

الألم داء ودواء

لريونو محمد يزيد، أستاذ مساعد «أ»،
جامعة الجزائر 2

الملخص:

اهتم العديد من المختصين بموضوع الألم وحاولوا فهم هذه الظاهرة، ولقد تعددت الدراسات والبحوث في هذا الشأن، سواء كان ذلك في مجال الطب أو السيكولوجية، وبالأخص في مجال ولما كان الألم خاصة المريض، فكل التفسيرات والمدلولات عنه لا يمكن أن توضع سوى انطلاقاً من تعبير المريض ذاته حول حالته وإحساسه، فالإحساس بالألم لا يمكن تقديره سوى المصاب به، على عكس الأحاسيس الأخرى كالبرودة أو الحرارة، أو الخوف والقلق، التي يمكن ملاحظتها ومعاينتها من خلال لمس المريض أو مشاهدة سلوكه.

وفي هذا الإطار فإن هذا المقال سيتطرق للنماذج المفسرة للألم، فسيولوجية وسيكولوجية الألم، وخصائصه.

Resumé:

De nombreux spécialistes se sont intéressés au thème de la douleur essayant de comprendre ce phénomène.

Les études se sont multipliées dans ce domaine elles relèvent soit de la médecine ou de psychologie. Et puisque la douleur est propre au malade, toutes les explications et significations de ce phénomène ne peuvent être clarifiées que partant de l'expression du malade lui-même sur son état, la sensation de douleur ne peut être évaluée que par celui qui la vit, contrairement aux autres sensations tels le froid ou la chaleur, la peur et l'angoisse qui pouvant être observés est constatés à travers le contact avec le malade ou l'observation de son comportement.

Cet article s'inscrit dans ce contexte et aborde les modèles explicatifs de la douleur, la physiologie et psychologie de la douleur et ses caractéristiques.

1- نماذج مفسرة للألم:

النموذج التحليلي:

يتحدث «فرويد» في مؤلفه «خمسة دروس في التحليل النفسي»، وفي الدرس الخامس بالتحديد عن «صورة الجسد المتألم من جانب الأنا الجسدي»، دون أن يعطي أي تفسير أكثر من كونه يرمي إلى « البحث عن الفوائد الثانوية للمرض

وفي الواقع لم يتحدث «فرويد» عن الألم بصفة واضحة سوى في مؤلفه الذي شارك فيه مع «بروير» (1956)، حول موضوع «دراسات عن الهستيريا»، قائلاً بأن الألم هو عبارة عن تجاوز، الأمر الذي دفعه للقول بأن الألم في الهستيريا له أصل جسدي وله نقطة بداية خاصة جسدية. يقول «جورج إنجل» المحلل النفسي (1959) بأن ذاكرة الألم هي كل مشكل نابع من الشعور أو اللا شعور للصور العقلية المرتبطة بالتجارب المؤلمة المعاشة، حيث تكون إثارها المستقبلية سببا في ولادة الألم والمعاناة.

وحسب «قوتن» فإن الألم الذي يصيب الطفل ما هو إلا فراغ مرتبط بالصراع المتواجد بين الطفل ووالديه أو الطفل ومعالجه. (Spitcher, 2002, p. 101)

النموذج السيكو-مريض المدمج للآلام :

يعتمد هذا النموذج على وصف الألم في جانب ضيق يتركز على التصنيفات المتعارف عليها، كالتصنيف الدولي للأمراض 10ن والتصنيف الإحصائي للأمراض 4 مراجع، وتصنيف الجمعية الدولية للألم*.

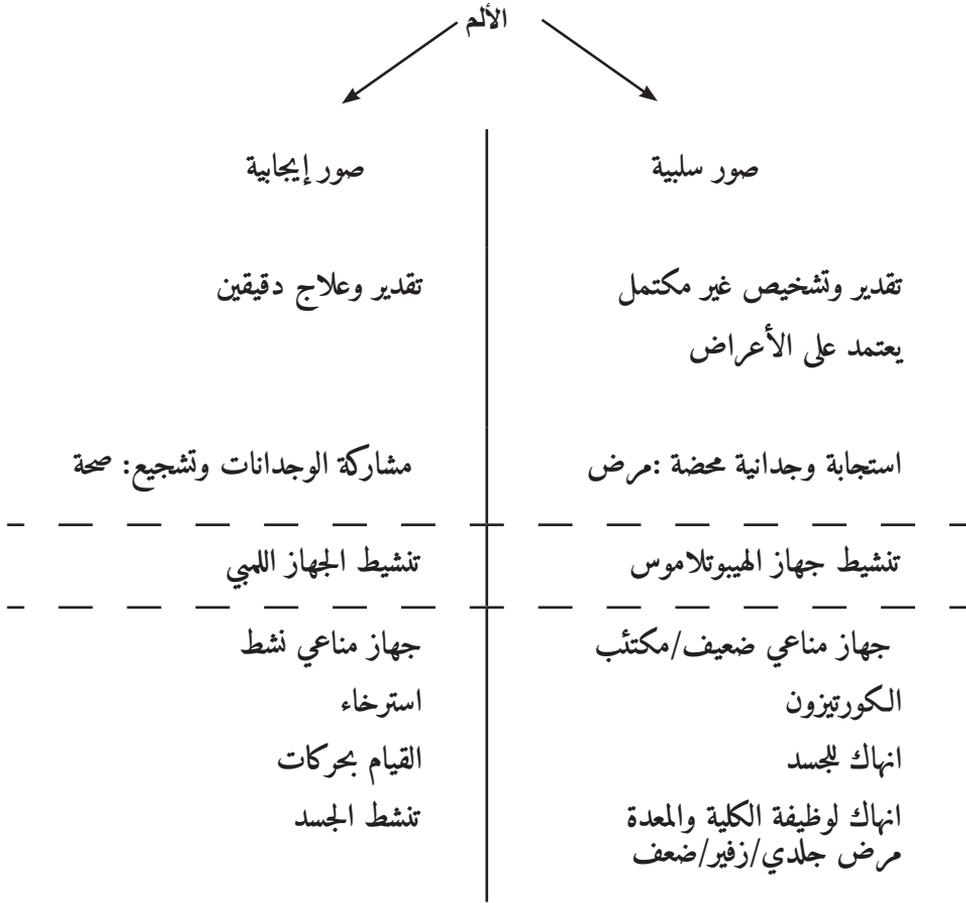
إن لهذا النوع آثاره على الباحثين في الحد من الصعوبات الجمّة عند تصنيف الأمراض والإصابات المؤلمة المزمنة.

يعتبر هذا التصنيف الأبعد في وصف الألم، كونه يصعب من خلاله تحديد الألم المزمن في خانة معينة ومحددة.

يزيد الأمر تعقيدا عندما يقول الطبيب للمريض ويصرح له بأن الألم ليس جسدي، أن الأمر يتعلق بالجانب النفسي، فيصبح هذا الأخير في حالة حيرة من أمره، فهو بين تواجد إحساس جسدي مؤلم وعدم وجود دواء شاف ضده، كون هذا الألم ليس له أصل عضوي.

وزيادة عن الألم الذي يلازمه، يجد المريض نفسه موجه 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)

يقدم لنا «ج. لامب» و«مانهيمر» نموذجاً سيكو-مرضياً اندماجياً يمثل في هذا المخطط:



مخطط رقم (1) يبين نموذج «لامب و منيهيمر» السيكو-مرضياً الاندماجياً للألم

من خلال هذا المخطط نلاحظ أن الباحثان «لامب و منيهيمر» وضحا بأن التعامل مع الألم له جانبان، الأول سلبي حيث ينصب المريض في حالته باستخدام وجداناته والتقدير في هذه الحالة يكون غير مكتمل، وبذلك يتم تنشيط الهيوتلاموس المسؤول على استخدام الوجدانات منه يضعف الجهاز المناعي ويبدو على المريض حالة اكتئابية، إفراز الكورتيزون، ينجر عنه ضعف للجسد خصوصاً في نشاط الكلية والمعدة، وقد تظهر بعض الأعراض الجلدية والزفير وكذا الوهن، دليل على مدى شدة الألم لدى المريض.

بالمقابل تظهر سمات الصحة في صورها الإيجابية من خلال التقدير الدقيق للحالة المرضية ومنه العلاج الصحيح، عدم ترك الوجدانات تسيطر على الحالة بل مشاركته، وبذلك تنبيه الجهاز الهضمي المسؤول على حركات الجسم مما ينشط الجهاز المناعي بالاسترخاء والنشاطات الرياضية المحركة للجسم.

2- النماذج السلوكية المؤثرة في الألم :

يقول «بورو» أنه حسب النماذج السلوكية «الألم المزمن سلوك مكتسب متعلم»، بمعنى (Boureau, 1999) أنه سلوك إشرطي بهذا المعنى يكون الألم المزمن عبارة عن ناتج عوامل تتعلق بإدراك خاطئ للوضعية المعاشة.

من خصوصيات هذا النموذج يتعلق بفكرة «ماذا نعمل 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. المقصود مما سبق ذكره، هو أن هذا النموذج يعمل على «الرفع من السلوكات السليمة وخفض السلوكات السلبية التي تؤثر في الألم وعدم القدرة على تجاوزه.

- المنظور التشريحي للألم :

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن الألم إحساس خاص ومتميز، إذ أنه توجد نقاط جلدية هي التي من خلالها يظهر هذا الإحساس . (PineI, 2007)

يرجح التشريحيون أن هناك نقاطا ومناطق للألم، تتواجد على سطح الجلد لها مركز خاص في المهاد (التلاموس)، الموجود مباشرة تحت النصفين الكرويين للدماغ.

ومن الأدلة على استقلال الإحساس بالألم عن باقي الإحساسات الأخرى ما يحدث في حالة التخدير بالكوكايين، ففي هذه الحالة قد ينعدم الإحساس بالألم دون زوال الإحساس الشمسي. على العكس من ذلك، في حالة الحروق الجلدية يكون الأمر مختلفا، حيث ينعدم إحساس اللمس مع بقاء إحساس الألم.

- المنظور الوظيفي للألم :

يحدث الألم عند تنشيط مؤد أو منفر لحاسة ما بواسطة منبه معين، مثلا وخز منطقة الذراع أو الفخذ بإبرة يسبب ألما في تلك المنطقة، وكذلك الأمر إذا ما ضغطنا على كف شخص، أو إذا

ما رفس لاعب كرة قدم منافسه على قدمه بشدة، أو سقط شخص على الأرض بفعل دفع أو فقدان توازن.

في كل هذه المواقف يشعر الشخص المصاب بالآلام موضعية، قد تكون على الذراع أو الفخذ، أو على الكف والقدم، أو على الكتف.

يكون الأمر مماثلا في حالة رفع أثقال حيث يظهر موضع الألم على الكتف والذراعين، ومثله عند السير لمسافة طويلة، يتمركز الألم حينئذ في الفخذ والساقين.

في كل هذه الحالات يزول الألم عند الراحة.

الأمر ذاته يظهر بالنسبة لشخص يجلس جلوسا معينا لمدة طويلة، أو يكون نائما على جنب معين من الجسم، وحتى ذلك الذي يضل واقفا لمدة طويلة.

يتمركز الألم عند هؤلاء موضعيا حسب المنطقة التي يتركز عليها الفرد أكثر.

هذا الألم الظرفي والوظيفي يضطر صاحبه إلى تغيير وضعيته في حالة الجلوس أو الاضطجاع، وفي حالة الوقوف طويلا لا بد من الجلوس لإراحة الساقين.

من جهة أخرى لا بد التنويه إلى أن لهذه الآلام علاقة «بتنبية المكان الموضعي في الجسد، وهي ظرفية كونها تتلاشى زوال المنبه أو بعد الراحة من الوضعية المؤلمة.

على العموم يكون الألم موظفا حسب الموقع في الجسم وحسب التنبية الذي سلط عليه.

* دور الدماغ في الإحساس بالألم :

يوجد على مستوى الدماغ مركز حسي جسدي أولي يعرف باللاتينية تحت لفظ (Aire Somesthétique Primaire) ou (Gyrus post central ou pariétal).

يوجد هذا المركز في الدماغ على مستوى المنطقة الصدغية، فهو يستقبل الرسائل العصبية حسب موقع الألم حتى مستوى السيالة العصبية المتجهة نحو العضلات (إذا ما كان الألم صادرا من هذه المنطقة)، أو نحو المفاصل، أو نحو الجلد إذا ما كان الأمر متعلق بألم ناتج من الجلد.

بهذا المدلول يتحكم الدماغ بموضع وشدة الألم على مستوى الجسم، حيث توجد على مستوى عضو معين مناطق حساسة حساسة ترقب بشكل دقيق مواضع الألم ولها صورة مصغرة لكل منطقة مستقبلية في الجسم.

3- فيسيولوجية الألم :

ينقسم الألم حسب الطب الصيني التقليدي إلى قسمين رئيسيين : داخلي وخارج.

وحسب هذا المنظور يمكن أن نجد الألم متمركزا على مستوى الأحشاء والأعضاء الداخلية والعظم والأوعية، أو على مستوى الجلد والأعضاء الخارجية. وبهذا المعنى تكون طوبوغرافيا الألم متنوعة حيث يمكن أن نجد الألم على شكل صداع، آلام في البطن أو على مستوى الصدر، آلام في الظهر، آلام عضلية وأخرى مفصلة. بهذا المنظور أيضا توجد مناطق متخصصة على مستوى الجسم لها دور التنبيه ثم الاستجابة بوجود إحساس الألم عند حدوث ظرف أو موقف أو حالة تستدعي هذا الإحساس. (Pinel,2007)

4- سيكولوجية الألم :

إن تجربة الألم يعرفها كل فرد منذ لحظة ميلاده، تلك التجربة التي يتفق عليها جملة المختصين على أنها بداية الحياة والمرتبطة بصرخة الولادة. يقول «شوبنهاور» (1788م- 1860م) أن الألم هو الأمر الحقيقي الوحيد، لأن اللذة ليست سوى لحظة غيابة المؤقت. (Sillamy, N.,1980)

نستقري من خلال هذه المقولة أن الألم واللذة مضادان وهما مبدأين ترتكز عليهما الحياة، فالصبي يصرخ تحت طائلة الحاجة أو الانزعاج أو الألم.

هذا المعاش الجسدي اليومي يهدف من تغيير عالمه المنطوي على جملة من الأحاسيس والمتطلبات، إلى عالم المفاهيم بفضل الإشباع أو بسبب الحرمان والإحباط في حالة عدم إشباع تلك الحاجات، يصبح بعدها الطفل ثم الراشد قادرا على أداء سلوكه وفق هذه المفاهيم.

يعذ الألم في هذه الحالة هو الوضعية الانزعاجية التي تخلف عند الفرد وضعيات عدم الإشباع للحاجيات.

في هذا المعنى يصبح الألم وسيلة تعبيرية، أي أن شدة الألم تظهر جليا حسب طبيعة التعبير الوجداني.

بعض الآلام المزمنة تشكل شرطا معقدا، فهي بعيدة كل البعد عن العلامة التي تدل على سبب عضوي، فهي تموضع بين الأبعاد الثلاثة، الجسد والنفس والبعد الاجتماعي، أمر يستوجب تغيير اللجوء من سببية أحدية إلى سببية متعددة الأبعاد، تكون هذه الأبعاد الثلاثة في تفاعل ديناميكي ثابت، حيث لا يمكن في التشخيص ترجيح سبب عن غيره، أو تخصيص سبب جلي بينها يكون هو المحرك للسببين الآخرين.

من ذلك ينظر للشخص الذي يعاني من كذا ألم في كليته وليس فقط الجانب العضوي أو النفسي أو حتى الاجتماعي، فهو كل متكامل.

الألم في هذا المستوى يكون بين حدود الجسد والنفس، فهو رسالة يجب أولاً أن نستمع إليها ونستقبلها حتى يتسنى لنا أن نعطي له معنى.

5- خصائص الألم :

للألم قيمة بيولوجية وعضوية، من المعتاد أن يعتبر العضو العنصر المعبر عن المعاش النفسي؛ من ناحية أخرى فإن اعتبار العضو كوسيط لمعاناة النفس قد عرف العديد من الدراسات، في حين اعتبار النفس وسيطاً للمعاش الجسدي غير معروف في التراث الأدبي والعلمي. كل شيء يبدو كأن الجسد جزء من النفس (والعكس غير صحيح)، من ذلك تنشأ إشكالية الجسد والنفس، ومن ثمة نبرة الألم التي هي في الأصل ذات قيمة بيولوجية، وخاصة حيوية. فالألم في ذات الوقت «إشارة إنذار» و«وسيلة حماية» للجسد.

إن تاريخ حياة الجسد يقدم العديد من المؤشرات، يدعم هذه الحقيقة العيادية ما توصل إليه العلم في الدراسات العصبية الفسيولوجية الحديثة حول موضوع ذاكرة الألم والتي أكدت وجود بصمات ذاكرية للألم في المسارات العصبونية.

6- 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، (Craig, 2003) ضروري لحياته.

من ناحية أخرى يلاحظ «راينفيل» بأنه لا يوجد «موقع» أو «موضع» دماغي خاص بالألم، يكون موضعاً واضحاً، فللألم منبهات تنشط على مستوى مساحات دماغية، (Rainville, 2002)

إلا هذه المساحات تختلف في تموضعها حسب مختلف الأبحاث.

المنطقة الأقرب حسب هذه الدراسات، هي المنطقة المسؤولة على استقبال استجابة الألم، هي المنطقة أسفل القشرة الدماغية، فقد أوضح «كرايج وآخرون» في دراسة قاموا بها، بأن «وضع أشخاص أيديهم في إناء ساخن أو شديد البرودة، يحدث تنبهاً للقشرة الدماغية بفعل الألم الذي يرتبط بهذه العملية.

توصلت دراسة حديثة إلى أن هناك علاقة وطيدة بين تنشيط الدماغ بفعل استجابة انفعالية والألم، وليس لإدراك الألم مباشرة. (Pankseep, 2003)

وفي عملية جراحية للدماغ على مستوى الجبهة، ينتج نقص في الاستجابة الانفعالية ولكنه لا يلغي عتبة الألم ذاتها. (Price,2000)

من ناحية أخرى تساءل المختصون عن كيفية انطفاء الألم الذي هو بمثابة إحساس قوي بفعل عوامل معرفية ووجدانية.

حسب كل من «ملزك 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)

يستخدم المعالجون عدة أساليب علاجية، تختلف هذه الأساليب باختلاف، أوجه العلاج، ولما يكون الألم متعلق «بداء المفاصل» تزيد هذه الأوجه تعدادا وتنوعا.

من الأدوية التي تمنح للمريض في غالب الأحيان الأدوية المضادة للالتهاب، كون داء المفاصل مرض تميزه تلم الالتهابات التي تصيب «المفاصل»، ويعتبر هذا النوع من العلاجات أساسيا بالنسبة للمصابين بهذا النوع من الأمراض المزمنة.

استخدم المختصون منذ القدم (حوالي في 1948) دواء «الكورتيزون» ومشتقاته، قصد علاج «داء المفاصل»، وقد أعطى نتائج رائعة، فهو يسمح للمريض أن يعيش حياة عادية رغم مرضه، إلا أنه لا يقدم لمريض يعانون من مرض ثان، كالقرحة المعدية مثلا.

بالإضافة إلى ذلك، لا يعطى هذا الدواء إلا بجرعات بسيطة وحسب الضرورة، من بين الأدوية التي تقدم للمريض أيضا، دواء «الفينيبازون» و«الأندوميثاسين»، وذلك خلال فترات قصيرة، وفي غياب ما يمنع ذلك من آثار جانبية واضطرابات تمنع ذلك الدواء.

بالمقابل لكل هذه الاستخدامات الطبية، يعطى للمريض بداء المفاصل بعض الأدوية المرتكزة على «الكالسيوم» وكذلك «فيتامين ج».

وفي حالات متقدمة من المرض، لا تكفي معها العلاجات بالمسكات، يستخدم الأطباء علاجا بالأشعة، وفي آخر تدخل علاجي يلجأ الطبيب إلى العلاج بالجراحة، كل هذه التدخلات العلاجية تكون مرفقة بأدوية هي «المضادات الحيوية».

كما يعتبر العلاج الوقائي هو الآخر تدخل أساسي في الأمراض، ويكون الأمر مهم بالنسبة لمريض داء المفاصل، علما بأن «الألم» في هذا الداء هو العرض الأساسي.

يمثل العلاج الوقائي بالنسبة للمصابين بداء المفاصل في أول استخداماته موجه ومركز على «الراحة»، حيث يستوجب على المرضى المكوث لفترات طويلة مستلق على الفراش، في بيته أو على فراش المستشفى، خصوصا في حالة الألم الحاد.

ولتجنب تفاقم الحالة المرضية يطلب المعالج من المريض العيش في مسكن به الجو الحار، أو اللجوء إلى مناطق مرتفعة ذات الجو الجاف.

هذا الجانب الأول، أما الجانب الثاني في الوقاية، فهو يتعلق بالتغذية، فالمعالج يوصي المريض بتناول أغذية غنية ومتنوعة، يكون فيها الكالسيوم الأساس الأول، إضافة إلى أغذية تحتوي على «الفيتامين (ب) و(ج)» وأخرى غنية بالطاقة.

وفي ناحية وقائية ثالثة، يطلب من المريض المصاب بدء المفاصل القيام ببعض النشاطات الحركية تحت إشراف مختص في العلاج الحركي.

في حالات متقدمة من الداء أو في حالات الألم الحاد، يستخدم مع المريض بعض الأجهزة الجبسية أو البلاستيكية، على مستوى اليد أو المناطق والأعضاء الأكثر تضررا، خصوصا على مستوى الرقبة.

وفي حالات شد مفصلي تستخدم طريقة الدلك اليدوي لإعادة مرونة واستقامة الفقرات (العمود الفقري)، إلا أن هذه الطريقة لا بد أن تتخذ فيها الحذر وتتوخى السلوك الخاطئ من طرف المعالج المختص بالنظر لهشاشة المفاصل والعظام.

أيضا يركز العلاج الإسنادي على دعم نفسية المريض للتعامل مع حالته المرضية، خصوصا مع الألم الذي يعاني منه جراء هذا الداء.

من خلال التدخل النفسي مع المصاب بدء المفاصل يساعد المختص المريض نحو فهم ومعرفة حالته المرضية واكتشاف أسبابها وكذا الأعراض التي يعاني منها، وبذلك يتعلم طرق وأساليب تجنبها حتى لا تتفاقم وضعيته الصحية.

من ثمة يستخدم المعالجون النفسانيون طرقا علاجية متخصصة، توجه المريض توجيهها سلوكيا معرفيا، تهدف هذه الطرق إلى تدريب المريض على ضبط حالته وإتباع برامج سلوكية تعديلية وأخرى معرفية غايتها تصحيح المعتقد الخاطئ وخفض شدة الألم، ومنه تعلم استراتيجيات تكيفية من أجل ضبط الانفعالات والتحكم في شدة الألم المصاحب للحالة المرضية.

المراجع :

1. (Spitcher, 2002, le phénomène de la douleur chez l'enfant ,2002, fribourg, Suisse,436 pages)
2. (Pinel, 2007 Biopsychologie, 6eme Ed., Pearson, 417 pages)
3. (Sillamy, N.,1980 dictionnaire encyclopédique de psychologie)
4. (Rainville,2002, Brain mechanisms of pain affect and pain modulation, Neurobiology n0 12 pp 195-204)
5. (Pankseep, 2003, Feeling the pain of social loss, Science n0 302 pp 237-239)
6. (Melzack et Wall, 1965, pain assessment, a new theory)