

## التطبيقات الإرشادية النفسية لتخفيف الألم لدى المصابين بالانزلاق الغضروفي

الدكتور: لرينونة محمد يزيد      الدكتور: براهيم شلي  
جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله

### ملخص:

تبعاً للعلاقة القائمة بين النفس والجسد، تم بحث الألم ذو المنشأ النفسي عند الإصابة بالانزلاق الغضروفي، بتوضيح التداخل بين العوامل الجسدية والوجدانية، مما يفرض الخدمة النفسية السلوكية المعرفية بجانب العلاج الطبي، لمساعدة هؤلاء المرضى للتخفيف من حدة الألم لديهم.

### Summary :

Depending on the relationship between psychic and body, the psychological origin of the pain related to intervertebral disk is the purpose of this article in order to clarify the overlap between physical and compassionate factors, which imposes cognitive behavioral psychological service beside medical treatment, to help those patients to alleviate the pain.

### مقدمة:

يعاني العديد من المرضى المصابين بالانزلاق الغضروفي من آلام حادة على مستوى مناطق مختلفة من الجسم، وهو الأمر الذي يؤدي إلى إعاقتهم عن أداء العديد من النشاطات اليومية والاجتماعية المختلفة، وقد يزيد الأمر تأزماً عندما تتسم سمات شخصية المريض بالهشاشة الوجدانية، ليصبح تعبيره عن المرض مضاعفاً للآلام الجسمية لديه، مما جعل حتمية المساعدة النفسية مع العلاج الطبي واردة للتخفيف من حدة الألم والوصول بالمريض إلى الراحة الجسدية والنفسية معاً.

### 01-تعريف الانزلاق الغضروفي أنواعه وأعراضه المرتبطة بالألم:

تظهر مشكلة الانزلاق الغضروفي بسبب حدوث مشكلة في أحد الأقراص في الفقرات العنقية التي تفصل فقرات العمود الفقري، وتتكوّن هذه الأقراص من شريط خارجي يشبه الإطار، يحتوي على مادة سائلة تشبه الهلام تسمى النواة اللبّية، ويسمّى هذا للإطار بالحلقة اللبّية، وعند حدوث ضغط على الأقراص وبسبب وجود تصدّعات يسبّب ذلك اندفاع المحتوى الهلامي الداخلي للقرص، ويعمل على نفخ المنطقة المتصدّعة فيضغط على الأعصاب الموجودة في النفق الفقري، أو عندما تتسرّب النواة اللبّية بسبب وجود تمزّق في الغلاف الخارجي المحيط بالقرص، ويسبّب هذا الانزلاق ضعفاً في الساق واليد والشعور بتنميل وخدر وألم في اليد والساق، بالإضافة إلى تهيّج في جذور الأعصاب التي تخرج من النخاع الشوكي، وهناك أربعة أنواع من الانزلاق الغضروفي هي:

-الانزلاق الغضروفي القطني: ويؤدي للشعور بالألم عند التمدّد وعند الضحك والعطس والسعال، وعدم القدرة على المشي مسافات طويلة وعدم القدرة على الوقوف في بعض الحالات، وظهور ألم شديد في أسفل الظهر الذي قد يمتدّ إلى الساقين والمؤخرة، والإحساس بتنميل وخدران في الأطراف السفليّة من الجسم، وعدم القدرة على التحكّم بالمثانة ممّا يسبّب التبول اللاإرادي في بعض الحالات، وظهور تقلّصات حادة في الرجلين عند المشي وفي عضلات المؤخرة.

-عرق النسا: ويؤدي لظهور ضعف في العضلات، وصعوبة في الوقوف والمشي، والشعور بألم في الظهر والقدم والساق والأرداف، وتنميل وخدر في الأطراف.

-الانزلاق الغضروفي الصدري: ويؤدي للشعور بضيق في التنفّس بسبب التأثير على العضلات التي تساعد على التنفس، والشعور بألم في منطقة الظهر والضلوع والقفص الصدري، ويمكن أن يسبّب قلقاً وتعباً نفسياً للمريض.

-الانزلاق الغضروفي العنقي: ويؤدي للشعور بألم في منطقة لوح الكتفين، وصعوبة في تحريك عضلات الرقبة وتيبسها ممّا يسبّب الألم عند محاولة تحريكها، والشعور بألم شديد عند تحريك الرأس أو عند القيام بثني العنق، وألم عند العطاس والسعال والتمدّد وعند الضحك، وكيفية التخلّص من الانزلاق الغضروفي وعلاجه يستغرق عدّة أسابيع، وقد يمتدّ إلى أشهر، ويمكن إتباع الإرشادات الطبية كممارسة التمارين الرياضيّة التي ينصح بها الطبيب أو المختص في العلاج الطبيعي، وتجنّب الجلوس مدة طويلة على السرير وتجنّب وضعيات الجلوس الخاطئة، وتناول بعض الأدوية التي تعمل على

تخفيف الألم، واللجوء إلى العمليات الجراحية الضرورية، وضع كمادات الماء الساخنة على المنطقة المصابة.

## 02-التفسير النفسي للألم:

ويعتبر العديد من الناس أن المعادلة "ألم شديد= إصابة كبيرة" معادلة صحيحة، ويكون الأمر كذلك في الساعات والأيام الأولى بعد الإصابة، ولكن الأمر مختلف إذا ما استمرت الحالة عدة أسابيع، ويقول المعالجون النفسانيون أن الألم في حالة المرض يمثل الإصابة العضوية بـ 20% والوجدان بـ 80%، وهذا صحيح في غالب الأحيان، مع العلم أن الأمر يختلف من شخص لآخر ومن وضعية لأخرى، فكلما استمر الألم زادت شدته الوجدانية، وهذا ما يفسر زيادة حدة الألم حتى وإن كانت الإصابة قد استقرت بل وقد تماثلت للشفاء، وتضاف إلى ذلك، طرق تسيير الألم في الحياة اليومية، والتغيرات التي يحدثها في علاقات الفرد مع الآخرين، وما ترتب عنه من أفكار حول أثره على مستقبله.

وفي بعض الحالات يمكن أن يصل الوجدان إلى 100% والإصابة إلى 0%، تلك حالة يكون فيها الفرد قد شفي من مرضه ولكنه لا يحس بذلك، وهي وضعية تحدث عموما لأشخاص لديهم مخلفات إصابة حادث، وضعية يترتب عنها صدمة نفسية، كاد من جوارها فقدان حياته وهو واع بذلك، إلا أنه لم يلق من حوله من يراعي هذه الوضعية، وهو وضع يعقد العلاج، كون المحيط العلاجي والأسري لم يعمدوا إلى التقليل من واقع الحادث، فالوجدان الذي يعبر به المريض هو الذي يزيد من شدته، وإذا ما تغيرت وجهة اهتمام المريض نحو زاوية أخرى فالألم ينخفض لا محالة، ففي حالة الإصابة بألم في الظهر، يكون الألم موجعا ولكن إذا ما دهس شخص رجل المريض بشدة، نجده يلفت وجعه نحو هذا الموضع من جسمه ناسيا ولو لمدة ألمه في الظهر، ويمكن الاستنتاج أن الجهاز العصبي لا يمكنه توجيه انتباهه لكل مواطن الألم في ذات الوقت، وهو ما يعرف بزمن العصيان في العلوم العصبية.

والإجهاد هنا عملية إيجابية، فإن إحداث الألم وإن كان شاقا بالنسبة للمريض، يخلف أحاسيس طيبة عند الراحة، هذا ما يفسر أن الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمّن وهم يحافظون على نشاطاتهم الرياضية والمهنية، يكونون في أحسن وضع من أولئك الذين لا يقومون بأية حركة ولا نشاط، ومن التوصيات التي يلح عليها المعالجون

تلك التي تنصب على القيام بالنشاطات الواجبة، كونها تمتص الفكر وتجعل من الألم أقل اجتياحا، ولكن ليس معنى ذلك أن كل النشاطات ضرورية، فلا بد أن يتفادى المريض الإجهاد وبعض الوضعيات التي تنهك الجسد والتي تتنافى مع صحته، خصوصا إذا تميز بهشاشة جسدية و/أو وجدانية، ففي هذه الحالة فالنشاطات أقل جهدا وأكثر تنظيما.

إن استخدام الأدوية المسكنة ليست علاجا شافيا، بل هي قليلة الفاعلية، وإن قدمت معها بعض المهدئات التي لا يقبلها كل المرضى، بل يجدون نفورا كبيرا منها بسبب التبعية الطبية لها، والألم الذي يحس به المريض هو الأساس، سواء كان مبررا أم لا بالإصابات التي يكشفها الطبيب، فهذا الأخير ليس هو من يحكم على صدق هذا الألم، ولكن مهمته الأساسية هي البحث عن أصله وأسبابه. (Van Rillaer, 1992)

فإن كان تشخيص الطبيب بأن الألم الذي يعاني منه الفرد بإصابات في الفقرات لا يستدعي الشدة الظاهرة عليها، يمكن له استشارة طبيب آخر ليؤكد ذلك، وإلا عليه بإتباع إرشادات المعالج، والخوض معه فيما يتعلق بالجانب الوجداني للألم، لأنه جانب هام كونه ينشئ تغييرات فيزيائية حقيقية، وذلك بسبب الروابط الموجودة بين الجسد والنفس. (Boureau, 1986) حيث يكون العلاج الدوائي في هذه الحالة غير كاف، والنتيجة تضمها دافعية المريض وكفاءة المعالج، وعلى هذا الأخير أن ينتبه لردود فعل المريض تجاه حالته المرضية وتلك الامتيازات الثانوية التي يبحث عنها، حيث يكون المشكل عويصا عندما يغوص المريض في حالات الامتيازات الثانوية للألم، فقد تكون من نوع علائقي، مثلا أن ينصب الزوجين حول موضوع الألم لدى أحدهما، فالصحيح يحمي الآخر، أو شخصا عجوزا يجمع من حوله أبناءه بسبب آلامه المزمنة.

ويرى بورو Boureau أن المثبرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية، وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات التجنب الدفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التي تعمل على إزالة أو إيقاف المثبر الشرطي كالخوف أو القلق بنجاح (Boureau, 1986)، والمواقف التي تبعث على الخوف لديه، ويطلب في هذا الإجراء من المريض التخيل، ويبدأ هذا الإجراء بتعريض المريض إلى الموقف الذي يثير لديه أقصى حد من القلق، وذلك خلافا لفقدان الحساسية المنتظم (التدريجي)، فالمعالج يهول الأمر وذلك بهدف إبقاء المريض في حالة من القلق الشديد مدة طويلة. (ليبي روبرت، 2006)، ومثال على ذلك معالج يطلب من المريض تخيل موقف يخاف منه، وهذا الموقف هو

خوفه من الأماكن المرتفعة، بحيث يقول المعالج للمريض تخيل إنك تقف على سطح بناية عالية جدًا وتنظر إلى الشارع وقدماك على ممر ضيق ويداك تمسكان بسور حديدي، وتنظر إلى الأسفل فتلاحظ كم تبدو الأشياء صغيرة فتشعر بالرعب وتشعر بنبضات قلبك تتسارع، وكيف أنك لم تعد باستطاعتك التقاط أنفاسك، كما تشعر أن يداك قد تجمدتا من الخوف، ويتصبب العرق من جسمك وتحس أنه لم يعد بمقدورك الإمساك بالسور... الخ. (جمال الخطيب، 1990، ص360)، و منه فمن الضروري الأخذ بعين الاعتبار المعاش النفسي والبعد النفسي الاجتماعي اللذان يرتبطان بداء المفاصل الروماتويدي، فإن المعاناة اليومية للألم المصاحب لهذا الداء متعب جدا، فهو ألم شديد ومعيق ومنهك، كما أنه يشوه الجمال الخارجي للمريض، حيث يجد المريض صعوبات جمّة وهو يصارع متحديا عدم القدرة على تحريك جسده في أدنى الحركات الضرورية في الحياة اليومية، الأمر الذي يدفع به إلى العزلة وعدم التفهم وتحقير الذات، فهي وضعية تفقده القدرة على تسيير المشاريع الحياتية، رغم إحاطته بمحيط أسري متواجد معه على الدوام، والإحساس الأكثر إنهاكا بالنسبة لهذا المريض يتعلق بعدم القدرة على التحكم في الوضعية المعاشة، فغالبا ما تنتابه نوبات من القلق، بسبب الخوف من المستقبل، واللجوء إلى العزلة وما يصاحبه من فقدان عاطفي واجتماعي ومهني.

وتدخل المعالج في هذا الوضع لمساعدة المريض على تعلم طرق تسيير مرضه، باستخدام العلاجات المتتابعة ونظم العلاقات التي يباشرها مع المحيط العائلي والمهني والاجتماعي بصفة عامة، وتكون أول خطوة في التربية العلاجية لمرضى داء المفاصل مرتكزة على الإعلام، فهو يعد بالنسبة للمريض حاجة وحقا، ويسمح هذا الأسلوب العلاجي التخفيف من أثر الأزمة التي يعاني منها المريض كما يمكنه للمضي قدما في التعامل مع إعاقته، وغاية العلاج هذه ترمي إلى تعليم المريض سبل التعامل مع حالته، فهو بذلك يصبح مسيرا فعالا لمرضه، ويستند المعالج وهو في المرحلة الإعلامية ببعض الأدوات المصورة والمخطوطة توجه المريض لفهمه لحالته، وفي المرحلة الثانية المتعلقة بالإرشاد يعمل على تحسيس المريض بتعاونه معه وفهمه لحالته، فهو إنصات ودعم اجتماعي، أما التربية العلاجية فقد يتم خلالها توضيح حاجيات المريض وتوظيف السبل التي يستخدمها المريض للتكفل الذاتي بحالته، ويندرج العلاج في هذا المجال ضمن استراتيجيات نفسية تربوية وسلوكية معرفية، أسسها التعليم والإرشاد والتربية

العلاجية، عناصر يستفيد منها المريض وهو بذلك يتعلم سبل التكيف مع حالته المرضية، ففي الجانب السلوكي المعرفي يلجأ المعالج إلى طرق التعامل مع الضغط واستخدام الاسترخاء كأداة وتقنية ناجعة في هذا المسعى. (Van Rillaer, 1992)

### 03-الألم والإرشاد النفسي:

ويقصد بالإرشاد النفسي المساعدة النفسية في تعديل السلوكي والمعرفي. فالجانب السلوكي يهتم بالنظر إلى سلوك الفرد (داخليا وخارجيا) بوصفه نتاج أحداث البيئة، فيكون التركيز لا على الفرد في حد ذاته فحسب، ولكن أيضا ما يحيط به من بيئة، كونها هي التي تبقى غالبا على مشكلات الفرد، فيكون هنا التدخل العلاجي السلوكي عمليا هو "تعديل وإعادة تنظيم" علاقة الفرد بذاته وبتلك البيئة. (لويس كامل مليكه، 1990، ص11)، فالعلاج السلوكي، كقطب هو علاج يعتمد على الأساليب التي تقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، فيكون بمثابة "تعديل للتعلم الخاطئ"، حيث ذهب بعض المنصبين في هذا المجال إلى إدراج الجوانب العلاجية السلوكية تحت مسمى "العلاج السلوكي وتعديل السلوك"، حيث يضعون تحت هذه التسميات كل الإجراءات التي يكون هدفها تغيير السلوك (الشناوي والسيد عبد الرحمان، 1998، ص13). وعندما نتحدث عن البعد المعرفي فالمقصود هنا هو إدراك الفرد لحالته والطريقة التي يعاني بها في وضعه المرضي، ويستند هذا الجانب على افتراض أساسي يؤكد على أهمية العمليات العقلية أو الترميزية في تنمية السلوك المرضي والإبقاء عليه وتعديله أيضا. (Mahoney, 1984). وبهذا المنظور فإن العلاج السلوكي المعرفي يرمي إلى فهم الوضعيات الإشكالية الملموسة التي يعبر عنها المريض، وبذلك إبراز الروابط الموجودة بين المعارف (الأفكار) والوجدانيات والسلوكيات المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض. (Bandura, 1976)، فالمفحوص مدعو أثناء الحصة العلاجية للتعرف على وجدانياته السلبية وإدراك الأفكار المرتبطة بهذه الوجدانيات، ومن ثمة بناء أفكار جديدة يصد بها المعارف السلبية، وهو ما يجعل العلاج السلوكي المعرفي مدته قصيرة. (Chassot et al., 2006)

أما فيما يتعلق بموضوع الألم المزمن، فإن العلاج السلوكي المعرفي هو ذلك العلاج الذي يسعى من خلاله المعالج مساعدة المريض على تحسين القدرات الجسدية، وكذا تحسين الحياة الاجتماعية، وتحسين طبيعة حياة المريض وذلك بالعمل على خفض شدة

الألم الذي يعاني منه المريض. (Vlayen et Wall et Melzack, 1999)، حيث تنتقي المخططات المعرفية وتعالج "المعلومة" بصفة آلية، وهي تمثل التأويلات الشخصية للواقع، وتصب في "الاستراتيجيات الفردية للتكيف" كما أنها تمثل التفاعل بين الوجدان والانتباه والذاكرة والسلوك، وهي تفسر على أنها انتقاء للأحداث وبذلك "التوقعات السلوكية" المرتبطة بها. (Inserm, 2004)، ومن الواضح أن النموذج الطبي التقليدي ظل لفترة طويلة هو السائد والمسيطر على التفكير العلمي، وعلاج المرض العضوي وما تعلق بالألم المصاحب له، سواء كان ذلك من منطلق التصور التقني للأطباء، أو من معتقد المرضى في حد ذاتهم، وينظر هذا النموذج التصوري إلى الألم على أنه "خبرة حسية" تعتمد بشكل أساسي على درجة "التضرر" الحادث في النسيج الحي أو درجة نشاط مرض معين، بحيث لم يول أي اهتمام للجانب النفسي والعمليات الوجدانية التي ترتبط به والتي لها آثارها على إدراك هذا الألم، ولقد انبثقت عن هذا النموذج إجراءات علاجية تعتمد في معظمها على "إعاقة" وصول رسائل الألم من خلال قطع أو غلق مسارات الألم اعتمادا على الجراحة أو العقاقير. (Keef et al, 2005)، والملاحظ من الجانب التطبيقي لهذه الطرق والأساليب العلاجية أنها لم تكن ناجعة في التعامل مع الألم، ذلك أن المرضى لا يستجيبون بنفس الدرجة للعلاج بالرغم من تشابهم في درجة المرض وشدته، كما أن بعض المرضى الذين تعرضوا للعمليات الجراحية ظلوا يعانون من الألم، وأن البعض في بعض الحالات يصعب تحديد الأسباب المرضية المتعلقة بها، وفي حالة إمكانية ذلك فإن الألم لا يتناسب في درجته مع تلك الأسباب.

ومن المهتمين الأوائل بهذا الجانب فوردصاير ومساعديه Fordcyre et al الذين كانوا السابقين في تطبيق مبادئ المنهج السلوكي في فهم وتفسير الألم والعلاج النفسي للألم المزمن. (Fordcyre et al, 1976) ، وفي الجانب الأخر عدة دراسات أوضحت أهمية الجانب المعرفي مثلها مثل أهمية الجانب السلوكي، بل هما مرتبطتان ارتباطا وثيقا في عمليات تفسير الألم والعوامل المتعلقة به. (محمد قاسم عبدالله، 2004)

وفي هذا الصدد توصل الباحثان وليامس وثورن Williams et Thorn إلى أن معتقدات المريض حول الألم المزمن يمكن تصنيفها وفق ثلاثة أبعاد هي:

- الاعتقاد بأن الألم دائم ولا يمكن تغييره.

- الألم سر غامض غير مفهوم.

- المرض هو سبب الألم واستمراره. (Williams et Thorn, 1989)

لذلك فإن المعتقدات مثل الأفكار والمعارف والتوقعات تؤثر بشكل واضح على التعامل الذي نلاحظه عند المريض الذي يعاني من الألم، الأمر الذي يدعم الافتراض المتعلق بالنموذج السلوكي المعرفي في تفسير وعلاج الألم المزمن.

ومن المعتقدات التي نالت قسطا كبيرا من الدراسات، ما تعلق بمعتقد المريض حول كفاءته الذاتية وفعاليتها، حيث أن هذه العملية متباينة من مريض لآخر وأن المرضى الذين يحصلون على درجات عالية من الفعالية الذاتية يخبرون درجات منخفضة من الألم، وأن تحسن الوضعية وكذا الفاعلية الذاتية مرتبط بتحسين في الألم والعجز والحالة المزاجية وكذا التعامل القصير المدى والطويل المدى المقترح على المريض للتدريب على مهارات التغلب على الداء. (Lorig et al,1989)، لذلك فإن هذا النموذج العلاجي يعتمد على علاقة تعاون بين المعالج والمريض، العقد العلاجي الذي يضمن نجاح العملية وكذا على مدى دافعية الطرفين لتحقيق التحسن. (Psycom, 2013, p05)

لأن هذا النموذج يعتبر الحالة المرضية ذات سبب عقائدي معرفي وسلوك مكتسب، ذلك أن الاضطراب أساسه فكرة استثمارها المصاب حتى ركزت كمخطط اعتقادي يصاحبه وجدان يرسم على شكل سلوك غير متكيف. هذا الأمر يصبغ الصبغة المرضية للحالة، بالتركيز على (الهنا و الآن). مثلما أن التشخيص يركز على طبيعة الأعراض في شكلها الظاهري بما يعرف بالتحليل الوظيفي حيث أن المعالج النفسي لا يهتم بماضي المريض، سوى فيما يتعلق بالروابط العلائقية ذات صلة مع الوضع الراهن للحالة، فالعلاج النفسي السلوكي المعرفي ينصب على الحاضر الملموس وعن "الآن" التي تبرز فيه الأعراض ويكون تعديل "الأفكار والانفعالات"، وكذا السلوك غير المتكيف الذي يجعل من الحالة في وضع اضطراب، (Rector N, 2010, p02)، والافتراض بأن العلاج السلوكي المعرفي له أسس نفسية يمكن أن تفيد في تعديل السلوك غير المتوافق، لأن طبيعة تفكير المريض ترتبط ارتباطا وثيقا مع بنيته الإدراكية للأشياء المحيطة به، سواء كانت داخلية أم خارجية، بمعنى أن السلوك المتكيف وغير المتكيف مرتبطان بالأسس النفسية التي لها علاقة بحقيقة بنية الشخص العقلية والوجدانية.

وحسب آرون بيك فإن الأشخاص الذين لديهم معتقدات قاعدية سلبية يكونون أكثر عرضة للاكتئاب والقلق من أولئك الذين لديهم معتقدات إيجابية (Rector,N., 2010, p. 12) ويمكن تخصيص برامج علاجية قصيرة ومتوسطة المدى، لتظهر فعاليتها من خلال تبادل تفاعلي بين المعالج والمريض، عكس العلاج التحليلي الذي يمتد عدة سنوات،



قد تصل إلى عقد من الزمن في المتوسط، بغية الوصول إلى الوعي بطبيعة الصراعات النفسية التي يعاني منها الفرد وما يتعلق بها من آليات دفاعية وهوامات، في حين أن العلاج السلوكي المعرفي ينطوي على تقنيات وأساليب تتضمن نماذج امبريقية من فقدان الحساسية المنتظم والنمذجة ورقابة ذاتية وتقنيات حل المشكل وغيرها بغرض تعديل السلوك وتصحيح الأفكار السلبية و/أو الآلية (التفكير النمطي).

#### 04-تطبيقات إرشادية للتخفيف من الألم:

طور العديد من المختصين والفرق العلاجية أساليب تدخل علاجي سلوكي معرفي وهم يتعاملون مع مرضى يعانون من الألم المزمن، ولما كان هدف العلاج السلوكي المعرفي مساعدة المريض من أجل فهم أفكاره ومعتقداته، فهو بمساعدة معالجه يصل إلى فهم وتفسير الأحداث السلبية التي يتعرض لها، وبذلك تصبح استجاباته وسلوكه أقل حدة وتوترا. (Rector N, 2010, p13)

ومن المعلوم أن المعالج السلوكي المعرفي، قبل أن يضع خطته العلاجية يجري بعض الحصص (الابتدائية) التشخيصية، والتي قد تكون من حصتين إلى ثلاثة حصص (حسب الحالات ونوع العلاج)، وتعرف بالتحليل الوظيفي، ويجمع من خلالها المعطيات العيادية المتعلقة بالمريض وسوابقه المرضية وتاريخ الحالة وكذا ما ينتظر المريض من هذا العلاج.

#### 05-مراحل الإرشاد النفسي للتخفيف من الألم:

يعتمد الإرشاد النفسي لمساعدة المرضى المصابين بالانزلاق الغضروفي للتخفيف من الألم على حصص مهمة هي:

أ-الحصص الأولى: في هذه الحصص يشترك المعالجان (مختص في الأمراض العقلية وطبيب أمراض عضوية) في عملية توضيح الإطار العلاجي وذلك بتقديم مخطط توضيحي يتعلق بآليات الألم، ومخطط آخر يوضح الأهداف والوسائل العلاجية، كما يركزان على أهمية الواجبات المنزلية المقترحة نهاية كل جلسة.

ب-من الحصص الثانية إلى الحصص الخامسة:أثناء الحصص التالية يقوم كل مريض باختيار نشاط خاص يهدف إلى تطبيقه خلال الأسبوع، في الغالب يكون هذا النشاط موجودا في ساحة الاهتمام قبل المعاناة من الألم، لذا فالأمر مهم على أن يكون النشاط واقعيًا وقابلًا للتطبيق تدريجيا، ويقدم المريض عرض حال حول تطبيق هذا النشاط في

بداية كل حصة، ثم يقوم أعضاء المجموعة بمناقشته سويا، أما المعالج يكمن دوره في كتابة مقالاتهم على صبورة ورقية يمكن للجميع رؤيتها، حيث تصبح في بعد مذكرة يرجعون إليها عند الحاجة، يتعلم الجميع خلال هذه العملية مشاركة أحاسيسهم وتجاربهم تجاه الألم، وتكون التعاليق علما بمثابة عنصر التوجيه والتشجيع في مواجهة الصعوبات التي يتلقاها الأفراد ويعانون منها وهم يحاولون التغلب على الألم.

ج- الحصة السادسة والسابعة: أثناء هاتين الحصتين يتطرق المعالجان إلى الجانب العقلي حيث يوجه المرضى داخل المجموعة نحو التدبر في طريقة معاشتهم للتجربة، ونظرتهم لأنفسهم وطبيعة أحاسيسهم، وفي هذه المرحلة أيضا يقوم كل منهم بمقارنة مختلف أساليبهم في مواجهة المشاكل التي يتعرضون لها أثناء نشاطاتهم المنزلية، ويقترح المعالج ثلاثة طرق أثناء الجلسة تتمثل في "هل يمكن تغيير الوضعية بصفة حقيقية؟ وهل يجب النظر إلى الوضعية بمنظور مختلف؟" أم أنه يجب التخلي على الوضع مؤقتا حتى يتسنى القيام بعمل أحسن فيما بعد؟"، ويطلب من كل مريض في المجموعة محاولة قياس مدى قدرته في التغلب على وضعية ما أثناء النشاط المنزلي اليومي، ثم مناقشة نتائج ذلك مع المجموعة، وفي هذه المرحلة يتم بناء البرنامج الإرشادي وفق التقنيات النفسية الإرشادية المعروفة في النظريات النفسية والتي أعطت إيجابياتها من استرخاء وتعديل الوضعيات الجسدية، متعلقة بالجانب السلوكي وأخرى سلوكية معرفية من توكيد الذات وحل المشكل ولعبة الأدوار والبرنامج العقلاني الانفعالي لألبرت إيليس، في نظرة تكاملية هدفها الأساسي مصلحة المريض.

د- الحصة الأخيرة: يتم في هذه الحصة تقديم ملخصات الحصص السابقة من طرف المعالج موضحا فيها النشاطات الناجحة مثلما سجلت على الجدار الورقي في كل حصة، ومن الملاحظ أنه في نهاية العلاج الذي اقترحه المعالجون أن مستوى انخفاض شدة الألم بالنسبة للمرضى في الحصص العلاجية علمتهم النظر إلى الألم بوجهة مختلفة عما كان عليه الحال قبل العلاج، وأن التكيف مع المرض أصبح أحسن حاليا رغم عدم انخفاض شدة الألم لديهم. (Lalve Aubert et al,2002)

ه- حصص المتابعة بعد العلاج: حيث يقترح المعالج على الجماعة حصة تقويمية يحضرها كل المرضى، يتحدث من خلالها المرضى عن سرورهم باللقاء مجددا ويتبادلون أخبارهم، إلا أن التعليقات تبقى تدور حول نشاطات الأفراد داخل الجماعة، ومتابعة هذه النشاطات ومدى نجاحها وحدودها والصعوبات التي عرقلت إمكانية أداءها، كذلك

الأمر المتعلق بالتعرف بالأحسن للذات وللألم، مقابل الإحباط وأوقات الثورة الداخلية ومرحلة الاستسلام للمرض، وأثناء هذه الحصص التقويمية تسطر للمرضى ثلاثة أهداف رئيسية هي:- تسيير الألم.

- تسيير الوقت (زمن الانشغال بالنشاطات).

- تسيير العلاقات الأسرية والاجتماعية.

### خاتمة:

تزيد الهشاشة الوجدانية المصاحبة للحالات المرضية وضع المريض تأزماً، فكان التركيز على التقنيات التي أعطت إيجابياتها من استرخاء وتعديل الوضعيات الجسدية، المتعلقة بالجانب السلوكي وأخرى سلوكية معرفية من توكيد الذات وحل المشكل ولعب الأدوار والبرنامج العقلائي الانفعالي لألبرت إيليس لمساعدة المريض على امتصاص تلك التوترات والألام والوصول بها إلى مستويات عليا من الاستقرار والتوازن، الذي يظل بظلاله على الجانب الصحي الجسدي بخفض شدة الألم لدرجات دنيا، وهو ما توصلت إليه أيضا جملة من الدراسات السابقة، سواء كانت عربية أو غربية.

### قائمة المراجع:

- الخطيب جمال (1990) تعديل السلوك القوانين والإجراءات، الرياض: عالم دار الكتب.
- الشناوي أحمد، السيد عبد الرحمان (1998) العلاج السلوكي الحديث، أسسه، تطبيقاته، القاهرة: دار قباء.
- عثمان يخلف (2001) علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد قاسم عبد الله (2012) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان: دار الفكر.
- لويس كامل مليكة (1990) العلاج النفسي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم.
- ليهي روبرت (2006) العلاج المعرفي السلوكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف ومحمد الصبوة، القاهرة: دار إيتراك.
- Bandura A. (1976) *L'apprentissage social*, Mardaga, Bruxelles.
- Boureau F. (1990) *Modeles cognitifs et comportementaux de la douleur chronique*, in Douleur et analg., 4, 265-72.

- 
- Chassot P., Piguët V., Luthy C., Cedraschi C. (2006) **Douleurs chroniques et thérapies cognitivo-comportementales**, in le courrier de l'algologie, 5n°1, 1<sup>er</sup> trim.
  - Fordyce W.E. (1976) **Behavioral method for chronic pain and illness**, Mosby, St Louis.
  - INSERM (2007) **La Douleur des recommandations à la pratique**, Edition L.et C., Paris.
  - Keefe F.J., Abruethy P. A., Campbell C.L., (2005), **Psychological approaches to understand and treating disease-related pain**, Annual review Psychology, 56; 601-20
  - Lallive-Aubert J., Piguët V., Cedraschi C. et al. (2001) **Thérapie cognitivo-comportementale de groupe avec des patients souffrant de douleur chronique**, Med. Hyg., n° 59, 1568-70.
  - Lorig K., Chastain R.L., UNge E, Shoor S, Holman H (1989) **Development and evaluation of a scale of measure perceived self efficacy in people with arthritis and rheumatism**, Pain 32; 37-44.
  - Mahoney M. (1974) **Cognition and Behavior**, Ballinger, Cambridge.
  - Psycom (2013) **Psychothérapies**, PEFC, GD imprimeur, 10-31.
  - Rainville, (2002), **Brain mechanisms of pain affect and pain modulation**, Neurobiology, 12, 195-204
  - Rector (2010) **Le Trouble obsessionnel compulsif, guide d'information** camh, Antario
  - Thorn B.E. (2004) **Cognitive therapy for chronic pain, aspect by step guide**, Guilford press, new York.
  - Van Rillaer Jacques (1992) **Gestion de soi**, mardaga, Bruxelles.
  - Vlaeyen (2005) **Cognitive-behavioral treatment for chronic pain**, in clinical journal of pain, 21; 1-8.
  - Wall P.D., Melzack R. (1999). **Textbook of pain**, Churchill livingstone, London.