

تطبيقات العلاج المعرفي على طريقة أرون بيك في التخفيف من آلام السرطان
Applications of cognitive Therapy based on the Aaron Beck's technique in
relieving cancer pain

ط.د باهية فالق*، مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة باتنة-1، الجزائر.

bahia.falek@yahoo.com

أ.د يوسف عدوان، مخبر تطوير نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي، جامعة باتنة-1، الجزائر.

adouane.y@gmail.com

تاريخ التسليم: (2020/10/23)، تاريخ المراجعة: (2021/04/01)، تاريخ القبول: (2021/10/29)

Abstract :

ملخص :

The chronic pain is considered one of the common problems that cancer patients suffer from. Despite the medical advancement, cancer patients suffer from constant pain. This is due to their perception and the way they react to it. In this regards techniques have been developed to treat the pain. It is not limited with medicines but it also includes psychological treatments among which Aaron beck knowledgeable treatment. The latter helps the patients to perceive that the psychological and social factors have an important role in affecting the pain. The knowledgeable treatment aims at changing the negative thoughts and helping the patients to overcome the hardships by determining the disordered thoughts.

The aims to achieve the target the present paper showed the most important psychological and social factors associated with cancer pain, in addition to the psychological aspects of managing cancer pain, as well as the techniques of the cognitive model of Aaron Beck, finally steps for application cognitive Therapy with cancer pain patients.

Keywords : Cognitive Therapy "Aaron Beck", Pain Cancer.

يعتبر الألم المزمن من المشكلات الشائعة لدى مرضى السرطان. وبالرغم من التطور في المجال الطبي، إلا أن مرضى السرطان يعانون من الألم والعجز المستمر. وهذا راجع لإدراك الألم لديهم وطريقة الاستجابة له. وفي هذا الصدد طورت تقنيات لعلاج الألم، فلم تعد تقتصر على الأدوية فقط، بل صارت تشمل علاجات نفسية من بينها "العلاج المعرفي" لأرون بيك من خلال مساعدة المرضى على إدراك أن للعوامل النفسية والاجتماعية دورا في التأثير على خبرة الألم. فالعلاج المعرفي يهدف إلى تغيير الأفكار السلبية، ومساعدة المرضى في التغلب على الصعوبات من خلال تحديد الأفكار الآلية المضطربة، وكذلك الاستجابات الانفعالية. ولتجلية ذلك أنتت هذه الورقة البحثية لاستعراض أهم العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بآلام السرطان، والمناخ النفسي لتدبر آلام السرطان، وكذا أساليب النموذج المعرفي لأرون بيك، وأخيرا خطوات تطبيق العلاج المعرفي مع مرضى آلام السرطان.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي "أرون بيك"، آلام

السرطان

مقدمة:

تعد الأمراض من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات، حيث أصبحت الأمراض المزمنة والمستعصية حالياً تستحوذ على اهتمام الدراسات والأبحاث. ومن أكثر الأمراض أهمية والتي تهدد حياة المرضى "مرض السرطان". حيث يؤثر هذا الأخير على صحة الإنسان، ويعتبر من الأمراض الشديدة الخطورة، وما يعتريه من انتكاسات وعلاجات كيميائية وإشعاعية إلى غير ذلك من المشكلات النفسية والاجتماعية. (عبد الخالق وآخرون، 2008، ص 295) كما يرتبط أيضاً بمعاناة جسدية ونفسية وحتى اجتماعية قد تتجم عن المرض في حد ذاته. حيث دلت نتائج دراسات منظمة الصحة العالمية إلى أن 75% من أسباب مرض السرطان كمرض مزمن تعود إلى أسباب سلوكية، ومعرفة منها: المعتقدات حول المرض والغذاء، ونقص النشاط البدني.

يشكل هذا المرض عبئاً كبيراً على المريض وأسرته من عدة جوانب. (حسانين، 2011، ص 73). فالآلام المزمنة واحدة من هذه الجوانب وأكثرها إحاطة بالغموض، فهي التي تتحكم فيها مجموعة من العوامل نذكر من بينها: نوع الإصابة، ومرحلة التطور الذي وصل إليها المرض، إضافة إلى العوامل النفسية والتي تلعب دوراً في التكيف مع المرض. (الزرد، 2000، ص 480).

فتجربة الألم المزمن من أقصى الخبرات الإنسانية والتي تترك أثراً لدى المرضى. فعلاج الألم المزمن والمرض لا يقتصران فقط على المعالجة الدوائية، بل إن للعلاجات النفسية دور كبير في تخفيف معاناة المرضى من خلال الجلسات العلاجية، والتي تعتبر ذات دور فعال في إدارة ألم السرطان. وفي سياق تتبع البحوث العلاجية المعنية بالآلام المزمنة تظهر في الاهتمام بالبحث عن العوامل النفسية في دراسة الألم المستمر. حيث أشارت الدراسات إلى أن هناك متغيرات نفسية من شأنها أن تزيد الشعور بالألم والعجز الجسمي المترتب عليه. (بشير والغباشي، 2016، ص 64). فتطورت نماذج كثيرة لتفسير مشكلة الألم المزمن باعتبارها على دور العوامل النفسية في فهم المشكلة ومن بينها النموذج المعرفي، الذي ينظر إلى الألم المزمن باعتباره مفهوماً متعدد الأبعاد يشمل على عوامل انفعالية، ومعرفية، وسلوكية، وطبية. ولقد أثرت هذه النماذج على دراسة وعلاج الألم المزمن، حيث انبثقت منها أساليب علاجية متنوعة، والتي أثبتت الأبحاث العلمية مدى فعاليتها في تخفيف الألم وتقليل الأعراض المرتبطة به. (العاسمي، 2016، ص ص 230، 231)

فالعلاج النفسي أحد أهم المناهج العلاجية في إدارة الألم كما اتفق على ذلك دراسة مارك Mark.p 2010 والتي بحثت في المناهج العلاجية للألم، وتوصلت إلى أن العلاج المعرفي في إدارة الألم المزمن هو من أنجح العلاجات. (شامخ، 2012، ص 90). فهو يعتمد على آليات وأدوات وعمليات معرفية تهدف إلى تعديل أفكار المريض ومعتقداته غير المنطقية التي يصاحبها خلل انفعالي من خلال إعادة فهم المشكلة أو تفسيرها. كما يجب أن تتولد لدى المريض القناعة بأنه بدوره تعلم المهارات الضرورية للتخفيف من الألم من خلال تشجيع الاستجابات المعرفية المعتمدة على تقنيات العلاج

المعرفي المستمد من نظرية أرون بيك المعرفية. حيث يعد من العلاجات النفسية الحديثة من خلال الاعتماد على مكونات الألم المعرفية. وبالتالي تنوع تقنياته العلاجية ومبادئه. (تايلور، 2008، ص 609). إن لهذا العلاج فعالية كبيرة في إدارة آلام السرطان، لأنه يقدم التدخلات النفسية التي تهدف إلى زيادة التدبير الذاتي، والتي من شأنها أن تحدث تغييرا معرفيا على مستوى الألم والمرض. كما يسمح تطبيق هذه التقنيات للمرضى بقيادة الألم والتحكم فيه. (مرازقة، 2020، ص 361).

وفي هذا الإطار جاء هذا الموضوع ليلسلط الضوء على أهم خطوات وتقنيات العلاج المعرفي المعتمد على نظرية أرون بيك بوصفه أهم العلاجات النفسية المتبعة، والذي يتطلب من المعالجين التدريب على تقنياته، والتي تساعد مرضى آلام السرطان على التدبير والتحكم في الألم من خلال صياغة الحالة المعرفية، وتطبيق الجلسات النفسية العلاجية، ولذلك ارتأينا تناول هذا الموضوع من خلال العناصر الآتي ذكرها:

2. العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم السرطان:

اهتمت الدراسات في الماضي بالبحث عن العوامل السيكلولوجية التي من شأنها أن تزيد الشعور بالألم، ومع ازدياد التركيز على دور الجهاز العصبي في الشعور به. اهتمت الأبحاث والدراسات بالجوانب النفسية والاجتماعية في تفسير الآلام كالمعتقدات، والفعالية الذاتية، وجودة الحياة. وكذلك مركز ضبط الألم. ومدى علاقتها بالألم المزمن ودورهم في استجابة المرضى للعلاج. (Turk.Okifiji,2003,p300). ومن بين هذه العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا في التنبؤ والتحكم في الألم المزمن نذكر:

1.2 المعتقدات المتعلقة بالألم:

أظهرت الدراسات والبحوث أن المعتقدات حول الألم ذات علاقة وطيدة بالمشكلات التي يواجهها المعالجون في تحسين مرضاهم. وافترضوا أن معتقدات المرضى والعناصر المعرفية المتعلقة بمشكلات الآلام، ومرتبات حدث معين، وقدرتهم على التغلب على هذا الحدث لها تأثير على أدائهم بطريقتين، الأولى منها: أن المعتقدات الخاصة بدلالات الأحداث يمكن أن تؤثر مباشرة على المزاج وعلى الأفكار السلبية التي تؤكد على النتائج المفجعة، وإدراك الشخص لعدم قدرته على التحكم في هذه المترتبات، يمكن أن يسهم أو يؤدي إلى الاكتئاب. والثانية: هي أن المعتقدات قد تؤثر على التوافق بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على جهود التغلب. (فرج، 2000، ص 727).

2.2 الفعالية الذاتية:

أوضح بانديورا على ضرورة استخدام تكتيكات معرفية لمواجهة الألم والقدرة على التحكم فيه، من خلال استخدام استراتيجيات لمواجهة لتحمل الجهد، وتحسين قدرة الفرد على تحمل الألم أيضا، وهذا

بهدف زيادة الفعالية الذاتية، وإكساب الأفراد القدرة على التحكم في الأحداث والمنبهات المثيرة للألم وشدته.

وفي هذا السياق وضع **باندورا** Bandura 1991 عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفعالية الذاتية أن تؤثر بها على الألم، وعلاجه، وذلك على النحو التالي:

-الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات ومعلومات تساعدهم في إدارة آلامهم، والاستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم.

-الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، والتوتر الجسدي، والقلق، وذلك يؤثر بشكل إيجابي في تخفيف الألم.

-الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة وذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه.

وعليه أوضح نموذج الفعالية الذاتية أنه يعد تطبيقا عمليا في مجال المشكلات الصحية كالألام

المزمنة. (Bandura,1991,p237)

3.2 جودة الحياة وعلاقتها بالألم:

توجهت العديد من الدراسات مؤخرا لمعرفة أثر الألم على المعيشة اليومية وجودة حياة الفرد، وقد

وجد أن هناك اختلاف كبير بين الذكور والإناث في تصور شدة الألم من خلال التقدير الذاتي. وأن جودة

الحياة تختلف حسب نوع الجنس ونوع حالة الألم. وتعمل المسكنات والتدخلات وأساليب المواجهة على

خفض مستوى الألم، وبالتالي تحسن جودة الحياة لدى المرضى. (azizabadi farabain &

assari,2010)

وحسب كل من **بروس وبيوزويرت** Brosse & boiseau bert 2007 يجب أن يكون المريض

تحت المراقبة من أجل تقييم جودة الحياة لديه في إطار الاستشارات السرطانية. (صقور، 2018، ص

338).

4.2 مركز ضبط الألم:

يشير مركز ضبط الألم إلى المعتقدات التي تتعلق بالسيطرة على الألم وتديره، أي إلى درجة اعتقاد

الأفراد بالتحكم في الألم الذي يختبرونه. ويشمل مركز ضبط الألم ثلاثة أبعاد: البعد الداخلي، والبعد ذوي

النفوذ، والبعد الحظ. وقد أظهرت الأبحاث أن مرضى الألم المزمن ذوي مركز الضبط الداخلي سجلوا

انخفاضا في تردد الألم وشدته، بعكس مرضى الألم المزمن الذي يعتمدون على فرصة القدر والحظ (ذوي

البعد الخارجي) (مرازقة، 2009، ص 59).

3. المناحي النفسية لإدارة آلام السرطان:

يعد تدبير الألم المزمن أحد أكبر التحديات الأكثر صعوبة التي تواجه المهتمين في مجال الرعاية

الصحية. فقد أصبح من المسلم به الآن النظر إلى الألم باعتباره ظاهرة متعددة المكونات، يتضمن

مكونات حسية ووجدانية ودافعية ومعرفية. ويحتمل أن تصبح المدخلات المؤلمة أقل أهمية في التأثير على المعاناة وسلوك الألم عندما يصبح الألم مقاوما. بينما تظل المجالات الأخرى أكثر سيطرة. (ليندزاي، 2000، ص 739)

وقد تطور تدبير الألم المزمن في ضوء علاقته بنمو الوعي أنه لا يستجيب للعلاقات أحادية البعد، وأنه سيستمر نتيجة لعوامل متعددة. واستجابة لهذا الوعي. حيث نشأت مجموعة من المناحي العلاجية. والتي سنركز منها على المناحي النفسية، التي سنصنفها إلى فئات معرفية وسلوكية (مرازقة، 2009، ص 38)

1.3 الأساليب المعرفية:

اهتمت الأبحاث بمحاولة التعرف على أهم المتغيرات المعرفية والوجدانية التي ترتبط بخبرة الألم المزمن وإدراكه والتحكم فيه. ومن بين المتغيرات التي لاقت اهتماما واسعا في هذا المجال المعتقدات المتعلقة بالألم. فاعتقادات المريض حول معنى الأعراض، وقدرته على التحكم في الألم، وتأثيره على حياته، تلعب دورا مركزيا في إدراك الألم، والاستجابة للعلاج (حسانين، د.ت، ص 144).
وعليه تعزز الأساليب المعرفية إدراكات الكفاءة الذاتية بصورة خاصة. لتتلاقى نجاحا يكمن في أنها تقود المريض إلى اتخاذ خطوات يكون بأمس الحاجة إليها لمواصلة السيطرة على الألم. فهي تشجع المريض على إعادة فهم المشكلة وتفسيرها. هذا لأن مشكلة الألم قابلة للتعديل لكي يكون للأساليب المعرفية أثرها. إضافة إلى تعلم المريض للمهارات الضرورية للسيطرة على الألم (تايلور، 2008، ص 609)

2.3 الأساليب السلوكية:

ترجع بداية الاهتمام بدور الأساليب السلوكية في خبرة الألم المزمن إلى أعمال فورديس وآخرون Fordyce et al 1986. حيث كانوا أول من حاولوا تطبيق مبادئ النظرية السلوكية لفهم وتفسير وعلاج الألم المزمن. وتهتم النظرية السلوكية بما يعرف بسلوكيات الألم. والتي هي عبارة عن إشارات لفظية وغير لفظية من الكدر والتي تعتمد على التقرير الذاتي للفرد. (حسانين، دس، ص 142)
يرى فورديس أن سلوك الألم قد يستمر في بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجة لمتربته التدميمية، وليس نتيجة للعمليات الفيزيولوجية الكامنة، أي النظر إليه باعتباره مشكلة سلوكية (ليندزاي، 2000، ص 740)

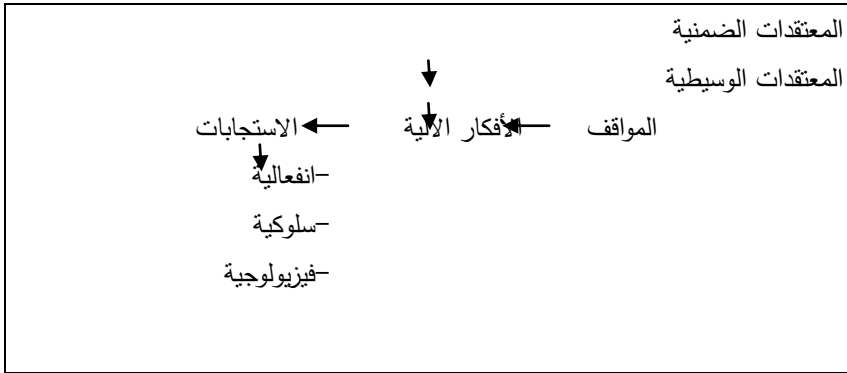
4. العلاج المعرفي للألم السرطان:

لكي نفهم العلاج المعرفي للألم السرطان يجب أن نقدم عرضا للنموذج المعرفي للألم المزمن. حيث أن مبادئ العلاج المعرفي للألم يعتمد على هذا النموذج والذي قدمه أرون بيك Aaron Beck حيث يفترض النموذج بأن انفعالات وسلوكات الفرد تتأثر بإدراكه للأحداث.

حيث يفترض النموذج المعرفي cognitive model أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا (أفكارنا) والتي تحدد الكيفية التي يدرك بها الفرد المواقف والأحداث التي يتعرض لها. وبمعنى آخر ليست المواقف في حد ذاتها المسؤولة عن استجاباتنا الانفعالية والسلوكية، وإنما إدراكنا وتوقعاتنا وتفسيرنا (التقييم المعرفي) لهذه المواقف هو المسؤول عن تلك الاستجابات. ويبين بيك أن التقييمات المعرفية تنتج من الأفكار الأوتوماتيكية Automatic Thoughts هذه الأخيرة تقوم على معتقدات رئيسية وهي المخططات Schemas التي لدى الفرد نفسه. فطور بيك من خلال هذا النموذج طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار والمعتقدات لتشجيعهم على التفكير بشكل أكثر واقعية وفعالية. (هوفمان، 2016، ص ص 13، 14).

ويمكن توضيح مكونات النموذج المعرفي لأرون بيك والعلاقات بينها في الشكل التالي:

شكل رقم 1- يوضح النموذج المعرفي لأرون بيك



(بيك، 2007، ص 44)

يفترض بيك في النموذج المعرفي أن هناك ثلاث مستويات في النموذج هي: المعتقدات الرئيسية (القوالب الفكرية)، والمعتقدات المتوسطة (الافتراضات)، والأفكار الآلية في موقف معين. تؤثر المعتقدات الداخلية على إحساس الشخص، والتي يعبر عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف، والتي تؤثر بدورها على انفعالاته وسلوكه، وفي النهاية تؤدي إلى تغيير وظيفي. (بيك، 2000، ص 23).

5. أساليب النموذج المعرفي مع مرضى آلام السرطان:

هناك عدة أساليب يتم استخدامها من خلال هذا النموذج العلاجي نذكر منها:

1/ التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها: حيث تعد الأفكار التلقائية أفكارا سلبية تؤثر على قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع الموقف. وغالبا لا يكون الفرد واع بها إلا بعد التدريب على تحديدها، والعمل على تصحيحها من خلال استخدام سجل الأفكار التلقائية (علوي وزغبوش، 2009، ص 64)

2/ ملاً الفراغات: عندما يتحدث المرضى عن الأحداث التي يواجهونها وردود أفعالهم اتجاهها، يتضح أن هناك فجوة توجد بين المثبرات والاستجابات. وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار والمعتقدات. وتقع على المعالج مهمة ملاً الفراغ، ويتم ذلك بتعليم المفحوص أن يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثبر وردود فعله إزاءه (بيك، 2000، ص 253).

3/ الإبعاد والتركيز: يطلق بيك على العملية التي ينظر المفحوص من خلالها إلى أفكاره بطريقة موضوعية (الإبعاد) وهي تشتمل على عملية تصحيح أو تعديل لها، ويكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك (يوسفي، 2016، ص 176).

4/ تدقيق الاستنتاجات: ويتم ذلك من خلال تدريب المريض وتعليمه وكيفية الحصول على المعلومات الدقيقة. وأن تتسم استنتاجاته بالواقعية في المواقف المختلفة، وهنا يتعين على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية استنتاج دقيقة، والعمل على فحصها وتقييمها في ضوء الواقع (حسين، 2007، ص 260).

6. أهداف العلاج المعرفي لدى مرضى آلام السرطان:

في ضوء العرض السابق للنموذج المعرفي لآلام السرطان يمكن القول أن الاستجابات المعرفية مثل الأفكار والمعتقدات تلعب دوراً أساسياً في إدراك الألم وكيفية التغلب عليه. لذلك فإن العلاج المعرفي يعمل على إكساب المريض بعض الأساليب التي تنمي لديه الإحساس بالسيطرة على الألم وتأثيراته على حياته بالإضافة إلى تعديل مختلف الجوانب لخبرة الألم. (حسانين، د.ت، ص 148).

وبشكل عام يهدف العلاج المعرفي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف نذكر من بينها:

- تشجيع المرضى على إعادة فهم المشكلة أو تفسيرها. أي التدرج في عرضها من مشكلة صعبة إلى مشكلة يمكن إدارتها. والأساس المنطقي هنا هو أن مشكلة الألم يجب أن تكون قابلة للتعديل.
- يجب أن تتولد لدى المريض القناعة بأنه بمقدوره تعلم مهارات من أجل السيطرة على الألم، وهذا شأنه أن يعزز توقعاته بنجاح.
- يتم تشجيع المريض على إعادة النظر في دوره في عمليات إدارة الألم، من مستقبل له بسلبية إلى فرد فاعل وناشط قادر على السيطرة.
- إن لهذه الأفكار والمفاهيم أثرها المهم في التخفيف من الألم، وقد تعزز من مشاعر الكفاءة الذاتية، حيث تسمح هذه المشاعر للمرضى بتوجيه انتباههم إلى أمور غير الآلام (مرازقة، 368، ص 2020)
- يتعلم المريض مراقبة أفكاره، ومشاعره وسلوكياته، وذلك لكسر معتقداته الخاطئة التي تشكل استجابة للألم.
- بما أن منع الانتكاس يعتبر جزءاً مهماً من تغيير العادات الصحية، كذلك الأمر بالنسبة للسيطرة على الألم. حيث يمكن تعليم المرضى كيف يتعرفون على المواقف التي يرجح أن تثير الألم لديهم، وتطوير

طرق بديلة في إدارة الأهم. بدلا من الاستمرار في استخدام سلوكيات الألم السابقة (تايلور، 2008، ص 610).

7. خطوات تطبيق العلاج المعرفي لدى مرضى آلام السرطان:

تقوم العملية العلاجية لأي مشكلة نفسية قبل اقتراح الحلول المناسبة على تشخيصها. ويشكل الاستجواب جزءا من عملية التشخيص التي تركز على جمع البيانات وصياغة الفرضيات التفسيرية ووضع استراتيجيات لتحقيق الأهداف العلاجية المحددة (بن عبيد، 2018، ص 155) واستنادا لذلك يطبق العلاج المعرفي وفق عدة خطوات متمثلة في:

1.7 تقييم الحالة:

عادة ما تتضح بوضع صيغة شاملة للجوانب الحيوية، والنفسية، والاجتماعية لكل المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي. بداية يستطيع المعالج أن يبدأ في وضع الصيغة من خلال أخذ تاريخ المريض كاملا من خلال (التشخيص/الأعراض، المؤثرات وتشكيلها للمريض، المواقف والأمور الشخصية، العوامل الوراثية والحيوية، الأفكار التلقائية والمشاعر والسلوك). ومع تطور سير العلاج بالإمكان إضافة مزيد من التفاصيل للصيغة الأولية للمريض حتى يصل المعالج لمرحلة من الفهم العميق له، وبالتالي وضع خطة علاجية واضحة (سالم، 2018) وتشمل صيغة التقييم المراحل الآتية:

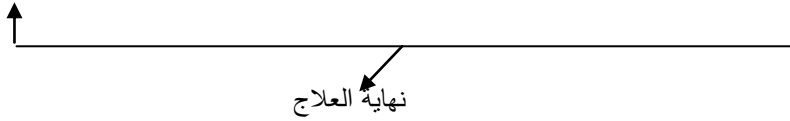
- **التقييم الذاتي Subjective assessment** : من خلال التعرف على مشكلة المريض وتقييمها، وما هي الأفكار الأوتوماتيكية والمعتقدات التي ساهمت في ظهورها. ويتم ذلك بالاعتماد على تقنية الحوار السقراطي. (بيرمان، 2004، ص 214)
- **التقييم الموضوعي Objective assessment** : ويتم من خلاله الاعتماد على مقاييس لتحديد شدة وقوة المشكلة.
- **التقييم الانفعالي Affective assessment** من خلال التعرف على شدة الأعراض والاختلالات الوجدانية. (بن عبيد، 2018، ص 157)

2.7 صياغة الحالة المعرفية Case Formulation Cognitive:

يرى دوبيسون Dobson 2010 أن صياغة الحالة تشكل عنصرا هاما من عناصر العلاج النفسي من أجل الاختبار التجريبي. وهذا بهدف وضع خطة علاجية بعد موافقة الحالة عليها. وبعدها يبدأ المعالج في التدخل وتطبيق خطته والسير نحو العلاج مروراً بكل مرحلة من مراحل العلاج وصولاً إلى التقييم. حيث يبين الشكل الموالي كيفية توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي وتوضيح دورها في العملية العلاجية. (Dobson, 2010, p178)

شكل رقم 2- يبين توجيه صياغة الحالة للعلاج المعرفي ودورها في العملية العلاجية





تعد الصياغة المعرفية الأساس المنطقي في اختيار فنيات التدخل العلاجي المناسبة لكل حالة على حدى. وهي تعد جزءا هاما في تكوين وبناء العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، وتساعد المريض على فهم مشكلته. ومن الجدير بالذكر هنا أن الصياغة المعرفية عن الحالة التي قدمها أرون بيك يحدث في مستوى الحالة، ويعطي فهما تاما عنها. وبصفة خاصة بين المخططات المعرفية والمشكلة الحالية للمريض. (حسين، 2007، ص 207).

3.7 التحليل الوظيفي Functional Analysis:

إن الهدف من التحليل الوظيفي هو تحديد عوامل البدء والتثبيت للسلوك المشكل والدوافع المسببة لتكراره داخل نسق معين (cottraux, 2011:6). حيث يسعى المعالج من خلاله لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك المضطرب. كما يحدد خصائص وشروط الموقف الذي يحدث فيه السلوك مع تسجيل المنبهات السابقة والتالية على هذا السلوك وعلى مدار أسبوع مثلا. (ليندزاي وبول، 2000، ص ص 14، 15) وفي هذا السياق هناك شبكات عديدة للتحليل الوظيفي والتي من بينها نموذج الفكرة الأساسية Basic ID(EA)، والذي وضعه لازاروس Lazarus 1977، ونموذج فونتان وإيليف 1984، Fontaine & ylie، ونموذج سورك (Sork) لكانفير وساسلو 1969 Kanfer & Saslow، إضافة إلى نموذج سيكال كترو 1985 Couttraux، وأخيرا نموذج كونجي Cungi للحلقة المغلقة. (بن عبيد، 2018، ص 161).

4.7 الخطة العلاجية:

تتبع الخطة العلاجية صياغة الحالة. فقبل البدء في العلاج لابد على المعالج الحصول على موافقة المريض على هذه الخطة العلاجية المعرفية، من أجل تطوير العلاج التجريبي من خلال الجلسات. (Dobson, 2010, p174). حيث تنصب أهداف الخطة العلاجية على تعديل الأفكار الآلية السلبية والمعتقدات الخاطئة على أن تحل محلها إدراكات واقعية، واستراتيجيات للتحدي والمواجهة، ولكي يتم تنفيذها بنجاح لابد من تعليم المريض كيفية مراقبة أفكاره ومشاعره وحالته المزاجية. (بيرمان، 2004، ص 215).

5.7 التطبيق العلاجي:

في ضوء ما تقدم يمكن القول أن تطبيق العلاج المعرفي يمر بثلاثة مراحل:

- 1- المرحلة الأولى:** وتبدأ بمقابلة المريض وتقييم شخصيته وتحديد طبيعة المشكلة التي جاء من أجل حلها، وتقييم حالته المرضية، وتحديد طبيعة العلاقة العلاجية التعاونية، ويتعين على المعالج أن يتعرف على طبيعة المشكلة وبناء الصياغة المعرفية. (حسين، 2007، ص 237)
- 2- المرحلة الثانية من العلاج:** في هذه المرحلة يتم مساعدة المريض في التعرف على أفكاره الآلية التي تظهر لديه إزاء آلامه والتي يتعرض لها، والمرتبطة بمشكلة آلام السرطان. وذلك من خلال استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا. (بيك، 2000، ص 83).
- 3- المرحلة الثالثة والأخيرة:** وتتضمن مهمة الوقاية من الانتكاسات والهدف هو تحديد ما إذا كان المريض قادرا على الاستجابة للمشكلة بطريقة توافقية أو غير ذلك. ومن المهم معرفة توقعات المريض حول مدى تحسن حالته. (علوي وزغبوش، 2009، ص 93).

6.7 جلسات العلاج المعرفي :

- يبدأ مسار العلاج المعرفي بالتركيز على إدارة الألم، ومن ثم الانتقال للاهتمام بالقضايا الأخرى (بافتراض أن إدارة الألم هو الهدف الأساسي في العلاج). وهذا ما يحتاجه مرضى آلام السرطان من خلال تعليم المريض تقنيات معرفية وسلوكية كتعديل الأفكار الأوتوماتيكية، ومراقبة الألم والنشاط، وجدولة التمارين. (Carrie & al, 2003, p45)
- وفيما يلي نظرة عامة على مسار الجلسات النفسية للعلاج المعرفي مع مرضى آلام السرطان مكونة من عشر جلسات:
- جلسة 1-:** وهي جلسة تمهيدية تهدف إلى تكوين علاقة علاجية بين المعالج والمريض، ويتم التوضيح فيها قواعد العمل خلال الجلسات العلاجية، ومعرفة توقعات المرضى من هذه الخطة العلاجية، وهذا يساعد على خلق نوع من الثقة المتبادلة بين المعالج والمريض، وكذلك مناقشة الهدف العام للخطة وما يمكن تحقيقه من خلالها.
- جلسة 2-:** يتم فيها بناء قاعدة معلومات ذات أساس علمي فيما يخص آلام السرطان، من خلال فهم معنى تصور الألم انطلاقا من النموذج البيونفسي الاجتماعي، وبوابة التحكم في الألم، لمعرفة مدى تأثير الفكر السلبي في تضخيم الإحساس بالألم.
- جلسة 3-:** يقوم المعالج بمراجعة الجلسة السابقة، ومراقبة نشاط الألم. وفي هذه الجلسة يتم التركيز على تعلم كيفية استخدام سجل الأفكار التلقائية لمساعدة المريض على رؤية الروابط بين الإحساس بالألم، والانفعالات، والأفكار من خلال مساعدته على مناقشة الأفكار السلبية نحو ذاته وبيئته ومستقبله، والمواقف والانفعالات التي تحدث له وما هي الأعراض المصاحبة للانفعال وكيفية مواجهتها. وفي آخر الجلسة يعطى للمريض واجب منزلي للتدريب على السجل وملاحظة التغييرات في مستويات الألم والحالة الانفعالية.

جلسة-4- يتم مراجعة سجل الأفكار التلقائية، وبعدها يتم تشجيع المريض على رؤية أفكاره كفضيات ما يساعده على تقييم الأفكار السلبية. ويطلب من المريض اختيار أمثلة على كل نوع من أنواع الفكر السلبي، وتحديد أهم فكرة سلبية بروزا حول الألم، والبدء في تقييمها، وتوضيح أسباب الانفعال هل هي ضمن الأفكار السلبية أو من الأفكار التي تحدث مباشرة.

جلسة-5- يستمر المريض في ممارسة المهارات وتقييم الأفكار السلبية، من خلال لعب الأدوار وتخيل سيناريوهات، والتي يتم من خلالها تقييم فائدة هذه الأفكار (تحليل مزايا وعيوب الأفكار). وبعدها يتم تكوين أفكار بديلة لها. وكواجب يطلب من المريض تمثيل تجربة حول الألم ومحاولة تصحيح الأفكار السلبية. (تقنية التخيل والبروفة).

جلسة-6- في هذه الجلسة يتم التركيز على الصور التي قد تكون عند المريض حول الألم، ويقدم المعالج تقنيات لإيقاف الصور السلبية من خلال تغييرها، وتوضيح أن بين التغييرات الانفعالية والأفكار فجوة هي التي تحدد طريقة تفكيره واعتقاده، ومحاولة تغيير أنماط المحددة للتفكير التلقائي (تقنية ملأ الفراغ).

جلسة-7- في هذه الجلسة يتم تعريف المريض بمستويين أساسيين: المعتقدات الوسيطة والمعتقدات الأساسية، من خلال استخدام المريض لمخطط تصور الحالة تحوي على ثلاث أمثلة نموذجية لمواقف كان للمريض فيها أفكارا سلبية حول الألم. ويتم ذلك من خلال استخدام الأسئلة السقراطية وتقنية الأسمم النازلة، والتي من خلالها يتم تحديد المعتقدات الأساسية وكيفية تطورها ووظيفتها والغرض منها. وكيفية تعامل المريض مع المعتقدات والألم.

جلسة-8- يستمر المعالج في مساعدة المريض على تحديد وتقييم وتعديل الأفكار التلقائية، وتحديد الدليل المؤيد والمعارض للمعتقدات الأساسية من خلال مراجعتها وتحديد الأخطاء والتشوهات المحتملة، وإعادة صياغتها (تفسيرات بديلة).

جلسة-9- من خلالها يتم التعرف على مختلف الأنشطة السارة والتعود التدريجي على ممارستها، من خلال التقدير التدريجي نحو المواقف الأشد إثارة للألم وتدريب المريض على مواجهتها باستعمال تقنية التعريض التدريجي.

جلسة-10- مراجعة ما تم تناوله في الجلسات السابقة وإعادة قياس مستوى الألم بعد تطبيق الخطة العلاجية.

ومعرفة مدى إكساب وتعلم المريض لتقنيات العلاج المعرفي لإدارة آلام السرطان والتعامل مع المواقف الحياتية.

8. خاتمة:

يعتبر الألم المزمن من أكثر المشكلات انتشاراً لدى مرضى السرطان ، ولفهم هذه المشكلة طورت العديد من النماذج لتفسيرها، بالاعتماد على دور العوامل النفسية والاجتماعية في فهم المشكلة. ومن بين هذه النماذج "النموذج المعرفي" لأرون بيك والذي ينظر إلى الألم باعتباره مفهوماً متعدد الأبعاد يشمل كلا من البعد المعرفي، والانفعالي، والسلوكي وحتى الطبي. وانبثق منه عدة أساليب لعلاجها من بينها الأساليب المعرفية، والتي أثبتت الدراسات والأبحاث مدى فعاليتها ونجاحتها في إدارة آلام السرطان.

فالعلاج المعرفي بصورته الواسعة يتضمن الطرق التي تزيل الألم المزمن عن طريق تصحيح المفاهيم والأفكار التلقائية الخاطئة بمساعدة المريض للتغلب على الإدراكات الخاطئة. فالهدف الأساسي من العلاج المعرفي لأرون بيك هو تصحيح الأفكار التي يتبناها مرضى آلام السرطان. وتبدأ عملية التغيير عندما يبدأ الفرد في مراجعة الأفكار والمعتقدات التي يؤمن بها، ويحاول إعادة تقييمها وتغيير بعضها بأفكار بديلة تتماشى مع الوضع وتكون أكثر واقعية. (أبو الأسعد، والأزيدة، 2015، ص 194). فالهدف من العلاج المعرفي لأرون بيك في علاج آلام السرطان هو تعديل إدراك المريض والذي يكون متفاقماً لخبرة ألمهم. وعليه أصبح لعلماء النفس وأخصائيي الصحة مكانتهم المهمة في إدارة الألم. ونتيجة لذلك بدأت الأساليب المعرفية تستخدم بشكل متزايد وتشمل هذه الأساليب والتقنيات تعديل الأفكار التلقائية، وتشتيت الانتباه والأخيلة، وملأ الفراغ.

وفي هذا الصدد لاقت الأساليب المعرفية نجاحاً كبيراً في إدارة آلام السرطان، من خلال التفاعل بين مختلف أبعاد الألم المزمن. فلقد أثبتت فعاليتها في زيادة الفعالية الذاتية لدى المرضى وتحسين جودة حياتهم من خلال مسار الجلسات النفسية العلاجية، واكتساب مهارات اجتماعية تمكنهم من التغلب على الألم، وحالة العجز، وزيادة نشاطهم.

قائمة المراجع:

أولاً- المراجع باللغة العربية:

- أبو أسعد، أحمد، والأزيدة، رياض. (2015). الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي (ج 1). عمان. مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- أحمد، أحمد حسانين. (2011). سيكولوجية الألم (ط1)، مصر: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- أحمد، أحمد حسانين. (دس). العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن - المبادئ والاستراتيجيات-، كلية الأداب والعلوم، الكفرة. جامعة قاريونس 0 ليبيا. www.pdfactory.com
- أحمد، عبد الخالق وآخرون. (2007). معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان (دراسة مقارنة). المؤتمر الإقليمي لعلم النفس. رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية. ص ص 297-318.

- بشير، إيمان رمضان. والغباشي، سهير فهم. (2018). فعالية برنامج علاجي تعليمي في تخفيف أعراض اضطراب ألم أسفل الظهر المزمن. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، 6(1)، 63-88.
- بن عبيد، سعاد. (2018). فعالية تدخل علاجي معرفي-سلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة الإفراج-دراسة إكلينيكية-أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه علوم في علم النفس. جامعة باتنة1.
- بول، ج. ليندزاي، س. ترجمة صفوت فرج. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (ط1)، مصر، مكتبة الأنجلو.
- بيك، أرون، ترجمة عادل مصطفى. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار الأفاق العربية.
- بيك، جوديث. ترجمة طلعت مطر. (2007). العلاج المعرفي-أسس وأبعاد-. القاهرة. المركز القومي للترجمة.
- بيرمان، س بيرل، ترجمة محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف، (2004)، قواعد التشخيص والعلاج النفسي، مصر، ايتراك للنشر والتوزيع.
- تايلور، شيلي. ترجمة وسام درويش بريك، وفوزي شاكر داود. (2008). علم النفس الصحي (ط1). الأردن. دار حامد للنشر والتوزيع.
- حسين، طه عبد العظيم. (2007). العلاج النفسي المعرفي - مفاهيم وتطبيقات (ط1). الإسكندرية. دار الوفاء لعنبا الطباعة والنشر.
- الزراء، فيصل محمد خير. (2000). الأمراض النفسية الجسدية-أمراض العصر- بيروت. دار النقاش.
- شامخ، بسمة كريم. (2012). أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصبائية لدى مرضى القلب. الإسناد. العدد (203).
- صقور، رسام ماجد. (2018). التعبير الشفوي عن الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. المجلد (40). العدد (5).
- علوي، إسماعيل. وزغبوش، بن عيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي (ط1). الأردن. عالم المكتب الحديث. وجدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع.
- مرازقة، وليدة. (2020). التدخلات المعرفية السلوكية مع الألم المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة باتنة1. المجلد (21). العدد(01). ص 359-380.
- مرازقة، وليدة. (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة باتنة1.

-هوفمان، سي جي. ترجمة مراد علي عيسى. (2016). العلاج المعرفي السلوكي. مصر. دار الفجر للنشر والتوزيع.

-يوسفي، حدة. (2016). الإستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية (ط1). الأردن. دار أسامة للنشر.

ثانيا- المراجع باللغة الأجنبية:

-Azizabadi, Farahani M. Assari S. (2010). Handbook Of Disease Burdens And Quality Of Life Measures. Heidelberg: Springer.

-Badura, A. (1991). Self Efficacy Meclanism In Physiological Activation And Health Promoting Behavior In Maden J-Ed Neurobiology Of Learning Emotion And Effect! New York! 229 -299.

-Carrie Winteroud, Aaron-Beck, Daniel Gruener (2003), Cognitive Therapy; In The Chronic Pain Patients, Springer Publishing Company_Inc, New York.

-Cottraux J, (2011). Les Psycho Theropies Comportementales Et Cognitives, 5eme Editions Paris, Elsevier, Masson.

-Dobson (2011). Hand Book Of Cognitive Behavior Therapy, New York, The Guildford Press.

-Turk Okify (2003), Pain Management. In. A.M. Nezu Sc.M. Nezu Eds .Hard Book Of Psychology, Vol9, Health Psychology 293_338