

العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة بين علم النفس الجسدي وعلم الأورام النفسي.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing psychotherapy between psychosomatology and psycho-oncology

عمرأوي نبيل *

جامعة عمار ثليجي الأغواط، na.amraoui@lagh-univ.dz

بوتعني فريد

جامعة أمين العقال الحاج موسى آق أخاموك تامنغست، boutaani.farid@gmail.com

نفيدسة فطيمة

جامعة أمين العقال الحاج موسى آق أخاموك تامنغست، Dr.nfidsa.fatim@gmail.com

تاريخ القبول: 2021/06/29

تاريخ الإرسال: 2021/03/27

ملخص:

تناولت عدة علوم نفسية مرض السرطان وعلى رأسها علم الأورام النفسي، وعلم المناعة النفسية العصبية، لكن تبقى وجهة النظر البسيكوسوماتية رائدة لعدة عقود من الزمن رغم اختلاف تياراتها النظرية، موضحة ارتباطات المرض بين العرض والسبب وعلاقة الجسد بالنفس، ولأن الأبعاد النفسية لمرض السرطان معقدة، متداخلة وعميقة، تعيق حياة الفرد والمحيطين به بل تهدد وجوده كإنسان، كان ولا بد باقتراح علاج تكاملي فعال يجمع بين أهم تقنيات المدارس النفسية ويشمل أكثر الفئات المرضية وعلى الخصوص الضعيفة اقتصاديا، يأخذ بعين الاعتبار خصوصية المرض، المراحل والزمن، فوقع الاختيار الأمثل على العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة لاعتبار منظمة الصحة العالمية بفعاليتها وتفوقه على العلاجات النفسية الحديثة الأخرى كالسلوكية المعرفية في الأثر والمدة.

الكلمات المفتاحية: ببيكوسوماتيك؛ سرطان؛ علاج نفسي بحركات العين؛ علم الأورام النفسي.

Abstract:

Psychologically, several sciences have dealt with cancer, chiefly psycho-oncology and neuropsychological immunology, but the Psychosomatology view remains a pioneer for several decades, despite its different theoretical currents, explaining the links of disease between symptom and cause and the relationship of the body to the soul, and because the psychological dimensions of cancer are complex, They are intertwined and profound, hindering the life of the individual and those around him, and even threatening his existence as a human being. Effective integrative treatment should have been proposed that combines the most important techniques of psychological schools and includes the most disease groups and especially the economically weak, taking into account the specificity of the disease,

stages and time ..., so the optimal choice fell on Eye Movement Desensitization and Reprocessing psychotherapy, the World Health Organization has recognized its effectiveness and superiority over other modern psychological psychotherapy such as cognitive behavioral therapy in effect and duration.

Keywords: Psychosomatology, Cancer; Eye movements psychotherapy; Psycho-oncology.

مقدمة:

ثنائية الجسم والنفس ولعقود طويلة، لطالما كانت محورا للعديد من البحوث والدراسات وأي منهما يؤثر في الآخر، متصلان أم منفصلان، وباختلاف النظرة الأحادية الاتجاه والتأثير، يبدو أنه تكونت قناعة أخيرا بالتأثير المتبادل في الاتجاهين.

ويبدو أن الانفعالات النفسية، كالخوف والغضب والحزن والفرح، هي أعراض نفسية لكنها تظهر في الجسد، بحسب أمزجة الجسد كما يرى ابن سينا، فبعض الأمزجة يتبعه الاستعداد للغضب وبعضها يتبعه الاستعداد للشهوة، أو الجبن والخوف، أو الذعر والرعب...، وتتشارك النفس مع الجسد يسبق أحدهما الآخر في علاقة ثنائية أو معا بالتساوي، ورأي ابن سينا يخالف أفلاطون، الذي يرى الانفعالات حالات نفسية خالصة لا علاقة لها بالجسد (وجهة نظر الروحانيين)، وخالف مادبي العصر الحديث، وعلى رأسهم ويليام جيمس الذي يرى أن حذف الظواهر الجسدية من الانفعال فلا يبقى منه شيء، لكن ابن سينا يرى أن الانفعالات تصدر من النفس والجسم معا، ولا يوجد تعاقب زمني بين الظاهرتين النفسية والفيزيولوجية التي يتكون منهما الانفعال بل هما تحدثان معا. (عرقسوسي وملا عثمان، 1982، ص ص 187، 188) ويعتبر العديد من أمراض القلب، وضيق التنفس كالربو، والأمراض المزمنة كالسكري والسرطان من الأمراض التي تتشارك فيها النفس مع الجسد في السبب والعرض...، وبحسب الرؤية والتفسير تعددت المدارس والاتجاهات، وبالنسبة لمرض السرطان، تعد حديثا المدرسة البريطانية رائدة في دراسة آليات التكيف مع هجمة السرطان ومرحلة العلاجات، مؤسسة بحثها عن العلاقات والارتباطات على النموذج السيكوسوماتي، وفي دراسة العلاقات المتبادلة بين العوامل النفسية وتطورات مرض السرطان اعتمدت ميدان المناعة النفسية العصبية (مرازقة، 2009، ص 28).

ولخصوصية الأمراض النفس-جسمية، وعلى رأسها مرض السرطان، كان يجب التفكير في تكفل علاجي طب-نفسى فعال، ولعل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة (Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) من العلاجات النفسية التي لاقت رواجاً في الوسط العلمي المتخصص للتكفل بمرضى الأورام السرطانية بظهور بروتوكولات خاصة سواء فردية أو جماعية إعلانا عن الموجة الثانية لهذا العلاج النفسي التكاملي، وتحاول الورقة البحثية الحالية من خلال المنهج الوصفي، الكشف عن ذلك بالتعريف بهذا العلاج ومزاياه وفعاليتها على الجسد والنفس لدى مرضى السرطان.

وانطلاقاً مما سبق، نطرح التساؤل الآتي: ما هو البسيكوسوماتيك؟ وكيف يتكفل العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR بمرضى السرطان وفق مقاربة علم الأورام النفسي؟

1. أهمية الدراسة:

تتمحور أهمية هذه الدراسة في ما يلي:

- 1- محاولة وضع أساس نظري لمقاربة نفسية علاجية تكاملية وتكفل نفسي حديث للأفراد المصابين بالأورام السرطانية.
- 2- لفت الانتباه إلى الجانب النفسي وأهميته موازاة بالجانب البدني (الجسد) عند علاج ورعاية مرضى السرطان.
- 3- اقتصاد فعال للجهد، الوقت والمال في التدخل النفسي العلاجي وتكفل نفسي شامل لجميع المستويات الاقتصادية لمرضى السرطان.

2. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- 1- توضيح الإطار النظري للعلاج النفسي بحركات خفض الحساسة بحركات العين وإعادة المعالجة وبروتوكولاته الفردية والجماعية لمرضى الأورام السرطانية.
- 2- الكشف عن تكامل وملازمة العلاج النفسي العلاجات الطبية العلاجية لمرضى الأورام السرطانية.
- 3- التعرف على المرحلة في مرض السرطان وكيفية تناوله وفق المقاربة الحديثة لعلم الأورام في إطار العلاج النفسي بحركات خفض الحساسة بحركات العين وإعادة المعالجة مختلفا عن المقاربة القديمة النفس-جسدية.

3. الإطار النظري والمفاهيم:

1.3. تعريف الأمراض البسيكوسوماتية .

في اللغة اليونانية، الكلمة من مقطعين، psyche soma تعني نفس جسد أو جسم، وهي أحد اتجاهات علم النفس الطبي، يركز على دراسة تأثير العوامل السيكولوجية في ظهور الأمراض السوماتية، كالربو وضغط الدم وقرحة المعدة... (بني يونس، 2008، ص 465).

جاء في قاموس علم النفس أن البسيكوسوماتي هي العلاقة بين الظاهرة النفسية السوية أو اللاسوية، والظروف الجسمية للفرد. (الخالدي، 2006، ص 462).

وفي الانسكلوبيديا البريطانية ظل مفهوم البسيكوسوماتية يتضمن علاقة واضحة بين الظاهرة المرضية، كالاستجابة للخوف أو الغضب، وبين التغيرات البنائية أو الوظيفية كسرة ضربات القلب وقرحة المعدة وإصابة المخ... (الخالدي، 2006، ص 462).

(السيكوفسيولوجية) أو (النفسجسدية) هي الأكثر الأمراض بدائية ونكوصا من الناحية قبل اللفظية في التعبير فهو ظهور الأمراض الجسدية كوسيلة لحل الصراع النفسي الدفين في حياة المريض. (عكاشة و عكاشة، 2018، ص 644)

لفظ سيكوسوماتية (بسيكوسوماتية) يعني ازدواجية الجسم عن النفس، وحيث أن النفس جزء من الجسم والمخ، ولذا لا يصح انفصالهما، والاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات عضوية، يلعب فيها العامل الانفعالي دورا مهما وقويا وأساسيا، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإرادي. (عكاشة و عكاشة، 2018، ص 643)

التفسير العلمي للأمراض السيكوسوماتية هو عدم القدرة على التعبير عن الانفعال بالكلمة، وتسمى الاكسيثيميا Alexithymia، ومن ثم يظهر الانفعال في هيئة أمراض جسدية، وكأنما الفرد بدلا من البكاء

بعينيه، فهو يبكي بأحد أعضاء جسمه، مثل: الجلد، المعدة، القولون، القلب... (عكاشة و عكاشة، 2018، ص 650).

وعلم السيكوسوماتيك، يدرس المادة الإجرائية التي تتمثل في التمايز والتكامل بين النفس والجسد... (بني يونس، 2008، ص 465)، وأول من استخدم سيكوسوماتيك علميا عام 1818، هو هينروث (Heinroth)، ليؤكد استقلال النفس عن الجسد، ثم عام 1922 ألغى دوتش (F. Deutsch) الاستقلالية، ثم دلاي (J. Delay)، عام 1946، أدخله إلى فرنسا ليؤكد النظرة الطبية الشمولية... (بني يونس، 2008، ص 466).

أما فابيان ل. روك و د. كوستيلو، فيريا أن مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها. تحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في توازن هييموستازي في الكيمياء الفيزيولوجية للجسم نتيجة لضغط نفسي،... (عطوف، 1987، ص 137).

يشير برادي (Brady) وسانفورد (Sanford) عام 1958، أن الأمراض الناتجة عن أسباب نفسية هي: الربو، الصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم، التهابات الجلد، التهابات الغشاء المخاطي أو القولون، القرحة، أو نزيف معدي داخلي... (عطوف، 1987، ص 138).

ويعرف الاضطراب السيكوسوماتي بأنه "الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية، والتي تأخذ شكل اضطراب عضوي". (الخالدي، 2006، ص 461).

ويبدو أن جل التعاريف السابقة تتفق على أن السيكوسوماتيك بالعربية النفس-جسدي هي استجابة الجسم في صورة أعراض مرضية جسدية سببها نفسي انفعالي...

2.3. أسباب الأمراض البسيكوسوماتية:

تنوعت النظريات المفسرة لأسباب المرض البسيكوسوماتي، واشتهرت منها:

1.2.3. نظرية التحليل النفسي:

فترى (دوتشي) أن الأذى النفسي في الطفولة يتسبب في إصابة عضو نتيجة الحرمان والضغوط فيصبح محل انفعال دائم عصاب العضو، أما (اكسندر) يرى سبب المرض هو صراع سايكو ديناميكي يربط بين عقدة ومرض فعقدة الفراق عن الأم تولد الربو، وعقدة الاتكال تولد قرحة المعدة (عطوف، 1988، ص 53).

وقد كان تطبيق المبادئ التحليلية في المجال النفسجسدي، على يد تلامذة فرويد وشاركو استغلالا لنتائج الحربين العالميتين حين فشل أطباء الأعصاب في علاج الشلل الهستيرى ورعاش المحارب... (بني يونس، 2008، ص ص 475، 476)، فظهرت المدارس العلاجية السيكوسوماتية: التنويم المغناطيسي، المدارس الاسترخائية: طريقة ميتشال (Mitchell)، طريقة كوتي (Coutee)، طريقة جاكوبسون (Jakobson)، طريقة (Training Autogene) أسسها شولتز (Schultz) وعدلها لوث (W Luthe) من دورتين سفلى وعليا، استرخاء تدريجي، طريقة (Sophrologie) أسسها الاسباني كاسيدو (Caceydo) ...، كما ظهرت مدرسة بيار مارتى (Marty)، الذي يعتبر الإنسان وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة، متميزة ومتفردة باليات دفاعية جسمية ونفسية، وتتوطد من خلال علاقة أم طفل، التي تشحنه ليصل إلى أنا فاعلة وجهاز نفسي متوازن وجيد، فنظرية مارتى دينامية تتابع الإنسان خلال مرحل نموه، أثناء صحته وأثناء مرضه عند اختلال توازنه النفسي الجسدي، وغريزتي الحياة والموت

هي معادلة التوازن، وتنظيمه واختلال هذا التنظيم... (بني يونس، 2008، ص 486). كما يرى (أدلر) وهو أيضا من الفريديون أن الشعور بالنقص في عضو معين يقود إلى المرض السيكوسوماتي. (عطوف، 1988، ص 53).

2.2.3. النظرية السلوكية:

كان التعليل السببي لـ (كارل ياسبرز) للمرض النفسجسمي، أنه يظهر على خطوتين: علاقة آلية مكانية: رد فعل يفوق المعتاد كالإسهال والقيء نتيجة انفعال شديد. علاقة اكتسابية بالمنعكسات الشرطية: تكرارا أي على المنعكس الشرطي. (عطوف، 1988، ص 53).

وقد ظهرت مدرسة الأنماط السلوكية: بعد فشل دانبر (Dunbar)، وقد قامت هذه المدرسة التي تقسم الناس إلى نمطين أ و ب حسب فريدمان وروزنمان (Friedman و Rosenman) يرمز لهذين النمطين SCTA و SCTB. (بني يونس، 2008، ص 486).

3.2..3. النظريات الفيزيولوجية:

وحسبها تحدث الأمراض السيكوسوماتية نتيجة لضغط انفعالي، أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر، ضغط متوقف على (الأسلوب) أو (الحل) الذي يستجيب به الفرد لشدائد الحياة ومواقفها، بغض النظر عن إدراكه لها بصورة موضوعية أو غير موضوعية. فإذا لم يتم إخراج الانفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة (فيزيقية أو لفظية) فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل وتعطل الوظائف السوية لبعض الأعضاء. ويلعب الخوف بأنواعه والقلق والغضب والكبت والضغط دور المقص في الأعصاب والأجهزة الداخلية. (عطوف، 1987، ص 139)، وفي كل موقف من الحياة، مظهر من مظاهر الضيق (Stress) يكون ناتجا عن ضغط (Pressure) ويولد قلقا (Anxiety)، والقلق بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي (اللاإرادي) ويصيب المعدة أو القلب أو الرئتين...، التي تتعكس بردود أفعال آلية مؤلمة... (عطوف، 1987، ص 143)، ويعتقد أن انفعالات القلق والمخاوف والضغط، تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية طويلة، تؤدي إلى تحطيم أعضاء الجسم...، والخبرات الانفعالية الطويلة ينتج عنها أعراض فيزيولوجية وتدمير حقيقي لأعضاء الجسم فتظهر الأعراض البسيكوسوماتية... (عطوف، 1987، ص 145) وأهم النظريات الفيزيولوجية المفسرة لأسباب المرض السيكوسوماتي، نذكر:

1. نظرية الجهاز العصبي الذاتي (كانون): فالجسم والنفس وجهاً لعملة واحدة، ونقطة التقائهما هي الدماغ ينظم كل الجسم ومركز العمليات، وأبسط انفعال يرافقه تغيرات عضوية، وينشط الجهاز العصبي الذاتي السمبثاوي والباراسمبثاوي (وتثار الغدد النخامية والكظرية..، ويتدخل هرمون الأدرينالين والنوادرينالين وغيرهما في كل تغير فيزيولوجي...).

2. نظرية التكيف مع الصدمة (سيللي): تمر بمراحل: الصدمة والمواجهة، فيستنفر الجهاز الدموي والأعصاب والغدد الصماء. محاولة التكيف أو الفشل أو الإعياء: مواجهة لكن استمرار الشدة يؤدي إلى الإعياء فتفرز الغدة الكظرية الكورتيزول بكثرة. الفوضى العضوية والمرض النفسجسمي: الخلل الهيموستازي يتحول إلى مرض جسمي ويصاب عضوا معينا... (عطوف، 1988، ص 50، 51).

وتنسب النظريتين (كانون) و(سيللي) إلى المدرسة الفيزيولوجية، على رأسها فيهنر ريبوت موسو (Fechner Ribot Mosso) وواطسون (Watson) ومدرسته السلوكية وبافلوف (Pavlov) ،

وطورت نظرية (سيلي) بإدخال الأثر الرجعي (Bio feed back) للغدة النخامية إلى اكتشاف مورفينات المخ: Enkaphiline Endorphine Dinorphine ... (بني يونس، 2008، ص ص 471-473).

نظرية بريبرام Pribram (مدرسته الفيزيولوجية العصبية) تركز على طريقة عمل الدماغ Holograme فكل خلايا الدماغ تختزن كل المعلومات لكن بدرجات متفاوتة، وأثبت وجهة نظره جون E R Jhon، بتجاربه على القطط، فالأعطال الوظيفية (الشلل، العمى والبكم والصمم الهستيرى) هو تحويل مفاجئ بسبب الرضوض النفسية، للخلايا المسئولة على هذا الحس ولا يتاح للخلايا الأخرى أن تعمل بدلا لها... (بني يونس، 2008، ص ص 473، 474).

وقد علل (كان) الانفعال والمزاج، فحسبه الانفعال يقوم على جهازين: النفسي (يتصل بالمخ جهاز الحركة يطور ما يصل إليه من الأعصاب الحسية) والكيميائي الدموي الهرموني (على أساس المخ، له اثر على: الحساسية النفسية بالزيادة والنقصان، اللذة وعدمها في المحتويات النفسية، السرعة النفسية من كبت واندفاع، حصار وعقد...، الحركة النفسية: معطل، جامد، حديدي، ناعم، لبق...).

أيضا نشير إلى المدارس التجريبية: فقد كان لمورفينات المخ الأثر البالغ في ظهور هذه المدارس، منها العلاج بالموسيقى على أبحاث (Jeffry rody)، استطاع علاج الأمراض النفسجسدية، الوخز بالإبر، الضغط بالأصابع، النظرية القائمة على خصوصيات الصراع (J. reuch) يحدد الشخصية وخصوصية الصراع لتغيير بعض خصائص الشخصية، نظرية التأخر النفسي-الوظيفي (Szasez E Trillat) فالمرض الجسدي سببه الإثارة المزمنة للجهاز العصبي نتيجة الضغط والإرهاق النفسي فالبحث ينصب على المشكلات النفسية المزمنة الدائمة المستمرة... (بني يونس، 2008، ص 486).

وقد أسس ألكسندر (Alexander)، نظرية الأنماط كمدخل ليوفق بين النظريات الفيزيولوجية والتحليل النفسي، بنظرة دينامية أساسها الصراع اللاوعي كالعنائية، التعلق...والآليات الدفاعية المستخدمة، وللصراعات خاصية التأثير في أعضاء معينة) (عطوف، 1988، ص 53).

وللفهم الجيد لسبب الأمراض السيكوسوماتية يجب الإلمام بكل هذه النظريات وأخذها بعين الاعتبار، رغم سيطرت النظريات التحليلية وعلى رأسها نظرية بيار مارتي لمدة من الزمن.

4. الألكسثيميا ومرض السرطان:

1.4. الألكسثيميا Alexithymie:

هو مصطلح يرجع إلى المدرسة الأمريكية بزعامة سيفيوس و نيميا Sifneos et Nemiah (1970) بتقارب مع مفهوم التفكير العملي للمدرسة الباريسية لبيار مارتي Pierre Marty (1963)، وهي كلمة يونانية تتركب من "كلمة" و"مزاج"، تعبر عن الصعوبات في التعبير الشفوي الملاحظ عابدا لدى المرضى الذين يظهرون الأعراض البسيكوسوماتية.

والألكسثيميا أدمجت في وسط المقاييس الشخصية في ميدان البحث السيكوسوماتي حسب رفانيلي، فافا وكول (Rafanelli, Fava et coll, 1995) والذي يعتبر نظام تشخيصي يضاف للنظام التقليدي ICD و DSM، يساعد على وصف دقيق وكامل للمرضى. ويرى جوييس ودوغال (Joyce et Dougall)، أن الألكسثيميا هو ميكانيزم دفاعي للأنا، ينتج عنه نبذ للعواطف، وقد يسهل التكيف أحيانا عند الأشخاص الذين عايشوا تجارب قاسية. أما فورمي وآخرون (2011) فقد صنفت نتائج دراسته على مرضى السرطان، حيث أن تشخيص الألكسثيميا بملاحظة ارتباط سلبي مع الأعراض العقلية، والتي لا تتجاوز

حدود الحصر والانهيال المقاس بقياس HADS، وسجل ارتباط إيجابي بنوعية الحياة، فالنسبة العالية للألكسثيميا اعتبرت بمثابة حماية وأثارت مسألة الضرورة ونوعية التدخل المحتمل لعلم النفس الأورام. ودراسة أخرى قام بها أماني وآخرون (Amani et al, 2006)، حول الألكسثيميا وارتباطها بنشأة السرطان، وكانت نتائجها الخاصة بالألكسثيميا غير متلائمة، وقد وضع الباحث طوداريلو وآخرون ، اختبار على نساء مريضات بسرطان الثدي، تبين سمات الألكسثيميا بكل وضوح، وفي دراستين (1954، 1997) لنفس الباحث، ظهرت نسبة مرتفعة جدا من الألكسثيميا لدى النساء المصابات بسرطان الدماغ مقارنة بالنساء الغير مصابات. وفي دراسات لعلم النفس العيادي وعلم الأورام النفسي مست الوظيفة العصبية المخية لنامياه (Nemiah JC , 1977) اعتبر أن الألكسثيميا، هي إشارة لعدم توظيف متتالي، وهو انتقال متدهور للمعلومات من الجهاز اللمبي إلى الجهاز الفصي الخارجي، وهذا ما يجري أثناء العمليات الذهنية التي تساعد بالخصوص على الترميز والتمثيل الذهني للوضعية. قد يؤدي هذا اللاتوظيف إلى تغيير التركيبة المستقلة للاستجابات الانفعالية.

ولقد أثرى مفهوم الألكسثيميا المناقشة فيما يخص علاقتها بسمات الشخصية المنضبطة أم حالة ثانوية مؤقتة تظهر عند الفرد في وضعية خطر. وأول من اقترح مناقشة الألكسثيميا الأولية والألكسثيميا الثانوية هو فرايبارجر (Freyberger)، عام 1977، فالأولى تعتبر عامل استعداد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بينما الثانية هي عامل واق ضروري يقف عكس مفهوم المرض، كما اقترح تايلر Taylor (1997) فكرة الألكسثيميا كسمة للشخصية المنضبطة تسمى "الألكسثيميا سمة"، بالنسبة لارتباط الألكسثيميا بالمناعة، نجد ارتباط مهم حين يتجسد على شكل نفسي عصبي، هرموني مناعي، فإثارة محور قشرة الكظر والمحور الودي قد يكون هو المسؤول على اضطراب الوظيفة المناعية على المدى المتوسط. بالنسبة لبعض المؤلفين (Cursos et al, 2003) كذلك نظرية انعدام الوظيفة السيتوكينية المرتبطة بتدني الاستجابة المناعية عند الأشخاص الألكسثيين المحتاجين للدعم. (شدمي، 2015، ص ص 67، 72).

2.4. مرض السرطان:

السرطان (cancer) حسب (مالكوم شوارتز، 1988) ورم خبيث ينتج عن تغير (نمو وتكاثر سريع فوضوي وعشوائي) يصيب الخلايا البشرية ويبعدها عن هدفها... (معمرية، 2007، 132). كما عرف السرطان أنه ليس مرضًا بعينه، بل مجموعة من الأمراض التي تختلف اختلافًا كبيرًا في أي تنظيم ممكن تقريبًا - طيبًا ومرضيًا ووراثيًا ووبائيًا، سرعان ما يكتشف المرضى مدى اختلاف أمراض السرطان عند تعرفهم على الخصائص الخاصة للسرطانات من مهنيي الصحة المعنيين بهم ومن المرضى الآخرين الذين يلتقون بهم في العيادات والمستشفيات ومجموعات المساعدة الذاتية وتقارير ومجموعات الإنترنت. (Kreitler, Shulamith, 2019, p. 247).

وهناك المئات من أنواع السرطان، غالبًا ما يتم تسميتها وفقًا للأعضاء أو الأنسجة التي تتشكل فيها وأحيانًا حسب نوع الخلية التي أنشأتها، والمجموعات الخمس الرئيسية للسرطان هي سرطان الدم، الأورام اللحمية، سرطانات الجهاز اللمفاوي، الدماغ والنخاع الشوكي، وتختلف السرطانات في الأعراض الأولية، في طريقة اكتشافها، والطريقة التي يتم بها التشخيص، المراحل، خيارات العلاج، طريقة ودرجة ومواقع الانبثاق، مجمل المرض في رعاية المتابعة وفرص التكرار والبقاء، تتضمن هذه الجوانب الطبية أيضًا اختلافات في الشدة والمراحل والشذوذ الكامن في الخلايا، أيضًا يختلف السرطان في انتشاره، والخلفيات الإثنية، والسكان، والتعرض لعوامل الخطر المختلفة، وإصابة مجموعات محددة (الجنس والعمر)

والبيئات والمناطق الجغرافية، ويتعرف المرضى في الغالب فقط على الخصائص العامة لنوع السرطان الذي تم تشخيصهم به، ويتعلمون تدريجياً فقط في تقدير الاختلافات بين أنواع السرطان والتوقف عن تعميم الحقائق حول مرض السرطان الذي يكتشفونه من مرضى السرطان الآخرين، وهناك اختلافات نفسية كبيرة في تجربة وعلاج أنواع مختلفة من السرطان، تعتمد على نوع السرطان نفسه، بما في ذلك المرحلة والصنف، أيضاً على شخصية المريض ونوع العلاج والبيئة، بما في ذلك الثقافة ونمط الحياة والعوامل العائلية والدعم الذي يحصل عليه المريض، ويعتبر موقفه تجاه المرض محددًا رئيسيًا للتجربة الكلية، إن الإصابة بالسرطان غالباً هي حدث شاق بالنسبة للمريض. ومع ذلك، فبعض المرضى يتركون المرض يغزو كامل حياتهم ويحدث ثورة، معتقدين أن حدوث تغيير كبير في أنفسهم وأسلوب حياتهم هو فقط ما سيمكن من الانتعاش، في حين . يحتفظ الآخرون بمسافة بين أنفسهم والمرض، ولا يدعونه يغزوهم أو يسيطر عليهم، ويغير نمط حياتهم وسلوكهم بأقل قدر ممكن، في انتظار ما كان يمر به العاصفة حتى تصل الأوقات الأكثر هدوءاً. (Kreitler, Shulamith, 2019, p. 247).

ونشير إلى أنه، يتولى علم الأورام النفسي إعداد أدوات القياس النفسي للأبعاد النفسية لمرض السرطان وأثار العلاج النفسي، ومعظم هذه الأدوات هي تقارير ذاتية ويمكن للمرضى إكمالها بأنفسهم، لا يتم تقديم الأدوات التي يديرها الطبيب التي تتطلب التدريب في إدارتها وسجلها لضمان الموثوقية، مثل المقابلة الإكلينيكية المهيكلة للاضطرابات التشخيص الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية DSM والدليل العالمي للاضطرابات النفسية ICD ومقياس تقييم الاكتئاب. (Holland, Jimmie C and al. 2010, p. 119).

5. بروتوكولات العلاج النفسي خفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة للاضطرابات النفسية الجسدية والسرطان:

1.5. بروتوكول EMDR للاضطرابات النفسية والجسدية.

وضعت شابيرو، بروتوكول EMDR للأمراض والاضطرابات الجسدية وعلى رأسها السرطان، وتبرر ذلك، أن البروتوكول جاء للتأكيد على حقيقة أن ضحايا المرض الجسدي يعانون أيضاً من صدمة نفسية، في حين يتم تشخيص الاستجابات، كاضطراب ما بعد الصدمة بسهولة لدى العملاء الذين لديهم معاناة من الاغتصاب أو الإجهاد...، لا يدرك العديد من المعالجون ذلك الاعتداء على نفسية العميل ربما يكون بنفس القدر - أو حتى أكثر شدة - عندما يُنظر إلى الجاني على أنه جسم العميل نفسه.

الآثار النفسية منهكة بسبب الألم والتعب الناجم عن مرض مزمن أو بسبب تأثير كارثي لأمراض كالسرطان أو الإيدز، يجب علاج قلق هؤلاء العملاء، هناك حاجة إلى البحث لتقييم فعالية على حد سواء شدة الأعراض ونوعية أبعاد الحياة بما في ذلك الألم المزمن.

بروتوكول EMDR للعمل مع المرض والاضطرابات الجسدية، كما يلي:

1. إنشاء خطة عمل لتلبية الاحتياجات الحقيقية.
2. تحديد وإعادة معالجة الذكريات ذات الصلة، المواقف الحالية، والمخاوف من التعامل مع المستقبل أ. القيود الشخصية أو المادية.
ب. القضايا الاجتماعية.
ج. الخبرات الطبية.
3. تشغيل "شريط فيديو" للسنوات 1 إلى 5 القادمة.

4. استخدام التخيل من نوع Simonton مع الأسس المعرفية المناسبة.

5. تحديد الإدراك الإيجابي المناسب.

6. ربط الصورة والإدراك الإيجابي.

7. تعيين الواجبات المنزلية مع إجراء الاستخدام الذاتي.

8. استخدام إجراءات السجل والرعاية الذاتية.

يعالج هذا البروتوكول العوامل النفسية والجسدية ذات الصلة بالشكاوى الجسدية. ومع ذلك، لا ينبغي أن يكون بديلاً عن رعاية طبية مناسبة ولكن مساعد لها. على الرغم من أن البروتوكول في سياق علاج مريض السرطان ، يمكن بسهولة تعديله ليتم تطبيقه على النفسية (وربما الجسدية) يصاحب ذلك أي مرض أو شكاوى جسدية أو اضطراب جسدي.

بالنسبة للعديد من الحالات التي تعاني من شكاوى جسدية، أبعاد المعالجة النفسية، سوف توجه كليا إلى الأعراض الجسدية. عندما تشارك العمليات العضوية أولاً، النفسية يمكن النظر إليها على أنها تقاوم الشروط الجسدية. في حين أن الأعراض الجسدية قد لا تتحول، إلا أن التركيز العيادي هو على تحسين نوعية حياة الشخص. في كثير من الأحيان، فيعيش العميل التوتر النفسي أو تحديد الذات كضحية عاجزة، أو يمكن يكون العامل الأكثر معاشية هو الوهن.

المبدأ الذي أصبح محوريًا في علاج EMDR "ليس ما يحدث لك ولكن كيف تتعامل معه"، ومن الواضح أنه في حالة العجز الدائم، سيقوم العيادي بذلك، كما عليه أن يتعامل مع القضايا المالية، والوظيفية، وتغيير العلاقات، وهكذا لا يقضي EMDR على المخاوف المتعلقة بالقضايا التي ينبغي معالجتها عن طريق التعليم أو العمل فقط بعد ابتكار خطة عمل وتلبية احتياجات العميل الأكثر إلحاحًا، بل على العيادي أن يتعامل مع العواقب النفسية للإعاقة. (SHAPIRO, 2001, pp 235-236).

ومن بين افتراضات العلاج النفسي EMDR أن الصياغة والتكامل بين العواطف والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالذكريات المؤلمة، إذا أعيد معالجتها ب EMDR، يمكن تحفيزها بكفاءة لإعادة تشكيلها وإعادة دمج عناصرها الأكثر إثارة للقلق، سواء المتعلقة بالمرض أو تجارب الحياة المؤلمة الماضية.

واعتمادًا على مرحلة المرض وما يرتبط به التاريخ الشخصي المؤلم، يمكن أن يكون هناك اختلاف لأهداف EMDR في علاج هؤلاء المرضى، كما هي موصوفة في بروتوكول EMDR المحدد لمرضى مع السرطان (فاريتا ، 2014). باختصار، بروتوكول EMDR القياسي يتضمن ثمان مراحل لعلاج الذكريات المعطلة، ويفترض نموذج المعالجة التكميلية للمعلومات TAI أو AIP، أنه "مجمد" في اختلال وظيفي لشبكات الدماغ. في علاج الأورام النفسية، علاج ال EMDR يركز على جميع الاختلالات المرتبطة بالسرطان، بما فيها ذكريات التشخيص وحتى لحظة الموقف العلاجي، وعلى جميع وجهات النظر الثلاثة لحياة المريض: الماضي، الحاضر والمستقبل، مع التركيز على بناء المرونة، تعزيز التنظيم العاطفي، وتقوية مهارات التعامل مع المريض، كما تبين أن لتأثيرات الطفولة، تجارب نفسية ...، مكن لفاليتي والمتعاونين مع الورقة العلمية لعام 1998، من القيام بدراسة رائدة للصحة العامة، وقيل لأول مرة أن هناك علاقة واضحة بين تجارب الطفولة السلبية (ACEs) والسلوك والمخاطر الصحية في مرحلة البلوغ. توصف ACEs كنتيجة للأسرة المختلة، قدرة على خلق الصدمة لدى الطفل، سواء بشكل مباشر (على سبيل المثال، نفسية، جسدية أو الاعتداء الجنسي) وبشكل غير مباشر (مثل الإهمال الشديد والتعرض لتعاطي مواد الوالدين، والأمراض النفسية، عنف الشريك الحميم أو السلوك الإجرامي؛ فاليتي

& أندى ، 2010؛ ليوتي & فرينا ، 2012؛ ليون روث، برونفمان، وبارسونز، 1999). بمجرد أن جاء هذا التقرير، فإن مقارنة الصحة والعلاج النفسي من شأنه أن تكون هي نفسها؛ لم يعد من الممكن تجاهل الصلة بين الأحداث الصادمة وتأثيرها على الصحة. (Faretta & Civilotti, 2016, p 140). وتعد تجارب الطفولة السلبية (ACEs)، لها تأثير كبير على البيولوجيا العصبية في مرحلة الطفولة والنمو، ولها عواقب محتملة مدى الحياة (ريس، 2007). كما يمكن أن تتسبب الصدمة في استمرارها في تغيرات عصبية وهرمونية تعدل هيكلية ووظيفة الدماغ والتي يمكن أن تؤثر على العواطف، السلوكيات والإدراك. نقص داخلي و يمكن أن تزيد الموارد الخارجية من احتمالية الصدمة، هذه النقطة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنظرية التعلق، فنظام التعلق، كما قال بولبي (1988)، تواصل العمل "من المهد إلى اللحد"، ويتم تنشيطه كلما كان الوضع صعباً ومؤلماً، ينشأ عندما تشعر الحالة بالضعف، ويصف التفاعل العلائقي المبكر مع مقدم الرعاية كشرط يمكن بموجبه تطوير فوضى التعلق، في هذا التكوين، تظهر مشاعر والديه معادية بشكل علني، أو عجز يتسبب الطفل في الشعور بالخوف والعجز الجنسي الذي تحدده مفارقة مقدم الرعاية الذي هو في نفس الوقت مصدر خطر بالإضافة إلى الحماية، في هذا التكوين، كما في الصدمة، هناك تزامن ولكن غير متناسق في تفعيل آليات الدفاع ونظام الحجز كما وضحه شور (2000)، العلاقة مع الأم ليست كذلك فقط لتنظيم تأثير الطفل، ولكن أيضاً لتنظيم الإنتاج الهرموني والعصبي الهرموني، يؤثر على أنظمة التنشيط الجيني المتورط في التطور الهيكلي لبعض مناطق الدماغ، على وجه الخصوص، القشرة المدارية قبل الجبهية في النصف الأيمن والجهاز الحوفي، وهو تنظيم حاسم لنمو الطفل الاجتماعي والعاطفي.

وعلاقة الطفولة وتجارب الأمراض الجسدية، ف ACEs عواقب ليست ممثلة فقط بسبب حالات عيادية محددة، كاضطراب إجهاد ما بعد الصدمة المعقدة (c-PTSD)، اضطراب انفصامي، أو اضطراب الشخصية الحدية (ليوتي & فارينا ، 2011) لكنهم يمارسون تأثيرهم على نطاق واسع على مجموعة من الأمراض الجسدية في مرحلة البلوغ، بما في ذلك السرطان (بروان وآخرون، 2010؛ براون، ثاكر، & كوهين، 2013؛ فولر طومسون وبرينينستول، 2009). فالنقطة الحاسمة هي أن HPA يصل المحور إلى أقصى تطوره الأول في 5 سنوات من حياة الطفل (سابولسكي & ميانى ، 1986)، ومن المفهوم إذن أن الأحداث المؤلمة في تلك الفترة ضارة لنمو الطفل، وقد تعكس الآثار طويلة المدى قد تكون لها آثار جينية، تتكون الأخيرة في تغيير دائم للتعبير الجيني في الجهاز العصبي المتعلقة بتنظيم التفاعل مع الضغوطات (مياني & سزيف، 2005). في هذا السياق، فرعاية الوالدين، ونظام التعلق هو عامل وقائي ضد التطور البيولوجي العصبي غير المتكيف (فيشر وجونار، 2012). قد تؤدي أحداث الحياة المبكرة الضائرة، إلى خلل في تنظيم الخلايا ووظيفة المناعة والاستجابات اللاإرادية، كما يؤدي إلى مستويات أعلى من الكورتيزول الناجم عن الإجهاد فتتنشيط محور HPA وما بعده غالباً ما يعمل فرط الكورتيزول الدم في الدم بشكل سلبي آلية رد فعل للسيطرة على جهاز المناعة أو استجابة التهابية نشأت من سلسلة السيتوكينات. يبدو أن هذا التوازن الدقيق جزء من آلية متوازنة، عطل منها يمكن أن يعقبها اضطرابات خطيرة مثل العدوى أو السرطان أو أمراض المناعة الذاتية. لان الدماغ يلعب دوراً مركزياً في هذه الدورة، عوامل مثل العواطف أو الضغوطات النفسية والاجتماعية يمكن أن تكون سلبية التأثير على توازن هذه الآلية (كرونفول & ريميك، 2014). كما ثبت أن التغيرات المناعية المرتبطة بالإجهاد قد جعلت القاتل الطبيعي للسرطان أو الالتهابات الفيروسية أقل قدرة على الرد. وفي عام 2010، افترض

فليتني و أندى أن ACEs لها تأثير مباشر على ظهور السرطان وغيره من الأمراض الشديدة، فالأطفال الذين عانوا من صدمة الأحداث قد تطور لديهم سلوكيات المخاطر الصحية (هوسي، شانغ، & كوتش، 2006) ، الأمراض الجسدية، مثل الإقفارية، أمراض القلب، داء السكري، السرطان المزمن، أمراض الرئة، كسور الهيكل العظمي، أمراض الكبد، اجتماعي كالمشاكل والضعف الاجتماعي والعاطفي القدرات المعرفية (فليتني، 2002؛ فليتني وآخرون، 1998؛ شايبورو، 2014) طوال حياتهم. نوعان من السببية البيولوجية بين ACEs يمكن أن يفترض السرطان: "تأثير مباشر" و "تأثير غير مباشر". ويشمل التأثير المباشر جميع العوامل البيولوجية والتعديلات الناتجة عن إجهاد المرض، ويظهر التأثير غير المباشر كسلوكيات قد تعرض الصحة للخطر (مثل التدخين والسمنة الشديدة والاكنتاب، الاختلاط، محاولات الانتحار، إدمان الكحول أو تعاطي المخدرات؛ أندى وآخرون ، 1999 ؛ براون وآخرون ، 2010 ؛ دلبيار & كيلبي ارفينغ ، 2011 ؛ كيلبي ارفينغ وآخرون، 2013 ؛ موناهان & فورغاش ، 2012؛ شايبورو، 2014). في دراسة حديثة ل كيلبي وفليتني ولاركين - Larkin و Felitti و Anda (2014)، تم التأكيد على أهمية تضمين العلاج النفسي، والنفسي الاجتماعي لمنظور في دراسة خبرة الطفولة السلبية. يبدو أن ACEs تخلق نوعاً من الحلقة المفرغة بين الجوانب النفسية والاجتماعية والصحة البدنية، دائرة تتغذى على نفسها؛ أول يغذي سلبي الثاني ، والثاني الأول، وبالتدرج، زيادة في المعلمات المعنية. (Faretta & Civilotti, 2016, pp 141-142).

وإن تأثير مرض السرطان والعلاجات على نوعية الحياة على المريض وذويه واضح وقي دون شك...، تتضح من خلال ردود فعل المريض على السرطان والعلاجات، العلاقة بين ردود الفعل المختلفة ونوعية الحياة، مقارنة التكاليف والفوائد ذات الصلة بالعلاجات (فإذا كان هناك علاجان يقدمان نفس معدل البقاء على قيد الحياة مثلاً، يجب أن يختار المرء العلاج الذي يوفر أكبر راحة)، شكاوى المريض المسجلة، التي يجب أن تؤثر في مواقف المعالجين وتؤدي إلى فهم أفضل له لتلبية الاحتياجات الكلية... (Guex, 1994, 25-26).

2.5 البروتوكول العلاجي EMDR لمرضى الأورام السرطانية.

إن العلاج النفسي EMDR لمرضى السرطان، يفحص كل مرحلة من مراحل المرض، يساعد في فهم العلاقة بين النفس والجسم، ومهمة EMDR كيف يمكن تصحيح الخلل، وشرح بروتوكول EMDR لمرضى السرطان خطوة بخطوة، بالتفصيل، وموضحة إكلينيكية، ومن خلال تاريخ الحالة هو ما سعى إليه الإيطاليين، توماس بورساتو واليسا فاريستا Elisa Faretta و Thomas Borsato، فالعمل على قضايا السرطان حسبها يعني العمل على الماضي، الحاضر والمستقبل، وحسب مفهوم العلاج النفسي الذي يأخذ بعين الاعتبار الأبعاد التاريخية للمرض، والعمل مع EMDR يعني النظر في خمس مجموعات من العوامل السريرية (شايبورو، 2001، 2014): الذكريات المؤلمة، المتعلقة بالمرض، المشاكل الحالية، المحفزات، والعمل في المستقبل. اعتماداً على مرحلة المرض، وكذلك عن التاريخ الشخصي للمريض من هذا النوع، السياق، قد تتغير أهداف EMDR بشكل كبير. (Faretta & Borsato, 2016, p 163).

تدخل EMDR في علم الأورام النفسي يتم التركيز على الصعوبات الحالية المتعلقة بمختلف مراحل المرض (موراي، 2010؛ شايبورو، 2001). المرتبط بمستوى الشدة، تتطلب كل مرحلة تمريناً خاصاً لإعادة المعالجة، تعزيز مهارات التأقلم وتعزيز الصمود، وهو ضروري لمواجهة المرض.

المرحلة الأولى، أخذ التاريخ وجمع البيانات متطابقة إلى الإجراء القياسي، مع الاهتمام خاصة بمهارات التأقلم العاطفي والقدرة على التنظيم الذاتي، التعرض للتجارب المؤلمة و/أو المقلقة (على سبيل المثال، الأحداث الصادمة السابقة) ، يؤدي إلى ذلك إلى إعادة تجربة الأحداث المتعلقة بالسرطان و/أو الحلقات السابقة، والعوامل الارتباطية ذات مغزى للمريض.

المرحلة الثانية، إجراء تخطيط التدخل مطابق للمعيار، مع إيلاء اهتمام خاص للأمل، السلامة والشبكات الداعمة. تحسين الرعاية الذاتية، تمكين الصمود، ومهارات التأقلم، ضرورة لضمان الامتثال العلاجي وللحفاظ على الشعور بالرفاهية.

المرحلة الثالثة: يختلف اختيار الهدف عن معيار إجراء لأن الأولوية تعطى لأهداف الحاضر و/أو الماضي القريب المتصل مع تجربة المرض (كابزاني وآخرون، 2013). هذا لأنه في سياق الاستشفاء، التدخل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتقدم المرض، والوقت المتاح غالباً محدود إلى 6-10 جلسات. حتى لو كانت ذكريات مؤلمة التي تسبق ظهور السرطان تؤخذ بعين الاعتبار، ومعايير التدخل على الوضع التي يواجهها المريض. بشكل خاص متماسك، ينبغي الانتباه إلى الأحداث المتعلقة بالسرطان، والخبرات، وإدارة المشاكل الحالية، والآثار على سياق المريض وتعلقه الوالدي...

المرحلة الرابعة، إزالة الحساسية وإعادة المعالجة متطابقة إلى الإجراء القياسي، مع اهتمام خاص لجودة التحالف العلاجي: تحديد المعالج كقاعدة آمنة يسمح للمريض لمواجهة العواطف الشديدة التي تأتي على طول العملية.

المرحلة الخامسة، تثبيت الإدراك الإيجابي (PC) Positive Cognition، مطابق للإجراء القياسي.

المرحلة السادسة، مسح الجسم مطابق للإجراء القياسي.

المرحلة السابعة، إغلاق الجلسة، التركيز على " مكان الأمان" مع عدم وجود التحفيز الثنائي (BLS) أو SBA ولكن بدلاً من ذلك، توجيه التخييل للموارد الصحية. إذا كان جلسة غير مكتملة، من المهم بشكل خاص ترك المريض متيناً لدعمه له/ لها، في إدارة الصعوبات.

المرحلة الثامنة، إعادة التقييم متطابقة للإجراء القياسي. اختيار الهدف التالي يتبع نفس المعايير كما في "المرحلة الثالثة". (Faretta & Borsato, 2016, p 164).

حتى لو كانت تجربة مرض السرطان عالية وذاتية، فمن الممكن أن تفصل ثماني خطوات، فيتطلب تحديد مستوى الشدة المتعلقة بكل مرحلة من مراحل المرض، إعادة المعالجة وتجريب تعزيز مهارات التعامل مع المريض. تقدم كل مرحلة من مراحل العلاج الطبي تحديات جديدة على المريض أن يواجهها. يجب أن تأخذ القضايا الخاصة بعين الاعتبار فيما يتعلق بفحص السرطان والتشخيص وتخطيط العلاج والتدخل والعلاجات الإضافية، الغفران، التكرار المحتمل، عملية الموت، أو إعادة تقييم الهوية. الخصوصية العلاجية والتحالف في علم الأورام النفسي مستنير أيضاً.

1. فحص السرطان، (ظهور المرض إلى استجابة إنذار، قلق، ميل إلى تجاهل الأعراض، المعاناة من وصمة وجود مريض، مشاعر الخجل والعيوب التي تؤثر سلباً على الإدراك الذاتي والاجتماعي والتنبؤ، سلوك الإيذاء الذاتي والتضحية بالنفس شائعة، تدخل EMDR التركيز وتعزيز الموارد الشخصية للمريض.

2. تشخيص السرطان وتخطيط العلاج، صعوبة التواصل، صدمة التشخيص، تليها ردود فعل عاطفية حادة، اكتئاب، مشاعر الدمار والتفتت، يأس، رفض وخدر، يعيد المريض تنظيم الخصائص الهيكلية

لمعناه الشخصي: معتقداته، عواطفه، والأنماط السلوكية، إطلاق أحكام، معالج EMDR يستخدم تقنيات مختلفة لتشجيع وتعزيز الموارد، بدءاً من تطوير مكان آمن، العمل على مهارات التأقلم بتحديد داخلي وخارجي لموارد مفيدة لدعم امتثال المريض لإجراءات الفحص والتشخيص وخطّة العلاج ومساعدته لتحقيق حالة نفسية واضحة تؤدي إلى اتخاذ قرارات جيدة. في حالة الجراحة، يجب رفع وعي المريض بشأن أي ممكن، التشوهات اللازمة وكذلك في وضع خطة للشفاء الذاتي النفسي.

3. تدخل السرطان، يميل الاضطراب العاطفي إلى الاستقرار، واستعادة الأمن والشعور بالسيطرة على المرض، يتيح الوعي الجديد بالتعامل مع الآثار الجانبية كمشاعر الكرب والحزن، العزلة، الغضب، إذا أصبحت الجراحة خياراً، تنشأ مخاوف عميقة، لا مفر منها، تزداد الشدة، استجابات حادة فورية، تقييم المريض لموقع الجسم المصمم للخضوع لعملية جراحية سيعطي معنى خاص يشمل قلقاً عميقاً. ألم جسدي وجسم يخضع لتعديلات في الباطن وفي العالم العلني. يمكن للألم والقلق وعدم اليقين أن يتسبب في التهيج والغضب ومشاعر سلبية ساحقة. العلاج يجب أن يشمل استقرار تحويل وتخفيف طور الكرب الحاد، تقليل أو تخفيف التفاعلات الشديدة التي سببها الحدث، استقرار العواطف، واستئناف الأداء التكيفي العام...، كما تتطلب هذه المرحلة تقييم عوامل الحماية الداخلية والخارجية، كالمرونة الشخصية، ووجود شبكة اجتماعية داعمة، قبل المضي في التدخل، يحتاج المعالج إلى إنشاء وتعزيز مكان هادئ وسلمي. تقنية التخيل هذه تعزز عوامل الحماية الموجودة مسبقاً ويساعد على تطوير الأساس وتوجيه الموارد إلى التنظيم العاطفي، قد يوجه المعالج المريض في تذكر قذوة إيجابية تلهم الموارد الداخلية تعزز PC ضد الشعور السائد بالعجز، الاسترخاء و EMDR وتقنيات التنفس مفيدة أيضاً في هذه المرحلة.

4. علاجات إضافية، (العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي والهرمونات)، تسبب التعب الجسدي الشديد، يشعر المرضى كما لو أن أجسادهم ووقتهم لم تعد ملكاً لهم. يمكن لهذه الظروف إحباط عملية العلاج النفسي من حيث الجدولة.

5. الغفران، يمكن أن تؤدي إلى إيقاظ الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم الأصلي، ويعتمد على أسلوب تأقلم كل فرد، لإبطال السلوك وازدهار النمو الشخصي أو المخاوف، والاجترار...، يمكن تطبيق بروتوكول "التحكم في الألم بـ EMDR" نهاية العلاجات المعيارية والتكميلية، يمكن أن تثير مشاعر شديدة التباين: نشوة، خوف وعدم اليقين والندم على نهاية الرعاية الروتينية، وفقدان الاتصال بالرعاية الصحية، يمكن أن تكون مرحلة أكثر طلباً للمساعدة النفسية.

6. احتمال تكرار الإصابة بالسرطان، يمكن فهمه على أنه حدث صادم مع مخاطر عالية للاستجابة للضغط. مشاعر اليأس، وسيكون السرطان مرضاً مزمناً، توقع التكرار بعد الانتعاش يمكن أن يشعر بالخيانة من مصير قاس، عرض ردود فعل الرفض والإنكار والغضب واليأس والعجز، وقد حتى رفض العلاج. فأكثر المرضى يدركون أن التكيف مع التكرار أكثر إشكالية من التكيف مع التشخيص الأولي، ربما تظهر اضطراب نفسي أشد مع خطر أعلى للتأثير على العلاقات مع الشركاء وأفراد الأسرة. يجب على EMDR مراعاة شدة العلاجات الطبية، وتأثيرها على المريض طوال الوقت جميع المراحل. النظر في جديد الصعوبات والظروف، تحتاج الموارد المثبتة سابقاً ليتم تعديلها، وينبغي إضافة موارد جديدة، إذا كان ضروري. نظرة الحزن، الخوف والقلق من المستقبل، نتيجة المرض هو الخوف من تكرار وانتشار الإصابة بالسرطان.

7. الموت. تنشط دورة الحزن، يجب أن يكون لدى المعالج معرفة فسيولوجية محددة وقضايا السلامة، تقليل الأعراض، تخفيف الآلام، المريض يحتاج إلى إدراك المساعدة النشطة والمهنية الفعالة، الاهتمام والدعم، تعزيز الشعور بالانتماء ومعنى الحياة.

8. إعادة تقييم الهوية، فالسرطان هو "عملية تغيير الهوية" (موراي، 2010). لتعزيز إعادة دمج الذات وإعادة تنظيم الحياة العملية/الاجتماعية، من المفيد لفهم أي نوع من "التحالف" للمريض مع مرضه. يجب على معالج EMDR تقييم "الإيجابية" المحتملة العواقب الكامنة في المسائل الحالية، مساعدة المريض على عدم التخلي عن مشاعر الضعف بل بالأحرى النظر إليه كجزء من ثراء داخلي يستدعي إعادة اندماجه في الداخل الأداء النفسي للبالغين.

حالات أخرى إلى جانب المراحل النموذجية المذكورة سابقاً، موراي (2010) و Faretta (2014) يصفان أنواعاً إضافية من السرطان وعوامل الخطر التي يمكن أن تؤدي إلى ردود فعل سلبية. التدخل، من المهم جداً لتأسيس وضمان تحالف قوي وصبور. الثقة في البعد العلاجي، تعريف متبادل الأدوار، ليستعيد المريض ذلك الشعور بالسيطرة. (Faretta & Borsato, 2016, pp 168-173).

3.5 البروتوكول العلاجي الجمعي التكاملي EMDR لمرضى السرطان (EMDR-IGTP).

وضعه باحثين من المكسيك، هم: لورا أفلين غارسيا، لوسيا أرتيغاز، اغناسيو جاريرو وسوزان أوريب للمراهقين، من (13 - 17 عاماً) والكبار الذين يعانون من إجهاد مؤلم ودائم، يتم بجلسة تقييم وبيان فردي، ثم إجراء التاريخ لكل مرشح محتمل عند دخول المجموعة لتحديد ما إذا كانوا كذلك جاهزين وقادرين على تلقي علاج EMDR وفقاً لـ الإجراءات القياسية (شابيرو، 2001). يختلف علاج EMDR-IGTP اختلافاً كبيراً عن العلاج الجماعي التقليدي، ويمكن أيضاً استخدام علاج EMDR في مجموعة للمرضى الذين لديهم نفس النوع الصدمة (مثل الاعتداء الجنسي والعنف الشديد بين الأشخاص)، نفس النوع من الخبرة (كضحايا الكوارث الطبيعية واللاجئين والضحايا الحرب)، أو مع ماض صادم مختلف، ولكن بخصائص مشتركة (كمرض مزمن، مرض خطير، عنف منزلي). بروتوكول علاج EMDR التكاملي الجمعي يوظف المراحل الثماني للمعالجة بـ EMDR الفردية (شابيرو، 2001) أي على جميع مكونات معالجة EMDR الفردية، باستثناء العناصر المرحلة المعرفية 3 و 5، هذه أيضاً معقدة لإدارتها في مجموعة: التثبيت المعرفي في المرحلة 5 من علاج EMDR الفردية يتم استبداله في بروتوكول EMDR-IGTP برؤية الإجراء المستقبلي. (Jarero and al. 2018, pp E32-E33)

المرضى يستخدمون أحد مكونات العلاج الفني (أي الرسومات)، و SBA بأسلوب "عناق الفراشة" (BH) وهي طريقة التحفيز الثنائي ذاتية الإدارة تستخدم لعلاج المواد المؤلمة. (Jarero and al. 2018, p E33)

في المرحلة 4، عند إزالة التحسس: يطلب من المرضى رسم: الصورة أ. يُطلب من المرضى رسم هذه التجربة في المربع أ ثم إعطاء تقييم درجة التحسس (SUD) لهذه الصورة. المعالج يجعل المرضى يفعلون BH ويطلب منهم التوقف عندما يكونون جاهزين (حوالي 2-3 دقائق). صورة B. ثم يطلب المعالج من المرضى تمثيل حالتهم الداخلية في مربع B ، ثم تقييم التحسس جديد لهذه الصورة. ثم يطلب منهم إجراء BH، ويتوقفون عندما يكونون مستعدين (حوالي 2-3 دقائق). الصور C و D. يتم تكرار الإجراء في الصورة B لكل من الصور C و D.

تقييم التحسس في نهاية الجلسة. يطلب المعالج من المرضى مراقبة جميع الرسومات بعناية، ثم الاختيار الذين أزعجهم أكثر، ثم اقلبوا أوراقهم وكتابة وتقييم تحسس جديد تمثل لهم مستوى الاضطراب الحالي.

في المرحلة 5، رؤية المستقبل: صورة رؤية المستقبل. يطلب المعالج من المرضى رسم الطريقة التي يرون بها أنفسهم في المستقبل، إعطاء عنوان لرسمهم بكلمة أو جملة. ثم إجراء BH. في المرحلة 6، مسح الجسم: يطلب المعالج من المرضى تذكر الرسم الأكثر إزعاجًا وملاحظة أحاسيسهم البدنية الممتعة أو غير السارة، ثم إجراء BH.

المرحلة 7، عند الإغلاق، يقوم المرضى بالتمارين الأكثر راحة للشفاء الذاتي ثم يتم إعطاؤهم الفرصة لتبادل تجربتهم في إعادة المعالجة. استشارة أعضاء فريق الحماية العاطفية (EPE)، تجارب إعادة المعالجة هذه، موضحة طبيعيًا، ويجب على الأسئلة، أخيرًا المرحلة 8، إعادة التقييم وتوصيات المتابعة، في نهاية كل جلسة جماعية، يراجع أعضاء EPE مادة كل مريض لتحديد أي منهم يحتاج إلى مساعدة إضافية، في نهاية جميع جلسات المجموعة، يتم تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من العلاج من قبل الفريق. (Jarero and al. 2018, p E34)

في تقييم للبروتوكول الجمعي التكاملي EMDR-IGTP اعتبر أنه بالموجة الثانية للعلاج EMDR، فتقديم العلاجات الجمعية في مختلف الظروف العيادية، هي تدخلات نفسية اجتماعية قابلة للبقاء اقتصاديا على نطاق أوسع في كل مكان. العدد الكبير من الناجين من السرطان الذين يختارون عدم حضور مجموعات الدعم التقليدية خارج قلق قد يكون لديهم صدمة يكشف المزيد الحاجة إلى أنواع بديلة من الدعم تختلف عن تلك المتاحة بالفعل. توفر أيضا المرونة، وتجاوز أي القلق الاجتماعي المحتمل المرتبط بالتحدث في مجموعة، وربما الاستفادة من بعض الفوائد الإيجابية المشتركة لتجربة جماعية، وقد تم تكييف EMDR-IGTP للبالغين والمراهقين للعيش مع "الإجهاد الناجم عن الصدمة المستمرة" ويشار إليها باسم EMDR-IGTP-OTS (جاريرو وآخرون، 2015). دراسة تجريبية لتقييم فعاليتها في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبطة بالسرطان، فأظهرت النساء تحسنا كبيرا في اضطراب ما بعد الصدمة والرفاهية الذاتية، على ثلاثة أيام متتالية مرتين يوميا. (Roberts, 2018 p 107)

وقد تم استخدام EMDR-IGTP بعد الهجمات الإرهابية في بلجيكا، فرنسا، بريطانيا العظمى، تركيا، وفي كارثة مختلفة مناطق في الولايات المتحدة وأوروبا وآسيا، وعلى اللاجئين السوريين في مخيم اللاجئين التركي كشف عن إجهاد ما بعد الصدمة، أعراض الاضطراب التي انخفضت بشكل ملحوظ بعد جلستين (2018). ودراسة ميدانية مع اللاجئين المصابين بصدمات نفسية في ألمانيا أظهر انخفاضا كبيرا في الصدمة والاكتئاب مع بروتوكول EMDR G-TEP بعد اثنين فقط من الجلسات لمدة 90 دقيقة (Roberts, 2018 p 109)

قد يواجه المعالجون حالة زوجين أحدهما مصاب بالسرطان، ولطبيعة العلاقة والمرض، دراسة رائدة أوصت بالمزج بين EMDR مع تقنيات NVC الاتصال اللاعنفى (Rosenberg، 2003) أو علاج تعزيز العلاقة RE (غيرني ، 1987) أن يتعمق وترسيخ علاقة الزوجين، خاصة عندما إنهم يواجهون معركة بالسرطان، دون الإضرار بالعلاقة، بينما يحتاج الآخرون إلى المساعد، بالإضافة إلى المساعدة عليهم التعامل مع الحزن الذي يجلبه هذا المرض، المعالجين يمكن أن يساعد أيضا الأزواج على تقوية وتعميق علاقتهم. (Moore, 2016, p213) ، والأهداف هي خلق جو هادئ بين الزوجين، حل مشاكل

التقديم، تحسين التواصل بين الشركاء، وتعميق العلاقة. فالسرطان إشارة لإمبراطور جميع الأمراض (موخيرجي، 2010)، وتأثيره يمكن أن يكون هائلا على الأسرة، المرض لا يضرب فرد واحد فقط، إنه يمر عبر عائلاتهم مثل موجات حصة سقطت في بركة، في العلاقة الأكثر حميمية للأسرة، الزوجين، المرض يغير ديناميكيات العلاقة في طرق عميقة، آثار هذا الضغط يمكن أن تستمر سلسلة من خرق كامل للشراكة علاقة أوثق وأكثر داعة، هناك العديد من الدراسات حول هذا الموضوع ولكن القليل عنها حول استخدام إزالة التحسس وإعادة معالجة حركة العين (EMDR) (Moore, 2016, p 208)

خاتمة:

اختلفت الاتجاهات النظرية في تفسير المرض النفس-الجسدي (البيكوسوماتيك)، لكن الاتفاق على العلاج الطبي والنفسي هو واجب، وتبين أن العلاج التكاملية ظهر جليا أكثر من ضروري بل إلزامي وخصوصا عندما يكون المرض خطيرا ومهددا للوجود والحياة متداخل ومعقد الأعراض كمرض السرطان، واقتراح بروتوكول نفسي متخصص لكل مرض واضطراب، له من الأهمية ما يجعل إلزامية التفكير بوضع خطة علاجية شاملة وتكاملية، وعلى المستوى النفسي، العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR أثبت فعاليته مع الصدمة، الفلق والاكنتاب التي تشكل المحاور الأساسية للأبعاد النفسية للسرطان.

وأصبح العمل في فريق علاجي متعدد التخصصات (نفس-جسد) لا بد منه للتكفل الفعلي والفعال للاضطرابات النفس-جسدية وخصوصا في ميدان الأورام السرطانية، ويجب أن يمتد إلى المؤسسات الاستشفائية والعمومية على الخصوص لأن الفئات الهشة والمعسرة الاقتصادية المصابة بهذا النوع من المرض في حاجة ملحة للتكفل الطبي والنفسي المستعجل.

بروتوكول العلاج النفسي بخفض الحساسية بحركات العين وإعادة المعالجة EMDR للسرطان، سواء الفردي أو الجماعي، يأخذ بعين الاعتبار كل مرحلة من مراحل المرض وما يرافقها من أحاسيس ومشاعر وأفكار وآليات دفاعية، والظروف الداخلية والخارجية المرض والمريض والبيئة...، كما أن إجراءاته صارمة تتناول النفس (الانفعالات السلبية والايجابية) والجسد (Body scan) مع تقييم ذاتي (-VOC SUD) وتعمل على مجالات الماضي، الحاضر والمستقبل، يحفز الباحث تعميمه في مصالحي علاج الأورام السرطانية، ولأن العيادي يسبق الأكاديمي، فخبرة العيادي تزيد من تراكمية العلم عموما وهذا العلاج خصوصا ويقدم المزيد للتكفل الأمثل بالمريض.

ويبدو أن العلاقة اتضحت بين الجسد والنفس فهي علاقة تبادلية في اتجاهين، وعلى المستوى النفسي العيادي تتضح سببا، عرضا واضطرابا...، وأصبح علم الأورام النفسي اشمل من المقاربة النفس جسدية وأوسع في التكفل النفسي وفي فهم مرض السرطان وتتعدى المريض إلى حالته الاقتصادية، عائلته وتمثلاتها واتجاهاتها... إلى متولي الرعاية من ممرضين وأطباء ونفسانيين...، ويبقى العمل العيادي الميداني مفتوحا وواعدا في فتح وتطوير آفاق جديدة للبحث والدراسة.

المراجع:

بني يونس، محمد محمود. (2008). الأسس الفسيولوجية للسلوك. (ط.1). الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

الخالدي، أديب محمد. (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. (ط.1). الأردن: دار وائل للنشر.

شدمي، رشيدة. واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. (2015). أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان.
عرقسوسي، محمد خير حسن، ملا عثمان، حسن. (1982). *ابن سينا والنفس الإنسانية*. لبنان: مؤسسة الرسالة.

عطوف، محمود ياسين. (1987). *علم النفس العيادي (الإكلينيكي)*. (ط.2). لبنان: دار اعلم للملايين.
عطوف، محمود ياسين. (1988). *الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية)*. (ط.1). لبنان: منشورات يحسون الثقافية.

عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق. (2018). *الطب النفسي المعاصر*. (ط.17). مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.

Faretta, Elisa & Borsato, Thomas. (2016). *EMDR Therapy Protocol for Oncological Patients*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 162- 175.

Faretta, Elisa & Civilotti, Cristina.(2016). *EMDR Therapy in Psycho-Oncology: A Bridge Between Mind and Body*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 10, Number 3, 138- 152.

Guex, Patrice. (1994). *An introduction to psycho-oncology*. USA: Routledge.

Holland, Jimmie C. and al. (2015). *Psycho-Oncology*. (3Ed). USA: Oxford University Press.

Jarero, Ignacio and al. (2018). *Le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe pour les patients atteints de cancer*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 12, Number 1, E31 E40.

Kreitler, Shulamith. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician, The Patient Behind the Disease*. Switzerland: Springer Nature AG.

Roberts, Amanda Karen Patricia. (2018). *The Effects of the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Cancer Survivors*. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 12, Number 3, pp 105-117.

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