الألم والمعاناة والمداواة

Pain, Suffering and Healing

الطبعة الأولى 2014

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

©مركز تعريب العلوم الصحية - ACMLS

ردمك : ISBN 978 - 99966 - 34 - 53 - 6

www.acmls.org

ص. ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : 965-25338610/1/2 +

فاكس: 965-25338618/9 +

مركز تعريب العلوم الصحية

الألم والمعاناة والمداواة

الاستبصار والفهم

ترجمة

د. هشام محمود الوكيل

مراجعة وتحرير

مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

المقدمة

يعتبر الألم عرضاً حسياً ناتج عن ضرر نسيجي فعلي، وهو شعور سلبي يختلف من شخص لآخر بحسب اختلاف المسببات، وقد ظل الألم على مدار السنين مؤشراً لأمراض وإصابات عديدة في جسم الإنسان، لذلك لم يوص الأطباء أن يكون للألم تخصص في مجال الطب يبحث في أسبابه وتشخيصه وعلاج حالاته المزمنة الناتجة عن الأمراض المزمنة.

ومع التقدم الكبير في عالم الطب وأبحاثه المستمرة اتجه اهتمام العالم إلى علاج الألم وجعله فرعاً متخصصاً مستقلاً، حيث أُنشئت عيادات متخصصة في علاج الألم. كما تم تجهيز هذه العيادات بالآلات والأجهزة الخاصة بها بفريق من الأطباء المتخصصين والمتدربين في مجال تشخيص الألم.

من هنا جاءت فكرة اختيار كتاب «الألم، والمعاناة، والمداواة» لترجمته إلى اللغة العربية، حيث أصبح فكر الطب والأطباء حالياً يتجه نحو حق كل مريض في تخفيف الألم الذي يلحق به أياً كان سببه وطبيعته. ولم يعد هناك من يقتنع بوجود ألم فيزيولوجي أو وظيفي لا يحتاج إلى علاج، وذلك لأن الألم في أية صورة له آثار سلبية على حالة الإنسان الجسمية والنفسية التي غالباً ما تستمر هذه الآثار حتى بعد زواله.

نأمل أن يقدم هذا الكتاب كل ما هو مفيد ونافع للعاملين من الأطباء والمعالجين والهيئة التمريضية، وأن يكون لبنة في بناء صرح تعريب العلوم الطبية.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ عبدالرحمن عبدالله العوضي
الأمين العام
مركز تعريب العلوم الصحية

التمهيد

يعدّ الألم معضلة عند الأطباء لصعوبة تشخيصه، وضرورة علاجه ترجع لما يسببه من آثار نفسية سلبية شديدة في تغيّر شخصية المريض، وطريقة تعايشه في الحياة. لذلك أوصت جهات طبية عديدة في العالم بضرورة بذل أقصى جهد لتشخيص وعلاج حالات الألم، وقد تغيرت الصورة الآن كثيراً وأصبحت عيادات الألم جزءاً أساسياً من أية منظومة علاجية في العالم، لها أطباؤها المتخصصون في علاج الآلام الحادة والمزمنة. كما قامت الجمعية الدولية لدراسة وعلاج الألم بتشجيع هذا الاتجاه على مستوى العالم حيث أصبح لها فروع في معظم دول العالم.

يتضمن هذا الكتاب الذي بين أيدينا «الألم، والمعاناة، والمداواة» أحد عشر فصلاً، حيث يبدأ الفصل الأول بمقدمة عن تطور طب الألم، ثم يتحدث عن الطاو في الألم، والطاو هو سبيل الفضيلة في الكنفوشية وهو شيء غير مرئي وغير ملحوظ، ويناقش الفصل الثاني مفهوم المعاناة والاختيار. ثم يجيب الفصل الثالث عن أسئلة الألم، أما الفصل الرابع فيشرح الارتباط بالصيدلة الكبيرة والخبرات مع عالم صناعة الدواء وأخلاقيات صناعة الدواء، كما يوضح الفصل الخامس أسباب ظهور عيادات الألم، ويشرح الفصل السادس والسابع كيفية علاج المريض المركب في عيادة الألم واستثمار الاستجابة للغفل «الدواء الوهمي»، أما الفصل الثامن فيتحدث عن الألم الشديد، ويسرد الفصل التاسع قصة المرضة ميشيل، كما يبين الفصل العاشر الشفاء من إدمان الكحوليات وإدمان المواد الأخرى ويقدم نموذجاً لعلاج الألم الروحي ويُختتم الكتاب بالفصل الحادي عشر متحدثاً عن تعليم كيفية تقبُل المعاناة.

نأمل أن يكون هذا الكتاب بما تضمنته فصوله إضافة جديدة تضم إلى صرح التعليم الطبي، وأن يقدم كل ما هو جديد ومفيد للأطباء وطلبة الطب والمتخصصين.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور/ يعقوب أحمد الشراح
الأمين العام المساعد
مركز تعريب العلوم الصحية

المحرر

بيتر ويميس جورمان

- استشاري متقاعد في التخدير وطب الألم - مستشفى الأميرة الملكية - هاي ووردز هيث - المملكة المتحدة.

المُقَدَّم من قِبَل

جون لوسر

- أستاذ فخري جراحة الأعصاب وعلم التخدير وطب الألم - جامعة واشنطن - سياتل - واشنطن - الولايات المتحدة الأمريكية.

المترجم

د. هشام محمود حسن الوكيل

- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة - جامعة عين شمس - ديسمبر عام 1992.
- حاصل على شهادة الماجستير في علاج الأورام - جامعة عين شمس - نوفمبر عام 1996.
- حاصل على درجة الدكتوراه في علاج الأورام - نوفمبر عام 2002.
- يعمل حالياً أستاذ علاج الأورام - جامعة عين شمس - القاهرة - جمهورية مصر العربية.

المحتويات

المقدمة ..... ج

التمهيد ..... هـ

المحرر ..... ز

المترجم ..... ط

مقدمة الكتاب 1

الفصل الأول : الطاو في الألم 9

الفصل الثاني : المعاناة والاختيار 37

الفصل الثالث : أسئلة الألم 47

الفصل الرابع : الارتباط بالصيدلة الكبيرة: الأخلاقيات وصناعة الدواء 53

الفصل الخامس : لماذا ظهرت عيادات الألم؟ 69

الفصل السادس : التدبير العلاجي للمريض المركب في عيادة الألم 77

الفصل السابع : استثمار الاستجابة للغفل: خداع ملوم أو مسار مهمل في البحث عن الشفاء؟ 89

الفصل الثامن : الألم الشديد (العاهر) 99

الفصل التاسع : ميشيل 119

الفصل العاشر : الشفاء من إدمان الكحوليات وإدمان المواد الأخرى: نموذج لعلاج الألم الروحي 125

الفصل الحادي عشر : تعليم كيفية تقبل المعاناة 133

المراجع والقراءات الإضافية 139

مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS ـ دولة الكويت

الألم والمعاناة والمداواة

الاستبصار والفهم

ترجمة

د. هشام محمود الوكيل

مراجعة وتحرير

مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

مركز تعريب العلوم الصحية، 2014 م
فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر
616.074 الألم والمعاناة والمداواة: الاستبصار والفهم /
تحرير بيتر ويميس جورمان؛ ترجمة هشام محمود الوكيل؛
مراجعة وتحرير مركز تعريب العلوم الصحية - ط1 - الكويت:
مركز تعريب العلوم الصحية، 2014
176 ص، صور؛ 24 سم. - (سلسلة المناهج الطبية العربية؛ 146)
ردمك: 978-99966-34-53-6
1. الأمراض - أعراض 2. الأمراض - تشخيص
أ. العنوان ب. هشام محمود الوكيل (مترجم) ج. بيتر ويميس جورمان (محرر)

رقم الإيداع : 2014/121
ردمك: 978-99966-34-53-6

الطبعة الأولى 2014

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

لمركز تعريب العلوم الصحية

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053- دولة الكويت
هاتف : 25338610/1/2 (965)+ فاكس : 25338618/9 (965)+
البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

مركز تعريب العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- وضع المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

مقدمة الكتاب

تطوّر طب الألم:

مع أن الألم هو أكثر الشكاوى شيوعاً وبه يستعلن المرضى الذين يستشيرون أطبائهم عن أمراضهم، لقد ظهر طب الألم كتخصص فقط في أواخر عام 1940، وبدأ الأمر أساساً كإلهام من جون بونيكا (John Bonica) من سياتل (Seattle). حيث ظهر عمله الأول التدبير العلاجي للألم في 1953 وأسّس أول عيادة متعددة الاختصاصات للألم في العالم في عام 1960. ومنذ ذلك الحين كانت هناك زيادة مطردة لدى الناس الذين شملتهم عيادات الألم. في الاجتماع الأول لجمعية الألم المعند في بريطانيا العظمى وشمال أيرلندا في 1967 كان هناك 17 طبيباً- هم فعلياً كل الأطباء في المملكة المتحدة الذين يعملون في هذا المجال، وبعد عشر سنوات أصبح هناك فقط حوالي 300 عضو. أصبح عدد أعضاء الجمعية البريطانية للألم الآن تقريباً 1700 والرابطة الدولية لدراسة الألم لديها أكثر من 7000 عضو في 106 دولة. لم يبدأ كتخصص مقصور تقريباً على مجال التخدير، بل أصبح في الحقيقة متعدد الاختصاصات ويشمل تخصصات أخرى كثيرة مثل الأعصاب والنفسية والتمريض والعلاج المهني والعلاج الطبيعي. زاد عدد عيادات الألم في المملكة المتحدة من درزن (12 عيادة) في أوائل السبعينيات ليصبح في الوقت الحالي عيادة ألم تقريباً في كل مستشفى وهذا الوضع مماثل في معظم الدولة الغنية. وكان موازياً لهذا التوسّع الضخم في النشاط الإكلينيكي وجود نموٍ مماثلٍ في البحث العلمي في فيزيويولوجيا الأعصاب والطب النفسي وعلم الأدوية وكذلك في الطب الإكلينيكي. هناك على الأقل 26 مجلة باللغة الإنجليزية مكرَّسة لأبحاث الألم وممارساته والكثير باللغات الأخرى.

تشكّل معرفتنا عن الآليات التي أساس خبرة الوعي بالألم في الدماغ والجهاز العصبي زادت بصورة هائلة. كما قادنا البحث في الآليات المعقدة بشكل مذهل لإدراك الألم للأعمق، من الكائن ككل للأجهزة، ومن الأجهزة للخلايا ومن الخلايا للجزيئات. المظهر الأكثر أهمية في كل هذا هو إدراك أن الجهاز العصبي ليس أسلاكاً جامدة مع أحداث في أحد أجزائه مثل تنبيه مستقبلات الألم تحت الجلد، دائما يثير الاستجابات نفسها في الأجزاء ذاتها من المخ. هذه الصورة حل محلها التعرف على تغيرّات طبيعية في وظيفة المسالك بين الجسم والدماغ وفي الدماغ نفسه في ظروف مختلفة، لذا ما يصل للوعي هو محصلة مؤثرات كثيرة مختلفة. ربما يقال

على أي حال إن مقدار المعلومات عن تعقيدات التردد العقلي تتضاعف مرات كثيرة أكثر من تحسن فهمنا.

ولكي نرفض كل الأبحاث وكأنها غير متعلقة بفهمنا لألم الإنسان وغير مجدية أو مفيدة في تفريجه سيكون هذا منافياً للعقل، وسيظل هناك مشكلات. معظم الأبحاث تم تخفيضها للضرورة ورغم من مجهودات الكتّاب مثل باتريك وول (Patrick Woll)، إعادة نشر الأجزاء لتكوين البحث الكلي الكل الشامل والذي يتعلق بمعاناة الإنسان لم يكن سهلاً دائماً.

العلم جيد جداً في إجابة الأسئلة التي تبدأ بـ «كيف» مثل كيف يتم توصيل الإشارات التحذيرية للإصابة من خارج الجسم للدماغ والوعي؟ ولكن أحياناً لا يساعد العلم كثيراً في أسئلة «لماذا» مثل لماذا تعاني الناس البريئة؟.

كانت صناعة الدواء جنباً إلى جنب مع كل هذه الأبحاث والتي أنفقت بلايين لا تحصى عن أدوية أفضل لتفريج الألم. لقد توقعوا منذ وقت طويل أن يوماً ما سنرى التقدم المأمول من العلم الأساسي لتحسين العلاجات وسيكون هناك تطوراً واعداً لكن حتى الآن التطور فى صورة أدوية جديدة أو تداخلات ما زال محبطاً (مع أننا على الأقل نفهم قصور الأدوية والتداخلات الموجودة بدلاً من اكتشاف الجديد منهم).

هناك في الحقيقة بعض المناطق، الجديرة بالذكر مثل تلطيف ألم السرطان، حيث تحسنت الصورة كثيراً. شاركت جراحة تغيير المفصل إلى حد كبير في تقليل معاناة البشر (حقيقة أحياناً يغفلها أطباء الألم الذين يرون فقط فشل أطباء العظام). ورغم من ذلك هناك مناطق آخرى كثيرة، مثل ألم أسفل الظهر المزمن وألم اعتلال الأعصاب (الألم الذي يبدأ من الجهاز العصبي) حيث يكون الشفاء نادراً، والتفريج الممتد غير معتاد وأفضل ما يمكن إنجازه عادة هو بعض التقليل في حدة الألم والتحسن في النشاط المحدود- وأحيانا ولا حتى ذلك يمكن الوصول إليه.

كان التقدم الأكثر أهمية هو إدراك حقيقة أن تجربة المعاناة تشمل تفاعلاً معقداً للمؤثرات البدنية والعاطفية وإعادة ظهور المفهوم القديم لتعافي الشخص ككل. يسقط الكثير من المرضى في حلقة مفرغة من الاكتئاب والقلق ونقص النشاط نتيجة الخوف من الألم أكثر من الألم نفسه. لقد تحولت حياة الكثيرين ببرامج علاج الألم حيث تعمل فرق من الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين والمعالجين المهنيين والممرضات المتخصصين معاً ليمكنوا المرضى من التعرّف على والتعامل مع عمليات التفكير الانهزامي الذاتي وأنماط السلوك غير المناسب. لكن لا يمكن مساعدة كل واحد حتى بهذه الطريقة.

هنالك القليل من فوائد طب الألم الحديثة، وهي محدودة بذاتها، فقد انتقلت لأجزاء كبيرة من العالم حيث تكون الموارد الاقتصادية والطبية قليلة وحتى أكثر الاحتياجات الصحية الأساسية تقدم بصورة غير كافية. في الواقع يمكن القول بأن كل الجهود

المشتركة لكل المتخصصين في علاج الألم في العالم لم تفعل أكثر من لمس سطح كل معاناة البشر وتظهر علامة بسيطة على إمكانية عمل ما هو أكثر من ذلك.

إن هذه الحقائق مألوفة تماماً فقط للمتخصصين في الألم لكن نادراً ما نواجهها في اجتماعاتنا العلمية والإكلينيكية التقليدية. فهناك الكثير الذي يجب أن نتعلمه – الضغوط كثيرة لتحسين فهمنا لآليات الألم، تعلم أدوية جديدة وتحسين تقنيات – لأنه نادر ما يوجد وقت لنتوقف قليلاً، لنتحدث ونتأمل فيما – يمكن أن نأمل في تحقيقه في الواقع أو حتى نحاول تحقيقه. إننا مشغولون تماماً في إجابة أسئلة «كيف» ونفشل في إجابة أسئلة «لماذا» التي يرهقنا بها مرضانا. إننا نخبرهم بوجوب أن يتعلموا تقبل الألم ولكننا نفشل في مواجهة وتقبل عجزنا في تفريجه.

تجربة سبقية:

لقد تم اشتقاق إلهام الاجتماع الأول لجماعة الاهتمام الخاصة بالجمعية البريطانية للألم للفلسفة والأخلاقيات في صيف 2001 من مقال في مراجعات الألم لويلي نوتكات (Willy Notcutt) عنوانه «طاو الألم». لقد عرضه ويلي (Willy) في هذا الاجتماع والفصل الأول هو مراجعة ونسخة معدلة ومطولة من هذا. لقد استكشف التغيّرات في التفكير بالألم وعلاجه على مدى العقود الثلاثة الماضية على حسب مصطلحات فريتز كابرا (Fritz Capra) «طاو الفيزياء» والتي تتناول الفيزياء والتصوّف الشرقي معاً وتساير التقدم من الأبسط إلى العلم الأكثر تعقيداً للغموض الذي يشمل البحث عن فهم المعاناة ويتساءل عن الإدراك الشائع للألم على أنه عدو يجب أن نهزمه بأعنف الوسائل المتاحة بدلاً من محاولة الوصول لفهم أعمق لمعنى الألم عند مرضانا.

إن كلمتي «الألم» و«المعاناة» عادة نستخدمهما إما معاً أو بصورة تبادلية وأنا أبرر الشعور بالذنب لعمل هذا. لكنهما ليستا مترادفتين. كلاهما بالطبع من الصعب جداً تعريفه. كما يقترح التعريف الأكثر استشهاداً لـ IASP أن الألم يرتبط عادة بضرر في الأنسجة ومع أنه تجربة شخصية ويشمل عمليات ذهنية وعاطفية فإنه مايزال شيئاً متعلقاً بالجسم ويمكن على الأقل بصورة جزئية فهمه بدراسة الجهاز العصبي. وهو مشترك بين الحيوانات الأولية وحتى الألم المزمن يمكن أن نراه في سياق علم الأحياء النشوئي. إن المعاناة أكثر مراوغة، مع أنها ربما ترتبط عادة بالألم البدني (الجسمي) فإن لها مصادر أُخرى كثيرة داخل وخارج الفرد. ومع أنها تظهر على شكل ضائقة وحزن واكتئاب وقلق فإن الكل يبدو أكثر من محصلة أجزائها. يمكننا القول بأنها شيء روحاني. ويبدو أنه ليس هناك وظيفة تكيّف لها، ففي الواقع يبدو أنها في تصنيف مختلف عن الأشياء التي تفعلها. (أنا أدرك أنني في خطر من الاشتراك في

ازدواجية الألم/المعاناة والتي يمكن أن تكون خادعة مثل إزدواجية العقل/الجسم فمن الواضح في كلتا الحالتين أن المفاهيم مختلطة بشكل لا خلاص منه). يمكن تفريج الألم بواسطة الأطباء كفنيين لكن المعاناة تتطلب أن يقوم بدوره كمعالج. كذلك تسلب منا المعاناة اختيارنا وفي الفصل الثاني يستعرض مايكل بافيدج (Michael Bavidge) الاختلاف بين الألم والمعاناة في سياق تأثير المعاناة على الاختيار والاستقلالية.

تطرح المعاناة أسئلة من الواضح أنه لا يمكن إجابتها، تبدأ كلها بـ «لماذا» ومع أن هذا يتحدى مفهوم ديانات رب المحبة فإنه يتطوّر بدرجة كبيرة ليحاول أن يعطي لها معنى. تناول في الفصل الثالث مايكل هيرديورك (Michael Hare Duke) تاريخياً الاتجاهات المتغيّرة للألم وتفريجه والمعتقدات مثل أن تشمل الحكمة الإلهية نضج الشخصية من خلال المعاناة. فهو بَيَّنَ مثل تلك الأسئلة التي ليس لها إجابات واضحة وسهلة، كما تم تناولها دائماً من خلال الشعر والأساطير بدلاً من الجدال المنطقي.

ربما اكتسب القراء الانطباع بأن تشاورنا في اجتماعات المجموعة إلى حد ما «عقلي» وبعيداً عن واقع الممارسة العملية اليومي لكن هذه ربما تكون صورة خادعة. المشاركون هم غالباً ما يكون عملهم اليومي أساساً إكلينيكياً وعملياً. وأولويتهم الأولى هي محاولة تفريج الألم. لكن مع قصور قدرتنا على تحقيق ذلك هناك الكثير من المعضلات الأخلاقية والمعضلات الأخرى مشمولة في ممارسة طب الألم التي تؤدي إلى الكثير من عدم اليقين والقلق. تشمل هذه مواضيع مثل وصف الأدوية التي يمكن إساءة استعمالها من قِبَل المرض الأكثر عرضة لهذه المشكلة. تنشأ الصعوبات أيضاً في العلاقة بين المهني الطبي وصناعة الدواء. مع الإقرار بالمشاركة العظيمة للأخيرة في تقديم أدوية الألم يجب أن نتعرف على التكلفة الهائلة للبحث والتطوير التي ربما تؤدي إلى ضغوط غير مناسبة على الباحثين الإكلينكيين وطرق التسويق المريبة مع الإغراء غير المناسب للأطباء لوصف منتجات جديدة. ناقش ويلي نوتكات (Willy Notcut) هذا في الفصل الرابع.

لقد أدى التعرّف المتزايد على أهمية وقيمة طب الألم إلى طلب أكثر من المعروض وفي مناطق كثيرة إلى قوائم انتظار لعيادات الألم طويلة جداً وتقدم بطيء للغاية في التعاون بين المتخصصين المشتركين مثل العلاج الطبيعي والطب النفسي. جمعية الألم وحديثاً ائتلاف مؤسسات الألم المزمن قامت بحملات طويلة وقوية لتعريف الحكومات بشكل أكبر بنقص خدمات الألم المقدمة. لكن على أي حال ربما يبدو ذلك متعارضاً، فإن الموارد يجب أن توزَّع بالعدل في المستقبل القريب لزيادة الفائدة لأكبر عدد ممن يعاني. مما سبق ذكره فإنه يتطلب فهماً واضحاً لخدمات الألم المطلوبة. الكثير من العمل على سبيل المثال، يشمل التداخلات مثل الحقن لألم الظهر والذي ربما يحقق فترة من تفريج الألم لكن نادراً ما يكون شافياً وربما جدلاً يبعد الشر ساعة لتقبل الألم

وتعلم الحياة المثمرة بالرغم من الألم. إن كلاً من اتخاذ القرارات الإكلينيكية الفردية وتقسيم الموارد من المفترض أن تقدم على أساس الطب القائم على البينة لكن تطبيق هذا على مشكلة معقدة وغير قابلة للقياس مثل معاناة الإنسان نادراً ما يكون واضح المعالم. وفي الفصل الخامس يتناول إيان يلوليز (Ian Yellowlees) تغيّر مفاهيم علاج الألم والحاجة إلى تصحيح التوقعات غير الواقعية لكل من المرضى، والأطباء الذين يحيلون الحالات عمّا يمكن لعيادات الألم تحقيقه. إنه يناقش الأدوار التقليدية للطبيب في أن يعالج المريض، وللمريض بأن يتقبل ذلك بصورة سلبية، ويجب أن يحل محلها المريض الذي يقع عليه أيضاً مسؤوليات وعمل ليقوم به. لكن هناك مرضى لديهم ميل للاعتمادية الذين لا يستفيدوا من هذا الأمر ربما، وبالنسبة لهم يكون التداخل المتكرر ربما مناسباً. وحالياً نوع العلاج الذي يتلقاه المريض ربما يعتمد أكثر على رأي وحماس الطبيب أكثر من احتياجات المريض الفردية والحاجة لإعادة تقييم دور خدمات الألم وإعادة صياغة الطريقة التي يعملون بها، مع رؤية واضحة لما هي مخصصة له أصبح أمراً هاماً.

أطباء الألم في الواقع ومعظم مهنيي الصحة سيكون مألوفاً عندهم فقط صورة المريض الذي يصل ومعه مذكرات سمكها عدة بوصات، قصة مؤلمة من الاستشارات ودخول المستشفى على مدى سنوات كثيرة بسبب شكاوى مختلفة تشمل الألم بصورة خاصة ولكن مع تشخيص محدد لاعتلال معين بالكاد ما يكون مؤكداً. مثل هؤلاء المرضى يصبحون اعتماديين بدرجة كبيرة ويحتاجون لتداخلات بدنية متكررة وعادة يكونوا منصرفين بطريقة ساخطة على أي اقتراح ربما يساعدهم من خلال مأتى وأسلوب سيكولوجي. واستكمالاً لفكرة إيان يلوليز (Ian Yellowlees) تناولت دايانا بريجهاوس (Diana Brighouse) في الفصل السادس عيادات الألم التي يجب أن تقدم لمثل هؤلاء المرضى أكثر من حقن متكرر ليبقيهم سعداء أو نبذ آخر ليضيف إلى قائمة تعاستهم. لقد درست قصور المأتى الاختزالي الذي ساد الطب الحديث القائم على العلم للتعامل مع تعقيدات معاناة الإنسان ويبقى على المشكلات المتأصلة لبعض المرضى متزايدة بالعقلية الازدواجية للأطباء الذين يفترضون أنه إذا كانت الأعراض لا يمكن تفسيرها أو علاجها في إطار طبي حيوي فغالباً ما تكون أعراضاً نفسية وإذا رفضوا أو لم يستجيبوا للإجراءات النفسية البسيطة مثل العلاج السلوكي المعرفي فإنه لا أمل في شفائهم. مثل هؤلاء المرضى يمكن على أي حال، مساعدتهم بعلاقة إصلاحية ممتدة مع معالج يحاول على مدى ساعات وشهور طويلة تمكنهم من الاعتراف بالمشكلات العميقة والتعامل معها وعادة تشمل تاريخاً من التعسف والقهر أثناء الطفولة.

إن أحد الظواهر التي كثيراً ما حيرت وعذبت كل من علماء المخ (الدماغ) وأطباء

الألم هي تأثير الغُفْل. فقوته لا يمكن إنكارها، فقد كانت الوسيلة العلاجية الرئيسية لأسلافنا الأطباء والتي لا يجب أن نهملها. إن بعض الناس يرونها عادة شيئاً مزعجاً خاصة الذين يحاولون تصميم تقييم موضوعي للأدوية والعلاجات الأخرى ويواجهوا صعوبات أخلاقية في هذا السياق. المحاولة المتعمدة لاستغلالها بتشجيع توقعات غير واقعية عن فاعلية علاج ربما تعد عدم أمانة. لقد استكشفت تلك التناقضات الساحرة ولكنها الأصعب في الفصل السابع.

إن الرغبة في محاولة منع أو تفريج المعاناة لدى زملاء شخص ما تبدو جزءاً من الطبيعة الإنسانية. لكن هناك جانب مظلم في هذا. إن الرغبة في الإصابة بالألم والسعادة بمشاهدة المتألم يبدو أحياناً قريباً من السطح. تناولت كيت ماجوير Kate Maguire في الفصل الثامن موضوعاً معظمنا لا يفكر فيه كثيراً، ففي ضوء خبرتها في العمل مع ضحايا التعذيب. هؤلاء الناس لم يواجههوا فقط ألماً لا يوصف (منه استمر الكثيرون في الشعور بالمعاناة في حالات كثيرة) بل تعرضوا لمحاولات منهجية لسلب كل ما يجعلهم يشعرون بالإنسانية. كانت القصص مزعجة للغاية لكن تأملات كيت (Kate) فيما تعلّمته من مرضاها، عندما كانت قادرة على كسر حواجز التواصل، تشمل دروساً قيمة لأي شخص يحاول مساعدة مرضى الألم الذين يحملون آثار الصدمات العاطفية.

إن معظم الضيق الذي يشعر بها المرضى الذين يعانون في العقل والجسم أو الروح تتفاقم نتيجة إحساسهم بأن الأطباء أو متخصصي الرعاية الصحية الآخرين فشلوا في الاستماع لما يحاولوا قوله في الحقيقة: ربما نعطي الانطباع بالاستماع لكن جزءاً من ذهننا مشغول بأفكار آخرى وربما نسمع فقط ما نختار سماعه. يؤكد أندي جرايدون (Andy Graydon) في الفصل التاسع أن الاستماع الجيد والتواصل الفعال – يحتاج لإخلاص صادق، والذي أسماه (إخلاص عاطفي). فعندما تنعدم الحواجز بيننا يمكننا ليس فقط مساعدة مرضانا بشكل أفضل ولكن يمكننا أيضاً أن نتعلم ونستفيد منهم أكثر مما نعطي لهم. إنه وضح هذا في وصف محادثاته مع ميشيل، إن امرأة تموت من السرطان كانت قادرة على تقبل حالتها بحب ومرح ومن أجلها تمّ تخصيص هذا الفصل.

من المعروف جيداً أن كل العلل لها أبعاد بدنية ونفسية وعاطفية واجتماعية وروحية وأن كل هذه المكونات تحتاج أن تكون سليمة حتى تتحقق حالة الصحة. لقد تم التعرف بوضوح على هذا في تشخيص وعلاج إدمان الكحوليات والإدمان بصفة عامة وعلى الخطوات الأثنا عشر المعروفة جيداً لمدمني الكحوليات التي ساعدت بدورها عدد لا يحصى ممن تتم إعانتهم على الشفاء من مظاهر اعتلالهم. وصف بول مارتين (Paul Martin) وبول بيبي (Paul Bibby) في الفصل العاشر وصفاً مشابهاً للأمراض المستعصية وللمعاناة المعندة.

لقد كان عنوان الاجتماع الأول للمجموعة «حتمية الألم». حيث يقضي الناس الذين يعملون في برامج علاج الألم معظم وقتهم في مساعدة المرضى على تقبل حقيقة أن ألمهم لن يذهب للأبد، لا يملك أحد علاجاً سحرياً له وأن البحث المستمر ليس فقط بلا جدوى لكن ينبغي عليهم أن يتقدّموا لأهداف أكثر واقعية مثل استعادة النشاط والتكيّف مع الاكتئاب. يحتاج أيضاً معالجوا الألم أن يتعلموا كيف يتعاملوا مع عجزهم النسبي. وهو شيء صعب جداً الاعتراف به عندما يكونوا ربما دخلوا التخصص بطموح غير واقعي وتوقعات لما يستطيعوا عمله لمعاناة البشر ولكن يواجههم الناس القانطين الذين ربما يعتبروهم أملهم الأخير ولكنهم وجدوا أنفسهم غير قادرين على تقديم المساعدة. لكن تقبّل هذه الحقيقة ليس مثل عدمية العلاج، يجب ألا تشمل الانفصال بلا مبالاة ويمكن تحويلها لشيء إيجابي. وضعت في الفصل الأخير وضعت بعض الأسئلة طرحها التناقض بين الاعتراف بمسؤوليتها المهنية بتفريج المعاناة وتقبل عجزنا، ليس لإيجاد أمل في تقديم إجابات مرضيّة ولكن الأكثر من هذا هو توضيح الحاجة لهذه الاجتماعات ولهذا الكتاب.

يبقى السؤال عما إذا كان هناك بعض الألم أو المعاناة المعندين، لا يمكن تحملهم فى الحقيقة وغير مقبولين تماماً والذي بدوره يطرح مواضيع القتل الرحيم والمساعدة على الانتحار. الأخيرة تحتاج بالطبع إلى فصل كامل لتناولها بحق، وفي ضوء حجم المعلومات الموجودة والجدل العام عن هذا الموضوع فكان القرار مع بعض المعارضة – والندم الاستعادي – بألا نشمل مثل هذا الفصل.