



دار المنظومة  
DAR ALMANDUMAH  
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	الألم ومرضى الألم : من منظور علم النفس العصبي - سيكولوجية الألم -
المصدر:	الفكر العربي
الناشر:	معهد الإنماء العربي
المؤلف الرئيسي:	عبدالله، محمد قاسم
المجلد/العدد:	مج 17, ع 84
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	1996
الشهر:	ربيع
الصفحات:	72 - 79
رقم MD:	268046
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	الأطراف الصناعية، الألم، سيكولوجية الألم، علم النفس العصبي، الأطباء، الجهاز العصبي
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/268046">http://search.mandumah.com/Record/268046</a>

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.  
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

## الآلم ومرضى الآلم:

## من منظور علم النفس العصبي

## «سيكولوجية الآلم»

محمد قاسم عبدالله (\*)

بالرغم من أن الآلم يعتبر شكوى عامة عند جميع المرضى، إلا أنه أقل الأعراض المرضية تفهماً في الطب وعلم النفس. لقد تبين أن مئات الآلاف من الأشخاص يقضون أوقاتهم باحثين عن معالجة لتخليصهم من الآلم الذي لا يطاق، وأكثرهم من الأشخاص الذين تتطور الحالة عندهم إلى حدوث أمراض ومشكلات عضوية ونفسية كنتيجة مباشرة للآلم المستمر الذي يعانونه. إن هؤلاء يعانون مما يسمّى الآلم المزمن Chronic Pain، ويقدمون للعيادات باحثين عن المعالجة العضوية، ولكن بدون نتيجة. وبعضهم أجرى ما لا يقل عن عشر عمليات جراحية للتخلص من الآلم. إن جزءاً من هذه المشكلة تمّ النظر إليه على أنه ذو منشأ عضوي Organic أو نفسي Psychogenic في طبيعته. وقد شجع هذا العديد من الأطباء وعلماء النفس للبحث في هؤلاء المرضى وتفهم حالتهم.

### 1 - تعقد حالة الآلم

إن الرأي القائل بأن العوامل أو المتغيرات السيكولوجية تسهم بدور فعّال في إحداث خبرة الآلم، ليس جديداً. فقد وصف بيتشر (1959) العناصر العضوية للآلم باعتبارها مكونات (عناصر) حسية، وأن العناصر أو المكونات السيكولوجية إنما هي ردود الفعل المرتبطة به. وفي العديد من الحالات، فإن مكونات ردود الفعل والعناصر السيكولوجية أكثر أهمية من العناصر والمكونات الحسية. لقد نشأ هذا الاعتقاد من الملاحظات التي أجريت على العديد من الجنود الذين خرجوا من الحرب العالمية الثانية. فقد اندهش بيتشر عندما وجد أن الجنود الجرحى قد أخذوا إلى مستشفيات عسكرية، في حين كان واحداً من كل ثلاثة جنود يعانون الآلم يحتاج إلى المورفين. إن أكثر هؤلاء الجرحى لم يكونوا بحاجة إلى المداخلة الطبية العضوية أو المسكنات. وفقاً له، فإن هذه الحالات تبين أهمية ومغزى ردود الفعل السيكولوجية (مكونات الآلم النفسية) في خبرة الآلم.

إن الفروق الثقافية والسلالية في إدراك الآلم والإحساس به، قد تمت ملاحظتها وبحثها لفترة طويلة (Weisenberg)، فالعوامل الثقافية تؤثر في تحمل الآلم أكثر من الإدراك الحسي له. فالثقافات والمجتمعات المختلفة، لها اتجاهات متباينة نحو رد فعل الشخص للآلم واستجابته النفسية له. هذه الاتجاهات نحو الآلم تتكون من خلال التنشئة الاجتماعية، والدراسات التي أجريت على خوف

(\*) استاذ علم النفس والصحة النفسية في كلية الآداب/ جامعة دمشق.

الأطفال من جراحة الأسنان، قد بيّنت أن خبرة واتجاه الأسرة نحو طبّ الأسنان وجراحاتها هي العامل الرئيسي الذي يحدّد درجة قلق الشخص نحو معالجة الأسنان، مثلاً، الأطفال الذين تبدي أمهاتهم اتجاهات وسلوكيات سلبية نحو اقتلاع الأسنان وعلاجها، هم أكثر قلقاً نحو ذلك، مقارنة بالأطفال الذين تبدي أمهاتهم اتجاهات طبيعية وأقل قلقاً. لقد بين ميلزك (1973) أن الألم أكثر من مجرد خبرة حسية بسيطة وفردية. فقد اقترح أن لخبرة الألم أبعاداً إضافية - غير البُعد الحسي - هذه الأبعاد هي:

البُعد الدافعي أو النزوعي / الوجداني motivational - affective، الذي يعزى إلى الصفة الانفعالية والوجدانية غير السارة التي تميّز الألم عن غيره من الانفعالات الأخرى. ويمكن للألم أن يؤثر بكل أشكال السلوك الأخرى ويطبّعها بطابعه السلبي غير السار.

والبُعد المعرفي، التقويمي cognitive - evaluative، الذي يؤثر في إدراك الألم، ويدخل في ذلك العوامل الثقافية والاجتماعية، والعوامل الموقفية الخاصة بالوضع. لقد أتى ميلزك بالعديد من الأدلة التي تدعم اتجاهه في القول بأن للألم ثلاثة أبعاد.

ومن الأمثلة التي طرحها، المرض النادر المسمّى بعدم الحساسية الخُلقيّة (الفطرية) للألم Congenital Insensitivity to Pain وهو العَرَض الذي يميز بعض الأشخاص الذين لا يعانون إطلاقاً من خبرة الألم. والمعيار التالي هو ما يميز هذه الحالة:

1 - النقص (العرض المرضي) يجب أن يظهر منذ الولادة، وليس مكتسباً أو ناتجاً عن مرض ما أو صدمة معينة.

2 - عدم الحساسية الخلقية للألم يجب أن يتمّ تعميمها إلى كل مثيرات الألم ولكامل أعضاء الجسم أيضاً وليس لجزء منه.

3 - بقاء الأجهزة الحسيّة الأخرى سليمة تماماً (كاللمس، والإحساس بالحرارة، والبرد والضغط...).

إن هؤلاء الأفراد يتميزون بعدم حساسيتهم للألم فقط، دون غيرها من الحالات النفسية الأخرى. إن المثيرات المؤلمة تستدعي الإحساس بالوخز أو الاهتياج الخفيف «tingling»، والحكّة أو الإثارة، ففي كلا الحالتين (أي في حالتي الألم المزمن وفقدان الحساسية الخلقية للألم) لا يوجد أي خلل عصبي أو عضوي، فالعلاقة المنطقية المتوقعة بين الخبرة الشخصية وأعضاء الجسم غير موجودة تماماً.

## 2 - الألم والخبرة الأولى

الأمثلة المثيرة للاهتمام والتي تبين، كيف تعدّل حوادث البيئة من إدراك الشخص للألم، تظهر في دراسات بافلوف المبكرة (1927)، فقد بيّن كيف أن مثيراً منفرداً ومزجاً كالصدمة الكهربائية عندما يتبع تقديم الطعام، فإن الحيوان سيكفّ عن الطعام بسرعة. ولكن ماذا يحدث عندما يسبق المثير المزج تقديم الطعام؟ في مثل هذه الحالة، فشلت الكلاب في إظهار أية استجابة انفعالية للصدمة الكهربائية أو أية تغيرات جلدية. وبدلاً من ذلك فإن الحيوانات قد استقبلت مثل هذه المثيرات على أنها إشارة إلى أن الطعام قادم تحت هذه الظروف الخاصة، فإن الصدمة الكهربائية تستدعي إقرار اللعب والسلوك الإقدامي.

إن ذلك لا يعني أن كل ألم يكون مكتسباً بالتعلم. إن النقطة الجوهرية هي أن أكثر أشكال الألم ومعاناته، تلعب فيها العناصر السيكلولوجية والمكونات الانفعالية والمعرفية الدور الأكبر. وحتى المولود حديثاً ذو الخبرة المحددة سيبيكي بشدة استجابة لبعض مثيرات الألم، ويبيدي أدنى درجة من ردود الفعل نحو الآخرين. لقد عرّف ميلزك (1973) الألم على أنه:

«خبرة إدراكية حسية تتأثر صفتها ونوعيتها وشدتها بالتاريخ المميز للشخص نفسه، كما تتأثر بالموقف الذي يستدعيها، وبالحالة العقلية المعرفية للفرد في هذه اللحظة نفسها. نحن نعتقد بأن كل هذه العوامل تلعب دوراً هاماً في تحديد النمط الحقيقي للدفعات العصبية الصاعدة من الجسم إلى الدماغ والتي تعبر أجزاءه المختلفة. وبهذه الطريقة فإن الألم يصبح وظيفة للفرد بكامله، متضمناً أفكاره ومخاوفه وكذلك آماله حول مستقبله، ويبدو من خلال هذا التعريف، أن العوامل أو المكونات السيكلولوجية، تلعب دوراً مباشراً في خبرة الألم نفسها.

أما عن الآلية الفيزيولوجية للألم، فتتوضع من خلال فحص جذع المخ وبخاصة أجزائه الطرفية، حيث يمكن ملاحظة المظهر الفيزيولوجي في كل المستويات. ولا يمكن فهم ذلك في كل مستويات القشرة المخية العليا، مع أن جهوداً عديدة قد بذلت لعزل أجزاء معينة من التلاموس خاصة بالألم وحده. في الواقع إن التخريب الجراحي لمركز التلاموس thalamus قد استعمل لمعالجة بعض أشكال الألم المزمن. وبالرغم من عدم وجود مناطق أو أجزاء خاصة (كالمستقبلات أو الخلايا الشوكية، أو آليات جذع المخ) تستجيب فقط لمثيرات الألم، فإن بعض الأجزاء الموجودة في مستويات المخ تستجيب بدرجة قصوى في حالة مثيرات الألم.

ماذا يعني ذلك؟ يعني ذلك، وفقاً للعالمين ليبسكايند وباول (1977) Liebeskind and Paul أن كل هذه الآليات (الأجزاء) تشارك في خبرة الألم، ولا يوجد جزء واحد بمفرده يعمل في خبرة الألم. إن المستقبلات المحيطية الطرفية والألياف الحسية والخلايا الشوكية تشارك في المظاهر الحسية للألم (البعد أو المكون الحسي)، في حين أن آليات جذع المخ تساهم في الجانب الانفعالي والنزوعي للألم (البعد الوجداني الانفعالي)، أما الآليات المخية التي تتحكم في الجانب المعرفي والتقويمي للألم فلم يتم تحديدها بدقة بعد. إذا أين ينشأ الألم وما هو مصدره؟ من خلال المنظور الفيزيولوجي السابق الذكر، فإن الألم يعكس محصلة عدد من المراكز العصبية المركزية والحافية الطرفية، بحيث لا يمكن عزلها أو القول بأن جزءاً معيناً بالذات وبمفرده هو المسؤول عنه. لقد برهن ميلزك على صحة هذه النتيجة، من خلال عباراته القائلة «بأن مركز الألم في المخ هو هراء تام» إن المخ بكامله هو مركز الألم، لأن التلاموس والهيبوتلاموس وجذع المخ والجهاز الطرفي والقشرة المخية هذه كلها تعمل وتساهم في إدراك الألم وخبرته.

### 3 - نظرية التحكم ببوابة الألم

إن نظرية بوابة الألم والتحكم بها gate - control theory قد تمّ وضعها من قبل العالمين ميلزك وول (Melzak and Wall 1955) وذلك لتقتر:

1 - للدرجة العليا من التخصص الفيزيولوجي للمستقبلات، والألياف العصبية، والآثار الشوكية للجهاز العصبي المركزي.

2 - التأثير المباشر للعمليات السيكلولوجية على إدراك الألم والاستجابة له.

### 3 - استمرار الألم المرضي، والإكلينيكي بعد العلاج.

تفترض هذه النظرية أن الآليات العضوية العصبية للأقران الظهرية للحبل الشوكي dorsal horns of the spinal cord تعمل بما يشبه البوابة التي يمكنها أن تزيد أو تنقص من تدفق النبضات أو الدفعات العصبية من الألياف المحيطية إلى الجهاز المركزي. ولذلك يكون المخ للدرجة الجسمي عرضة لتأثير معدل من البوابة قبل أن يستدعي إدراك الألم والاستجابة له. إن الدرجة التي تزيد من خلالها البوابة أو تنقص النقل العصبي الحسي تتحدد عن طريق النشاط المتعلق بالثخانة (السماكة) العليا لألياف بيتا - A، والثخانة (السماكة) الصغرى لألياف دلتا - B، وعن طريق صعود الآثار من المخ نفسه. وعندما تكوّن المعلومات التي تمر عبر البوابة، فإنها تتخطى المستوى الحرج، وتنشط المناطق العصبية المسؤولة عن خبرة الألم والاستجابة له.

تستند هذه النظرية إلى الافتراضات التالية:

1 - إن انتقال الدفعات العصبية من الأجزاء المحيطية السطحية إلى خلايا النقل الخاصة بالحبل الشوكي تتعدل عن طريق آليات البوابة الشوكية في الأقران الظهرية. إن الآلية الشوكية متضمنة في الخلايا الهلامية. وعندما تُثار فإن هذه الخلايا تنتج تأثيراً مثبطاً مانعاً على خلايا النقل العصبي.

2 - إن آليات البوابة الشوكية تتأثر بالنشاط المتعلق بالألياف ذات الثخانة الكبيرة (A - Belta) وذات الثخانة الصغيرة (B - Delta): فالنشاط في الألياف الكبيرة الثخانة تنزع إلى كف وتثبيط النقل العصبي (إغلاق البوابة) بينما نشاط الألياف الصغيرة الثخانة تنزع إلى تسهيل النقل العصبي (فتح البوابة). وهذا ما يظهر في الشكل السابق، حيث الألياف ذات الثخانة الكبيرة تزيد من كف وتثبيط آليات البوابة الشوكية، بينما الألياف ذات الثخانة الصغيرة تنقص من هذا الكف أو التثبيط.

3 - إن آليات البوابة الشوكية تتأثر بالدفعات العصبية الصاعدة من المخ. وفوق ذلك فإن العمليات المعرفية العقلية مثل الانتباه والتوقع والخبرات السابقة والتذكر قادرة على إحداث آثار مباشرة في عمليات الألم. إن التأثير العام والشامل لها يتكون عقلياً على أنه مفجّر ومطلق الضبط المركزي. إن آليات الضبط المركزي لا تتعلق بالدور الثانوي للتعديل البسيط لإحساس الألم. وبدلاً من ذلك فإن هذه الآليات متخلّطة في تحديد وتوضيح الإشارات من الجسم، وفي تقويم هذه الإشارات وفقاً للخبرات السابقة، وتحديد ما إذا كان نظام الفعل المسؤول عن إدراك الألم والاستجابة له في حالة تنشيط أم لا.

4 - عندما يتخطى مخرج خلايا النقل الخاصة بالحبل الشوكي، المستوى الحرج، فإنها تنشط جهاز الفعل. إن جهاز الفعل هذا يتضمن المناطق العصبية التي تغير أساس الأنماط المعقدة للسلوك والخبرات المميزة للألم نفسه.

إن ألياف دلتا الصغيرة تلعب دوراً هاماً ومميزاً في هذا النظرية، فبالإضافة إلى أنها تعمل بمثابة «ألياف ألم» فإنها تنشط خلايا النقل مباشرة وتشارك في مخرجها. إن العتبات العليا للألياف الصغرى، خلايا الإثارة الشديدة، تكون ذات أهمية خاصة في تنشيط خلايا النقل الخارجة فوق المستوى الحرج للألم. لقد اعتقد بأنها تسهل النقل العصبي (فتح البوابة) وأنها تزود أساساً لتحديد درجة الألم ومجموعه وطول منته في أجزاء أخرى من الجسم...

إن هذه تقود إلى تطوير تقنية للإثارة المصنعة للجهاز العصبي من أجل خفض الألم. إن الإثارة الكهربائية يمكن استعمالها على سطح الجلد أو تحته أو حتى جانب الحبل الشوكي. إن هذه الكهربائية قد طبقت في المناطق التي يتم فيها إدراك الألم والإحساس به، أو في مكان الأعصاب

الرئيسية لهذه المناطق. إن الإثارة أو التنشيط البسيط والقصير لهذه الأعصاب، غالباً ما يحدث شفاء من الألم الحاد لفترة طويلة، تمتد ساعات بعد عملية الإثارة (ولكن نادراً ما تمتد لعدة أيام أو أسابيع). لقد لاحظ ميلزك (1975) مريضاً كان يعاني ألماً مستمراً لسنوات طويلة، توقف فجأة للمرة الأولى لعدة أيام بعد معالجة واحدة، ثم عاد ثانية بشكل متقطع، ومن الممكن إيقافه بسرعة عن طريق الإثارة الكهربائية المصطنعة للأعصاب المحيطية (السطحية). ولكن ليس كل المرضى يمكنهم الاستفادة من هذا العلاج، وحين يكون فعالاً فإن الشفاء لا يكون دائماً (Melzack 1975). إن الإثارة الكهربائية، تعمل على تنشيط الألياف ذات الثخانة الكبيرة، وبذلك فإنها تغلق البوابة في المستويات الشوكية والدماعية العليا.

#### 4 - ألم الأطراف الاصطناعية

إن أكثر الأشخاص المبتورين (الذين قطع أحد «أطرافهم أو أعضائهم»، يصرّحون بوجود شعور بالعضو أو الطرف الاصطناعي مباشرة، بعد بتر طرفهم الطبيعي. إن الطرف الاصطناعي عادة ما ينظر إليه على أنه يشبه العضو الحقيقي بعد عملية البتر، وقد صرح هؤلاء بأنهم يتحركون مثل الأشخاص الطبيعيين تماماً (جلوس، مشي، قفز...).

أولاً: يوجد شعور بأن الطرف الاصطناعي يشبه الطبيعي في الحجم والشكل، ولكن مع مرور الوقت يبدأ بتغيير شكله حيث يصبح الذراع أو القدم أقل تميزاً عن الطبيعي.

ثانياً: إن عدداً قليلاً من الأشخاص الذين بترت أحد أطرافهم، يصرّحون بوجود ألم في الطرف الاصطناعي الذي حلّ محله. ومع أن الألم لا يظهر إلا عند عدد قليل منهم، فإن 5% إلى 10% منهم يكون ألمهم حاداً ويسير نحو الأسوء مع مرور الوقت. ربما يكون صنفه أو يعزى إلى حالات التشنج والوخز، لقد فسر ميلزك هذا النوع من الشعور بالألم وفقاً لنظريته في ضبط البوابة (السابقة الذكر). إنه آلية الانحياز المركزي في جذع المخ الذي يمارس تأثيراً مثبتطاً في مستويات الجهاز الحسي. فإذا كان فقد العضو مراقفاً لتخريب عدد كبير من الألياف الحسية، فإن التأثير التثبيطي للآلية سينقص مما يؤدي إلى زيادة حدوث استجابات الألم لآلية مثيرات أو تنبيهات معينة. وقد قال ميلزك بأن هناك أدلة عديدة تثبت هذا التفسير.

أولاً: هناك ليف عصبي تم فقدته عندما قطعت نهاية العصب عن المورد (المستقبل) - كما هي الحال في عملية البتر.

ثانياً: الألياف التي عادت للعمل بعد القطع، تميل لأن تظهر اليافاً ذات ثخانة صغيرة.

ثالثاً: هناك - وكما بينا - آليات تثبيط وكف قوية في الأجزاء الرمادية المركزية للمخ.

#### 5 - مرضى الألم المزمن

لحسن الحظ، فإن أكثرنا لم يعانِ ألماً حاداً شديداً أو مزمناً. في الواقع إن خبرة الألم قصيرة عادة. ومن الشائع حدوث الآلام الناتجة عن ألم الأسنان، والجروح، والرضوض أو الكدمات بحيث تكون آثارها واضحة وتستدعي المساعدة. إلا أن الألم المزمن أقل وضوحاً من السابق وأقل تميزاً من حيث طبيعته وأسبابه ومظاهره، كما أن آثاره تمتد لتشمل كامل الشخص وليس جزءاً معيناً من جسمه. وإن الوضع بالنسبة للذين يعانون من الألم المزمن قد تمّ وصفه على أنه أحد الأشكال

التي تنتهي فيها عند الشخص حالات الأمل والرغبة، بحيث يسيطر ذلك عليه طوال حياته. لقد دلت العديد من هذه الحالات على أن الألم المزمن، إذا طال فإنه يبذل من إدراك الفرد الموجه ونشاطه. وحالما يحدث مثل هذا التغيير، فإن أشكالاً من السلوك تكون أكثر إجرائية وعملية في استدعاء الإحساس بالألم، أكثر منها في حالة الصدمة العضوية الأصلية.

هناك بعض الأدلة التي تدعم الرأي القائل بأن مرضى الألم المزمن يظهرون صفات سيكولوجية مميزة، وأن هذه الخصائص تؤثر على استجاباتهم للعلاج. لقد طبق ستيرنباخ ودولف ومورفي وأكسون (1973)، اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI) وقارنوا بين استجابات مجموعة من مرضى الألم الحاد Acute Pain (لأكثر من 6 أشهر) مع استجابات مجموعة مشابهة من مرضى الألم المزمن Chronic Pain (ولمدة تزيد عن 6 أشهر) أيضاً، ويعتبر اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، أحد أهم الاختبارات العيادية المستعملة لتصنيف المرضى إلى فئات تشخيصية مرضية اكلينيكية.

لقد تمّ الحصول على النفسية (البروفيل) الخاصة بمرضى الألم الحاد والمزمن كما بينه تطبيق الاختبار، إن المتوسط (المعدل) بالنسبة للناس الطبيعيين قد اعتبرت الدرجة 50، والدرجات التي تزيد عن انحرافين معياريين فوق المتوسط 70 وما فوق، ذات دلالة إحصائية سريراً (اكلينيكية). لقد اختلفت المجموعتان بشكل ذي دلالة إحصائية في المقاييس الثلاثة الأولى للاختبار، وهي توهم المرض Hypochondriasis (الانشغال الزائد بأعضاء الجسم، والصحة، وتوهم المرض) والاكنتاب Depression (الشعور بالحزن والياس والعجز) والهستيريا Hysteria (يبنو على شكل أعراض متنوّعة في الحس والحركة أو الذاكرة بالرغم من عدم وجود أي خلل عضوي عصبي - لذلك سميت تحويلية، لأنها تحويل للصرعات النفسية اللاشعورية إلى حالة خلل عضوي ظاهر).

إن المقاييس الثلاثة مجتمعة تضم ما يسمى بـ سمة العصابية Neurotic Trait وأولئك الأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن قد حصلوا على درجات ذات دلالة إحصائية من الناحية الاكلينيكية المرضية في هذه المقاييس. في حين أظهر الأشخاص الذين يعانون من الألم الحاد أنهم في حدود الناس العاديين.

هذه النتائج تفترض أنه خلال المراحل الأولى للمرض، فإن مرضى الألم المزمن سيحصلون على بروفيل (صفحة نفسية تشخيصية للاختبار) طبيعي، وأن اضطرابهم أو حالتهم النفسية (أي سمة العصابية) ستعكس المزيد من انشغالهم بأجسامهم وأعضائهم وصحتهم.

## 6 - الألم العضوي مقابل الألم النفسي (المنشأ)

بالرغم من أن التشخيص الاكلينيكي للألم، لا يعطي نوراً للعوامل أو المتغيرات السيكولوجية لأي مريض من مرضى الألم، فإن الدراسات والفحوص العصبية تقدّم لنا الكثير من الإجابات حول شكاوى مرضى الألم ومعاناتهم. وحديثاً، ظهر ميل شديد للنظر إلى الألم العضوي كأحد أنواع الألم، وأن الألم النفسي المنشأ هو النوع الثاني.

إن مصطلح «نفسى المنشأ» «Psychogenic» يعزى ذلك إلى «أن أسبابه ذات منشأ نفسي ونتيجة لعوامل سيكولوجية عند الشخص» حيث إن المريض يتخيل ألمه الذي لا يكون في الواقع ألماً حقيقياً، لأن الألم العضوي ببساطة غير موجود عنده أبداً فالألم النفسي المنشأ يخبره الشخص بنفس الطريقة التي يخبر فيها الألم العضوي الناتج عن صدمة معينة. وكلا النوعين من الألم، لهما

نفس درجة الأذى والإزعاج. وفوق ذلك، وكما يتبين من نظرية ميلزك في آلية ضبط البوابة، فإن خبرة الألم قد تُثار بواسطة أحداث سيكولوجية من خلال تنشيط وتفجير عملية الضبط العصبي المركزي.

علاوة على ذلك، حتى إذا ما أحدثت الصدمة الخلل العضوي في السابق، فإن اجتماع الخبرات السابقة والخبرات الانفعالية الحالية يمكن أن يستدعي خبرة الألم الحقيقية والأصلية نفسها. وأوضح مثال على ذلك، حالة الشخص الذي تمّ علاجه من ألم عضوي المنشأ، حيث نلاحظه يعاني من عودة الألم طوال فترة انفعاله السلبي ومعاناته للاكتئاب.

فحين يكون فرحاً ومسوراً، فإن الألم يختفي، وحين يكون حزيناً ومكتئباً يعاوده شعوره بالألم ثانية.

إن كلاً من النوعين للألم (العضوي النفسي) يتشابهان مع مرور الوقت عند الفرد وخلال محاولاته المستمرة في التكيف مع وجعه ووضعته. لقد طبق ستيرنباخ ورفاقه (1973) اختبار مينسوتا أيضاً على مجموعة من مرضى يعانون من ألم بسيط في أسفل الظهر (والذين أظهروا دلائل عصبية إيجابية مثل إحساس بسيط، ومنعكسات وترية منخفضة)، وعلى مجموعة أخرى من المرضى الذين يعانون من ألم بسيط في أسفل الظهر أيضاً، ولكن بدون أية علائم أو إشارات عصبية تدل على ذلك وقد بينت الدراسة أن المجموعتين متشابهتان تماماً في درجاتهم التي حصلوا عليها في مقاييس الهيستريا وتوهم المرض والاكتئاب.

كل هذه المعطيات، تدلّ بوضوح على أن العلاج الجراحي وحده ليس كافياً في شفاء الشخص من ألمه الذي أصبح مركز اهتمامه وانشغاله الخاص، وقد دعم هذا الافتراض العديد من الدراسات التجريبية والسريية التي أجراها علماء نفس وأطباء أعصاب وهذا ما أثبتته أيضاً العالمان النفسيان بلوميتي ومودستي (1976). لقد ظهر أن الانشغال الزائد والمستمر بالجسد وأعضائه، هو المكوّن الأساسي والعنصر المشترك لمرضى الألم النفسي والعضوي. لقد بين أنجل منذ عام (Engel 1959) أن الأفراد الذين يميلون كثيراً للانشغال بأعضائهم ويعانون من توهم المرض يتصفون بالخصائص المميزة التالية:

- 1 - مشاعر الذنب المستمر التي تميل للاختفاء عن طريق معاناة الألم وخبرته.
- 2 - تاريخ الأسرة المتميزة بالقسوة والعقاب الجسدي، والتي تعاني الكثير من الصدمات العضوية والخلل والفحوصات والعمليات الجراحية.
- 3 - عدوان و غضب عنيف موجه نحو الآخرين والذي نادراً ما يتمّ التعبير عنه بطريقة مباشرة، ولكن بدلاً من ذلك فإنه يوجه نحو الذات ويأخذ شكل معاناة الألم.
- 4 - صراعات نفسية متعلقة بالدوافع الجنسية، عادة ما تكون لا شعورية ويرافقها بعض مشاعر الذنب والعنوان، وتظهر جميعها بشكل غير مباشر ورمزي على شكل خبرة الألم.
- 5 - إن نمو الألم وتطوره غالباً ما يرتبط بفقدان شخص عزيز أو قريب.

وبالرغم من أن هذه الصفات السيكلوجية جميعها ليس لها أساس تجريبي كافٍ فإنه من غير المشكوك فيه إطلاقاً، أن معاناة الشخص للألم المزمن يصبح مركز الانشغال والاهتمام، والمميز الأساسي لحياة الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الألم (هذا الانشغال الدائم في الألم ووضع الجسد والتوهم له الدور الحاسم في إزمان الألم).



نختتم هذا البحث بالعبرة التي قالها ساس (Szasz 1968) بأن الأشخاص الذين يعانون من توههم المرض يحملون درجة بكالوريوس في الألم، والأشخاص العاجزين الذين أجروا العديد من العمليات الجراحية، فإنهم يحملون درجة دكتوراه في الألم، والمرضى الذين يوصفون بأنهم يعانون من ألم غير قابل للشفاء (أصحاب الألم المزمن النفسي المنشأ) يحملون جائزة نوبل في الألم.

## المراجع

- Beecher H. (1959): **Measurement of subjective response; quantitative effects of drugs**, New york, Oxford, University Press
- Blumetti A. and Modestil. (1976): Psychological predictors of success or failure of surgical intervention for intractable back pain. In J. Bonica: **advances in pain research and therapy** (Vol 1), New york, Raven.
- Engel L. (1959): Psychogenic pain and pain from patient, **American Journal of Medicine**, 26, 899-913
- Liebeskind, s. and Paul A. (1977): Psychological and physiological mechanism of pain, **Annual Review of Psychology**, 18, 41-60
- Melzack R. (1975): **Prolonged relief of pain by brief, intense stimulation pain**, 1, 357-373.
- Melzack R. and Wall D. (1965): **Pain mechanism: A new theory science**. 150-971-979.
- Strenbach A., Wolf R., Murphy W and Akson H. (1973): **Aspects of chronic low back Pain sychosomatics**, 14, 52-56
- Strenbach A. (1974): **Pain patient: traits and treatment**, New york Academic.
- Szasz, S.C (1967): **The psychology of persistent Pain**. New york Academic
- Weisenberg M. (1977), Pain and pain control, **Psychological Bulletin**, 84, 4004-1008.