الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
الجامعة السورية الخاصة
كلية الطب البشري

الجامعة السورية الخاصة
SYRIAN PRIVATE UNIVERSITY

وعي ومعرفة طلاب الجامعة السورية الخاصة بعلاج إزالة التحسّس وإعادة المعالجة بحركات العين.

Awareness and Knowledge of Syrian Private University Students Regarding Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy

بحث علميٌّ أُعدَّ لِنيل درجة الإجازة في الطب البشري(M.D)

بإشراف الأستاذ الدكتور
يوسف لطيفة

إعداد الطالبين
هيلانه قرياقوس قورياكس
ايلي الياس ابراهيم

العام الدراسي
2025–2026

«طُوبَى لِلإِنْسَانِ الَّذِي يَجِدُ الْحِكْمَةَ، وَلِلرَّجُلِ الَّذِي يَنَالُ الْفَهْمَ»

وساعةٌ لم تكن وقتًا فقط، بل أثرَ أبٍ؛

علامةَ حبٍّ،

تُذكّرني بأن الصبر طريق، وأن الأثر الصادق ... لا يزول.

إلى الذي دعمني بلا حدود، وأعطاني بلا مقابل ...

إلى من علّمني أن الدنيا كفاح، و سلاحها العلم ...

إلى روحٍ انتُزِعت من روحي، واستعجلت الرحيل عنّا قبل أن نُكمل أحلامنا وطريقنا..

لكنّك حاضر في كل ذكرى، وفي كل لحظة نجاح.

راجيةً أن يكون هذا الإنجاز شهادة حبّ،

ونورًا يرافق روحك في ملكوت السماء،

فأنت الأصل، وأنت الدافع، وأنت الحكاية التي لا تنتهي..

بابا قرياقوس متشو قورياكس...

التي كافحت بصمت، وصبرت بقوة،

وحملت دور الأب والأم معًا دون أن تشتكي.

هذا الإنجاز ثمرة تعبك قبل أن يكون ثمرة جهدي،

ولكِ هذا النجاح،

لأنكِ الأساس، والحكاية التي بدأت منها... وما زالت

ماما روزيت عيسى...

كنتم السند في التعب، والرفقة في الطريق.
بوجودكم خفّ الحمل، وبقربكم كان الاستمرار أسهل.
لكم من هذا الإنجاز نصيب، فأنتم جزء منه.

إلى أخوتي إنانا، إليانا، ريموس، قرياقوس، جيرالد..

إلى من كان السبب في بداية هذا الطريق،
ومن لولا دعمه لما بدأت هذه الرحلة أصلًا.
وقفتك الصادقة، وإيمانك بي،
كانا الأساس الذي بنيتُ عليه هذا الإنجاز.
لك مني عميق الشكر والتقدير،
فما يُصنع بالشهامة ... يبقى أثره.

إلى عبدالله ملحم...

دكتورة هيلانا قرياقوس...

إلى أمي...

إلى الدعاء الذي لم ينقطع،

وإلى القلب الذي احتمل تعبي قبل تعبه،

لو كان للنجاح اسمٌ آخر لكان اسمك،

هذا التخرج هو ثمرة حبك وصبرك الذي لا يُقدَّر بثمن.

إلى أبي الغالي...

إلى الأمان حين يضعف قلبي،

وإلى الصوت الذي كان يقول لي دائمًا: أنت قادر،

هذا الإنجاز ما كان ليكتمل لولا ثقتك بي ووقوفك إلى جانبي في كل خطوة.

إلى أخواتي ناتالي، ناريمان، ونور..

إلى أخواتي وروحي الأخرى،

إلى الضحكات التي خفّفت عني،

وإلى القلوب التي شعرت بتعبي دون أن أتكلم،

وجودكن في حياتي نعمة، وهذا النجاح أشاركنّ به من قلبي.

إلى عمي الغالي شحادة...

رغم غيابك عن يوم تخرجي،

إلا أن مكانك حاضر في قلبي وفي هذا الإنجاز،

أهديك هذا النجاح عربون محبة ووفاء،

فالدعم الحقيقي لا تغيب آثاره مهما ابتعدت المسافات

دكتور إيلي ابراهيم...

فهرس المحتويات:

الباب الأول الدراسة النظرية1.....

الفصل الأول: خلفية البحث وأهميته.....2

1.1 أهمية الصحة النفسية في المجتمع الجامعي: فترة حرجة في عمر النمو.....2

1.2 عبء الاضطرابات المرتبطة بالصدمات: ما بعد الصدمة كنموذج مركزي.....3

1.3 ضرورة العلاجات القائمة على الأدلة: المعيار الذهبي للرعاية النفسية.....3

1.4 تقديم EMDR كواحد من العلاجات القائمة على الأدلة: لمحة تمهيدية.....4

1.5 مشكلة الدراسة: الفجوة بين الاعتراف العالمي والواقع المحلي.....4

الفصل الثاني: العلاج بحركة العين وإعادة المعالجة (EMDR): النشأة، النظرية، والتطور.....5

2.1 النشأة التاريخية: من الملاحظة العرضية إلى البروتوكول المنظم.....5

2.2 النظرية الأساسية: نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP).....6

2.3 دور EMDR في إعادة المعالجة: آلية العمل المقترحة.....7

الفصل الثالث: البروتوكول القياسي والهيكل العلاجي في EMDR.....8

3.1 فلسفة البروتوكول: الشمولية والسلامة قبل إعادة المعالجة.....8

3.2 المرحلة الأولى: أخذ التاريخ وصياغة خطة العلاج 9

3.3 المرحلة الثانية: مرحلة التحضير (Preparation).....9

3.4 المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم (Assessment).....10

3.5 المرحلة الرابعة: مرحلة إزالة التحسس (Desensitization).....11

3.6 المرحلة الخامسة: (Installation) مرحلة التركيب 12

3.7 المرحلة السادسة: (Body Scan) فحص الجسم.....13

3.8 المرحلة السابعة: (Closure) مرحلة الإغلاق 13

3.9 المرحلة الثامنة: (Re-evaluation) إعادة التقييم 14

الفصل الرابع: الفعالية العلمية والتطبيقات السريرية لـEMDR 15

4.1 الدعم البحثي: من الجدل إلى الإجماع.....15

4.2 التطبيقات السريرية المتعددة: تجاوز اضطراب ما بعد الصدمة.....15

الفصل الخامس: الدراسات السابقة واستخلاص الفجوة البحثية.....16

5.1 مقدمة: أهمية السياق الدولي والمحلي في رسم خريطة المعرفة.....16

5.2 عرض الدراسات السابقة.....16

5.2.1 المجموعة الأولى: دراسات حول معرفة طلاب الطب والممارسين الصحيين بـ EMDR.....17

5.2.2 المجموعة الثانية: دراسات حول معرفة ممارسين صحيين آخرين والجمهور.....18
5.3 مناقشة مترابطة للدراسات السابقة: أنماط عالمية وفجوات إقليمية.....19
5.4 استخلاص الفجوة البحثية: موقع الدراسة الحالية على الخريطة.....20

الباب الثاني: الدراسة العملية.....22
أهمية الدراسة.....23
أهداف الدراسة.....23
2. الفصل الثاني: مواد وطرائق الدراسة.....23
2.1 تصميم الدراسة والمكان والجمهرة.....23
2.2 تحديد حجم العينة.....23
2.3 أداة المسح.....24
2.4 موثوقية الاستبيان.....24
2.5 جمع البيانات.....24
2.6 الموافقة الأخلاقية.....25
2.7 التحليل الإحصائي.....25

3. الفصل الثالث: النتائج.....25
4. الفصل الرابع: المناقشة.....38
5. الفصل الخامس: القيود والتوصيات.....40
6. الفصل السادس: الخلاصة.....41
الاختصارات.....41
قائمة المراجع.....42
الملاحق.....47

الملخص:

خلفية البحث: يُعتبر علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) تدخلاً نفسياً معترفاً به دولياً وقائماً على الأدلة لعلاج اضطرابات الصدمة والضغوط النفسية. وعلى الرغم من فعاليته المثبتة، يظل مستوى الوعي والفهم العام لهذا العلاج، خاصة في السياقات الثقافية والتعليمية المحددة، غير واضح. هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المعرفة والاتجاهات نحو علاج EMDR بين طلاب الجامعة السورية الخاصة.

المنهجية: أُجريت دراسة مقطعية خلال الفترة من أكتوبر 2025 إلى نوفمبر 2025. تم تجنيد 434 طالباً من مختلف الكليات من الجامعة السورية الخاصة عبر استبيان ذاتي التعبئة باللغة العربية. قيّمت الأداة الخصائص الديموغرافية، والتعرض السابق لـ EMDR، والمعرفة الواقعية، والثقة في مصادر المعلومات، والاتجاهات. تم حساب المعرفة الكلية كنسبة مئوية. حُللت البيانات باستخدام برنامج SPSS الإصدار 26. واستُخدمت الإحصاءات الوصفية، واختبار t للعينات المستقلة، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، مع تحديد الدلالة الإحصائية عند مستوى $p < 0.05$.

النتائج: كان متوسط درجة المعرفة الكلية منخفضاً، حيث بلغ 39.5% (انحراف معياري = 19.3%)، وتراوحت الدرجات من 0% إلى 90.9%. فقط 35.3% من المشاركين سبق لهم السماع عن علاج EMDR، وكان الإنترنت المصدر الأكثر شيوعاً للمعرفة (93.4%). وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية في المعرفة حسب الكلية، حيث سجل طلاب الطب أعلى متوسط (52.1%، $p=0.017$)، وحسب المستوى الدراسي (ازدادت المعرفة مع تقدم السنوات الدراسية، $p=0.028$)، وحسب التاريخ الشخصي مع العلاج النفسي (55.6% مقابل 35.1%، $p=0.001$). أظهر المشاركون قبولاً نظرياً مرتفعاً لفكرة العلاج النفسي (متوسط 3.69 من 5) ولكن مع إدراك قوي لوصمة اجتماعية ضده (متوسط 3.76 من 5). بينما كان الانفتاح على تجربة EMDR إذا أوصى به مختص معتدلاً (3.41)، كان الفضول الشخصي للتعرف عليه منخفضاً (1.93). كانت الثقة أعلى ما تكون في المصادر الأكاديمية والمهنية (مثل الأساتذة الجامعيين، متوسط 3.70) وأدناها في وسائل التواصل الاجتماعي (متوسط 1.32).

الخلاصة: تكشف هذه الدراسة عن وجود فجوة معرفية كبيرة ووعي غير متجانس بعلاج EMDR بين طلاب الجامعات السورية. بينما يوجد قبول نظري، يظل الفهم العميق والانخراط الشخصي محدودين. تؤكد النتائج على الحاجة لمبادرات تعليمية منظمة، خاصة ضمن المناهج الجامعية، لتعزيز الثقافة الصحية النفسية فيما يتعلق بالعلاجات النفسية القائمة على الأدلة مثل EMDR.

الكلمات المفتاحية: الوعي، المعرفة، EMDR، إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين، العلاج النفسي، طلاب الجامعات، سوريا.

Abstract

Background: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy is an internationally recognized, evidence-based intervention for trauma and stress-related disorders. Despite its established efficacy, general awareness and understanding of this treatment, particularly in specific cultural and educational contexts, remain unclear. This study aimed to assess the knowledge and attitudes toward EMDR therapy among students at the Syrian Private University.

Methodology: A cross-sectional study was conducted from October 2025 to November 2025. A total of 434 students from different faculties at Syrian Private Universities were recruited using a self-administered Arabic questionnaire. The instrument assessed demographics, prior exposure to EMDR, factual knowledge, trust in information sources, and attitudes. Knowledge was calculated as an overall percentage score. Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics, independent samples t-tests, and one-way ANOVA were employed, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The overall knowledge score was low, averaging 39.5% (SD=19.3%), with scores ranging from 0% to 90.9%. Only 35.3% of participants had previously heard of EMDR, with the internet being the most common source (93.4%). Significant differences in knowledge were found by faculty, with medical students scoring highest (52.1%, p=0.017), academic level (increasing with seniority, p=0.028), and personal history of psychotherapy (55.6% vs. 35.1%, p=0.001). Participants reported high theoretical acceptance of psychotherapy (mean 3.69/5) but a strong perceived societal stigma (mean 3.76/5). While openness to trying EMDR if recommended was moderate (3.41), personal curiosity to learn about it was low (1.93). Trust was highest in academic/professional sources (e.g., university professors, mean 3.70) and lowest in social media (mean 1.32).

Conclusion: This study reveals a significant knowledge gap and heterogeneous awareness of EMDR therapy among Syrian university students. While theoretical acceptance exists, deep understanding and personal engagement are lacking. The findings highlight the need for structured educational initiatives, particularly within university curricula, to enhance mental health literacy regarding evidence-based psychotherapies like EMDR.

Keywords: Awareness, Knowledge, EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Psychotherapy, University Students, Syria.

الدراسة النظرية

المقدمة النظرية

الفصل الأول: خلفية البحث وأهميته

1.1 أهمية الصحة النفسية في المجتمع الجامعي: فترة حرجة في عمر النمو

لا يمثل الالتحاق بالجامعة مجرد انتقال أكاديمي فحسب، بل هو نقطة تحول تنموية حاسمة في حياة الشباب. فهذه المرحلة، التي تتزامن مع مرحلة البلوغ المبكر (Emerging Adulthood)، تتميز بحدوث تحولات نفسية واجتماعية عميقة، تشمل تطوير الهوية الذاتية، تحقيق الاستقلالية العاطفية والمالية عن الأسرة. هذه المهمات التنموية المعقدة تجري في بيئة جديدة وغريبة غالباً، هي الحرم الجامعي، مما يخلق تحديات تكيفية ضخمة [1, 2].

تؤكد الأدبيات النفسية أن الضغوط المرتبطة بهذه الفترة – مثل الضغط الأكاديمي للتفوق، والتكيف الاجتماعي، والقلق بشأن المستقبل الوظيفي، والمشاكل المالية – يمكن أن تعمل كمحفزات أو عوامل مفاقمة للحالات النفسية الكامنة. وبالتالي، فإن الطلاب الجامعيين ليسوا مجرد شريحة عمرية عادية، بل هم فئة سكانية عالية الخطورة من الناحية الوبائية النفسية. تشير تقديرات عالمية، مثل تلك الصادرة عن مشروع مسوح الصحة النفسية العالمية للطلاب (WHO WMH–ICS)، إلى أن ما يقرب من ثلث الطلاب الجامعيين (35%) يعانون من أعراض نفسية تستدعي التدخل التشخيصي في أي سنة دراسية معينة، مع انتشار ملحوظ لاضطرابات المزاج (كالاكتئاب)، واضطرابات القلق، والاضطرابات المرتبطة بالصدمات [3].

في السياق الاجتماعي–السياسي السوري المعقد، تتفاقم هذه التحديات الطبيعية لمرحلة النمو بعوامل إضافية ساحقة. فقد عاش جيل كامل من الطلاب الحاليين في كنف ظروف صدمة جماعية ممتدة، شملت النزاع المسلح، النزوح، فقدان الأحبة، الانهيار الاقتصادي، وتفكك البنى الاجتماعية الداعمة التقليدية. هذه العوامل لا تضيف ضغوطاً إضافية فحسب، بل قد تغير من التوقعات التنموية الطبيعية نفسها، حيث تصبح أولويات البقاء والأمان هي المحرك الأساسي، على حساب الاستكشاف النفسي والتفكير في المستقبل الذي يميز مرحلة البلوغ المبكر في الظروف المستقرة [4, 5]. لذلك، فإن التركيز على الصحة النفسية للطالب السوري ليس ترفاً، بل هو شرط أساسي لإنجاح العملية التعليمية برمتها، وضمان أن يخرج الطالب ليس فقط بحصيلة علمية، بل وبمرونة نفسية (Resilience) تمكنهم من المساهمة في إعادة بناء مجتمعهم.

1.2 عبء الاضطرابات المرتبطة بالصدمات: ما بعد الصدمة كنموذج مركزي

من بين كل الاضطرابات النفسية، تحتل تلك الناجمة عن الصدمة موقعاً مركزياً في أي نقاش حول الصحة النفسية في مجتمعات الأزمات، وذلك لسببين رئيسيين: طبيعتها المعطلة الشديدة، وارتباطها المباشر بالأحداث الخارجية. يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) النموذج الأشهر لهذه الفئة، حيث يتميز بأعراض تنقسم إلى أربع مجموعات وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5): أعراض إعادة الاختبار (كالذكريات التطفلية والكوابيس)، أعراض التجنب (للذكريات والمحفزات المرتبطة بالصدمة)، أعراض التغيرات السلبية في المزاج والإدراك (كالمشاعر المستمرة بالذنب أو العزلة العاطفية)، وأعراض فرط الاستثارة واليقظة (كسهولة الاستفزاز والتفكير الخطر) [6].

ما يجعل عبء هذا الاضطراب ثقيلاً هو أنه يتعدى المعاناة الذاتية ليعطل مجالات الحياة الأساسية. فأكاديمياً، يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة بضعف التركيز، صعوبات في الذاكرة العاملة، زيادة في التغيب عن المحاضرات، وبالتالي تدني ملحوظ في الأداء الدراسي [7]. اجتماعياً، يؤدي إلى انسحاب من الأنشطة والعلاقات، مما يعزز الشعور بالعزلة. والأهم بالنسبة لطلاب العلوم الصحية، أن هذه الأعراض قد تتقاطع بشكل سلبي مع هويتهم المهنية الناشئة، حيث قد يجدون صعوبة في التعامل مع ضغوط المهنة الطبية المستقبلية إذا كانوا يحملون عبئاً صادماً غير معالج.

تشير الدراسات إلى أن التعرض للصدمات ليس حدثاً نادراً بين طلاب الجامعات حتى في الظروف العادية، حيث قد تنشأ من تجارب التنمر، الحوادث، أو العنف المجتمعي [8]. أما في السياق السوري، فيصبح التعرض للصدمات شبه عالمي (Near-universal) بدرجات متفاوتة، سواء بشكل مباشر (كالتعرض للقصف أو فقدان المنزل) أو غير مباشر (كسماع أخبار مروعة عن الأهل أو متابعة الأحداث عبر وسائل الإعلام بشكل مستمر). هذا يجعل من تقدير الاحتياجات النفسية لهذه الشريحة، وتوفير العلاجات المناسبة لها، قضية ملحة ذات أولوية وطنية.

1.3 ضرورة العلاجات القائمة على الأدلة: المعيار الذهبي للرعاية النفسية

في مواجهة هذا الواقع، يبرز مبدأ الرعاية القائمة على الأدلة (Evidence-Based Practice - EBP) كحجر الزاوية في أي جهد علاجي جاد. هذا المبدأ، الذي انتقل من الميدان الطبي العام إلى العلاج النفسي، يشير إلى تكامل أفضل الأدلة البحثية المتاحة مع الخبرة السريرية للمعالج وقيم ورغبات المريض [9]. إن تبني

علاجات قائمة على الأدلة يعني الانتقال من الممارسة العشوائية أو المعتمدة على التقاليد المهنية فحسب، إلى ممارسة تخضع لمساءلة علمية صارمة حول الفعالية والكفاءة والسلامة.

في مجال علاج اضطراب ما بعد الصدمة والصدمات النفسية، أدى تراكم الأبحاث عبر العقود الماضية إلى توافق واضح بين المنظمات الصحية العالمية الرائدة. فمنظمة الصحة العالمية (WHO)، والجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، والمعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية (NICE) في بريطانيا، جميعها أصدرت إرشادات علاجية تضع عدداً محدوداً من العلاجات النفسية في صدارة الخيارات الموصى بها، بعد أن أثبتت فعاليتها تفوق العلاج الدوائي وحده أو العلاجات الداعمة العامة في العديد من التجارب المضبوطة [10, 11].

1.4 تقديم EMDR كواحد من العلاجات القائمة على الأدلة: لمحة تمهيدية

ضمن هذه القائمة المحدودة من العلاجات "الذهبية" يظهر العلاج بحركة العين وإعادة المعالجة (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR). تم تطوير هذا العلاج في نهاية ثمانينيات القرن الماضي من قبل عالمة النفس الأمريكية الدكتورة فرانسين شابيرو، وقد مثّل منذ ظهوره تحدياً للمفاهيم التقليدية عن كيفية عمل العلاج النفسي، كما شكّل موضوعاً للجدل والبحث المكثف الذي تحول لاحقاً إلى إجماع على فعاليته [12, 13].

يتميز EMDR عن بعض العلاجات الحديثة الأخرى بأنه لا يعتمد على الواجبات المنزلية المكثفة أو المناقشة التفصيلية المطولة للصدمة، مما قد يجعله مقبولاً أكثر لدى بعض المرضى الذين يجدون صعوبة في التحدث عن تفاصيل تجربتهم. بدلاً من ذلك، يستخدم آلية التحفيز الثنائي (Bilateral Stimulation)، وغالباً ما تكون حركات العين، لمساعدة الدماغ على معالجة الذكريات الصادمة بشكل طبيعي. هذا الجانب "الفيزيولوجي" أو "العصبي الحيوي" في العلاج هو ما جعله موضوع اهتمام خاص وأبحاث لمعرفة آلية عمله الدقيقة.

1.5 مشكلة الدراسة: الفجوة بين الاعتراف العالمي والواقع المحلي

رغم هذا الإجماع العلمي العالمي على مكانة EMDR كعلاج من الدرجة الأولى لاضطراب ما بعد الصدمة، ورغم الحاجة الماسة لمثل هذه العلاجات الفعالة في مجتمع يعاني من آثار صدمة جماعية كالمجتمع السوري، إلا أن هناك فجوة هائلة بين هذا الاعتراف وبين واقع الممارسة والمعرفة على الأرض. غالباً ما يكون انتشار

العلاجات النفسية الحديثة والقائمة على الأدلة متفاوتاً بشدة بين الدول، ويتأثر بعوامل متشابكة تشمل: الثقافة السائدة حول الصحة النفسية، توفر المدربين المعتمدين، سياسات التأمين الصحي، محتوى المناهج التعليمية في الكليات الصحية [14].

في هذا الصدد، تبرز شريحة طلاب الجامعات كموضوع بالغ الأهمية للدراسة. هؤلاء الطلاب ليسوا مجرد أفراد يحتاجون للرعاية، بل هم رأس المال البشري والاستثمار المستقبلي للنظام الصحي السوري. مدى معرفتهم واطلاعهم على أحدث ما توصلت إليه العلوم الطبية النفسية من علاجات فعالة سيشكل إلى حد كبير، نوعية الخدمة التي سيقدمونها لمجتمعهم بعد تخرجهم.

الفصل الثاني: العلاج بحركة العين وإعادة المعالجة (EMDR): النشأة، النظرية، والتطور

2.1 النشأة التاريخية: من الملاحظة العَرَضية إلى البروتوكول المنظم

لا يمكن فهم العلاج باختزال حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) دون العودة إلى لحظة الاكتشاف الشخصية التي شكلت منعطفاً في تاريخ علاج الصدمات. في عام 1987، كانت الدكتورة فرانسين شابيرو، وهي طالبة دكتوراه في علم النفس السريري، تجري في إحدى الحدائق. لاحظت، بشكل غير مقصود، أن حركات عينيها السريعة والتلقائية من جانب إلى آخر، أثناء تفكيرها في بعض الذكريات المقلقة، كانت مصحوبة بانخفاض ملحوظ في الحدة العاطفية لتلك الأفكار، بل وحتى تغيير في مضمونها الإدراكي [15]. لم تكن شابيرو تبحث عن اكتشاف علاجي، لكن فضولها العلمي وتحريضها المنهجي قادها لاختبار هذه الملاحظة.

قامت شابيرو بتصميم أول دراسة استكشافية مضبوطة، حيث طلبت من 22 مشاركاً يعانون من ذكريات صادمة، أن يستحضروا هذه الذكريات بينما تقودهم عبر سلسلة من حركات العين المتناوبة (ما يعرف الآن بالتحفيز الثنائي البصري). النتائج التي نشرتها عام 1989 كانت لافتة: أظهرت انخفاضاً ذا دلالة إحصائية في القلق الذاتي المرتبط بالذكرى، وتغيراً إيجابياً في تصورات المشاركين عن أنفسهم فيما يتعلق بالحدث الصادم [16]. كانت هذه الدراسة التأسيسية هي الميلاد الرسمي لما أسمته في البداية "إزالة التحسس بحركة العين" (Eye Movement Desensitization – EMD).

ومع ذلك، كان الطريق من EMD إلى EMDR طويلاً ومليئاً بالتحديات. واجهت شابيرو والنموذج الجديد شكوكاً علمية وانتقادات حادة من المجتمع النفسي التقليدي. كيف يمكن لحركات عين بسيطة أن تؤثر على ذكريات صادمة عميقة الجذور؟ ألم يكن الأمر أقرب إلى الدجل؟ ولكن شابيرو، بدلاً من التمسك بالفكرة الأولية، انخرطت في عملية تطوير وتعديل مستمرة استجابة للانتقادات والتجارب السريرية. خلال عقد التسعينيات، توسع البروتوكول ليشمل المكونات الثمانية الشاملة، وتحول التركيز من مجرد "إزالة التحسس" إلى عملية أوسع هي "إعادة المعالجة"، مما أدى إلى تغيير الاسم إلى EMDR. كما قامت بوضع الإطار النظري الذي يفسر آلية العمل، وهو نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP)، مما نقل العلاج من مستوى التقنية التجريبية إلى مستوى النموذج العلاجي المتكامل القائم على فرضية نظرية قابلة للاختبار [17].

2.2 النظرية الأساسية: نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (AIP)

يشكل نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات (Adaptive Information Processing – AIP) العمود الفقري النظري لعلاج EMDR، ويمثل نقلة نوعية في فهم كيفية تخزين الصدمة وآلية الشفاء منها. يفترض هذا النموذج أن الجهاز العصبي البشري، مثل بقية أجهزة الجسم، مجهز بنظام فطري للشفاء والتكيف. تتمثل وظيفة هذا النظام في معالجة جميع التجارب الحياتية – الإيجابية والصعبة – ودمجها في شبكات الذاكرة بشكل يسمح باستخلاص معنى تكيفي منها، كالتعلم من الخطأ، أو تطوير الحذر الواقعي، أو تعزيز المشاعر الإيجابية [18].

في الظروف العادية، عندما يمر الشخص بتجربة مزعجة، يقوم هذا النظام – خاصة خلال فترات الراحة والنوم، ومرحلة حركة العين السريعة (REM) تحديداً – بمعالجة المكونات العاطفية والإدراكية والحسية للحدث. النتيجة هي أن الذكرى تُختزن في القشرة الدماغية كماضي منتهي، مرتبط بمشاعر مخففة ومعتقدات تكيفية (مثل: "كان الموقف خطيراً، لكنه انتهى وأنا بخير الآن") [19].

ماذا يحدث في لحظة الصدمة؟ وفقاً لنموذج AIP، عندما يكون الحدث مفاجئاً، ساحقاً، ومهدداً للحياة أو للسلامة الجسدية أو النفسية، فإنه قد يتجاوز قدرة نظام المعالجة التكيفي على التعامل الفوري معه. تشبّه شابيرو ذلك باصطدام سيارة يسبب انقطاعاً في تدفق حركة المرور [17]. نتيجة هذا التعطيل، لا تتمكن المعلومات المتعلقة بالصدمة – التي تشكل حزمة متكاملة من الصور البصرية، الأصوات، الروائح، المشاعر (كالخوف الشديد أو الذعر)، الأحاسيس الجسدية (كالرجفة أو ضيق التنفس)، والأفكار السلبية عن الذات (مثل "أنا عاجز") – من

السير في مسار المعالجة الطبيعي. بدلاً من ذلك، تظل هذه الحزمة "متجمدة في الزمن"، أو "عالقة" في حالة عصبية–حيوية غير معالجة، ومعزولة في شبكات ذاكرة منفصلة عن بقية نظام الذاكرة التكيفي [17, 18].

هذا العزل هو أصل الأعراض المرضية. لأن شبكة الذاكرة الصادمة "المتجمدة" تبقى نشطة وحية، وكأنها سجل صوتي معطوب يكرر نفس اللحن. أي محفز في الحاضر (رائحة، صوت، موقف، شعور) يشبه ولو جزئياً عناصر الصدمة الأصلية، يمكنه تنشيط الشبكة المعزولة بالكامل. عند التنشيط، لا يتذكر الفرد الصدمة، بل يعيشها من جديد كتجربة حاضرة مع كل مكوناتها الحسية والعاطفية المخيفة. هذا يفسر ظواهر مثل:

- الفلاشباك (Flashbacks): حيث يغمر الشخص بإحساس واقعي وكامل بالعودة إلى حدث الماضي.
- الكوابيس: كإعادة تمثيل ليلي للصدمة.
- الاستثارة الفسيولوجية الشديدة: كسرعة دقات القلب والتعرق عند تذكر الحدث.
- المعتقدات السلبية المستمرة: التي تظل حية وكأنها حقيقة حالية وليست مرتبطة بماضي منتهي.

2.3 دور EMDR في إعادة المعالجة: آلية العمل المقترحة

لا يحاول EMDR محو الذكرى أو تغيير الأفكار عبر الإقناع المنطقي. بدلاً من ذلك، يعمل وفق نموذج AIP كمُحفز لإعادة تفعيل نظام المعالجة التكيفي الفطري الذي توقف عند نقطة الصدمة. يُعتقد أن عنصر التحفيز الثنائي (Bilateral Stimulation – BLS) – سواءً كان بصرياً (حركات العين)، سمعياً (نقرات متناوبة)، أو حسياً لمسياً (اهتزازات في اليدين) – يلعب دوراً حاسماً في هذه العملية [20].

تشير الفرضيات والأبحاث العصبية–حيوية إلى أن التحفيز الثنائي قد:

1. يخلق حالة عصبية–حيوية مشابهة لمرحلة النوم REM: وهي الحالة التي يحدث فيها معالجة طبيعية للمعلومات العاطفية خلال النوم [19].
2. يقلل من سيطرة اللوزة الدماغية (مركز الخوف): مما يسمح باستدعاء الذكرى في جو من الأمان النسبي والسيطرة.

3. يسهل التواصل بين شبكات الذاكرة: عن طريق تنشيط القشرة قبل الجبهية (مركز التفكير العليا) وتسريع نقل المعلومات بين نصفي الكرة المخية، مما يفتح قنوات اتصال بين الذكرى الصادمة المعزولة في الجهاز الحوفي وشبكات الذاكرة التكيفية والموارد الإيجابية المخزنة في القشرة الدماغية [21].

عندما يطلب المعالج من المريض التركيز على الذكرى الصادمة مع تطبيق التحفيز الثنائي، تبدأ عملية إعادة المعالجة التلقائية (Spontaneous Processing). تظهر المواد المخزنة (الصور، المشاعر، الأفكار) بشكل عفوي وتتحول تدريجياً. الصورة قد تفقد وضوحها أو حدتها، الإحساس الجسدي (كضيق الصدر) قد يختفي أو يتحول، والعاطفة تتحول من الخوف الشديد إلى الهدوء أو الحزن الطبيعي. في الوقت نفسه، تبدأ معتقدات تكيفية جديدة (مثل "لقد نجوت"، "كان بإمكاني فعل المزيد لكني فعلت ما بوسعي"، "أنا في أمان الآن") في الظهور وترتبط تلقائياً بالذكرى [17].

باختصار، يساعد EMDR على إزالة الانسداد العصبي–الحيوي، مما يسمح للذاكرة الصادمة أخيراً بإكمال رحلتها نحو التخزين التكيفي في الماضي. النتيجة ليست النسيان، بل تحويل الذكرى من حدث حي مخيف إلى قصة ماضية يمكن تذكرها دون ضيق منهك.

الفصل الثالث: البروتوكول القياسي والهيكل العلاجي في EMDR

3.1 فلسفة البروتوكول: الشمولية والسلامة قبل إعادة المعالجة

يتميز العلاج بـ EMDR بأنه ليس مجرد "تقنية" تُطبق بمعزل عن السياق السريري، بل هو نموذج علاجي منظم يرتكز على بروتوكول محدد. هذا البروتوكول، المكون من ثماني مراحل، لا يهدف فقط إلى تسهيل إعادة معالجة الذكريات الصادمة، بل يضع في صميمه مبادئ السلامة النفسية للمريض، واستمرارية العلاج، والتكيف مع الحالات الفردية. إن الهيكل الثماني يعكس فهماً عميقاً لتعقيد الصدمة، حيث أن التعامل مع الذكرى المعزولة دون تهيئة الأرضية النفسية المناسبة أو دون متابعة النتائج، قد يكون ضاراً أو غير فعال [22].

يؤكد هذا الهيكل على أن العلاج النفسي الجيد هو عملية وليس حدثاً منفرداً، ويضمن أن يكون المريض شريكاً مدركاً وفاعلاً في رحلة علاجه، وليس مجرد متلقي سلبي لإجراءات تقنية.

3.2 المرحلة الأولى: أخذ التاريخ وصياغة خطة العلاج (Client History and Treatment Planning)

هذه المرحلة هي حجر الأساس التي يُبنى عليها كل ما يليها. هنا، لا يقتصر دور المعالج على معرفة "المشكلة الحالية" فحسب، بل يقوم ببناء خريطة شاملة لتاريخ حياة المريض، مع تركيز خاص على:

- أحداث الحياة السلبية أو الصادمة: بدءاً من الطفولة المبكرة وصولاً للحاضر. الهدف هو تحديد ليس فقط الصدمات الكبرى (Big-T Traumas) كالحوادث أو الاعتداءات، بل أيضاً أحداث الإجهاد الساحقة المستمرة (Small-t traumas) والتي قد تشمل التجارب المؤلمة في المدرسة، العلاقات العائلية المتوترة، أو التنمر المزمن، والتي تساهم في تكوين معتقدات سلبية أساسية عن الذات [22, 23].

- تحديد الأنماط والمعتقدات الأساسية: من خلال ربط الأحداث السابقة، يستطيع المعالج والمريض معاً تحديد المعتقدات السلبية الأساسية التي تشكلت (مثل: "أنا غير آمن"، "أنا عديم القيمة"، "أنا عاجز")، وكيف تسربت هذه المعتقدات إلى مواقف حياتية لاحقة.

- تقييم الموارد والقوى: لا تقتصر الخريطة على الجروح، بل تشمل أيضاً نقاط القوة، العلاقات الداعمة، الهوايات، والنجاحات السابقة للمريض. هذه "الموارد" ستكون أدوات حيوية في مراحل العلاج اللاحقة.

بناءً على هذه الصورة الشاملة، يتم وضع خطة علاجية هرمية تُرتب الذكريات المستهدفة. غالباً ما تتبع الخطة منطقاً زمنياً وتأثيرياً: البدء بـ أقدم الذكريات المؤسسة التي شكلت المعتقد السلبي الأساسي، ثم الانتقال إلى الذكريات الأكثر إثارة في الوقت الحاضر التي تثير الأعراض، وأخيراً العمل على تمارين أو سيناريوهات مستقبلية لتعزيز السلوك التكيفي. هذا التسلسل يضمن أن معالجة ذكرى ما لا تفتح فجأة شبكة من الذكريات غير المُعالجة الأقدم والأكثر إيلاماً دون استعداد المريض [23].

3.3 المرحلة الثانية: مرحلة التحضير (Preparation)

تعد هذه المرحلة الضمانة الأخلاقية والمهنية لسلامة المريض. قبل أن يلمس المريض مواد صعبة، يجب بناء تحالف علاجي قوي قائم على الثقة والشفافية. هنا، يشرح المعالج للمريض نموذج AIP بلغة مبسطة، ويطمئنه

بأن أعراضه ليست علامة ضعف أو "جنون"، بل هي نتيجة طبيعية لذكريات "عالقة" لم تكمل مسار المعالجة الطبيعي في الدماغ [22].

الجزء الأكثر عمقاً في التحضير هو تعليم المريض مهارات التنظيم العاطفي والاستقرار الذاتي. هذه المهارات تمنح المريض إحساساً بالسيطرة والأمان، وتكون بمثابة "طوق نجاة" يستخدمه خلال الجلسات إذا اشتدت المشاعر، أو بين الجلسات للتعامل مع الضيق اليومي. من أهم هذه التقنيات:

- المكان الآمن (Safe/Calm Place): حيث يتخيل المريض، بتوجيه من المعالج، مكاناً يشعره بالراحة والأمان المطلق (مكان حقيقي أو متخيل). ثم يتدرب على الدخول إلى هذا المكان نفسياً وجسدياً، باستخدام تقنية التنفس والتحفيز الثنائي البسيط لتعزيز هذا الشعور وربطه بإشارة داخلية. تصبح هذه التقنية ملاذاً مؤقتاً يمكن اللجوء إليه عند الحاجة [24].

- تقنية الحاوية (Container): لتعليم المريض كيفية فصل نفسه مؤقتاً عن المشاعر أو الذكريات المزعجة التي لا يرغب في التعامل معها في اللحظة الحالية. يتخيل المريض وعاءً أو صندوقاً آمناً ومحصناً يضع فيه هذه المواد مؤقتاً، ليخلق مسافة نفسية تسمح له بالعمل خلال اليوم [24].

- تمارين التنفس العميق (مثل التنفس البطني) وتقنيات التأريض (Grounding) التي تربط الشخص بالحاضر من خلال حواسه (ملاحظة 5 أشياء يراها، 4 يسمعها، 3 يحس بها...).

يستمر العمل في هذه المرحلة حتى يقتنع المعالج بأن المريض قادر على تنظيم مشاعره بشكل كافٍ، ويفهم طبيعة العملية العلاجية، ويثق في قدرته على المرور بها.

3.4 المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم (Assessment)

في هذه المرحلة، يتم تفعيل وتحديد الذكرى المستهدفة المتفق عليها في الخطة، وقياس حالتها قبل بدء المعالجة. يوجه المعالج المريض لاختيار ذكرى واحدة محددة، ثم يساعده في استخراج المكونات الأساسية لها، والتي تشكل معاً "الشيفرة العصبية" الكاملة للذاكرة الصادمة [22]:

1. الصورة (Image): أكثر جزء أو لحظة مزعجة من الذكرى.

2. الاعتقاد السلبي عن الذات (Negative Cognition – NC): الفكرة السلبية عن الذات التي ترتبط بهذه الصورة في الحاضر (مثل: "أنا مذنب" أو "أنا عاجز"). يجب أن تكون هذه الجملة في المضارع وترتبط بالذات.

3. الاعتقاد الإيجابي المرغوب (Positive Cognition – PC): المعتقد الإيجابي الذي يرغب المريض في أن يؤمن به عن نفسه عند تذكر تلك الذكرى في المستقبل (مثل: "أنا فعلت ما بوسعي" أو "أنا قوي الآن"). يجب أن يكون واقعياً وإيجابياً في نفس الوقت.

4. مقياس صحة الاعتقاد الإيجابي (Validity of Cognition – VoC): يقيم المريض مدى إيمانه الحالي بالاعتقاد الإيجابي المرغوب على مقياس من 1 (شعور كاذب تماماً) إلى 7 (شعور صحيح تماماً).

5. العاطفة (Emotion): المشاعر المصاحبة للصورة والاعتقاد السلبي الآن.

6. مقياس الوحدة الذاتية للاضطراب (Subjective Units of Disturbance – SUD): تقييم شدة الاضطراب الآن عند التركيز على الصورة والاعتقاد السلبي، على مقياس من 0 (لا اضطراب) إلى 10 (أقصى اضطراب).

7. الإحساس الجسدي (Physical Sensation): تحديد موقع وأوصاف أي أحاسيس جسدية مرتبطة بالذكرى (مثل ضيق في الصدر، ثقل في المعدة، خدر).

يخلق هذا التقييم خطاً أساسياً (Baseline) دقيقاً لحالة الذكرى، يمكّن من قياس التغير بشكل موضوعي خلال مراحل العلاج اللاحقة.

3.5 المرحلة الرابعة: مرحلة إزالة التحسس (Desensitization)

تمثل هذه المرحلة قلب عملية إعادة المعالجة الفعلية. هنا، لا يقوم المعالج بإعطاء تفسيرات أو تأويلات، بل يكون دوره الأساسي هو تسهيل العملية التلقائية الداخلية للمريض. يطلب المعالج من المريض التركيز بشكل متزامن على: الصورة المزعجة، الاعتقاد السلبي عن الذات، والإحساس الجسدي المرتبط بالذكرى المستهدفة. ثم يبدأ بتطبيق التحفيز الثنائي (Bilateral Stimulation – BLS)، وهو الإجراء المميز لـ [EMDR22].

يكون التحفيز الثنائي عبر إحدى الطرق:

- بصرياً: متابعة حركة إصبع المعالج أو ضوء متحرك بعينين مفتوحتين.
- سمعياً: سماع نقرات أو نغمات متناوبة عبر سماعات.
- حسياً لمسياً: الإحساس باهتزازات خفيفة متناوبة في راحتي اليدين.

بعد كل مجموعة من التحفيز الثنائي (قد تستمر من 25 إلى 50 حركة جانبية)، يوقف المعالج التحفيز ويطرح السؤال المحايد: "ماذا حصل الآن؟" أو "ما الذي يظهر لك؟". هذا السؤال مفتوح ويحفز المريض على مشاركة أي شيء ظهر في وعيه: قد تكون صورة جديدة، فكرة، عاطفة، إحساس جسدي، أو حتى ذكرى مرتبطة أخرى. المبدأ الأساسي هنا هو "التفريغ التلقائي" حيث تظهر المواد من الشبكات الذاكرة المرتبطة بشكل غير موجه [25].

يقوم المعالج بعد ذلك بطلب من المريض التركيز على أحدث مادة ظهرت وتكرار جولة جديدة من التحفيز الثنائي. هذه العملية تتكرر بشكل دوري. مع تقدم الجلسات، تتحول المواد التي تظهر تلقائياً:

- قد تضعف الصورة الأصلية وضوحاً.
- قد تتغير العواطف من الخوف الشديد إلى الحزن، ثم إلى اللامبالاة أو حتى الهدوء.
- قد تظهر ذكريات سابقة مرتبطة، أو أفكار أكثر تكيفاً.

يستمر هذا التسلسل (تركيز –> تحفيز ثنائي –> مشاركة) بشكل تدريجي وتلقائي حتى يعلن المريض أن تقييم الاضطراب SUD انخفض إلى 0 أو 1، مما يعني أن استدعاء الذكرى لم يعد يسبب ضيقاً ملحوظاً. إن قوة هذه المرحلة تكمن في أنها تثق بذكاء النظام العصبي للمريض وقدرته الفطرية على الشفاء، بدلاً من فرض هيكل خارجي على تجربته.

3.6 المرحلة الخامسة: مرحلة التركيب (Installation)

بعد أن خفت الحدة العاطفية للذكرى (= SUD0/1)، يحين وقت تعزيز وترسيخ المعتقد الإيجابي التكيفي الجديد. يعود المعالج مع المريض إلى الاعتقاد الإيجابي المرغوب (PC) الذي حددوه في مرحلة التقييم. يُطلب

من المريض أن يفكر في الذكرى الأصلية، ثم يقيم مدى إيمانه الآن بصحة ذلك الاعتقاد الإيجابي، باستخدام مقياس VoC مرة أخرى [22].

إذا كان التقييم أقل من 7 (مثلاً 5 أو 6)، فهذا يعني أن الاعتقاد الإيجابي لم يترسخ تماماً بعد. في هذه الحالة، يطلب المعالج من المريض التركيز على الذكرى والاعتقاد الإيجابي معاً، ويطبق جولات إضافية من التحفيز الثنائي لـ "تركيب" أو "تثبيت" هذا الاعتقاد ودمجه عضوياً مع الذكرى. الهدف هو رفع VoC إلى 7، مما يعني أن المريض عندما يفكر في تلك الذكرى الآن، يؤمن بشكل كامل وتلقائي بالاعتقاد الإيجابي الجديد (مثل "أنا قادر على المواجهة") بدلاً من السلبي القديم.

3.7 المرحلة السادسة: فحص الجسم (Body Scan)

حتى بعد معالجة الجوانب العاطفية والإدراكية، قد تبقى شحنات أو أحاسيس جسدية خفية مخزنة في الجسم، والتي قد تكون بقايا غير واعية للصدمة. تهتم هذه المرحلة بـ الجانب الجسدي للذاكرة بشكل مباشر. يُطلب من المريض استدعاء الذكرى والاعتقاد الإيجابي المركب، ثم يقوم بإجراء مسح عقلي بطيء ودقيق لجسده من الرأس إلى القدمين، ملاحظاً أي توتر، انزعاج، إحساس غريب، أو "ذبذبة" في أي منطقة [22, 26].

إذا وجد أي إحساس سلبي (مثل دفء مزعج، أو ثقل)، يطلب منه المعالج التركيز على هذا الإحساس المحدد مع تطبيق جولات من التحفيز الثنائي حتى يزول تماماً. إذا كان الإحساس إيجابياً (مثل خفة أو دفء مريح)، فقد يتم تطبيق تحفيز ثنائي لتعزيزه. الهدف من هذه المرحلة هو "تطهير" الذاكرة من أي بقايا جسدية سلبية، والتأكد من أن التكامل قد حدث على مستوى الجسد والعقل معاً، وهو ما يتوافق مع فهم الصدمة كحدث يختزن في "الجسد" كما في العقل.

3.8 المرحلة السابعة: مرحلة الإغلاق (Closure)

يجب إنهاء كل جلسة علاجية، بغض النظر عن مدى اكتمال معالجة الذكرى المستهدفة، بطريقة تضمن استقرار المريض عند مغادرة العيادة. هذه المرحلة هي مسؤولية أخلاقية ومهنية للمعالج. تشمل الإجراءات [22]:

- إعادة المريض إلى حالة من الهدوء، وغالباً ما يتم استخدام تقنية المكان الآمن التي تعلمها سابقاً لتحقيق ذلك.

- شرح طبيعة العملية بأن المعالجة قد تستمر بين الجلسات، وظهور مشاعر أو أحلام أو ذكريات مرتبطة هو أمر طبيعي وجزء من عملية الشفاء المستمرة.

- تذكير المريض باستخدام مهارات التنظيم الذاتي التي تعلمها (كالتنفس، التأريض) إذا شعر بضيق بين الجلسات.

- طلب منه تدوين أي ملاحظات مهمة (في دفتر مثلاً) تظهر له خلال الأسبوع، لتكون مادة للعمل في الجلسة القادمة.

3.9 المرحلة الثامنة: إعادة التقييم (Re-evaluation)

تبدأ كل جلسة علاجية جديدة بهذه المرحلة الحيوية. هدفها هو تقييم النتائج المستدامة للعلاج وضمان استمرارية وفعالية الخطة. في بداية الجلسة، يقوم المعالج بما يلي [22]:

1. مراجعة الأسبوع الفائت والاستماع لأي تجارب أو مشاعر ظهرت لدى المريض.

2. العودة إلى الذكرى التي تم العمل عليها في الجلسة السابقة: يطلب من المريض استدعاء تلك الذكرى وتقييمها مرة أخرى باستخدام SUD وVoC. الهدف هو التحقق من أن النتائج الإيجابية قد استمرت (SUD بقي 1/0، VoC بقي 7)، ولم تحدث انتكاسة.

3. مراجعة وتحديث الخطة العلاجية: بناءً على النتائج والمواد الجديدة التي ظهرت، يتم تقييم ما إذا كانت الذكرى التالية في التسلسل الهرمي لا تزال هي الهدف الأمثل، أو أن معالجة الذكرى السابقة قد كشفت عن ذاكرة أقدم أو أكثر جوهرية تحتاج إلى معالجة أولاً.

تمثل مرحلة إعادة التقييم الديناميكية التكيفية لبروتوكول EMDR، حيث يظل العلاج مستجيباً لحالة المريض المتغيرة، ويركز على تحقيق تكامل حقيقي ودائم وليس مجرد تخفيف أعراض مؤقت.

الفصل الرابع: الفعالية العلمية والتطبيقات السريرية لـ EMDR

4.1 الدعم البحثي: من الجدل إلى الإجماع

مر تقييم فعالية EMDR بمراحل عديدة، من الانتقادات الأولية الحادة في التسعينيات إلى الاعتراف الواسع الحالي كعلاج قائم على الأدلة. كانت إحدى نقاط الجدل المبكر حول ما إذا كانت حركة العين نفسها عنصراً علاجياً ضرورياً، أو مجرد عنصر إلهاء. ومع تراكم الدراسات المضبوطة والمقارنة، اتضحت الصورة.

أظهرت المراجعات المنهجية (Systematic Reviews) و تحليلات التلوي (Meta-Analysis) – وهي أعلى مستويات الأدلة العلمية – نتائج متسقة. إحدى التحليلات التلوية الهامة التي نشرت في مجلة PLoS One عام 2014 قارنت نتائج 26 دراسة مضبوطة، ووجدت أن EMDR كان فعالاً بشكل كبير في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، مع حجم تأثير كبير [27]. مراجعة أخرى مهمة أجراها المعهد الوطني للصحة والتفوق السريري (NICE) في المملكة المتحدة، والتي تُعد مرجعاً ذهبياً للإرشادات العلاجية، خلصت إلى أن كلاً من EMDR والعلاج السلوكي المعرفي المركّز على الصدمة (TF-CBT) هما العلاجان النفسيان الموصى بهما لاضطراب ما بعد الصدمة لدى البالغين [28].

بل إن بعض التحليلات المقارنة تشير إلى أن EMDR قد يحقق تخفيفاً سريعاً للأعراض بمعدل جلسات أقل مقارنة ببعض أشكال العلاج المعرفي السلوكي التقليدية، وأن آثاره قد تكون أكثر استدامة بعد انتهاء العلاج [29]. هذا الدعم البحثي القوي هو الأساس الذي بنى عليه اعتراف المنظمات العالمية الكبرى، مثل منظمة الصحة العالمية، والتي أوصت في إرشاداتها عام 2013 بـ EMDR كواحد من خيارات العلاج النفسي للبالغين والأطفال المصابين باضطراب ما بعد الصدمة [30].

4.2 التطبيقات السريرية المتعددة: تجاوز اضطراب ما بعد الصدمة

رغم أن اضطراب ما بعد الصدمة يبقى المؤشر الرئيسي والأكثر بحثاً لعلاج EMDR، إلا أن تطبيقاته السريرية قد توسعت بشكل ملحوظ. يعود هذا التوسع إلى فهم أن نموذج AIP لا ينطبق فقط على الصدمات الكبرى، بل على أي تجربة سلبية ساحقة فشل الدماغ في معالجتها بشكل تكيفي. ومن هذه التطبيقات [31]:

- اضطرابات القلق والرهاب: مثل اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، أو رهاب الأماكن المغلقة، خاصة عندما يكون لها جذر صادم.

- الاكتئاب: خاصة الاكتئاب المرتبط بأحداث خسارة، إهانة، أو فشل صادم متكرر.

- اضطرابات التكيف والكرب: الناتجة عن أحداث حياتية مجهدة كالطلاق، فقدان الوظيفة، أو التشخيص بمرض خطير.

- الألم المزمن والاضطرابات الجسدية: حيث قد تساهم الذكريات الصادمة أو الضغوط المزمنة في تفاقم الإحساس بالألم أو الأعراض الجسدية.

- تحسين الأداء: تم تطوير بروتوكولات خاصة من EMDR لتعزيز الثقة وتقليل القلق (كالفنانين، الرياضيين، رجال الأعمال).

هذا التنوع يبرز مرونة نموذج AIP وقابلية البروتوكول للتكيف مع مختلف أشكال المعاناة النفسية المرتبطة بذكريات غير معالجة.

الفصل الخامس: الدراسات السابقة واستخلاص الفجوة البحثية

5.1 مقدمة: أهمية السياق الدولي والمحلي في رسم خريطة المعرفة

قبل الشروع في دراسة جديدة، يعد استعراض وتقييم ما تم إنجازه في حقل البحث ذي الصلة خطوة منهجية وعلمية حاسمة. إن مراجعة الدراسات السابقة لا تهدف فقط إلى تجنب التكرار، بل إلى تحديد موقع الدراسة الحالية ضمن الخريطة المعرفية الأوسع، وفهم الأنماط المتسقة والاستثناءات عبر الثقافات والنظم التعليمية المختلفة. في سياق بحثنا، تقدم الدراسات الدولية والعربية معاً إطاراً مرجعياً قيّماً لفهم كيف تختلف معرفة طلاب الطب بـ EMDR عبر البيئات، مما يسمح لنا باستخلاص فجوة بحثية محددة وذات مغزى في السياق السوري.

5.2 عرض الدراسات السابقة

لأغراض التنظيم والتحليل، سيتم عرض الدراسات السابقة ضمن مجموعتين رئيستين: الدراسات الدولية والعربية التي ركزت على طلاب الطب والممارسين الصحيين، ثم الدراسات التي تناولت المعرفة العامة أو لدى ممارسين آخرين.

المجموعة الأولى: دراسات حول معرفة طلاب الطب والممارسين الصحيين بـ EMDR

1. دراسة ماركس وهاو (Marks & Howe, 2019) – الولايات المتحدة الأمريكية [41]

السياق والمنهجية: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم معرفة واتجاهات طلاب الطب الأمريكيين تجاه العلاجات النفسية القائمة على الأدلة لاضطراب ما بعد الصدمة، ومنها EMDR. شملت عينة مكونة من 320 طالب طب من مختلف السنوات الدراسية، باستخدام استبيان إلكتروني.

النتائج الرئيسية: أظهرت النتائج وجود تفاوت كبير بين الوعي والمعرفة التفصيلية. حيث أفاد 65% من الطلاب بأنهم على علم بوجود علاج EMDR. ومع ذلك، عندما طُلب منهم وصف آلية عمل العلاج الأساسية، لم يتمكن سوى 18% من تقديم وصف صحيح. كما ارتبطت المعرفة الأعلى بشكل ذي دلالة إحصائية بحضور محاضرة تخصصية في العلاجات النفسية خلال فترة الدراسة.

الدلالة والإضافة: تكشف هذه الدراسة عن ظاهرة "الفجوة بين الوعي والفهم" في بيئة تعليمية متطورة. تشير إلى أن مجرد ذكر العلاج في المحاضرات قد يخلق وعياً، ولكن نقل المعرفة التقنية العميقة يتطلب تركيزاً تعليمياً أكثر تفصيلاً.

2. دراسة الخياري، السيف، الحربي (Al-Khayyat, Al-Saif, & Al-Harbi, 2021) – المملكة العربية السعودية [42]

السياق والمنهجية: تعد هذه الدراسة من أوائل الدراسات المنشورة في العالم العربي التي تقيس وعي ومعرفة طلاب كليات الطب والصيدلة بعلاج EMDR. شملت عينة من 412 طالباً وطالبة، باستخدام استبيان مصمم خصيصاً.

النتائج الرئيسية: كانت النتائج لافتة للنظر:

الوعي: ذكر 41% فقط من إجمالي العينة أنهم سمعوا بعلاج EMDR من قبل.

المصادر: كان الإنترنت المصدر الرئيسي للمعلومات (58%)، يليه الزملاء (22%). بينما ذكر 8% فقط من الطلاب أنهم تعرفوا على العلاج من خلال المنهج الدراسي.

المعرفة: كانت المعرفة الإجمالية منخفضة، حيث أظهر معظم الطلاب الذين سمعوا بالعلاج فهماً سطحيًا جداً لمبادئه.

الدلالة والإضافة: تقدم هذه الدراسة نقطة مقارنة قيّمة في السياق العربي والخليجي. تكشف عن ضعف شديد في دمج العلاج ضمن المناهج التعليمية الرسمية، مما يدفع الطلاب إلى الاعتماد على مصادر غير خاضعة للرقابة (الإنترنت) أو غير متخصصة (الزملاء) للحصول على المعلومات. هذا يشير إلى قصور في النظام التعليمي قد لا يكون محصوراً بالمملكة العربية السعودية.

3. دراسة فونتانا وغلوب (,Fontana & Globe2020) – أوروبا (متعددة الجنسيات) [43]

السياق والمنهجية: ركزت هذه الدراسة على الممارسين الصحيين (بمن فيهم أطباء مقيمون في الطب النفسي وطلاب طب في مراحل متقدمة) في عدة دول أوروبية. هدفها كان تقييم المعرفة بالإرشادات العلاجية لاضطراب ما بعد الصدمة.

النتائج الرئيسية: أظهرت وجود تفاوت صارخ في المعرفة بين العلاجات المختلفة:

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) كان معروفاً لدى 92% من المشاركين.

علاج EMDR كانت معرفته أقل، حيث بلغت 64%.

وعزا معظم المشاركين سبب ضعف المعرفة بـ EMDR بشكل رئيسي إلى "نقص التدريب والغطاء الكافي في البرنامج الدراسي أو التدريبي".

الدلالة والإضافة: تؤكد هذه الدراسة، في سياق أوروبي متقدم، على النمط العالمي لتفضيل أو هيمنة العلاج المعرفي السلوكي في التعليم الطبي النفسي، حتى على حساب علاجات أخرى قائمة على الأدلة ومعترف بها رسمياً مثل EMDR. وتشير بقوة إلى أن المناهج الدراسية هي الحلقة الأضعف في نشر المعرفة المتخصصة.

المجموعة الثانية: دراسات حول معرفة ممارسين صحيين آخرين والجمهور

4. دراسة بارك، كيم، لي (,Park, Kim, & Lee2018) – كوريا الجنوبية [44]

السياق والمنهجية: تناولت هذه الدراسة معرفة واتجاهات الممرضين العاملين في أقسام الطوارئ والطب النفسي تجاه رعاية المرتكزة على الصدمات (Trauma-Informed Care) وعلاجاتها.

النتائج الرئيسية: أشار 71% من الممرضين إلى أنهم على علم بوجود علاج EMDR. ومع ذلك، 29% فقط شعروا بأن لديهم معرفة كافية لشرح أساسيات هذا العلاج للمريض أو لزملائهم. والأهم، أظهرت النتائج وجود اتجاه إيجابي واضح نحو الرغبة في معرفة المزيد وتلقي التدريب عليه.

الدلالة والإضافة: تكشف عن وجود حالة من "الوعي غير الراضٍ" بين الممارسين الصحيين: يعرفون بوجود العلاج، لكنهم لا يملكون المعرفة الكافية لاستخدامه أو التوصية به بثقة. كما تُظهر استعداداً مهنياً وقابلاً للاستثمار نحو التعلم إذا وُفرت الفرصة.

5. دراسة روجرز، أحمد، جورمان (Rogers, Ahmad, & Gorman, 2019) – المملكة المتحدة [45]

السياق والمنهجية: استهدفت هذه الدراسة أطباء الرعاية الأولية، وهم غالباً نقطة الاتصال الأولى للمرضى الذين يعانون من أعراض نفسية.

النتائج الرئيسية: كان جميع الأطباء تقريباً على دراية بالعلاج المعرفي السلوكي (CBT) كخيار لاضطراب ما بعد الصدمة. في المقابل، كان 45% فقط على دراية بـ EMDR كخيار علاجي معتمد. الجدير بالذكر أن أولئك الذين كانوا على علم بـ EMDR أظهروا استعداداً عالياً للإحالة إليه، مما يشير إلى أن المعرفة تقود إلى القبول والممارسة.

الدلالة والإضافة: تبرز الدراسة أهمية دور أطباء الرعاية الأولية كبوابة الدخول إلى النظام الصحي. إذ يعني ضعف معرفتهم بخيار علاجي معين أن المرضى قد لا يُحالون إليه، مما يحرمهم من الوصول إلى علاج فعال. وهذا يعمق الفجوة بين التوفر النظري للعلاج وتطبيقه العملي على أرض الواقع.

5.3 مناقشة مترابطة للدراسات السابقة: أنماط عالمية وفجوات إقليمية

من خلال استعراض هذه الدراسات المتنوعة جغرافياً، يمكن استخلاص أنماط بحثية متسقة وقوية:

1. النمط الأول: هيمنة العلاج المعرفي السلوكي (CBT): في كل الدراسات، كانت معرفة الممارسين والطلاب بـ CBT أعلى بشكل واضح وأوسع انتشاراً من معرفتهم بـ EMDR، حتى في الدول التي يعترف فيها كلا العلاجين رسمياً [41, 43, 45].

2. النمط الثاني: فجوة الوعي–المعرفة: هناك تفاوت منهجي بين نسبة من سمعوا بالعلاج (الوعي) ونسبة من يفهمون مبادئه (المعرفة). الوعي قد يكون متوسطاً أو معقولاً (41%–71%)، لكن المعرفة التفصيلية ضعيفة جداً (18%–29%) [41, 42, 44].

3. النمط الثالث: المنهج الدراسي كعامل حاسم: في معظم الدراسات، تم تحديد غياب أو ضعف تغطية EMDR في المناهج والبرامج التدريبية كأهم سبب لضعف المعرفة [42, 43]. وهذا يدفع الطلاب والممارسين إلى مصادر غير منهجية وأقل موثوقية (كالإنترنت) [42].

4. النمط الرابع: الاتجاه الإيجابي المرافق: عند التعرف على العلاج ومعرفة أدلته، يميل الممارسون والطلاب إلى تكوين اتجاهات إيجابية واستعداد للتوصية به أو تعلمه [44, 45].

5.4 استخلاص الفجوة البحثية: موقع الدراسة الحالية على الخريطة

بناءً على هذه الأنماط، يمكن تحديد موقع الفجوة التي تهدف الدراسة الحالية لسدها:

الفجوة الجغرافية/السياقية: جميع الدراسات المنشورة تناولت سياقات وطنية محددة (الولايات المتحدة، السعودية، دول أوروبية، كوريا، بريطانيا). لا توجد أي دراسة – وفقاً لأدبيات البحث المتاحة – استكشفت هذا الموضوع في السياق السوري، سواءً في الجامعات الحكومية أو الخاصة.

عمق الفجوة في السياق السوري: هذه الفجوة ليست مجرد فراغ أكاديمي. ففي حين أن الدراسات السابقة أجريت في مجتمعات مستقرة نسبياً، فإن السياق السوري يتميز بكونه بيئة صدمة جماعية مستمرة وحادة. هذا يجعل السؤال عن معرفة الجيل القادم بعلاجات الصدمات الفعالة سؤالاً أكثر إلحاحاً وعمقاً من مجرد فضول أكاديمي. إنه سؤال عن جاهزية النظام الصحي المستقبلي لمواجهة أحد أكبر التحديات الصحية في البلاد.

تحديد الفجوة بدقة: بذلك، يمكن صياغة الفجوة البحثية الرئيسية التي تتوجه إليها هذه الدراسة على النحو التالي: على الرغم من الانتشار العالمي لاضطرابات الصدمة والأدلة القوية على فعالية علاج EMDR، وعلى الرغم من الدراسات الكاشفة عن ضعف معرفة طلاب الطب به في العديد من الدول، إلا أن المستوى الحالي لوعي ومعرفة واتجاهات الطلاب في الجامعات نحو هذا العلاج يبقى مجهولاً تماماً، ولا توجد مؤشرات عن مصادر تشكيل هذه المعرفة أو العوائق أمامها في هذا السياق الاستثنائي.

بالتالي، تسعى الدراسة الحالية لتكون أول جهد منهجي لرسم خريطة أولية لهذا المجهول، مستفيدة من الإطار النظري العالمي ومن نتائج الدراسات السابقة في سياقات أخرى، لتقديم تشخيص واقعي وأساس للتفكير في سبل تطوير التعليم الطبي النفسي في سوريا.

الدراسة العملية

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من عدة محاور مترابطة. أولاً، تطرح قضية حيوية في سياق سوري يعاني من تبعات صدمة جماعية ممتدة، حيث يُعتبر اضطراب ما بعد الصدمة تحدياً صحياً نفسياً رئيسياً. ثانياً، تلفت الانتباه إلى فجوة معرفية حرجة بين الاعتراف العالمي الواسع بعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) كتدخل قائم على الأدلة، ومحدودية الوعي والمعرفة به على المستوى المحلي، خاصة بين طلاب الجامعات الذين يمثلون مستقبل القطاع الصحي. ثالثاً، تسلط الضوء على الدور المحوري للبيئة الجامعية في تشكيل المعرفة المهنية الأولية واتجاهات الطلاب نحو العلاجات النفسية الحديثة، مما يجعلها منصة استراتيجية للتدخل. أخيراً، تقدم الدراسة تشخيصاً واقعياً لوضع ثقافة الصحة النفسية في الوسط الجامعي، مع التركيز على تصحيح المفاهيم الخاطئة الشائعة وتعزيز مصادر المعلومات الموثوقة، مما يساهم في تقليل الوصمة وتمكين الأفراد من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم النفسية.

أهداف الدراسة:

1. الهدف الرئيسي: تقييم مستوى الوعي والمعرفة بعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بين طلاب الجامعة السورية الخاصة.
2. الهدف الثانوي الأول: تحديد المصادر الرئيسية التي يحصل من خلالها الطلاب على معلومات حول هذا العلاج، وقياس درجة ثقتهم في هذه المصادر المختلفة.
3. الهدف الثانوي الثاني: استكشاف اتجاهات الطلاب ومواقفهم نحو العلاج النفسي بشكل عام، ونحو علاج EMDR بشكل خاص.
4. الهدف الثانوي الثالث: تحليل العلاقة بين مستوى المعرفة بعلاج EMDR وبعض المتغيرات الديموغرافية والأكاديمية (مثل الكلية، المستوى الدراسي، التاريخ الشخصي مع العلاج النفسي).
5. الهدف الثانوي الرابع: تقديم توصيات مبنية على الأدلة لتعزيز التثقيف في مجال الصحة النفسية والعلاجات القائمة على الأدلة ضمن البيئة الجامعية.

طرائق ومواد الدراسة

تصميم الدراسة والمكان والجمهرة:

أُجريت دراسة مقطعية في الجامعة السورية الخاصة خلال الفترة من أكتوبر 2025 إلى نوفمبر 2025. هدفت الدراسة إلى تقييم الوعي والمعرفة بعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بين طلاب الجامعة. شملت الدراسة طلابًا من كليات الطب البشري، وطب الأسنان، والصيدلة، والهندسة المعلوماتية، وإدارة الأعمال، من جميع المستويات الدراسية (من السنة الأولى إلى السادسة). اشترطت معايير الاشتمال أن يكون الطالب مسجلًا حاليًا في إحدى هذه الكليات، وأن يوافق على المشاركة طواعية بعد إعلامه بأهداف الدراسة. تم ضمان سرية البيانات وحق المشارك في الانسحاب في أي وقت دون عواقب.

تحديد حجم العينة:

تم حساب حجم العينة باستخدام الصيغة $n=Z^2pq\backslash d^2$، [10] حيث n الحد الأدنى لحجم العينة، Z الإنحراف المعياري الطبيعي (الذي يتوافق مع 1.96 عند فاصل ثقة 95%)، P نسبة المجتمع المراد دراسته وفى حالة عدم المعرفة تلك النسبة يستخدم أكبر نسبة ممكنة (50%)، q احتمال تكميلي لنسبة المجتمع، d مستوى الدلالة، الذي تم ضبطه عند 0.05.

$$N = \frac{(Z)2 \times p \times q}{(d)2} \; N = \frac{(1.96)2 \times 0.0.50 \times 0.50}{(0.05)2} \; N = \frac{(1.96)2 \times 0.0.50 \times 0.50}{0.0025} \; N = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16$$

وتم استخدام معدل عدم استجابة بنسبة 10% للحصول على الحد الأدنى لحجم العينة كما هو موضح أدناه:

$$N = 427 N = \frac{384.16}{1-0.1} = 426.84$$

وفي النتيجة النهائية، تمكنت الدراسة من تجنيد عدد أكبر من المشاركين المستهدفين، حيث بلغ إجمالي العينة 439 مشاركاً، مما يعزز قوة الدراسة وتمثيليتها الإحصائية.

أداة المسح:

تم جمع البيانات عبر استبيان ذاتي التعبئة مُعد باللغة العربية، متكون من الأقسام التالية:

- القسم الأول: المعلومات الديموغرافية (الجنس، العمر، الكلية، المستوى الدراسي، تاريخ تلقي العلاج النفسي الشخصي أو العائلي)
- القسم الثاني: التعرض المسبق لعلاج EMDR مدى المعرفة السابقة، مصادر المعلومات، درجة الإلمام.
- القسم الثالث: أسئلة المعرفة "11 سؤالًا من نوع" نعم/لا/لا أعلم "تقيس المعرفة العلمية الأساسية عنEMDR "
- القسم الرابع: الوعي بالمصادر والثقة بالمعلومات (مقياس ليكرت من 1 إلى 5 لقياس الثقة بالمصادر المختلفة)
- القسم الخامس: الاتجاهات والمواقف "9 عبارات تقيس القبول المجتمعي والنفسي للعلاج النفسي و EMDR بمقياس ليكرت من 1 إلى 5"

موثوقية الاستبيان:

تم إنشاء الاستبيان في اللغة العربية، اللغة المحلية، لتسهيل الوصول إليه. ولضمان الاتساق في المعنى والمفاهيم، وقد وافقت لجنة أخلاقيات البحث على الاستبيان قبل تنفيذه. لتقييم وضوح الاستبيان وموثوقيته وأهميته وقبوله، أجريت دراسة تجريبية. تمت دعوة 40 طالبًا للمشاركة في الدراسة التجريبية وتقديم ملاحظات حول الاستبيان. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن عينة الدراسة التجريبية هذه تم استبعادها من العينة النهائية لمنع أي تحيز محتمل. أثناء الدراسة التجريبية، تم تعديل أي أسئلة وجد أنها غير واضحة أو لم تغطي مفهوم الدراسة بشكل كافٍ وفقًا لذلك، بناءً على الملاحظات الواردة من الطلاب المشاركين. تم تطبيق اختبار ألفا كرونباخ لتحديد الاتساق الداخلي للاستبيان. كانت قيمة ألفا كرونباخ للاستبيان بأكمله α0.78=. تم اعتبار العناصر لتمثل مستوى مقبولاً من الاتساق الداخلي [10]

جمع البيانات:

استخدم توزيع الاستبيان طريقتين متميزتين لتعزيز تنوع العينة والتخفيف من التحيز. استخدمت الطريقة الأولى المنصات الرقمية، وتحديدًا WhatsApp وTelegram، حيث تم نشر الاستبيان من خلال نموذج Google مكنت هذه الاستراتيجية من اتباع نهج أخذ العينات بالإحالة المتسلسلة، مما شجع المستجيبين على مشاركة الاستطلاع مع أقرانهم. تم تنفيذ الطريقة الثانية من قبل فريق متخصص في جمع البيانات، يعمل تحت إشراف الباحث الرئيسي. تم تكليف هذا الفريق بتوزيع الاستطلاعات على الطلاب أثناء فترات الاستراحة بين الفصول الدراسية. لضمان أخذ العينات بشكل فعال، قام الفريق بتجنيد متطوعين خارجيين ساعدوا عن طيب خاطر في توزيع الاستطلاع. تلقى هؤلاء المتطوعون إحاطات شاملة حول أهداف الدراسة ومنهجياتها، جنبًا إلى جنب مع تعليمات دقيقة لإجراء عملية التوزيع بكفاءة.

الموافقة الأخلاقية:

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية لهذه الدراسة من مجلس المراجعة الأخلاقية المؤسسية (IRB) لكلية الطب، الجامعة السورية الخاصة، في تاريخ (2025/9/1)، تضمنت الاعتبارات الأخلاقية الحصول على موافقة مستنيرة خطية قبل قيام المشاركين بإكمال الاستبيانات، وقد أجريت هذه الدراسة بموجب إعلان هلسنكي.

6

التحليل الإحصائي:

لتقييم مستوى المعرفة العام بعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR)، تم استخدام مقياس معرفي مكون من 11 بنداً. منحت الإجابة الصحيحة لكل سؤال نقطة واحدة (1)، بينما حصلت الإجابات غير الصحيحة وإجابات "لا أعرف" على صفر (0). وتم حساب الدرجة الكلية للمعرفة لكل مشارك كنسبة مئوية وفقاً للمعادلة التالية: (مجموع النقاط المحققة / 11) × 100%.

ولاختبار الفروق في متوسط درجات المعرفة الكلية وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، الكلية، المستوى الدراسي، الخبرة الشخصية والعائلية مع العلاج النفسي)، تم استخدام:

- اختبار t لعينتين مستقلتين لمقارنة متوسطين (كما في حالة متغيري الجنس والخبرة الشخصية والعائلية).
- تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لمقارنة متوسطات ثلاث مجموعات أو أكثر (كما في حالة متغيري الكلية والمستوى الدراسي).

واعتُبرت الفروق ذات دلالة إحصائية عندما كانت القيمة الاحتمالية (p–value) أقل من 0.05. أُجريت جميع التحليلات باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 26.

النتائج:

الخصائص الاجتماعية والديموغرافية:

شارك في الدراسة 434 طالباً وطالبة. وكان توزيعهم على النحو التالي:

التوزيع العمري: بلغ متوسط أعمار المشاركين 21.02 سنة (انحراف معياري ±2.3)، مما يشير إلى تجانس العينة حول مرحلة الشباب.

التوزيع حسب الجنس: شكل الذكور غالبية المشاركين بنسبة 58.3% (253 طالباً)، بينما مثلت الإناث نسبة 41.7% (181 طالبة).

التوزيع الأكاديمي (الكلية): جاءت أعلى نسبة للمشاركين من كلية الطب البشري (41.5%، 180 طالباً)، تليها الصيدلة (20.3%، 88 طالباً)، ثم إدارة الأعمال (15.2%، 66 طالباً)، فطب الأسنان (13.4%، 58 طالباً)، ثم كليتا الهندسة المعلوماتية (6.5%) وهندسة البترول (3.2%).

الخلفية مع العلاج النفسي:

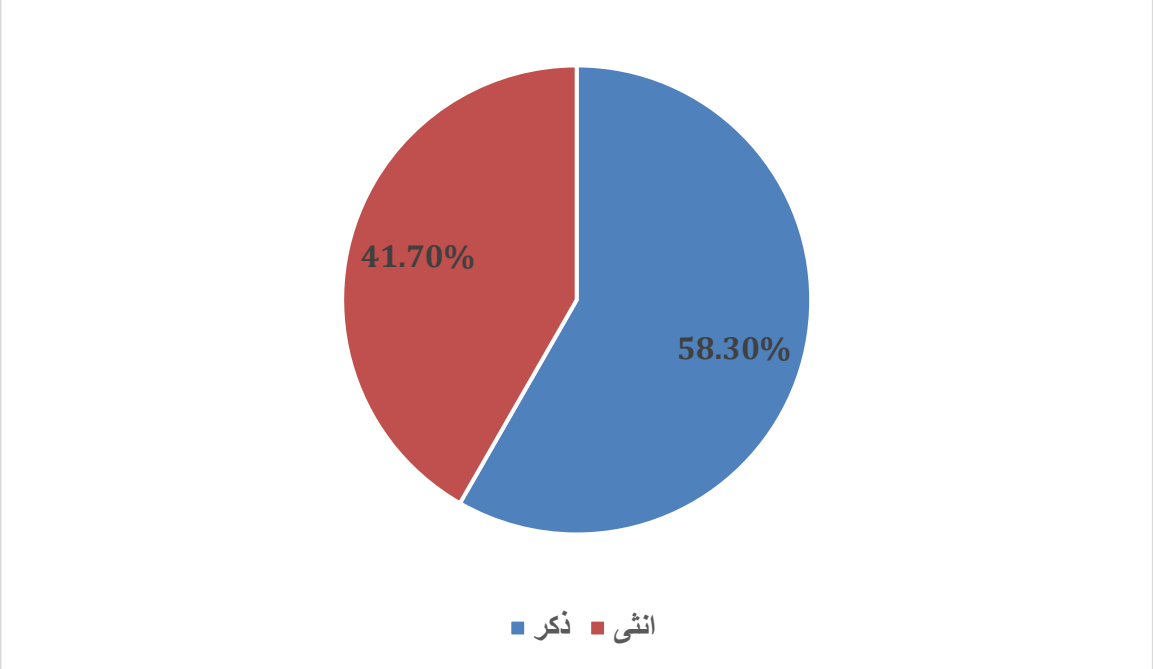
أفاد 21.7% من المشاركين (94 فرداً) بتجربة شخصية سابقة مع العلاج النفسي.

بينما أشار 26.7% (116 فرداً) إلى وجود قريب من الدرجة الأولى (كأحد الوالدين أو الأشقاء) تلقى علاجاً نفسياً في السابق. (الجدول 1) و (الشكل 1، 2، 3، 4)

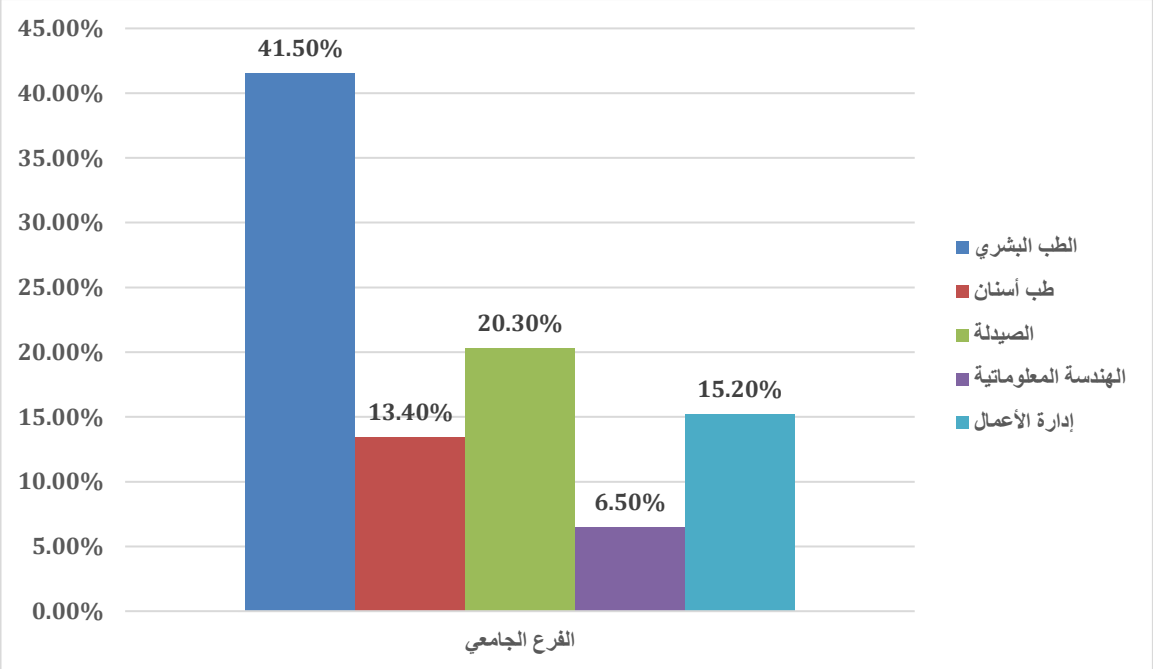
الجدول 1 المعلومات الديموغرافية والاجتماعية للمشاركين

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	253	58.3%
انثى	181	41.7%
متوسط العمر	21.02 سنة	
الانحراف المعياري	2.3 سنة	
الكلية	العدد	النسبة المئوية
الطب البشري	180	41.5%
طب أسنان	58	13.4%
الصيدلة	88	20.3%
الهندسة المعلوماتية	28	6.5%
هندسة البترول	14	3.23%
إدارة الأعمال	66	15.2%
المستوى الدراسي	العدد	النسبة المئوية
سنة أولى	61	14.1%
سنة ثانية	78	17.7%
سنة ثالثة	76	17.3%
سنة رابعة	75	17.1%

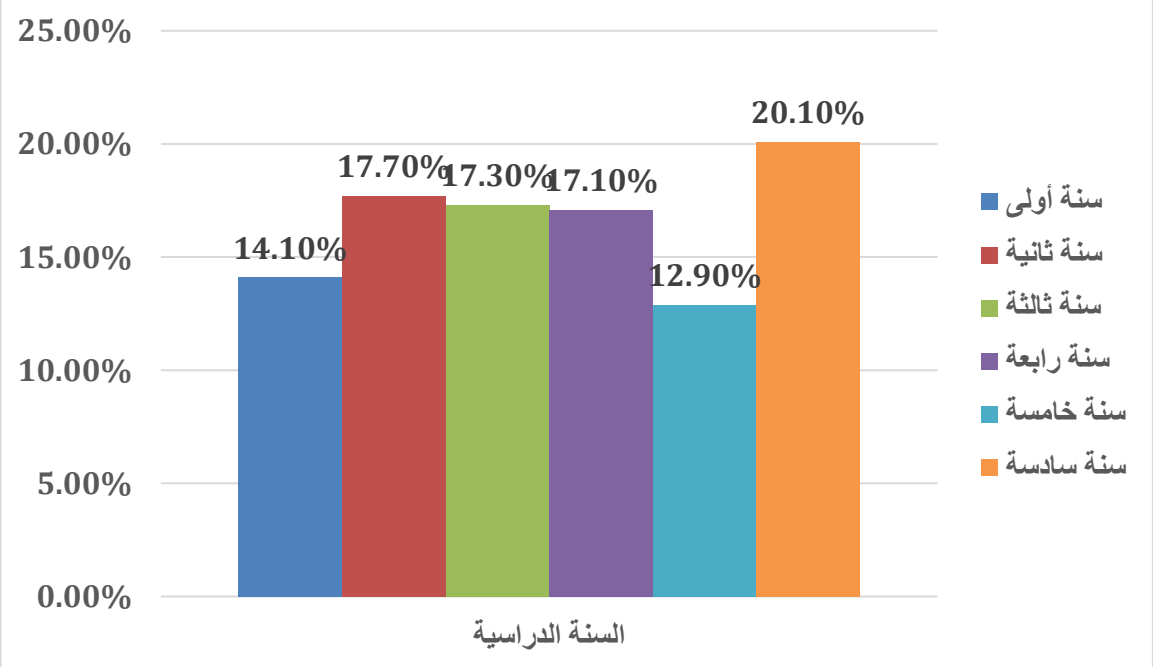
سنة خامسة	56	12.9%
سنة سادسة	88	20.1%
هل سبق أن تلقيت علاج نفسي	العدد	النسبة المئوية
نعم	94	21.7%
لا	340	78.3%
هل لديك قريب من الدرجة الأولى سبق أن تلقى علاج نفسي	العدد	النسبة المئوية
نعم	116	26.7%
لا	318	73.3%



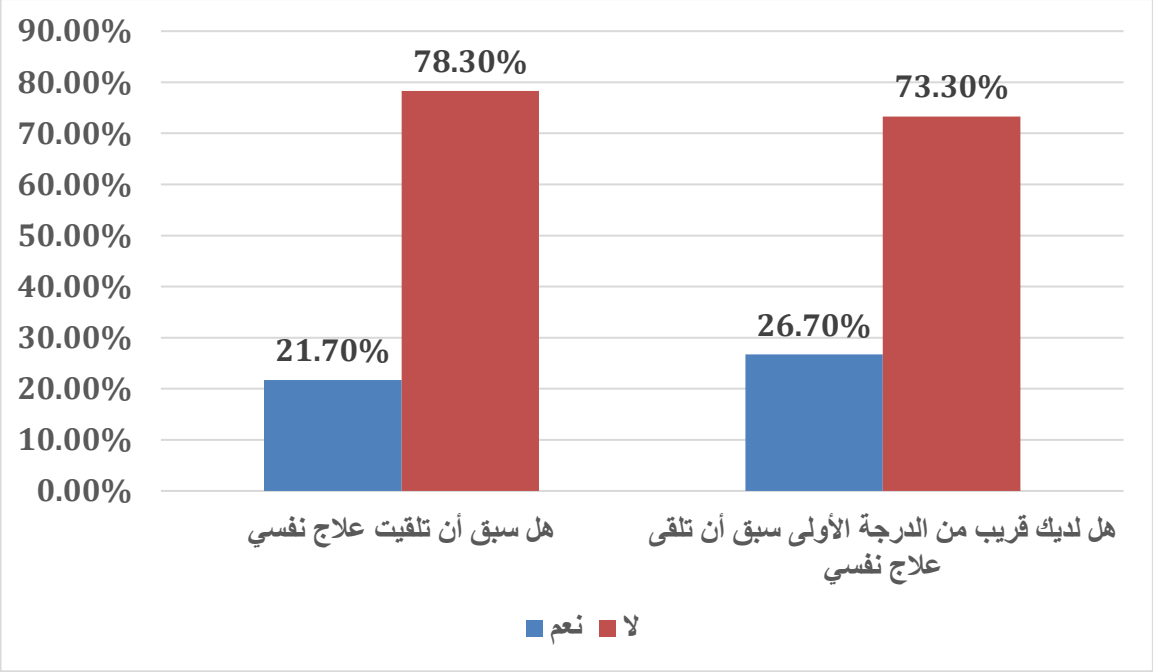
الشكل 1 التوزع النسبي للمشاركين حسب الجنس



الشكل 2 التوزع النسبي للمشاركين حسب الفرع الجامعي



الشكل 3 التوزع النسبي للمشاركين حسب المستوى الجامعية



الشكل 4 سوابق تلقي علاج نفسي عند المشارك أو الأقارب

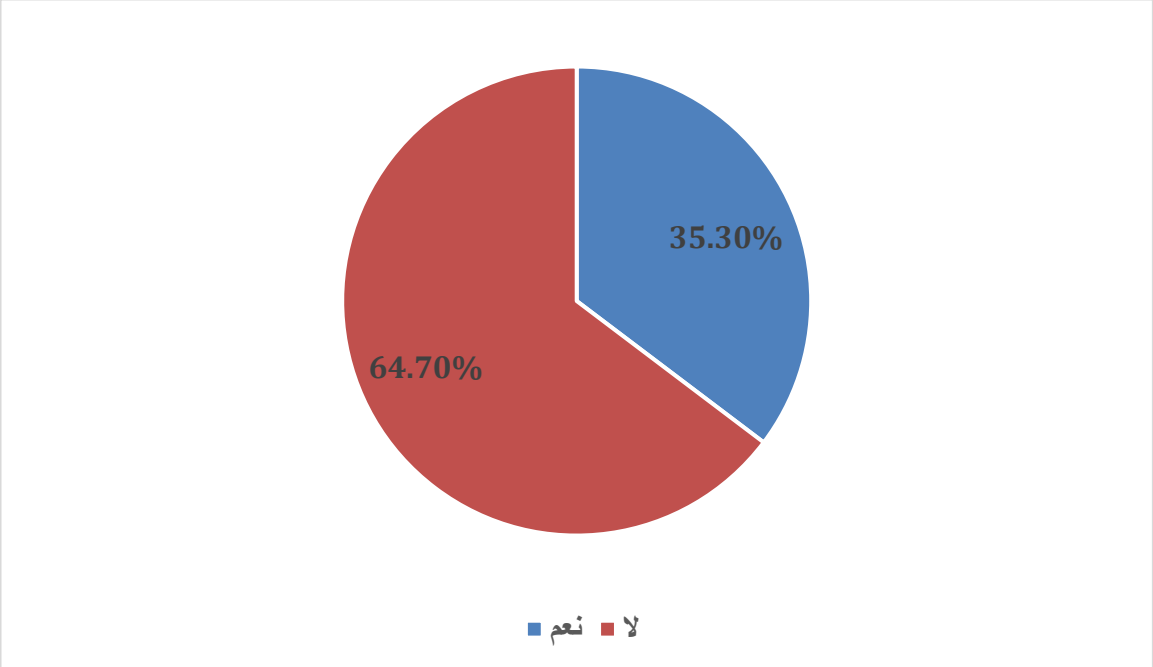
أفاد ما نسبته 35.3% فقط من إجمالي المشاركين (153 فرداً) بأنهم سمعوا بهذا العلاج من قبل. ومن بينهم مثل الإنترنت المصدر الأكثر شيوعاً للمعرفة، حيث ذكر 93.4% من المطّلعين (143 فرداً) أنه مصدر معلوماتهم وبينما مثلت المقررات الجامعية أو المحاضرات: 13.1% (20 فرداً) المصدر الأقل شيوعا للمعرفة. (الجدول 2).

من بين 434 مشاركاً، كان64.7% (281 فرداً)، بينما فقط 0.7% (3 أفراد) يشعرون بأنهم يعلمون بشكل جيد جداً عنه. (الجدول 2) و(الشكل 5، 6، 7).

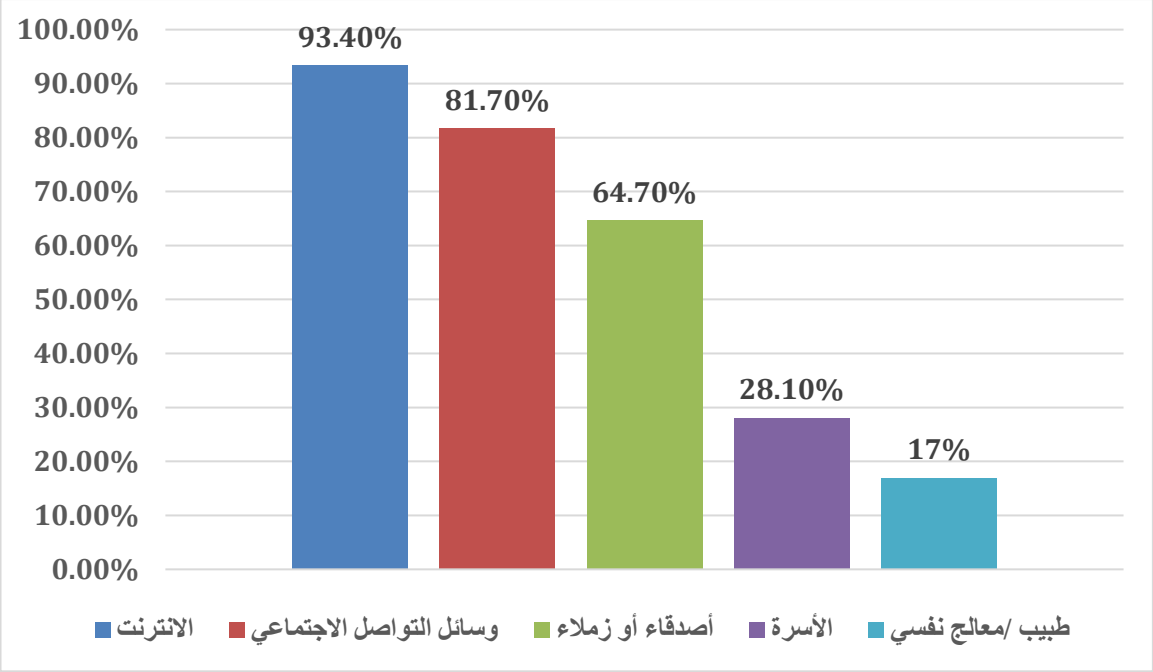
الجدول 2 التعرض المسبق لعلاج EMDR

هل سمعت من قبل عن علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين	العدد	النسبة المئوية
نعم	153	35.3%
لا	281	64.7%

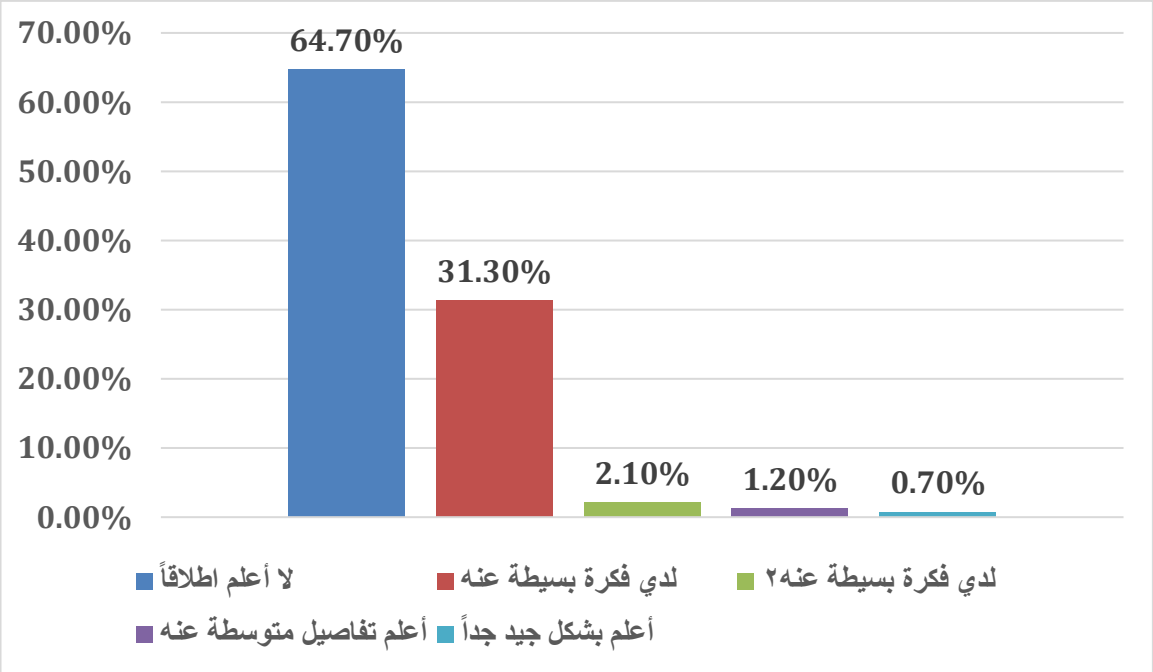
مصدر المعرفة	العدد	النسبة المئوية
الانترنت	143	93.4%
وسائل التواصل الاجتماعي	125	81.7%
أصدقاء أو زملاء	99	64.7%
الأسرة	43	28.1%
طبيب /معالج نفسي	26	17%
مقررات جامعية /محاضرات	20	13.1%
إلى أي درجة تشعر أنك مطلع على هذا العلاج	العدد	النسبة المئوية
لا أعلم اطلاقاً	281	64.7%
سمعت بالاسم فقط	136	31.3%
لدي فكرة بسيطة عنه	9	2.1%
أعلم تفاصيل متوسطة عنه	5	1.2%
أعلم بشكل جيد جداً	3	0.7%



الشكل 5 هل سمعت من قبل عن علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين



الشكل 6 التوزع النسبي للمشاركين حسب مصدر المعرفة



الشكل 7 إلى أي درجة تشعر أنك مطلع على هذا العلاج

المعرفة بـ EMDR

تحليل مستوى المعرفة الصحيحة:

بشكل عام، تدل الأرقام على وجود مفاهيم خاطئة شائعة ونقص في المعرفة الدقيقة حول العلاج، حيث لم تتجاوز نسبة الإجابات الصحيحة على أي سؤال 53%، وهو مؤشر على أن المعلومات المتداولة غير كافية أو غير دقيقة. يمكن تصنيف المعرفة على النحو التالي:

1. المفاهيم الخاطئة السائدة (الأعلى في الإجابات الخاطئة):

· كان أكبر خطأ شائع هو الاعتقاد بأن العلاج دوائي وليس نفسي، حيث أجاب 53% فقط بشكل صحيح على أن هذه العبارة خاطئة (أي أن 47% يعتقدون خطأً أنه دوائي).

· يليه الاعتقاد بأن فعالية العلاج غير مثبتة علمياً، حيث أجاب 47% فقط بشكل صحيح على أن هذه العبارة خاطئة.

· ثم الاعتقاد بأنه يعتمد على التنويم المغناطيسي، حيث أجاب 44.5% فقط بشكل صحيح على أن هذه العبارة خاطئة.

2. المفاهيم الدقيقة متوسطة الانتشار (نسب الإجابة الصحيحة بين 34% و 38%):

· تصف هذه المجموعة المعلومات الأساسية حول آلية العلاج (متابعة منبه بصري أثناء استحضار الذكرى)، وأخلاقياته (الحاجة لمعالج معتمد)، ونطاقه (لا يقتصر على اضطراب ما بعد الصدمة)، ومراحله (خطوات متعددة)، وعدد الجلسات (قد تكون أقل)، وطريقة تطبيقه (أونلاين)، واعتراف المنظمات الصحية به (مثبت علمياً).

· النسب هنا منخفضة (حوالي الثلث)، مما يعني أن ثلثي العينة تقريباً لا يعرفون هذه الحقائق الأساسية عن العلاج. (الجدول 3).

الجدول 3 المعرفة ب EMDR

السؤال	الإجابات الصحيحة (N (%))
EMDR هو علاج دوائي يعتمد على أدوية مهدئة خاصة.	230 (53%)
فعالية علاج EMDR غير مثبتة علميًا، ويُعتبر من العلاجات غير المبنية على الدليل.	204 (47%)
يعتمد EMDR على التنويم المغناطيسي بشكل أساسي.	193 (44.5%)
في جلسة EMDR، يُطلب من الشخص أن يستحضر ذكرى مُزعجة/صادمة بينما يتابع بحركات عينيه حركة إصبع المعالج أو منبّه بصري/سمعي.	165 (38%)

يحتاج تطبيق EMDR إلى معالج نفسي/طبيب مدرَّب ومعتمد، ولا يُنصح بتجربته ذاتيًا بدون إشراف مختص.	163 (37.6%)
يمكن استخدام EMDR ليس فقط في اضطراب ما بعد الصدمة، بل أيضًا في بعض حالات القلق والاكتئاب المرتبطة بتجارب مؤلمة.	161 (37.1%)
عدد الجلسات في EMDR قد يكون أقل من بعض العلاجات النفسية التقليدية في بعض الحالات.	159 (36.6%)
يتضمن علاج EMDR عادةً عدّة مراحل أو خطوات علاجية وليس مجرد تحريك للعينين دون إطار علاجي.	158 (36.4%)
يمكن تطبيق EMDR عن بُعد (أونلاين) في بعض الحالات من خلال منصات الفيديو مع معالج مختص.	154 (35.5%)
علاج EMDR هو أحد أنواع العلاجات النفسية المستخدمة بشكل أساسي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).	151 (34.8%)
علاج EMDR معترف به من قبل منظمة الصحة العالمية كأحد العلاجات الموصى بها للتعامل مع الصدمات النفسية.	150 (34.6%)

فيما يتعلق بمصادر المعلومات، أظهرت دراستنا وجود تدرج واضح في درجة ثقة المشاركين في مصادر المعلومات حول علاج الـ EMDR، حيث تتباين هذه الدرجة بشكل كبير تبعاً لمصداقية وطبيعة المصدر.

سجلت المصادر الأكاديمية والطبية الرسمية أعلى مستوى للثقة، حيث حصل الأستاذ الجامعي في كلية الطب/العلوم الصحية على أعلى متوسط (3.7 ± 1.72)، تلته مباشرة المواقع الطبية الموثوقة مثل المنظمات العالمية والجمعيات العلمية بمتوسط (3.65 ± 1.64). وجاء الطبيب أو المعالج النفسي المختص في مرتبة تالية بدرجة ثقة لا بأس بها بلغ متوسطها (3.32 ± 1.6).

في المقابل، انخفضت درجة الثقة بشكل حاد في مصادر الأقران والشبكات الاجتماعية غير الرسمية، حيث حصلت المعلومات القادمة من زميل أو صديق في الجامعة على متوسط منخفض (2.1 ± 1.03). وتراجعت الثقة إلى أدنى مستوياتها عند الحديث عن منصات التواصل الاجتماعي والمؤثرين، حيث سجلت المعلومات الصادرة عن مقاطع المؤثرين أو المشاهير متوسط ثقة ضعيف جداً (1.46 ± 0.7)، بينما حصلت وسائل التواصل الاجتماعي العامة (مثل إنستغرام وتيك توك) على أقل متوسط على الإطلاق (1.32 ± 1.62)، مما يعكس شكوكاً كبيرة تجاه المعلومات المنشورة فيها.

الجدير بالملاحظة: تشير قيم الانحراف المعياري المرتفعة نسبياً (حوالي 1.6 أو أكثر) للمصادر الثلاثة الأولى إلى وجود تباين واختلاف في آراء المشاركين بشأن الثقة فيها. بينما تشير القيم المنخفضة للانحراف المعياري (خاصة في مصدر المؤثرين) إلى وجود اتفاق أكبر بين المشاركين على تصنيف هذه المصادر كمصادر ضعيفة الموثوقية.

الجدول 4 الثقة بمصادر المعلومات

السؤال	متوسط الإجابات ± انحراف معياري
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من أستاذ جامعي في كلية الطب/العلوم الصحية	3.7 ± 1.72
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من مواقع طبية موثوقة (منظمات صحة عالمية، جمعيات علمية)	3.65 ± 1.64
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من طبيب نفسي أو معالج نفسي مختص	3.32 ± 1.6
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من زميل/صديق في الجامعة	2.1 ± 1.03
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من مقاطع "إنفلونسر" أو مشاهير يتحدثون عن العلاج النفسي	1.46 ± 0.7
إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من وسائل التواصل الاجتماعي (إنستغرام، تيك توك)	1.32 ± 1.62

كشفت النتائج عن صورة معقدة للاتجاهات نحو العلاج النفسي وعلاج EMDR. يُظهر المشاركون قبولاً نظرياً واضحاً لفكرة العلاج النفسي (متوسط 3.69) مع إدراك قوي لوجود وصمة مجتمعية ضده (متوسط 3.76). على الرغم من هذا القبول، كانت النية الفعلية للجوء للعلاج النفسي عند التعرض لصدمة منخفضة نسبياً (2.31).

أما بخصوص علاج EMDR تحديداً، فقد أبدى المشاركون انفتاحاً للتجربة إذا أوصى به مختص (3.41)، في حين كان الفضول الشخصي للتعرف عليه ضعيفاً (1.93). كما ظهرت بعض المفاهيم غير الدقيقة، مثل تفضيل طفيف للعلاج الدوائي (2.57)، واعتقاد جزئي بأن استرجاع الذكريات المؤلمة قد لا يكون مفيداً (2.40).

من ناحية أخرى، أيد المشاركون – وإن كان بشكل متواضع – دور الجامعة والمؤسسات في نشر المعرفة حول العلاجات الحديثة والمعتمدة دولياً (بمتوسطات 2.30 و2.59 على التوالي). (الجدول 5).

الجدول 5 الاتجاهات والمواقف تجاه العلاج النفسي وEMDR

السؤال	متوسط الإجابات ± انحراف معياري
أرى أن اللجوء إلى العلاج النفسي عند الحاجة أمر طبيعي ومقبول.	3.69 ± 1.63
أشعر أن المجتمع ينظر بسلبية إلى من يذهب إلى طبيب/معالج نفسي.	3.76 ± 1.61
لو تعرضتُ لصدمة نفسية قوية، أفكر جدياً في طلب مساعدة من مختص نفسي.	2.31 ± 1.24
أشعر بالفضول للتعرف أكثر على علاج EMDR وكيف يعمل.	1.93 ± 1.40
إذا أوصى طبيب نفسي باستخدام EMDR معي، سأكون مستعدًا لتجربته.	3.41 ± 1.73
أفضل العلاج الدوائي على العلاجات النفسية مثل EMDR.	2.57 ± 1.66
أعتقد أن الجامعة السورية الخاصة يجب أن تقدّم محاضرات أو ورش تعريفية عن العلاجات النفسية الحديثة مثل EMDR.	2.3 ± 1.55
أرى أن الحديث عن الذكريات المؤلمة في العلاج النفسي غير مفيد، ويفضل تجنب استرجاعها تمامًا.	2.4 ± 1.67
أعتقد أن العلاجات المعتمدة دوليًا (مثل تلك الموصى بها من منظمة الصحة العالمية) تستحق أن تُعرَف بشكل أفضل بين الطلبة.	2.59 ± 1.78

تظهر نتائج تقييم المعرفة أن المستوى العام للإدراك بعلاج EMDR بين المشاركين منخفض، حيث بلغ متوسط النسبة المئوية للمعرفة 39.5% فقط. كما يشير الانحراف المعياري الكبير (19.3%) إلى تباين واسع في مستوى المعرفة بين الأفراد، حيث تراوحت النتائج من انعدام تام للمعرفة (0%) إلى معرفة ممتازة (90.9%). يؤكد هذا الانتشار الواسع على وجود فجوة معرفية كبيرة وعدم تجانس في المعلومات المتوفرة حول هذا العلاج بين أفراد العينة.

الجدول 6 متوسط درجة المعرفة

المتوسط الحسابي	39.5%
الانحراف المعياري	19.3%
أكبر قيمة	90.9%
أصغر قيمة	0%

تحليل الفروق في درجة المعرفة بعلاج EMDR وفقاً للمتغيرات الديموغرافية والمرتبطة بالعلاج النفسي

أظهر تحليل التباين (ANOVA) واختبار T للعيّنات المستقلة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المعرفة بعلاج EMDR تبعاً لبعض المتغيرات، وعدم وجود فروق تبعاً لمتغيرات أخرى، وذلك كما هو موضح

1. الجنس: لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور (40.2% ± 19.7) والإناث (38.5% ± 18.7) في مستوى المعرفة (t = 0.932, p = 0.348). (الجدول 7).

2. الكلية: أظهر تحليل التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الكليات في مستوى المعرفة (F = 12.64, p = 0.017). حيث سجل طلاب الطب البشري أعلى متوسط معرفة (52.1% ± 19.3)، يليهم طلاب طب الأسنان (50.6% ± 17.6) ثم الصيدلة (43.7% ± 16.3). بينما سجل طلاب الهندسة المعلوماتية (38.3% ± 19.3) وطلاب إدارة الأعمال (34.4% ± 20.2) متوسطات معرفة أقل من باقي الكليات الطبية. (الجدول 7).

3. المستوى الدراسي: أظهر تحليل التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة وفقاً للمستوى الدراسي (F = 11.36, p = 0.028). حيث أشارت النتائج إلى وجود اتجاه تصاعدي في مستوى المعرفة بارتفاع المستوى الأكاديمي. فكانت أقل متوسطات المعرفة لدى طلاب السنة الأولى (27.6% ± 19.6) والسنة الثانية (30.3% ± 18.6)، بينما كانت أعلاها لدى طلاب السنة السادسة (43.6% ± 17.2) والسنة الخامسة (42.3% ± 20.2). (الجدول 7).

4. التاريخ الشخصي مع العلاج النفسي: كشف اختبار T عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية المستوى (t = 10.08, p = 0.001) في متوسط المعرفة بين المشاركين الذين سبق لهم تلقي علاج نفسي (55.6% ± 19.9) وأولئك الذين لم يسبق لهم ذلك (35.1% ± 16.7). مما يشير إلى أن التجربة الشخصية المباشرة مع العلاج النفسي ترتبط بمستوى معرفة أعلى بشكل ملحوظ بعلاج EMDR. (الجدول 7).

5. التاريخ العائلي مع العلاج النفسي: لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المعرفة لدى المشاركين الذين لديهم قريب من الدرجة الأولى تلقى علاجاً نفسياً (40.1% ± 18.3) وأولئك الذين لا يملكون هذه الخبرة العائلية (39.3% ± 19.7) (t = 0.375, p = 0.698). (الجدول 7).

الجدول 7 متوسط درجة المعرفة حسب المعلومات الديموغرافية للمشاركين

	متوسط المعرفة ± انحراف معياري	قيمة الاختبار F أو T	الدلالة P
الجنس			
ذكر	40.2 ± 19.7	0.932	0.348
انثى	38.5 ± 18.7		
الكلية			
الطب البشري	52.1 ± 19.3	12.64	0.017
طب أسنان	50.6 ± 17.6		
الصيدلة	43.7 ± 16.3		
الهندسة المعلوماتية	38.3 ± 19.3		
إدارة الأعمال	34.4 ± 20.2		
المستوى الدراسي			
سنة أولى	27.6 ± 19.6	11.36	0.028
سنة ثانية	30.3 ± 18.6		
سنة ثالثة	33.6 ± 17.6		
سنة رابعة	38.2 ± 19.7		
سنة خامسة	42.3 ± 20.2		
سنة سادسة	43.6 ± 17.2		
هل سبق أن تلقيت علاج نفسي			
نعم	55.6 ± 19.9	10.08	0.001
لا	35.1 ± 16.7		
هل لديك قريب من الدرجة الأولى سبق أن تلقى علاج نفسي			
نعم	40.1 ± 18.3	0.375	0.698

لا	39.3 ± 19.7		

المناقشة:

تُقدّم المناقشة تفسيراً لنتائج الدراسة في ضوء الأدبيات الدولية حول عبء الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات، وحول محو الأمية بالصحة النفسية(Mental Health Literacy) ، إضافةً إلى مكانة التدخلات الموجهة للصدمة - وبشكل خاص علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين - (EMDR) ضمن العلاجات القائمة على الدليل .تشير الأدلة الحديثة إلى أن طلبة الجامعات يواجهون معدلات مرتفعة من أعراض الاضطرابات النفسية مع تباينات بين البلدان والسنوات والعينات، كما وثّقت دراسات دولية واسعة النطاق انتشار اضطرابات ومظاهر ضيق نفسي لدى طلبة الجامعات على مستويات مختلفة [4 ,2 ,1] .كما تُظهر مراجعات حديثة أن الانتحارية لدى طلبة الجامعات ترتبط بعوامل خطورة فردية وأكاديمية واجتماعية، الأمر الذي يبرز أهمية رفع محو الأمية بالصحة النفسية ووضوح مسارات طلب المساعدة والتدخل المبكر[3] .

ضمن هذا السياق، تُظهر نتائج دراستنا فجوة واضحة في الوعي الأولي بعلاجEMDR ؛ إذ أفاد معظم المشاركين بأنهم لم يسمعوا به سابقاً(64.7%) ، وكانت نسبة من قيّموا معرفتهم بأنها" جيدة جداً "هامشية .(0.7%)هذا النمط يتماشى مع نتائج دراسات مسحية في بيئات جامعية وصحية أظهرت أن المعرفة بالتدخلات النفسية الموجهة للصدمة) ومنها (EMDR تكون محدودة حتى بين طلبة الكليات الصحية، بينما ترتفع نسبياً لدى الفئات التي تتلقى تعليماً أو تدريباً مباشراً في الصحة النفسية أو الصدمة[43 ,35 ,32 ,31] .

يمكن تفسير هذه الفجوة من منظور محو الأمية بالصحة النفسية، والذي يشمل القدرة على التعرف على الاضطرابات، ومعرفة خيارات العلاج المبني على الدليل، وفهم كيفية الوصول للخدمات وطلب المساعدة وتقييم مصادر المعلومات [40] .وتُشير دراسات حديثة على طلبة جامعات إلى أن محو الأمية بالصحة النفسية يتفاوت بشكل ملحوظ، وأن ضعف هذا البعد يرتبط عادةً بصعوبات في التمييز بين أنماط العلاج) دوائي/نفسي (أو بين التدخلات المنظمة القائمة على بروتوكولات والممارسات غير المبنية على دليل[40 ,39] .

أظهرت دراستنا أيضاً أن القنوات الرقمية كانت المصدر الأكثر حضوراً للمعلومة لدى من سمعوا عنEMDR ، حيث برز الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي كمصادر رئيسية، مقابل محدودية دور المقررات الجامعية والمحاضرات .هذا الاتجاه منسجم مع ما هو موثق حول اعتماد الطلبة على البحث الإلكتروني في المعلومات الصحية، إلا أنه يُدخل تحدياً إضافياً يتعلق بجودة المحتوى وصعوبة تقييم موثوقيته لدى غير المختصين، خاصةً عندما تُستخدم منصات عامة كمصدر أولي للمعلومات العلاجية[49 ,27] .

تدعم هذه النتيجة أهمية التمييز بين" التوفر "و"الموثوقية"؛ فحتى مع إدراك الطلبة أن مصادر مثل الأساتذة الجامعيين والمواقع الطبية الرسمية أكثر موثوقية من المؤثرين ووسائل التواصل الاجتماعي، فإن الاعتماد الفعلي على المحتوى الرقمي قد يعرّضهم لمعلومات مضللة أو مبسطة .وتؤكد الأدبيات أن منصات التواصل الاجتماعي قادرة على تضخيم الانتشار السريع للمعلومات المضللة الصحية، ما يجعل تعزيز مهارات التحقق من المصدر جزءاً أساسياً من أي تدخل تعليمي موجّه لطلبة الجامعات[47-44] .

فيما يتعلق بنمط المعرفة، كشفت نتائجنا عن ثلاثة محاور متصدّرة للمفاهيم غير الدقيقة :الاعتقاد بأن EMDR علاج دوائي، والاعتقاد بأن فعاليته غير مثبتة علمياً، والخلط بينه وبين التنويم المغناطيسي .علمياً، يُعد EMDR علاجاً نفسياً منظماً قائماً على بروتوكولات، ويستند إلى نموذج المعالجة التكيفية للمعلومات(AIP) ، ولا يُصنّف كعلاج دوائي أو كتقنية تنويم مغناطيسي[15 ,14 ,10 ,8] .

وعلى مستوى الفهم العلمي، تتضمن الأدبيات التفسيرية لآليات EMDR فرضيات حول المعالجة الذاكرية والانتباهية والانفعالية أثناء الجلسات، إضافةً إلى شواهد فسيولوجية وعصبية داعمة في بعض الدراسات، مثل التبدلات الفسيولوجية خلال الجلسات ودراسات تخطيط الدماغ [17, 13, 11] .وعليه، فإن شيوع الخلط المفاهيمي في عيّنتنا يُرجّح أنه نتيجة التعرض لمعلومات عامة غير موجهة أكاديمياً، أكثر من كونه رفضاً واعياً للتدخل.

أما فيما يخص" فعالية"EMDR ، فإن الأدلة التراكمية الحديثة - بما فيها المراجعات المنهجية والتحليلات التلوية، ومنها تحليل على مستوى بيانات المشاركين الفردية - تدعم فعالية EMDR في خفض شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مقارنةً بقائمة الانتظار أو بعض البدائل العلاجية، مع تباينات منهجية بين الدراسات من حيث العينة والبروتوكول ومقاييس النتائج[37 ,21 ,19 ,18] .

وتنعكس قوة الدليل أيضاً في الإرشادات السريرية؛ إذ تُدرج توصيات دولية حديثة EMDR ضمن التدخلات النفسية الموصى بها للبالغين المصابين باضطراب ما بعد الصدمة [38 ,20] .وبناءً عليه، فإن نسبة غير قليلة من إجابات العينة التي تشكك بوجود دليل علمي على فعالية EMDR يمكن تفسيرها كفجوة في الربط بين" الدليل الإرشادي "وبين المعرفة الطلابية، وليس كدلالة على غياب الدليل.

بالانتقال إلى الاتجاهات والسلوك، أظهرت نتائجنا قبولاً عاماً لفكرة العلاج النفسي عند الحاجة بالتزامن مع إدراك قوي لوجود وصمة اجتماعية، في حين كانت نية طلب المساعدة النفسية بعد الصدمة مرتفعة بشكل محدود. يتسق هذا النمط مع ما تُشير إليه الأدبيات إلى أن الوصمة) الذاتية والمجتمعية (تُضعف الانتقال من القبول النظري إلى السلوك الفعلي في طلب المساعدة، وأن العوائق الإدراكية والتنظيمية) مثل الخوف من الحكم الاجتماعي، أو عدم معرفة مسارات الوصول، أو الشك في الفاعلية (تمثل محددات مركزية لدى طلبة الجامعات . [48 ,41]

في تحليل محددات المعرفة داخل العينة، كانت الفروق حسب الكلية والسنة الدراسية ذات دلالة إحصائية؛ حيث حقق طلبة الطب البشري وطب الأسنان مستويات أعلى من المعرفة مقارنة بباقي الكليات، كما ارتفعت المعرفة تدريجياً مع التقدم الدراسي، وارتفعت لدى من لديهم خبرة شخصية سابقة مع العلاج النفسي .هذه العلاقات منسجمة مع نتائج مسوح أُجريت على طلبة كليات صحية، حيث يرتبط التعرض التعليمي والتجربة المباشرة مع خدمات الصحة النفسية بتحسن المعرفة بالتدخلات القائمة على الدليل[39 ,32 ,31] .

تترتب على هذه النتائج دلالات تطبيقية مباشرة على مستوى الجامعة .أولاً، هناك حاجة لإدماج محتوى مُهيكل حول الرعاية القائمة على الدليل وعلاجات الصدمة الموجهة ضمن مقررات مختارة في الكليات الصحية، مع تصميم وحدات توعوية مبسطة للكليات غير الصحية، وربط ذلك بإرشادات دولية حديثة كي لا تبقى المعرفة منفصلة عن الدليل الإرشادي [38 ,20] .ثانياً، يمكن تنفيذ ورش قصيرة يقودها مختصون معتمدون لتوضيح ماهية EMDR واستطباباته وحدوده وشروط التدريب، مع التأكيد على ضرورة تلقي العلاج على يد معالج مُدرَّب ومعتمد [16 ,10] .ثالثاً، تُبرز النتائج أهمية تعزيز محو الأمية الرقمية الصحية عبر تدريب الطلبة على تقييم المصادر) مثل التحقق من جهة النشر، البحث عنDOI ، مقارنة الادعاءات مع توصيات رسمية(، وتوجيههم إلى موارد موثوقة، مع إدماج رسائل مضادة للمعلومات المضللة حول الصحة النفسية على المنصات الأكثر استخداماً [49 ,47-44 ,27] .رابعاً، من المهم تطوير مسارات إحالة ودعم داخل الجامعة) إرشاد نفسي، حملات تقليل الوصمة، تعريف بالخدمات (لتقليص الفجوة بين القبول النظري وسلوك طلب المساعدة[48 ,41] .

أخيراً، ينبغي قراءة النتائج في ضوء قيود منهجية، أهمها التصميم المقطعي) عدم إمكانية الاستدلال السببي(، واعتماد البيانات على الاستجابة الذاتية) احتمال تحيز التذكر أو الرغبة الاجتماعية(، واقتصار العينة على جامعة واحدة ما يحد من قابلية التعميم .كما أن القياس عبر أسئلة مغلقة قد لا يلتقط الفروق بين" التعرّف "و"الفهم " و"القدرة على التطبيق"، ما يدعو مستقبلاً إلى توسيع القياس النوعي والتحقق الصارم من الخصائص القياسية للأداة[42] .

ختاماً، تُظهر الدراسة أن انخفاض الوعي بـ EMDR لدى طلبة الجامعة يترافق مع مفاهيم خاطئة محددة ومع اعتماد مرتفع على المصادر الرقمية، ومع وجود وصمة تعيق طلب المساعدة .وتؤكد النتائج ضرورة تدخلات تعليمية وإرشادية داخل الجامعة تربط بين عبء الصحة النفسية لدى الطلبة وبين العلاجات الموجهة للصدمة القائمة على الدليل، بما يرفع المعرفة الدقيقة ويُحسن الوصول الفعلي للخدمات عند الحاجة[48 ,38 ,21-18] .

القيود والتوصيات:

رغم الإسهامات التي تقدمها هذه الدراسة، إلا أن هناك بعض القيود التي يجب ذكرها لتوجيه تفسير النتائج والدراسات المستقبلية:

1. تصميم الدراسة: يعتبر التصميم المقطعي للدراسة من أبرز القيود، حيث يقتصر على قياس الظاهرة في لحظة زمنية محددة، مما لا يسمح باستنتاج علاقات سببية بين المتغيرات المستقلة (كالكلية أو الخبرة الشخصية) ومستوى المعرفة. قد تكون العلاقات المرصودة متأثرة بعوامل أخرى غير مُقاسَة.

2. خصوصية العينة: اقتصرت العينة على طلاب الجامعة السورية الخاصة، ما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج على جميع طلاب الجامعات السورية أو الشباب في سياقات ثقافية وتعليمية مختلفة داخل سوريا أو خارجها.

3. أداة القياس: اعتمدت الدراسة على استبيان ذاتي التقرير لقياس المعرفة والاتجاهات، مما قد يعرض النتائج لتحيز التذكر أو التحيز الاجتماعي المرغوب، حيث قد يبالغ المشاركون في تقدير معرفتهم أو يقدمون إجابات يتوقعون أنها مقبولة اجتماعياً. كما أن مقياس المعرفة المكون من 11 بنداً قد لا يغطي جميع الأبعاد التفصيلية لعلاج EMDR أو يتعمق في الفروقات الدقيقة في فهم آلياته.

4. التحيز في الاستجابة: على الرغم من الجهود المبذولة لتعزيز تنوع العينة، فإن استخدام أخذ العينات بالإحالة وتوزيع الاستبيان عبر المنصات الرقمية قد يجذب فئة معينة من الطلاب (مثل الأكثر نشاطاً على وسائل التواصل الاجتماعي أو الأكثر اهتماماً بموضوع الصحة النفسية)، مما قد يقلل من تمثيلية آراء الطلاب الآخرين.

5. عوامل غير مقاسة: ركزت الدراسة على مجموعة محددة من المتغيرات الديموغرافية والأكاديمية. وقد تكون هناك عوامل مؤثرة أخرى لم تؤخذ في الاعتبار، مثل الدافع الشخصي للتعلم، مستوى التعرض للمحتوى الصحي عبر وسائل الإعلام التقليدية، أو السمات الشخصية للفرد (كالانفتاح على التجربة)، والتي قد تلعب دوراً في مستوى المعرفة والاتجاهات.

بناءً على هذه النتائج، تُوصي الدراسة بما يلي:

دمج التثقيف حول العلاجات النفسية القائمة على الأدلة، مثلEMDR ، في المناهج الجامعية، خاصة في السنوات الأولى، وليس فقط في الكليات الطبية.

تنظيم ورش عمل وحملات توعوية داخل الحرم الجامعي بالتعاون مع أخصائيين في الصحة النفسية، لتصحيح المفاهيم الخاطئة وتعزيز الثقافة النفسية.

تشجيع المهنيين الصحيين والأكاديميين على نشر محتوى علمي دقيق وموثوق باللغة العربية على المنصات الرقمية لمواجهة المعلومات غير الدقيقة.

إجراء مزيد من الدراسات بأبعاد نوعية لاستكشاف العوائق النفسية والاجتماعية العميقة التي تقف وراء الفجوة بين القبول النظري للعلاج النفسي والنية الفعلية للجوء إليه.

الخلاصة

تكشف هذه الدراسة عن فجوة معرفية كبيرة ووعي غير متجانس بعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR) بين طلاب الجامعة السورية الخاصة. يظهر نقص واضح في المعرفة الدقيقة عن العلاج، حيث أشار ثلث المشاركين فقط إلى معرفتهم السابقة به، وبلغ متوسط المعرفة الكلية أقل من 40%. سادت مفاهيم خاطئة شائعة، مثل الاعتقاد بأنه علاج دوائي أو غير مثبت علمياً، بينما كانت المعلومات الدقيقة عن آليته ونطاق استخدامه محدودة الانتشار.

على الرغم من وجود قبول نظري مرتفع لفكرة العلاج النفسي بشكل عام، فإن الإدراك القوي للوصمة المجتمعية والنية المنخفضة نسبياً للجوء إلى العلاج عند الحاجة تعكسان الفجوة بين المواقف الإيجابية والسلوك الفعلي. تبرز النتائج أهمية المصادر الرسمية والمهنية في بناء الثقة، حيث أعلى الطلاب من ثقتهم بالمصادر الأكاديمية والطبية في حين شككوا جداً في المعلومات القادمة عبر وسائل التواصل الاجتماعي.

تؤكد النتائج على الحاجة الماسة لتدخلات منهجية لتعزيز الثقافة الصحية النفسية في البيئة الجامعية. وتوصي الدراسة بدمج التثقيف حول العلاجات النفسية القائمة على الأدلة مثل EMDR في المناهج الدراسية، وتنظيم حملات توعوية داخل الحرم الجامعي، وتشجيع إنشاء محتوى علمي موثوق باللغة العربية. مثل هذه المبادرات ضرورية لسد الفجوة المعرفية، تقليل الوصمة، وتمكين جيل المستقبل من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم النفسية، وهو أمر بالغ الأهمية في سياق كالسياق السوري الذي يحمل عبئاً نفسياً متزايداً.

الاختصارات المستخدمة في البحث

EMDR: إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

PTSD: اضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder)

APA: الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association)

WHO: منظمة الصحة العالمية (World Health Organization)

SPSS: الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for the Social Sciences)

SPU: الجامعة السورية الخاصة (Syrian Private University)

IRB: مجلس المراجعة الأخلاقية المؤسسية (Institutional Ethical Review Board)

ANOVA: تحليل التباين الأحادي (Analysis of Variance)

قائمة المراجع:

1. Paiva U, Cortese S, Flor M, et al. Prevalence of mental disorder symptoms among university students: An umbrella review. Neurosci Biobehav Rev. 2025;175:106244.

2. Sivertsen B, Skogen JC, Petrie KJ, O'Connor RC, Knudsen AKS, Kirkøen B, et al. Mental health and suicidal ideation from 2010 to 2023 among university students: national repeated cross-sectional analysis. Br J Psychiatry. 2025 Oct 30:1-9.

3. Zhao M, Xin Y, Bai X, Zhang S, Liu H, Xu W, et al. Risk factors for suicidality among college students: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2025 Aug 1;382:567-578.

4. Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Bantjes J, Benjet C, Cuijpers P, et al. Suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: Results from the WMH-ICS project. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 Apr;57(4):263-273.e1.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

6. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 5:4-12.

7. Read JP, Ouimette P, White J, Colder C, Farrow S. Rates of DSM–IV–TR trauma exposure and posttraumatic stress disorder among newly matriculated college students. Psychol Trauma. 2011;3(2):148–156.

8. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. J Trauma Stress. 1989;2(2):199-223.

9. Farrell D, Kiernan MD, de Jongh A, Miller PW, Bumke P, Ahmad S, et al. Treating healthcare workers with symptoms of post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. J EMDR Pract Res. 2020;14(2):62-69.

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

11. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. J Clin Psychol. 2002;58(1):61-75.

12. van der Kolk BA. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking; 2014.

13. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological correlates of EMDR monitoring – an EEG study. PLoS One. 2012;7(9):e45753.

14. Solomon RM, Shapiro F. EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Potential Mechanisms of Change. J EMDR Pract Res. 2008;2(4):315-25.

15. Shapiro F, Laliotis D. EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Integrative Treatment and Case Conceptualization. Clin Soc Work J. 2011;39(2):191-200.

16. de Jongh A, ten Broeke E. Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma. 6th ed. Amsterdam: Pearson Assessment and Information; 2013.

17. Sack M, Hofmann A, Wizelman L, Lempa W. Psychophysiological changes during EMDR treatment in patients with PTSD. J EMDR Pract Res. 2008;2(3):239-46.

18. Wright L, Iturralde E, Taylor I, et al. Eye movement desensitization and reprocessing versus other psychological therapies for post-traumatic stress disorder: systematic review and individual participant data meta-analysis. Psychol Med. 2024 Jun;54(8):1580-1588.

19. Rasines-Laudes P, Serrano-Pintado I, et al. Efficacy of EMDR in Post-Traumatic Stress Disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Psicothema. 2023 Nov;35(4):385-396.

20. World Health Organization. Posttraumatic stress disorder (PTSD): psychological interventions – adults. Geneva: World Health Organization; 2023 (updated).

21. Villegas-Ortega J, Galvez-Arevalo R, Castilla-Encinas AM, et al. Effects of EMDR vs. waiting list for adults with post-traumatic stress disorder: A systematic

review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord. 2026 Jan 1;392:120134.

22. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1956.

23. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.

24. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.

25. Harden RM. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. Med Educ. 2000;34(7):551-7.

26. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. Med Teach. 2012;34(2):161-4.

27. Eysenbach G, Köhler C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. BMJ. 2002;324(7337):573-7.

28. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling–making the most of a powerful teaching strategy. BMJ. 2008;336(7646):718-21.

29. Faretta E, Dal Farra M. Efficacy of EMDR Therapy for Anxiety Disorders. J EMDR Pract Res. 2019;13(4):325-32.

30. World Health Organization. Building back better: Sustainable mental health care after emergencies. Geneva: WHO; 2013.

31. Marks LR, Howe JL. Knowledge and Attitudes of Medical Students Toward Evidence-Based Psychotherapies for PTSD. Acad Psychiatry. 2019;43(4):369-73.

32. Al-Khayyat AM, Al-Saif SA, Al-Harbi MA. Awareness and Knowledge of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Among Health Colleges Students in Saudi Arabia. J Adv Med Educ Prof. 2021;9(3):145-51.

33. Fontana M, Globe A. Knowledge of PTSD Guidelines Among European Mental Health Practitioners: A Cross-Sectional Survey. Eur J Psychotraumatol. 2020;11(1):1767987.

34. Park HY, Kim JE, Lee YJ. Emergency and Psychiatric Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Trauma-Informed Care. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2018;27(3):215-24.

35. Rogers P, Ahmad N, Gorman L. Primary Care Physicians' Awareness and Referral Attitudes Towards Trauma-Focused Therapies for PTSD. BJGP Open. 2019;3(3):bjgpopen19X101654.

36. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 1995;63(6):928–937.

37. de Jongh A, de Roos C, El-Leithy S, et al. State of the science: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. J Trauma Stress. 2024 Apr;37(2):205-216.

38. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC: American Psychological Association; 2025.

39. Gorczynski P, Sims-Schouten W. Evaluating mental health literacy amongst US college students: a cross sectional study. J Am Coll Health. 2024 Apr;72(3):676-679.

40. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community. Am Psychol. 2012;67(3):231–243.

41. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatizing attitudes… Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(12):1086–1093.

42. Ursachi G, Horodnic IA, Zait A. Reliability of measurement scales. Procedia Econ Finance. 2015;20:679–686.

43. López JC, García M, Fernández A. Knowledge and attitudes towards EMDR. J EMDR Pract Res. 2022;16(2):78–89.

44. Denniss E, Lindberg R. Social media and the spread of misinformation: infectious and a threat to public health. Health Promot Int. 2025 Mar 5;40(2):daaf023.

45. Garcia R, Miller A. Digital mental health misinformation. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2021;24(5):311–317.

46. Solomon RM, Shapiro F. EMDR mechanisms. J EMDR Pract Res. 2008;2(4):315–325.

47. Chen L, Liang X, Li Y. Misconceptions about psychotherapies. J Coll Stud Psychother. 2020;34(3):245–259.

48. Zhao R, Amanvermez Y, Pei J, et al. Research Review: Help-seeking intentions, behaviors, and barriers in college students – a systematic review and meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2025 Oct;66(10):1593–1605.

49. Ahmed O, Ben Said A. Trust in online health information. Health Informatics J. 2023;29(1):1–14.

الملاحق:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية

1. الجنس:
   - ☐ ذكر
   - ☐ أنثى
2. العمر:
3. الكلية:
   - ☐ الطب البشري
   - ☐ طب الأسنان
   - ☐ الصيدلة
   - ☐ الهندسة المعلوماتية
   - ☐ إدارة الأعمال
4. المستوى الدراسي:
   - ☐ سنة أولى
   - ☐ سنة ثانية
   - ☐ سنة ثالثة
   - ☐ سنة رابعة
   - ☐ سنة خامسة
   - ☐ سنة سادسة
5. هل سبق أن تلقيت علاجًا نفسيًا (جلسات مع طبيب/معالج نفسي)؟
   - ☐ نعم
   - ☐ لا
6. هل لديك قريب من الدرجة الأولى (الأب، الأم، الأخوة) سبق أن تلقى علاجًا نفسيًا؟
   - ☐ نعم
   - ☐ لا
   - ☐ لا أعرف

القسم الثاني: التعرض المسبق لعلاج EMDR

7. قبل هذا الاستبيان، هل سمعت من قبل عن علاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين (EMDR)؟
   - ☐ نعم

- ○ ☐ لا

إذا كانت إجابتك "نعم"، فمن أين سمعت عن هذا العلاج؟ (يمكن اختيار أكثر من خيار)

- ○ ☐ وسائل التواصل الاجتماعي (فيسبوك، إنستغرام، تيك توك، ...)
- ○ ☐ الإنترنت (مقالات، مواقع طبية، يوتيوب)
- ○ ☐ أصدقاء أو زملاء
- ○ ☐ الأسرة
- ○ ☐ طبيب/معالج نفسي
- ○ ☐ مقررات جامعية/محاضرات
- ○ ☐ مصدر آخر: _____

9. إلى أي درجة تشعر أنك **مطلع** على هذا العلاج؟
   - ○ ☐ لا أعرفه إطلاقًا
   - ○ ☐ سمعت بالاسم فقط
   - ○ ☐ لدي فكرة بسيطة عنه
   - ○ ☐ أعرف تفاصيل متوسطة عنه
   - ○ ☐ أعرفه بشكل جيد جدًا

القسم الثالث: أسئلة المعرفة (صحيح / خاطئ / لا أعرف)

طريقة الإجابة:

أمام كل عبارة، ضع إشارة على:

صحيح / خاطئ / لا أعرف

هذه الفقرة مبنية على معلومات علمية حول EMDR كما وردت في الأدبيات والدلائل الإرشادية مثل WHO وغيرها.

10. علاج EMDR هو أحد أنواع العلاجات النفسية المستخدمة بشكل أساسي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

11. في جلسة EMDR، يُطلب من الشخص أن يستحضر ذكرى مُزعجة/صادمة بينما يتابع بحركات عينيه حركة إصبع المعالج أو منبّه بصري/سمعي.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

12. علاج EMDR معترف به من قبل منظمة الصحة العالمية كأحد العلاجات الموصى بها للتعامل مع الصدمات النفسية.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

13. فعالية علاج EMDR غير مثبتة علميًا، ويُعتبر من العلاجات غير المبنية على الدليل.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

14. يمكن استخدام EMDR ليس فقط في اضطراب ما بعد الصدمة، بل أيضًا في بعض حالات القلق والاكتئاب المرتبطة بتجارب مؤلمة.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

15. يعتمد EMDR على التنويم المغناطيسي بشكل أساسي.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

16. يتضمن علاج EMDR عادةً عدّة مراحل أو خطوات علاجية وليس مجرد تحريك للعينين دون إطار علاجي.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

17. يحتاج تطبيق EMDR إلى معالج نفسي/طبيب مدرَّب ومعتمد، ولا يُنصح بتجربته ذاتيًا بدون إشراف مختص.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

18. عدد الجلسات في EMDR قد يكون أقل من بعض العلاجات النفسية التقليدية في بعض الحالات.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

19. يمكن تطبيق EMDR عن بُعد (أونلاين) في بعض الحالات من خلال منصات الفيديو مع معالج مختص.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

20. EMDR هو علاج دوائي يعتمد على أدوية مهدئة خاصة.

- ☐ صحيح ☐ خاطئ ☐ لا أعرف

القسم الرابع: الوعي بالمصادر والثقة بالمعلومات

مقياس ليكرت من 1 إلى 5:
1 = لا أثق أبدًا ، 5 = أثق جدًا

إلى أي درجة تثق بالمعلومات عن EMDR إذا جاءت من المصادر التالية:

21. طبيب نفسي أو معالج نفسي مختص

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

22. أستاذ جامعي في كلية الطب/العلوم الصحية

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

23. زميل/صديق في الجامعة

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

24. وسائل التواصل الاجتماعي (إنستغرام، تيك توك، ...)

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

25. مواقع طبية موثوقة (منظمات صحة عالمية، جمعيات علمية)

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

26. مقاطع "إنفلونسر" أو مشاهير يتحدثون عن العلاج النفسي

- ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1

القسم الخامس: الاتجاهات والمواقف تجاه العلاج النفسي وEMDR

مقياس ليكرت (1–5):
1 = لا أوافق بشدة ، 2 = لا أوافق ، 3 = محايد ، 4 = أوافق ، 5 = أوافق بشدة

رجاءً اختر الدرجة التي تعبّر عن رأيك:

27. أرى أن اللجوء إلى العلاج النفسي عند الحاجة أمر طبيعي ومقبول.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

28. أشعر أن المجتمع ينظر بسلبية إلى من يذهب إلى طبيب/معالج نفسي.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

29. لو تعرضتُ لصدمة نفسية قوية، أفكر جدياً في طلب مساعدة من مختص نفسي.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

30. أشعر بالفضول للتعرف أكثر على علاج EMDR وكيف يعمل.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

31. إذا أوصى طبيب نفسي باستخدام EMDR معي، سأكون مستعدًا لتجربته.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

32. أفضل العلاج الدوائي على العلاجات النفسية مثل EMDR.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

33. أعتقد أن الجامعة السورية الخاصة يجب أن تقدّم محاضرات أو ورش تعريفية عن العلاجات النفسية الحديثة مثل EMDR.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

34. أرى أن الحديث عن الذكريات المؤلمة في العلاج النفسي غير مفيد، ويفضل تجنب استرجاعها تمامًا.

- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

35. أعتقد أن العلاجات المعتمَدة دوليًا (مثل تلك الموصى بها من منظمة الصحة العالمية) تستحق أن تُعرَف بشكل أفضل بين الطلبة.

1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ •

Syrian Arab Republic

Syrian Private University

Faculty of Medicine



Awareness and Knowledge of Syrian Private University Students regarding Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy

M.D Graduation Thesis

Supervised by

Prof. Dr. Youssef Latifeh

Prepared by

Helana Koryakus Koryakos
Elie Elias Ibrahim

Academic Year
2025–2026