

الآلام المزمنة

obeikandi.com

طبيعة الآلام المزمنة وتشخيصها Chronic Pains

شهدت السنوات القليلة الماضية زيادة كبيرة فى كم الآلام المزمنة وأعداد المرضى الذين يعانون من مثل هذه الآلام. وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضارى والثقافى والتغيرات السريعة التى شهدتها المجتمعات فى تلك الآونة مع تبدد كثير من القيم وتبدل بعضها الآخر فى كثير من الأحيان حيث إختفت قيم كانت سائدة، وظهرت قيم أخرى لم يكن لها وجود من قبل، وتبدلت قيم ثالثة وتحورت عما كانت عليه فى سالف عهدها لدرجة ربما تكون قد أوصلت بعضها إلى النقيض مما كانت عليه سابقاً، فظهرت النفعية والأنامالية، وإرتدى النفاق ثوب المجاملة، وإزداد الزيف، وإنتشرت الرشوة والفساد والمحسوبية وغيرها. وفى ظل هذه الظروف إستطاع البعض بطبيعة الحال أن يساير تلك القيم وأن يكيف نفسه وفقاً لها، فى حين لم يستطع البعض الآخر أن يفعل من ذلك شيئاً فبدت على البعض منهم أشكال من الإضطرابات والآلام الجسمية التى لم يعهد مثلها من قبل، وتكررت معهم بشكل أصبح مزمناً ويضطرهم للذهاب إلى العديد من الأطباء وإجراء العديد من الفحوص الطبية والأشعة المختلفة.

ويرى البعض أن هذه الآلام المزمنة التى لا ترجع إلى سبب عضوى واضح تعتبر بمثابة أعراض هستيرية قد يكون الدافع من ورائها هو الحصول على منفعة خاصة، أو جلب الإهتمام، أو الهروب من موقف خطير، أو تركيز الإهتمام على الفرد كحماية له من الإجهاد الشديد. ويكون الأفراد الذين يعانون من مثل هذه الآلام أكثر عرضة للإيحاء من غيرهم، ومن ثم يتأثرون بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة بشكل سريع، ويتفاعلون مع هذه المؤثرات بنفس السرعة، ويهتمون كثيراً بما

يقال من حولهم. بينما يرى البعض الآخر أنه لا تكون كل تلك الآلام هستيرية إذ أنها قد ترجع إلى مرور الفرد بأزمة وجدانية أو إجتماعية أو إقتصادية على سبيل المثال. ويتضح ذلك من عدم وجود أى علامات عضوية عند إجراء الكشف الطبى على المريض.

ومن هذا المنطلق يحرص الباحثون عند إجراء الدراسات حول هذا الموضوع على أن يتم إختيار أفراد العينات التى يجرون عليها تلك الدراسات بشكل دقيق يتطلب أن يتم هذا الإختيار فى ضوء عدد من الأسس والمعايير التى تضمن عدم وجود أساس عضوى يمكن أن ترجع إليه مثل هذه الآلام، وذلك على النحو التالى:

١ - عدم وجود سبب عضوى واضح عند إجراء الكشف الطبى على المريض ترجع إليه مثل هذه الآلام أو يكون هو السبب فى حدوثها وتكرارها.

٢ - عدم وجود إضطراب سيكاترى أو مشكلات ذات أساس عصبى تستوجب حدوث تلك الآلام بالشكل الذى تكون عليه.

٣ - الشعور بنوع واحد من هذه الآلام، مع الوضع فى الإعتبار أنه قد يوجد أحياناً تلازم مرضى بين نوعين منها.

٤ - تكرار حدوث الألم للفرد لمدة ثلاثة أيام فى الأسبوع على الأقل ولمدة لا تقل عن سنة واحدة بأى حال من الأحوال على أن يكون هذا الألم متكرراً أى يظهر فى حالة نوبات يزداد أحياناً ويقل أحياناً أخرى يتخللها فترات قد يشعر فيها المريض وكأن نوعاً من التحسن قد طرأ عليه.

٥ - تشخيص طبى من جانب أحد الأطباء المتخصصين يفيد بوجود ذلك الألم ويحدده.

٦ - تقرير من أحد الأخصائيين النفسيين يفيد بتكرار هذا الألم.

٧ - إستمرار المريض فى تعاطى العقاقير المضادة خلال فترة الألم، ولذا يشترط

الإمتناع عن تناول تلك العقاقير قبل بداية برنامج العلاج النفسى بوقت كاف
حدده البعض بثلاثة شهور .

أما عن المحكات التشخيصية التى يتم فى ضوءها تشخيص مثل هذه الآلام
الجسمية المزمنة فإن DSM - IV يحدد عدداً من المحكات اللازمة لتشخيص تلك
الآلام، وذلك على النحو التالى:

أولاً: حدوث ألم فى جزء من أجزاء الجسم يمثل المحور الأساسى للتركيز فى
التشخيص الإكلينيكى، وأن يكون ذلك الألم من الشدة والحدة بما يكفى
لجلب الإهتمام إكلينيكياً.

ثانياً: أن يسبب هذا الألم قدراً كبيراً من الكرب له دلالاته ومغزاه من الناحية
الإكلينيكية، أو يسبب خللاً فى أداء الفرد الوظيفى الإجتماعى أو المهنى أو
غيره من مجالات الأداء الوظيفى ذات الأهمية.

ثالثاً: أن تلعب العوامل النفسية الدور الهام والرئيسى فى حدوث تلك الآلام، وفى
شدتها، وتفاقمها، أو فى بقاء ذلك الألم وإستمراره.

رابعاً: لا يظهر هذا الألم أو ذلك العرض عن قصد من جانب المريض، ولا يدعى
المريض حدوثه متعمداً أو يتصنع ذلك كما هو الحال فى إضطراب
التكلف Factitious disorder أو التمارض . malinger

خامساً: لا يرجع هذا الألم إلى أى إضطراب وجدانى كالإكتئاب أو الهوس،
ولا يرجع إلى القلق، كما لا يرجع إلى أى إضطراب ذهانى آخر، ولا تنطبق
عليه المحكات الخاصة بأى من هذه الإضطرابات.

سادساً: يكون هذا الألم إما حاداً أو مزمناً. والآلام الحادة هى تلك الآلام التى
تستمر لدى المريض لمدة لاتصل إلى ستة شهور، بينما تكون الآلام مزمنة إذا
إستمرت لدى المريض لمدة ستة شهور فأكثر.

العلاج المعرفى السلوكى للآلام المزمنة

لا يزال إستخدام أساليب العلاج النفسى وخاصة العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الآلام المزمنة فى مراحله الأولى حيث كان يقتصر على علاجها من قبل باستخدام العقاقير والتى حققت نتائج إيجابية وفعالة فى هذا الصدد. وبدأ إستخدام العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام بالتدريب على الإسترخاء، ثم أضيف إليه بعد ذلك التغذية الرجعية الحيوية biofeed back وكانت نتائجها فعالة إلى حد كبير ولكنها كانت مرهقة للمعالج، فبدأ العديد من الباحثين مؤخراً فى التركيز على تلك الأساليب التى يمكن إستخدامها لتعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء، ووجدوا أنه يمكن تعزيز هذا الأسلوب باستخدام العلاج المعرفى السلوكى بقصد التخلص من الشد العصبي المصاحب، إلى جانب أنه يمكن أن يتم جزء من التدريب من جانب العميل (وليس المعالج) فى المنزل على هيئة واجبات منزلية والتى يمكن أن يستخدم العميل لإنجازها كتيبات خاصة أو شرائط تسجيل لإرشاده فى تعلم وتنفيذ تدريبات الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية، وبالتالي يقلل من زيارات المريض للطبيب أو المعالج ومراجعته، وهو الأمر الذى يعتبر ميزة كبيرة فى هذا الإتجاه.

وقد أكدت نتائج الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى أو أسلوب التدريب على الإسترخاء مضافاً إليه التغذية الرجعية الحيوية أن هذه الأساليب تعد أساليب فعالة فى علاج الآلام المزمنة المختلفة، ولكن يؤخذ على العديد من هذه الدراسات أنها لم تتناول الجوانب الثلاثة التى يعتقد أنها تتصل بمثل هذه الآلام، وهى الجانب اللفظى الذى يمثل الشق الذاتى فى هذه الآلام، والجانب الحركى الذى يمثل الشق السلوكى فيها، والجانب الفسيولوجى الذى يمثل شقها العضوى. كما أن عدد الدراسات التى تناولت أساليب العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام المزمنة لا يزال قليلاً مما يجعلنا نحتاج إلى أن نتأكد من مدى فاعلية مثل هذه الأساليب المتبعة فى العلاج النفسى فى هذا الصدد.

وفى حقيقة الأمر يعتمد إستخدام أساليب العلاج النفسى لعلاج مثل هذه الآلام على ما يرتبط بتلك الآلام من نتائج يحصل عليها المريض كالحصول على تعاطف الآخرين معه، وجلب إهتمامهم به، وتجنب قيامه بالأنشطة غير المفضلة له خاصة إذا كان لا يزال صغيراً فى السن، وجميعها تعمل كمعززات لسلوك الألم. وبالتالي يرى العديد من الباحثين أنه يمكن تدريب المرضى على مهارات التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك مثل التدريب على الإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، والتعليم الذاتى، وصرف الإنتباه، وإعادة البناء المعرفى، والتخيل الإيجابى، والتدريب على حل المشكلات، وهو مايزيد من قدرة المريض على التحكم فى الألم أو السيطرة عليه.

هذا ونحن نرى أنه يمكننا فى هذا الإطار أن نستفيد من نموذج التشغيل الإنفعالى بما يضمه من فنيات لفقد الحساسية المنظم، والغمر، والتدريب على التعود، وما يتطلبه من التعريض ومنع الإستجابة سواء كان ذلك التعريض تخيلاً أو واقعياً من خلال مشيرات غير مؤذية يتم اللجوء إليها فى ظل ظروف مضبوطة وتحت إشراف مباشر من المعالج.

ومن ناحية أخرى إذا كانت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الميدان لاتزال تؤكد أن العلاج الطبى يعد هو الأكثر فاعلية، فإنه يمكن القول هنا أن بإمكاننا أن نلجأ إلى الإتجاه التكاملى فى العلاج النفسى وهو الأمر الذى يطالب به الكثيرون والذى يرى أن بإمكاننا أن نستخدم أكثر من أسلوب علاجى واحد فى ذات الوقت، وهو ما يدعونا إلى إستخدام العلاج بالعقاقير جنباً إلى جنب مع العلاج المعرفى السلوكى مما قد يضيف إلى فاعليته.

كذلك تؤكد نتائج الدراسات أن آثار العلاج أو الأسلوب العلاجى المستخدم تبدو واضحة خلال الدراسة التتبعية، وهذا يؤكد على ضرورة أن يتضمن البرنامج العلاجى فترة متابعة يتم خلالها تقييم أثر ذلك الأسلوب العلاجى المستخدم على الألم المزمن. ونظراً لأن التدريب على مهارات الإسترخاء خلال البرنامج يرتبط

بشكل دال بتلك النتائج التى يتم الحصول عليها بعد فترة متابعة تستمر ستة أشهر بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، فمن المحتمل أن يكون قصر مدة البرنامج العلاجى نوعاً ما له فاعليته وأثره الواضح من خلال الممارسة المستمرة لمثل هذه التدريبات.

ومن الجدير بالذكر أنه يمكن التنبؤ بنتائج العلاج المعرفى السلوكى من خلال تلك المتغيرات المعرفية المتضمنة، وهو ما يؤكد على أهمية تقييم المستويات الثلاثة للسلوك المرتبط بالألم، وهذا ما يتفوق به العلاج المعرفى السلوكى على سواء من العلاجات النفسية الأخرى حيث يعتمد بشكل أساسى على تقييم تلك المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية للإضطراب، ويتعامل معها بما يضمه من فنيات متعددة ومتنوعة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أيضاً على الأعراض المرتبطة بالألم وعلى الميكانيزمات الفسيولوجية المولدة للألم والمسببة له، وهو ما يمكن أن يؤدى إلى تحقيق نتائج جيدة فى هذا الصدد. أما المتغيرات الطبية على الجانب الآخر فإن نتائج الدراسات التى تناولتها قد أكدت على أن لها قدرة تنبؤية بسيطة بالنتائج التى يتم التوصل إليها. وربما يرجع ذلك إلى اللجوء إلى محكات معينة يتم فى ضوءها إستبعاد بعض المرضى من عينات الدراسة وهم أولئك الذين ترجع تلك الآلام لديهم إلى أسباب عضوية.

وعلاوة على ذلك فإنه لا توجد سوى دراسات قليلة فقط تم من خلالها إجراء المقارنة بين فعالية أساليب مختلفة للعلاج النفسى فى هذا الصدد. وعلى ذلك فإن الفاعلية الفارقة للأغماط المختلفة من هذه العلاجات وذلك لمختلف الآلام المزمنة لاتزال فى حاجة إلى تحديد دقيق لها، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال إجراء المزيد من الدراسات وهو الأمر الذى يجب أن نوليه مزيداً من الإهتمام خلال السنوات القليلة القادمة.

نماذج للآلام المزمنة وكيفية إستخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاجها

سوف نعرض خلال هذا الجزء لثلاثة نماذج مختلفة للآلام المزمنة هى آلام الجهاز العضلى الهيكلى، والصداع المزمن، وآلام البطن غير المحددة ونوضح مع كل

نموذج كيف يتم استخدام العلاج المعرفى السلوكى معه وذلك من خلال ما تم إجراؤه فى هذا المجال من دراسات، وهو الأمر الذى يمكن أن يفيد كثيراً عند إجراء دراسات مستقبلية فى هذا الميدان.

١ - آلام الجهاز العضلى والهيكل العظمى

يتألف الهيكل العظمى لجسم الإنسان من جزئين أساسيين؛ أولهما هو الهيكل المحورى ويضم الجمجمة والعمود الفقرى والقفص الصدرى، أما الثانى فهو الهيكل الطرفى ويضم الطرفين العلويين والطرفين السفليين. ويساعد هذا الهيكل فى حركة الجسم عن طريق المفاصل والعضلات. وتتمثل أكثر الآلام المرتبطة بهذا الجهاز شيوعاً فى آلام الظهر أو العمود الفقرى وآلام الفكين.

وقد راعت الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد القيام بتقييم طبى للمرضى، ثم تقييم المستويات الثلاثة للسلوك المرتبط بالألم، ثم تطبيق برنامج العلاج النفسى وذلك على النحو التالى:

أولاً: التقييم الطبى:

يتضمن التقييم الطبى للآلام المزمنة وخاصة ما يتعلق منها بالعظام وآلام الظهر المزمنة Chronic back pain تقيماً لتلك العظام يعتمد على النماذج الباثولوجية التى قدمها رودى وآخرون (١٩٩٠) Rudy et. al. ويتضمن هذا التقييم حركة العمود الفقرى، والأشعة السينية X rays، والأشعة المقطعية CAT Scans على الجزء الذى يرى المريض أنه هو الذى يسبب الألم، ومقاييس الشد العصبى وطريقة المشى، وأوجه القصور فى الحركة، والمشكلات العصبية. وبالنسبة لمرضى الآلام المزمنة فى الفك Chronic temporomandibular pain يتضمن التقييم تفحص موضع الألم باللمس، وفحص العضلات، والأشعة السينية والمقطعية، وفحص الأسنان.

ثانياً: فحص المستويات السلوكية المرتبطة بالألم:

أ- المستوى اللفظي (الشق الذاتى):

ويتضمن مقابلة للتقييم الشامل للألم، ومقياس وست هافين - ييل للألم متعدد الأبعاد West Haven - Yale Multidimensional pain Inventory ومقياس بيك للإكتئاب، وتقارير ذاتية عن الألم، ومقياس السيطرة على الألم، ومذكرات يومية للمريض عن الألم. وإلى جانب ذلك يتم تقييم للألم والضغط والحالة الإنفعالية للمريض، ومدى تعاويه للعلاج الطبى وذلك على مدى أسبوعين قبل بداية برنامج العلاج النفسى، وخلال مضمار هذا العلاج، وبعد أسبوع من نهاية البرنامج العلاجى. يلى ذلك متابعة للمرة الأولى وذلك بعد ستة شهور من إنتهاء العلاج، ثم للمرة الثانية وذلك بعد ثمانية عشر شهراً.

ب- المستوى الحركى (السلوكى):

ويتم خلاله تقييم مدى تعاوى العلاج الطبى من خلال يوميات المريض المرتبطة بالألم. ومع ذلك فظراً لأن ثلث المرضى تقريباً يستخدمون مسكنات للألم أو مهدئات analgesics بانتظام فلا يعتبر خفض معدل العلاج الطبى (الدواء) مقياساً للنتيجة الإيجابية، ولذا يجب أن يتم تقييم المستوى العام للنشاط. كما يمكن استخدام مقياس جامعة توبنجين (بألمانيا) T u bengin للسلوك المرضى T u bengin pain Behavior Scale وذلك للحصول على تقدير عام لسلوكيات الألم وذلك من خلال تقدير أحد عشر نمطاً سلوكياً من السلوكيات المرتبطة بالألم على مقياس متدرج من صفر إلى درجتين. وإضافة إلى ذلك هناك مهام مختلفة للأداء الوظيفى يؤديها المرضى ويتم تسجيلها على شرائط فيديو. كذلك يتم استخدام ملاحظة مقننة للسلوك، كما يتم سؤال المرضى عن عدد مرات ترددهم على الطبيب خلال الأشهر الثلاثة السابقة لبداية العلاج النفسى، ويعد هذا مقياساً لمدى استخدام المريض لنظام الرعاية الطبية وإستفادته منه.

جـ- المستوى الفسيولوجى (العضوى):

ويتم خلاله تسجيل مستويات التخطيط الكهربى (electromyographic (EMG فى موضع الألم وذلك إعتماًداً على التشخيص المبثى. كما يتم تسجيل مدى النشاط الزائد فى الجانب الأيسر بالمخ وذلك من خلال خط قاعدى لدقيقتين راحة وإضافة مهام تخيلية تستغرق دقيقة وتتضمن صوراً لموقف محايد وآخر يتضمن ضغوطاً شخصية. هذا ويعرف مدى نشاط الجانب الأيسر من المخ وتفاعله مع الضغوط على أنه مقدار التغير عن الخط القاعدى خلال مهمة تخيلية تستغرق دقيقة واحدة.

ثالثاً: برنامج العلاج النفسى:

وفما يتعلق بالعلاج النفسى فإنه يشترط لتقديمه ألا تكون هناك أسباب عضوية لهذه الآلام، ولذلك يتم إستبعاد المرضى من عينات الدراسة فى ضوء عدد من المحكات كما يلى:

أ - وجود إلتهابات معينة تكون هى المسئولة عن الألم كإلتهابات الروماتيزمية على سبيل المثال.

ب - وجود مشكلات ذات أساس عصبى لدى المريض كإلتهاب جذور الأعصاب أو عدم القدرة على القيام بالأداء الوظيفى الحسى أو الحركى.

جـ - لاتقل مدة الألم عن أربعة شهور.

د - أن تكون المريضة حاملاً.

هـ - حدوث تلازم مرضى بين نوعين من الألم كآلام الظهر وآلام الفك على سبيل المثال.

و - وجود اضطراب سيكاترى.

أما عن البرامج العلاجية المستخدمة فغالباً ما يتألف البرنامج من ثمانى أو عشر جلسات مدة كل منها ساعة واحدة. ومن أكثر الفنيات المستخدمة شيوعاً الإسترخاء

حيث يتم تدريب المرضى على عمل إسترخاء لعضلات الظهر والفك قدر المستطاع حتى يتخلصوا من توتر الأعصاب أو الشد العصبي. كذلك يتم إستخدام ضبط النفس Self - Control والتخيل المعرفي حيث يطلب من المريض أن يقوم بتخيل حدث ضاغط من أحداث الحياة أو وضع معين posture يسبب مشكلة بالنسبة له وأن يستمر فى ذلك ويعمل على ضبط النفس حتى يتمكن من الوصول إلى الوضع الذى يقلل من التوتر، وتستمر هذه المحاولة لمدة دقيقتين.

وتلعب فنية المناقشة دوراً هاماً خلال البرنامج حيث تستخدم لتوضيح العلاقة بين الضغوط والشد العصبي والألم. وتمثل الواجبات المنزلية ركناً هاماً من أركان العلاج النفسى للآلام المزمنة، وتتضمن تلك الواجبات تمارين لإدراك الشد العصبي وخفض حدته، ويطلب من المرضى أن يقوموا بأداء تلك التمرينات على فترات قصيرة أثناء اليوم، ولذلك تتضمن تلك الواجبات القيام بالسيطرة على الشد العصبي الذى يمكن أن يحدث لهؤلاء المرضى فى منازلهم.

وإلى جانب تمارين الإسترخاء تتضمن إستراتيجيات المواجهة التدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم مثل صرف الإنتباه، وإستخدام التعبيرات الذاتية الإيجابية. ولهذه الإستراتيجيات أهميتها القصوى فى تمكين المريض من مواجهة ماقد يصادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج مما يعمل على تجنب حدوث إنتكاسة.

وإلى جانب ذلك هناك علاج طبي يتضمن إستخدام المسكنات أو المهدئات أو العقاقير المخففة للتوتر العضلى، وهذا هو الهدف الأساسى من إستخدام تلك العقاقير، ولكن يمكن أن يتم الإستغناء عنها تدريجياً مع تطور العلاج النفسى وتمكن المريض من إستخدام فنياته بشكل جيد وبنجاح، وتحقيقه لقدر جيد من التحسن من جراء ذلك.

٢ - الصداع المزمن

شهدت السنوات القليلة الماضية تطوراً كبيراً فيما يتعلق باللجوء إلى التدخلات

المختلفة سواء الطبية باستخدام العقاقير أو غير الطبية من خلال أنماط مختلفة من العلاج النفسى وذلك للوقاية من الصداع المتكرر. ومع ذلك فلا توجد هناك مقارنة مباشرة بين مدى فاعلية تلك الأساليب العلاجية الطبية منها وغير الطبية بإستثناء تلك الدراسة التى أجراها بايفا وآخرون (١٩٨٢) Paiva et. al والتى قارنوا فيها بين مدى فاعلية التغذية الرجعية الحيوية باستخدام التخطيط الكهربى وبين عقار ديازيبام diazepam الذى كان يتم تعاطيه بجرعة غير محددة. ونظراً لأن هذا العقار غير مقبول كعلاج للصداع المزمن فلا يتم الرجوع إلى تلك الدراسة ونتائجها كثيراً. وإلى جانب ذلك فإن النتائج التى يتم التوصل إليها من المحاولات الطبية فقط لتقييم أثر هذين الأسلوبين العلاجيين لا يمكن الإعتماد عليها فى المقارنة نظراً لأن هناك أنماطاً مختلفة من المقاييس يتم إستخدامها فى المحاولات الإكلينيكية باستخدام العلاج بالعقاقير تتضمن تقديرات الطبيب المعالج لمدى التحسن الذى يطرأ على المريض فى حين لا يتم إستخدام مثل هذه التقديرات فى المحاولات الإكلينيكية التى لا يتم فيها العلاج بالعقاقير حيث عادة ما يتم إستخدام مذكرات يومية يسجل فيها معدل الصداع. وبهذا فإن التراث الطبى والسيكاترى والسيكلوجى تندر فيه مثل هذه الدراسات التى تقوم على مقارنة أثر علاج الصداع المتكرر والمزمن باستخدام العقاقير وبدون إستخدامها وما يرتبط به من أعراض فسيولوجية وشكاوى جسمية تصاحب ذلك الصداع باستمرار، كما تندر فيه أيضاً الدراسات التى تتعلق بالآثار الجانبية النسبية لمثل هذين الأسلوبين العلاجيين.

ويعتبر عقار amitriptyline HCL أميتريبتلين من العقارات المفضلة فى علاج الصداع المزمن نظراً لما له من فائدة بعيداً عن أثره كمضاد للإكتئاب حيث يؤثر على الصداع خلال أسبوع واحد فى الغالب، كما أنه يتم تعاطيه بجرعات أقل وتراوح بين ٢٥ - ٧٥ مج فى اليوم، ومع ذلك فإن مثل هذا العقار يستطيع بتلك الجرعة أن يؤثر على السيروتونين Serotonin والنوربنفرين Norepinephrine وهذا ما يلعب دوراً أساسياً فى سرعة تأثيره، ومن ثم يصبح مفضلاً كأسلوب علاجى على إستخدام أسلوب التقديرات اليومية لمعدل الصداع.

أما بالنسبة للعلاجات غير الطبية الأكثر إستخداماً فى هذا الصدد فتتمثل فى إجراءات التدريب على الإسترخاء والذي بدأ الباحثون حديثاً كما يرى بلانشارد وآخرون (١٩٩٠) Blanchard et. al فى التركيز على الطرق التى يمكن بموجبها تعزيز فاعليته كأسلوب علاجى والعمل على خفض التكاليف المطلوبة له. هذا ويمكن تعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء بإضافة تدخل معرفى سلوكى يتمثل فى إدارة الضغوط أو السيطرة عليها على أن يتم إستخدامهما جنباً إلى جنب. ومن ناحية أخرى فإن خفض التكاليف يمكن أن يتم عن طريق تحديد واجبات منزلية يؤديها المريض فى المنزل وذلك باستخدام دليل مطبوع أو شرائط تسجيل لإرشاده عن كيفية تعلم الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية السلوكية. وقد يعمل هذا الإجراء على تقليل عدد مرات الزيارة التى يكون مطلوباً من المريض أن يقوم بها للمستشفى مما يقلل بطبيعة الحال من تكاليف العلاج.

وعند التدخل العلاجى النفسى يجب أن يكون الطبيب قد قام بتشخيص المريض على أنه يعانى من صداع مزمن يؤدى به إلى التوتر Chronic tension headache وأن تكون التقديرات التى يحددها الأخصائى النفسى تفيد نفس هذا الشئ، وأن يشعر بهذا الصداع لمدة لاتقل عن ثلاثة أيام فى الأسبوع وذلك لمدة سنة على الأقل، كما يجب أن تتوفر فى المرضى المحكات التالية:

أ - صداع مستمر يوصف على أنه ألم محل مستمر يؤثر سلباً على نشاط المريض، أو شعور بالضغط الشديد والتوتر والضغط والتقلص أو الإنقباض.

ب - صداع مزدوج يبدأ فى الجزء الأمامى من العظم القذالى (عظام مؤخرة الرأس) ودون القذالى أو فى منطقة مؤخرة الرقبة.

ج - صداع يجعل المريض يشعر وكأن هناك عصابة أو ضمادة توضع فوق رأسه.

هذا ويتم إستبعاد المرضى من العينات التى تجرى عليها تلك الدراسات إذا ما إنطبق عليهم أى من المحكات التالية وهى المحكات التى يتم من خلالها إستبعاد أولئك الذين ترجع مثل هذه الآلام لديهم إلى أسباب عضوية أو عصبية حتى

يصبح الألم لدى جميع أفراد العينة راجعاً إلى أسباب نفسية أى غير عضوية .
ويمكن عرض هذه المحكات على النحو التالى :

أ - أعراض أولية لمرض غالباً ما تظهر مع الصداع المتعلق بالأوعية الدموية .

ب - ألم أحادى مستمر يؤدي إلى زيادة الخفقان أو النبض .

ج - صداع ذو بداية مفاجئة .

د - تقرير من طبيب الأعصاب عن وجود صداع يتعلق بالجيوب الأنفية ، أو صداع يرتبط بحالة مرضية ، أو بصدمة فى الرأس ، أو صداع ناتج عن إساءة استخدام المهدئات أو المسكنات .

هذا ويشترط فى الدراسات التى تجرى فى هذا الإطار إلى جانب ذلك أن يتمتع المرضى الذين ستتألف منهم عينة الدراسة عن استخدام المهدئات أو المسكنات للصداع لمدة ثلاثة أشهر على الأقل قبل بداية البرنامج العلاجى الذى سيتم استخدامه فى الدراسة .

ويمكن استخدام عدد من المقاييس فى هذا الصدد، منها:

١ - تقديرات طبيب الأعصاب **neurologist 's ratings**

يتم تقييم المرضى من جانب الطبيب قبل بداية البرنامج العلاجى ، ويعاد التقييم مرة أخرى بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية العلاج . كما يتم تقدير التغير فى معدل الصداع وشدته على مقياس متدرج من سبع نقاط على غرار نموذج ليكرت يتراوح بين «سوء بدرجة كبيرة» إلى «تحسن كبير» . وإلى جانب ذلك يتم تقييم الآثار الجانبية للعلاج الطبى على مقياس متدرج من أربع نقاط على غرار نموذج ليكرت أيضاً ، ويتراوح بين «لا توجد آثار جانبية» إلى «توجد آثار جانبية خطيرة» .

٢ - تسجيل الصداع: يقوم المرضى بتسجيل الصداع بمعدل أربع مرات فى اليوم قبل العلاج بشهر واحد ، ويستمررون على هذا النحو حتى إعادة التقييم وذلك بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية البرنامج العلاجى . ويتم ذلك على مقياس متدرج من

إحدى عشرة نقطة تتراوح بين (لا يوجد صداع) وتحصل على صفر، إلى (صداع لا يقاوم) وتحصل على عشر درجات. كما يقوم المرضى بتوضيح نوع وكم الدواء المهدئ أو المسكن الذى يتم تعاطيه وذلك على نفس إستمارة التسجيل.

هذا وتستق من إستمارة التسجيل اليومى للصداع أربعة مقاييس فرعية على النحو التالى:

أ - دليل الصداع: ويستخدم لتسجيل متوسط مرات حدوث الصداع خلال فترة التقييم.

ب - ذروة الصداع: ويستخدم لبيان أعلى تقدير لمتوسطات مرات حدوث الصداع التى يتم الحصول عليها كل أسبوع وذلك خلال فترة التقييم.

ج - النسبة المئوية للأيام التى لا يشعر فيها المريض بالصداع، وهو بذلك يعد مقياساً يوضح الوقت الذى لا يشعر فيه المريض بأعراض وآثار الصداع.

د - متوسط عدد الحبوب المهدئة التى يستخدمها المريض فى اليوم قياساً بمدى فاعليتها وأثرها الطبى، وهو ما يوضح كم العلاج المهدئ المستخدم.

٣ - الإختبارات النفسية:

يقوم المرضى قبل بداية البرنامج العلاجى وعند إعادة التقييم أى بعد مرور إثنى عشر أسبوعاً من بداية البرنامج بالإستجابة على أربعة مقاييس هى:

- مقياس بيك للإكتئاب . Beck Depression Inventory

- مقياس سمة وحالة الشخصية State - trait Personality Inventory الذى أعده شبيبلرجر وآخرون (١٩٧٩) Spielberg et. al والذى يتضمن مقياساً لكل من القلق والغضب.

- مقياس واهلر للأعراض الجسمية Wahler physical Symptom Inventory الذى أعده واهلر (١٩٨٣) Wahler والذى يعد مقياساً للشكاوى الجسمية العامة.

- مقياس موضع الضبط بالنسبة للصداع Headache Locus of Control Scale الذى أعدده هولرويد وآخرون (١٩٨٤) Holroyd et. al وهو نسخة معدلة من مقياس موضع ضبط الصحة متعدد الأبعاد Multidimensional Health Locus of Control scale الذى أعدده ولستون وآخرون (١٩٧٨) Walston et. al والذى يقيس تلك الجوانب المدركة من جانب المرضى التى تؤثر على الصداع وتصوره على أنه فى متناول نطاق سيطرتهم أو خارج نطاق سيطرتهم.

وجدير بالذكر أنه يتم إستخدام مثل هذه المقاييس النفسية لتحديد ما إذا كان التدخل النفسى أو العقار المهدئ أو كلاهما يعملان على :

أ - خفض تلك المعدلات العالية للأعراض النفسية والشكاوى الجسمية التى غالباً ما تبدو على أولئك المرضى الذى يعانون من الصداع الذى يؤدى إلى التوتر.

ب - تغيير إدراكات المرضى لمركز التحكم فى الصداع كاضطراب يعانون منه.

- البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى :

ومن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التى تستخدم فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى إستخدمه هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al والذى إستمر لمدة ثمانية أسابيع وتضمن ثلاث جلسات علاجية؛ الأولى فى بداية البرنامج، والثانية فى وسطه، والثالثة فى نهايته ومدة كل جلسة ساعة واحدة، إلى جانب مكالمتين تليفونيتين مدة كل منهما خمس عشرة دقيقة كانت أولاهما فى نهاية الأسبوع الثانى، أما المكالمة الثانية فكانت فى نهاية الأسبوع السادس، وكان الهدف من هاتين المكالمتين هو التعرف على المشكلات التى يواجهها المفحوصون فى التمرينات المنزلية.

وفى بداية الجلسة الأولى تم شرح الإجراءات العلاجية، والتدريب على الإسترخاء، وتم إعطاء المرضى دليل التعليمات وأشرطة التسجيل التى تتناول إجراءات الإسترخاء بشكل مبسط وذلك لتسهيل أداء التمرينات المنزلية وحتى يتمكن المرضى من تطبيق تلك المهارات فى حياتهم اليومية. أما فى الجلسة الثانية

والتي كانت فى الأسبوع الخامس فتم التدريب خلالها على أساليب مواجهة الضغوط المرتبطة بالصداع، وتم إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، ومهارات حل المشكلات. وتم خلال تلك الجلسة تحديد مشكلة مستهدفة ترتبط بالصداع الذى يعانى منه المريض بدرجة كبيرة. كما تم أيضا التركيز على إختيار مشكلة مستهدفة يمكن أن تتغير باستخدام العلاج المعرفى السلوكى، ويوضح المعالج أى هاتين الفئتين العلاجيتين تعد هى الأفضل فى تناول تلك المشكلة. وقد تضمن دليل التعليمات وأشرطة التسجيل إجراءات للقيام بإعادة البناء المعرفى والتدريب على مهارات حل المشكلات فى المنزل أيضاً. أما فى الجلسة الثالثة والتي كانت فى نهاية الأسبوع الثامن فتمت المراجعة على الإستراتيجيات التى كان المريض يجد أنها هى الأكثر ملاءمة له كى يسيطر على الصداع الذى يعانى منه. أما العلاج الطبى باستخدام العقار المستهدف فكان يشرف عليه الطبيب وذلك لضبط وتنظيم وزيادة الجرعات بحسب البرنامج الذى تم تحديده لهذا الغرض.

وتوضح النتائج فى هذا الصدد أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير له فعاليته فى خفض حدة الصداع المزمن المتكرر حيث أدى الأول إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٥٦% بينما أدى العلاج بالعقاقير إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٢٧% وقد أوضحت تقارير الأطباء أن ٩٤% من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى، ٦٩% من المرضى الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد تحسّنوا بدرجة معقولة، كما قل إستخدامهم للمهدئات بدرجة كبيرة، وقلت الشكاوى الجسمية من جانبهم، وأوضحوا قدرة شخصية متزايدة فى السيطرة على نوبات الصداع. وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال باستخدام العلاج المعرفى السلوكى أن نسبة التحسن تتراوح بين ٥٦% - ٦١% وأن هذا الأسلوب العلاجى يعد فى ضوء هذه النسبة أفضل من العلاج بالعقاقير. ونحن نعتقد أنه إذا ما تمت المزاوجة بين الأسلوبين فإن النتائج سوف تتحسن بدرجة كبيرة.

٣- آلام البطن المتكررة

تعتبر آلام البطن المتكررة recurrent abdominal pains شكوى عامة بين الأطفال حيث تنتشر بين ١٠% - ١٥% من الأطفال فى سن المدرسة. وتتسم زملة الأعراض غير المحددة المميزة لها بعدم الراحة أو الإنزعاج والقلق والتي تحدث - أى زملة الأعراض - على مدى عدة شهور وغالباً ما تعوقهم عن أداء أنشطتهم اليومية، ولكنهم عادة ما يشفون تماماً بين تلك النوبات. وعلى الرغم من ذلك فلا يوجد لديهم أى مرض عضوى يعد هو المسئول عن شكواهم تلك. هذا وتغير المدة التى يستغرقها الألم وذلك من عدة ثوانى إلى يوم كامل، كما تتغير حدة ذلك الألم، ونوعيته، ووقت حدوثه.

وعلى الرغم من وصف هذا الألم على أنه زملة أعراض مرضية تتطور مع نمو الأطفال فإن النتائج التى تم التوصل إليها بخصوص مآل هذا الإضطراب تعد متضاربة. ففى الوقت الذى تؤكد فيه بعض الدراسات أن ثلث الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام يستمرون فى معاناتهم من هذا الألم المتكرر ونوباته المتعددة لعدة سنوات يؤكد دافيسون وآخرون (١٩٨٦) Davison et. al أن خمسة وعشرين طفلاً من مجموع ستة وعشرين طفلاً قد شفوا تماماً من تلك الآلام عند التقييم الذى تم إجراؤه فى الدراسة التتبعية والذى تم بعد إنتهاء برنامجهم العلاجى بستة شهور. أما الدراسات القليلة التى تناولت مثل هذه الآلام فقد إستخدمت إجراءات تقييم شاملة للألم، وإستخدمت غالبيتها التقارير الوالدية وذلك فى المقابلات التى تم إجراؤها معهم.

ومع أن هناك أسباباً عضوية لآلام البطن مثل الإمساك، والديدان، وإلتهاب الزائدة الدودية، وإضطرابات الأيض، والفتاق، والتبويض (بالنسبة للإناث)، وإضطراب العصارات الهضمية، وتورم الحبل الشوكى، والإنفثال أو الإلتواء المتقطع المزمّن للأمعاء، وسوء إمتصاص السكريات فإن مثل هذه الأسباب العضوية وغيرها يعد مسئولاً عن حوالى ٥% - ١٠% من الحالات. إلا أن ما يهملنا بالدرجة

الأولى هنا هو العوامل النفسية والأسرية التى تسهم فى حدوث مثل هذه الآلام. وتتضمن مثل هذه العوامل السمات المزاجية للطفل، وسماته الشخصية كالخنوع والقلق والميل للكمال، إلى جانب سمات الوالدين كالقلق المفرط على الطفل، وإنشغالهما بالأمر الصحية المتعلقة به، وحمايتهما الزائدة له، بالإضافة إلى الخلافات الأسرية والزوجية. ومع ذلك فقد لجأت غالبية الدراسات التى أجريت فى هذا المجال إلى الملاحظات الإكلينيكية غير المضبوطة إلى جانب أن البعض منها قد قارن بين عينة من الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام كمجموعة تجريبية مع عينة من الأطفال العاديين الذين لا يعانون من أى آلام كمجموعة ضابطة.

هذا ولا يزال علاج مثل هذه الآلام المتكررة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فى أطواره الأولى. ونظراً لأن العلاج بالعقاقير لم يثبت فعالية كبيرة فى هذا الصدد فقد لجأ بعض الباحثين إلى استخدام فنيات العلاج السلوكى المستمدة من نظرية التعلم الاجتماعى والإشترط التقليدى. وكانت تقوم الفنيات السلوكية على اعتبار أن السلوكيات المرتبطة بالألم تؤدى بالطفل إلى نتائج محتملة ومرغوبة من جانبه كالتعاطف معه، وجذب الإنتباه إليه، وتجنب القيام بالأنشطة التى لا يرغب فيها وهى ما تعمل بطبيعة الحال كمعززات للسلوك المرتبط بالألم. وقد أثبتت فنيات العلاج السلوكى تلك فعاليتها فى هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى قام باحثون آخرون بتعليم الأطفال مهارات إدارة الذات-Self management كالإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، وصرف الإنتباه، والتخيل الإيجابى. إلا أن هناك بعض الأمور التى لاتزال فى حاجة إلى حلول ملائمة فيما يتعلق باستخدام مثل هذه الفنيات ضمن أساليب العلاج النفسى لمثل تلك الآلام. ويمكن أن نوجز ذلك على النحو التالى:

أ - أن الدراسات التى إستخدمت مثل هذه الإستراتيجيات حتى الآن لم تستخدم التصميم التجريبى الذى يتضمن مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

ب - أنه لا توجد دراسات تناولت آثار برنامج متعدد الأبعاد يتضمن إستراتيجيات لتعديل سلوك الألم ودمجها مع مصادر الطفل التي تساعد على مواجهة مشاعر الألم وهو ما يعرف بالتدريب على مهارات المواجهة.

ج - لا توجد أى دراسة قامت بتقييم الآثار العامة للعلاج خارج نطاق البيئة المنزلية.

د - لم تتناول الدراسات القائمة ما إذا كان العلاج يسبب بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة أم لا.

وإلى جانب ذلك فمن غير المعلوم للآن ما إذا كان الأسلوب العلاجي الذي يركز على خفض حدة الألم يكون مصحوباً بتغيرات غير مستهدفة وغير مخطط لها فى جوانب أخرى من سلوك الطفل أو توافقه. ومع هذا فإن الدراسات التي إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى لمثل هذه الآلام قد إستخدمت إجراءات التقييم متعدد الأبعاد للألم وذلك باستخدام مقاييس للملاحظة من جانب الأب، والمعلم، والملاحظ المدرب، بالإضافة إلى التقارير الذاتية للأطفال. كما تناولت آثار العلاج خلال المواقف المدرسية، والآثار الجانبية السلبية المحتملة للعلاج وذلك باستخدام مقاييس للتوافق السلوكى للطفل فى كل من المنزل والمدرسة.

ومن ناحية أخرى يتم إستخدام العديد من المقاييس لتقييم آثار العلاج يعتمد بعضها على الملاحظة فى حين يعتمد بعضها الآخر على التقارير الذاتية. ومن هذه المقاييس ما يلى:

١ - المراقبة الذاتية للألم: Self - monitoring of pain

ويتم من خلالها تحديد مدى شدة الألم وذلك على مقياس متدرج ما بين (لا يوجد ألم) إلى (ألم لا يَحتمل)، وعلى الطفل أن يحدد مدى إنطباق العبارة الدالة على الألم عليه إلى جانب تسجيل مدى شدة الألم فى مذكرات يومية وذلك لثلاث مرات يومياً يبدأ أولها قبل أن يذهب إلى المدرسة، والثانية بعد عودته من المدرسة إلى المنزل، والثالثة قبل أن ينام. وتؤكد الدراسات الحديثة فى هذا المجال

كما يرى بوش (١٩٨٧) Bush أن الأطفال يمكنهم بعد سن الخامسة أن يقوموا بتقدير شدة الألم الذى يشعرون به وذلك بشكل صادق وثابت. ويتم تحديد درجة كلية لمدى شدة الألم من جانب الطفل وذلك بجمع التسجيلات اليومية الثلاثة التى يقوم الطفل بتدوينها وذلك لمدة أسبوع، وبذلك نحصل على درجة كلية لمدى شدة الألم الذى يشعر به الطفل خلال الأسبوع.

٢ - الملاحظات الوالدية للألم:

يقوم المعالج بإعطاء الوالدين التعليمات اللازمة كى يقوموا. بعملية الملاحظة وتسجيل ما يلاحظانه من أنماط سلوكية دالة على الألم من جانب الطفل وذلك لثلاث مرات فى اليوم على أن تستغرق الملاحظة فى المرة الواحدة ساعة تقريباً. وجدير بالذكر أن هذه المرات الثلاث هى نفسها التى يقوم الطفل خلالها بتسجيل ملاحظاته. وتستغرق هذه الملاحظات ثمانية أسابيع فى المتوسط حيث يستغرق البرنامج العلاجى نفس هذه الفترة الزمنية، أما القياس التبعى فيتم بعد شهر تقريباً من إنتهاء البرنامج العلاجى.

٣ - ملاحظات المعلم للألم:

ويقوم المعلم بتسجيل شكاوى الطفل اللفظية من الألم إضافة إلى طلب الطفل الذهاب إلى طبيب المدرسة، ومعدل غيابه عن المدرسة بسبب هذا الألم. وتستمر الملاحظة طوال اليوم الدراسى، ويتم تحديد درجة لذلك بناء على مدى وجود شكوى من الألم من جانب الطفل، وعدد الأيام التى يقوم الطفل خلالها بسلوكيات تدل على الألم، وعدد الأيام التى يتغيب خلالها الطفل عن المدرسة بسبب ذلك الألم.

٤ - التفاعل بين الوالدين والطفل فى المنزل:

وفى سبيل ذلك يتم إستخدام جداول الملاحظات الأسرية-Family observation Schedules التى تعمل على حساب النسب المئوية للسلوك المنحرف من جانب الطفل والسلوك المقابل أو العكسى من قبل الوالد. ويمكن إضافة أنماط سلوكية

تدل على الألم من جانب الطفل، وهى بطبيعة الحال أنماط سلوكية شبيهة بتلك التى تتضمنها الملاحظات الوالدية للألم. وتتم الملاحظات لعدة مرات يومياً تستغرق ثلاثين دقيقة فى مجملها وذلك خلال فترات زمنية بسيطة قد لا تستغرق دقيقة فى المرة الواحدة، وهو الإجراء الذى يستخدم مع الملاحظات عامة. وتستخدم هذه الملاحظة لتحديد معدل قيام الطفل بسلوكيات أخرى كالعناد والتحدى والسلوك المقابل من جانب الوالدين وذلك لتحديد ما إذا كانت التغيرات التى تحدث فى سلوكيات الطفل الدالة على الألم ترتبط بحدوث زيادة فى معدل حدوث أى مشكلات سلوكية أخرى غير مرغوبة أم لا وذلك خلال الفترة التى يستغرقها البرنامج العلاجى. ونظراً لأن الأطفال الذين يشعرون بمثل هذه الآلام المفرطة قد يتسمون خلال تلك الأثناء بالشكوى والخنوع فإن المشكلات السلوكية قد تتباين على أثر حدوث نقص فى معدل شدة الألم. ومن هذا المنطلق يمكن إستخدام قوائم المشكلات السلوكية behavior problem checklists حتى يتمكن الوالدان من تحديد معدل حدوث مثل هذه المشكلات السلوكية ومدى شدتها. هذا إلى جانب إمكانية إستخدام مقاييس تقدير للمعلمين مثل مقياس كونرز على سبيل المثال Connors Teacher 's Rating Scale وذلك لتقييم تلك الأنماط السلوكية التى تصدر عن الطفل فى الفصل كالمشكلات السلوكية، وعدم الإنتباه، والقلق، والنشاط الزائد وذلك قبل أن يتم تطبيق البرنامج العلاجى وبعده مع إجراء المقارنة بين هذين التطبيقين القبلى والبعدى.

وقد تتضمن نماذج الملاحظة الوالدية للألم من جانب الطفل تسجيل ملاحظات حول سلوكيات الطفل كالتالى:

أ- أنماط سلوك لفظية تدل على الألم:

الشكوى من الألم: تصدر عن الطفل أمثلة لإحتياجات صوتية تتعلق بالألم.

طلب المساعدة: يطلب المساعدة من والديه نتيجة لشعوره بالألم.

الصراخ: يبكى ويصرخ من جراء شعوره بالألم.

ب- أنماط سلوك غير لفظية:

الترقب والحذر: يكون متناقلاً بشكل غير عادى، ويشعر بالإرتباك، وتتسم حركاته بالشدة والصرامة عند التحرك من مكان إلى آخر.

التوتر والإستعداد: يتخذ وضعاً ثابتاً وغير متحرك يقوم خلاله أحد أطرافه بمساندة جزء آخر من أجزاء الجسم لعدة ثوان.

الحك أو الهرش: يهرش الجزء الذى يسبب له الألم ويحكه بشدة لعدة ثوان.

التكشير: يظهر عليه تعبير وجهى واضح عن الألم.

التنهد: يبدو عليه تعبير وجهى يدل على أخذه لنفس عميق بشكل مبالغ فيه مصحوباً بهز الكتفين صعوداً وهبوطاً.

النوم والراحة: ينام فى السرير فى غير الأوقات المخصصة للنوم أو يستلقى على الأرض فى أى مكان آخر دون أن يقوم بالمشاركة فى أى نشاط.

أما نماذج الملاحظة التى يقوم بها ملاحظون مدربون فقد تتضمن تسجيلاً لسلوكيات الطفل على النحو التالى:

أ- أنماط سلوك منحرفة من جانب الطفل:

عدم الطاعة أو الإذعان: يرفض أن يبادر بطاعة أوامر أو تعليمات معينة خلال فترة الملاحظة والتى قد تستغرق خمس ثوان مثلاً.

الشكوى: تصدر عنه أمثلة للشكوى اللفظية تتضمن الأنين، والصراخ، والإحتجاجات الصوتية، أو الإنفعال.

النفور: يوجه تعليمات لأى شخص آخر يتم الحكم عليها بأنها مكروهة أو ممقوتة.

السلبية الفيزيائية (الجسمية): يقوم بالهجوم الجسمي (البدني) على أى شخص آخر سواء كان ذلك واقعياً أو تهديدياً، أو يقوم بإلحاق الأذى والضرر بشخص آخر، أو يقوم بتكسير شئ ما.

العناد والتحدى: تصدر عنه سلوكيات أخرى غير ملائمة لا يمكن تصنيفها فى فئات إنحرافية أخرى كالخروج على القواعد الأسرية وعدم الإمتثال لها، وتعمد إغاضة الوالدين ومضايقتهما.

ب- أنماط سلوك ملائمة من جانب الطفل:

التفاعل المناسب: يصدر عنه سلوك مقبول يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ويتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة من جانبه.

الإشتراك فى الأنشطة واللعب: يصدر عنه سلوك مقبول، أو يقوم بنشاط معين يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ولكنه لا يتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة.

ج- أنماط سلوك غير مكروهة من جانب الوالد:

الثناء: أى مديح أو ثناء للطفل من قبل الوالد.

التواصل: أى شكل من أشكال التواصل غير المكروه أو الممقوت.

السؤال: أى طلب مقبول للإستفسار عن معلومات من الطفل.

التعليمات الأولى الألفية: alpha وتشمل أى أمر لفظي يتسم بالوضوح، ويدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل مقبول.

التعليمات الثانية البائية: beta وتتضمن أى أمر لفظي غير واضح، ولا يدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل هادئ.

الإنتناب الإجتماعي: ويتضمن أى إنتباه مقبول سواء كان لفظياً أو غير لفظي ولا يمكن تسجيله تحت أى فئة أخرى.

د- أنماط سلوك ممقوتة من جانب الوالد:

التواصل الممقوت: أى تواصل يسبب أو يمكن أن يسبب الألم والمضايقه للطفل.

التساؤل الممقوت: أى طلب للمعلومات من الطفل يبدو ممقوتاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

التعليمات الألفية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح يدل على إشارة سلوكية معينة ولكنه يصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

التعليمات البائية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح، ولا يدل على إشارة سلوكية معينة، ويصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

الانتباه الإجتماعى الممقوت: يشبه الانتباه الإجتماعى المقبول ولكنه يبدو ممقوتاً أو مكروهاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

ويعد ذلك مجرد أمثلة للملاحظات التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد سواء من جانب الوالدين أو الملاحظين المدربين وما يمكن أن يتضمن فى تلك الملاحظات.

أما فيما يتعلق ببرنامج العلاج المعرفى السلوكى فيتضمن ثمانى جلسات علاجية، ويشمل مكونين؛ أحدهما هو المكون السلوكى، أما الآخر فهو مهارات المواجهة المعرفية، وذلك على النحو التالى:

أ- المكون السلوكى:

ويتضمن المراقبة الذاتية للألم، وتعزيز نمط سلوكى آخر، وصرف أو تشتيت الانتباه، والمشاركة فى الأنشطة.

ب- المكون المعرفى:

ويتضمن إجراء معرفياً لضبط النفس يشمل مراقبة الذات، والتعليم الذاتى، والتعبير عن كفاءة الذات، والتعزيز الذاتى، والإسترخاء المثار ذاتياً، إلى جانب التخيل المعرفى لخفض الألم.

كذلك يمكن أن تتضمن إجراءات العلاج التدريب على تعزيز التعميم، والوقاية من حدوث أى إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى . أما عن الجلسات العلاجية الثمانى فيمكن أن تتم على الوجه التالى :

١ - يقوم المعالج خلال الجلسة الأولى بتفسير سلوكيات الأطفال الدالة على الألم ومناقشة ذلك مع الوالدين، ويتم هذا التفسير فى إطار نظرية التعلم الإجتماعى نظراً لأن جميع أفراد العينة يعانون من آلام لا توجد لها أسباب عضوية حيث يتم إستبعاد تلك الحالات التى يرجع الألم لديها إلى أى سبب عضوى .

٢ - وتتضمن الجلسة الثانية تعليم الأمهات كيفية التمييز بين السلوكيات المرضية والسلوكيات المقبولة . وتصدر التعليمات للوالدين بتجاهل السلوكيات غير اللفظية الدالة على الألم من جانب الطفل، وحث الأطفال وإعادة توجيههم للقيام بالأنشطة المختلفة عندما تصدر عنهم شكاوى لفظية من الألم . وإذا ما إستجاب الأطفال لذلك يقوم الوالدان بمدحهم والثناء عليهم مع الإستمرار فى تجاهل شكاوهم اللفظية الدالة على الألم إذا إستمروا فى تلك الشكاوى . ويقوم الوالد بإعطاء الطفل نجمة عن كل سلوك مقبول ثم يتم إستبدال تلك النجوم بمكافآت عبارة عن أشياء يحبها الأطفال . ومع زيادة عدد الأيام التى لايشعر فيها الطفل بالألم خلال الأسبوع يحصل أيضاً على تلك المكافآت .

٣ - ويتم خلال الجلسة الثالثة مناقشة إستراتيجيات المواجهة مع الأطفال حيث يجب أن يتدربوا على تلك الإستراتيجيات كأساس لتعليمهم السيطرة الذاتية على الألم .

٤ - وتشهد الجلسة الرابعة تدريب الأطفال على الإسترخاء كمهارة لضبط النفس .

٥ - ويتم فى الجلسة الخامسة القيام بتمرينات مختصرة للإسترخاء .

٦ - وتشهد الجلسة السادسة تقديم إجراء معرفى لضبط النفس بهدف تغيير تفكير الأطفال وتحويله بعيداً عن الألم . وخلال تنفيذ تلك الخطوات يستمر المعالج

فى إعطاء التعليمات اللازمة للأطفال مما يساعدهم على تنفيذ الخطوات المطلوبة وصرف إنتباههم عن الألم والوصول بهم إلى حالة الإسترخاء. وعندما يحدث نقص فى مستوى حدة الألم يقوم الأطفال بالتعزيز الذاتى لأنفسهم كأن يقولوا بعض العبارات الإيجابية لأنفسهم على سبيل المثال. أما إذا إستمر الألم فتكون الخطوة النهائية هى إستخدام إستراتيجية التخيل المعرفى والتى يقوم الطفل خلالها بتخيل الشخصية الكرتونية المفضلة له وكأنها تقوم من توها بإلتهاام ذلك الألم وتخليص الطفل منه.

٧ - وتتضمن الجلسة السابعة تمرينات إضافية عن إجراء ضبط النفس ولكن ذلك يتم هذه المرة من خلال صرف وتشتيت الإنتباه كأن نجعله يقوم بالإشتراك فى نشاط معين على سبيل المثال وذلك عندما نجد أنه قد بدأ يشعر بالألم.

٨ - أما فى الجلسة الثامنة والأخيرة فيتم تحديد بعض المواقف المستقبلية التى يمكن للألم أن يحدث فيها من جديد، وبالتالى يتم خلال تلك الجلسة أيضاً التدريب على الإستراتيجيات التى يتم من خلالها حل مثل هذه المشكلة.

٩ - وعندما تنتهى هذه الجلسة الأخيرة يتم القياس البعدى، ثم تبدأ فترة متابعة تنتهى بالقياس التبعى والذى يكون فى الغالب بعد مرور ثلاثة أشهر على الأقل من إنتهاء البرنامج.

دراسات تطبيقية

أجرى ساندرز وآخرون (١٩٨٩) Sanders et. al دراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج آلام البطن المتكررة وغير المحددة لدى الأطفال فى سن المدرسة الابتدائية، وضمت العينة ستة عشر طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة بمتوسط تسع سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين فى العدد إحدهما ضابطة (ن = ٨) والثانية تجريبية أو علاجية (ن = ٨). وإستغرق البرنامج العلاجى ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً.

وضم البرنامج مكون مهارات المواجهة السلوكية وإستخدمت له فنيات مراقبة الذات لتقليل الأعراض، والتعزيز، وصرف الإنتباه، إلى جانب مكون مهارات المواجهة المعرفية وإستخدمت له فنيات مراقبة الذات للمساعدة على ضبط النفس، والتعليم الذاتى، وتقارير ذاتية عن مدى فاعلية الطفل وتقدمه، والإسترخاء المثار ذاتياً، والتخيل الإيجابى. وأوضحت النتائج تدعيماً جزئياً لدور العلاج المعرفى السلوكى فى علاج آلام البطن لدى الأطفال حيث بلغت نسبة التحسن لدى أطفال المجموعة التجريبية ٣٧,٥%. وربما يرجع ذلك إلى أن علاج آلام البطن لايزال موضوعاً جديداً على العلاج المعرفى السلوكى حيث كان يتم التعامل معه من قبل بالعقاقير فقط.

وفى دراستهم التى قاموا فيها بالمقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير فى علاج الصداع المزمن لدى عينة ضمت ٤١ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٩ - ٥٥ سنة بمتوسط ٣٢,٣ سنة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين وإستخدم العلاج المعرفى السلوكى مع إحداهما (ن = ٢٠) بينما تم إستخدام العلاج بالعقاقير مع المجموعة الأخرى (ن = ٢١). وإستمر البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى لمدة ثمانية أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة كل منها ساعة واحدة، وإستخدمت خلاله فنيات التدريب على الإسترخاء، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على مهارات حل المشكلات، والواجبات المنزلية وجد هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al أن كلا الأسلوبين كان فعالاً فى التخفيف من حدة الصداع المزمن، وإن كان العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل فى فاعليته حيث إتضح أن ٥٦% ممن كانوا يتلقونه قد خفت لديهم حدة الصداع وذلك فى مقابل ٢٧% ممن كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير.

وعند المقارنة بين مدى فاعلية ثلاثة أنواع من العلاج للآلام المزمنة بالجهاز العضلى والهيكلى العظمى على عينة من المرضى ضمت ٥٧ مريضاً ممن يعانون من

آلام مزمنة فى الظهر، منهم ٢١ مريضاً يعانون إلى جانب ذلك من آلام فى الفك وإختلال وظيفى تم توزيعهم على ثلاث مجموعات متساوية العدد تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٦٥ سنة بمتوسط ٤٢,٤٣ سنة تلقت الأولى العلاج عن طريق التغذية الرجعية الحيوية باستخدام الرسم البيانى لكهربية العضلات وذلك خلال مدة البرنامج، بينما تلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفى السلوكى لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مع إستخدام فنيات المناقشة، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم كاستخدام التقارير الذاتية وصرف الإنتباه، فى حين تلقت المجموعة الثالثة العلاج بالعقاقير وحصل أعضاؤها على تسع جرعات دوائية خلال نفس المدة، كشفت النتائج التى توصل إليها فلور وبربومر (١٩٩٣) Flor & Birbaumer عن حدوث تحسن فى المجموعات الثلاث مع حدوث أفضل تحسن فى المجموعة التى تلقت التغذية الرجعية الحيوية. وكشفت متابعة الحالات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى بستة أشهر وحتى أربعة وعشرين شهراً عن أنه قد لوحظ لدى أعضاء نفس المجموعة نقص دال فى حدة الألم، والتوتر الإنفعالى، وزيادة التعبيرات الذاتية الدالة على المواجهة الفعالة وذلك قياساً بالمجموعتين الأخريتين.

وفى دراستهما للتعرف على مدى فاعلية أكثر من أسلوب علاجى واحد فى علاج نوعين من الصداع المتكرر هما الصداع النصفى والصداع الناتج عن الشد العصبى وذلك على عينة ضمت ٥١ مريضاً من الراشدين تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد خضعت الأولى لأسلوب التدريب على الإسترخاء، وتلقت المجموعة الثانية أسلوب التدريب على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية، بينما تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى بقصد التحكم فى التوتر والشد العصبى إستمر لمدة ثمانية أسابيع وجد هولرويد وبنزيان (١٩٩٤) Holroyd & Penzien أن التدريب على الإسترخاء يعد هو الأفضل فى علاج الصداع المتكرر الناتج عن الشد العصبى، وأن أسلوب التدريب

على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية يعد هو الأفضل فى علاج الصداع النصفى المتكرر. أما العلاج المعرفى السلوكى فيعد هو أقل هذه الأساليب فاعلية فى علاج الصداع المزمن سواء كان من النمط الناتج عن الشد العصبى أو الصداع النصفى.

وإستخدم ديلى ودافيد (1994) Deale & David برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى وذلك لعلاج زملة أعراض مرضية للإعياء العصبى المزمن لسيدة فى الثالثة والثلاثين من عمرها كانت تعمل معلمة سابقة بإحدى المدارس وإستمرت معها تلك الأعراض لمدة ثمانى سنوات، وتضمن البرنامج العلاجى الذى إستمر لمدة ثمانية أسابيع مناقشة أسبوعية لأهداف تتصل بنشاط منظم ومخطط يعقبه فترة من الراحة، وكان لابد من القيام بذلك يومياً وبشكل منتظم بغض النظر عن الأعراض، ثم إزداد كم النشاط تدريجياً وبشكل منتظم أيضاً مع خفض تدريجى لوقت الراحة. وكشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى المستخدم بشكل تام فى علاجها من تلك الآلام المزمنة.

تعليق عام

لايزال العلاج المعرفى السلوكى فى مراحله الأولى بالنسبة لإستخدامه فى علاج الآلام المزمنة المختلفة، وقد إرتبطت فكرة إدخال هذا الأسلوب العلاجى فى ذلك المجال بفكرة إقتصادية حيث يستطيع أن يقلل الكثير من الوقت والجهد والمال المبذول فى علاج تلك الآلام المزمنة إذ يقلل من زيارات المريض المتعددة للطبيب أو المستشفى نظراً لتحمله جانباً من هذا العلاج يتمثل فى قيامه بعد التدريب على المهارات المتنوعة خلال الجلسات العلاجية بتطبيق تلك المهارات فى العديد من المواقف الحياتية المختلفة والمتنوعة وذلك من خلال الواجبات المنزلية. وعلى الرغم من إستخدام هذا الأسلوب العلاجى لفنيات متنوعة تجمع بين كل من إستراتيجيات

المواجهة السلوكية وإستراتيجيات المواجهة المعرفية، فإن الدراسات التى تناولته قد كشفت عن نتائج متضاربة. ونظراً لهذا التضارب فى نتائج تلك الدراسات حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى ومدى أفضليته فى علاج الآلام المزمنة فنحن نؤكد أن الأمر لايزال يحتاج إلى إجراء مزيد من الدراسات فى هذا الصدد، ولو أن العلاج المعرفى السلوكى يعمل على تخفيف حدة هذه الآلام إلى حد معقول ولكن إذا تم الدمج بينه وبين العلاج بالعقاقير على سبيل المثال كما هو الحال بالنسبة لإضطراب الهلع (فى مراحل العلاج الأولى) مثلاً فقد يكون له شأن آخر فى السيطرة الكلية على تلك الآلام خاصة وأنه يتناول الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية، ويعمل العلاج بالعقاقير من خلال المهدئات أو المسكنات المستخدمة على مساعدته فى تحقيق الأغراض المستهدفة مما يعنى إمكانية تقديم علاج شامل لهذه الآلام، والأمر مرهون بإجراء الدراسات التى تستخدم هذا الدمج والتحقق من مدى فاعليته فى العلاج . .

