفسر حوالي 72.81% من التباين في درجات نهاية الجلسات.

أظهر جدول تحليل التباين للانحدار أن قيمة $F = 16.07$ عند مستوى دلالة $p = 0.007$. وتشير هذه النتيجة إلى أن ملائمة النموذج الخطي لمسار نهاية الجلسات دالة إحصائياً، مع بقاء الاتجاه العام قابلاً للقراءة البصرية.

توضح معاملات الانحدار أن قيمة الميل بلغت $B = 0.345$ ، أي أن الدرجة النهائية تميل إلى تسجيل انخفاضاً مقداره 0.345 درجة تقريباً مع كل جلسة علاجية. ومن ثم تعكس المعادلة الخطية تغيراً تدريجياً عبر الزمن، لا مجرد فرق بين نقطتين منفصلتين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	5.006	1	5.006	16.070	0.007
القيمة المتبقية	1.869	6	0.312	—	—
المجموع	6.875	7	—	—	—

الجدول (5-46): تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب

يبين جدول تحليل التباين الخاص بالانحدار أن مجموع مربعات الانحدار بلغ 5.006، في حين بلغ مجموع مربعات البواقي 1.869. وتعكس هذه القيم مقدار ما يفسره الزمن من تغير في درجات نهاية الجلسات مقارنة بما يبقى غير مفسر داخل النموذج.

بلغت قيمة $F = 16.070$ عند مستوى دلالة 0.007. وتشير هذه القيمة إلى أن النموذج الخطي يمتلك دلالة إحصائية واضحة، وهو ما يجب قراءته إلى جانب الشكل البياني لأن عدد الجلسات محدود.

توضح هذه النتيجة أن العلاقة بين الزمن ونهاية SUD لدى الحالة ب ليست مجرد وصف بصري، بل تم اختبارها إحصائياً من خلال نموذج انحدار بسيط. وبذلك تكتمل قراءة السلسلة بين الاتجاه الخطي والتحقق الإحصائي.

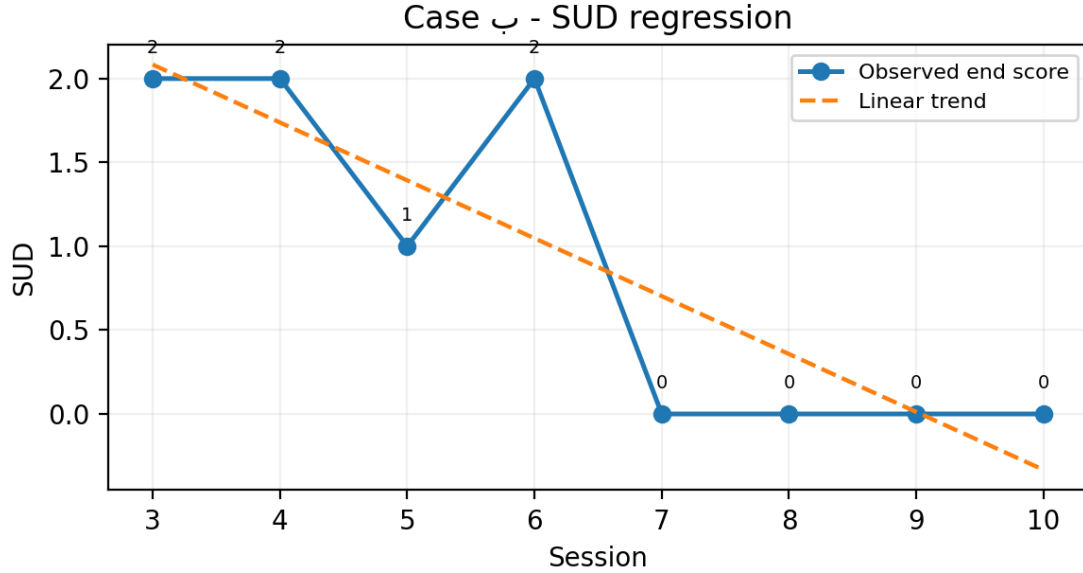
المتغير	قيمة A/B	Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الثابت Constant	2.429	/	5.584	0.001
الزمن	0.345-	0.853-	4.009-	0.007

الجدول (5-47): معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب

تحدد معادلة الانحدار في هذه السلسلة على الصورة الآتية: الدرجة المتوقعة = $2.429 + (-)$ $0.345 \times (\text{الزمن})$. وتمثل قيمة الثابت الدرجة المتوقعة عند بداية المؤشر الزمني، بينما تمثل قيمة الميل مقدار التغير المتوقع مع كل جلسة.

تشير قيمة Beta المعيارية إلى اتجاه العلاقة وقوتها بعد توحيد القياس، وقد بلغت -0.853. ولذلك فإن الإشارة السالبة للمعامل تعني أن الزمن يرتبط بانخفاض درجات نهاية SUD عبر الجلسات.

تساعد معاملات الانحدار على تحويل المسار البصري إلى معادلة كمية قابلة للتفسير. ومن ثم يمكن استعمالها لدعم الحكم الإكلينيكي، لا لاستبداله، لأن تصميم الحالة المفردة يحتاج إلى تكامل القراءة الإحصائية والبصرية والعملية.



الشكل (5-18): الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس SUD لدى الحالة ب.

يبين الشكل القيم الفعلية لنهاية الجلسات مع خط الاتجاه الخطي المقدر. ويظهر الخط اتجاهها هابطاً، وهو ما يتفق مع إشارة معامل الانحدار المحسوب في الجدول السابق.

توضح المسافة بين النقاط وخط الاتجاه مقدار البواقي، أي الجزء غير المفسر بالزمن وحده. وكلما اقتربت النقاط من الخط كان معامل التحديد أكبر، كما يظهر ذلك في قيمة $R^2 = 0.728$.

يعد هذا الشكل مكملًا مهماً للجدول لأن التحسن في الحالات المفردة يحتاج إلى دليل بصري يوضح شكل التغير عبر الزمن. ومن ثم فإن خط الانحدار يساعد على تلخيص الاتجاه العام دون إلغاء تفاصيل كل جلسة.

المؤشر	القيمة
متوسط البداية	4.12
متوسط النهاية	0.88
متوسط الفرق	3.25
الانحراف المعياري للفرق	2.71
Cohen dz	1.20
تفسير حجم الأثر	كبير

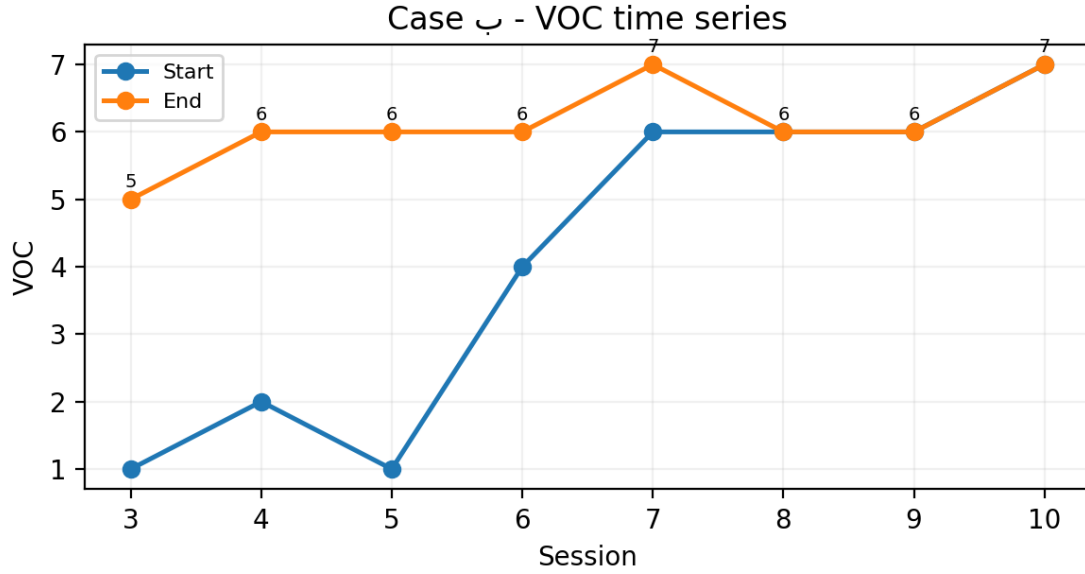
الجدول (5-48): حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة ب

تم حساب حجم الأثر العملي لمقياس SUD لدى الحالة ب باستخدام Cohen dz للقياسات المتكررة، أي قسمة متوسط الفرق بين البداية والنهاية على الانحراف المعياري لفرق القياس. وقد بلغت قيمة $d = 1.20$.

بلغ متوسط البداية 4.12، وبلغ متوسط النهاية 0.88، أي أن متوسط الفرق وصل إلى 3.25 درجة. وبالرجوع إلى محكات كوهين الشائعة، فإن قيمة d الحالية تقع في مستوى أثر كبير، وهو ما ينسجم مع النتيجة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية.

توضح هذه القيمة أن أثر البروتوكول العلاجي لا يظهر فقط في صورة فرق دال إحصائي، بل يظهر أيضا في صورة فرق عملي يمكن ملاحظته على مستوى الحالة المفردة. وبذلك يقدم حجم الأثر إضافية على فعالية المعالجة عبر الجلسات.

ثانيا: تحليل السلسلة الزمنية لمقياس صدقية الاعتقاد الإيجابي VOC لدى الحالة ب



الشكل (5-19): الرسم البياني للسلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب عبر الجلسات.

يوضح الشكل مسار مقياس VOC لدى الحالة ب من الجلسة الثالثة إلى الجلسة العاشرة،

مع التمييز بين قيمة بداية الجلسة وقيمة نهايتها. ويظهر من الرسم أن مسار النهاية يتجه نحو الارتفاع والاستقرار عند مستوى مرتفع بما يتفق مع الهدف العلاجي.

تكشف المسافة بين خط البداية وخط النهاية عن أثر المعالجة داخل الجلسة الواحدة، فكلما

اتسعت الفجوة في الاتجاه المتوقع دل ذلك على استجابة علاجية أوضح. وفي الجلسات الأخيرة تصبح القيم أكثر استقراراً، وهو ما يدعم قراءة استمرار الأثر العلاجي.

تكتسب القراءة البصرية أهمية خاصة في تصميم الحالة المفردة، لأنها تسمح بتتبع التغير

على مستوى الفرد بدل الاختصار على المتوسطات. وبذلك يعد الشكل داعماً للجداول اللاحقة الخاصة بالارتباط الذاتي والانحدار وحجم الأثر.

المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي ACF	الخطأ المعياري	إحصاء -Box Ljung	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
1	0.049-	0.331	0.027	1	0.869	غير دال
2	0.054-	0.306	0.067	2	0.967	غير دال
3	0.288	0.280	1.394	3	0.707	غير دال
4	0.370-	0.250	4.126	4	0.389	غير دال

الجدول (5-49): نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب

تبين نتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية VOC لدى الحالة ب أن معاملات الارتباط عبر

الإزاحات الأربع بقيت ضمن حدود الثقة التقريبية ± 0.693 ، إذ بلغت قيمة الإزاحة الأولى -

0.049 مع مستوى دلالة 0.869. ويشير ذلك إلى أن الدرجة النهائية في الجلسة اللاحقة لا

تعتمد اعتماداً قوياً على الدرجة السابقة لها.

بلغت أكبر قيمة مطلقة للارتباط الذاتي -0.370 عند الإزاحة رقم 4، ومع ذلك لم تصل

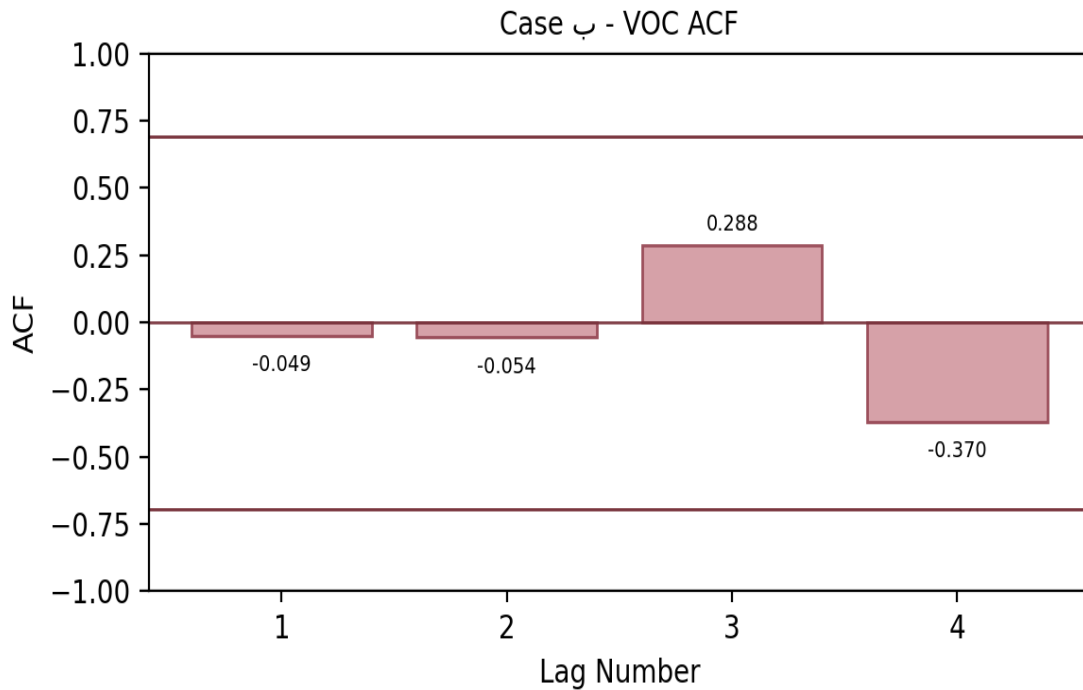
هذه القيمة إلى مستوى الدلالة وفق اختبار Ljung-Box، حيث جاءت الدلالة 0.389. وبذلك لا

يظهر في السلسلة ارتباط زمني متراكم يفسر التغير بعيداً عن مسار المعالجة.

تدعم هذه النتيجة القراءة العلاجية لمسار صدقية الاعتقاد الإيجابي، لأن غياب الارتباط الذاتي

الدال يقلل احتمال أن يكون التحسن مجرد استمرار آلي لقيم الجلسات السابقة. ومع قصر السلسلة

الزمنية، تبقى النتيجة مؤشراً داعماً يجب قراءته مع الرسوم البيانية وتحليل الانحدار وحجم الأثر.



الشكل (5-20): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي ACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب.

يبين الشكل أعمدة الارتباط الذاتي عند الإزاحات الأربع الأولى، مع حدود الثقة العليا والدنيا. وتظهر الأعمدة داخل الحدود، وهو ما يدعم نتيجة الجدول بأن الارتباطات الذاتية غير دالة.

يعني بقاء الأعمدة داخل حدود الثقة أن السلسلة لا تكشف عن نمط اعتماد زمني قوي بين الجلسات المتتالية. وهذه القراءة تجعل اتجاه التحسن أكثر ارتباطاً بمسار المعالجة بدل أن يكون ناتجاً عن تراكم ارتباطي بسيط.

تساعد الصورة البيانية على الحكم السريع على الاستقرار الزمني للسلسلة، إذ تظهر القيم موزعة حول الصفر من غير تجاوز واضح للحدود. لذلك يستعمل الشكل كدليل بصري مكمل لاختبار Ljung-Box الوارد في الجدول.

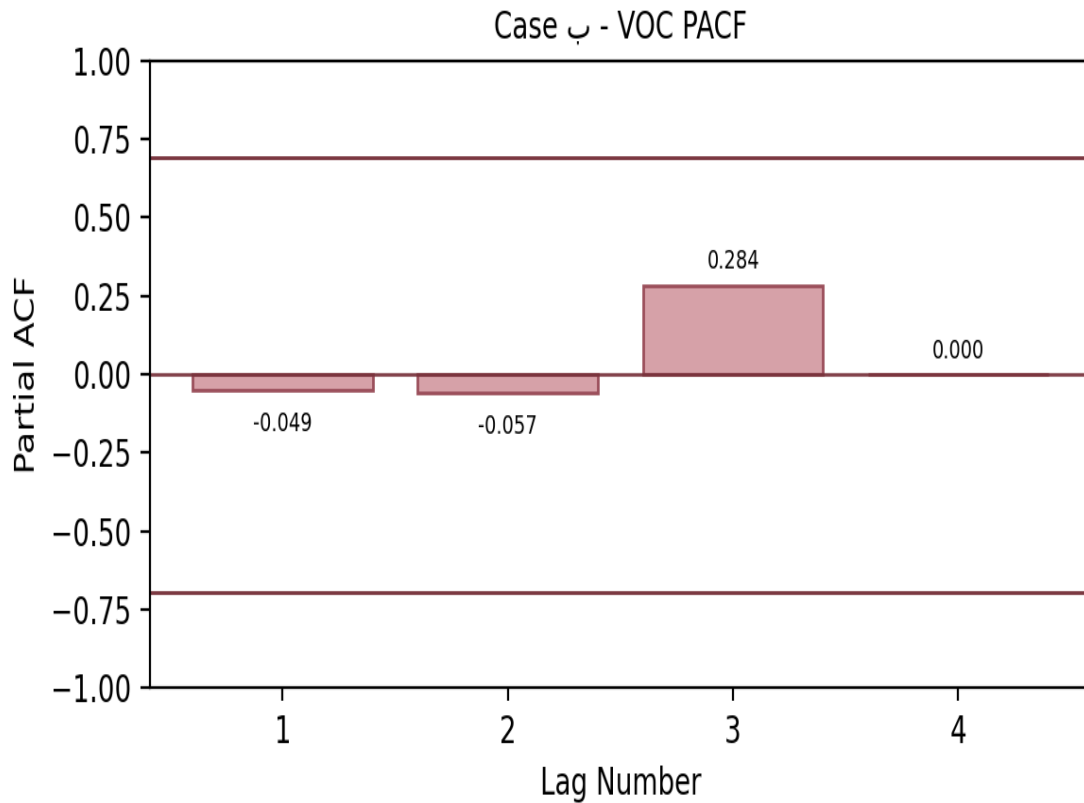
المتباطات (المسافات)	الارتباط الذاتي الجزئي PACF	الخطأ المعياري	الدلالة
1	0.049-	0.354	غير دال
2	0.057-	0.354	غير دال
3	0.284	0.354	غير دال
4	—	0.354	—

الجدول (5-5): نتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب

يعرض جدول الارتباط الذاتي الجزئي PACF أثر كل إزاحة بعد عزل أثر الإزاحات السابقة، وقد بلغت قيمة الإزاحة الأولى -0.049 لدى الحالة ب في مقياس VOC. وبمقارنتها بحد الثقة التقريبي، يتبين أنها لا تتجاوز الحد المطلوب للدلالة.

كما أن أكبر معامل جزئي مطلق بلغ 0.284 عند الإزاحة رقم 3، وهو لا يشير إلى بنية ارتباطية جزئية ثابتة داخل السلسلة. وهذا يعني أن درجات نهاية الجلسات لا تحتاج إلى نموذج اعتماد ذاتي معقد لتفسير مسارها.

من الناحية المنهجية، تفيد نتائج PACF في فحص مدى عشوائية البواقي وتحديد ما إذا كانت السلسلة تحتاج إلى نموذج زمني أعلى رتبة. وفي هذه البيانات القصيرة، تبقى القيم الجزئية غير دالة، وهو ما يدعم تفسير التغير في VOC بوصفه تغيراً علاجياً متدرجاً أكثر من كونه أثراً إحصائياً للترابط الداخلي.



الشكل (5-21): التمثيل البياني لنتائج الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب.

يوضح الشكل معاملات الارتباط الذاتي الجزئي بعد عزل أثر الإزاحات السابقة. وبالنظر إلى حدود الثقة، لا يظهر أي عمود يتجاوز الحدين بصورة تدل على ارتباط جزئي دال.

تؤكد هذه الصورة أن السلسلة لا تتطلب تفسيراً قائماً على اعتماد جزئي متدرج بين الجلسات. وهذا مهم لأن وجود PACF دال كان سيعني ضرورة الحذر في تفسير الانخفاض أو الارتفاع باعتباره أثراً علاجياً مباشراً.

وعليه فإن الشكل يدعم قراءة النتائج السابقة؛ فالمسار العام في VOC يمكن فهمه في ضوء تدخل البروتوكول القائم على EMDR وتحول الاستجابة عبر الجلسات، مع الإبقاء على التحفظ المنهجي المرتبط بقصر عدد الملاحظات.

مصدر التباين	مجموع المربعات SS	درجة الحرية df	متوسط المربعات MS	قيمة F	مستوى الدلالة p	ηp^2	Cohen dz
القياس: بداية/نهاية	16.00	1	16.00	7.47	0.029	0.516	0.97
الخطأ	15.00	7	2.14	—	—	—	—

الجدول (5-51): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب

يبين تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة أن الفرق بين بداية ونهاية الجلسات في مقياس VOC لدى الحالة ب كان ذا دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة $F = 7.47$ عند مستوى دلالة $p = 0.029$. وهذا يدل على أن الارتفاع داخل الجلسات لم يكن محدوداً أو عابراً. بلغ حجم الأثر الجزئي $\eta p^2 = 0.516$ ، وهي قيمة كبيرة من الناحية العملية لأنها توضح أن نسبة معتبرة من التباين في درجات VOC ترجع إلى موضع القياس داخل الجلسة؛ أي البداية مقارنة بالنهاية. كما بلغت قيمة $Cohen\ dz = 0.97$ ، وهي تؤكد قوة الفرق المعياري بين القياسين. تتفق نتيجة تحليل التباين مع القراءة البصرية للسلسلة الزمنية؛ فالاتجاه العام للدرجات يؤكد وجود ارتفاع منتظم عبر الجلسات. لذلك يمكن اعتبار هذا التحليل مؤشراً إحصائياً داعماً للدلالة الإكلينيكية.

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R^2	مربع R المعدل	الخطأ المعياري للتقدير
1	0.683	0.466	0.377	0.506

الجدول (5-52): معامل التحديد للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب

يبين نموذج الانحدار الخطي البسيط لنهاية VOC لدى الحالة ب أن معامل الارتباط بلغ $R = 0.683$ ، وبلغ معامل التحديد $R^2 = 0.466$. وهذا يعني أن الزمن يفسر حوالي 46.58% من التباين في درجات نهاية الجلسات.

أظهر جدول تحليل التباين للانحدار أن قيمة $F = 5.23$ عند مستوى دلالة $p = 0.062$. وتشير هذه النتيجة إلى أن ملائمة النموذج الخطي لمسار نهاية الجلسات غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، مع بقاء الاتجاه العام قابلاً للقراءة البصرية.

توضح معاملات الانحدار أن قيمة الميل بلغت $B = 0.179$ ، أي أن الدرجة النهائية تميل إلى تسجيل ارتفاعاً مقداره 0.179 درجة تقريباً مع كل جلسة علاجية. ومن ثم تعكس المعادلة الخطية تغيراً تدريجياً عبر الزمن، لا مجرد فرق بين نقطتين منفصلتين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	1.339	1	1.339	5.233	0.062
القيمة المتبقية	1.536	6	0.256	—	—
المجموع	2.875	7	—	—	—

الجدول (5-53): تحليل تباين الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب

يبين جدول تحليل التباين الخاص بالانحدار أن مجموع مربعات الانحدار بلغ 1.339، في حين بلغ مجموع مربعات البواقي 1.536. وتعكس هذه القيم مقدار ما يفسره الزمن من تغير في درجات نهاية الجلسات مقارنة بما يبقى غير مفسر داخل النموذج.

بلغت قيمة $F = 5.233$ عند مستوى دلالة 0.062. وتشير هذه القيمة إلى أن النموذج الخطي لا يبلغ مستوى الدلالة التقليدي، وهو ما يجب قراءته إلى جانب الشكل البياني لأن عدد الجلسات محدود.

توضح هذه النتيجة أن العلاقة بين الزمن ونهاية VOC لدى الحالة ب ليست مجرد وصف بصري، بل تم اختبارها إحصائياً من خلال نموذج انحدار بسيط. وبذلك تكتمل قراءة السلسلة بين الاتجاه الخطي والتحقق الإحصائي.

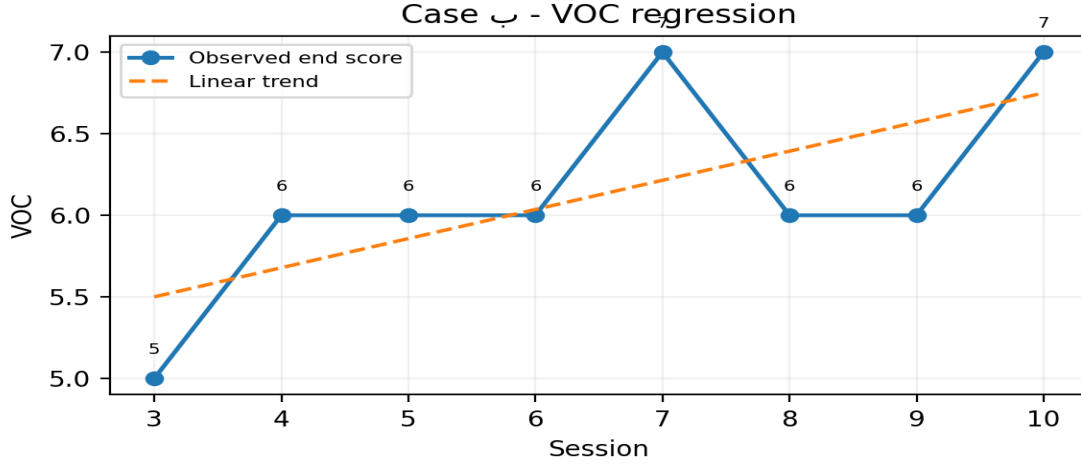
المتغير	قيمة A/B	Beta	قيمة t	مستوى الدلالة
الثابت Constant	5.321	/	13.499	$0.001 >$
الزمن	0.179	0.683	2.287	0.062

الجدول (5-54): معاملات الانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب

تحدد معادلة الانحدار في هذه السلسلة على الصورة الآتية: الدرجة المتوقعة = $5.321 + (0.179 \times \text{الزمن})$. وتمثل قيمة الثابت الدرجة المتوقعة عند بداية المؤشر الزمني، بينما تمثل قيمة الميل مقدار التغير المتوقع مع كل جلسة.

تشير قيمة Beta المعيارية إلى اتجاه العلاقة وقوتها بعد توحيد القياس، وقد بلغت 0.683. ولذلك فإن الإشارة الموجبة للمعامل تعني أن الزمن يرتبط بارتفاع درجات نهاية VOC عبر الجلسات.

تساعد معاملات الانحدار على تحويل المسار البصري إلى معادلة كمية قابلة للتفسير. ومن ثم يمكن استعمالها لدعم الحكم الإكلينيكي، لا لاستبداله، لأن تصميم الحالة المفردة يحتاج إلى تكامل القراءة الإحصائية والبصرية والعملية.



الشكل (5-22): الرسم البياني للانحدار الخطي البسيط لنهاية مقياس VOC لدى الحالة ب. يبين الشكل القيم الفعلية لنهاية الجلسات مع خط الاتجاه الخطي المقدر. ويظهر الخط اتجاهها صاعداً، وهو ما يتفق مع إشارة معامل الانحدار المحسوب في الجدول السابق. توضح المسافة بين النقاط وخط الاتجاه مقدار البواقي، أي الجزء غير المفسر بالزمن وحده. وكلما اقتربت النقاط من الخط كان معامل التحديد أكبر، كما يظهر ذلك في قيمة $R^2 = 0.466$. يعد هذا الشكل مكملًا مهمًا للجدول لأن التحسن في الحالات المفردة يحتاج إلى دليل بصري يوضح شكل التغير عبر الزمن. ومن ثم فإن خط الانحدار يساعد على تلخيص الاتجاه العام دون إلغاء تفاصيل كل جلسة.

المؤشر	القيمة
متوسط البداية	4.12
متوسط النهاية	6.12
متوسط الفرق	2.00
الانحراف المعياري للفروق	2.07
Cohen dz	0.97
تفسير حجم الأثر	كبير

الجدول (5-55): حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة ب

تم حساب حجم الأثر العملي لمقياس VOC لدى الحالة ب باستخدام Cohen dz للقياسات المتكررة، أي قسمة متوسط الفرق بين البداية والنهاية على الانحراف المعياري لفرق القياس. وقد بلغت قيمة $d = 0.97$.

بلغ متوسط البداية 4.12، وبلغ متوسط النهاية 6.12، أي أن متوسط الفرق وصل إلى 2.00 درجة. وبالرجوع إلى محكات كوهين الشائعة، فإن قيمة d الحالية تقع في مستوى أثر كبير، وهو ما ينسجم مع النتيجة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية.

توضح هذه القيمة أن أثر البروتوكول العلاجي لا يظهر فقط في صورة فرق دال إحصائي، بل يظهر أيضا في صورة فرق عملي يمكن ملاحظته على مستوى الحالة المفردة. وبذلك يقدم حجم الأثر قرينة إضافية على فعالية المعالجة عبر الجلسات.

5-3-4: المؤشر الإحصائي الإجمالي الداعم لمقياس 5-PCL

مصدر التباين	SS	df	MS	F	p	ηp^2	Cohen dz
القياس: قبلي/بعدي	812.25	1	812.25	361.00	0.033	0.997	13.44
الخطأ	2.25	1	2.25	—	—	—	—

جدول (5-56): تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس 5-PCL للحالتين

مجتمعتين

يوضح هذا الجدول المؤشر الإحصائي الإجمالي الخاص بمقياس 5-PCL عند التعامل مع

الحالتين معا، حيث انخفض متوسط درجة 5-PCL من 36.00 في القياس القبلي إلى 7.50

في القياس البعدي. وقد كان أثر القياس دالا إحصائيا $F(1,1) = 361.00$, $p = 0.033$ ، وهو

ما يدعم اتجاه الانخفاض العام في أعراض الصدمة بعد تطبيق البروتوكول العلاجي.

بلغ حجم الأثر $\eta^2 = 0.997$ ، وهو حجم أثر بالغ القوة وفق التصنيف الشائع لمربع إيتا الجزئي. كما يؤكد معامل $Cohen\ dz = 13.44$ أن الانخفاض في الأعراض كبير جداً، بما يتفق مع النتائج الإكلينيكية الفردية التي ظهرت في كل من الحالة أ والحالة ب عند عرضهما بصورة منفصلة.

و يجب تفسير هذا التحليل الإجمالي بحذر بسبب صغر حجم العينة، ولذلك تم وضعه بعد التحليل الفردي لكل حالة وليس قبله. فالهدف منه أن يكون مؤشراً إحصائياً داعماً للحكم الإكلينيكي، لا بديلاً عن القراءة التفصيلية المنفصلة التي توضح مسار كل حالة وخصوصيتها العلاجية.

5-3. تفسير و مناقشة النتائج

قبل الخوض في مناقشة النتائج ، ثمة ملاحظة منهجية جوهرية ينبغي التوقف عندها لأنها تمنح هذه الدراسة خصوصيةً علميةً غير مقصودة .فقد انطلق تصميم البحث من اختيار قصدي صريح :انتقاء حالتين مستوفيتين للمعايير التشخيصية لـ PTSD وفق (APA, *DSM-5-TR* 2022)، قادرتين على التواصل، موافقتين طوعياً، وخاليتين من أي تدخل علاجي مواز .لم يكن في الخطة أن تتباين الحالتان في طبيعة الصدمة — غير أن الواقع الإكلينيكي كشف عن مفاجأة موضوعية ذات دلالة بالغة.

فالحالة (أ) تحمل صدمةً مركبة (Complex PTSD) ضاربة جذورها في مرحلة الطفولة المبكرة، في حين تعاني الحالة (ب) من صدمة أحادية مزمنة (Single-Incident PTSD) امتدت أربعة عشر عاماً إثر حادث سير .ولم تكن هذه الثنائية الصدمية نتيجة تصميم مقارن مقصود — بل وجدنا أنفسنا أمامها بحكم الواقع الإكلينيكي .وهنا بالذات تبرز القيمة المضافة لدراستنا فرغم هذا الفارق الجوهرى في طبيعة الصدمة وعمقها وبنيتها، استفادت الحالتان بفعالية مقاربة من نفس البروتوكول — وهذا ما ستمحور حوله هذه المناقشة في مساعيها للإجابة عن الفرضية الجوهرية للدراسة.

تقضي فرضية الدراسة بأن البروتوكول العلاجي المقترح القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR) يتمتع بفعالية دالة في التخفيف من أعراض

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الراشدين. والنتائج المستخلصة من تحليل الحالتين تُثبت هذه الفرضية إثباتاً مثلثاً المصادر: إثباتاً كمياً بالأرقام، وإثباتاً إحصائياً بمؤشرات الموثوقية، وإثباتاً نوعياً إكلينيكياً بالتحويلات الوظيفية الملموسة.

فعلى الصعيد الكمي، انخفضت درجة PCL-5 لدى الحالة (أ) من 35 إلى 5 بنسبة تحسن 85.71%، وانخفضت لدى الحالة (ب) من 37 إلى 10 بنسبة — 72.97% وكلتا الدرجتين تحلّان دون العتبة التشخيصية البالغة 33. وعلى الصعيد الإحصائي، تجاوز مؤشر التغير الموثوق (RCI) العتبة الحرجة ($1.96 \pm$) في كلتا الحالتين بمقدار سبعة أضعاف فأكثر، مما يُقطع باستحالة تفسير هذا التغير بخطأ القياس أو التذبذب العشوائي. أما على الصعيد النوعي، فقد توقفت الأفكار الانتحارية المزمنة لدى الحالة (أ)، واستأنفت الحالة (ب) السفر والأداء الأكاديمي — وكلاهما كان مستعصياً قبل التدخل.

تتوافق هذه النتائج توافقاً جوهرياً مع الإجماع العلمي الدولي. فقد أثبتت دراسة Rothbaum (1997) أن 90% من المشاركات في علاج EMDR لم يستوفين معايير PTSD بعد التدخل العلاجي، وقد جاءت نتائج دراستنا لترسخ هذا التصنيف في البيئة المحلية. أي إن بعد التدخل العلاجي بتطبيق البروتوكول القائم على الـ EMDR. كان له الأثر في تحسن الحالة.

5-3-1. تفسير ومناقشة نتائج الحالة "أ"

سجّلت الحالة (أ) مؤشر تغيّر موثوق — $RCI = 14.14$ قيمة تتجاوز العتبة الحرجة بمقدار سبعة أضعاف — مما يؤكد استحالة تفسيره بخطأ القياس. والأهم من الرقم هو ما وراءه: فالحالة (أ) لم تُعانِ من صدمة واحدة محددة بل من بنية صدمية متشعبة بدأت في مرحلة ما قبل تكامل الأنا. وقد وصف *Van der Kolk et al. (2005)* هذا النوع من الصدمة بأنه يُخلف اضطراباً تطورياً (Developmental Trauma) يمسّ بنية الهوية في أساسها، لا مجرد ذكرى مؤلمة معزولة. ورغم هذا التعقيد الجذري، حقّق البروتوكول تعافياً إكلينيكياً هاماً، وهذا ما يعد

مساهمة تُضاف إلى الأدبيات العربية لأنها تُثبت إمكانية علاج الصدمة المركبة بـ EMDR في السياق المحلي وعبر بروتوكولنا المقترح مع إمكانية تعديله وفقاً للحالة.

كما يُفسّر نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP, Shapiro, 1995, 2018) هذا النجاح بأن الذكريات الصدمية غير المعالجة تظل مخزنة في شبكات عصبية معزولة بكامل شحناتها الانفعالية الأصلية. والتحفيز الثنائي الجانب — وفق ما أثبتته (Marco et al. 2013) — يُرهق ذاكرة العمل، فتفقد الذكرى شحناتها الانفعالية وتُدمج في الشبكات المعرفية التكيفية. وتجلّى هذا تحديداً في الجلسة السابعة حين أدركت الحالة (أ) أن "صمت أمها كان ضعفاً لا رفضاً — وهو إعادة تأطير معرفية لا تحدث بالحوار وحده بل بإعادة معالجة الذاكرة في الجهاز العصبي.

الانتقال الذي رصدناه من $SUD = 10$ في الجلسة الثالثة إلى $SUD = 0$ في الجلسة السابعة يتوافق مع ما وصفه (Porges 2011) في نظرية المبهمة متعدد الأعصاب من أن الجهاز العصبي المحاصر في إنذار مزمن يمكنه استعادة تنظيمه الذاتي حين تُتاح له بيئة آمنة وتنبه ثنائي يقطع دائرة الاستثارة القهرية. فالتحفيز الثنائي لا يُفكّك الذكرى فقط، بل يُعيد ضبط التوازن العصبي الذاتي الذي سرقته الصدمة.

ما يُميّز هذه الحالة إكلينيكيّاً ليس فقط انخفاض الأعراض، بل التحوّل الهوياتي العميق الذي تجلّى في الجلسة الثامنة حين تمكّنت الحالة من صياغة عشرين صفة إيجابية لوصف ذاتها — بعد أن ظلّت عقوداً محكومةً باعتقاد "أنا بلا قيمة". وهذا يُعدّ مؤشر *Post-Traumatic Growth (PTG)* وفق ما أطره: (Tedeschi & Calhoun 2004) لا مجرد شفاء من الصدمة بل نمو ما بعد الصدمة — أي اكتساب قدرات ومعاني وعلاقات كانت غير ممكنة قبل المواجهة مع الألم.

كذلك توقفت الأفكار الانتحارية المزمّنة التي طالما اعتقدت صاحبها أنها ملازمة لها. وهذا يتوافق مع نظرية (Joiner 2005) التي حدّدت معتقد "أنا عبء على الجميع" مُنبئاً أساسياً للفكر الانتحاري: فحين تُعالج الذاكرة التي أنتجت هذا المعتقد، يزول المنبئ ويزول المآل. وهو ما نسمّيه إكلينيكيّاً تعافي السلامة — لا مجرد تعافي الأعراض.

5-3-2. تفسير ومناقشة نتائج الحالة (ب)

حقّقت الحالة (ب) مؤشر تغيّر موثوق $RCI = 12.73$ ، وانخفضت درجة PCL-5 لديها إلى ما دون العتبة التشخيصية حيث بلغت الـ 10 وهو تعافٍ إكلينيكي بالمعنى الدقيق. والأكثر دلالةً هو أن هذا التحسن تحقّق رغم مرور أربعة عشر عاماً على الحدث الصدمي دون أي تدخل متخصص. وهو ما يُفندّ القناعة السائدة في الوسط الإكلينيكي بأن "الصدمة القديمة صعبة" — ولا تهدأ بمرور الزمن ما لم تُعالج.

ويُفسّر نموذج AIP هذا تفسيراً قاطعاً: الذاكرة الصدمية غير المعالجة تبقى "مجمّدة" في الجهاز العصبي بكامل طاقتها الانفعالية الأصلية مهما طال الزمن. (Shapiro, 2018) يوم الثلاثاء الذي وقع فيه الحادث لا يزال "يوم الثلاثاء ذاته" في الشبكة العصبية، والريح التي صاحبتة لا تزال مثيراً أولياً للربح — لأن الذاكرة لم تُخزّن كحدث تاريخي بل كتهديد راهن.

ما يُعقّد هذه الحالة إكلينيكيّاً أن المثير الأصلي للصدمة كان الحزام — أداة أمان تحوّل إلى مثير شرطي للعجز والخطر. وقد أطرّ *Foa & Kozak (1986)* هذه الظاهرة بمصطلح "انقلاب دلالة المثير" (Stimulus Meaning Reversal)، حيث يكتسب المثير المحايد أو الإيجابي شحنةً انفعالية سلبية عبر الإشارات الصدمية.

والتوسع التجنبي إلى يوم الثلاثاء والسفر والريح والفرامل يُجسّد ما وصفه *Foa & Riggs (1993)* بـ "التعميم التجنبي" الذي يتوسع من المثيرات الأصلية ليُطال مناحي الحياة وظيفياً، ويجعل العالم أضيق كل يوم بمقدار مثير تجنبي جديد. والبروتوكول لم يقتصر على معالجة ذكرى

الحادث بل انتقل تدريجياً إلى معالجة هذه الشبكة التجنبية الموسعة — مما أعاد الحالة إلى حياة كانت قد استسلمت لفقدانها.

في الجلسة التاسعة سافرت الحالة (ب) إلى الجامعة دون تجنب — وهو فعل وظيفي لم تتمكن منه أربعة عشر عاماً. وفي الجلسة العاشرة أعلنت: "أريد أن أستعيد حياتي". هذه الجملة الواحدة تُعبّر عما لا تستطيع درجة PCL-5 قوله: إنها استعادة الإرادة في الفعل. وهذا بالضبط ما عرّفه *Bandura (1997)* بـ "استعادة الكفاءة الذاتية — ليس فقط غياب الأعراض بل القدرة الفعلية على الفعل في العالم. الأرقام تُثبت الشفاء، لكن استئناف السفر هو الدليل المعيشي عليه.

يكشف تحليل مسار الجلسات عن نمطين متميزين تماماً في طريقة التحسن، وإن توافقا في الخلاصة الإكلينيكية. فالحالة (ب) أظهرت تحسناً منتظماً وخطياً بميل SUD بلغ 1.369- لكل جلسة ($R^2=0.866$)، وهو انتظام يعكس شبكة صدمية ذات هدف واحد ينخفض تدريجياً طبقةً طبقة. في المقابل، أظهرت الحالة (أ) تذبذباً بسيطاً في بعض الجلسات — وهو ليس انتكاسةً بل علامة على ظهور ذكريات مشبكة تتفتح تباعاً مع تقدم المعالجة. وهذا ما وصفه *Shapiro (2018)* بـ "تأثير القنوات: (Channel Effect)" معالجة الذكرى الأساسية تُطلق ذكريات مجاورة كانت تنتظر دورها في الشبكة العصبية. والتذبذب هنا مؤشر على عمق وتغلغل المعالجة لا مؤشر فشل.

رغم النقل الجذري للصدمة المركبة، تفوقت نسبة تحسن PCL-5 للحالة (أ) (85.71%) على الحالة (ب) (72.97%) ويُعزى هذا إلى عوامل داعمة: أولها الموارد الداخلية الاستثنائية: السباحة، الرقص، القرآن، الاستبصار الجزئي التي اتسعت معها "نافذة التحمل (*Window of Tolerance, Siegel, 1999*) فأتاحت للمعالجة أن تتقدم بعمق أكبر. وثانيها الحضور العلاجي المُعزّز بإشراف الأخصائية والتواصل مع الأستاذ غرايبيّة الذي أضفى مصداقيةً وأماناً حملاً الحالة على الانفتاح الانفعالي الكامل.

بينما جاءت الحالة (ب) حاملةً وعياً أكاديمياً صريحاً — تعرف مصطلحات الاضطراب وتُدرَك آلية EMDR نظرياً. غير أن هذه البصيرة حملت قيداً خفياً أشار إليه: (Fosha (2000) إدراك الصدمة معرفياً قد يُوجد مقاومةً دفاعيةً من خلال تجربة التفسير المعرفي. في المقابل، لم تملك الحالة (أ) المصطلحات الأكاديمية لكنها امتلكت بصيرةً حدسيةً بجسدها وانفعالاتها تتجلى في استجاباتها الفورية والدقيقة عند استحضار الذكرى — وهو ما يُوافق ما أطره Levine (1997) من أن الجسم يحتفظ بالصدمة ويحمل مفتاح معالجتها في آنٍ واحد. الحالة الأولى دخلت من بوابة الفهم، والحالة الثانية من بوابة الوعي الذاتي.

كذلك فإن نموذج معالجة المعلومات التكيفية (AIP, Shapiro, 1995, 2018) يقوم على فرضية جوهرية تتجاوز نوع الصدمة وعمرها وتعقيدها: أن كل ذاكرة صدمية — بسيطةً كانت أم مركبة — تُخزَّن في شبكة عصبية معزولة عن شبكات التكيف بسبب "تجميد" حدث لحظة الصدمة. والتحفيز الثنائي يُعيد تفعيل نظام المعالجة الطبيعي ويُتيح للذاكرة الاندماج في شبكات المعنى التكيفي — بصرف النظر عن عدد الذكريات أو عمرها. ولهذا طُبِّق البروتوكول بالمنطق الإجرائي ذاته على الحالتين معاً لتجريب فعاليته.

ويُفسَّر هذا النموذج أيضاً لماذا تحقَّقت المراحل الثلاث المتوافقة في كلتا الحالتين: انخفاض PCL-5 في القياس القبلي-البعدي، تراجع الأعراض، وانخفاض SUD داخل الجلسات وعبرها، إزالة الضيق الانفعالي، وارتفاع VOC إلى 7/7 تثبيت المعرفة الإيجابية البديلة. هذه المراحل الثلاث هي ما وصفه (Brewin et al. (1996 في نظرية التمثيل الثنائي بأنها إعادة دمج النظام الحسي-الحركي، موقع الصدمة مع النظام السرد-المعرفي موقع المعنى وهو الدمج الذي لا تُتيح أي تقنية كلامية محضة.

مع ذلك، لم يُطبَّق البروتوكول بشكل آلي متطابق على الحالتين. فقد تطلَّبت الحالة (أ) تعديلات مرنة: زيادة في وقت بناء الموارد، وتمديداً في مرحلتَي الإغلاق الآمن والتثبيت بين

الجلسات، وإعادة ترتيب أولويات الاستهداف حين تنفتح ذكريات مشبكة غير متوقعة. وهذا ما يُعرف في EMDR بـ"المرونة في الإطار الثابت" (Zepf & Ullrich, 2012) "حيث ان الهيكل البروتوكولي يبقى ثابتاً لكن التطبيق التكتيكي يتكيف مع طبيعة الشبكة الصدمية لكل حالة. وهذا التكيف الإجرائي ليس انتهاكاً للبروتوكول بل ضرورة إكلينيكية تزيد فعاليته.

ومما يؤكد على سعة هذا البروتوكول أن الفعالية لم تكن رهينةً بمستوى الوعي الأولي : (لا تعتمد فعالية العلاج على الإقناع الفكري أو مستوى التحليل والمعرفة المسبقة لدى الحالة بل الى كفاءة العلاج في حد ذاته). الحالة (ب)، المسلحة بمعرفتها الأكاديمية، والحالة (أ)، المدفوعة بمعاناتها الحسية ، كلاهما وصلتا إلى $VOC = 7/7$ و $SUD = 0/10$ و $PCL-5$ دون العتبة . ما يعني أن الوعي والبصيرة كانا موردين يُيسران المسار لا شرطين يحكمان الوصول إلى التعافي . وهذا يُبشّر الممارس بأن البروتوكول قابل للتطبيق على طيف واسع من المرضى بصرف النظر عن مستوى استبصارهم الأولي أو خلفيتهم الأكاديمية. وفيما يلي جدول مقارنة الحالتين قبل وبعد تطبيق البروتوكول.

محور المقارنة	الحالة أ صدمة مركبة	الحالة ب صدمة أحادية
طبيعة الصدمة	مركبة — إساءة أسرية مزمنة منذ الطفولة	أحادية مزمنة — حادث سير 14 سنة
مستوى الوعي الأولي	حدسي — تجريبي — إحالة طبية	أكاديمي — مفاهيمي — إحالة ذاتية
$PCL-5$ قبل العلاج	35 / 80	37 / 80
$PCL-5$ بعد العلاج	5 / 80	10 / 80
نسبة التحسن ($PCL-5$)	85.71 % ↑	72.97 % ↑

مؤشر التغير الموثوق RCI	14.14 ($> 1.96 \checkmark\checkmark$)	12.73 ($> 1.96 \checkmark\checkmark$)
SUD قبل → بعد	10/10 → 0/10 (100%)	9/10 → 0/10 (100%)
VOC قبل → بعد	1/7 → 7/7	2/7 → 7/7
ميل SUD عبر الجلسات	-1.607 ($R^2=0.883$)	-1.369 ($R^2=0.866$)
نمط مسار التحسن	متذبذب — شبكة صدمية مشبكة	منتظم — هدف صدمي واحد
أبرز تحوّل نوعي	إعادة بناء الهوية 20 — صفة إيجابية	استئناف السفر والأداء الأكاديمي
الأفكار الانتحارية	توقفت تماماً ✓	لم تكن موجودة
القرار الإكلينيكي	تعافٍ عالي (شبه تام) + نمو ما بعد الصدمة (PTG)	تعافٍ دال إكلينيكي شبه تام

جدول رقم: (5-57) يوثق مقارنة الحالتين قبل وبعد العلاج بالبروتوكول

5-3-3. المناقشة التحليلية للنتائج:

في ضوء الفرضية البحثية لفعالية بروتوكول قائم على العلاج بحركات العين وإعادة المعالجة دراسة حالتين لراشدين مشخصّين بـ PTSD وفق DSM-5-TR — تتصّ الفرضية على أن البروتوكول العلاجي المقترح القائم على EMDR يمتاز بفعالية في التخفيف من الأعراض الصدمية لدى الراشدين المصابين بـ PTSD. وتُثبت نتائج الدراسة صحة هذه الفرضية عبر ثلاثة مستويات متكاملة: الدلالة الإكلينيكية، وحجم الأثر، والتحليل الزمني الجلسي.

5-3-3.1. مقياس — PCL-5 عبور العتبة التشخيصية

الانخفاض في PCL-5 لم يكن تراجعاً عددياً فحسب، بل كان عبوراً للحدّ الفاصل بين الـ 5-5 اضطراب والصحة. كلتا الحالتين خرجتا من تشخيص PTSD بفارق أمان كبير:

المؤشر	الحالة أ (صدمة معقدة)	الحالة ب (صدمة مفردة)
القياس القبلي PCL-5	37	35
القياس البعدي PCL-5	10	5
الانخفاض المحقق	27 نقطة	30 نقطة
الموقع من العتبة (33)	دون العتبة ب 23 ن.	دون العتبة ب 28 ن.
VOC النهائي	7/7	7/7
SUD النهائي	صفر أو قريب منه	صفر كامل

جدول رقم: (58.5) يمثل عبور العتبة التشخيصية بعد العلاج

هذا ما يسمى بـ "فقدان التشخيص" (Loss of Diagnosis)، وهو معيار الشفاء الأكثر صرامة. وقد رُصدت إلى جانبه تحسنات وظيفية موازية: تحسن النوم، تحسن الأداء المهني والأكاديمي، وتوقف الأفكار الانتحارية وسلوكيات الإيذاء الذاتي لدى الحالة الأولى.

5-3-3-2. مقياس SUD التحول داخل الجلسة

مسار SUD يكشف ما لا يلتقطه PCL-5 كيف يتحرك الجهاز العصبي في الزمن الفعلي للمعالجة. وصول SUD إلى الصفر الكامل لدى الحالتين يعني أن الذاكرة الصدمية فقدت شحنتها الانفعالية تماماً، وهو ما يتوافق مع نموذج AIP لشابيرو (Shapiro, 2018) الذي يُفسر الشفاء بدمج الذاكرة في الشبكة التكيفية بدلاً من بقائها معزولة مشحونة.

5-3-3-3. مقياس VOC

VOC = 7/7 لدى الحالتين هو الأثر الأكثر عمقاً، لأنه يقيس تحول المنظومة المعرفية لا مجرد تراجع الضيق. الإيمان التام بالمعتقد الإيجابي البديل لا يأتي تبعاً آلياً لانخفاض SUD، بل يستلزم إعادة بناء معرفي حقيقية — وهو ما يُميز EMDR عن تقنيات إزالة الحساسية الأحادية التأثير.

4-3-3-5 : حجم الأثر

تجمع الدراسة حجم أثر بالغ القوة على مستويين:

المقياس / المستوى	المؤشر	القيمة	التفسير
PCL-5 الحالتان معاً	F(1,1)	361.00 p=0.033	دال إحصائياً
PCL-5 الحالتان معاً	ηp^2	0.997	أثر بالغ القوة
PCL-5 الحالتان معاً	Cohen dz	13.44	أثر ضخم
— SUD الحالة ب	Cohen dz	1.20	كبير جداً
VOC بداية/نهاية — الحالة ب	F=7.47 p=0.029	Cohen dz = 0.97	كبير + دال

جدول رقم: (59.5) يوضح دلالة حجم الأثر للحالتين

$\eta p^2 = 0.997$ مع $N=2$ القيمة تعني أن التدخل استأثر بكل التباين المرصود في الحالتين وهو بالضبط هدف منهج الحالة المفردة.

5-3-3-5. التحليل الزمني

تحليل السلسلة الزمنية (ACF)، PACF، الانحدار الخطي (أضاف بُعداً ثالثاً لا يُوفّر التصميم القبلي-البعدي وحده:

— غياب الارتباطات الذاتية الدالة (ACF/PACF) يُثبت أن تحسّن الدرجات لم يكن استمراراً آلياً للجلسات السابقة، بل تغيّراً فعلياً مرتبطاً بالتدخل العلاجي مضبوط القواعد.

— الميل السالب لانحدار SUD ($B = -0.345$) ، $R^2 = 0.728$ يُثبت اتجاهًا تراجعياً منظماً للضغط عبر الجلسات، بتفسير 72.8% من التباين.

— الميل الموجب لانحدار VOC ($B = +0.179$) يُثبت ارتفاعاً تدريجياً ومنظماً في الاعتقاد الإيجابي — مما يعكس إعادة بناء معرفي عميقاً لا تحسناً مؤقتاً.

5-3-3-6. فعالية تصميم الجلسات واحترام البروتوكول الأصلي

لم يكتفِ البروتوكول بتطبيق EMDR ، بل وزّع الجلسات العشر وفق منطق إكلينيكي دقيق يحترم البنية الأصلية لبروتوكول شابيرو الثماني الخطوات:

الجلسات	المرحلة	المنطق الإكلينيكي	الأداة الرئيسية
1 - 2	التأسيس والتحضير	بناء التحالف + الموارد الداخلية . شرط أول للشفاء	PCL-5 قبلي + مقابلة
3 - 5	الماضي (الذاكرة الأصلية)	بروتوكول EMDR الكامل + شرط الانتقال ($SUD \leq 1$ / $VOC \geq 6$)	SUD + VOC
6 - 7	الحاضر (المثيرات الراهنة)	كسر الروابط الشرطية — ترجمة الشفاء لحياة يومية	SUD + VOC
8	المستقبل (منع الانتكاسة)	Future Template — بناء الدرع النفسي الوقائي	تخيّل إيجابي + BLS (تحفيز ثنائي)
9-10	التكامل والإغلاق	دمج ثلاثي (ماضي/حاضر/مستقبل) + PCL-5 بعدي	PCL-5 بعدي + إغلاق

جدول رقم: (60.5) يوضح بنية البروتوكول المقترح لتجاوز الصدمات

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي توثق بروتوكول EMDR وبالنظر للنتائج

المحققة في دراستنا نحدد أربعة عناصر تجعل هذا التصميم موفّقاً ودقيقاً:

(1) احترام تسلسل الماضي-الحاضر-المستقبل: العمود الفقري لبروتوكول شابيرو . الإخلال به يُفضي إلى معالجة ناقصة.

(2) مرونة الجلسات 4 و 5 و 7: الانتقال مشروط بمعيار موضوعي (SUD/VOC) لا بجدول زمني صارم — يحترم الفروق بين الحالتين.

(3) سجل الملاحظة الذاتية بين الجلسات: يُبقي المعالجة نشطة خارج الجلسة ويُوفّر بيانات مسار نوعية.

(4) التحكيم العلمي للبروتوكول: يُضفي مصداقية منهجية ويُميّزه عن التطبيق العشوائي.

الخلاصة العامة في ضوء الفرضية

تدعم النتائج الفرضية القائلة إن البروتوكول العلاجي المقترح القائم على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العين يمتاز بفعالية في التخفيف من الأعراض الصدمية لدى الراشدين المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. فقد انخفضت درجات 5-PCL بصورة كبيرة لدى الحالتين، كما انخفضت شدة الضيق الذاتي SUD داخل الجلسات وعبرها حتى وصلت في الجلسات الأخيرة إلى الصفر أو القرب منه، وارتفعت درجات VOC إلى مستويات مرتفعة تشير إلى تقوية الاعتقاد الإيجابي.

ومن الناحية الإكلينيكية، تجمع النتائج بين ثلاثة مؤشرات متوافقة: أولها انخفاض الأعراض الصدمية في القياس البعدي، وثانيها الانخفاض المتدرج في الضيق الذاتي أثناء المعالجة، وثالثها ارتفاع الاعتقاد الإيجابي إلى مستوى ثابت. أما إحصائياً، فقد دعمت تحليلات التباين الأحادي وحجوم الأثر الكبيرة هذا الاتجاه. وعليه يمكن القول إن نتائج الحالتين تقدم دعماً كمياً وبصرياً وإكلينيكياً لفعالية بروتوكول EMDR في هذه العينة، مع ضرورة توسيع العينة مستقبلاً لتدعيم قابلية التعميم.

النتائج لا تعتمد على مؤشر واحد فقط، بل تجمع بين المسار البصري للسلسلة الزمنية، وغياب الارتباطات الذاتية والجزئية الدالة في معظم السلاسل، ودلالة الفروق بين بداية الجلسة ونهايتها، وقوة أحجام الأثر العملية.

بالنسبة لمقياس SUD، اتجهت درجات نهاية الجلسات إلى الانخفاض في الحالتين، وظهر ذلك في الرسوم البيانية والانحدار الخطي وحجم الأثر. أما بالنسبة لمقياس VOC، فقد اتجهت الدرجات النهائية إلى الارتفاع أو الاستقرار عند مستويات مرتفعة، وهو ما يعكس تدعيم الاعتقاد الإيجابي خلال مسار EMDR.

موقع النتائج من الدراسات السابقة

تتوافق نتائج الدراسة مع الإجماع الدولي على أكثر من مستوى:

90%: (1997) Rothbaum • من المشاركات خرجن من تشخيص — PTSD ينسجم مع عبور الحالتين للعتبة التشخيصية.

van der Kolk et al • تفوق EMDR على Fluoxetine طويل المدى — يؤكد أن الأثر بنيوي معرفي لا عرضي فقط.

والأهم أن الدراسة تسدّ فجوتين أساسيتين رصدهما مسحها النقدي: **فجوة الآلية** عبر التتبع الجلسي الدقيق، و**فجوة السياق** عبر التطبيق الموثق في البيئة المحلية.

ومنه نخلص إلى أن الدراسة تُقدّم دعماً ثلاثي المستويات (إكلينيكي + حجم أثر + تحليل زمني) لفعالية البروتوكول، وتثبت في آن واحد موقّعية التصميم الجلسي وأمانته للبروتوكول الأصلي. النتيجةتان معاً تُشكّلان مرجعاً تطبيقياً نوعياً للممارس في علاج الصدمة بـ EMDR.

نقطة هامة: إن هذه المناقشة لنتائج الحالتين تكشف أن التحسن الاكلينيكي الموثق لم يكن صدفة احصائية ولا أثراً عابراً، بل هو مسار معالجة يتوافق في آلياته ونتائجه مع ما تنبأ به نموذج AIP. وما أثبتته أكثر من ثلاثين سنة من الأبحاث الدولية على EMDR. غير أن الجديد في هذه الدراسة ليس إثبات فاعلية EMDR فهذا محسوم في الدراسات والادبيات الدولية، بل إثبات فعالية البروتوكول المقترح القائم بناء على العلاج بـ EMDR. خصوصاً أننا اضطررنا إلى تطبيقه على نمطين مختلفين من الصدمة، بنفس عدد الجلسات والإجراءات، مع تحفظ بسيط في مرونته بتعديل بعض تقنيات التهدئة والتنظيم الانفعالي إن تطلب الأمر ذلك. مما أضفى الدراسة قوة البعد المقارن الغائب في الدراسات العربية.

رغم هذا يمكن أن نقر بأن التوقف عند حالتين لا يمكن من التعميم العلمي للنتائج فمساهمتنا هنا عيادية وليست احصائية تعميمية فهي تتوقف عند حدود التحقق العيادي المنهجي لفعالية بروتوكولنا المقترح بإستخدام السلاسل الزمنية لضرورة المنهج المتبع على أن يستفيد منه الباحثين في توسيع العينة وإجراء دراسات تتبعية أوسع حيث لم يتسنى لنا الوقت المحدود للدراسة لإجراءها.

في ختام هذه الرحلة البحثية التي امتدت عبر فصول الدراسة الخمسة، من التأصيل النظري للصدمة النفسية إلى التطبيق الميداني المباشر لبروتوكول مبني على إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين (EMDR)، تتضح لنا ملامح إجابة علمية واثقة عن سؤال الدراسة الجوهري، بأن البروتوكول المقترح القائم على العلاج بـ EMDR فعال في التخفيف من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الراشدين في سياقنا المحلي، وذلك وفق ما تُثبتته نتائج حالتَي الدراسة وما تُرسّخه الأدبيات العلمية الدولية.

تجلى أثر البروتوكول في انخفاض في شدة الأعراض حسب مقياس PCL-5 لدى كلتا الحالتين؛ إذ تراجعت درجات الحالة الأولى من أكثر من 35 إلى 05، وتراجعت درجات الحالة الثانية من 37 إلى 10 وكلا المستويين دون العتبة التشخيصية البالغة 33 درجة. كما سجّل مؤشر الضائقة الذاتية (SUD) انخفاضاً بنسبة 80.65% لدى الحالة الأولى، 78.79% لدى الحالة الثانية التي وصلت إلى الصفر الكامل، فيما ارتفع مؤشر صحة الإدراك (VOC) إلى درجته القصوى (7/7) في كلتا الحالتين، بنسبة تقترب من الحد الأقصى للمقياس بلغت (91,43%)، معبراً عن إعادة بناء المنظومة المعرفية الإيجابية. وتُضاف إلى ذلك تحسنات وظيفية ملموسة في جودة النوم، والأداء الأكاديمي والمهني، وتوقف الأفكار الانتحارية وسلوكيات الإيذاء الذاتي لدى الحالة الثانية.

منهجياً يؤكد البروتوكول المُطبّق قيمته الإجرائية المزدوجة؛ فهو من جهة وثيقة إكلينيكية قابلة للتكرار المرن في السياقات العلاجية المحلية، ومن جهة أخرى نموذج بحثي يُبين كيف يمكن لمنهج دراسة الحالة المفردة أن يُنتج معرفةً عيادية دقيقة لا تختلف عن المعالجة الإحصائية للدراسات الجماعية. وقد برهنت أدوات القياس وترتيب أهداف الجلسات على تكاملها في قياس الأبعاد الأعراضية والذاتية والمعرفية لهذا الاضطراب في هذا النموذج المُعد من قبلنا.

وعليه نأمل أن تُسهم هذه الدراسة في ردم ثغرة الأدبيات النفسية العربية المتخصصة في علاج الصدمات؛ إذ لا تزال النماذج التطبيقية الموثقة نادرة في البيئة المحلية. كما تُقدّم للممارس العيادي المحلي دليلاً إجرائياً يُراعي السياق الثقافي والاجتماعي المحلي، حيث تتشابه

الديناميكيات الأسرية والأبعاد الثقافية مع الأعراض الإكلينيكية بطريقة تستدعي حساسية علاجية متخصصة.

وإننا إذ نضع القلم في ختام هذا العمل، وندرك تمام الإدراك أن تطبيق البروتوكول على حالتين لا تُشكّل سوى بداية متواضعة في مسيرة علمية طويلة. و نأمل أن تكون هذه البداية لبنة أولى في صرح الاهتمام بعلاج الصدمات النفسية في بيئتنا المحلية، وأن تُلهم باحثين آخرين لمواصلة هذا المسير — خطوة خطوة — لأن كل بحث علمي رصين هو في نهاية المطاف خطوة نحو إنسان أفضل وحياة أكثر عدلاً ورحمة وسلاماً.

• Recommendations التوصيات العامة

من خلال الدراسة والنتائج المحصل عليها يُوصي هذا البحث بتوسيع نطاق الدراسات المستقبلية عبر:

- إجراء دراسات مقارنة على عينات أكبر حجماً تشمل مناطق متعددة، للخروج من حدود تصميم الحالة المفردة نحو قابلية تعميم أوسع.
- إجراء متابعات طويلة تمتد من ستة إلى اثني عشر شهراً بعد انتهاء العلاج لتقييم ديمومة النتائج واستمرارية الأثر على المدى البعيد.
- توظيف منهجيات مختلطة (كمية وكيفية) في الدراسات المستقبلية للجمع بين الصرامة الإحصائية والعمق الإكلينيكي.
- توسيع نطاق الدراسة ليشمل فئات أخرى كالأطفال والمراهقين وضحايا الكوارث الجماعية.
- تصميم برامج تدريبية معتمدة للأخصائيين النفسيين الجزائريين على بروتوكول EMDR وتوحيد معايير تطبيقه في المؤسسات الصحية.
- إدراج بروتوكول EMDR ضمن المناهج الدراسية لتخصصات علم النفس العيادي في الجامعات الجزائرية.
- إنشاء مراكز تكوين متخصصة في علاج الصدمات النفسية بالتنسيق مع الجمعيات الدولية المعتمدة (EMDR Europe، EMDR IBERIA).
- إدماج بروتوكول EMDR رسمياً ضمن البروتوكولات العلاجية الوطنية لاضطراب PTSD في المستشفيات والمراكز المتخصصة الجزائرية.
- دراسة إمكانية دمج EMDR مع تقنيات الرعاية الذاتية والتدخل المبكر المناسبة للسياق الثقافي والاجتماعي المحلي.
- توفير الدعم المؤسسي للباحثين والممارسين العاملين في مجال الصدمة النفسية، بما يشمل التمويل والبنية التحتية والإشراف الإكلينيكي المتخصص.

المراجع

المراجع العربية

1. أحمد عبد الخالق. (2006). القلق والمخاوف والضغط النفسية. دار المعرفة الجامعية
2. الأزهرى، محمود. (2023). الصدمة النفسية واضطرابات ما بعد الصدمة. القاهرة: دار الفكر.
3. أنجريس، مورييس. (2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. تدريبات عملية دار القصبة للنشر، الجزائر.
4. بدر، إيمان. (2016). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية لدى عينة من أبناء شهداء محافظة طرطوس في مرحلة المراهقة [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، جامعة تشرين.
5. بلحاج، شريفة، وشرفي، محمد الصغير. (2018). التدخل النفسي بعد الحدث الصدمي الناتج عن حوادث المرور. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، (8)، 13-35.
6. بلحسيني، وردة رشيد. (2018). اضطراب الضغوط التالي للصدمة، وجها لوجه أمام الأيام الصعبة. عمان، الأردن: دار الشروق.
7. التميمي، ناطق فحل الكيسي، علي ناصر. (2017). إختبار فعالية منهج أبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، مجلة البحوث التربوية والنفسية (48)
8. ثابت، عبد العزيز. (2012). الصدمات النفسية لدى الأطفال والمراهقين.
9. الحجار، محمد حمدي. (1996). السلوكية الحديثة: إزالة الحساسية عن طريق تحريك العينين وإعادة تركيب البنية المعرفية. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 28 مجلد 7. بيروت: دار النهضة العربية، 40-47.
10. خياطي، مصطفى. (2002). الجزائر: الطفولة الجريحة - أطفال بن طلحة يتحدثون. منشورات برزخ.

11. دراوي، صبرينة، بن ديدة، & شيماء. (2023). الصدمة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن-دراسة ميدانية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ابن سينا بفرندة ولاية تيارت (Doctoral dissertation, جامعة ابن خلدون-تيارت).
12. ديفيدسون، جيرالد سي.، ونيل، جون م. (1998). علم النفس غير الطبيعي (ط. 7). جون وايلي وأولاده.
13. رجال، سامية، فتاح، & ليندة. (2021). فعالية تقنية EMDR في التخفيف من حدة أعراض الصدمة النفسية عند المراهق الفاقد لوالديه. مجلة روافد للدراسات و الأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 5(2)، 628-659.
14. السرييني، ع. (1994). علم نفس الأزمات والكوارث. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. بدر، إيمان علي. (2016). الصدمة النفسية وكرب ما بعد الصدمة.
15. الزهراني، سعدالله أحمد. (2022). الصحة النفسية للمعلمين فيما يتعلق بذكائهم وميولهم نحو مهنة التدريس. مجلة كلية التربية. بنها، 33(131)، 662-639.
16. سوافك، مايكل ك، وباريت، ليسا ف. (2011). دراسة اضطراب ما بعد الصدمة من منظور العمليات الدماغية: مقارنة البناء النفسي. مجلة الضغوط التروماوية، 124(1)، 3-24.
17. شريف، اسية، سمير، & بن موسي. (2021). دور الادمان على الأنترنت في مواجهة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النفسية لدى الحوامل المصابين بفيروس كوفيد 19-دراسة عيادية. مجلة روافد للدراسات و الأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 5(1)، 342-322.
18. شعبان، مرسلينا، (2016). حركة العينين و المتابعة و إعادة المعالجة في الإضطرابات التالية للصدمة. مجلة بصائر النفسية. سوريا 13
19. طاجين، سليمة، بوشيشة، & كتيبة. (2022). تقييم الاستجابة النفسية الفورية أثناء مواجهة وباء كوفيد-19 ودورها كمنبئ بالاضطرابات النفسية التالية للصدمة لدى مهني الصحة. مجلة أنسنة للبحوث و الدراسات، 13(1)، 148-135.

20. عبد الحميد، خالد وليد .(2011). إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين (EMDR) علاج جديد لاضطرابات الكوارث القديمة والمعاصرة. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 31، 1-8.
21. عبد الخالق .(1998). الصدمة النفسية. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر. الطبعة الثانية: القاهرة: دار اقرأ الدولية، 2006.
22. عثمانى سمىة ، بلحاج طاهر سناء . (2019) . دور تقنية إزالة الحساسية و إعادة المعالجة بحركة العين EMDR في العلاج النفسي للمرأة المصابة بسرطان الثدي . مذكرة ماستر .مركز الجامعي بلحاج بوشعيب . عين تيموشنت. الجزائر
23. عواجة، علا صالح عبد الرحمن. (2016). اضطراب كرب ما بعد الصدمة وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين المهدمة ببوتهم في العدوان الإسرائيلي على غزة 2014 م [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
24. كرينغ، أ، جونسون، ش، نيل، ج، ودافيدسون، ج. (2016). علم النفس المرضي، استناداً على الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (ترجمة: أمثال الحويلة وآخرون). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
25. لبيغو، فرانسوا. (2005). علاج الصدمات النفسية: العيادة والتكفل العلاجي. دار دونو.
26. مكي، عباس محمود (2007). تبين مكامن المرض النفسي وتنظيم مهنة العلاج والاستشارات. بيروت: مجد للدراسات
27. منصوري، ليلي، جلطي، & بشير. (2022). الصدمة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي-دراسة ميدانية. دراسات إنسانية واجتماعية، 11(1)، 273-288.
28. ميلود، ع. (1999). مساهمة في إرساء جهاز علاجي. في الممارسة النفسية: الصدمات النفسية وممارسات الرعاية (المجلد 1). الجزائر.ذ
29. ناجي يسمينة . (2015) . مساهمة تقنية EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية.

30. نبيلة ، عتيق ، (2013) . واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)
بتقنية إزالة الحساسية و إعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR) بالجزائر . رسالة
ماجستير . جامعة فرحات عباس . سطيف . الجزائر

المراجع الأجنبية

- 31.- Migneaut, S. (2018). EMT(Eyemovement technique):Astrategic tool in short-term therapy –
- 32.**American Psychiatric Association .(2013) .Diagnostic and statistical manual of mental disorders**5) th ed .(.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 33.American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- 34.American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). APA Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 35.American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). APA Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
36. Andrade, J., Kavanagh, D & ,Baddeley, A. (1997). Eye Movements and Visual Imagery: A working Memory approach to the treatment of PTSD .*The British Journal of Clinical Psychology*.223-209 ,36 ,
- 37.Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T. C & ,
MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal Rhythmical Eye Movements Diminish the arousal provoked by auditory stimuli .*British Journal of Clinical Psychology*.302-289 ,42 ,
- 38.Bisson, J. I. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis .*The British Journal of Psychiatry*.104-97 ,190 ,
- 39.-Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- 40.Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5):

- Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
41. Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
 42. Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
 43. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L & , Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD .*The American Journal of Psychiatry*.227-214 ,162 ,
 44. Chen, L., et al. (2014). EMDR vs supportive therapy. *Psychological Trauma*, 6(1), 45–54.
 45. Cottraux, J .(2009) .*TCC et Neurosciences* .Paris: Masson.
 46. Davidson, P. R & , Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis .*Journal of Consulting and Clinical Psychology*.316-305 ,(2)69 ,
 47. EMDR International Association (EMDRIA). (2021). EMDR therapy: Standards and guidelines. EMDRIA. <https://www.emdria.org>
 48. EMDR International Association (EMDRIA). (2021). EMDR therapy: Standards and guidelines. EMDRIA. <https://www.emdria.org>
 49. Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L & , Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with Agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention placebo control conditions .*Journal of Consulting and Clinical Psychology*.956-947 ,68 ,
 50. -Högberg, G., et al. (2007). EMDR for refugees with PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 863–870.
 51. -J. Roqus .(2012). Découvrir l'EMDR. Paris, France –
 52. **Lebigot, F .(2005) .*Le traumatisme psychique* .Dunod.**
 53. Lee, C. W & , Drummond, P. D. (2008). Effect of Eye Movement Versus Therapist Instruction on the Processing of Distressing Memories .*Journal of Anxiety Disorders*.808-801 ,22 ,
 54. Lee, C. W., et al. (2002). Treatment of PTSD with EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 231–240.
 55. Lee, C. W., Taylor, G & , Drummond, P. D. (2006). The Active Ingredient in

-
- 56.EMDR: Is it traditional exposure or new wave psychotherapy? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 97-107.
 - 57.Lohr, J. M., Tolin, D. F., & Lilienfeld, S. O. (1998). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
 - 58.Marco, J. H., et al. (2013). Components of EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(4), 150–160.
 59. Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of EMDR for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 45–56.
 60. Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 221–234.
 61. Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy*. New York: Guilford Press.
 62. Van der Kolk, B. A., et al. (2007). A randomized clinical trial of EMDR. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 277–290.

الملاحق

- 1- البروتوكول المقترح بعد التعديل
- 2- وثيقة الموافقة على العلاج
- 3- استبيان انواع الأعراض الصدمية
- 4- استبيان التعرض للأحداث الصدمية
- 5- استمارة جمع البيانات
- 6- مقياس PCL-5
- 7- استمارة تحكيم البروتوكول العلاجي
- 8- شهادات تكوين في العلاج بEMDR
- 9- سجل الملاحظة الذاتية
- 10- ملحق المصطلحات الاجنبية المستعملة في الدراسة

الملحق رقم: (1)

البروتوكول المقترح بعد التعديل

الجلسة 01: الجلسة الافتتاحية — التقييم الشامل وتأسيس التحالف العلاجي

موضوع الجلسة	تأسيس العلاقة العلاجية — الاستكشاف والتقييم الشامل وتحديد خارطة الطريق العلاجية.
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> • بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة والتقبل غير المشروط. • جمع البيانات الأولية وتحديد الشكوى الحالية والتاريخ الصدمي. • الاتفاق على العقد العلاجي (طريقة سير الجلسات وقواعد العلاج). • التشخيص الأولي وتحديد مستوى الأعراض بالمقياس القياسي. • تقييم جاهزية المتعالج للعلاج من حيث: القدرة على وصف المشاعر، القدرة التخيلية، وجود بيئة داعمة، الاستقرار الصحي. • إعداد قائمة الأهداف العلاجية مرتبةً حسب أولوية الضيق والتأثير.
الفنيات والأساليب	<ul style="list-style-type: none"> • المقابلة الإكلينيكية شبه المنظمة. • الملاحظة السريرية. • القياس السيكمومتري (5-PCL). • الحوار التوجيهي لتحديد قائمة الصدمات.
إجراءات الجلسة	<ol style="list-style-type: none"> 1. الترحيب وبناء جو من الألفة والثقة. 2. جمع التاريخ الحياتي الكامل وتحديد مصادر الصدمة (الذكرى الأصلية، الذكرى الأسوأ، المثيرات الحالية، المخاوف المستقبلية). 3. مناقشة الصعوبات الراهنة وترتيبها بحسب شدة الضيق. 4. شرح الخطة العلاجية وطبيعة بروتوكول EMDR. 5. مسح شامل لتقييم جاهزية المتعالج للبدء. 6. إجراء التقييم القياسي (5-PCL) وتسجيل الدرجة القبلية.
الأدوات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> • المقابلة العيادية. • استمارة جمع البيانات الأولية. • استبيان التعرض للأحداث الصادمة. • مقياس 5-PCL (قياس قبلي).
زمن الجلسة	60 دقيقة

جلسة 02: التحضير النفسي والتعريف ببروتوكول EMDR

موضوع الجلسة	التحضير النفسي والجسمي للحالة وبناء الموارد قبل الدخول في مرحلة المعالجة.
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> • الحصول على موافقة المتعالج المستنيرة على تطبيق العلاج. • تعريفه بآلية EMDR ونموذج AIP بلغة مبسطة. • ترتيب قائمة الأهداف العلاجية (الصددمات) حسب الأولوية باستخدام مصفوفة إيزنهاور. • تدريبه على مهارات الضبط الانفعالي: المكان الآمن، صندوق الاحتواء، تقنية العناصر الأربعة. • التأكد من استعداده لبدء المعالجة في الجلسة القادمة.
الفنيات والأساليب	<ul style="list-style-type: none"> • التثقيف النفسي (Psychoeducation). • تقنية المكان الآمن. • تقنية صندوق الاحتواء. • تقنية العناصر الأربعة (الأرض / الهواء / الماء / النار). • تمارين التنفس والاسترخاء. • مصفوفة إيزنهاور لترتيب الأولويات.
إجراءات الجلسة	<ol style="list-style-type: none"> 1. الاستقبال ومراجعة مخرجات الجلسة السابقة. 2. ترتيب قائمة الأهداف بمصفوفة إيزنهاور: <ul style="list-style-type: none"> — المربع الأول (مستعجل+مقلق جداً): نبدأ به أولاً. — المربع الثاني (مهم+غير مستعجل): يُعالج لاحقاً. — المربع الثالث (مزعج+غير مهم): يُوضع في الصندوق مؤقتاً. — المربع الرابع (بسيط): يُعالج أخيراً. 3. شرح نموذج AIP بلغة بسيطة: <p>«اطمئن، كل ما في الأمر أن دماغك توقف عن معالجة هذه الذكريات. نحن سنساعده على تشغيل المحرك وإعادة ترتيبها لتصبح أكثر تكيفاً.»</p> 4. التدريب على المكان الآمن: <p>«تخيل مكاناً يبعث فيك الراحة التامة — استحضر صوره وروايحه وأحاسيسه. ستعود إليه كلما احتجت أثناء التحفيز الثنائي.» كما يمكننا أن نتفق مع على إشارة التوقف كلما اردت التوقف عن المعالجة أشر بها لنتوقف ثم نعود عندما تكون جاهزاً.</p> 5. التدريب على صندوق الاحتواء: <p>«تخيل وعاءً محكماً من الحديد أو الخشب. ضع فيه كل ما يزعجك الآن واغلقه بإحكام — سنفتحه معاً لاحقاً عندما نكون مستعدين.»</p> 6. التدريب على تقنية العناصر الأربعة: <p>— الأرض: تثبيت القدمين (التجذر).</p>

<p>— الهواء: التنفس العميق (5-2-5) ثلاث جولات.</p> <p>— الماء: كرة اللعاب (استرخاء الفم واللعاب).</p> <p>— النار: التخيل الإيجابي.</p> <p>7. التأكد من استيعاب المتعالج لكل التقنيات قبل إنهاء الجلسة.</p>	
<p>• الحوار والمناقشة والتثقيف النفسي.</p> <p>• مصفوفة إيزنهاور (ورقة العمل).</p> <p>• تمارين التخيل الموجّه.</p>	الأدوات المستخدمة
60 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة 03: بداية المعالجة — إزالة الحساسية من الذكرى الأصلية (التأسيسية)

تطبيق بروتوكول EMDR لمعالجة الذكرى الأكثر تأثيراً (الصدمة التأسيسية).	موضوع الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • خفض مستوى الانزعاج SUD إلى 0 أو 1 مرتبطاً بالذكرى الأصلية. • رفع صلاحية الاعتقاد الإيجابي VOC إلى 6 أو 7. • إزالة التحسس من أعرق ذكرى صدمية. • الوصول إلى الراحة النفسية والجسدية في نهاية الجلسة. 	أهداف الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي الجانب (حركات العين / التريب / النغمات الصوتية). • التعريض التخيلي. • إعادة البناء المعرفي. • تقنية المكان الآمن وصندوق الاحتواء (عند الحاجة). • تقنية العناصر الأربعة للتهدة بين الجولات. 	الفيئات والأساليب
<p>【مرحلة 2- التحضير】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة اتفاقيات الجلسة السابقة وتحديد الذكرى الأولى في قائمة الأهداف. • تذكير المتعالج بالمكان الآمن وصندوق الاحتواء وإشارة التوقف. <p>【المرحلة 3 — التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • استرجاع الذكرى: «استحضر في ذهنك الموقف كاملاً — كيف حدث؟ أين؟ متى؟» • تحديد الفكرة السلبية (NC): «ما الكلمات السلبية التي تصف نفسك الآن؟» • تحديد الفكرة الإيجابية البديلة (PC): «ما الذي تود أن تؤمن به عن نفسك؟» • قياس SUD (0-10): «كم مستوى ضيقك الآن عند استحضار الذكرى؟» • قياس VOC (1-7): «كم تصدق الفكرة الإيجابية الآن؟» • تحديد موقع الإحساس في الجسد: «أين تشعر بهذا الانزعاج في جسدك؟» <p>【المرحلة 4 — إزالة الحساسية】</p>	إجراءات الجلسة

<ul style="list-style-type: none"> • تحفيز ثنائي (30 ثانية/جولة) مع الاحتفاظ بصورة الذكرى والفكرة السلبية. • بين كل جولة: «ماذا يظهر لك الآن؟ أين تشعر به في جسدك؟» • عند الشعور بضيق شديد: إشارة التوقف → المكان الآمن → صندوق الاحتواء. • استراحة تنفسية بين الجولات (5-2-5) ثلاث مرات. • تستمر الجولات حتى يصل SUD إلى 0 أو 1. • المرحلة 5 — تثبيت المعرفة الإيجابية (التثبيت) • ربط الذكرى بالفكرة الإيجابية مع التحفيز الثنائي. • تستمر حتى يصل VOC إلى 6 أو 7. • المرحلة 6 — مسح الجسد • «احتفظ بصورة الذكرى والفكرة الإيجابية معاً — امسح جسدك من الرأس للقدمين.» • إن وُجد توتر جسدي: جولة إضافية من التحفيز الثنائي. • المرحلة 7 — الإغلاق • التأكد من مغادرة المتعالج في حالة اتزان انفعالي. • إن لم تكتمل المعالجة: صندوق الاحتواء + المكان الآمن. • الواجب المنزلي: سجل الملاحظة الذاتية (أي صور أو مشاعر تظهر بين الجلسات). • ملاحظة: معيار الانتقال إلى الصدمة التالية • الانتقال يكون عند: $SUD \geq 1$ و $VOC \leq 6$ وغياب توتر جسدي ملحوظ. • إن لم يتحقق المعيار تُكمل المعالجة في الجلسة 04. 	
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس SUD (0-10). • مقياس VOC (1-7). • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي. 	الأدوات المستخدمة
60 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة 04: استكمال معالجة الذكرى الأولى أو الانتقال إلى الذكرى التالية

<p>استكمال إزالة الحساسية من الصدمة التأسيسية أو الانتقال إلى الصدمة الموالية في قائمة الأهداف.</p>	موضوع الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • إعادة تقييم ما تحقق في الجلسة السابقة (SUD / VOC). • إتمام معالجة ما تبقى من الذكرى الأولى إن لم يكتمل. • أو الانتقال إلى الذكرى الموالية إن تحقق معيار الانتقال. • الهدف: $SUD \geq 1$ و $VOC \leq 6$ لكل ذكرى معالجة. 	أهداف الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي الجانب (بنفس أساليب الجلسة 03). 	الفنيات والأساليب

	<ul style="list-style-type: none"> • تمارين الاسترخاء والتهدئة. • التعزيز والتحصين التدريجي.
إجراءات الجلسة	<p>【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة سجل الملاحظة الذاتية. • قياس SUD و VOC لما عولج في الجلسة السابقة. • تحديد نقطة البداية: هل نكمل الذكرى الأولى أم ننتقل للتالية؟ <p>【معيار الانتقال】</p> <p>الانتقال يتم عند: $SUD \geq 1 + VOC \leq 6$ + غياب توتر جسدي.</p> <p>إن لم يتحقق: نكمل معالجة نفس الذكرى بنفس بروتوكول الجلسة 03.</p> <p>【إجراء المعالجة】</p> <ul style="list-style-type: none"> • تُطبّق نفس المراحل الخمس لبروتوكول الجلسة 03 (التقييم → إزالة الحساسية → التثبيت → مسح الجسد → الإغلاق). • عند الانتقال لذكرى جديدة: نبدأ من المرحلة 3 (التقييم) بها من جديد. <p>【الإغلاق والواجب المنزلي】</p> <ul style="list-style-type: none"> • سجل الملاحظة الذاتية (ما يظهر من صور أو مشاعر بين الجلسات).
الأدوات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> • مقياس SUD / مقياس VOC. • أدوات EMDR القياسية. • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.
زمن الجلسة	60 دقيقة

الجلسة 05: استكمال المعالجة أو الانتقال إلى المثيرات الحالية

موضوع الجلسة	استكمال معالجة الذكريات التأسيسية أو الانتقال إلى المثيرات الحالية المرتبطة بالصدمة.
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> • التأكد من إزالة كل الذكريات التأسيسية (الماضي) قبل الانتقال إلى المثيرات الحالية. • إفراغ محتوى صندوق الاحتواء ومعالجته. • قياس SUD/VOC لكل ذكرى تمت معالجتها والتأكد من بلوغ المعيار. • الشروع في تقييم المثيرات الحالية إن تحقق معيار الانتقال.
الفنيات والأساليب	<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي (بنفس أسلوب الجلسات السابقة). • إعادة البناء المعرفي. • توكيد الذات. • تمارين الاسترخاء.

<p>【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلي وسجل الملاحظة الذاتية. • قياس SUD/VOC لكل ما عولج سابقاً. <p>【إفراغ صندوق الاحتواء】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة محتوى الصندوق وتحديد ما يحتاج معالجة. • معالجة ما بقي داخله بنفس بروتوكول الجلسة 03. <p>【شرط الانتقال إلى المثيرات الحالية】</p> <p>الانتقال يتم فقط حين: جميع الذكريات التأسيسية وصلت إلى $SUD \geq 1$ و $VOC \leq 6$.</p> <p>【تقييم المثيرات الحالية — إن تحقق الشرط】</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحديد المواقف الراهنة التي تستدعي الذكرى: رؤية سيارة، صوت مكابح، روائح... • قياس SUD/VOC لكل مثير. • تطبيق بروتوكول EMDR على المثير الأكثر إزعاجاً. <p>【الإغلاق والواجب المنزلي】</p> <ul style="list-style-type: none"> • قياس 5-PCL (منتصف البروتوكول — اختياري). • سجل الملاحظة الذاتية. 	<p>إجراءات الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس SUD / مقياس VOC. • مقياس 5-PCL (منتصف البروتوكول إن رأى المعالج ذلك مناسباً). • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي. 	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60 دقيقة</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الجلسة 06: معالجة المثيرات الحالية للذكريات السابقة

<p>إزالة الحساسية من المواقف الراهنة التي تستدعي الذكريات الصدمية (Trigger Desensitization).</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • كسر الروابط الشرطية بين المثيرات الحالية وذكريات الماضي. • تعميم الشفاء ليشمل الحياة اليومية (توقف الفلاش باك). • تطبيع استجابة المتعالج للمواقف التي كانت تُثير القلق. 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي الجانب. • التعريض التخييلي للمثيرات. • إعادة البناء المعرفي والربط الوظيفي بين المثير والواقع الحالي. • توكيد الذات. • تمارين التنفس والاسترخاء. 	<p>الفنيات والأساليب</p>

<p>【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة سجل الملاحظة الذاتية. • قياس SUD/VOC للمثيرات التي بدأنا معالجتها. <p>【تحديد المثيرات الحالية】</p> <ul style="list-style-type: none"> • «أخبرني عن المواقف التي مررت بها مؤخراً وسببت لك ضيقاً. مثلاً: رؤية سيارة، صوت الفرامل، روائح معينة، أماكن بعينها.» <p>【تطبيق بروتوكول EMDR على المثيرات】</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحديد المثير الأكثر إزعاجاً وقياس SUD/VOC له. • تحديد NC (المعتقد السلبي) و PC (المعتقد الإيجابي البديل). • تطبيق المراحل الخمس: التقييم → إزالة الحساسية → التثبيت → مسح الجسد → الإغلاق. • الانتقال للمثير التالي عند بلوغ $SUD \geq 1$ و $VOC \leq 6$. <p>【الإغلاق والواجب المنزلي】</p> <ul style="list-style-type: none"> • سجل الملاحظة الذاتية: تسجيل المثيرات التي لم تعد تزعج + أي مثيرات جديدة. 	<p>إجراءات الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس SUD / مقياس VOC. • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي. 	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60 دقيقة</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الجلسة 07: استكمال معالجة المثيرات الحالية

<p>إتمام إزالة الحساسية من جميع المثيرات الحالية المرتبطة بالصدمة.</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • إتمام معالجة جميع المثيرات الحالية والتحقق من بلوغ $SUD \geq 1$ لكل منها. • تعزيز قدرة المتعالج على التمييز بين المثير الحسي وخطر الحاضر. • التأكد من عدم وجود مثيرات لم تُعالج قبل الانتقال للمرحلة التالية. 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي الجانب. • إعادة البناء المعرفي والربط الوظيفي (التمييز بين الذكرى والواقع الآن). • توكيد الذات. • تمارين التنفس والاسترخاء. 	<p>الفنيات والأساليب</p>
<p>【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة سجل الملاحظة الذاتية. • قياس SUD/VOC لكل مثير تمت معالجته. <p>【استكمال معالجة المثيرات】</p>	<p>إجراءات الجلسة</p>

• نكمل بنفس بروتوكول الجلسة 06 لكل مثير لم يبلغ معيار الانتقال. • ننتقل للمثير التالي عند: $SUD \geq VOC + 1$. 【شرط الانتقال إلى الجلسة 08】 يتحقق عند معالجة جميع المثيرات الحالية وبلوغ $SUD \geq 1$ لكل منها. 【الإغلاق والواجب المنزلي】 • سجل الملاحظة الذاتية: تسجيل المواقف المستقبلية التي قد تسبب قلقاً.	
• مقياس SUD / مقياس VOC. • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.	الأدوات المستخدمة
60 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة 08: منع الانتكاسة — بناء الدرع النفسي لمواجهة المستقبلية

بناء المناعة النفسية (Relapse Prevention) من خلال تحضير المتعالج لمواجهة المواقف المحتملة مستقبلاً.	موضوع الجلسة
• تحويل المعتقد الإيجابي من فكرة ذهنية إلى سلوك تلقائي. • التأكد من إفراغ صندوق الاحتواء ومعالجة ما تبقى فيه. • تهيئة المتعالج لمواجهة المثيرات المستقبلية المحتملة بثقة وهدوء.	أهداف الجلسة
• تقنية العناصر الأربعة. • تثبيت مشاعر القوة والسيطرة. • التحفيز الثنائي مع التخيل الإيجابي المستقبلي. • تمارين التنفس والاسترخاء.	الفنيات والأساليب
【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】 • مراجعة الواجب المنزلي. • قياس SUD/VOC للمثيرات السابقة — التأكد من الثبات. 【التحقق من صندوق الاحتواء】 • «هل لا يزال الصندوق موجوداً؟ ماذا يحتوي الآن؟» • معالجة أي محتوى متبقٍ فيه بنفس بروتوكول الجلسة 03. 【بناء المناعة للمستقبل】 • «اذكر موقفاً تخشى مواجهته في المستقبل — سماع دوي، مقابلة عمل، موقف مشابه...» • «اغمض عينيك وتخيل الموقف كفيلم يمر أمامك — ركز على لحظة ظهور المثير.» • قياس SUD/VOC للموقف المتخيل. • تحديد PC: «تخيل نفسك تتعامل مع الموقف بكل هدوء وثقة.»	إجراءات الجلسة

• تطبيق التحفيز الثنائي مع التركيز على تثبيت مشاعر القوة والسيطرة. • تستمر الجولات حتى يصل SUD إلى 0 و VOC إلى 7. 【الإغلاق والواجب المنزلي】 • سجل الملاحظة الذاتية: تسجيل المواقف التي لم تعد تزعج + المواقف التي ما زالت تثير قلقاً.	
• مقياس SUD / مقياس VOC. • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي.	الأدوات المستخدمة
60 دقيقة	زمن الجلسة

الجلسة 09: تعزيز المناعة النفسية — دمج الماضي والحاضر والمستقبل

موضوع الجلسة	تعزيز الشفاء المحقق وربطه بالهوية الحالية والمستقبل المأمول
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> • إغلاق جميع الملفات الصدمية (ماضٍ + حاضر + مستقبل). • ربط الشفاء بالقوة الراهنة وبناء اعتقاد إيجابي مستدام. • دمج مشاهد الماضي والحاضر والمستقبل في حزمة تحفيز واحدة. • المحافظة على الاستقرار الانفعالي واستدامة الشفاء.
الفنيات والأساليب	<ul style="list-style-type: none"> • التحفيز الثنائي مع الشريط السينمائي المستقبلي (Future Template). • ربط مشاهد الماضي والحاضر والمستقبل (دمج ثلاثي). • تثبيت المعتقد الإيجابي «أنا منتصر الآن». • تمارين الاسترخاء وتثبيت مشاعر القوة.
إجراءات الجلسة	<p>【في مطلع الجلسة — إعادة التقييم】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلي. • «أخبرني عن أي أحداث مررت بها منذ آخر جلسة — كيف تعاملت معها؟» • قياس VOC الحالي — يجب أن يكون 6 أو 7. • «استحضر الشريط الزمني الكامل:» 1. المشهد القديم للصدمة (الماضي). 2. المثير الحالي الذي تمت إزالة ضيقه (الحاضر). 3. مشهد النجاح في موقف مستقبلي مشابه (المستقبل). • تطبيق التحفيز الثنائي بحركات سريعة مع دمج المشاهد الثلاثة. • «ماذا ترى الآن؟ بماذا تشعر في جسدك؟» 【تثبيت المعتقد الإيجابي النهائي】 • ترسيخ: «أنا منتصر الآن. أنا أقوى مما كنت. أستطيع مواجهة ما هو آتٍ.» • التحفيز الثنائي حتى 7 = VOC.

	<p>【مسح الجسد الشامل】</p> <ul style="list-style-type: none"> • مسح من الرأس للقدمين مع الاحتفاظ بالمعتقد الإيجابي. • إزالة أي توتر متبقٍ بجولات إضافية. <p>【إغلاق】</p> <ul style="list-style-type: none"> • القياس الختامي للجلسة: SUD / VOC. • إعداد المتعالج للجلسة الأخيرة. 	
الأدوات المستخدمة	<ul style="list-style-type: none"> • مقياس SUD / مقياس VOC. • سجل الملاحظة الذاتية المنزلي. 	
زمن الجلسة	60 دقيقة	

الجلسة 10: التقييم الختامي والإنهاء — نقل مسؤولية الشفاء

موضوع الجلسة	التقييم البعدي الرسمي والتحقق من استدامة الشفاء وإغلاق العلاقة العلاجية بشكل صحي.
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> • التحقق من انخفاض أعراض PTSD تحت العتبة التشخيصية ($PCL - 5 > 33$). • التأكد من وصول SUD إلى 0 و VOC إلى 7 لجميع الأهداف المعالجة. • نقل مسؤولية الشفاء من المعالج إلى المتعالج. • إغلاق العلاقة العلاجية بشكل صحي دون تبعية.
الفنيات والأساليب	<ul style="list-style-type: none"> • إعادة التقييم الكاملة. • التغذية الراجعة المتبادلة (Mutual Feedback). • فحص الجسد الختامي. • تعزيز الاستبصار والقوة الشخصية.
إجراءات الجلسة	<p>【الاستقبال واستعراض ماتحقق من العلاج】</p> <ul style="list-style-type: none"> • «ما الذي تغير في حياتك منذ بدأنا العلاج؟» (تحسن النوم، العودة للعمل، المشاركة الاجتماعية...) <p>【القياس البعدي الرسمي】</p> <ul style="list-style-type: none"> • تطبيق مقياس $PCL - 5$ (القياس البعدي النهائي) — الهدف: أقل من 33. • استعراض قائمة الأهداف التي وُضعت منذ الجلسة الأولى: «عندما تستحضر هذه الذكرى الآن، ما مستوى ضيقك؟» (يجب $SUD = 0$). • التأكد من $VOC = 7$: «أنا ناجٍ — أنا قوي — أنا أستطيع.» <p>【فحص الجسد الختامي】</p> <ul style="list-style-type: none"> • «استحضر أصعب لحظة في صدمتك — امسح جسدك كاملاً من الرأس للقدمين.» • إن وُجد توتر ولو بسيط: جولات قصيرة من التحفيز الثنائي لإزالته نهائياً.

<p>【مرحلة الإنهاء】</p> <ul style="list-style-type: none"> • التغذية الراجعة من المعالج: إبراز نقاط القوة التي أظهرتها الحالة. • إتاحة الفرصة للمتعالج للتعبير عن مشاعره تجاه انتهاء العلاج. • نقل أدوات الإسعاف الذاتي: المكان الآمن + التنفس العميق + تقنية العناصر الأربعة. • «هذه الأدوات ملكك الآن. استخدمها كلما احتجت.» • إغلاق سجل الجلسات. <p>【التوصيات الختامية】</p> <ul style="list-style-type: none"> • متابعة بعد 3 أشهر و6 أشهر للتحقق من ثبات النتائج. • جلسات تعزيزية اختيارية عند ظهور مثيرات طارئة. 	
<ul style="list-style-type: none"> • مقياس 5-PCL (قياس بعدي نهائي — إلزامي). • مقياس SUD (يجب = 0 لكل الأهداف). • مقياس VOC (يجب = 7 لكل الأهداف). 	<p>الأدوات المستخدمة</p>
<p>60 دقيقة</p>	<p>زمن الجلسة</p>

الملحق رقم (2)

ملحق المصطلحات والاختصارات العلمية الموجودة في المذكرة

الاختصار	المصطلح بالعربية	Abrév. FR	Terme en Français	Abbrev. EN	Term in English
EMDR	إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركة العينين	EMDR	Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires	EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
PTSD	اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	ESPT	État de Stress Post-Traumatique	PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
AIP	نموذج معالجة المعلومات التكيفية	TAI	Traitement Adaptatif de l'Information	AIP	Adaptive Information Processing
PCL-5	قائمة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (الإصدار الخامس)	PCL-5	Liste de Contrôle du TSPT pour le DSM-5	PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5
SUD/SUDS	مقياس وحدات الصائقة الذاتية	USD	Unités Subjectives de Détresse	SUDS	Subjective Units of Disturbance Scale
VOC	مقياس صحة الاعتقاد الإيجابي	VC	Validité de la Cognition	VOC	Validity of Cognition
DSM-5	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الإصدار الخامس)	DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (5e éd.)	DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)
DSM-5-TR	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (النص المنقح)	DSM-5-TR	Manuel Diagnostique et Statistique (Texte Révisé)	DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual (Text Revision)
APA	الجمعية الأمريكية لعلم النفس / للطب النفسي	APA	Association Américaine de Psychologie / de Psychiatrie	APA	American Psychological / Psychiatric Association
WHO	منظمة الصحة العالمية	OMS	Organisation Mondiale de la Santé	WHO	World Health Organization
EMDRIA	الجمعية الدولية لـ EMDR	EMDRIA	Association Internationale EMDR	EMDRIA	EMDR International Association
CAPS-5	مقياس تقييم اضطراب ما بعد الصدمة	CAPS-5	Échelle d'Évaluation du TSPT (Clinicien)	CAPS-5	Clinician-Administered PTSD Scale

RCT	للإكلينيكي التجربة السريية العشوائية المضبوطة	ECR	Essai Clinique Randomisé Contrôlé	RCT	Randomized Controlled Trial
CBT/TCC	العلاج المعرفي السلوكي	TCC	Thérapie Cognitivo- Comportementale	CBT	Cognitive Behavioral Therapy
SIT	تدريب التحصين ضد الضغوط	EIS	Entraînement à l'Inoculation du Stress	SIT	Stress Inoculation Training
SE	العلاج بالخبرة الجسدية	ES	Expérience Somatique	SE	Somatic Experiencing
ASD	اضطراب الضغط الحاد	TSA	Trouble de Stress Aigu	ASD	Acute Stress Disorder
ICD-11	التصنيف الدولي للأمراض (الإصدار الحادي عشر)	CIM-11	Classification Internationale des Maladies (11e rév.)	ICD-11	International Classification of Diseases (11th rev.)
CIM-10/ICD-10	التصنيف الدولي للأمراض (الإصدار العاشر)	CIM-10	Classification Internationale des Maladies (10e rév.)	ICD-10	International Classification of Diseases (10th rev.)
SCL-90	قائمة الأعراض النفسية المنقحة (90 بنداً)	SCL-90	Liste de Contrôle des Symptômes Révisée	SCL-90	Symptom Checklist-90 Revised
BAI	مقياس بيك للقلق	IAB	Inventaire d'Anxiété de Beck	BAI	Beck Anxiety Inventory
VAS	مقياس التقدير البصري التناظري	EVA	Échelle Visuelle Analogique	VAS	Visual Analogue Scale
PSS-SR	مقياس أعراض PTSD — تقرير ذاتي	PSS-AR	Échelle de Symptômes du TSPT — Autoévaluation	PSS-SR	PTSD Symptom Scale – Self Report
IGTP	بروتوكول رسم الشجرة لمجموعة EMDR	IGTP	Protocole de Dessin d'Arbre pour Groupe EMDR	IGTP	EMDR Group Traumatic Protocol
AAR	التغيرات في الاستثارة والاستجابة	AAR	Altérations de l'Éveil et de la Réactivité	AAR	Alterations in Arousal and Reactivity
NC	المعتقد / الإدراك السلبي	CN	Cognition Négative	NC	Negative Cognition
PC	المعتقد / الإدراك الإيجابي	CP	Cognition Positive	PC	Positive Cognition
RCI	مؤشر التغير الموثوق	IFC	Indice de Fiabilité du Changement	RCI	Reliable Change Index
ACF	دالة الارتباط الذاتي	FAC	Fonction	ACF	Autocorrelation Function

			d'Autocorrélation		
PACF	دالة الارتباط الذاتي الجزئي	FACP	Fonction d'Autocorrélation Partielle	PACF	Partial Autocorrelation Function
ANOVA	تحليل التباين	ANOVA	Analyse de la Variance	ANOVA	Analysis of Variance
Cohen's dz	حجم الأثر العملي (معامل كوهن للقياسات المتكررة)	d de Cohen	Taille d'Effet Pratique (mesures répétées)	Cohen's dz	Practical Effect Size (repeated measures)
A-B Design	تصميم الحالة المفردة (خط القاعدة + التدخل)	Modèle A-B	Protocole à Cas Unique (ligne de base + traitement)	A-B Design	Single-Case Experimental Design (Baseline + Intervention)
PTG	النمو ما بعد الصدمة	CPT	Croissance Post- Traumatique	PTG	Post-Traumatic Growth
SPSS	الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية	SPSS	Progiciel Statistique pour les Sciences Sociales	SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

221

الملحق رقم : (4) الملف النفسي

	<p>الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية</p> <p>وزارة الصحة</p> <p>مديرية الصحة والسكان لولاية تڤرت</p> <p>المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تڤرت</p>					
<h2 style="margin: 0;">الملف النفسي</h2>						
<table border="1" style="margin: 0 auto; width: 200px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>						
<h2 style="margin: 0;">معلومات شخصية</h2>						
<p>الإسم و اللقب : الجنس : المهنة :</p>						
<p>تاريخ الميلاد : / / الكلية :</p>						
<p>العنوان : الهاتف :</p>						
<p>الحالة الاجتماعية :</p>						
<p>سبب الإحالة :</p>						
<p>سبب الإحالة :</p>						
<p>إسم الفاحص :</p>						
<p>تاريخ أول فحص :</p>						

ماهي مشكلتك و متى ظهرت ؟

هل عانيت من مشكلات سابقة من قبل ؟ ماهي ؟

هل تلقيت علاجاً سابقاً ؟ ماهو ؟

ماهي العوامل التي تفاقم من المشكلة الرئيسية ؟

ماهي العوامل التي تخفف من المشكلة الرئيسية ؟

تأثيرها على حياة المفحوص : الدرانسية - الأسرية - الإجتماعية :

الأعراض الحالية

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ قلق | ☐ تسارع الأفكار | ☐ سلوك تجنبى | ☐ إندفاعية |
| ☐ إكتئاب | ☐ شكوك إضطهادية | ☐ نوبات بكاء | ☐ سرعة التأثر |
| ☐ فقدان الإهتمامات | ☐ إضطراب النوم | ☐ طاقة و مرح زائد | ☐ الشعور بالذنب |
| ☐ نوبات هلع | ☐ إضطراب الشهية | ☐ تعب أو إرهاق | ☐ سلوكيات خطيرة |
| ☐ عصبية زائدة | ☐ مشاكل في التركيز | ☐ إنعزال عن المحيط | ☐ هلاوس |
| ☐ إنخفاض / زيادة الوزن | ☐ نسيان / مشاكل في الذاكرة | ☐ شعور بالتوتر الدائم | |

التاريخ الطبي

هل تمارس نشاطاً بدنياً ؟ ما نوعه ؟

هل تعاني من الحساسية ؟ مانوعها ؟

هل تتناول أدوية حالياً ؟ ماهي ؟

هل أصبت بمشكلة صحية سابقة ؟ مانوع العلاج الذي تلقيته ؟

التاريخ العائلي :

- مع من تعيش حاليا ؟ هل نشأت بعيدا عن والديك ؟
- ما ترتيبك في أسرتك ؟ ما عدد إخوتك وأخواتك ؟
- كيف تصف علاقتك بأبيك ؟
- كيف تصف علاقتك بأمك ؟
- كيف تصف علاقتك بإخوتك وأخواتك ؟
- هل يعاني أحد أفراد أسرتك من مشاكل صحية ؟ ماهي ؟
- هل يعاني أحد أفراد أسرتك من مشاكل نفسية ؟ ماهي ؟

النشأة

- أين نشأت ؟ هل حدث وهربت من المنزل ؟
- هل توفي أي من أفراد العائلة حديثا ؟ من بالتحديد و متى ؟
- هل حاولت إيذاء نفسك من قبل ؟ هل راودتك أفكار إنتحارية ؟ متى ؟
- هل عانيت من الإهمال أو الأذى أنواع الصدمات :
- أنواع سوء المعاملة : التحرش الجنسي :
- هل عانيت من مشكلات دراسية ؟ ما نوعها ؟
- هل تتعاطى أو تعاطيت من قبل مواد نفسية ؟ ماهي ؟
- كم كانت مدة التعاطي ؟ هل تابعت علاجا من أجل ذلك ؟ مانوعه ؟
- هل تدخن ؟ ماعدد السجائر التي تدخنها يوميا ؟
- هل عانيت من مشاكل جنسية ؟ ما نوعها ؟

الحالة السلوكية :

(المظهر العام - النظافة - حركات الجسم - اللزومات الحركية - التواصل مع الفاحص - ترابط الكلام و الأفكار - نبذة الصوت - التواصل البصري - مستوى الانتباه - مستوى الحركة والنشاط - الحالة المزاجية - الإنفعالات - الإصابات والعاهات)

التقييم النفسي والعصبي (الاختبارات - نوعها - نتائجها - حالة الوعي والإستبصار - بروفييل الشخصية) :

التشخيص المحتمل :

الخططة العلاجية المقترحة و التوصيات :

الخلاصة :

اسم ولقب الأخصائي :

التوقيع

ملحق رقم : (5) استمارة الموافقة على العلاج بEMDR

عيادة
أخصائي نفسي عيادي - معالج في EMDR

العنوان:
الهاتف: البريد الإلكتروني:

عقد اتفاق للعلاج بتقنية تخفيف الحساسية وإعادة المعالجة EMDR

بيانات المستفيد:

الاسم الكامل:
تاريخ الميلاد: / / الجنس: ذكر [] أنثى []
رقم الهاتف:
اسم ولي الأمر (للصغار): صلة القرابة:

تاريخ بدء العلاج: / / 2026م

أولاً: بعد التعريف بالتقنية و التعرف على الهدف من طرف المستفيد.
(مدة الجلسة: تتراوح بين 60 إلى 90 دقيقة. وعدد الجلسات يحدد حسب الخطة العلاجية المتفق عليها).

ثانياً: التزامات المعالج:

1. الكفاءة المهنية: يلتزم المعالج بتقديم العلاج وفق البروتوكول المعياري لـ EMDR الصادر عن فرانسيس شابيرو، وبما يتوافق مع مستوى تدريبه المعتمد وأخلاقيات المهنة.
2. التقييم: إجراء تقييم شامل قبل بدء العلاج للتأكد من ملاءمة تقنية EMDR للحالة، واستبعاد وجود موانع استخدام طبية أو نفسية.
3. السرية التامة: يلتزم المعالج بالحفاظ على سرية جميع المعلومات التي يدلي بها المستفيد، ولا يتم الإفصاح عنها إلا بموافقة خطية صريحة، أو في الحالات التي يوجبها القانون مثل: وجود خطر آني للانتحار، إيذاء الآخرين، أو إساءة معاملة الأطفال وكبار السن.
5. الإنهاء: يتم إنهاء العلاج بالاتفاق المشترك، أو عند تحقق الأهداف العلاجية، أو إذا رأى المعالج أن استمرار العلاج لا يخدم مصلحة المستفيد.

ثالثاً: التزامات المستفيد:

1. الصدق والشفافية: تقديم معلومات دقيقة وكاملة عن التاريخ الطبي والنفسي، والأدوية الحالية، وتعاطي أي مواد، وأي سوابق علاجية.
2. الالتزام بالمواعيد: الحضور في المواعيد المحددة. وفي حال الرغبة بالإلغاء أو التأجيل، يتم الإبلاغ قبل 24 ساعة على الأقل. الجلسات الملغاة دون إشعار تحتسب ضمن الخطة العلاجية.
3. السلامة: يتعهد المستفيد بعدم تعريض نفسه أو الآخرين للخطر بين الجلسات، وفي حال ظهور أفكار انتحارية أو رغبة في إيذاء النفس، يلتزم بإبلاغ المعالج فوراً أو الاتصال بالحماية المدنية 14 أو التوجه لأقرب قسم استعجالات.
4. المشاركة الفعالة: يدرك المستفيد أن EMDR يتطلب تركيزاً على ذكريات مزعجة، وقد يثير مشاعر قوية أثناء الجلسة أو بعدها، يلتزم باستخدام تقنيات التحكم التي يتم تعليمها في مرحلة التحضير.

. لا توجد ضمانات للنتائج: يقر المستفيد بأنه لا توجد ضمانات بنتائج محددة، وأن الاستجابة للعلاج تختلف من شخص لآخر حسب طبيعة الصدمة ومدة المعاناة.

رابعاً: بدائل العلاج والحق في الرفض.
توجد بدائل علاجية أخرى مثبتة علمياً مثل: العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة CBT-TF، العلاج بالتعرض المطول PE، أو العلاج الدوائي. وقد تمت مناقشة هذه البدائل مع المستفيد. يحق للمستفيد رفض العلاج بـ EMDR أو اختيار بديل آخر في أي وقت.

سادساً: الموافقة.
أقر أنا الموقع/الموقعة أدناه بأنني:
1. قرأت هذا العقد كاملاً وفهمت جميع بنوده بلغة واضحة، وأتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشتها.
2. أوافق طواعية وبكامل إرادتي على الخضوع للعلاج بتقنية EMDR.
3. أدرك أنه يمكنني سحب موافقتي وإيقاف العلاج في أي وقت دون أن يؤثر ذلك على حقي في تلقي خدمات أخرى.
4. أوافق على تسجيل الجلسة صوتياً/مرئياً لغرض الإشراف العلمي فقط: [] نعم [] لا

توقيع المستفيد: التاريخ:/...../2026م
توقيع ولي الأمر (للقاصرين): التاريخ:/...../2026م

توقيع المعالج :
محمد الطيب غرابية
التاريخ:/...../2026م

ملاحظة: تحر هذا العقد من نسختين أصليتين، تسلم نسخة للمستفيد وتحفظ نسخة في ملف العيادة.

الملحق رقم : (6) أنواع الاعراض الصدمية

استبيان انواع الاعراض الصدمية

اعداد وترجمة د/ هدى محمود

الاسم :

التاريخ :

الهدف : تحديد اعراض الصدمة التي لديك ومن المهم التركيز على أساس الاعراض

التعليمات : ضع علامة (√) امام الاعراض التي تنطبق عليك

المجموعة الأولى من الاعراض الشعور بالقلق او القلق المستمر	ضع علامة (√) امام الاعراض التي تنطبق عليك
غالبا ما اواجه صعوبة في النوم او الاستمرار في النوم	
اشعر بالغضب و الاستثارة بشكل منتظم	
اشعر بالقلق معظم الوقت	
أقوم بفحص البيئة من حولي بحثا عن التهديدات	
اشعر بالاستثارة بسهولة مثال حدوث ضوضاء بشكل مفاجئ	
المجموعة ٢ اعراض التجنب	
أحاول تجنب الأفكار او المشاعر او الكلام الذي يذكرني بالحدث الصادم	
أحاول تجنب الأشخاص او الأماكن او المواقف التي تذكرني بالحدث الصادم	
لا يمكنني تذكر جوانب مهمة من الحدث الصادم حتى لو حاولت ذلك	
اشعر بضعف الاهتمام بالاشياء التي كنت استمتع بها قبل الحدث الصادم	
اشعر بالبعد وعدم الاتصال بالآخرين	
لدى مشكلة في الإحساس بالمشاعر مثل الخدر العاطفي	
لا اضع خططاً للمستقبل و اشعر أحيانا ان مستقبلي سينتهي	
المجموعة ٣ مشاعر الاكتئاب والخزي	
اشعر بالحزن و الياس معظم الوقت	
اعانى من البكاء في أوقات كثيرة	
انا غير قادر على النيام بالروتين اليومي مثل الذهاب الى العمل او المدرسة	
أحيانا الوم نفسي على الحدث الصدمي	

	أشعر أحيانا بالذنب على ما فعلته او لم أستطيع فعله اثناء الحدث الصادم
	أعاني فترات من القلق الشديد و التي تبلغ ذروتها ثم تهدأ في خلال بضع دقائق (نوبات هلع) و التي ترتبط بالحدث الصادم
<p>التصحيح : إذا حصل العميل على (٢) من كل مجموعة من الاعراض لمدة تزيد عن شهر مع وجود خلل بالوظائف الاساسية مثل العمل او الدراسة او التواصل مع الاصدقاء مع عدم وجود اى خلل بالوظائف المعرفية او تعاطى المواد المخدرة يتم تشخيص باضطراب كرب ما بعد الصدمة</p>	

الملحق (7): استمارة جمع البيانات

جمع البيانات

أ. التاريخ :

أ. تاريخ اليوم : تاريخ الصدمة : الوقت المنقضي :
 المعالج : الأحرف الأولى من اسم المريض : 1 ذ 2 أ
 رقم الهاتف : البريد الإلكتروني :
 العمر : الحالة الاجتماعية : المستوى التعليمي (السنة الدراسية):
 العمل : 1. عامل : 2. لا يعمل :

ب. نوع التدخل :

1. R-PET أخرى (حدد) :
 الحادثة (الحوادث) المؤلمة الأخيرة :
 *العلاج الطبي. 1. لا 2. نعم (حدد ماهو ومتى) :
 • الإصابة الجسدية . 1. لا 2. نعم (حدد النوع والشدة) :
 • المستوى الوظيفي (مقارنة بالمستوى المعتاد): [منخفض] 3 2 1 [عالي]
 • المتابعة النفسية السابقة 1. نعم 2. لا (حدد) :

ج - تاريخ الصدمات السابقة :

الحدث : تاريخ الحدث (السنة):
 الحدث : تاريخ الحدث (السنة):
 الحدث : تاريخ الحدث (السنة):

د - التحضير: (منخفض) 1 : 5 (ممتاز)

هـ - التقييمات [المنخفضة] 1 : 5 [عالية]: منعدمة محفز : متكلف :

Nicolas Desbiendras Praticien et superviseur EMDR Europe

ترجمه إلى اللغة العربية : غرابية محمد الطبيب

الملحق 8: مقياس PCL-5

مقياس PCL-5

التعليمات: فيما يلي قائمة بالمشكلات التي قد يواجهها الأشخاص أحياناً بعد تجربة تعتبر ضاغطة ، يرجى قراءة كل بند بعناية ووضع دائرة حول الرقم المقابل له في الإشارة إلى كيفية تأثير هذه المشكلة عليك خلال الشهر الماضي.

	دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	لا أبداً	خلال الشهر الماضي ، إلى أي مدى تأثرت بما يلي :
1	4	3	2	1	0	ذكريات متكررة ومؤلمة وغير إرادية بسبب تجربة صادمة ؟
2	4	3	2	1	0	أحلام متكررة ومؤلمة لتجربة صادمة ؟
3	4	3	2	1	0	تشعر فجأة أن التجربة الصادمة حدثت مرة أخرى (كما لو كنت تعيشها مرة أخرى) ؟
4	4	3	2	1	0	أكون مستاء عندما يذكرك شيء ما بتجربة صادمة ؟
5	4	3	2	1	0	رد فعل جسدي عندما يذكرك شيء ما بتجربة صادمة (مثلاً ارتفاع معدل ضربات القلب أو صعوبة التنفس أو التعرق) ؟
6	4	3	2	1	0	تجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر متعلقة بتجربة صادمة ؟
7	4	3	2	1	0	تجنب الأشخاص والأشياء التي تذكرك بالتجربة الصادمة (مثلاً الأشخاص أو الأماكن أو المحادثات أو الأنشطة أو الأشياء أو المواقف) ؟
8	4	3	2	1	0	هل تواجه صعوبة في تذكر عناصر مهمة من تجربة صادمة ؟
9	4	3	2	1	0	لديك معتقدات سلبية عن نفسك أو عن الآخرين أو العالم (مثل وجود مشاعر مثل : أنا سيء ، هناك شيء خاطئ معي ، لا أحد يستحق الثقة ، العالم مكان خطير تماماً) ؟
10	4	3	2	1	0	إلقاء اللوم على نفسك أو على الآخرين لحدوث تجربة صادمة أم ما حدث بعد ذلك ؟
11	4	3	2	1	0	لديك انفعالات سلبية شديدة مثل الخوف والرعب والغضب أو الدونية ؟
12	4	3	2	1	0	فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تحبها ؟
13	4	3	2	1	0	هل تشعر بالانفصال عن الآخرين ؟
14	4	3	2	1	0	مواجهة صعوبة في تجربة الانفعالات و العاطفية (مثلاً كونك غير قادر على الشعور بالفرح أو الحب تجاه أحبائك) ؟
15	4	3	2	1	0	سرعة الانفعال ، أو الغضب ، أو التصرف بعنف ؟
16	4	3	2	1	0	المخاطرة المتهورة أو وجود سلوكيات عرضتني للخطر ؟
17	4	3	2	1	0	أكون منتبه للغاية أم يقطاً أم حذراً ؟
18	4	3	2	1	0	انتفض بسهولة ؟
19	4	3	2	1	0	هل لديك مشكلة في التركيز ؟
20	4	3	2	1	0	هل تواجه صعوبة في النوم أو البقاء نائماً ؟

* PCL-5 سنة (8/14/2013) واؤرس ، ليز ، كوان ، بالموري ، ماركس ، شنور - المركز العالمي لـ PTSD.

ملحق 9: محكمي البروتوكول العلاجي القائم على EMDR

الرقم	اسم المحكم	التخصص	الدرجة العلمية	الوظيفة	الملاحظات
01	غرايبية محمد الطبيب	علم النفس العيادي	ماستر جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أخصائي عيادي ممارس ومدرّب في العلاج بEMDR	مقبول الى حد كبير مع تعديلات طفيفة في الصياغة وضبط المصطلحات
02	هندة بوليفة	علم النفس العيادي	ماستر - جامعة محمد خيضر بسكرة	اخصائية عيادية وممارسة لعلاج EMDR	مقبول مع بعض التعديل انقاص التكرارات وضبط المصطلحات
03	بلدية بن زطة	علم النفس المعرفي	دكتوراء. جامعة محمد بوضياف المسيلة	أستاذة جامعية جامعة المسيلة	مقبول مع إضافة مكان التطبيق
04	كمال مساسط	علم النفس العيادي	ماستر جامعة سكيكدة	أخصائي نفسي ممارس خبرة 10 سنوات	بروتوكول قابل للتطبيق فقط تحفظ على زمن الجلسة لو كانت أقل من 60 د
05	قروط مريم	علم النفس العيادي	ماستر جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	أخصائي نفسي ممارس خبرة 15 سنة	بروتوكول جيد قابل للتطبيق كما هو

مقياس PCL-5 : هو اختبار تقييم ذاتي مكون من 20 عنصراً يقيم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة حسب DSM-5 وله أهداف متعددة :

- تقييم التغير في الأعراض أثناء العلاج وبعده.
- تقييم المرضى لاضطراب ما بعد الصدمة.
- تشخيص تنبؤي لاضطراب ما بعد الصدمة.
- الإجراء القياسي لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة هو مقابلة عيادية منظمة مثل CAPS-5 (مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المعالج من قبل الطبيب) ، عند الحاجة يمكن تطبيق PCL-5 لتوفير تشخيص تنبؤي لاضطراب ما بعد الصدمة.

التطبيق و الحساب :

مقياس PCL-5 : هو إجراء تقييم ذاتي يمكن أن يقوم به المفحوص في غرفة الانتظار قبل الجلسة أو من قبل العينة المشاركة في البحث ، يستغرق من الوقت حوالي 5 إلى 10 دقائق ، يجب أن يقوم المختص بتفسير النتائج.

مقياس PCL-5 يمكن حسابه بعدة طرق :

* يمكن الحصول على أعراض TSPT في DSM-5 عن طريق تجميع الدرجات حسب المعايير، أي المعيار B (البنود من 1 إلى 5)، والمعيار C (البنود من 6 إلى 7)، والمعيار D (البنود من 8 إلى 14، والمعيار E (البنود من 15 إلى 20).

* يمكن إجراء تشخيص تنبؤي لاضطراب ما بعد الصدمة عن طريق علاج كل عنصر ملاحظ = 2 < معتدل > أو أكثر كعرض معتمد، ثم اتباع قاعدة تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5 الذي يتطلب بنداً واحداً على الأقل من العنصر ب (الأسئلة من 1 إلى 5)، وبنداً واحداً من العنصر ج (الأسئلة من 6 إلى 7)، وبندين من العنصر د (الأسئلة من 8 إلى 14)، وبندين من العنصر هـ (الأسئلة من 15 إلى 20).

بحوث الصدق والثبات الأولية كافية لتحديد القيمة الأولية، ولكن هذه المعلومات قد تكون عرضة للتغيير. يبدو أن قيمة PCL-5 البالغة 33 قيمة معقولة في انتظار مزيد من البحث النفسي.

الملحق 9: استمارة تحكيم البروتوكول العلاجي

جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

استمارة تحكيم

بروتوكول علاجي مقترح قائم على تقنية
إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR)
لتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)

السادة الأفاضل المحكمين المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يسعدنا تقديم هذه الاستمارة إليكم بوصفكم خبراء متخصصين في مجال علم النفس العيادي والصحة النفسية، وذلك ضمن متطلبات إعداد رسالة الماجستير المعنونة بـ: «فاعلية بروتوكول علاجي مقترح قائم على تقنية إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة». نرجو التفضل بتقييم هذا البروتوكول العلاجي المقترح من حيث مدى ملاءمته وسلامته العلمية، مع تسجيل ملاحظاتكم وتوصياتكم القيمة.

وتقبلوا فائق التقدير والاحترام،

اعداد الطالبتين : بصديق خديجة / شعوبي نصيرة
اسم المشرف: صالح خشخوش

أولاً: بيانات المحكم

الاسم الكامل:

الدرجة العلمية:

التخصص:

المؤسسة/ الجامعية:

عدد سنوات الخبرة:

تاريخ التحكيم:

ثانياً: نظرة عامة على البروتوكول العلاجي

يتضمن البروتوكول العلاجي المقترح (10) جلسات علاجية منظمة، تستند إلى نموذج المعالجة التكميلية للمعلومات (AIP) وفق البروتوكول القياسي لـ EMDR الذي وضعته فرانسيس شابيرو، مع مراعاة خصائص الحالة وتشخيص TR-5-DSM. يُعَاس مستوى الضائقة والتحسن باستخدام مقاييس: 5-PCL، ووحدات الضيق الذاتية (SUD)، وصلاحية الإدراك (VOC).

ثالثاً: محاور التحكيم

المحور الأول: الأسس النظرية والعلمية للبروتوكول

ملاحظات	بحاجة لحذف	غير مناسب	مناسب مع تعديل	مناسب تماماً	البند
	☐	☐	☐	☐	اتساق البروتوكول مع نموذج AIP (المعالجة التكميلية للمعلومات)
	☐	☐	☐	☐	الاستناد إلى المراحل الثماني القياسية لـ EMDR
	☐	☐	☐	☐	التوافق مع معايير التشخيص TR-5-DSM لاضطراب ما بعد الصدمة
	☐	☐	☐	☐	الاستناد إلى الأدلة العلمية والدراسات المحدثة في المجال
	☐	☐	☐	☐	وضوح المرجعية النظرية وتماسكها في بناء البروتوكول
	☐	☐	☐	☐	مناسبة البروتوكول لتصميم الدراسة

البند	مناسب تماماً	مناسب مع تعديل	غير مناسب	بحاجة لحذف	ملاحظات
(الحالة الواحدة - القياسات المتكررة)					
ملاحظات على المحور الأول:					

المحور الثاني: بنية الجلسات العلاجية وتسلسلها

البند	مناسب تماماً	مناسب مع تعديل	غير مناسب	بحاجة لحذف	ملاحظات
وضوح أهداف كل جلسة من الجلسات العشر	☐	☐	☐	☐	
التسلسل المنطقي والتدرج بين الجلسات	☐	☐	☐	☐	
التوازن الزمني المقترح لكل جلسة	☐	☐	☐	☐	
شمولية مرحلة التاريخ والتخطيط (الجلسات 1-2)	☐	☐	☐	☐	
وضوح مرحلة التثبيت وتطوير الموارد (الجلسة 3)	☐	☐	☐	☐	
ملاءمة مرحلة إزالة الحساسية وإعادة المعالجة (الجلسات 4-7)	☐	☐	☐	☐	
مناسبة مرحلة التقييم (الجلسات 8-9)	☐	☐	☐	☐	
كفاءة جلسة الإنهاء والمتابعة	☐	☐	☐	☐	

					(الجلسة 10)
	☐	☐	☐	☐	التخطيط الجيد لإجراءات الإغلاق في نهاية كل جلسة
ملاحظات على المحور الثاني:					

المحور الثالث: أدوات القياس والتقييم المستخدمة

البند	مناسب تماماً	مناسب مع تعديل	غير مناسب	بحاجة لحذف	ملاحظات
ملاءمة مقياس PCL-5 لقياس أعراض ما بعد الصدمة في هذا السياق	☐	☐	☐	☐	
مناسبة استخدام وحدات الضيق الذاتية (SUD) وتوظيفها	☐	☐	☐	☐	
مناسبة استخدام مقياس صلاحية الإدراك (VOC) وتوظيفه	☐	☐	☐	☐	
التوقيت المناسب لتطبيق أدوات القياس خلال الجلسات	☐	☐	☐	☐	
إمكانية رصد التغيرات بصدق وموثوقية عبر القياسات المتكررة	☐	☐	☐	☐	
الانسجام بين أدوات القياس والمنهجية البحثية المتبعة	☐	☐	☐	☐	
ملاحظات على المحور الثالث:					

المحور الخامس: الاعتبارات الأخلاقية والسلامة الإكلينيكية

البند	مناسب تماماً	مناسب مع تعديل	غير مناسب	بحاجة لحذف	ملاحظات
تضمن إجراءات الموافقة المستنيرة والسرية المهنية	☐	☐	☐	☐	
وضوح إجراءات التعامل مع حالات الأزمات والانتكاس	☐	☐	☐	☐	
مراعاة مبدأ عدم الإيذاء في جميع التدخلات	☐	☐	☐	☐	
مناسبة البروتوكول لمستوى التدريب والكفاءة المهنية المطلوبة	☐	☐	☐	☐	
التنبه على الاستجابات الانفعالية الشديدة وكيفية التعامل معها	☐	☐	☐	☐	
مراعاة حدود الكفاءة المهنية والإحالة عند الضرورة	☐	☐	☐	☐	

ملاحظات على المحور الخامس:

المحور السادس: الملاءمة الثقافية والسياقية

ملاحظات	بجاجة لحذف	غير مناسب	مناسب مع تعديل	مناسب تماماً	البند
	☐	☐	☐	☐	مراعاة الخصوصية الثقافية في التعامل مع الذاكرة الصادمة
	☐	☐	☐	☐	ملاءمة الاستعارات والأمثلة المستخدمة للسياق العربي
	☐	☐	☐	☐	مناسبة البروتوكول للبيئة الأكاديمية والسريية العربية
	☐	☐	☐	☐	مراعاة الجنس والعمر في التدخلات المقترحة
	☐	☐	☐	☐	مدى قابلية البروتوكول للتطبيق في السياق الجزائري/العربي
ملاحظات على المحور السادس:					

رابعاً: الحكم الكلي على البروتوكول

التقدير	الوصف
☐ مقبول	البروتوكول صالح للتطبيق كما هو دون أي تعديلات.
☐ مقبول مع تعديلات طفيفة	البروتوكول جيد بصفة عامة ويحتاج تعديلات بسيطة غير جوهرية.
☐ مقبول مع تعديلات جوهرية	البروتوكول بحاجة إلى مراجعة وتعديلات أساسية قبل التطبيق.
☐ غير مقبول	البروتوكول بحاجة إلى إعادة بناء كاملة.

خامساً: الملاحظات والتوصيات العامة

يرجى تسجيل أي ملاحظات إضافية أو اقتراحات لتحسين البروتوكول:

الملاحظات العامة:

التوصيات المقترحة:

سادساً: توقيع المحكم

الدرجة العلمية:

الاسم:

التاريخ:

التوقيع:

شكراً جزيلاً لتفضلكم بالمشاركة في عملية التحكيم - مساهمتكم العلمية محل تقدير عالٍ

(10) ملاحق جداول الحسابات الإحصائية بصيغة مخرجات R

تعتمد الحسابات على بيانات الحالتين: الحالة أ ثم الحالة ب، مع الحفاظ على ترتيب المقاييس كما ورد في الدراسة PCL-5:، ثم SUD، ثم VOC.

ملحق (1): صيغ الحساب المستخدمة في R

```
# المتغيرات الأساسية
change_SUD <- start_score - end_score
change_VOC <- end_score - start_score
mean_change <- mean(change)
SE_change <- sd(change) / sqrt(n)
RCI <- mean_change / SE_change
CI95 <- mean_change + c(-1, 1) * qt(.975, df = n - 1) * SE_change

# تحليل التباين للقياسات المتكررة المكافئ لاختبار t للعينات المترابطة
paired_t <- t.test(start_score, end_score, paired = TRUE)
F_value <- as.numeric(paired_t$statistic)^2
Cohen_dz <- abs(as.numeric(paired_t$statistic)) / sqrt(n)
eta_p2 <- SS_effect / (SS_effect + SS_error)

# اتجاه السلسلة الزمنية
model <- lm(score ~ session_order)

# الارتباط الذاتي والارتباط الذاتي الجزئي
acf_values <- acf(end_score, plot = FALSE)
pacf_values <- pacf(end_score, plot = FALSE)
confidence_limit <- 1.96 / sqrt(n)
```

ملحق (2): مخرجات R للدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5

```
> pcl <- data.frame(case=c("A","B"), pre=c(35,37), post=c(5,10))
> pcl$decrease <- pcl$pre - pcl$post
> pcl$improvement <- pcl$decrease / pcl$pre * 100
> pcl$RCI <- pcl$decrease / sqrt(4.5)
> pcl
```

جدول ملحق-2 أ: نتائج الدلالة الإكلينيكية لمقياس PCL-5 كما تظهر في R

الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	مقدار الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	القرار الإكلينيكي
الحالة أ	35	5	30	85.71%	14.14	تحسن إكلينيكي موثوق
الحالة ب	37	10	27	72.97%	12.73	تحسن إكلينيكي موثوق

يعرض هذا الجدول الحسابات الإكلينيكية المباشرة قبل/بعد للحالتين، ويُستعمل في الملحق بوصفه مخرجاً جدولياً يمكن إرفاقه في نهاية الدراسة.

```
> pcl_long <- reshape(pcl[, c("case", "pre", "post")], varying=c("pre","post"),
+                      v.names="score", timevar="measure", times=c("pre","post"),
+                      direction="long")
> t.test(pcl$pre, pcl$post, paired = TRUE)
> F_value <- t_value^2
```

جدول ملحق-2 ب: (المؤشر الإحصائي الإجمالي لمقياس PCL-5 للحالتين

مصدر التباين	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
--------------	----	----	----	---	---	----------	----------

القياس: قبلي/بعدي	812.25	1	812.25	361.00	0.033	0.997	13.44
الخطأ	2.25	1	2.25	—	—	—	—

ملحق (3): جدول البيانات الخام المدخلة إلى R

```

> emdr_data <- data.frame(
+   case, scale, session, start_score, end_score, change
+ )
> head(emdr_data)

```

جدول ملحق-3 أ: (البيانات الخام للحالة أ كما أدخلت في R)

الحالة	المقياس	الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	التغير داخل الجلسة
الحالة أ	SUD	3	10	1	9
الحالة أ	SUD	4	9	2	7
الحالة أ	SUD	5	6	1	5
الحالة أ	SUD	6	5	2	3
الحالة أ	SUD	7	0	0	0
الحالة أ	SUD	8	1	0	1
الحالة أ	SUD	9	0	0	0
الحالة أ	SUD	10	0	0	0
الحالة أ	VOC	3	1	7	6
الحالة أ	VOC	4	2	6	4
الحالة أ	VOC	5	1	7	6
الحالة أ	VOC	6	2	6	4
الحالة أ	VOC	7	6	7	1
الحالة أ	VOC	8	7	7	0
الحالة أ	VOC	9	7	7	0
الحالة أ	VOC	10	7	7	0

جدول ملحق-3) ب : (البيانات الخام للحالة ب كما أدخلت في R

التغير داخل الجلسة	نهاية الجلسة	بداية الجلسة	الجلسة	المقياس	الحالة
7	2	9	3	SUD	الحالة ب
7	2	9	4	SUD	الحالة ب
5	1	6	5	SUD	الحالة ب
3	2	5	6	SUD	الحالة ب
1	0	1	7	SUD	الحالة ب
1	0	1	8	SUD	الحالة ب
1	0	1	9	SUD	الحالة ب
1	0	1	10	SUD	الحالة ب
4	5	1	3	VOC	الحالة ب
4	6	2	4	VOC	الحالة ب
5	6	1	5	VOC	الحالة ب
2	6	4	6	VOC	الحالة ب
1	7	6	7	VOC	الحالة ب
0	6	6	8	VOC	الحالة ب
0	6	6	9	VOC	الحالة ب
0	7	7	10	VOC	الحالة ب

ملحق (4): مخرجات R للحالة أ - مقياس SUD

```
" & scale == "SUD")> dat <- subset(emdr_data, case == "
> dat$change <- dat$start_score - dat$end_score
> dat
```

جدول ملحق-(4) أ: القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة أ

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الانخفاض داخل الجلسة
3	10	1	9
4	9	2	7
5	6	1	5
6	5	2	3
7	0	0	0
8	1	0	1
9	0	0	0
10	0	0	0

```
> mean_start <- mean(dat$start_score)
> mean_end <- mean(dat$end_score)
> mean_change <- mean(dat$change)
> RCI <- mean_change / (sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat)))
> CI95 <- mean_change + c(-1, 1) * qt(.975, df=nrow(dat)-1) * sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat))
```

جدول ملحق-(4) ب: الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة أ

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	فاصل الثقة 95%	الدلالة الإكلينيكية
الحالة أ	3.88	0.75	3.12	80.65%	2.51	0.18 إلى 6.07	مقبولة/قوية

```
> t_res <- t.test(dat$start_score, dat$end_score, paired = TRUE)
> F_value <- unname(t_res$statistic)^2
# > يعرض الجدول الآتي تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة
```

جدول ملحق-(4) ج: تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة أ

الوحدة	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
الحالة أ	39.06	1	39.06	6.29	0.040	0.473	0.89
الخطأ	43.44	7	6.21	—	—	—	—

```
> lm_start <- lm(start_score ~ seq_along(session), data = dat)
> lm_end <- lm(end_score ~ seq_along(session), data = dat)
> summary(lm_start)
> summary(lm_end)
```

جدول ملحق-(4) د :اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة أ

اتجاه السلسلة	p	F	R ² المعدل	R ²	R	الثابت	الميل الخطي	السلسلة
انخفاض خطي	أقل من 0.001	45.223	0.863	0.883	0.940	11.107	-1.607	بداية الجلسة
انخفاض خطي	0.042	6.600	0.444	0.524	0.724	1.929	-0.262	نهاية الجلسة

جدول ملحق-(4) هـ :جدول معاملات الانحدار الخطي لنهاية SUD لدى الحالة أ

المعامل	Beta	Pr(> t)	t value	Std. Error	Estimate
(Intercept)	—	0.010	3.746	—	1.929
session_order	-0.724	0.042	-2.569	—	-0.262

أدرجت قيم Estimate و t و p و Beta لإظهار شكل جدول coefficients في R ، بينما حُسب الخطأ المعياري داخليًا ضمن النموذج الخطي.

```
> acf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
> for(k in 1:4) Box.test(dat$end_score, lag=k, type="Ljung-Box")
> pacf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
```

جدول ملحق-(4) و :معاملات الارتباط الذاتي ACF لنهاية SUD لدى الحالة أ

الدالة	p	df	Box-Ljung Q	Std. Error	ACF	Lag
غير دال	0.300	1	1.076	0.331	0.307	1
غير دال	0.326	2	2.240	0.306	0.295	2
غير دال	0.394	3	2.986	0.280	-0.216	3
غير دال	0.176	4	6.333	0.250	-0.409	4

جدول ملحق-(4) ز :معاملات الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية SUD لدى الحالة أ

الدالة	حد الثقة ±	Std. Error	PACF	Lag
غير دال	0.693	0.354	0.307	1
غير دال	0.693	0.354	0.222	2
غير دال	0.693	0.354	-0.412	3
—	0.693	0.354	—	4

حد الثقة التقريبي في هذه السلاسل القصيرة هو $\pm 1.96/\sqrt{8} = \pm 0.693$:

ملحق (5): مخرجات R للحالة أ - مقياس VOC

```

" & scale == "VOC")
dat <- subset(emdr_data, case == "
> dat$change <- dat$end_score - dat$start_score
> dat

```

جدول ملحق-(5) أ: القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة أ

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الارتفاع داخل الجلسة
3	1	7	6
4	2	6	4
5	1	7	6
6	2	6	4
7	6	7	1
8	7	7	0
9	7	7	0
10	7	7	0

```

> mean_start <- mean(dat$start_score)
> mean_end <- mean(dat$end_score)
> mean_change <- mean(dat$change)
> RCI <- mean_change / (sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat)))
> CI95 <- mean_change + c(-1, 1) * qt(.975, df=nrow(dat)-1) * sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat))

```

جدول ملحق-(5) ب: الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة أ

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الارتفاع	نسبة الاقتراب من الحد الأقصى	RCI	فاصل الثقة 95%	الدلالة الإكلينيكية
الحالة أ	4.12	6.75	2.62	91.30%	2.78	4.86 إلى 0.39	تحسن معرفي واضح

```

> t_res <- t.test(dat$start_score, dat$end_score, paired = TRUE)
> F_value <- unname(t_res$statistic)^2
# يعرض الجدول الآتي تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة

```

جدول ملحق-(5) ج: تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة أ

الوحدة	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
الحالة أ	27.56	1	27.56	7.74	0.027	0.525	0.98
الخطأ	24.94	7	3.56	—	—	—	—

```

> lm_start <- lm(start_score ~ seq_along(session), data = dat)
> lm_end <- lm(end_score ~ seq_along(session), data = dat)
> summary(lm_start)
> summary(lm_end)

```

جدول ملحق-(5) د: اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة أ

اتجاه السلسلة	p	F	R ² المعدل	R ²	R	الثابت	الميل الخطي	السلسلة
ارتفاع خطي	0.002	29.086	0.800	0.829	0.910	-0.643	1.060	بداية الجلسة
ارتفاع خطي	0.356	1.000	0.000	0.143	0.378	6.429	0.071	نهاية الجلسة

جدول ملحق-(5) هـ: جدول معاملات الانحدار الخطي لنهاية VOC لدى الحالة أ

المعامل	Beta	Pr(> t)	t value	Std. Error	Estimate
(Intercept)	—	أقل من 0.001	17.823	—	6.429
session_order	0.378	0.356	1.000	—	0.071

أدرجت قيم Estimate و t و p و Beta لإظهار شكل جدول coefficients في R ، بينما حُسب الخطأ المعياري داخليًا ضمن النموذج الخطي.

```
> acf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
> for(k in 1:4) Box.test(dat$end_score, lag=k, type="Ljung-Box")
> pacf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
```

جدول ملحق-(5) و: معاملات الارتباط الذاتي ACF لنهاية VOC لدى الحالة أ

الدالة	p	df	Box-Ljung Q	Std. Error	ACF	Lag
غير دال	0.205	1	1.607	0.331	-0.375	1
غير دال	0.141	2	3.922	0.306	0.417	2
غير دال	0.152	3	5.283	0.280	-0.292	3
غير دال	0.212	4	5.839	0.250	-0.167	4

جدول ملحق-(5) ز: معاملات الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية VOC لدى الحالة أ

الدالة	حد الثقة ±	Std. Error	PACF	Lag
غير دال	0.693	0.354	-0.375	1
غير دال	0.693	0.354	0.321	2
غير دال	0.693	0.354	-0.085	3
—	0.693	0.354	—	4

حد الثقة التقريبي في هذه السلاسل القصيرة هو $\pm 1.96/\sqrt{8} = \pm 0.693$:

ملحق (6): مخرجات R للحالة ب - مقياس SUD

```

" & scale == "SUD")> dat <- subset(emdr_data, case == "
> dat$change <- dat$start_score - dat$end_score
> dat

```

جدول ملحق-(6) أ: القيم الخام لمقياس SUD لدى الحالة ب

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الانخفاض داخل الجلسة
3	9	2	7
4	9	2	7
5	6	1	5
6	5	2	3
7	1	0	1
8	1	0	1
9	1	0	1
10	1	0	1

```

> mean_start <- mean(dat$start_score)
> mean_end <- mean(dat$end_score)
> mean_change <- mean(dat$change)
> RCI <- mean_change / (sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat)))
> CI95 <- mean_change + c(-1, 1) * qt(.975, df=nrow(dat)-1) * sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat))

```

جدول ملحق-(6) ب: الدلالة الإكلينيكية لمقياس SUD لدى الحالة ب

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الانخفاض	نسبة التحسن	RCI	فاصل الثقة 95%	الدلالة الإكلينيكية
الحالة ب	4.12	0.88	3.25	78.79%	3.39	0.98 إلى 5.52	مقبولة/قوية

```

> t_res <- t.test(dat$start_score, dat$end_score, paired = TRUE)
> F_value <- unname(t_res$statistic)^2
# > يعرض الجدول الآتي تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة

```

جدول ملحق-(6) ج: تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس SUD لدى الحالة ب

الوحدة	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
الحالة ب	42.25	1	42.25	11.49	0.012	0.621	1.20
الخطأ	25.75	7	3.68	—	—	—	—

```

> lm_start <- lm(start_score ~ seq_along(session), data = dat)
> lm_end <- lm(end_score ~ seq_along(session), data = dat)
> summary(lm_start)
> summary(lm_end)

```

جدول ملحق-(6) د :اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس SUD لدى الحالة ب

اتجاه السلسلة	p	F	R ² المعدل	R ²	R	الثابت	الميل الخطي	السلسلة
انخفاض خطي	أقل من 0.001	38.859	0.844	0.866	0.931	10.286	-1.369	بداية الجلسة
انخفاض خطي	0.007	16.070	0.683	0.728	0.853	2.429	-0.345	نهاية الجلسة

جدول ملحق-(6) هـ :جدول معاملات الانحدار الخطي لنهاية SUD لدى الحالة ب

المعامل	Beta	Pr(> t)	t value	Std. Error	Estimate
(Intercept)	—	0.001	5.584	—	2.429
session_order	-0.853	0.007	-4.009	—	-0.345

أدرجت قيم Estimate و t و p و Beta لإظهار شكل جدول coefficients في R ، بينما حُسب الخطأ المعياري داخليًا ضمن النموذج الخطي.

```
> acf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
> for(k in 1:4) Box.test(dat$end_score, lag=k, type="Ljung-Box")
> pacf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
```

جدول ملحق-(6) و :معاملات الارتباط الذاتي ACF لنهاية SUD لدى الحالة ب

الدالة	p	df	Box-Ljung Q	Std. Error	ACF	Lag
غير دال	0.160	1	1.977	0.331	0.416	1
غير دال	0.230	2	2.936	0.306	0.268	2
غير دال	0.402	3	2.937	0.280	-0.007	3
غير دال	0.141	4	6.905	0.250	-0.445	4

جدول ملحق-(6) ز :معاملات الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية SUD لدى الحالة ب

الدالة	حد الثقة ±	Std. Error	PACF	Lag
غير دال	0.693	0.354	0.416	1
غير دال	0.693	0.354	0.115	2
غير دال	0.693	0.354	-0.188	3
—	0.693	0.354	—	4

حد الثقة التقريبي في هذه السلاسل القصيرة هو $\pm 1.96/\sqrt{8} = \pm 0.693$:

ملحق (7): مخرجات R للحالة ب - مقياس VOC

```

" & scale == "VOC")
> dat <- subset(emdr_data, case == "
> dat$change <- dat$end_score - dat$start_score
> dat

```

جدول ملحق-(7) أ: القيم الخام لمقياس VOC لدى الحالة ب

الجلسة	بداية الجلسة	نهاية الجلسة	الارتفاع داخل الجلسة
3	1	5	4
4	2	6	4
5	1	6	5
6	4	6	2
7	6	7	1
8	6	6	0
9	6	6	0
10	7	7	0

```

> mean_start <- mean(dat$start_score)
> mean_end <- mean(dat$end_score)
> mean_change <- mean(dat$change)
> RCI <- mean_change / (sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat)))
> CI95 <- mean_change + c(-1, 1) * qt(.975, df=nrow(dat)-1) * sd(dat$change) / sqrt(nrow(dat))

```

جدول ملحق-(7) ب: الدلالة الإكلينيكية لمقياس VOC لدى الحالة ب

الوحدة	متوسط البداية	متوسط النهاية	متوسط الارتفاع	نسبة الاقتراب من الحد الأقصى	RCI	فاصل الثقة 95%	الدلالة الإكلينيكية
الحالة ب	4.12	6.12	2.00	69.57%	2.73	0.27 إلى 3.73	تحسن معرفي واضح

```

> t_res <- t.test(dat$start_score, dat$end_score, paired = TRUE)
> F_value <- unname(t_res$statistic)^2
# يعرض الجدول الآتي تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة

```

جدول ملحق-(7) ج: تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لمقياس VOC لدى الحالة ب

الوحدة	SS	df	MS	F	p	η^2	Cohen dz
الحالة ب	16.00	1	16.00	7.47	0.029	0.516	0.97
الخطأ	15.00	7	2.14	—	—	—	—

```

> lm_start <- lm(start_score ~ seq_along(session), data = dat)
> lm_end <- lm(end_score ~ seq_along(session), data = dat)
> summary(lm_start)
> summary(lm_end)

```

جدول ملحق-(7) د : اتجاه السلسلة الزمنية لمقياس VOC لدى الحالة ب

اتجاه السلسلة	p	F	R ² المعدل	R ²	R	الثابت	الميل الخطي	السلسلة
ارتفاع خطي	أقل من 0.001	38.925	0.844	0.866	0.931	-0.107	0.940	بداية الجلسة
ارتفاع خطي	0.062	5.233	0.377	0.466	0.683	5.321	0.179	نهاية الجلسة

جدول ملحق-(7) هـ : جدول معاملات الانحدار الخطي لنهاية VOC لدى الحالة ب

المعامل	Beta	Pr(> t)	t value	Std. Error	Estimate
(Intercept)	—	أقل من 0.001	13.499	—	5.321
session_order	0.683	0.062	2.287	—	0.179

أدرجت قيم Estimate و t و p و Beta لإظهار شكل جدول coefficients في R ، بينما حُسب الخطأ المعياري داخليًا ضمن النموذج الخطي.

```
> acf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
> for(k in 1:4) Box.test(dat$end_score, lag=k, type="Ljung-Box")
> pacf(dat$end_score, lag.max = 4, plot = FALSE)
```

جدول ملحق-(7) و : معاملات الارتباط الذاتي ACF لنهاية VOC لدى الحالة ب

الدالة	p	df	Box-Ljung Q	Std. Error	ACF	Lag
غير دال	0.869	1	0.027	0.331	-0.049	1
غير دال	0.967	2	0.067	0.306	-0.054	2
غير دال	0.707	3	1.394	0.280	0.288	3
غير دال	0.389	4	4.126	0.250	-0.370	4

جدول ملحق-(7) ز : معاملات الارتباط الذاتي الجزئي PACF لنهاية VOC لدى الحالة ب

الدالة	حد الثقة ±	Std. Error	PACF	Lag
غير دال	0.693	0.354	-0.049	1
غير دال	0.693	0.354	-0.057	2
غير دال	0.693	0.354	0.284	3
—	0.693	0.354	—	4



جمهورية اللرشاد والإصلاح الجزائرية
المكتب البلدي - التزلة



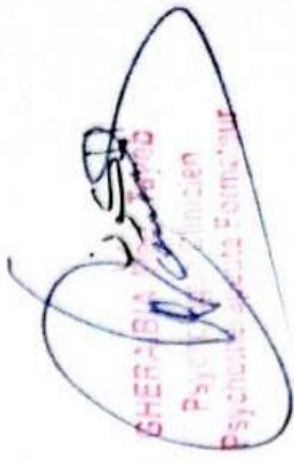
تقررت في : 14 / 04 / 2026

شهادة تكوين

لحن رئيس جمعية الإرشاد والإصلاح - المكتب البلدي التزلة نشهد بأن السيدة :
خليلة بصلديق ، تلقت تكوين تطبيقي في تقنية تخفيف الحساسية وإعادة المعالجة
بخش العينين EMDR Eye Movement Desensitization & Processing
وهذا خلال يومي 13-14 / 04 / 2026 بو لاية تقرت .

المدين

نوعا الحفظ نوادي



شهادة تكمولين

تشهد أكاديمية روافد الدولية للاستشارات و التكوولين :
والتكوولين بأن المتدرب (ة) :

خديجة بصديق

قد شاركت في الدورة التكوينية في علم النفس العيادي تحت عنوان : تقنية
تخفيف التمسس و إعادة المعالجة بحركة العينين EMDR
تأطير الأستاذ غرابية محمد الطيب بتاريخ 29/28 جوان 2025
متمنيا لكم دوام التفوق والنجاح



الأستاذ المكون

GHARABIA Med. Tayeb
Psychologue Clinicien
Psychothérapeute-Coach



تقررت في: 2026/04/14



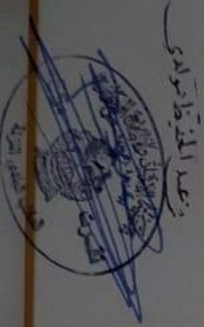
جمعية الإرشاد والإصلاح الجزائرية
المكتب البلدي - النزلة



شهادة تكوين

نحن رئيس جمعية الإرشاد والإصلاح - المكتب البلدي النزلت نشهد بأن السيدة:
فضيلة شعوبي، تلقت تكوين تطبيقي في تقنية تخفيف الحساسية وإعادة المعالجة بخبر
العينين EMDR Eye Movement Desensitization & Processing
وهنا خلال يومي 13-14/04/2026 بولاية تلمسان.

المدين



المكون
GHERABIA Med. Tayeb
Psychologue Clinicien
Psychologue de l'enfance et de l'adolescence