



## الألم: مقارنة سوسيو - أنثروبولوجية

د. حسني إبراهيم عبد العظيم

مدرس علم الاجتماع في كلية الآداب  
جامعة بني سويف - مصر

[drhosni2512011@yahoo.com](mailto:drhosni2512011@yahoo.com)

## الألم: مقارنة سوسيو-أنثروبولوجية

د. حسني إبراهيم عبد العظيم

مدرس علم الاجتماع في كلية الآداب-جامعة بني سويف-مصر

### مقدمة:

يعمل علم الاجتماع، منذ تم تأسيسه في النصف الأول من القرن التاسع عشر، على دراسة الظواهر الاجتماعية وإخراجها من دوائر الحتميات النوعية الضيقة، سواء أكانت هذه الحتميات بيولوجية أو نفسية أو جغرافية أو غير ذلك. وقد حاز دورهايم قصب السبق في ذلك حينما حرر ظاهرة الانتحار Le Suicide من أغلال الفهم السيكولوجي الضيق، وقام بربطها بمجمل الظروف الاجتماعية والثقافية في المجتمع. وما يقال عن علم الاجتماع ينطبق بطبيعة الحال على الأنثروبولوجيا، وإن اختلف العلمان في بعض القضايا المنهجية.

ويعد علم الاجتماع الطبي<sup>(1)</sup> أحد التجليات البارزة لرحابة الفهم السوسيوولوجي للظواهر الاجتماعية، حيث أخرج مفهوم المرض Disease من كهف الحتمية العضوية البيولوجية إلى آفاق الفضاء الاجتماعي-الثقافي، بعد أن لبث في كهفها سنينا عديدة. وكذلك فإن موضوع الألم Pain الذي ظل لسنوات طوال أسير التحليل و(التعليل) الفسيولوجي والسيكولوجي، حتى كشف الدرس السوسيوولوجي والأنثروبولوجي عن عمق

(1) يعبر مصطلح علم الاجتماع الطبي Medical Sociology عن مرحلة معينة من مراحل تطور التحليل السوسيوولوجي لظواهر الصحة والمرض، وهي مرحلة النشأة والتأسيس التي بدأت تقريبا في منتصف القرن الماضي، أما اليوم فإن مصطلح علم اجتماع أو (سوسيوولوجيا) الصحة والمرض Soc-ology of Health and Illness هو المصطلح الأكثر قبولا ورواجا بين الباحثين، لأنه أكثر اتساعا وشمولا من مجرد الاهتمام بالطب فقط. أنظر (Turner 2006: 261)

تجذره في البنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع. لقد ساهمت المقاربات السوسيوولوجية والأنثروبولوجية والفينومينولوجية للألم في ترقية نمط المعرفة المتاحة حول الألم وتحسينها، وعملت على استعادة reclaim ظاهرة الألم من هيمنة النموذج الطبي، ووكالته الحصرية للتعامل مع الألم. (Bendelow and Williams 1995a:139 and Johansson, et al., 1999:1792).

والألم ظاهرة عامة يكابدها الفرد من المهد إلى اللحد، وتتفاوت في حدتها من الصورة البسيطة الخفيفة Mild إلى ذلك النمط الذي لا يطاق Intolerable ويستلزم تدخلا علاجيا ناجعا، مثل ذلك النمط من الألم المستمر المصاحب للأمراض المزمنة، وقد كشفت الدراسات العلمية أن ذلك الألم الذي يجعل حياة المريض لا تحتمل unbearable هو السبب الذي يدفع أكثر من 80% من الناس للبحث عن الرعاية الطبية. (Da Silva 2014 :1).

وقد حظيت دراسة الألم وعلاجه باهتمام متزايد خلال العقود الأخيرة، وعلى الرغم من أنه يعد دائما سمة معتادة في الحياة، إلا أن ملاحظته بصورة علمية تبدو كأنها لم تتم في العلوم الطبية إلا عندما تم تطوير مواد قادرة على التخفيف منه. والحقيقة أن ثمة تطورات لافتة في دراسة الألم، قدمت إفادات مهمة في فهمه، وطرحت في ذات الوقت إشكاليات معقدة فيما يتعلق بجوانب هذه الظاهرة شديدة التعقيد. إن الجوانب العصبية، التي تم رصدها من قبل الباحثين والمعالجين على حد سواء، قد كشفت عن أن الألم ظاهرة متعددة الأبعاد والمتغيرات. (Perez 2006: 339).

### إشكالية الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية تقديم تحليل سوسيو- أنثروبولوجي للألم باعتباره ظاهرة اجتماعية ثقافية معقدة، بالإضافة إلى كونها ظاهرة عضوية فسيولوجية ونفسية، واستناداً إلى ذلك تنطلق الدراسة من فرضية أساسية وهي أن اختزال الألم في بعده العضوي والنفسية يمثل فهما قاصرا للظاهرة، وإهدارا للحقيقة العلمية المتكاملة حولها.

وتكتسب الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع من جهة، ومن ضعف الاهتمام به في الخطاب السوسيوولوجي والأنثروبولوجي العربي بوجه عام من جهة أخرى، فالألم

تجربة إنسانية عميقة تستلزم الاهتمام بها وتحليلها استناداً للتكامل المنهجي بين علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، والحق أن اهتماماً علمياً واسعاً قد أُعطي للمرض من جانب العلمين الشقيقتين، ولم يُعطِ الاهتمام ذاته للألم، فالدراسات العربية التي تتناول الألم ما تزال نادرة في الكتابات العربية السوسولوجية والأنثروبولوجية، على الرغم من أن هذا الموضوع يشغل حيزاً لا بأس به من اهتمامات الخطاب السوسولوجي الغربي، ويتجلى ذلك في الكم الهائل من الإنتاج العلمي حول هذا الموضوع في الغرب، بالإضافة إلى تزايد عدد المجالات العلمية التي تختص بدراسة الأبعاد الفسيولوجية والاجتماعية والثقافية والنفسية للألم، وتتنوع الجمعيات العلمية لدراسة الألم ورعاية الأشخاص الذين يعانون من الآلام المختلفة.

### أولاً: في معنى الألم:

جاء في المعجم الوسيط ألمُ أَلَمًا: وجع، فهو ألمٌ. ويقال ألمٌ بطنُهُ، ووجع بطننا (على التمييز). وألمه إيلاماً أو جعته، فهو مؤلمٌ وأليمٌ. وتألَمَ: توجعَ. (المعجم الوسيط 2004:25).

ويشير معجم لسان العرب إلى أن الألم يعني الوجع، والجمع آلام. وقد ألم الرجل يألم أَلَمًا، فهو أَلِمٌ.. ويُجمع الألم آلامًا، والأليم: المؤلم والموجع، مثل السميع بمعنى المسمع. والعذاب الأليم: الذي يبلغ إيجاعه غاية البلوغ، وإذا قلت: عذاب أليم فهو بمعنى مؤلم؛ قال: ومثله رجل وجع.. وضرب وجع أي موجع.. وتألَم فلان من فلان إذا تشكى وتوجع منه. والتألَم: التوجع.. والإيلام: الإيجاع.. وألم بطنُهُ: من باب سفه رأيه، يقال أَلَمْتُ بطنك، ورشدت أمرك، أي ألم بطنك ورشد أمرك، وانتصاب قوله بطنك، عند الكسائي، على التفسير، وهو معرفة، والمفسرات نكرات، كقولك قررت به عينا وضقت به ذرعاً، وذلك مذكور عند قوله عز وجل: إلا من سفه نفسه، قال: ووجه الكلام ألم بطنه يألم أَلَمًا، وهو لازم، فحوّل فعله إلى صاحب البطن، وخرج مفسراً في قوله أَلَمْتُ بطنك. والأيلمة: الألم.. ويقال: ما أخذ أيلمة ولا أَلَمًا، وهو الوجع.. وقال ابن الأعرابي: ما سمعت له أيلمة أي صوتاً. (ابن منظور:22)

ويرجع مصطلح الألم pain في اللغة الإنجليزية إلى المفردة الوسيطة (المنتمة للعصر الوسيط) peine (حوالي 1250-1300م) وكانت تعني العقاب، والتعذيب، والألم.

والكلمة بدورها مشتقة من الكلمة اللاتينية poena التي تعني الجزاء والألم. والكلمة اللاتينية poena مشتقة أيضاً من الكلمة اليونانية القديمة pain التي تعني الجزاء. وقد استخدمت كلمة pain في عام 1297 لتعني العقاب punishment خاصة ذلك العقاب المتعلق بالجريمة، وفي عام 1300 استخدمت للإشارة إلى الحالة التي يشعر بها الفرد بسبب أذى لحق به، ويقابلها مصطلح البهجة أو اللذة pleasure ويتضح المعنى المبكر للألم في اللغة الإنجليزية في عبارة (في ألم الموت) on pain of death وتم تسجيل الفعل يلحق الألم inflict pain لأول مرة عام 1300 م. حيث أن الوسائل المستخدمة للعقاب المفضي للموت كانت بالغة القسوة في العصور الوسطى، وصارت الكلمة بعد ذلك تعني العقاب ذاته، والتأثير البدني للعقاب (Whitworth2005:1).

ومن ناحية أخرى فإن العقاب-بما فيه التعذيب- كان يستخدم على نطاق واسع لعلاج العديد من المشكلات الاجتماعية، مثل التجاوزات ضد المسيحية، والسلوك الجنائي، وكانت وسائل التعذيب بشعة وقاسية، ولذا فإن كلمتي التعذيب والألم في العصر الوسيط كانتا مترادفتين (Whitworth2005: 1).

وجاء في معجم التراث الأمريكي American Heritage Dictionary أن للألم عدة دلالات لغوية معاصرة، فمفهوم الألم يشير إلى:

1. الإحساس غير السار الذي يحدث بدرجات متفاوتة من الشدة نتيجة للجرح أو المرض أو الاضطراب العاطفي،
2. المعاناة أو الشدة،
3. الآلام pains (بصيغة الجمع) مخاض الولادة.
4. مصدر للإزعاج، إزعاج (Soukhanov, ed.1994:5219).

أما الجمعية الدولية لدراسة الألم International Association for the Study of Pain (IASP) فتقدم تعريفاً موجزاً ومكثفاً مفاده أن الألم هو تجربة حسية وعاطفية ترتبط بتلف فعلي أو محتمل في الأنسجة، ويتم وصفه من خلال ذلك التلف (IASP2002:210).

وفيما يتعلق بالتصنيف العلمي للآلام، فهناك مجموعة واسعة من المتلازمات الطبية للألم medical pain syndromes، تتجاوز مائتين وخمسين تصنيفاً، غير أنه تم تقسيمها لأربع فئات رئيسية:

1 - تلف الأنسجة العميقة (مثل التهاب المفاصل)

2 - تلف الأعصاب الطرفية (كما في حالات البتر)

3 - تلف الجذر (مثل التهاب العنكبوتي)

4 - الآلام مجهولة السبب، حيث لا يوجد علامات على تلف بأي أنسجة، كما لا يوجد سبب واضح لها. (مثل آلام أسفل الظهر، والصداع النصفي) (Bendelow and Williams 1993:274).

### ثانياً: الوعي الإنساني بالألم من الميثولوجيا إلى الفسيولوجيا:

كان الألم مصدر قلق كبير للبشرية منذ بدء الوجود الإنساني على الأرض، وكان هدفاً لجهود متباينة لفهمه والتحكم فيه، والحق أن الإحساس بالألم ومحاولة فهمه وتفسيره موغل في القدم، فالألم متأصل في كل حياة إنسانية واعية. وتؤكد الدلائل والسجلات التاريخية أن المعاناة من الألم وطرق تخفيفه كانت موجودة لدى كافة الأمم القديمة. (Loeser2001:49)

فالحقيقة أن تاريخ نضال الإنسان المستمر لتخفيف الألم يرجع إلى قرون طويلة في حياة الإنسان الأول. لقد بدأت القصة بخيوط رفيعة من الأساطير والأوهام وبعض الحقائق، شقت طريقها في العصور المبكرة عبر الكتابات الميثولوجية في الثقافات والشعائر الدينية لدى قدماء العبريين والمصريين واليونانيين والرومان، وبقيت تلك الأفكار حية في العصور الوسطى، ثم تطورت في عصر النهضة بصورة علمية، حيث الازدهار العظيم للمسكنات التخليقية، والتخدير، وتمعكس كل تلك التطورات بطبيعة الحال النبوغ الخلاق للإنسان (Tainter 1948:3).

وكان الإنسان في عصور ما قبل التاريخ ينظر إلى المرض باعتباره حدثاً روحياً بالأساس، وكان يرى أن المريض لديه قصور في الجانب الروحي، وبالتالي تمتلكه قوى

شيطانية، وكانت مهمة الطب في ذلك الوقت هي إزاحة تلك القوى وتطهير الجسد (والروح أيضا) منها لتخفيف الألم، وذلك من خلال طقوس دينية وممارسات جسدية. (Mayer, 2004: 2)

وعلى الرغم من أن المجتمعات القديمة لم تكن لديها معرفة دقيقة وصحيحة بالفسيولوجيا وعلم التشريح، إلا أنها لم تجد صعوبة تذكر في فهم الألم المصاحب للإصابة الظاهرية، غير أنها لم تستطع أن تفسر الألم الناتج عن الأمراض والاضطرابات الداخلية. فالجروح والكدمات الخارجية المرئية تم فهمها كأسباب مباشرة للألم، ومن ثم تم مبكرا استخدام أدوات محددة لتخفيف ذلك الألم، كتدليك الجزء المصاب، أو وضعه في ماء بارد بالنهر أو البحيرة، أو تعريضه لحرارة الشمس، وتم في مرحلة لاحقة استخدام النار لعلاج مسبب الألم (Whitworth, 2005: 4).

أما الألم الناتج عن الاضطراب الداخلي، فكان يُعتقد أنه يعود إلى أرواح شريرة evil spirits وشياطين demons تسكن الجسد، وتحدد العلاج في بذل الجهد لاسترضاء appease تلك الأرواح أو إخافتها، وذلك من خلال (حلقان) أو خواتم rings يتم وضعها في الأذن أو الأنف، وتمائم amulets وتعاويذ talismans كمخالب النمر tiger claws وأشكال سحرية أخرى، هذا بالإضافة إلى بعض الطقوس الجسدية كالوشم tattooing والخدش scarification، وشيئا فشيئا حل المشعوذ conjurer والمعالج medicine man والشامان Shaman محل تلك الطقوس، حيث يتمتم هؤلاء بعبارات ورقى سحرية magic incantations ويقاتلون شياطين الألم الخفية ويهزمونهم ويخلصون المريض من معاناته (Tainter, 1945:3).

لقد اتسمت تلك المرحلة البدائية من تاريخ التطور الإنساني إذن بالاعتماد على الطقوس الدينية والسحرية، والإجراءات الطبية البدائية-كعمل نقب (أو ثقب) Trephination في الجمجمة لإخراج الأرواح الشريرة - التي تسبب الألم، ومع التطور الحضاري ركز المعالجون على أنماط علاجية، ظنوا أنها تحدث تأثيرا مباشرا، فاستخدموا الأعشاب المتاحة لديهم، وأصبحوا أكثر مهارة في العلاج والجراحة (Mayer, 2004:2).

وتمثل الحضارات الشرقية القديمة مرحلة أكثر تطورا، في فهم الألم، والتعامل معه، حيث فرضت بعض المجتمعات القديمة، أنماطا من الضبط لمنع الألم ومضاعفاته، فلقد

حددت شريعة حمورابي في بلاد الرافدين قبل نحو أربعة آلاف عام، عقوبات صارمة لسوء الممارسة الطبية في الجراحة، فقد يفقد الجراح إحدى يديه في حالة موت المريض، ولقد تضمنت الرؤى الطبية لتلك الفترة والفترات التي تلتها التعامل مع مختلف أشكال الطاقة التي تمر خلال الجسد، وتستلزم الصحة توازنا لمختلف أشكال الطاقة. (Mayer, 2004:2)

واعتقد المصريون القدماء أن الشدائد النفسية المؤلمة-أكثر من الجروح الجسمية- تحدث نتيجة تأثيرات مقدسة من الآلهة وأرواح الموتى، التي تأتي في الظلام، وتخترق الجسد عبر الأنف أو الأذن. وكانت أنماط القوى الغيبية وأعدادها في مصر القديمة لا حصر لها، وذكرت برديتا إيبرس وبرلين<sup>(2)</sup> Ebers and Berlin papyri أن مسارات رحيل الشياطين والأرواح الشريرة من الجسد يمكن أن تتم عن طريق القيء، البول، العطس، أو العرق، ووفقا لما جاء في بردية إيبرس، فقد اعتقد المصريون أن الشبكة الواسعة من الأوعية الدموية التي سموها (ميتو) Metu تحمل أنفاس الحياة والأحاسيس إلى القلب، وكان ذلك الاعتقاد بمثابة إرهابيات مبكرة لفكرة أن القلب هو مصدر الإحساس، وهي الفكرة التي استمرت لأكثر من ألفي عام بعد ذلك (Loeser 2001:50) .

وثمة تصور متقارب من الفهم المصري القديم للألم لدى الهنود والصينيين القدماء، فالأفكار المبكرة للألم والمعارف الطبية الأخرى في الهند القديمة تُعزى للإله (أندرا) Indra كما وردت في الكتابين المقدسين للهندوس، وهما الفيدا Vedas والأبنشاد Upanishads.. فعالمية الألم universality of pain ترجع إلى الإخفاق في تحقيق الرغبات، ويرتبط ميلاد الإنسان بالألم، ثم تتدهور حالته الجسدية نتيجة الكبر. فالهَرَم أمر مؤلم، والمرض مؤلم، والموت مؤلم، والتماهي مع الألم أمر مؤلم أيضا، إن الألم هو الانفصال عن المتعة والبهجة. وعلى الرغم من أن الفكرين الهندوسي والبوذي ينظران

(2) تعد البرديات الطبية أقدم مؤلف يضم الوصفات الطبية وطرق تحضيرها، فهي لذلك تعد من أقدم دساتير الأدوية في العالم وفي تاريخ العلم، تعد بردية إيبرس أشهر البرديات قاطبة تعود لعام 1550 ق.م، اكتشفها العالم الألماني إيبرس في الأقصر، وهي الآن في متحف ليبزج، وتحتوي على (811) وصفة طبية، يبلغ طولها 25 مترا، وعرضها 30 سنتيمترا، وتحتوي على 2289 سطرا. أما بردية برلين فيرجع تاريخها إلى عام 1333 ق.م، وتم العثور عليها قرب أهرام سقارة بالجيزة، وهي موجودة في متحف برلين منذ عام 1886، ويبلغ طولها 5.16 مترا، وعرضها 20 سنتيمترا، وتحتوي على 170 وصفة طبية. أنظر (العلمي 1988: 23-24)



بشكل عام للألم كإحساس، إلا أنهما يعطيان اهتماماً لمستوى العاطفة في التجربة. واعتقد الهنود القدماء، كما اعتقد المصريون من قبلهم، أن الألم خبرة قلبية، ففي نهاية القرن الأول قبل الميلاد قرر (كاراكا) أحد المعلمين العظام للطب في الهند أن القلب هو مصدر الألم والبهجة، كما اعتبره مركزاً للوعي أيضاً (Loeser, 2001:50).

وتمثل الحضارة اليونانية نقلة نوعية في فهم الألم، حيث بدأ اليونانيون القدماء في تنظيم الطب، وبالتالي مقارنة الألم وفق منهج علمي متحرر من الأسطورة بدرجة كبيرة، وعلى الرغم من قدم المبادئ الطبية الإيبوقراطية، إلا أن الكثير من رؤاه الطبية والأخلاقية (كالعلاقة بين المريض والطبيب) لا يزال معمولا بها حتى الآن. (Mayer, 2004:2)

لقد انشغل اليونانيون في مرحلة ما قبل سقراط بشكل مكثف بطبيعة الإحساس في أعضاء الحس بالجسد، ففيثاغورث Pythagoras الذي تنقل بين مصر وبابل والهند لدراسة الحواس، طرح لأول مرة فكرة أن المخ، وليس القلب، هو مركز الإحساس والفكر.. بيد أن هذه الفكرة لم يكتب لها القبول لدى الثقافة اليونانية القديمة؛ لأنها اصطدمت بعد ذلك مع رؤية أرسطو التي ترى أن القلب هو المهيمن الأعلى heart reigns supreme على الجسد. وقد نحى أناكساجوراس Anaxagoras الذي توفي عام 428 ق.م. منحى فيثاغورث، حيث اعتقد أن كل الأحاسيس مرتبطة بالألم، وكلما تناقض الجانب الذاتي مع الجانب الموضوعي لدى الإنسان، كلما زادت قوة الألم الذي يتم إدراكه في المخ، أما أبوقراط Hippocrates فقد اعتقد أن الألم يرجع إلى خلل في واحد من الأخلاط الأربعة الرئيسية: الدم، البلغم، الصفراء، السوداء، وكتب عن الثقب أو النقب كوسيلة لتنقيس الألم، كما استخدم لحاء الصفصاف willow bark كمسكن للألم (Whitworth, 2005: 5-6).

وفي مرحلة ما بعد سقراط التي انتقل الاهتمام الفلسفي فيها من الطبيعة إلى الإنسان والمجتمع، ظهرت رؤى جديدة ومغايرة للألم تأثرت بشكل خاص بما طرحه أفلاطون وأرسطو، حيث أنهما ظننا أن القلب هو مصدر الإحساس، وليس المخ، وقد سادت هذه الرؤى فترات طويلة بفعل السلطة التي مارسها الفكر الأرسطي على الوعي الإنساني قرونًا طويلة.

فلقد اعتقد أفلاطون (427-347) Plato أن الإحساس لدى الإنسان ينتج من حركة الذرات المتواصلة عبر الأوردة إلى القلب والكبد، وهما يمثلان مركزي تقدير الإحساس، كما اعتقد أيضا أن الألم لا يمثل فقط استجابة للمثيرات العضوية، ولكنه يمثل أيضاً خبرة عاطفية مرتبطة بالروح المستقرة في القلب. والحقيقة أن وظيفة المخ في العمليات الحسية لم تكن حاضرة بوضوح في الخطاب الفلسفي الأفلاطوني، فقد اعتبر أفلاطون المخ عضواً فاعلاً فقط في صياغة المفاهيم المشتقة من الإحساسات. لقد اعتبر الألم والمتعة عواطف مشتركة بين أعضاء الجسم كله، لقد لاحظ أن المتعة إنما تأتي من تقليل الألم، في محاورة (فيدون)<sup>(3)</sup> يعرض أفلاطون هذا المفهوم على لسان سقراط، عندما تتحرر قدماء من السلاسل، يلاحظ سقراط اختفاء الألم، وحضور المتعة. ولهذا فقد استنتج أفلاطون أنه على الرغم من أن الألم والمتعة عاطفتان متناقضتان، إلا أنهما مترابطتان؛ لأنهما ينبعان من القلب كمشاعر روحية (Loeser, 2001:50).

أما أرسطو (384-322 ق.م) فقدم رؤى للألم متسقة مع رؤى أستاذه أفلاطون، ففصّل مفاهيم أفلاطون عن الإحساس والألم في كتابيه: الروح، والأخلاق النيقوماخية (وهو كتاب ألفه أرسطو لابنه نيقوماخوس). لقد ميّز أرسطو بين خمس حواس، هي البصر والسمع والتذوق، والشم، واللمس، ووفقاً لما كان يعتقده أرسطو، ليس للمخ وظيفة مباشرة في العمليات الحسية، فكما بينا فيما سبق، يرى أرسطو أن القلب هو مصدر الإحساس، بل إنه اعتبر القلب هو مركز كل الوظائف الحيوية الأساسية، وهو مستقر

(3) تدور محاورة فيدون حول اليوم الأخير من حياة سقراط، وهو اليوم الذي تجرع فيه السم، ولقد صور أفلاطون أحداث ذلك اليوم بأسلوب أدبي غاية في الروعة والتأثير، وفيما يتعلق بقضية اللذة والألم، كتب أفلاطون: أما سقراط فقد جذب، وهو جالس على سريره، ساقه إليه ودلكها بيده، وقال وهو لا يزال يدلّكها: لكم يبدو غريباً أيها الأصدقاء ذلك الشيء الذي يسميه الناس باللذة، ولكم هي عجيبة طبيعة علاقته بما يعتقد الناس أنه نقيضه، الألم، فلا يرضى أحدهما بأن يكون حاضراً في نفس الوقت مع الآخر عند الإنسان، ولكن إذا ما تتبع المرء أحدهما وأمسك به، فإنه يكون من الضروري دائماً أو يكاد أن يمسك بالآخر، حتى لكأنهما مقيدان إلى رأس واحدة رغم كونهما اثنين، واعتقد أن أيسوب (وهو أشهر مؤلفي الخرافات في اليونان القديمة) لو كان قد تنبه لهذا، لكان ألف خرافة تبين أن الإله أراد أن يؤلف بين هذين العدوين، فلما لم يستطع ربط بين رأسيهما عند نفس المكان، ولهذا السبب فما إن يحضر واحد منهما، حتى يأتي الآخر على أثره، وهذا فيما أعتقد هو نفس ما يحدث لي أنا نفسي، حيث أنني بعد الألم الذي كان في الساق تحت تأثير القيد، أحس بأن اللذة قد جاءت على أثره. أنظر (أفلاطون 2001:114)

الروح. ويرى أرسطو كذلك أن وظيفة المخ هي إنتاج إفرازات باردة تقوم بتبريد الهواء الساخن، وتبريد الدم القادم من القلب. إن الألم هو إحساس متزايد بكل محسوس، ويحدث الألم في أطراف الجسد ثم ينتقل مع الدم إلى القلب (Loeser, 2001: 50).

وقد تعرضت رؤى أفلاطون وأرسطو لنقد شديد من جانب العديد من تلاميذهما، من أمثال (هيروفيلوس) (م.ق.280-335) Herophilus و(إراسيستراتوس) (م.ق.250-310) Erasistratus اللذين أكدا أن المخ وليس القلب هو مصدر الإحساس بالألم، وقدمتا تحليلات عميقة لبنية الجهاز العصبي وارتباطه بالإحساس بالألم، وهذا ما ذهب إليه الطبيب الروماني الشهير (جالينوس) (م.ق.130-201) Galin الذي قدم رؤية علمية دقيقة لانتقال الألم عبر الخلايا الحسية والجهاز العصبي للمخ، ولكن لسوء الحظ فقد توارت أفكار جالينوس، خلف سطوة الفكر الأرسطي الذي هيمن على الفكر الإنساني لمدة ألف عام تالية.. (Whitworth2005: 6).

ومع دخول أوروبا غياهب العصور الوسطى المظلمة منذ سقوط روما عام 476 ميلادية، سيطرت الطبقات الإقطاعية ورجال الكنيسة على مقدرات الشعوب، فانتشر الفقر، وانخفض مستوى التعليم، الذي انحصر في تعاليم الإنجيل، ومع ذلك الظلام الدامس بزغ ضوء لامع في الطب في نهاية تلك الفترة، عندما كتب ابن سينا (980-1038) الذي عُرف بأمر الأطباء Prince of Physicians سلسلة من الأطروحات الطبية النابهة، وكان محور عمله هو كتاب القانون في الطب Canon of medicine الذي دمج فيه رؤاه الطبية الخاصة مع أفكار جالينوس، وبعض معاصريه من العلماء المسلمين، ليصيغ طائفة من النظريات الطبية الحديثة. وقد اعتبر كتاب القانون في الطب الذي يحتوي على مليون كلمة أول دستور متكامل للأدوية pharmacopoeia،، وقدم ابن سينا في الكتاب طرقاً كمية وتجريبية لدراسة علم وظائف الأعضاء (الفسولوجيا) Physiology، واكتشف الطبيعة المعدية للأمراض السارية، وأدخل نظام الحجر الصحي للحد من انتشار الأمراض السارية، وابتكر المعرفة الطبية المستندة على الأدلة، والطب التجريبي، والتجارب المنضبطة والعشوائية، والصيدلة السريرية، وعلم النفس الفسيولوجي، Physiological Psychology وتحليل عوامل الخطر، وفكرة المتلازمة الطبية Idea of a syndrome في تشخيص أمراض معينة. إن أهمية ابن سينا لا تكمن فقط في إبداعاته العلمية الكبيرة، وإنما في استمراره كمرجع للطب الأوربي ومدارسه

على مدار القرون الستة التالية (Whitworth2005:8-9 Loeser2001:51) .

لقد كان كتاب القانون زاخرا بالمعرفة حول موضوعات تبدو وكأنها خارج سياق الكتب الطبية الدراسية، فتحدث عن نمط الإقامة ومصادر المياه، والمناخ والفصول، والاستحمام والاضطراب العاطفي، والنوم، والأهمية العلاجية للموسيقى. وقدم ابن سينا عدة مآثورات aphorisms أشبه بالقوانين العلمية، من قبيل أن الإنسان لكي يكون بصحة جيدة ينبغي أن يمتلك قلبا دافئا، وأعصابا باردة، وعظاما جافة، وقال أيضا إن الألم المفرط في البطن، مع ارتفاع الحرارة يعد أمرا خطيرا، وخصص الجزء الخامس من كتاب القانون لتخفيف الألم والشفاء من الأمراض، فتحدث عن الأدوية، وطرق تحضيرها، ومفعولها (Douglas 1945:92) .

وميز ابن سينا بين خمس حواس خارجية، وخمس أحر داخلية، وحدد موقع الحواس الداخلية في فصي الدماغ، ووصف خمسة عشرة نمطا مختلفا للألم، ترجع للأشكال المختلفة من التغيرات الجسمية، واقترح طرقا معينة للتخفيف من الألم مثل التدريبات الرياضية، والتدفئة والتدليك Massage بالإضافة لاستخدام الأفيون وغيره من العقاقير الطبية للتخفيف من الألم. وكان ابن سينا أول من أدرك أن الألم يعد إحساسا مستقلا ومنفصلا. (Whitworth, 2005:9)

يتضح مما سبق أن ابن سينا قد اسس للفهم الفسيولوجي الدقيق لظاهرة الألم، وصحح الأخطاء التي ورثها الفكر الإنساني من أرسطو التي تتعلق بأن القلب، وليس المخ هو مصدر كل الأحاسيس، والألم واحد منها.

واستنادا لذلك حدث تحول في الفكر الفسيولوجي في أوروبا خلال عصر النهضة، ثم عصر التنوير في القرن الثامن عشر، وارتبط ذلك التحول بالتطورات الهائلة في مجالات الكيمياء والأحياء والفيزياء، والتشريح-وعلى وجه الخصوص تشريح الجهاز العصبي-حيث ظهر العديد من العلماء الذين قدموا نظريات فسيولوجية فسرت الألم بطريقة علمية سليمة، وحددت آلياته على أسس تشريحية دقيقة، من هؤلاء العلماء: ألبرتو ماجنوس Albertus Magnus والعالم والفنان المعروف ليوناردو دافنشي (1452-1519)، ثم رينيه ديكارت (1596-1650) وتم تتويج كل تلك الجهود بنظرية خصوصية الألم specificity theory للعالم الألماني جوهانيس مولر Johannes

(1801-1858-Muller) عام 1835 م، والتي صاغها استناداً لفكر ديكرت في كتابه (الإنسان) L, Homme الذي صدر بعد وفاته بأربعة عشر عاماً، أي في عام 1664. Whitworth, 2005:16-17

لقد كانت نظرية خصوصية الألم هي النظرية الفسيولوجية الأكثر حضوراً في معظم الكتب الدراسية في علوم الأعصاب neurology وفسيولوجيا الأعصاب neurophysiology وجراحة الأعصاب neurosurgery، وانطلقت من قضية أساسية وهي أن نظاماً معيناً للألم يحمل رسائل من مستقبلات الألم بالجلد إلى مركز الألم بالمخ، فكل الأعصاب تعد حساسة لنفس المؤثر، لكن ردود أفعالها لذات المؤثر تكون متباينة، وخضعت النظرية لعدة تعديلات حتى مطلع القرن التاسع عشر، مع تطور الفسيولوجيا كعلم تجريبي، ففي عامي 1894، و1895 نشر فون فيري Von Frey سلسلة من المقالات قدم من خلالها نظرية الحواس الجلدية Cutaneous Senses حيث وسع مفهوم (مولر) عن الحاسة الوحيدة الخاصة باللمس إلى أربع حواس جلدية وهي اللمس، والدفء، والبرد، والألم، ولكل منهم مركزه الخاص بالمخ المسئول عن الإحساس الملائم. وتبع ذلك جهود علمية متعددة لتفسير الألم، وبقيت كلها في سياق الخطاب الفسيولوجي (Bendelow and Williams, 1995a:141).

إن السمة الأساسية للنظرية الفسيولوجية هي النظر إلى الألم كعملية عضوية خالصة، آلية الطابع، لا دخل لأي عوامل خارجية فيها، سواء أكانت تلك العوامل نفسية أو اجتماعية أو ثقافية.

ونخلص مما سبق أن الوعي الإنساني بالألم قد قطع شوطاً طويلاً على مدار التاريخ الإنساني لفهمه وتفسيره، بداية من التفسير الميثولوجي الماورائي إلى التفسير الفسيولوجي العلمي الحديث.

### ثالثاً: الإسهام السيكلولوجي والخروج من دائرة الحتمية العضوية؛

على الرغم من أهمية التفسير الفسيولوجي للألم، الذي أسس لفهم علمي تجريبي رصين، إلا أن هذا التفسير ظل في الدائرة العضوية المرتبطة بالإنسان، ولم يتخطاها، كما أن النظرية الفسيولوجية تضمنت العديد من الافتراضات الضمنية-الفسيولوجية

والتشريحية التي فشلت في تقديم إجابات للعديد من (الألغاز العويصة) Insoluble Puzzles في هذا السياق، منها على سبيل المثال، أن موضع الألم قد يختلف عن موضع الإصابة، وأن هناك آلاما تستمر بعد شفاء الجزء المصاب، وكذلك عدم وجود علاج ملائم لأنواع معينة من الألم، وخاصة تلك الأنماط مجهولة السبب Idiopathic Pains أي أنها لا تنتج عن تلف بالأنسجة، وليس لها سبب محدد مثل آلام أسفل الظهر (Low Back pain (LBP)،، والصداع النصفي. Migraine ولم تتمكن النظريات الفسيولوجية من تفسيرها بصورة ملائمة، على الرغم من التطور الكبير في قياس النبضات العصبية وتسجيلها (Bendelow, 1993:274).

من أجل ذلك جاءت محاولات وجهود تالية لتوسيع دائرة الفهم العلمي للألم، وإبراز الأبعاد الأخرى غير العضوية المؤثرة في الألم والاستجابة له، وكان علماء النفس سباقين لتوسيع هذه الدائرة، حيث حاولوا فحص العلاقة بين الألم والعوامل السيكلوجية المعقدة.

ففي نهاية القرن التاسع عشر، طور فرويد Freud أسس نظرية جديدة تساعد في تفسير كيف أن أعراضا جسدية معينة كالألم، قد تنتج من ضغوط أو صراعات عاطفية عميقة، وفي ذات الوقت وقعت معركة (علمية) حامية الوطيس بين عالمي الأعصاب (فيري) و(جولدشيدر) Goldscheider حول الجوانب الفسيولوجية لنظرية خصوصية الألم، وفي عام 1895 ظهرت رؤية جديدة مغايرة لمارشال Marshall الفيلسوف وعالم النفس الذي أصر على أن العمليات الحسية ليست هي المهيمنة في إحداث الألم، ولكن العمليات الوجدانية والعاطفية تلعب دورا مهما في ذلك السياق. (Bendelow and Williams, 1995a:141)

وقد تشكلت نظرية علمية جديدة تحاول أن تعالج قصور نظرية خصوصية الألم، وغيرها من النظريات الفسيولوجية، على يدي عالمي النفس الكندي (رونالد ميلزاك) R. Melzack و البريطاني (باتريك وول) P. Wall أطلقا عليها نظرية بوابة التحكم Gate control theory ونشروا أول صياغة لها في مجلة العلم Science في عام 1965. حيث كتبوا في صدر المقال فحوى النظرية: (إن نظام بوابة التحكم يُعدل من المدخلات الحسية الواردة من الجلد قبل أن تستدعي إدراك الألم والاستجابة له) (Melzack and Wall, 1965:971)

وقد كانت صياغة نظرية بوابة التحكم في الألم هي الحدث العلمي الأكثر بروزا في ستينيات القرن الماضي، حيث أعاد «ميلزك» و «وول» تقييم النظريات الفسيولوجية السابقة، وقاما بنقدها من حيث أنها لم تأخذ في اعتبارها أن المعلومات التي يتم ترميزها عند مستوى المستقبلات الحسية، يتم تضمينها أثناء انتقال المؤثرات الحسية، وبالتالي تؤثر في الاستجابة للألم (Carli, 2011:176).

والحق أن نظرية بوابة التحكم كانت بمثابة تحد لمقولات النظريات الفسيولوجية، وخاصة نظرية خصوصية الألم، وذلك بتركيزها على الأبعاد العاطفية بنفس القدر من التركيز على الأبعاد الحسية العضوية. حيث نهضت النظرية على افتراض رئيس هو أن المتغيرات النفسية والمعرفية (والتي تتأثر بدورها بالعوامل الاجتماعية والثقافية) لها تأثير على العمليات الفسيولوجية المرتبطة بإدراك الألم والاستجابة له. (Bendelow, 1993:275)

ترتكز نظرية بوابة التحكم على أن هناك آلية عصبية في منطقة القرون الحسية الظهرية Dorsal Horns للحبل الشوكي Spinal Cord تعمل كبوابة يمكن أن تزيد أو تقلل من تدفق النبضات الحسية من الألياف العصبية الطرفية إلى الجهاز العصبي المركزي، ولذا فإن المدخلات الحسية تكون عرضة للتغيير من جانب البوابة قبل أن تستدعي إدراك الألم والاستجابة له. (Bendelow and Williams, 1995a:141)

إن درجة قيام البوابة بزيادة أو إنقاص الانتقال الحسي للألم تتحدد بالنشاط النسبي في الألياف العصبية، وبالتأثيرات الآتية من المخ، ولذلك فإن العمليات النفسية كالتوتر، والقلق، والترقب، والخبرات الماضية تمارس تأثيرا قويا في عملية الألم، ولذا فإن ثمة اهتماما متزايدا من جانب النظرية بالمتغيرات النفسية والمعرفية. (Bendelow and Williams 1995a:141)

وقد قام (ميلزك) بعد ذلك بتوسيع النظرية وتعديلها في عام 1968، ثم في عام 1982، حيث أضاف أبعادا جديدة، فأعطى اهتماما واعتباراً للأبعاد السلوكية التي تطرحها العلوم الاجتماعية، وساهمت النظرية بشكل كبير في تطور علاجات الألم، وآليات تخفيفه (Loeser, 2001:54).

وبناءً على ذلك، يؤكد المدخل السيكولوجي لدراسة الألم على أن الأبعاد الوجدانية

والمعرفية والتقويمية تعد أمورا جوهرية في تقييم الألم والتخفيف منه، فعلاج الألم العضوي بمفرده، قد يدع تلك الأبعاد دون حل. وربما يؤدي إلى تدعيمها وتفاقمها. إن فهم تأثير الخوف، والتوقع، والتوتر يمكن أن يساعد الأطباء في التعامل بدرجة أكثر كفاءة مع الألم الحاد، وعلى الرغم من أن أطباء الحالات الحادة قد لا يهتمون بتلك الظروف النفسية، فإنه يمكنهم المساهمة بإحالة المرضى إلى المكان الملائم للعلاج النفسي (Hansen Streltzer, 2005:345-346).

إن نظرية بوابة التحكم لا ترى في الإحساس بالألم مجرد عملية عضوية ميكانيكية تسير في خط مستقيم من مناطق الحس بالجلد ثم إلى المخ عبر الحبل الشوكي، ولكنها ترى أن ثمة عوامل خارجية-سيكولوجية بالأساس-تؤثر في المدخلات الحسية وتشكل ما يشبه البوابة التي تتحكم في مرور النبضات الحسية إلى المخ، وبالتالي تنتفي الآلية الفسيولوجية لحدوث الألم، ويستجيب الجهاز العصبي للمتغيرات الخارجية.

واستنادا لهذه النظرية، ميز بعض علماء النفس بين نمطين من الألم:

الألم العضوي organic pain وهو الناتج عن أسباب عضوية خالصة، كتهيج الأطراف العصبية نتيجة مؤثر كالحرارة أو الإصابة وغيرهما.

الألم النفسي-العضوي psychogenic pain وهو مستقل عن الناحية العضوية، فلا يحدث نتيجة مؤثر عضوي كتلف الخلايا مثلا، وإنما يرتبط ببعض النواحي العاطفية والنفسية، كالتوتر العضلي الناجم عن تجارب سيكولوجية محددة... (Bendelow and Williams, 1995a:143)

والواقع أنه على الرغم من أن نظرية بوابة التحكم أشرت لنهاية ثنائية العقل/الجسد الديكارتية الشهيرة فيما يتعلق بالألم، إلا أن البعد العضوي والفسيولوجي ظل مهيمنا على البعد الاجتماعي-الثقافي. (Bendelow and Williams, 1995a:141).

ومع ذلك، فقد كان دورها واضحا وبارزا في لفت انتباه العلماء (وخاصة علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا) للأبعاد غير العضوية لظاهرة الألم، كما أن (ميلزك) (وول) نفسيهما قاما بإجراء عدة دراسات بينا فيها أهمية تلك العوامل، وهذا ما ستكشفه الصفحات التالية.



### رابعاً: جدلية العلاقة بين الثقافة والألم:

تبين لنا مما سبق أن النظريات البيولوجية والطبية التقليدية قد هيمنت على تفسير ظاهرة الألم الإنساني، وركزت على الأبعاد العصبية والفسايولوجية في تشخيصه وعلاجه، وأن الطب العلمي قد حصر خبرة الألم في بعدها العضوي باعتبارها نظاماً معقداً من الإشارات العصبية، بدلاً من النظر إلى هذه الخبرة كظاهرة اجتماعية تتشكل وفق سياق اجتماعي-ثقافي محدد. (Bendelow and Williams, 1995a:139)

ولقد أدت القسمة الديكارتية Cartesian Split بين الجسد والعقل، والتي اختزلت الألم في بعده العضوي الطبي، وما تبعها من رؤى فسيولوجية صارمة إلى تشكيل عائق صلب أمام مزيد من الفهم الملائم والشامل للألم، ومن ثم تم التعامل مع الألم كظاهرة حسية يمكن دراستها موضوعياً وفق مقاييس طبية وعقلية فقط. (Bendelow and Williams, 1995b:84)

غير أن ثمة عوامل أخرى مغايرة ساعدت على فتح المجال أمام الدرس السوسيوولوجي والأنثروبولوجي والفلسفي لاستيعاب الألم وفهمه كخبرة اجتماعية يومية، وليس مجرد مشكلة طبية، وهذا ما سنعرضه فيما يلي.

### 1 -عوامل التحليل السوسيو - أنثروبولوجي للألم:

من أبرز العوامل المؤثرة في حضور التحليل السوسيو-أنثروبولوجي للألم ذلك الإسهام الرائد الذي قدمه كل من (ميلزاك) و (وول) في نظرية بوابة التحكم، والجهود الكبيرة لعالم التخدير الأمريكي (جون بونيكا) Bonica الذي أكد على الفهم التكاملي للألم، وطبق ذلك بنفسه في مراكزه الطبية المتعددة، وانبثاق جدل علمي متزايد داخل المراكز الأكاديمية والعلاجية المشغلة بالألم حول أهمية الأبعاد النفسية والثقافية في التعااطي مع الألم، واتجاه الكثير منها نحو تبيين دور العوامل الاجتماعية والسلوكية في تجربة الألم (Bendelow and Williams, 1995b:84 -85).

ومن تلك العوامل أيضاً بزوغ نظامين معرفيين جديدين وواعدين في علم الاجتماع، وهما سوسيوولوجيا الجسد Sociology of the body وسوسيوولوجيا العواطف Sociology of emotions.. اللذان كان ظهورهما انعكاساً للتحول في مسار النظرية

السوسيولوجية-منذ ستينات القرن الماضي-من الاتجاهات البنائية الماكروسكوبية الكبرى، إلى الاتجاهات الميكروسكوبية التي تؤسس لرؤية جديدة يبرز فيها الفاعل Agent مؤثراً في البناء Structure بما يقوم به من ممارسة practice واعية وفاعلة، ولم يعد خاضعاً لذلك البناء كما تبنت ذلك الاتجاهات الوضعية والبنائية الكلاسيكية.

فسوسيولوجيا الجسد على ما يقرر (تيرنر) لعبت دوراً مهماً في تطور النظرية السوسيولوجية بشكل عام، وعلم اجتماع الصحة والمرض بوجه خاص، حيث وفرت من خلال فينومينولوجيا الجسد منظوراً متطوراً حول قضايا مثل الألم، والعجز والموت، وعمل ميرلو بونتي Merleau-Ponty بمنظوره الفينومينولوجي على تجاوز ثنائية العقل/ الجسد التي أسسها ديكرت والتي أعاققت المقاربة السوسيولوجية للقضايا الجسدية بوجه عام. (Turner, 2008:51-52).

أما سوسيولوجيا العواطف، فتتناول العواطف الإنسانية انطلاقاً من المنظور السوسيولوجي، وتحريها من الفهم السيكلوجي المنفرد، فمع أن دراسة العواطف ظلت لفترة طويلة موضوعاً أساسياً في التحليل السيكلوجي، إلا أن علماء الاجتماع اهتموا في السنوات الأخيرة بالجوانب الاجتماعية للتعبير العاطفي، حيث تناولوا الوظائف الاجتماعية له، وكيف تسهم العوامل الاجتماعية والثقافية في صياغة التعبير عن العواطف، وذهب علماء الاجتماع إلى أن العواطف تمثل حلقة الوصل بين المجتمع والمجالات الأكثر شخصية في التجارب الفردية، كما أنها تجمع بين الجوانب العضوية والعقلية للوجود الإنساني، بالإضافة إلى أن دراستها تمثل قضية أساسية فيما يتعلق بفهم العلاقة بين العقل والجسد (Freund, 1990:453).

فالعواطف مثلها مثل الألم تقع في منطقة التماس بين العقل والجسد، بين الثقافة والبيولوجيا، وتعد أمراً حاسماً في الوجود الإنساني نظراً لوظيفتها المرتبطة بالإشارة للخطر وغيره من العمليات، وتتشابه العواطف مع الألم كذلك في عدم قابليتها للاختزال في البعد العضوي فقط، وإنما ينبغي أن تُدرس في السياق الاجتماعي والثقافي (Bendelow and Williams 1995b:90).

ويؤكد (تيرنر) على ذلك الارتباط بين سوسيولوجيا الجسد وسوسيولوجيا العواطف، وما يمكن أن نسميه سوسيولوجيا الألم Sociology of Pain فيقول إن العلماء إذا

أدركوا الألم كحالة عاطفية، فإنهم سيقبلون على الفور فكرة أن الشخص هو فاعل متجسد لديه استجابات اجتماعية وعاطفية مؤثرة وقوية لحالة الألم، وسيمكنهم ذلك من الالتفات للجوانب المسكوت عنها في علم اجتماع الصحة والمرض من أن نظرية الجسد تعد شرطاً ضرورياً لفهم الألم كعاطفة في سياق اجتماعي محدد. (Turner 1992:169)

كذلك لعبت حركات رعاية المحتضرين<sup>(4)</sup> Hospice Care movements التي تطورت بشكل لافت منذ منتصف القرن التاسع عشر دوراً بالغ الأهمية في لفت الانتباه نحو البعد الاجتماعي والروحي للألم، وتخفيفه لدى المرضى بأمراض لا يرجى شفاؤها. إن فلسفة رعاية المحتضرين تنظر للموت باعتباره المرحلة الأخيرة للحياة، إنها تؤكد على الحياة، ولا تستعجل الموت ولا تعمل على تأجيله، وتهتم عملية رعاية المحتضرين بالشخص أكثر من اهتمامها بالمرض، وتعمل على إدارة الآلام التي يكابدها المريض في أيامه الأخيرة، ليتمتع في تلك الأيام بالعيش بكرامة ورفاهية، محاطاً بعائلته وأحبائه، إن رعاية المحتضر تتم حيثما يظن بعض الناس أن كل شيء قد انتهى (American Cancer Society 2014:1)

والحق أن رعاية المحتضرين هي عملية إنسانية وأخلاقية، تركز على الرعاية لا على الشفاء focuses on caring, not curing ولا تنحصر تلك الرعاية في مكان بعينه،

(4) الأصل اللغوي لكلمة Hospice هو ذات الأصل الذي اشتق منه لفظ المستشفى Hospital وهو الكلمة اليونانية القديمة xenodochium التي تعود للقرن الرابع الميلادي، وكانت تعني الضيافة Hospiality. أما أول من استخدم لفظ Hospice فكانت السيدة الرومانية (فابيولا) Fabiola التي فتحت بيتها للفقراء والمرضى والمسافرين، والجوعى، وكانت كلمة Hospice تشمل في ذلك الوقت الضيف والمضيف، وكلمة Hospitium مكان الضيافة. وانتشرت تلك الأماكن على نطاق واسع، ولكنها لم تكن مخصصة للمحتضرين، بل تستقبل الناس للإقامة فيها طالما أنهم في حاجة للمساعدة. وفي منتصف القرن التاسع عشر أسست جين جارنيه Jeanne Garnier في مدينة ليون الفرنسية أول مؤسسة لرعاية المحتضرين، مستخدمة الكلمة Hospice. وفي إنجلترا كان أول استخدام للمصطلح على أيدي راهبات مؤسسة القديس يوسف الخيرية الأيرلنديين Irish Sisters of Charity at St. Joseph في لندن عام 1905. وارتبطت حركة رعاية المحتضرين الحديثة في إنجلترا باسم السيدة سيسلي ساندورز Cicely Saunders. أنظر (Milicevic2002:29-30) وقد كان الطبيب العربي أبو بكر محمد بن زكريا الرازي من أوائل من اهتم بأمر المحتضرين بشكل علمي في الثقافة العربية الإسلامية حيث أنه أول من فكر في علاج المرضى الميؤوس من شفائهم والاهتمام بهم ورعايتهم. انظر (هونكه 1993:253)

فقد تتم في منزل المريض أو أحد المراكز الطبية، أو أي مكان آخر ملائم، وتتاح خدمات الرعاية لكل المحتضرين بصرف النظر عن نوع المرض أو العمر، أو الدين أو السلالة. (National Hospice and palliative care organization 2012:3).

واستناداً لما سبق فلقد بدا من الأهمية بمكان ضرورة حضور التحليل السوسولوجي- الأنثروبولوجي للألم، الذي يستوعب العوامل العضوية الفسيولوجية ويتجاوزها إلى آفاق أرحب وأعمق، وي طرح تفسيرات علمية للأبعاد الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالألم، والتي يعجز النموذج الطبي عن تفسيرها واستيعابها.

## 2 - التحليل السوسيو-أنثروبولوجي للعلاقة بين الثقافة والألم:

يؤسس «موريس» Morris ابتداءً للرؤية السوسولوجية والأنثروبولوجية للألم في كتابه ثقافة الألم *The culture of pain* الصادر في عام 1991 بقوله إن الألم ليس مجرد ظاهرة فسيولوجية وتشريحية فقط، وإنما هو نتيجة التفاعل بين العقل والجسد والثقافة. ويؤكد أن النظرية الطبية أهملت جوانب مؤثرة في تحليل الألم تتعلق بأن الألم يتم تشكيله وتقييمه وفق عناصر ثقافية محددة. (Bendelow and Williams 1995a:139)

ويؤكد «موريس» المعنى السابق في موضع آخر إذ يقول: (إن الألم-وبخاصة النمط المزمن منه-لا يعد ظاهرة عضوية وعصبية عبر جلدية *Transdermal* فقط، وإنما هو ظاهرة وثيقة الصلة بالبيئة الاجتماعية والثقافية، إن مفاهيمنا عن الألم، والضعف والعجز، تتضمن عوامل اجتماعية لا تقل في أهميتها عن العوامل العضوية، والحاصل أن الممارسة السريرية (الإكلينيكية) عندما اهتمت بالعوامل البيئية اختزلتها في ثلاثة عوامل رئيسية وهي العمل، الأسرة، وتعاطي المخدرات، بيد أن ذلك الثلاثي رغم أهميته قد يكون مجرد ظل خفيف لمزيج أكثر عمقا من المتغيرات الاجتماعية والثقافية. إن القضية المحورية في هذا السياق هي ما إذا كانت البيئة الاجتماعية-الثقافية تؤثر *Influence* في الألم الذي يوجد بالفعل كظاهرة عضوية خالصة، ومن ثم تعمل على تقليله، أم أن هذه البيئة تتجاوز مجرد تخفيف الألم، لتساعد في بناء الألم وتشكيله *Construct*؟ (Morris 2010:133)

والحقيقة أن الفرق شاسع كما يرى «موريس» بين التأثير *Influence* والتشكيل

Construction فيما يتعلق بفهم الألم، والتعاطي معه، فنظرية التأثير ترى أن الألم ظاهرة مستقلة عن العوامل الاجتماعية - الثقافية، ولا يتعد دور هذه العوامل أن تكون مجرد محفزات triggers لتخفيف الألم. وترى هذه النظرية تبعاً لذلك أن الجهاز العصبي للفرد وحده هو الذي يولّد الألم، وبالتالي فالألم حدث جسدي خالص تضي عليه البيئة الاجتماعية الثقافية مجرد تعديلات modifications تصبغه بصبغة محلية local color، مثل قمع الأم لصراخها أثناء الولادة، بيد أن البيئة الاجتماعية لا تلعب دوراً في تشكيل الألم. أما نظرية تشكيل الألم- التي يتبناها موريس- فعلى النقيض من نظرية التأثير، ترى أن الألم الإنساني يحدث فقط عندما يصطدم الجهاز العصبي الفردي بعوامل اجتماعية - ثقافية معقدة، إن دور البيئة الاجتماعية - الثقافية أكبر من مجرد تحفيز أو تخفيف الألم أو صبغه colored بصبغة معينة، وإنما يتحدد دورها في تشكيل الألم ذاته (Morris 2010:133-134).

واستناداً لرؤية «موريس» يرى الباحثون في سوسيوولوجيا الألم أن الاختلاف بين النظرة الطبية للألم والنظرة السوسيو-أنثروبولوجية له تكمن في الاختلاف بين رؤية الألم (كإحساس) pain as sensation ورؤيته (كعاطفة) pain as emotion وهو مفهوم أكثر ديناميكية من الإحساس، فكما رصدنا في صدر هذه الدراسة ينظر النموذج الطبي، وهو النموذج المهيمن في تفسير الألم، والذي يتم تدريسه لطلاب الطب، للألم على أنه إحساس ينتقل عبر مستقبلات الألم pain receptors في الجلد إلى مركز الألم في المخ. أما الرؤية السوسيو-أنثروبولوجية للألم فقد لخصها «ميلزك» و«وول» Melzack Wall بقولهما: إن كلمة ألم تمثل طائفة من الخبرات المختلفة والفريدة التي تتأثر بقوة بالبيئة الاجتماعية الثقافية التي تتضمن مجمل العوامل الاجتماعية والسلوكية والثقافية (Bendelow and Williams, 1995a:142).

والواقع أن البيئة الاجتماعية-الثقافية لا تعني فقط وفق التحليل الأنثروبولوجي الأماكن أو المواقع المادية التي توجد خارج نطاق الذات، ولكنها تتضمن أيضاً تلك الوقائع والعمليات المحيطة بنا في عالم الحياة، والتي تم استدماجها Internalized داخل الذات، وتتجلى في حالة الجسد والعقل والعاطفة. هذه الحالات تبقى حية في الذاكرة حتى عندما يغير الناس أماكنهم. إن الألم باعتباره حالة عقلية جسدية لا ينفصم inextricable أبداً عن السياق الاجتماعي الثقافي الذي يسهم في تشكيله.

(Morris, 2010:135)

والسياق الثقافي بدوره لا يسهم فقط في تشكيل التفسيرات والمعاني التي نعزوها للألم، وإنما يعمل كذلك على صياغة الاستجابة له على نحو معين، فعلى الرغم من أن الأفراد يختلفون فيما بينهم في طرق استجابتهم للألم، إلا أن الوقائع تؤكد أن تلك الاستجابة أمر يمكن التنبؤ به استناداً لعضوية الأفراد في الجماعة الاجتماعية، واستناداً أيضاً للمعاني الاجتماعية التي تُعزى للألم والتي يقوم أعضاء الجماعة بمشاركتها فيما بينهم (Bendelow and Williams, 1995a:156-157).

إن الثقافة كما يفهمها علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا ليست مجرد عنصر (براني) مفارق للذات الإنسانية، كعناصر الطقس والمناخ مثلاً، وإنما هي عنصر (جواني) متغلغل في عمق الذات الإنسانية، وتتجلى تأثيراتها في كل المواقف الإنسانية التي يعيشها الفرد، إن الثقافة بهذا المعنى ليست مجرد فضاء يعيش فيه الإنسان، بقدر ما هي حقيقة تعيش في الإنسان وتوجه سلوكه حيثما وُجد.

والحق أن ثمة دراستين كلاسيكيتين شهيرتين لكل من «مارك سبوروفسكي» M. Zborowski عام 1952 بعنوان المكونات الثقافية للاستجابة للألم Cultural Components in Responses to Pain، و(إرفنج زولا) I. Zola عام 1966، بعنوان الثقافة والأعراض Culture and Symptoms مثلثا فتحاً مبيناً لتحليل الأبعاد الثقافية للألم في إطار الفضاء السوسولوجي والأنثروبولوجي الرحب.

فقد كشف «سبوروفسكي» الدور الذي تلعبه الأصول العرقية-الثقافية في تقبل الألم وتحملهُ، ففي هذه الدراسة التي أجريت على عينة من الأمريكيين القدامى Old Americans وعينة أخرى من أمريكيين من أصول يهودية وإيطالية، تبين أن الثقافتين اليهودية والإيطالية تطرحان إطاراً محدداً في التعامل مع المرض، يختلف عما تطرحه الثقافة الأمريكية، فالثقافتان اليهودية والإيطالية تسمحان للفرد بالتعبير الحر عن مشاعره وعواطفه بالكلمات والإشارات كما تسمحان بحرية التعبير عن الألم والمعاناة من خلال البكاء والأنين، فلا مجال للخجل من الشكوى، ويلاقي المريض بذلك تعاطفاً من أفراد أسرته. أما الثقافة الأمريكية الحديثة فإنها تتعامل مع المرض بصورة موضوعية صارمة من خلال التحديد العلمي الدقيق له، ويتحاشى المريض إظهار الشكوى والمعاناة؛

لأن ذلك يتناقض مع المعايير الثقافية المرتبطة بقوة الرجل وقدرته على التحمل.  
(Zboroweski, 1952: 16)

ولاحظ (سبوروفسكي) أيضا تباينا في الاتجاه نحو الألم بين الإيطاليين واليهود، فثمة توجه نحو المواجهة الحاضرة للألم لدى الإيطاليين، حيث اجتهد الإيطاليون في البحث عن طريقة لتخفيف الألم، ومن ثم شعروا بالرضا والارتياح بعد اختفاء الألم، في حين وجد أن هناك توجهها نحو المستقبل لدى اليهود، حيث كانوا أكثر اهتماما بمعنى الألم وأهميته، والنتائج المترتبة عليه بالنسبة لصحتهم ورفاهيتهم المستقبلية. (Bendelow and Williams, 1993:275)

وقد قام (ستيرنباخ) Sternbach و (تورسكي) Tursky بإجراء تجربة معملية للتأكد من صدق ما ذهب إليه (سبوروفسكي) فأحضرا عددا من ربات البيوت من الأمريكيات من أصول أيرلندية وإيطالية ويهودية، وأمريكيات أصليات (قدامى) Yankee إلى معمل «للتحليل النفسي/ الفسيولوجي» Psycho-physiological Lab. حيث تم تعريضهم لآلام نتيجة صدمة كهربائية، وقاما الباحثان بتسجيل استجاباتهم. ودعمت نتائج الدراسة بعض الملاحظات التي سجلها سبوروفسكي، فيما يتعلق بالتباين في القدرة على تحمل الألم والاستجابة له (Mechanic, 1978:264-265).

أما دراسة (زولا) فتعد إحدى النماذج العلمية المشهودة لفحص العلاقة بين الثقافة والألم. ورسخت ما توصل إليه سبوروفسكي، حيث تم الكشف عن التباين بين الجماعات الإثنية في الولايات المتحدة فيما يتعلق باستجابتها للألم. ودعمت رؤية سبوروفسكي، حيث وجد أن هناك اختلافا بين الأمريكيين ذوي الأصول الإيطالية، والأيرلندية، والأنجلوساكسونية، فاستجابة الإيطاليين حسب ما يرى زولا، هي بمثابة آلية دفاعية Defence Mechanism لمواجهة القلق، حيث يبالغون في التعبير عن آلامهم، ويكررون الشكوى مرارا وتكرارا، وبالتالي يشتمون الإحساس بالألم، أما الأيرلنديون فإنهم يتجاهلون الألم ويستخفون به، وتلك بدورها آلية دفاعية مغايرة. (Bendelow and Williams, 1995b:96)

وأثبتت دراسة حديثة على عينة من مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي Rheumatoid Arthritis مكونة من 42 مريضة مصرية و30 مريضة هولندية، وجود

فروق واضحة في التعامل مع الألم والاستجابة له بين المجموعتين، حيث كشفت الدراسة أن المصريات يظهرن تعبيراً أكثر وضوحاً للمرض من الهولنديات، وفسر فريق البحث ذلك بتفسيرات تتسق مع ما وصل إليه (سبوروفسكي) و(زولا) من أن الثقافة تلعب دوراً مؤثراً في التعامل مع الألم، فالمصريات ينتمين لثقافة البحر المتوسط، وهي ثقافة تسمح بالتعبير الحر عن المشاعر، خاصة بين النساء (Vlaar, P., et.al., 2007:732).

وقد أكدت دراسات عديدة أخرى أن ثمة علاقة بين الإثنية والسلالة<sup>(5)</sup> والاستجابة للألم، حيث سجل العديد من الباحثين فروقاً إثنية فيما يتعلق بشدة الألم وتحمله، وروصدوا اختلافات معتبرة في مستويات تحمل الألم، وفي اتجاهات الجماعات الإثنية نحوه، والحقيقة أن التراث العلمي حول الإثنية والألم قدم أدلة كافية ترقى لدرجة التواتر recurrence على تلك العلاقة، حيث كشف عن أن الاختلافات الإثنية والسلالية في تصور الألم، وتقييمه، وعلاجه تمت ملاحظتها في العديد من المواقع الطبية، وفي كل أنماط الألم، والنقطة الحاسمة في هذا الإطار أن الاختلافات الإثنية والسلالية فيما يتعلق بالاستجابة للألم تتأثر بصورة أساسية بالعوامل الاجتماعية والثقافية، باستثناءات (وراثية) بسيطة (Morris 2010:135).

ولقد تواترت الدراسات السوسولوجية والأنثروبولوجية الميدانية المتعاقبة بعد ذلك في تأكيدها فكرة أن الألم ظاهرة معقدة، تتأثر بالبناء الاجتماعي والثقافي والموروث التاريخي لكل مجتمع، وأن القدرة على تحمل الألم تتباين وفقاً لمجمل تلك العوامل.

قدم «ميلزاك» مثالا على الاختلاف في خبرة ولادة الطفل بين الثقافة الغربية والثقافة البدائية ممثلة في إحدى قبائل أمريكا الجنوبية، حيث كتب يقول: (تعد عملية الولادة واحدة من أصعب الآلام التي يمكن أن تكابدها المرأة في الثقافة المعاصرة، وقد لاحظ الأنثروبولوجي الأمريكي «كروبر» Kroeber أن النساء لا يظهرن أي إحساس بالألم أو المعاناة أثناء الوضع، وبالإضافة إلى ذلك تستمر النسوة الحوامل في ممارسة

(5) يرصد «موريس» الاختلاف المعجمي بين مصطلحي الإثنية ethnicity والسلالة race، حيث يشير الأول إلى الخصائص والتميزات الثقافية cultural distinctiveness، أما الثاني فيشير إلى السمات الوراثية العضوية والطبيعية physical and biogenetic characteristics. بيد أن علماء الأنثروبولوجيا الفيزيقية يعتبرون الاختلافات الاجتماعية بالأساس أكثر من كونها وراثية. أنظر (Morris 2010: 135).



العمل في الحقول حتى قبل الولادة بوقت قصير، وبعد الولادة تعود الأم إلى الحقل لاستئناف العمل، وقد يبقى الزوج مع الطفل لرعايته لحين عودة الأم. ويتساءل «ميلزك» هل يعني ذلك أن النساء في ثقافتنا الغربية المعاصرة يتصنعن making up الألم؟ ويجب بالطبع لا، إن ما يحدث هو جزء من ثقافتنا التي تنظر إلى عملية الولادة بأنها تمثل خطراً محتملاً على صحة الأم، وتتعلم الفتيات الصغيرات الخوف من الولادة في مراحل نموهن المختلفة) (Tuckett, 1978: 167).

ويرصد «ميلزك» مثالا آخر من الهند حيث يقول: «يعد طقس تعليق الخطاف أو (السنارة) hook hanging- الذي ما زال يمارس في بعض مناطق الهند-واحدا من أغرب الأمثلة على تأثير القيم الثقافية على تحمل الألم، هذا الطقس مأخوذ أساسا من ممارسة قديمة تركز على اختيار أحد أفراد الجماعة الاجتماعية ليمثل قوة الآلهة. يتحدد دور الرجل المختار (أو الكاهن) Celebrant في مباركة الأطفال والمحاصيل الزراعية في عدد من القرى المتجاورة في فترة معينة من العام. المدهش في هذا الطقس أنه يُؤتى بعدة خطافات حديدية، وتُشد بحبال قوية وتُربط في عربة خاصة، وتُغرز الخطافات تحت الجلد في جانبي الظهر، وتبدأ العربة في التحرك من قرية إلى قرية، وبالطبع يتحرك الرجل حيثما تتحرك العربة، وفي قمة الاحتفال يتأرجح الرجل في الهواء بطريقة شعائرية، وهو معلق بالخطافات المغروزة في ظهره، والغريب أنه لا توجد أية دلائل على أن الرجل يتألم أثناء ذلك الطقس، بل إنه يكون في (حالة رفعة أو مجد) state of exaltation وعندما تُخلع الخطافات في النهاية تُشفى الجروح سريعا دون تدخل طبي باستثناء وضع رماد الخشب wood ash عليها، وبعد مرور أسبوعين تقريبا تختفي تماما آثار الجروح (Tuckett, 1978: 167-168).

ويكشف المثال السابق الدور الذي يلعبه الدين بجوانبه العقائدية والقيمية، والطقوسية في التعامل مع الألم؛ فالواقع أن الدين يعد عاملاً مهماً في مسألة تقييم الأحداث بشكل عام، حيث يتم تفسير الأحداث باعتبارها دروساً من عند الله، أو ثواباً أو عقاباً، أو عدم رضا من الله، أو النظر للأحداث والوقائع بصورة عامة باعتبارها جزءاً من إرادة الله الخفية. ويعد البعد الديني مهماً في سياق التعامل مع الألم، خاصة عندما يواجه الأفراد آلاماً قاسية، وتؤكد الدراسات أن الأفراد الذين يواجهون مشكلات طبية خطيرة يفسرون تلك المشكلات باعتبارها انعكاساً لإرادة الله (Bush et al.1999:250).

ويلعب الدين من ناحية أخرى دوراً مهماً في تقبل الألم ومواجهته، وثمة آليات دينية متنوعة للتكيف مع الألم، منها طلب الدعم الروحي من رجال الدين، والمشاركة في الطقوس الدينية، والتماس الشفاء والراحة من الله، العيش في معية الله، والخضوع لإرادته، طلب الشفاعة، والتحول من دين إلى دين، والحقيقة أن لتلك الآليات نتائج سلبية وإيجابية في آن، ففي دراسة عن حرب الخليج الأولى أجراها مجموعة من الباحثين بإشراف (بارجامنت) Pargament عام 1994، وجدوا أن بعض الأنشطة الدينية التي تستخدم لمواجهة الألم، مثل التماس الدعم الديني، لها تأثيرات إيجابية، في حين أن أنشطة أخرى مثل عدم الرضا الديني religious discontent كان لها تأثيرات سلبية، ويبدو أن سلبية النتائج أو إيجابيتها ترتبط بعمق بإيمان الفرد بالآلية التي يلجأ إليها (Bush et al.1999:250).

والحقيقة أن الألم - ومشتقاته ومرادفاته- يعد من أكثر المفاهيم حضوراً في النصوص الدينية المقدسة، ويتعلق الأمر دائماً بارتباط الحياة بالآلام والمشقات، وبالتهذير من عذاب الله الأليم في الحياة الأخرى، وبالدعوة للصبر عليه وتحمله، بل إن الألم في الكتاب المقدس في عهده القديم يمثل عقاباً إلهياً للمرأة جراء الخطيئة الأولى، ولذلك فكان قدر المرأة أن تكابد آلاماً عظيمة في الولادة، فقد جاء على لسان الرب في سفر التكوين-الإصحاح الثالث:(وقال للمرأة تكثيراً أكثر آلامك، بالوجع تلدين أولاداً، إلى رَجُلِكَ يكون اشتياقك، وهو يسود عليك). ومن جانب آخر تمثل آلام المسيح على الصليب- حسب المعتقد المسيحي-طريقاً للخلاص من لعنة الخطيئة الأولى.

ومن جانب آخر، تمثل الطقوس التجلي والتجسيد المباشر للمعتقد الديني، ومن ثم فإن المشاركة في الطقس الديني تجعل من لغة المقدس الرمزية فضاءً لتحويل الكائن إلى فاعل مشارك ومؤثر في الفعل الخارق، وفي هذا السياق تشكل الطقوس الفضاء الأمثل للانتقال والعبور من الدنيوي إلى القدسي، ومن ثم ممارسة الفعل المؤثر الناتج عن مبدأ الانخراط والمشاركة . (الزاهي، 2011:77)

ولذلك، نلاحظ أن المعتقد الديني يلعب دوراً حاسماً في تحمل الألم المرتبط ببعض الطقوس الدينية، وتمثل طقوس عاشوراء لدى المسلمين الشيعة نموذجاً مثالياً في هذا السياق، حيث يقوم الأفراد بضرب رؤوسهم وأجسادهم بسيوف، وسلاسل من حديد

بطريقة غاية في الإيلام، وهم يتحملون ذلك بجَلَدٍ عجيب، وذلك نتيجة التماهي مع الطقس الديني، والتشبع برمزيته التاريخية والاعتقادية.

### 3 - عوامل اجتماعية بصبغة ثقافية؛

والواقع أن ثمة عوامل اجتماعية أخرى مؤثرة في الاستجابة للألم، بيد أن تأثيرها لا ينفصل عن السياق الثقافي وتشابكاته، بمعنى أن هذه العوامل لا تشتغل إلا في ظل المناخ الثقافي العام في المجتمع، وقد كان النوع Gender من تلك العوامل التي نالت قسطاً وافراً من الاهتمام، والنوع أو (الجنس) هو مفهوم ثقافي بالأساس يستوعب مفهوم النوع بالمعنى العضوي Sex ويتعالى عليه بأبعاده الثقافية العميقة والمعقدة.

إن التمييز النوعي يظهر-بوعي أو دون وعي-في التفاعلات الحاصلة بين الأفراد في الفضاءات الاجتماعية والثقافية والسياسية المختلفة، فالمرأة تُصنّف حسب معيار النوع العضوي sex وفقاً لسماتها الجينية والعضوية، بيد أنها كنوع بالمعنى الاجتماعي-الثقافي Gender فهي فاعل اجتماعي، تتجاوز بنيته العضوية-التشريحية، وتعيش خبراتها الحياتية، وتوقعاتها الاجتماعية، وتجاوبه التحديات التي تواجهها في المنزل والعمل، وبين أصدقائها (Johansson, et al., 1999:1792).

فالنوع بجانبه العضوي Sex والثقافي Gender يثير تعقيدات إضافية في تقدير دور المؤثرات الاجتماعية-الثقافية في الألم، فمن الناحية الفسيولوجية تشير الدراسات إلى أنه رغم أن الفروق بين الذكور والإناث في إفراز الهرمونات المُسكِّنة تميل لصالح الإناث بنسبة 1:3، إلا أن العوامل الاجتماعية الثقافية تعمل على تعديل السلوكيات المرتبطة بالألم، فالأبعاد الاجتماعية الثقافية (الإيجابية) المرتبطة بالحمل والولادة على سبيل المثال (تخلق) دعماً اجتماعياً قوياً لمجابهة الألم (Morris 2010:136).

ويمثل التمييز النوعي-الذي يعني في مجتمعنا بالطبع تفضيل الذكر على الأنثى- دوراً مهماً في تحمل الألم ومجابهته، ويتجلى ذلك بوضوح في آلام المخاض، والحقيقة أن الاختلاف في درجة آلام المخاض يلعب فيه الخيال الشعبي دوراً بالغ الأهمية، حيث تتحدث النساء عن اختلافات في آلام الولادة حسب نوع الجنين، وهي اختلافات لا يؤكدنها الطب، وإنما توجد فقط في الخيال الاجتماعي، ويلعب الجانب النفسي دوره فيها، فالحقيقة أن ولادة الأنثى ليست صعبة، وإنما تأكد الأم من جنس وليدها أنه أنثى

جعل قدرتها على تحمل الألم أضعف، ومن ثم زاد إحساسها بالألم، في حين أن الأم بعد تأكدها أن وليدها ذكر، وما يتضمنه ذلك من ترقية اجتماعية في وضعها فكأنها «نسيت» آلام الولادة وتحملتها بجسارة. (زينب المعادي، 2004: 62).

إن لحظة الولادة، هي لحظة فارقة في مسيرة الجسد الأنثوي، حيث أن الولادة هي الخطوة الأساسية للزوجة لكي تعزز مكانتها الاجتماعية، إنها تشكل الخط الفاصل بين مرحلتين في حياتها، بل خطأً فاصلاً بين مكانتين، كأننا أمام عملية تبادلية تمنح فيه المرأة جسدها وقدرتها الإنجابية لصالح الجماعة، لكي تتلقى منها اعترافاً اجتماعياً، كأن المرأة ذاتها تعيش ولادة جديدة، ولادة اجتماعية تمنحها مكانة جديدة، خاصة إذا كان المولود ذكراً. (زينب المعادي، -63 64).

والواقع أن دراسات عديدة قد كشفت عن اختلافات بين الرجال والنساء في مواجهة الألم وتحمله، وأكدت تلك الدراسات أهمية البعد الاجتماعي-الثقافي والسلوكي في هذا الأمر من نواح عديدة، فالأطفال يتم تنشئتهم منذ الصغر على أساليب معينة للتفكير في الألم، والتعامل مع الأحداث المؤلمة بطريقة محددة، وفي العديد من المجتمعات يُمنع الذكور من التعبير الحر عن مشاعرهم، ولاحظ بعض الباحثين أن الأطفال الذكور في الولايات المتحدة منذ الولادة ولعدة أشهر تالية أكثر تعبيراً عاطفياً عن الإناء، غير أنه مع مرور الوقت ومع التحاق الأطفال بالمدرسة يفقد الذكور تعبيراتهم العاطفية، ويكونون أقل من الإناث في التعبير عن الأذى أو الضيق، سواء لوالديهم أو معلمهم، وقد عزا الباحثون ذلك التغير إلى القيم التي يتم بثها في الأطفال وهي قيم متأصلة في المجتمع، تجعل الذكور يشعرون بالخجل من مشاعرهم، خاصة تلك المشاعر المرتبطة بالضعف والخوف واليأس (Hoffmann and Tarzian, 2001: 16-17).

ومن العوامل الاجتماعية الأخرى، التي رصدتها الباحثون حديثاً، دور الحياة المهنية في التعامل مع الألم وإدارته، وفي هذا السياق درس (كوتاربا) Kotarba جماعتين مهنتين، تمثل اللياقة البدنية فيهما دوراً مؤثراً، كما يشكل الألم تهديداً خطيراً لهما، وهما الرياضيون المحترفون، والعمال اليدويون. وكما لاحظ (كوتاربا) فإن مستوى متوسطاً من الألم يمكن قبوله في الألعاب الرياضية، ونادراً ما يتم الإفصاح عنه، فالشخص الذي يعاني من الألم قد يقرر إخفاء الألم عن الجماهير الهادرة إذا كانت التكاليف

الاجتماعية والعاطفية الناتجة عن الإظهار تفوق الفوائد المتوقعة، وتتضمن فوائد إظهار الألم الاستفادة من الرعاية الصحية، التعاطف مع اللاعب المصاب، والمساعدة في التكيف مع الألم، بيد أن تكاليف الإظهار، قد تكون ساحقة، كردود فعل الجماهير الحرجة التي تخلق شعوراً بالخجل أو الذنب، ويوضح الكاتب في هذا السياق أن اللجوء للثقافة الفرعية الرياضية athletic sub- culture يمثل إطاراً مهماً ونقطة مرجعية للفرد في معرفة ما إذا كان سيُظهر الألم، ولمن سيُظهره، أو إخفائه (وفي هذه الحالة كيف يمكنه إخفائه هل من خلال عقاقير طبية أو وسائل أخرى؟). (Bendelow and Williams, 1995a:158)

وعلى النقيض من ذلك، يبدو للوهلة الأولى أن العامل اليديوي لديه أسباب أقل لإخفاء الألم، حيث أن مكافأة الإفصاح عن الألم تكون أقل من التكاليف الرمزية له، وتتضمن التكاليف تهديد الهوية والصورة الذاتية للعامل، ومدى ملاءمته للعمل وقدراته في كسب العيش، وعلى النقيض من الرياضيين يلجأ العمال اليديويون لإخفاء آلامهم، ويجدون الموارد للتعامل مع تلك المواقف، التي تتضمن تداول المعلومات حول العلاج، والوصفات الشعبية للمشروبات الكحولية كقاتلة للألم، وهي ما يمكن أن نطلق عليه ثقافة الحانة Tavern culture، إن الثقافة الفرعية لكلتا المهنتين تعتبر الألم أمراً معتاداً في الحياة، وهو ما يكشف عن وجود ثقافة فرعية للألم المهني. (Bendelow and Williams, 1995a:158-159)

وتؤكد دراسة عالم التخدير الأمريكي «بيكر» Beecher قضية الارتباط بين المهنة (وبمعنى أدق الخبرة المهنية) والألم، حيث كشف أنه لا توجد علاقة مباشرة بين الشدة الموضوعية (الفعلية) للمرض، أو الإصابة والخبرة الذاتية للفرد بالألم أو عدم الراحة، فقد أجرى دراسته على عينة من الجنود الجرحى، وعينة أخرى من المرضى المدنيين يستعدون لإجراء عمليات جراحية، وكشفت الدراسة أن ثلث عينة الجنود فقط أرادوا إجراءً علاجياً لتخفيف الألم، في حين طلب 80% من المدنيين نفس الإجراء لتخفيف الألم، رغم أن معاناتهم أقل كثيراً من معاناة الجنود. وقد فسر «بيكر» ذلك التباين انطلاقاً من فكرة الاختلاف في تعريف الألم في كلا المجموعتين. فالجندي الجريح جاء من ميدان القتال وربما كان من بين القتلى، ولذا فإنه يستخف بألم الجراحة، أما المدني فيرى الجراحة حدثاً خطيراً، ولذا فإنه يبالغ في توقع الألم. (Mechanic, 1978: 265)

والواقع أن علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا قد رصدوا العديد من العوامل الأخرى المؤثرة في الألم، كالتعليم والسن، والأشخاص المحيطين به في البيئة الاجتماعية، وهي كما ذكرنا عوامل يرتبط تأثيرها بالمناخ الثقافي العام للمجتمع، فقد اتضح مثلاً أن المرضى الأرقى تعليماً يكونون أكثر معرفة بأعراض المرض وبالتالي أكثر توقعاً للألم، والمرضى الأقل تعليماً يكونون أكثر قلقاً وبالتالي تزداد نسبة استجابتهم للألم، وأن استجابة الفرد للألم تتأثر إلى حد بعيد بالأفراد الذين يقابلهم الفرد في حياته وخاصة في مراحل الطفولة سواء من والديه أو المدرسة أو الأصدقاء، وكشف «ميكانيك» Mechanic أن اتجاهات الأم وأفكارها تلعب دوراً أساسياً في استجابة الطفل للمرض والألم، وأن الأطفال الذكور لا يبالغون في شعورهم بالمرض مثل الإناث، (عمر، 1993: 192-193)

#### 4 - التفسير السوسيو-أنثروبولوجي للارتباط بين الثقافة والألم:

اجتهد علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في تفسير الارتباط بين الألم والثقافة، وفهم دور الثقافة في تشكيل الألم، في ظل تواتر النتائج الميدانية لذلك الارتباط، فطرحوا عدة فرضيات أو رؤى Insights في هذا السياق. من ذلك قولهم إن الثقافة تملأ ذلك الفضاء الموجود بين التجسيد الآني immediate embodiment للمرض كظاهرة فسيولوجية، والمعنى والرمز المرتبط به كظاهرة إنسانية. فالمرض يحمل معنى الألم نتيجة الطريقة التي تتجلى من خلالها العلاقة بين الجسد والذات في الرموز الثقافية الدينية والأخلاقية والروحية، وعلاوة على ذلك فإن المفاهيم المرتبطة بالضعف والمرض تعد بدورها محصلة للتفاعل الدينامي أو الجدلي بين العمليات الجسدية والعناصر الثقافية، بين الخبرة والمعنى. والألم باعتباره انعكاساً جوهرياً للمعاناة الإنسانية يقع في القلب من تلك الجدلية (Bendelow and Williams. 1995b:91-92).

ومن جهة أخرى، يرى بعض العلماء، أن التباين الثقافي بين المجتمعات يفضي إلى تباين في توجهات الأفراد نحو الألم واستجابتهم له، وثمة نمطان من الاتجاهات نحو الألم في الثقافة: اتجاهات توقع الألم pain expectancy واتجاهات تقبل الألم pain acceptance، فمن الأمثلة التي توضح ذلك الفرق: الألم المتوقع عند الولادة، فالألم يكون متوقعا عند الولادة دائماً، ولكنه قد يُقبل في مجتمع ولا يُقبل في مجتمع آخر حسب بنيته الثقافية. وأيضاً الألم المتوقع في النشاط الرياضي (توقع الإصابة)

والألم المتوقع في الحرب، فالملاحظ أن الثقافات التي تركز على الانجازات العسكرية تتوقع الآلام الناتجة عن جروح الحرب، وتتقبلها أيضاً، أما الثقافات التي تُعلي من قيم السلام والتسامح، فإنها تتوقع الألم بيد أنها لا تتقبله. (عمر، 1993: 192).

وقد حاول علماء الأنثروبولوجيا الطبية على وجه الخصوص التأكيد على الأبعاد والمعاني الثقافية للألم، وامتدت تحليلاتهم نحو صياغة بعض القضايا أو التعميمات المتعلقة بالأبعاد الثقافية للألم، فطرح سيسيل هيلمان Cecil Helman القضايا الثلاثة التالية:

- 1 - لا تستجيب كل الجماعات الاجتماعية والثقافية للألم بطريقة متماثلة.
- 2 - إن كيفية تصور الناس واستجابتهم للألم نحو أنفسهم أو نحو الآخرين، تتأثر بالعوامل الثقافية.
- 3 - تتأثر استجابة الناس للألم واتجاههم نحو طلب الرعاية الطبية الرسمية أو الشعبية بالعوامل الثقافية كذلك. (Bendelow and Williams 1995b:95-96)

ويقترح (هيلمان) بالإضافة للقضايا الثلاثة السابقة، تمييزاً مثيراً بين الألم الخاص private pain والألم العام public pain فيقول إن ردود الفعل نحو الألم ليست غريزية أو لا إرادية، وإنما تسير في إطار سياق اجتماعي، وتتضمن مكوناً إرادياً وهو عملية البحث-أو عدم البحث-عن وسيلة لتخفيف الألم، وطلب مساعدة الآخرين في ذلك. وثمة جماعات اجتماعية أو ثقافية تفضل الرزانة Stoicism في مواجهة الألم، ومن ثم تجعل من الألم شأنًا خاصاً، في حين تعبر جماعات أخرى عن الألم بصورة علنية ويعد ذلك أمراً مقبولاً في السياق الاجتماعي والثقافي للجماعة، وعلاوة على ذلك تلعب المعتقدات والقيم الثقافية دوراً في تطبيع normalize خبرات الألم (أي جعلها أمراً طبيعياً معتاداً) والتي قد تبدو لجماعات أخرى إشكالية كبيرة. (Bendelow and Williams 1995b:96)

ونخلص من كل ما سبق أن الألم ظاهرة اجتماعية-ثقافية شديدة التعقيد، كشف التحليل السوسيوأنثروبولوجي لها عن عمق تجذرها في البنية الاجتماعية للمجتمع الإنساني، وأوضح في ذات الوقت قصور التعامل معها وفق المنظور الطبي بمفرده، ومن

ثم اجتهد في وضع بعض القضايا النظرية المفسرة للألم في بعده الاجتماعي-الثقافي.

### خاتمة:

تحدّد هدف الدراسة الحالية في تقديم تحليل سوسيو-أنثروبولوجي للألم الإنساني باعتباره ظاهرة اجتماعية ثقافية معقدة، وليس فقط مجرد ظاهرة عضوية فسيولوجية ونفسية، وحاولت الدراسة رصد أبرز العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في تشكيل الألم ومواجهته.

وتبين من الدراسة أن اختزال الألم في بعده العضوي كما تجلّى ذلك في بداية التطور العلمي للتعامل مع الألم منذ عصر النهضة والتنوير في أوروبا طرح فهماً قاصراً للظاهرة، وأهدر الحقيقة العلمية المتكاملة بشأنها، غير أن الجهود التي بذلها علماء النفس ساهمت في خروج التفسير العلمي من أسر الحتمية البيولوجية، واتضح ذلك في صياغة نظرية بوابة التحكم في الألم لميلزاك و وول.

وكشفت الدراسة أن ثمة عوامل موضوعية أسهمت في حضور التحليل السوسيو-أنثروبولوجي للألم وحتميته، وتواترت الجهود العلمية لكشف الأبعاد الاجتماعية والثقافية للألم، واتضح أن الثقافة هي كلمة السر في تنوع الاستجابات الإنسانية للألم الإنساني، وأن كل العوامل الاجتماعية الأخرى تدور في فلك التأثير الثقافي الأعمق.

إن الألم الإنساني موضوع مهم على المستويين العلمي والإنساني، ووبما تكمن أهمية الدراسة الحالية بشكل أساسي في لفت أنظار الباحثين العرب لمزيد من البحث والتقصي، للوصول إلى نظرية سوسولوجية عربية لفهم الألم وأبعاده وتعقيداته في ظل بنية ثقافية عربية شديدة الثراء، واستناداً لذلك يمكن اعتبار هذه الدراسة نقطة بدء صغيرة على طريق طويل لفهم الألم وتفسيره والتعامل معه.



## المراجع

- ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (د.ت). لسان العرب، دار صادر، بيروت.
- أفلاطون (2001) فيدون (في خلود النفس)، سلسلة محاورات أفلاطون ترجمة عزت قرني، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- الزاهي، نور الدين (2011). المقدس والمجتمع، إفريقيا الشرق، الدار البيضاء.
- العلمي، رمضان رياض (1988). الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، سلسلة عالم المعرفة، العدد 121، الكويت.
- المعادي، زينب (2004) الجسد الأنثوي وحلم التنمية: قراءة في التصورات عن الجسد بمنطقة الشاوية، غير مبين دار النشر.
- عمر، نادية السيد (1993). العلاقات بين الأطباء والمرضى: دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- مجمع اللغة العربية بالقاهرة (2004) المعجم الوسيط، الطبعة الرابعة، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة.
- هونكه، زيغريد (1993). شمس العرب تشرق على الغرب: أثر الحضارة العربية على أوروبا، ترجمة فاروق بيضون وكمال الدسوقي، دار الجبل ودار الآفاق الجديدة، بيروت.
- American Cancer Society (2014). What is Hospice Care? Available on: [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
- Bendelow, G. (1993). Pain perceptions, emotions and gender, *Sociology of Health and Illness* Vol. 15 No. 3.
- Bendelow and Williams (1995a). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain, *Sociology of Health and Illness* Vol. 17 No. 2.
- Bendelow and Williams (1995b). Pain and the Mind-Body Dualism: A Sociological Approach, *Body Society*, Vol. 1, No. 2.
- Bush E., et al. (1999). Religious Coping with Chronic Pain, *Applied*

Psychophysiology and Biofeedback, Vol. 24, No. 4.

- Carli, G., (2011). Historical perspective and modern views on pain physiology: from psychogenic pain to hyperalgesic priming, Archives Italiennes de Biologie, No. 149
- Da Silva, J. (2014). The Challenge of Pain, Psychology and Neuroscience, Vol.1, No.1.
- Freund, P., (1990). The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness, Sociology of Health Illness Vol. 12, No. 4.
- Guthrie , Douglas (1945). A History of Medicine, Thomas Nelson and Sons Ltd., London.
- Hansen, George (2005). the Psychology of Pain, Emerg. Med. Clin. N Am., No. 23.
- Hoffmann, D., and Tarzian, A.,(2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain, Journal of Law, Medicine Ethics, 29.
- International Association for the Study of Pain «IASP» (2002). Classification of Chronic Pain, IASP Press, Seattle.
- Johansson, et al.,(1999). The meanings of pain: an exploration of Women>s descriptions of symptoms, Social Science Medicine, No,48.
- Loeser, John D., et al., eds.(2001). Bonica>s Management of Pain, 3rd edition, Lippincott Williams Wilkins Publishers, New York.
- Mayer, Dan (2004). Essential Evidence-Based Medicine, Cambridge university press, Cambridge.
- Mechanic, D.,(1978). Medical Sociology, The Free Press, New York.
- Melzack, R. Wall, P., (1965). Pain Mechanisms: A new Theory, Science, Vol. 150, No., 3699.
- Milicevic, N. (2002). The hospice movement: History and current worldwide situation, Archive of Oncology, No.10.
- Morris, D. (2010). Sociocultural Dimensions of Pain Management, In Bonica's Management of Pain, 4th edition, Lippincott Williams Wilkins,

New York.

- National Hospice and palliative care organization (NHPCO) (2012). , Hospice Care in America.
- Soukhanov, ed. (1994). The American Heritage Dictionary of The English Language, Third edition. Houghton Mifflin Co.
- Tainter. ML. (1948). Pain. Ann. NY Acad., Sci., Vol.51.
- Tuckett, D., (1978). An Introduction to Medical Sociology, Tavistock Publication, London.
- Turner, S., (1992). Regulating bodies: Essays in medical sociology, Routledge, London and New York.
- Turner, S.,(2006). The Cambridge Dictionary of Sociology, MA: Cambridge University press, Cambridge.
- Turner, S., (2008). The Body and Society, Third edition, SAGE Publications Ltd., London.
- Vlaar, P., et.al.,(2007). A Cross-Cultural Study of Pain Intensity in Egyptian and Dutch Women With Rheumatoid Arthritis,The Journal of Pain, Vol., 8, No.,9.
- Whitworth, Michael,(2005). The History of Pain, Indiana Pain Society, Indiana.
- Zboroweski, M. (1952). Cultural Component In Responses to Pain, Journal of Social Issues, No. 4.