

מבוא

כאב הוא, ככל הנראה, הגורם העיקרי לפניות לעזרה רפואית. כאבי ראש, כאבי בטן וכאבים עקב פציעות מסוגים שונים הם חוויה נפוצה ביותר. על פי רוב הכאב מהווה מנגנון חשוב המסייע להישרדות על ידי התראה על מחלות, על פציעות ועל טראומות מסוגים שונים.

כאב כרוני, המתמשך על פני חודשים או שנים, הוא בעיה נפוצה, שהטיפול בה מהווה את אחת ההוצאות הכבדות ביותר של מערכות הרפואה בכל העולם. למרות התקדמות מרשימה של הידע הרפואי על תופעת הכאב הכרוני בעשרות השנים האחרונות, אנשים רבים הסובלים מכאב זה אינם מצליחים להתגבר על התופעה. כתוצאה מכך חלה לעתים קרובות ירידה בתפקודם בתחומי חיים שונים ומרכזיים כמו התפקוד המשפחתי, החברתי והתעסוקתי.

זוהי תופעה מורכבת ביותר, שאינה מובנת במידה רבה גם כיום. מספר תופעות של כאב מתמשך ממחישות זאת היטב. אחת מהן היא של "כאבי פנטום", תופעה שכיחה בקרב קטועי איברים

הממשיכים לדווח על תחושות כאב באזור בגוף שבו נמצא בעבר האיבר הקטוע. על פי סקירה שפורסמה לאחרונה, יותר ממחצית האנשים שעברו קטיעת גפה, חווים כאב כאבים באיברים הקטועים, מה שגורם להנמכה משמעותית באיכות חייהם ולפניות רבות לעזרה רפואית. הכאבים נמשכים לעתים כמשך שנים, אף על פי שהיד או הרגל שנקטעו כבר אינן חלק מגופם. התופעה נצפתה בממדים גדולים בקרב חיילים במלחמת העולם הראשונה והשנייה, במלחמת ויטנאם ואף בקרב חיילים בישראל שעברו קטיעות עקב טראומות. כיום ברור ש"כאבי פנטום" מתרחשים גם כאשר הסיבה לקטיעה היא אחרת, למשל עקב מחלות בכלי דם ועוד. תופעת כאבי הפנטום היא מרתקת מבחינה מדעית, ותיאוריות רבות מנסות להסביר כיצד יש תחושות כאב באיברים שכבר אינם מהווים חלק מהגוף. התופעה גם ממחישה באופן מוחשי ביותר שכאב הוא נושא מורכב שאינו רק תוצאה של גירוי מכאיב בגוף, שכן גירוי כזה אינו קיים עוד באיבר שכבר נקטע.

תופעה אחרת, דומה, היא של כאבים אצל נפגעי חוט השדרה מתחת למיקום הפגיעה בחוט השדרה, כלומר באזורים שמתחת ל"פלס התחושתית", שבהם אין כלל תחושות אחרות. האזורים שמתחת לאזור שנפגע בחוט השדרה מנותקים עקב הפגיעה ממערכת העצבים המרכזית, ובכל זאת תחושות של כאב הן תופעה שכיחה למדי.

תופעה נפוצה אחרת היא של כאב כרוני באזורים שונים בגוף למרות היעדר ממצאים על נזק גופני כלשהו באזורים אלה. תופעה זו עלולה לעורר תגובות של חוסר אמון, חשדנות ואף כעס ותסכול מצד הגורמים המטפלים, שאינם מצליחים להתגבר עליה באמצעות טיפולים קונבנציונליים כמו תרופות או אפילו באמצעות טיפולים חודרניים כמו ניתוחים.

תופעות אלה ממחישות את המורכבות הרבה של תופעת הכאב

הכרוני ואת העובדה שאי אפשר להסביר כאב רק כתוצאה של נזק לרקמות הגוף או על ידי מודלים פיזיולוגיים פשוטים של גירוי ותגובה. נראה שהמוח יכול לייצר תחושות כאב גם כאשר אין נזק או שידורים עצביים על גירויים מכאיבים בחלקי גוף שונים. יכולת זו של המוח קשורה לתהליכי למידה המשפיעים באופן משמעותי על עיצוב חוויית הכאב. מחקרים שהתמקדו בהיבטים הפיזיולוגיים וההתנהגותיים של הכאב הכרוני הראו שלתשדורות חוזרות של כאב מאזורי גוף שונים אל המוח יש השפעה מצטברת על חוויית הכאב.

המחקר הרפואי אפשר תובנות רבות לגבי המנגנונים הפיזיולוגיים של הכאב. תיאוריות פיזיולוגיות מאפשרות הבנה של הקשר בין גירויים מכאיבים, מנגנונים עצביים ותחושות כאב. עם זאת ברור למדי שתיאוריות אלה אינן מסבירות את חוויית הכאב. אמנם בשנות ה-60 של המאה הקודמת הופיעו תיאוריות כאב מורכבות יותר, כגון תיאוריית השַעֵר (Gate Theory) של מלזק ווול (Melzack and Wall) משנת 1965, המדגישות את התפקיד של גורמים פסיכולוגיים, תרבותיים ואחרים בחוויית הכאב. למרות זאת גם כיום חסרה הבנה אינטגרטיבית של התופעה, אשר מתארת באופן מהימן את היחסים בין המרכיבים הפיזיולוגיים, הרגשיים, הקוגניטיביים והאחרים של התופעה ואת תהליכי ההשפעה ההדדית של מרכיבים אלה.

המחקר הפסיכולוגי תרם להבנת המורכבות של חוויית הכאב. מחקרים פסיכולוגיים העשירו את הידע על גורמים שונים המשפיעים על חוויה זו ומושפעים ממנה ועל תהליכים פסיכולוגיים המלווים את חוויית הכאב על מרכיביה השונים. עם זאת עדיין קיים האתגר לבנות מודל מקיף ומגובש שיתאר את האינטראקציה בין המאפיינים הפיזיולוגיים, הפסיכולוגיים והאחרים לבין החוויה הסובייקטיבית של הכאב.

נראה שהקושי בבניית מודל תיאורטי מקיף של תופעת הכאב המתמשך נובע משתי סיבות. אחת מהן היא הקושי של החוקרים לחרוג מעבר לפרספקטיבה של תחום התמחותם. גיבוש צוותים רבת-תחומיים לטיפול במרפאות הכאב הביא על פי רוב להישגים בטיפול בחולים הסובלים מכאב כרוני. עם זאת נראה ששיתוף הפעולה המחקרי בין צוותים מדיסציפלינות שונות עדיין אינו מתקיים בנפח ובאיכות מספקים.

אולם נדמה שהסיבה המרכזית לקושי בהבנה של חוויית הכאב היא עמוקה יותר ונובעת מכך שתופעה זו נוגעת בשני תחומים: התחום הפיזי, הגופני, שניתן לתצפית ולמדירה אובייקטיביים, והתחום הנפשי הסובייקטיבי, שאינו ניתן לצפייה ולמדירה אובייקטיבית. כך גם היחס בין התהליכים הפיזיולוגיים הגורמים לכאב לבין חוויית הכאב. ניתן למדוד ולתעד באופן אובייקטיבי ומהימן את המרכיבים הפיזיולוגיים אך לא את החוויה עצמה.

שני אירועים מהווים אבני דרך בהתפתחות הגישות הביו-פסיכו-סוציאליות, שמעמדן כיום הוא המרכזי ביותר בהתמודדות עם הכאב הכרוני ובטיפול בו. האירוע הראשון הוא פיתוחה של תיאוריית השַׁעַר של מלזק ווול, שהדגישה לראשונה את חשיבותם של גורמים פסיכולוגיים לצד גורמים פיזיולוגיים בהבנת הכאב. האירוע השני היה פרסומו של מאמר מאת ג'ורג' אנג'ל (Engel) בכתב העת *Science* בשנת 1977 על הצורך במודל רפואי חדש כאתגר למדעי הביו-רפואה. אנג'ל טען שהמודלים הקיימים של מחלות התמקדו בעיקר בהסברים מולקולריים-ביולוגיים והתעלמו מגורמים חברתיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים. התעלמות זו פגמה ביכולת של המודלים המסורתיים להסביר מחלות שונות ולהתמודד עמן. המודל הביו-פסיכו-סוציאלי שהוא הציע חבק אפוא את כל המרכיבים הללו על מנת להסביר תהליכים של היווצרות מחלות והתמודדות עמן.

הכאב הכרוני

שתי ההתפתחויות התיאורטיות הללו אפשרו הקמה של מרכזים רב-תחומיים לטיפול בכאב, שבהם מתקיימות התערבויות פסיכולוגיות שונות לצד ההתערבויות הרפואיות המסורתיות. הגישות הביו-פסיכו-סוציאליות מניחות, אם כן, שכאב הוא בעיה המורכבת מהיבטים פיזיולוגיים, פסיכולוגיים, התנהגותיים, תרבותיים ועוד. מכאן שההתמודדות עם הכאב צריכה להתייחס לכל ההיבטים הללו. כאשר ההתערבות היא רב-תחומית וכוללת למשל טיפולים תרופתיים לצד יצירת שינוי בעמדות כלפי הכאב ושינויים חיוביים ברמת הפעילות החברתית או התעסוקתית, יש סיכוי שהמטופל יחווה את עצמו כאדם חיוני יותר, בריא יותר ואף עם פחות כאב.