

فعالية برنامج سلوكي معرفي في خفض شدة الألم

لدى المصابين بداء المفاصل

-دراسة حالة-

أ. لرينونة محمد يزيد، جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله

ملخص

يعد داء المفاصل من الاضطرابات المزمنة التي لها وقعها وأثرها العميق على المصاب، فهو في الغالب مرض «مزعج» أكثر مما هو خطير ذلك لأنه يتطور ببطء ويؤثر سلبا على سلوك الفرد، كونه يتعلق بأساس قوامه جسده.

طبق الباحث برنامجا تدريبييا سلوكيا معرفيا بمنهج شبه تجريبي على مجموعة علاجية تتكون من (عشرة أفراد) اختار منها اثنان وضعهما كنموذج يبرز من خلاله خطوات الدراسة ونتائجها .

Résumé :

Le Rhumatisme est un trouble chronique ayant des répercussions négatives perturbant la vie quotidienne de l'individu atteint et de son bien être, il s'agit d'une maladie handicapante plus que dangereuse, en fait il se développe lentement et affecte l'intégrité du corps.

Le chercheur a appliqué une méthode TCC, afin d'apaiser la douleur sur un groupe de malades souffrant de douleur chronique rhumatismale (dix cas) en un design pré-post expérimental en illustrant deux cas cliniques.

مقدمة:

الألم بمفهومه الشامل يكون من الجانب الفيزيولوجي، عبارة عن تنبيه دماغي للعضو المصاب في الجسد يلزمه التعبير النفسي الانفعالي المتمثل في الإحساس بالألم.

بالرغم من أن الأعراض التي يشخصها المختص في هذا المرض (أي المختص في داء المفاصل)، كلها جسدية، وأن الألم الذي هو العرض الأساسي مصدره عضوي يتعلق بهشاشة العظام والروابط المفصليّة، يأتي التساؤل التالي كيف يمكن تقدير الجانب النفسي في هذه المعاناة؟

من ذلك، هل يمكن تصور برنامجا علاجيا (سلوكي-معرفي) يوجه للمصاب بداء المفاصل يعمل على تخفيف وخفض شدة الألم لديه؟

يعتبر المختصون أن الألم ظاهرة ذاتية متعددة الأوجه، تعرفه «الجمعية الدولية لدراسة الألم» بأنه تجربة غير مرضية، حسية ووجدانية مرتبطة بتخريب نسيجي، ظاهر أو محتمل.

لم تسلط المدرسة الإسكندرية في القرن الثالث قبل الميلاد الضوء على الجانب النفسي، فالألم بالنسبة لها ليس من المعطيات النفسية، فلا مجال للتحدث عنه. (Morris, 1996) وفي الحقبة الزمنية بين 341 و270 قبل الميلاد جاء «أبيقور» الذي، في عهده انصب الاهتمام على مفهوم اللذة التي تلي الألم، فبالنسبة له «كل فقدان ألم يجلب اللذة».

وفي القرن الثاني للميلاد جاء «غالين»، الذي ترجمت مؤلفاته إلى عدة لغات منها العربية، والذي يعود له الفضل في تقديم مقدمة واسعة حول تصنيف مختلف أشكال الألم ما زالت متداولة إلى زمننا هذا، وبفضله أيضا تعرف المختصون على خصائص داء الالتهاب المفصلي، الذي تتمثل في الأعراض التالية: الألم والحرارة والإحمرار والإحترق.

وفي العصور الوسطى ظهر العالم والفيلسوف والطبيب الفارسي «ابن سينا» (980م-1034م)، والذي ترك كتاب «القانون في الطب»، وضح فيه أن هناك استعدادا للجسد للإحساس بصفة متفاوتة لقوة الألم. تحتوي هذا الكتاب على خمس مجلدات، تحدث «ابن سينا» عن الألم بصفة مستفيضة جدا، حيث أنه ركز في كل أعماله ملاحظة وعلاجا على معالم الألم.

في القرن السابع عشر جاء «ديكارت» ليستخدم لفظ «الألم المؤشر»، وحسب هذا العالم يدرك الألم على أنه يحمي الجسد والعضوية، ففي (1664) استخدم «ديكارت» هذا اللفظ لوصف الطريق الذي ينهجه الألم والذي يربط مباشرة بين الجلد والدماغ. (Spitcher,2002)

في القرن الثامن عشر ظهرت النظرية السيكلولوجية للألم والتي أبرزت دور الروح في المرض، الربط بين الروح والجسد بقلم بوازيه (1772). (Spitcher,2002)

عرف البحث في القرن الثامن عشر آفاقا جديدة في دراسة ظاهرة الألم، خصوصا بعد ظهور ما عرف بفلسفة الطبيعة، حيث أصبحت إشكالية الأحاسيس والحساسة مجال اهتمام المختصين والفلاسفة على حد سواء.

أخرج مفهوم للألم في هذه الفترة من دائرة الخطأ والخطيئة التي كان عليها من قبل ومنه من العقوبة التي تسلط على المرضى.

ظهرت في هذه الفترة أيضا أول المقاييس لتقدير درجة وشدة الألم، رغم أن صفات الألم كانت معلنة في العلاقة «طبيب-مريض».

فبالنسبة للطبيب، من الإلزام الإنصات لشكاوي المريض ووصفه لآلامه، فكان التقدير كمي فقط، وبالأحرى كانت كلمة المريض لا بد أن تسمع، ولكن نادرا ما يعطى له الحق كلية.

وفي نهاية هذا القرن (أي القرن التاسع عشر)، بدأت التجارب المخبرية في البروز فأصبح ممكنا إنشاء وضعية الألم مخبريا وملاحظة النتائج الناجمة عنها، إلا أن المعلومات العلمية الدقيقة مثلما عليها الآن كانت بعيدة المنال.

ورغم كل ذلك، فإن الأبحاث توصلت إلى معرفة بعض الخبايا التي كانت خافية تتمثل في إمكانية إجراء العمليات الجراحية، حتى وإن كان البتر هو الأمر الذي يلي ساعات فقدان أحد المفاصل، والذي كان يمكن بفضله تقادي وفاة المريض، إلا أن نسبة الوفيات كانت مازالت في حدود 70 بالمائة بعد هذا النوع من التدخل الجراحي. (Morris, 1996)

النموذج السيكو-مرضى المدمج للآلام :

يعتمد هذا النموذج على وصف الألم في جانب ضيق يعتمد على التصنيفات المتعارف عليها، كالتصنيف الدولي للأمراض (CIM 10) والتصنيف الإحصائي للأمراض 4 مراجع (DSM4)، وتصنيف الجمعية الدولية للألم.

فزيادة عن الألم الذي يلازمه، يجد المريض نفسه موجها تفكيره صوب هذه الآلام، فهو لا ينصت إلا إليها، هذا الأمر يدفع به إلى ترك كل شيء في حياته، من نشاطات مدرسية أو مهنية، وحتى الترفيه يصبح لا طعم لديه بالنسبة للمريض، بهذه الحال تصبح كل حياة المريض «مركزة ومنظمة»، حول الألم وما يدفع إلى التعامل معه. (Spitcher, 2002, p.104)

الأنماط السلوكية المؤثرة في الألم :

يقول «بورو» أنه حسب الأنماط السلوكية «الألم المزمن سلوك مكتسب متعلم»، بمعنى أنه سلوك إشرطي (Boureau,1999).

بهذا المعنى يكون الألم المزمن عبارة عن ناتج عوامل تتعلق بإدراك خاطئ للوضعية المعاشة.

من خصوصيات هذا النمط أنه يتعلق بفكرة «ماذا نفع مع هذا الوضع؟»، وبذلك يفهم المريض ويعلم، دون إغفال للأحداث المؤلمة الماضية، ما هي السلوكات التي تمكنه التكيف بسهولة والمرتبطة بمهاراته الحالية، استرخاء وتخطيط نشاطات وأخذ الأدوية... إلخ.

يحلل هذا النموذج، على أساس السلوك الإجرائي، السلوك الملاحظ في علاقاته ونتائجه، كما يسمح هذا النموذج توضيح العلاقات المتواجدة بين كل المتغيرات، ويركز على إيجابية الأدوات وكذا دور المحيط ومفهوم التجنب كإستراتيجية تعامل مع الألم.

قياس الألم :

لا يمكن لأي شخص أن يقدر شدة وحدة وحتى طبيعة الألم سوى المصاب بحد ذاته، ذلك أن الطبيب المختص رغم رصيده العلمي والتقني حول المرض وما خلفه من ألم و أسبابه إلا أنه يبقى عاجزا على تقدير وإدراك تلك الشدة التي يتحدث عنها المريض حين يعبر عن انزعاجه مثلا من ضغط الطبيب أو الممرض على يده أو رجله أو أي موضع من مواضع الجسم التي يقول عنها أنها تؤلمه.

من ناحية أخرى يحتاج الطبيب من أجل التشخيص والعلاج إلى معالم ومعايير دقيقة قدر الإمكان، معايير وتعاليم تساعد على توجيه المريض وإثبات التقدير الذاتي للحالة.

السؤال المطروح هنا هو هل يمكن وضع تقدير للألم ؟

وهل يمكن وضع مقياس وسلم نقيس به الألم عند المريض؟

لهذه الأسباب اجتهد المختصون وتوصلوا إلى وضع سلم رقمي للتقدير الذاتي للألم من طرف المريض ذاته، يمكن من خلاله قياس عتبة الألم وتقدير تطوره في الزمن، من الرغم عن صعوبة إعطاء قيمة رقمية صادقة بصفة حقيقية.

يعلم المختصون جيدا أن إدراك الألم هو إدراك ذاتي، كون التقييم الأساسي له، يرتكز فقط على ما يقوله المريض، كذلك هناك صعوبة كبيرة، تتمثل في استخدام هذا المقياس على أشخاص لا يعرفون كيف يقدر هذا الألم أو أن يتحدثون عنه (أي ما يمكن تقديره شدة).

كيف يمكن في هذه الظروف «أخذ نبض الألم»؟ وكيف يمكن تقديره؟ خاصة لما نعمل أن هذا الأمر باطني ذاتي في علاقة المريض مع من يقوم بمعالجته أو حتى في علاقة المريض مع من هو من أقرباءه.

هل يمكن القيام به «خارجيا»؟ أي من طرف المعالج ذاته؛

هل يمكن تقدير الألم من خلال إيماءات المصاب وسلوكه؟

بسبب الذاتية التي تتصف بها كل حالة، وبكل صفة يقدمها المريض عن شدة الألم لديه، كما يحسه من منطلق نفسه، وما يترتب عن ذلك من صعوبة للتحقق من صدق ما يقوله والتأكد من عدم وجود مبالغة في هذا الوصف، يلجأ بعض المعالجين إلى استخدام بعض الطرق يعتمد فيها المختص على تقنيات الملاحظة والمعاينة استنادا إلى ما يعبر به، وعنه المريض، (ألفاظ وإيماءة وسلوكا).

في الحقيقة إن استخدام الطريقتين معا، الذاتية والموضوعية، هي الوسيلة الأنجع والأحسن لتقدير الألم.

تتكون هذه السلالم اللفظية من نعوت وصفات مرتبة، يختار من بينها المريض الصفة أو الصفات التي تبدو بالنسبة له أصح لوصف طبيعة ألمه في الزمن ذاته.

ضبط الألم :

قصد مساعدة المريض على فهم وضبط آلامه، والتحكم فيها، على المعالج ذاته أن يفهم طبيعة هذه الآلام ومنبعها.

يلاحظ المختصون أن هناك تضاد في واقع الألم، يقول عنه «كرايج» بأنه مرتبط بعملية التكيف مع الألم فالألم «على الرغم من كونه شأن المريض، فهو في ذات الوقت، ضروري لحياته (Craig, 2003).

من ناحية أخرى يلاحظ «راينفيل» بأنه لا يوجد «موقع» أو «موضع» دماغي خاص بالألم، يكون موضعا واضحا، فللألم منبهات تنشط على مستوى مساحات دماغية، وهذه المساحات تختلف في تموضعها حسب ما جاء في مختلف الأبحاث. (Rainville,2002) المنطقة الأقرب حسب هذه الدراسات، هي المنطقة المسؤولة على استقبال استجابة الألم، تقع أسفل القشرة الدماغية، فقد أوضح «كرايج وآخرون» في دراسة قاموا بها، بأن «وضع أشخاص أيديهم في إناء ساخن أو شديد البرودة، يحدث تنبيها للقشرة الدماغية بفعل الألم الذي يرتبط بهذه العملية. (Craig et coll., 1996)

وقد توصلت دراسة حديثة إلى أن هناك علاقة وطيدة بين تنشيط الدماغ بفعل استجابة انفعالية والألم، وليس لإدراك الألم مباشرة. (Pankseep, 2003) من ناحية أخرى تساءل المختصون عن كيفية انطفاء الألم الذي هو بمثابة إحساس قوي بفعل عوامل معرفية ووجدانية.

فحسب كل من «ملزاك ووال»، هناك رموز تصدر من الدماغ يمكن لها تنشيط دارات عصبية للضبط على مستوى النخاع الشوكي قصد توقيف الرموز الصاعدة المتعلقة بالألم. (Melzack et Wall, 1965)

وفي هذا الإطار يستخدم العلاج السلوكي المعرفي كعلاج فردي كما يمكن استخدامه كعلاج جماعي وقد أكدت فاعليته في كلتا الحالتين، كما أنه عندما نتحدث عن العلاج السلوكي المعرفي، يجدر بنا أولا تناول أقسام هذا المفهوم في بعده:

- البعد السلوكي،
- البعد المعرفي،

فلما نتطرق إلى الجانب السلوكي، فإننا نقصد النظر إلى سلوك الفرد (داخليا وخارجيا) بوصفه نتاج أحداث البيئة، وبالتالي المقصود هنا هو العميل (المريض أو المفحوص)، 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، ص 11).

والعلاقة السببية في كذا علاج، تربط بين المنبهات والاستجابات على اختلاف تصوراتها، سواء كانت داخلية أو خارجية.

والعلاج السلوكي، كقطب هو علاج يعتمد على الأساليب التي تقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، فيكون بمثابة "تعديل للتعلم الخاطيء"، حيث ذهب بعض المنصبيين 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، ص 13).

فتعديل السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها مهارات وسلوكيات جديدة و/أو تقليل للاستجابات والعادات غير المرغوبة، حيث يصبح المريض أو المسترشد أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة. (الشناوي والسيد عبد الرحمان، 1998، ص 13).

وعندما نتحدث عن البعد المعرفي فالمقصود هنا إدراك الفرد لحالته والطريقة التي يعاني بها، ومنها في وضعه المرضي.

وبهذا المنظور فإن العلاج السلوكي المعرفي يرمي إلى فهم الوضعيات الإشكالية الملموسة التي يعبر عنها المريض، وبذلك إبراز الروابط الموجودة بين المعارف (الأفكار) والوجدانات و السلوكات المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض.

الهدف الأساسي من هذا التدخل العلاجي هو الرفع من قدرات التحكم الذاتي والتسيير الذاتي لدى المفحوص، فالمنطلق هو "ألم" مدرك في الغالب من طرف المريض ذاته أو محيطه (أحيانا) و/أو كلاهما. (Cottraux, 2001, p. 6)

والمفحوص مدعو أثناء الحصة العلاجية للتعرف على وجداناته السلبية وإدراك الأفكار المرتبطة بهذه الوجدانات، ومن ثمة بناء أفكار جديدة يصد بها المعارف السلبية. (Beck et al, 1979)

فالعلاج السلوكي المعرفي هو منهج علاجي مبني، تكون مدته عموما قصيرة (قصير المدى)، موضوع العديد من الدراسات في علاج المرضى، خصوصا أولئك الذين يعانون من الاكتئاب والقلق. (Chassot et al., 2006)

أما في ما يتعلق بموضوع الألم المزمن، فإن العلاج السلوكي المعرفي هو ذلك العلاج الذي يسعى من خلاله المعالج إلى مساعدة المريض على تحسين القدرات الجسدية وكذا تحسين الحياة الاجتماعية وأيضا تحسين طبيعة حياة المريض، وذلك بالعمل على خفض شدة الألم الذي يعاني منه المريض. (Wall et Melzack ;1999 Craig, 1982,p.05)) في عملية التعديل التي يقوم بها المعالج السلوكي المعرفي، لا يقوم بفصل الجوانب الفكرية عن الوجدان، بل لا يمكنه ذلك، والسبب بسيط يتمثل في كون العمليات الوجدانية الباطنية ليست معزولة عن عمليات التفكير والمعتقد التي تبنى وفق التجربة والخبرة التي يكتسبها الفرد في مساره، كما أن الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة، بل هو عبارة عن وحدة متكاملة تتشكل من نشاط سلوكي داخلي (فكري)، وآخر خارجي (حركي)، فالتفكير والوجدان متكاملان ملتحمان، يتبادلان التأثير والتأثر في عملية دائرية (إبراهيم، 1998، ص. 291).

تقنيات علاجية سلوكية معرفية:

الرقابة الذاتية: ويقصد بها قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقا من طرف المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض.

النموذج العلاجي الجدلي: هو وسيلة فعالة في علاج التقلب المزاجي وحالات التدمير الذاتي وتلك المشاكل العلائقية.

نموذج «تحديد الأفكار الآلية وتصحيحها» وهي تلك الأفكار الآلية التي تقتحم العالم المعرفي للشخص وتأتي مباشرة قبل أن يقدم على فعل وتسبق أي انفعال غير سار، فهي تأتي بسرعة كبيرة وبصفة تلقائية، وأحيانا دون أن يشعر بها الشخص أو يلاحظها، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في ردود فعلية غير صحيحة، غير مكيفة للتعامل مع الوضع المعاش، وهي المسؤولة على التوقعات غير السارة التي يعبر بها المريض عن حالته أو عن مآله.

أسلوب التغذية الراجعة: هي عملية التفاعل التعبيري الحر، يكسب من خلالها الفرد قسطا هائلا من المعلومات المتعلقة بحالته المرضية ومشكلته التي يعاني منها، وكذا منظور الآخرين لها ولحالته.

فهي معلومات متنوعة ترجع وترسل إلى الشخص في إطار التفاعل الذي يتم أثناء الحصة العلاجية، مع المعالج مباشرة أو من خلال الجماعة العلاجية التي ينتمي إليها والتي يشاركها العلاج.

أسلوب لعب الأدوار: يستخدم هذا الشكل من النماذج التقنية في العلاج السلوكي المعرفي كأسلوب أساسي في عمليات «توكيد الذات»، يمكن استعماله فرديا أو جماعيا.

بالرغم من الملاحظة أنه يصعب على بعض الأشخاص مواجهة الآخرين، يستوجب

حينئذ اللجوء إلى الاسترخاء وأسلوب «فقدان الحساسية المنتظم» قبل تطبيق طريقة «لعبة الأدوار» مع معالج بصفة فردية، وبعدها يمكن وضع المفحوص ضمن جماعة علاجية مستخدمين هذا النموذج الفعال.

أسلوب حل المشكل: يرى كل من «لازاروس وفولكمان» أن استخدام أسلوب المواجهة نحو المشكل لا يكون فعالاً إلا إذا تم التحكم في الموقف. (Lazarus & Folkman, 1984)

يميز «رومانو» ثلاثة أنواع أساسية من المهارات المرتبطة بأسلوب «حل المشكل» هي:

- مهارات تهدف إلى معالجة المعلومة وتمثل أساس سيرورة التفكير من تحليل واستنتاج ومقارنة.
 - استراتيجيات التفكير كحل المشكل وأخذ القرار والتفكير الانتقادي.
 - المهارات الفوق المعرفية التي تمكن تسيير الاستراتيجيات ومراقبة المهارات الأساسية وتقييم عمليات التفكير (برزوان، 2013، ص 336).
- ينصب العلاج السلوكي المعرفي على توجيه المريض إلى إعادة النظر في ذاته وتعديل ما اختلف في هذه المستويات الثلاثة (المعتقد والوجدان والسلوك).

بعد استقبال المريض ينطلق عمل المعالج في إطار المقابلة التشخيصية المسماة «التحليل الوظيفي»، تتضمن هذه المقابلة حصتين أو ثلاثة، يكون فيها البناء نصف موجه تستخدم فيها شبكات منتظمة، تنتهي بالافتراضات الوظيفية التي يقوم على أساسها المخطط العلاجي المقترح على المريض.

انطلاقاً من هذه الافتراضات يمكن للمعالج اقتراح الخطة العلاجية المناسبة للمريض والتي يتم ضمنها تعديل المعتقد الخاطئ أو السلوك غير المتكيف الذي يعاني منه المريض. يقول المعالجون السلوكيون المعرفيون أنه من الأهداف الكبرى في البرامج العلاجية هو أن المريض يصبح هو «طبيب ذاته»، ويستطيع بذلك مواصلة ما تعلمه من مهارات طورها في الحصص العلاجية، مع حاجة إلى إعادة تذكير من حين إلى آخر في جلسات متباعدة الزمن.

بالمقابل، يتعلم المريض في الحصص العلاجية استراتيجيات وقائية ضد الانتكاس، فهو يتعرف من خلال هذه العملية على العناصر المفجرة والمؤشرات الدالة على قرب حدوث الانتكاسة، فيتسنى له وضع مخطط عملي يواجه به هذه الوضعية. Rector, neil, ((2010, p.42

من مميزات هذه الطريقة العلاجية هو تدريب المريض على التعامل مع الألم والضغط، مركزاً في ذلك على مواجهة الأفكار والأحاسيس التي تؤثر على حياة الشخص والتي تزيد في معاناة الألم.

بالمقابل يوجه العلاج السلوكي المعرفي في ما يتعلق بالمريض الذي يعاني من داء المفاصل، في إطار التربية العلاجية للوصول إلى الاستقلالية الذاتية، بمعنى أنه يدرّب كي يصبح قادرا على التحكم في الألم الذي يعاني منه جراء الداء المزمن، واستخدام الاستراتيجيات السلوكية الإيجابية تفاديا ومواجهة للوضعيات المسببة له.

يستفيد المريض من برنامج علاجي مكيف حسب مرحلة المرض وشدته، وحسب المريض ذاته والمحيط الذي يعيش فيه، أي أنه يراعى في البرنامج المسمى «برنامج الحماية المفصلية» العناصر التالية:

- 1- الجانب الإعلامي، معرفة وفهم للمرض وللعلاج الدوائي واللاذوائي؛
- 2- اكتساب الحركات الحامية للمفاصل، برنامجا يعد بمثابة «طرق استخدام الجسد»؛
- 3- وضع تعديلات لطريقة الحياة من نظام غذائي وبرنامج حركي رياضي وتنظيم للحياة الاجتماعية والمهنية؛
- 4- نصائح قصد الوقاية من المضاعفات التي يمكن تفاديها ومواجهة المشاكل التي يسببها الداء والتي قد تحتاج إلى تدخل متخصص بسبب خطورة الوضعية المرضية؛
- 5- إدخال المحيط الأسري في تسيير العلاج وتنظيمه ومساعدة المريض على تطبيقه تطبيقا سليما، كذلك قصد مواجهة الصعوبات التي تنجم عنها معاناة المريض والتي لا يستطيع التغلب عليها أو تجاوزها بمفرده خصوصا إذا ما كان الداء في مرحلة حرجة يسبب له الإقعاد

في بعض الحالات نجد المرضى يرفضون التعاون مع المعالج، سواء كان ذلك عن قصد أم لا، (Boeck, editeur, trad. J. le Compte, 2007)

يجري العلاج السلوكي المعرفي على مدى متوسط يدوم خمسة عشر حصة، الهدف منها خفض الآلام الوجدانية التي يعاني منها المريض، وتطوير تدريجي لسلوك متكيف وموظف للوضعيات الحالية، فهو لا ينظر فقط للمواقف التي ترافق الألم ولكن أيضا للوجدان والأفكار والمعتقدات التي بنيت عليها الاستجابات غير المكيفة.

لقد برزت فعالية العلاجات السلوكية المعرفية في غير ما تجربة ودراسة، إذ نجد عدة دراسات علمية تطرقت بالبحث في عدة حالات مرضية من قلق وحسر واكتئاب والإدمان وحالات دهانية، وكذلك الأمر في ما يتعلق بمختلف مجالات علم نفس الصحة، أكدت هذه الفعالية.

ومن الأساليب الأساسية التي يستخدمها المعالج السلوكي المعرفي قصد التأكد من مدى فعالية العلاج، طريقة التقييم القبلي والبعدي، أو ما يعرف بالتقييم وإعادة التقييم ، على أن يكون التقييم البعدي (إعادة التقييم) بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي ، ومنه إلى مرحلة متابعة ما بعد العلاج التي قد تدوم إلى غاية سنتين بعد العلاج.

البرنامج العلاجي:

استخدم الباحث في البرنامج العلاجي المقترح على مرضى داء المفاصل مجموعة من التقنيات والأساليب السلوكية المعرفية التي تتمثل في ما يلي:

- أسلوب الاسترخاء؛
- أسلوب الرقابة الذاتية؛
- أسلوب الواجبات المنزلية؛
- أسلوب التغذية الراجعة؛
- أسلوب التساؤل السقراطي؛
- أسلوب لعب الأدوار؛
- الأسلوب العقلاني الانفعالي؛
- أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية.

أسلوب الاسترخاء : حسب «توفيق الرشيدى الاسترخاء أسلوب فعال على المستوى النفس جسمي في التقليل من الاستثارة المتعلقة بالضغوط النفسية، يكون ذلك حسب ثلاثة آليات هي تقليل مستوى التوتر في العضلات كون التوتر العضلي مصدر رئيسي في التغذية الراجعة وبذلك يمكن التأثير على الضغط والتقليل من الاستثارة النفس جسدية. أما الآلية الثانية فهي تتمثل في زيادة الوعي الجسمي، ذلك أن الاسترخاء المنتظم يمنح للشخص وعيا بجسده ومنه فعالية النشاط الجسمي (العضلي) والتخلص من التوتر العضلي.

تتمثل الآلية الثالثة في التحكم في ضغط الدم، فإن عملية شد وإرخاء العضلات يعمل على رفع ثم خفض ضغط الدم والتحكم في هذه العملية يساعد الشخص على تقليل ضغط الدم في الحال ومنه في الضغط النفسي المرتبط به (هارون توفيق الرشيدى، 1999، ص 167-168).

هذا وقد برزت فاعلية الاسترخاء كأسلوب سلوكي معرفي في عدة دراسات منها دراسة «الخولي» (2007) تحت عنوان « فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تخفيف الضغوط النفسية لدي معلمي التربية الخاصة»، جاءت نتائجها أن التدريب على الاسترخاء له دور هام في التخفيف من حدة التوتر ويزيد من وعي الشخص بمشاعره وأفكاره وانفعالاته وسلوكه ما يؤدي إلى انخفاض شدة الضغوط النفسية لديه.

وفي الدراسة التي بين أيدينا يطبق الاسترخاء على المجموعة العلاجية بهدف تخفيف الضغوط التي تسبب الألم وبذلك تدريبهم على التحكم فيها وفي التوتر الذي يصاحبها.

إن تدريب الجماعة العلاجية على حل مشكلاتهم ومناقشتها يصبح أكثر نجاعة كلما سخرت له الوسائل الملموسة، وتلك هي الغاية الأخرى من استخدام أسلوب المحاضرات بدعم هذه الوسائل، فهي تتضمن معلومات يحتاج إليها المرضى في تعاملهم مع مشكلاتهم

المشتركة، كون «الألم»، والتعامل معه، موضوع الدراسة التي بين أيدينا يحتاج إلى تدريب نفسي لفهمه وفهم ما يتعلق به من أسباب وعوامل حتى يتمكن أفراد الجماعة العلاجية تسييره وخفض شدته لديهم.

لقد لجأ الباحث في هذه الدراسة إلى التطبيق الميداني للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي إلى أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية بغية مساعدة الجماعة العلاجية على فهم أبعاد الألم الذي يعانون منه والمتعلق بداء المفاصل حتى يتمكنوا من حسن تسييره وخفض من شدته.

-تقديم الحالة الأولى: الأنسة س. 42 سنة، عزباء، عاملة، تحتل الرتبة الرابعة بين خمسة أبناء من بينهم أربع إناث وذكر، متزوجين ما عدا هي وأختها الصغرى التي لها 41 سنة، تسكنان في حي شعبي بالعاصمة مع والدتهما المقعدة عمرها (75) سنة تقدمت العميلة إلى الاستشارة النفسية بإيحاء من أختها الصغرى بعد ظهور بعض السلوك التوتري والحساسية المفرطة مرفوقة بآلام في أسفل الظهر.

هذه الوضعية استدعت اللجوء إلى طبيب عام ومنه إلى مختصة في داء المفاصل التي شخصت الحالة على أنها تعاني من اضطراب في الفقرات السفلى للعمود الفقري (انزلاق غضروفي) الأمر الذي سبب لها آلام شديدة واستدعى إلى اللجوء إلى الدواء قصد تخفيف وتسكين هذه الآلام.

لما اقترح عليها العلاج السلوكي المعرفي قبلت الفكرة بسهولة وخاضت مع المعالج تلك التجربة بمراحلها الثلاثة:

1- مرحلة التقييم الأولى والتحليل الوظيفي، والتي ثم قبلها القياس القبلي لشدة الألم وطبيعته ومكان تموضعه؛

2- التدريب السلوكي المعرفي بتقنياته المختلفة بدءاً بالاسترخاء والتنفس البطني، إلى إدراك الوضعيات المناسبة للجسد وتطبيقها، بعدها الأساليب السلوكية المعرفية من تساؤل سقراطي فلعبة الأدوار فتقنيات توكيد الذات فلعبة الأدوار وصولاً إلى أسلوب "إليس" العقلاني الانفعالي.

3- مرحلة التقييم البعدي على ثلاثة حصص متباعدة في الزمن تأكد من خلالها المختص مثابرة العميلة على تحكمها في وضعها الصحي وخفض درجة الألم إلى مستوى أدنى ممكن فكان ذلك.

الملاحظة الأساسية بعد هذا التدريب أنه من الممكن أن تساعد المبحوثة التي كانت شدة ألمها قبل بداية البرنامج التدريبي السلوكي المعرفي بين (07 و 08) من (10) وتلاشت إلى غاية (02) من (10)، الأمر الذي بعث للفاؤل في ما يخص إعادة التجربة مع حالات أخرى لاحقة.

من ناحية أخرى تمكنا من التأكد بعد نهاية التدريب السلوكي المعرفي أن إقناع العميلة بقوة الأفكار والانفعالات في التأثير على السلوك، ومنه في التعامل مع مختلف الوضعيات المعاشة.

بالنسبة للعميلة، كان لرغبتها الكبرى في الخروج من وضعها الصحي المتدهور الأثر الإيجابي في الوصول إلى نتائج جد إيجابية بعد مرافقة المعالج لها وإرشادها للسلوك اللائق في ما يخص حالتها بالذات.

في النهاية يمكن القول بأن العميلة تمكنت من خفض شدة الألم لديها بفضل التدريب السلوكي المعرفي والذي تم تطبيقه بإحكام.

- الحالة الثانية: السيدة ف.، (34) سنة متزوجة أم لثلاثة أطفال، الكبرى من بين خمسة

أبناء من بينهم بنتان وثلاثة ذكور، متزوجين ما عدا أختها الصغرى التي لها (26) سنة، تسكن في حي شبه ريفي شرق العاصمة مع زوجها وأبنائها.

تقدمت الحالة إلى الاستشارة النفسية مرافقة لزوجها الذي يعاني من حالة نفسية عصابية، وبعد عدة حصص تشخيصية كانت الحاجة لمقابلة الزوجة فظهر أنها تعاني من آلام مفصلية.

هذه الوضعية استدعت اللجوء إلى طبيب عام ومنه إلى مختصة في داء المفاصل التي شخصت الحالة على أنها تعاني من اضطراب في الفقرات العليا للعمود الفقري قرب الكتف الأيسر وفي المعصمين (الأمر الذي سبب لها آلام شديدة واستدعى إلى اللجوء إلى الدواء قصد تخفيف وتسكين هذه الآلام).

لما اقترح عليها العلاج السلوكي المعرفي قبلت الفكرة بسهولة وخاضت مع المختص النفس تلك التجربة

الملاحظة الأساسية أن التدريب ساعد العميلة التي كانت شدة ألمها قبل بداية البرنامج التدريبي السلوكي المعرفي بين (07 و 08) من (10) وتلاشت إلى غاية (03) من (10).

من ناحية أخرى تمكنا من التأكد بعد نهاية التدريب السلوكي المعرفي أن إقناع العميلة بقوة الأفكار والانفعالات في التأثير على السلوك، ومنه في التعامل مع مختلف الوضعيات المعاشة.

بالنسبة للعميلة، كان لرغبتها الكبرى في الخروج من وضعها الصحي المتدهور الأثر الإيجابي في الوصول إلى نتائج جد إيجابية بعد مرافقة المختص النفسي لها وإرشادها للسلوك اللائق في ما يخص حالتها بالذات.

في النهاية يمكن القول بأن العميلة تمكنت من خفض شدة الألم لديها بفضل التدريب السلوكي المعرفي والذي تم تطبيقه بإحكام.

كما أن للوثائق المقدمة لهما من كتب ومحاضرات وكتيبات علمية الدور الإيجابي في ما يتعلق بالتربية العلاجية ومساعدتهما على متابعة حالتها رفقة المعالج ، بعد نهاية التدريب الإرشادي السلوكي المعرفي.

-تحليل نتائج الجلسات:

تطرق الباحث أثناء التدريب العلاجي السلوكي المعرفي إلى بناء برنامج اقترحه وفق متطلبات الحالات المرضية موضوع الدراسة ذات صلة بالألم.

لما كان التدخل العلاجي السلوكي المعرفي يتضمن مراحل معينة متباينة ومتراطة، سعى الباحث على أن يعطي لكل مرحلة حقها من الحصة واستخدام التقنيات بما تتطلبه الوضعية.

هذا الأمر تطلب قرابة سنتين من الجهد والعمل على جمع الأفراد وتطبيق البرنامج في حصصه الخمسة عشرة، علماً أن كل حالة احتاجت إلى إثنا عشرة جلسة بين حصص تقييمية وعلاجية، ما يعادل ثلاثة أشهر، بالإضافة إلى الحصة ما بعد التدريب، وهي حصص تقييمية بعيدة وعددها ثلاثة استغرقت قرابة خمسة أشهر أخرى، يعادل ثمانية أشهر مع كل حالة.

إن تطبيق التحليل الوظيفي بطريقة (SECCA) كان له المفعول الإيجابي في فهم الحالات سواء بالنسبة للمختص النفسي وكذلك الأمر بالنسبة للحالات ما سمح للجانبين معرفة ما يجب التركيز عليه في عملية التدريب السلوكي المعرفي.

فالتحليل الوظيفي مكن من التعرف على طبيعة الوضعيات المسببة للألم بالنسبة للحالات، كما قرب المبحوثين من معرفة أفكارهم ومعتقداتهم والوجدان المصاحب لها والسلوكيات الخاطئة التي تلي كل مرة تلك العناصر.

أما عن التقنيات الأخرى من تساؤل سقراطي وحل المشكل وتوكيد الذات وكذلك الأمر بالنسبة للعبة الأدوار وتقنية العلاج العقلاني الانفعالي، فقد استعان الباحث ببعض المراجع والملحقات التي قرب بموجبها طرق تطبيق التقنية وأهميتها.

نفس الأسلوب استخدمه الباحث فيما يتعلق بالوضعيات الجسدية التي تقرب المريض من معرفة الوضعيات السلبية المسببة للألم والتي يجب أن يتخذها قصد تخفيفه و/أو تجنبه.

مقابل كل هذه التقنيات استعمل الباحث بعض الوسائل الملحقة التي استند عليها في عملية التدريب من بينها التغذية الراجعة والواجب المنزلي والتي من خلالها رافق أفراد مجموعة البحث وتابع إمكانية تطبيق تقنيات البرنامج وأثره عليه.

كما استعان بتقنية المحاضرة التي أعطت نتائج جيدة كوسيلة توعية و"تربية علاجية"، كان لها الأثر الإيجابي في دفع أفراد مجموعة البحث نحو ضبط حالتهم والتحكم في الانفعالات المتعلقة بها.

عنصر تمخض من خلال هذه العملية يتمثل في أثر الجانب النفسي على جل الحالات المتبعة، كون التوتر والقلق، وفي حالات الاكتئاب أيضا والغضب انفعالات كانت سببا في مضاعفات الحالة المسببة للألم.

لقد كان لهذه التقنيات الأثر الإيجابي في تصحيح العديد من الأفكار اللاعقلانية وتعلم ضبط الذات وإعادة البناء المعرفي، وذلك بإعادة النظر في الحياة اليومية الروتينية الاستسلامية.

على العموم توصل كل من المعالج وأفراد مجموعة البحث إلى خفض درجات الألم انطلاقا من الحصة العاشرة، وأحيانا من الحصة السابعة، ذلك دليل على وعي كبير لدى الحالات المتبعة ورغبة قوية في تغيير وضعهم على أمل للشفاء التام من تلك الآلام. في الختام كانت الملاحظة أن كل أعضاء مجموعة البحث استمروا في ضبط الألم بعد الحصة ما بعد التدريب (التقييم الثانوي)، ومراجعة ذواتهن بالاستعانة بالكتيبات المسلمة لهن والكناش الذي كن يكتب فيه كل ما تعلق بالواجبات المنزلية وما يجري أثناء الجلسات العلاجية.

عن التحليل الوظيفي اختار المعالج تطبيق طريقة "كوترو" (SECCA) لبساطتها وسهولة تطبيقها وفهمها من طرف الأفراد.

لاحظ المعالج أن الوضعيات التي يعاني منها أفراد مجموعة البحث من ارتفاع شدة الألم لديهن تتمثل في وضعية الوقوف الطويل والجلوس الطويل وفي الصباح عند الاستيقاظ من النوم، وهو ما اشتكت منه كل من الحالات.

الملاحظ أن كل هذه الوضعيات هي في ذات الوقت مسبب للألم و«حالة الألم» بحد ذاتها، بمعنى أن هذه الوضعيات كلما طال الألم معها وبذلك اشتد وارتفعت درجاته لحد الانهك، بالمقابل يمكن معاينة طبيعة الألم من خلال تلك الوضعيات، وبعدها تحديد مواطن التعديل والضبط الذي وضعه المعالج أولا ومبدأ التدريب السلوكي المعرفي مع الحالات المدروسة.

أما عن الوجدان المصاحب للألم وتلك الوضعيات المؤلمة لاحظ المعالج وهو يقوم بالتحليل الوظيفي أن بعض الحالات تعبر عن التوتر والقلق (الحالة ...) والغضب (الحالة...) والاكتئاب (الحالة..).

لاحظ المعالج أن الأفكار والمعتقدات المصاحبة لتلك الوضعيات لها صلة مباشرة بوضعياتهم، الدواء الذي لا يعطي شفاء والوضع المزمن للألم، وحالاتهم النفسية من توتر وقلق وعلاقتهم الاجتماعية (العائلية مع الأبناء والأزواج والأخوات) والمهنية (مع الزملاء والمسؤولين).

فيما تعلق السلوك المرافق للوضعيات المؤلمة لاحظ المعالج أن جل العميلات استخدمن سلوك التوقف عن النشاط الذي تسبب في الألم، الاستلقاء والراحة أخذ الدواء المسكن.

تحدثت أغلب الحالات المدروسة عن توقع سلبي يصل إلى غاية التشاؤم (الحالة الأولى التي تكرر لفظ “situation catastrophique”) وكذلك الحالة الثالثة التي تتحدث عن وضعية الإعاقة التي تعيشها (je finirai ma vie une handicapée).

أردف هذه التقنية بأسلوبين أساسيين هما “حل المشكل” و“توكيد الذات”، جاءت الملاحظة أن كل الحالات ركزت على المشاكل النفسية والعلائقية التي تعاني منها بأنها هي مركز الاهتمام في زيادة شدة التوتر وسبب الضغط على جسدهن، فراحت تواجه مشكلة المعاملة مع الزميلة في المحيط المهني (الحالة الأولى) والزوج (الحالة الثانية والثالثة) والأم (الحالة الخامسة) على سبيل المثال.

كما رأيت بعض الحالات أهمية تنظيم الوقت في ضبط الجهد الضروري في التعامل مع الجسد، وهو حال العاملات سواء في الإدارة (الأمانة العامة الحالة الأولى والحالة الرابعة) أو في المحيط التربوي (أسنادة التعليم الثانوي والتعليم الابتدائي) (تحضير الدروس في البيت).

أما الماكثات في البيت فقد رأين أن المشكل الأول الذي يؤثر على حالتهم يتمثل في كثرة الأشغال التي عليهن أداءهن وعدم وجود مساعدة من طرف أزواجهن وأبنائهم وأخواتهن .

التقنية الأخرى التي استخدمها المعالج هي تقنية “ لعب الأدوار” والتي وإن وجدن صعوبات في تطبيقها بالنسبة لجل الحالات ولكنها ساعدت العميلات على مواجهة الذات وتوكيدها، بعد ذلك الوصول إلى حلول تطبيقية في طرق التعامل مع المشاكل المطروحة ذات صلة مع معاناة الألم المصاحب للوضع المرضي.

أنهى المعالج البرنامج التدريبي باستخدام تقنية “العلاج العقلاني الانفعالي” لإليس، والذي دعم به التقنيات السابقة كون التحليل الوظيفي أنتج وجود انفعالات ووجدان قوي يرافق الوضعيات المسببة للألم المرتبط أساسا بالأفكار والمعتقدات الذاتية.

من الأساليب الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي استخدام الواجبات المنزلية والتغذية الراجعة والتي بهما استطاع دفع العميلات إلى التدريب خارج الحصص العلاجية ومراجعة الذات في كل مرة والاستبصار بمواطن القوة والضعف في التعامل مع الوضعيات المعاشة.

التدريب على التقنيات خلال الحصص وتطبيقها في المحيط المعيش ساعد العميلات في ضبط الأفكار والوعي بها وكذلك الأمر بالنسبة للانفعالات والوجدان.

جاءت نتيجة التدريب السلوكي المعرفي أن شدة الألم انخفضت بدرجات معتبرة

عند المجموعة التجريبية بالنظر إلى المجموعة الضابطة التي يقول أفرادها أن الدواء والجرعات المسكنة لا تعطي مفعولها سوى ظرفيا.

هذه النتيجة ظلت مستمرة طيلة الححصص التقييمية بعد قفل العلاج بالنسبة لجل الحالات، وتقول العميلات بأن الكتيبات التي سلمت لهن ساعدت في مواصلة التحكم في وضعياتهن، وكانت ترجع إليها كلما تطلب الأمر سواء كان الأمر متعلق بالوضعيات الجسدية (الاسترخاء والتعديل طرق الجلوس والوقوف والاستلقاء)، أو حل المشكلات و الاستبصار (تقنية العلاج العقلاني الانفعالي).

نخلص من خلال ما تقدم أن البرنامج التدريبي السلوكي المعرفي الذي طبقه المعالج على الحالات المدروسة توصل إلى النتيجة الموضوعية للبحث وهي أن شدة الألم انخفضت إلى مستويات دنيا بالنسبة للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الاستنتاج العام

على ضوء ما تقدم من تحليل يمكن أن نستنتج ما يلي:

إن الألم المزمن إحساس له أثره الوخيم على حياة الفرد، فالأشخاص الذين يعانون الألم جراء مرض جسدي (حال داء المفاصل) يعانون الأمرين، من جهة بسبب وضعية المرض التي هي حالة التهاب أو تورعك أو حتى تفتت للعظام.

استطاع الباحث جمع أفراد مجموعة البحث (بصعوبات ترجع أساسا إلى واقع الميدان ومستوى وعي المجتمع الموضوع للدراسة) في المؤسسات الصحية الجوارية (باب الواد) وتطلب ذلك زمنا معبيرا بالنظر إلى الزمن الحقيقي الذي استغرقته العملية العلاجية.

توصل الباحث إلى نتائج جد إيجابية بعد تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي المعرفي إذ توصلت نسبة خفض الألم لدى المجموعة التجريبية (60%) بمقابل نسبة (35%) بالنسبة للمجموعة الضابطة.

هذه النتيجة دلت ابتداء على فعالية البرنامج التدريبي السلوكي المعرفي في التعامل مع الحالات الجسدية مثله مثل تطبيق العلاج على الحالات النفسية المحضة التي صمم العلاج السلوكي المعرفي ابتداءا.

وقصد التحقق من الفرضيات البحث لاحظ الباحث كما يلي:

الفرضيات الدراسة:

جاء نص الفرضية الأولى ، كالتالي :

يمكن اقتراح برنامج سلوكي-معرفي لخفض شدة الألم لدى المصابين بداء المفاصل وقد تحققت لدرجة عالية وهو ما يتفق مع دراسة أحمد حسنين الذي توصل من خلال هذه الدراسة إلى وضع استراتيجيات خاصة معرفية-سلوكية تساعد مرضى داء المفاصل على

التفاعل مع وضعيتهم المرضية، وأساسها الألم المزمن الذي يعانون منه (أحمد حسنين، 2007).

أما الفرضية الأخرى فقد نصت على أن هناك اختلاف في درجة الألم قبل وبعد تطبيق البرنامج السلوكي-المعرفي لخفض الألم لدى المصابين بداء المفاصل، فقد تحققت إلى درجة كبيرة وهو ما يوفق ما توصلت إليه دراسة لنا أحمد التي قامت بها على عينة أردنية طبقت عليها برنامج سلوكي معرفي جاءت نتائجها متمثلة في خفض شدة الألم (لينا أحمد خليفة خليفة، 2014)؛

بهذه النتيجة فإن التدريب السلوكي المعرفي فعال في خفض الألم لدى المصابين بداء المفاصل.

مراجع

1. ابراهيم عبد الستار(1994) العلاج السلوكي المعرفي الحديث دار الفجر للنشر والتوزيع القاهرة
2. ابراهيم عبد الله هشام (2008) العلاج العقلاني الانفعالي ط1 دار الكتاب الحديث مصر
3. لويس كامل مليكة (1990) العلاج النفسي وتعديل السلوك ط2 دار القلم الكويت
4. Bureau F. (1990) Modèles cognitifs et comportementaux de la douleur chronique, in douleur et analg. 4 ; 265-72
5. Cottraux J., Fontaine O., Ladouceur R., (1993) Thérapie comportementale et cognition, Masson. Paris
6. Craig, (2003), Pain mechanisms, annual review of neuroscience, 26; 01-30.
7. Mirabel-Sarron C. (2011) Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications , in Annales médico-psychologiques, Paris, n° 16, pp 398-402
8. Morris R., Petrie K.J., Weinmann J., (1996) Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role, British journal of Health psychology,1 (part1) pp 1525.
9. Rainville, (2002), Brain mechanisms of pain affect and pain modulation, Neurobiology, 12, 195204-.
10. Spitcher, (2002), Le phenomena de la douleur chez l'enfant, Fribourg, Suisse, 436 p.