

# فهرست

پیشگفتار مولف.....	۷
پیشگفتار مترجم.....	۹
فصل ۱: مروری بر علائم غیرقابل توضیح پزشکی.....	۱۱
فصل ۲: اندیشه‌های اولیه در مورد هیستری.....	۲۱
فصل ۳: عصر طلایی هیستری.....	۳۷
فصل ۴: بیماری روان تنی در قرن بیستم.....	۵۵
فصل ۵: سازوکارهای زیستی علائم روان تنی.....	۷۳
فصل ۶: ساز و کارهای روانی-اجتماعی علائم روان تنی.....	۸۷
فصل ۷: کمردرد، درد شکمی و سردرد.....	۱۰۱
فصل ۸: فیبرومیالژی و سندرم خستگی مزمن.....	۱۱۹
فصل ۹: سرگیجه مزمن.....	۱۳۱
فصل ۱۰: درمان علائم روان تنی.....	۱۴۳
نمایه.....	۱۵۹
واژه یاب.....	۱۶۹

# پیشگفتار مولف

"انسان بیش از هر حیوان دیگری بیمار، نامعلوم، تغییرپذیر و پا در هواتر است ... او حیوان بیمار است"

فردریش نیچه

هر روزه در رسانه‌های جمعی با داستان‌های هیجان‌انگیز درباره پیشرفت‌های علم پزشکی مدرن بمباران می‌شویم. افراد مبتلا به سرطان "لاعلاج" در حال درمان هستند، افراد مبتلا به بیماری قلبی و سکته مغزی با باز شدن رگ‌های مسدود شده جان خود را نجات می‌دهند و افراد مبتلا به بیماری‌های ژنتیکی قبل از اینکه بیمار شوند، شناسایی و درمان می‌شوند. ما به این باور رسیده‌ایم که پزشکی مدرن تمامی پاسخ‌ها را دارد. با این حال برای اکثر افرادی که به پزشک مراجعه می‌کنند، هیچ علت قابل شناسایی برای علائم آن‌ها یافت نمی‌شود، به اصطلاح علائم غیر قابل توضیح پزشکی یا به اختصار MUS. نکته‌ای که اوضاع را بدتر می‌کند این است که بسیاری از این افراد شایع‌ترین علائم را دارند (درد مزمن، خستگی و سرگیجه). به عنوان یک قاعده، پزشکان برای این علائم کار زیادی انجام نمی‌دهند و حتی ممکن است علائم را بدتر کنند. اگرچه ممکن است به طور منطقی فرض شود که داشتن این علائم غیرطبیعی است، مطالعات جمعیتی دقیقاً نقطه معکوس را نشان می‌دهد و در واقع داشتن علائم طبیعی‌تر از نداشتن آن‌هاست. یک نظرسنجی تلفنی ملی در سال ۲۰۱۴ از ساکنان نیوزلند نشان داد که میانگین تعداد علائم تجربه شده در یک هفته ۵ بود و حدود یک چهارم افراد ده علامت یا بیشتر داشتند. تنها ۱۰ درصد از افراد گزارش کردند که در هفته قبل هیچ علامتی نداشتند. سه علامت اصلی گزارش شده کمردرد (۳۸٪)، خستگی (۳۶٪) و سردرد (۳۵٪) بودند. شکی وجود ندارد که افراد امروزی بیشتر از گذشته از علائم شکایت دارند. مردم امروزی معتقدند که بر اساس یک قاعده بیمار هستند. هنگامی که آمریکایی‌ها به‌طور تصادفی در مورد تعداد دوره‌های بیماری در چند ماه گذشته مورد بررسی قرار گرفتند، آن‌هایی که در اواخر دهه ۱۹۲۰ مورد نظرسنجی قرار گرفتند، ۸۲ دوره بیماری به هر علتی را در هر ۱۰۰ نفر گزارش کردند در حالی که آن‌هایی که در سال ۱۹۸۱ مورد نظرسنجی قرار گرفتند، ۲۱۲ دوره را در هر ۱۰۰ نفر گزارش کردند و این یعنی افزایش ۱۵۸ درصدی. این افزایش در بیماری درک شده با توجه به پیشرفت‌های علم پزشکی که در قرن بیستم رخ داد، قابل توجه است. از آنجایی که بعید است افراد در اوایل قرن بیستم علائم کمتری نسبت به افراد اواخر قرن بیستم داشته باشند، مردم امروزی نسبت به گذشته علائم خود را بیشتر به عنوان بیماری تفسیر می‌کنند.

بسیاری از مردم، به اصطلاح "خوب نگران"، دائماً نگران ابتلا به یک بیماری جدی هستند. آن‌ها درگیر علائم بدنی هستند و هر علامت بدنی را که درک می‌کنند بزرگ کرده و به اشتباه تفسیر می‌کنند. با در دسترس بودن گسترده اینترنت، اولین قدم معمولاً جستجوی علائم و یافتن لیست بلندبالایی از کاندیدهای بیماری است. افراد تمایل دارند علائم خود را به یک بیماری نسبت دهند، مانند زن مبتلا به سردرد که مطمئن است تومور مغزی دارد یا مرد مبتلا به سرگیجه که مطمئن است سکته کرده است. آنچه مردم فکر می‌کنند دارند در ایجاد بیماری مهم است، زیرا این باورها به ویژه در معرض "شکل دادن" یا "تغییر قالب" توسط متخصصان بهداشت و رسانه‌های جمعی هستند. برای مثال، فردی که سال‌ها علائم مبهم گوارشی را تجربه کرده است، مقاله‌ای در مورد کولیت در لس آنجلس تایمز می‌خواند و متقاعد می‌شود که علائمش ناشی از این بیماری است. با همه‌گیری اخیر کووید-۱۹، تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سرفه‌های مزمن، بدن درد و خستگی به اورژانس‌های در سراسر جهان مراجعه کردند و مطمئن شدند که ویروس فقط برای منفی بودن آزمایش آن‌ها بوده است. نتیجه افزایش آگاهی جسمانی این است که افراد بیشتری خود را به عنوان بیمار تعریف می‌کنند و بیشتر از گذشته از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌گیرند.

اما چرا پزشکان نمی‌توانند علت این علائم رایج را شناسایی کنند؟ از این گذشته، ما طیف گسترده‌ای از تست‌های تشخیصی بسیار حساس را داریم. MRI می‌تواند آسیب جزئی را در هر اندامی از جمله مغز شناسایی کند. اکثر افراد مبتلا به MUS آسیبی در هیچ یک از اعضای بدن ندارند. علائم آن‌ها روان‌تنی است که ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی (تغییرات در شیمی و اتصالات) در مغز می‌باشد که در MRI دیده نمی‌شود یا با هیچ تست آزمایشگاهی فعلی شناسایی نمی‌شود. همانطور که در سراسر این کتاب خواهیم دید، علت علائم روان‌تنی تعامل پیچیده

بین طبیعت و تربیت، بین عوامل بیولوژیکی و روانی-اجتماعی است. تغییرات جزئی در ژن‌هایی که پروتئین‌های کلیدی مغز را کد می‌کنند، می‌تواند زمینه‌ساز بروز علائم شود. طیف گسترده‌ای از عوامل بیولوژیکی، خارجی و داخلی، می‌توانند عملکرد مغز را در طول رشد یا در زمان شروع علائم تغییر دهند. عوامل روانی-اجتماعی نقش مهمی در شروع و گسترش علائم دارند. باورها و انتظارات یک فرد که توسط متخصصان پزشکی و رسانه‌های جمعی اطلاع داده می‌شود، می‌تواند الگوی علائم را تغییر داده و شکل دهد. علائم روان‌تنی به اندازه علائم مرتبط با آسیب ساختاری واقعی و شدید هستند. در بیشتر موارد صرف نظر از اینکه این علامت به دلیل آسیب ساختاری است یا خیر، مسیرهای مغزی یکسانی فعال می‌شوند و هر دو نوع علائم دقیقاً تأثیر یکسانی بر روی فرد مبتلا دارند. این علائم می‌توانند ناتوان‌کننده و دگرگون‌کننده زندگی باشند. بخشی از مشکل این است که پزشکان برای مقابله با علائم رایج و روزمره آموزش ندیده‌اند. در پزشکی امروزی، پزشکان آموزش دیده‌اند تا با تکیه بر تست‌های آزمایشگاهی تشخیص دهند که آیا فردی بیمار است یا خیر. این استراتژی می‌تواند منجر به موقعیت عجیبی شود که در آن به افرادی که احساس خوبی دارند اما تست‌های آزمایشگاهی غیرطبیعی دارند، گفته می‌شود که مریض هستند در حالی که به افرادی که مریض هستند اما تست‌های آزمایشگاهی عادی دارند، گفته می‌شود که خوب هستند و بیماری در سرشان است. خواسته‌های بیمار و خطرات پزشکی-حقوقی دلایلی هستند که پزشکان برای درخواست تعداد زیادی تست آزمایشگاهی، از جمله MRI مغز ارائه می‌کنند. مردم انتظار دارند پیشرفته‌ترین آزمایش موجود باشد. آنان دیگر حاضر به پذیرش اطمینان خاطر مبتنی بر تجربه نیستند. با این حال، فرآیند سفارش آزمایش‌های پیچیده و یافتن ناهنجاری‌های اتفاقی غیراختصاصی می‌تواند ترس بیمار را از یک مشکل جدی پزشکی اساسی تقویت کند.

اعتماد به پزشکان از اوایل قرن بیستم تا اوایل قرن بیست و یکم به تدریج کاهش یافته است. بزرگداشت پزشکان رایج در گذشته در بسیاری از موارد جای خود را به بدگمانی و بی‌اعتمادی داده است. افراد مبتلا به MUS، ناامیدی خود را از پزشکان ابراز می‌کنند و معمولاً هرگز از تشخیصی که از آن‌ها دریافت می‌کنند، خوشحال نیستند. پشت پرده اکثر بیماران مبتلا به MUS، عوامل روانی-اجتماعی هستند اما پزشکان معمولاً تمایلی به تشخیص بیماری روان‌تنی ندارند. در سیستم پزشکی کنونی ما، زمان پزشک یک کالای بسیار محدود است و اکثر پزشکان احساس می‌کنند زمان لازم برای گوش دادن به تاریخچه علائم پیچیده گزارش شده توسط بیماران مبتلا به MUS را ندارند. علاوه بر این، بحث و توضیح مفاهیم روانی-اجتماعی با بیماران بسیار زمان‌بر است و ممکن است در ابتدا با شک و تردید و حتی خصومت آشکار مواجه شود. نقش روان‌پزشکان در برخورد با MUS چیست؟ متأسفانه در حال حاضر روان‌پزشکان نقش بسیار محدودی دارند. بیماران مبتلا به MUS معمولاً از روان‌پزشکان و "گفتار درمانی" آن‌ها استفاده چندانی نمی‌کنند و حتی پیشنهاد ارجاع به روان‌پزشک می‌تواند باعث واکنش خصمانه بیمار شود. در عین حال، روان‌پزشکان از قدیم برای مقابله با علائم جسمی مانند درد، خستگی و سرگیجه مشکل داشتند. از قرن بیستم، آموزش روان‌پزشکی از بدن فاصله گرفته و بر ذهن متمرکز شده است، به طوری که اکثر روان‌پزشکان برای رسیدگی به شکایات جسمی آمادگی لازم را ندارند. همانطور که خواهیم دید، بیماران مبتلا به MUS اغلب بین روان‌پزشکان و سایر متخصصان پزشکی که از پذیرش مسئولیت علائم امتناع می‌کنند، به عقب و جلو پاس‌کاری می‌شوند.

در این کتاب، به مشکل دشوار مدیریت بیماران مبتلا به MUS در جامعه امروزی ما از هر دو دیدگاه تاریخی و معاصر می‌پردازم و برای تمام مفاهیم پیشینه تاریخی ارائه می‌کنم، زیرا درک مفاهیم فعلی بدون شناخت زمینه تاریخی آنان غیرممکن است. پس از یک فصل مروری اولیه، فصل‌های ۲، ۳، و ۴ بر تاریخچه بیماری روان‌تنی تمرکز دارند که از مفهوم باستانی هیستری و تکامل آن از طریق نوراستنی و نوروزیس شروع شده و تا بیماری روان‌تنی امروزی شروع می‌رود. فصل ۵ و ۶ سازوکارهای اساسی برای علائم روان‌تنی، بیولوژیکی و روانی-اجتماعی را پوشش می‌دهند. من سعی کرده‌ام تا حد امکان در فصل ۵ مطالب پیش‌زمینه توضیحی را ارائه کنم، اما اصطلاح عصب‌شناسی ممکن است برای برخی از خوانندگان عادی دلهره‌آور باشد. فصل ۵ را می‌توان به راحتی نادیده گرفت و به عنوان منبع مرجع بدون تأثیرگذاری بر پیام کلی استفاده کرد. فصل‌های ۷، ۸ و ۹ به شایع‌ترین MUS (درد مزمن کمر، شکم و سر، خستگی و سرگیجه) می‌پردازند و فصل ۱۰ مروری بر درمان علائم روان‌تنی ارائه می‌دهد. هر فصل با یک پاراگراف مروری کوتاه به پایان می‌رسد. من یک رویکرد مغز محور برای درک علت و درمان علائم ارائه می‌کنم. اگر افراد بخواهند عوامل روانی-اجتماعی را به عنوان علت MUS بپذیرند، باید درک کنند که سازوکارهای مغزی برای توضیح علائم وجود دارد. اگرچه سوالات حل‌نشده‌ای در مورد برخی از این سازوکارها وجود دارد، اما بیماری‌های روان‌تنی همانند سایر بیماری‌های عصبی و به دلیل تغییرات در عملکرد مغز هستند.

**رابرت دلبلیو بالو**

# پیشگفتار مترجم

در طول اعصار، پزشکان همیشه با بیماری‌های دست و پنجه نرم کرده‌اند که علائم آن‌ها هیچ توضیح پزشکی واضحی ندارد. چنین بیماری‌هایی ضروری‌ترین اصول پزشکی را به چالش می‌کشند و این پدیده‌ای نیست که در گذشته‌های دور مدفون شده باشد. تمامی شواهد حاکی از آن است که بیماری‌هایی که از نظر پزشکی شکایات غیرقابل توضیحی دارند، به همان اندازه و شاید حتی بیشتر معمول هستند. تنها تفاوت این است که نام‌های متفاوتی به اختلالات داده می‌شود. با پیشرفت علم، اختلالات رمزآلود جهش یافته و با محیط جدید سازگار می‌شوند. آن‌ها می‌م‌هایی هستند که با وفاداری بالا از خود کپی کرده و در سراسر جهان پخش و اکنون به سرعت توسط رسانه‌های جمعی تسهیل می‌شوند. این مشکلی بزرگ است که موجب ناتوانی و بدبختی ناگفته می‌شود. درک این مشکل مستلزم دانش عمیق تاریخ پزشکی و تلاش‌هایی است که برای درک و درمان این اختلالات انجام شده است.

دکتر رابرت دلبیو بالو، متخصص مغز و اعصاب برجسته با تخصص ویژه در نورولوژی دهلیزی، سابقه طولانی در کمک به بیماران مبتلا به سرگیجه، یکی از شایع‌ترین علائمی که اغلب منجر به تشخیص قطعی نمی‌شود، داشته است. از این نقطه شروع، او تاریخچه علائم پزشکی غیرقابل توضیح را مطالعه کرده و یک فرضیه وحدت‌بخش را بیان کرده است و آن‌ها را در یک پیوستار قانع‌کننده و قابل توضیح از نظر عصب‌شناسی به هم پیوند می‌دهد.

پس از شروع با مروری بر علائم شایع پزشکی غیرقابل توضیح، دکتر بالو، تاریخچه مفهوم هیستری را در دوران باستان مرور می‌کند و به دنبال آن قرن نوزدهم را که بسیاری آن را عصر طلایی هیستری می‌نامند، از قرن بیستم تا زمان کنونی مرور می‌کند. توصیفات او از چهره‌های برجسته این داستان زنده و انسانی است. مخاطب واقعا می‌تواند به دوره‌های مختلف منتقل شود و با تلاش‌های پزشکان و دانشمندان برای درک و درمان این بیماری‌ها همدلی کند. توصیفات پیروان بقراط، بریکه، شارکو، میچل، فروید، بروئر، کانن، سلیه و انگل قانع‌کننده است و هم زمان و هم جمعیت را منعکس می‌کند. می‌توان این فرضیه بالو را درک کرد که ماهیت علائم در هر دوره معینی منعکس‌کننده آموزش و تعصبات پزشکان دانشمندان و رویدادهای آن زمان است. بنابراین عوامل استرس‌زای عمده اجتماعی، مانند جنگ و بیماری، در ماهیت علائم غیرقابل توضیح منعکس می‌شوند که با گزارش رویدادها توسط رسانه‌ها، که به خاطر ماهیت خود شدت‌آفرین‌ها را اغراق‌آمیز می‌کنند، تشدید می‌شوند.

بالو سپس سازوکارهای بیولوژیکی و روان‌شناختی مختلفی که علائم روان‌تنی را توضیح می‌دهند، توصیف می‌کند. توصیفات نظریه‌ها پیچیده و از نظر علمی دقیق هستند اما به گونه‌ای نوشته شده‌اند که برای یک خواننده حرفه‌ای یا غیرحرفه‌ای که علاقه واقعی به این شرایط جذاب و پیامدهای اجتماعی آن دارد، قابل درک باشد. بالو سپس سه فصل را به شایع‌ترین علائم روان‌تنی اختصاص می‌دهد: (۱) درد در پشت، شکم، و سر. (۲) فیبرومیالژی/سندرم خستگی مزمن؛ (۳) سرگیجه مزمن. این کتاب با نگاهی به آینده، از جمله تکنیک‌های مدرن مانند تحریک عمیق مغزی و تحریک مغناطیسی از طریق جرمه به پایان می‌رسد.

این فرضیه وحدت‌بخش که همه این سندرم‌های پروتئینی تظاهراتی از پاسخ مغز به استرس هستند، با صدای بلند و واضح به دست می‌آید. این رویکرد نسبت به بیماران همدرد است، زیرا به صراحت بیان می‌کند که این تجربیات "واقعی" هستند و خیالی یا تمارض نیستند و تمامی آن‌ها بر اساس درک عمیقی از چگونگی تکامل مغز در مواجهه با تهدیدات محیطی مختلف قابل توضیح هستند. بسیاری در دوره‌های مختلف پیش‌بینی کرده‌اند که هیستری مرده است، اما در واقع در دنیای مدرن زنده و تمام و کمال است.

در نهایت از پدر و مادرم که با عشقی حقیقی و خالص مرا یاری می‌دهند، از همکاران عزیزم و تمامی افرادی که به نحوی در ترجمه این کتاب کمک رسانده‌اند و انتشارات رویان پژوه بابت قبول زحمت در تمام مراحل چاپ و انتشار، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تقدیم به قربانیان حادثه متروپل آبادان

خرداد ۱۴۰۱

# فصل ۱

## مروری بر علائم غیر قابل توضیح پزشکی

همه بیماری‌ها، نه فقط آن‌هایی که در حد وسط روان‌تنی طبقه‌بندی شده‌اند، تا حدی توسط باورهای بیماران، انتظارات پزشکان و محیط فرهنگی اطراف ایجاد می‌شوند.

### نیل شوریچ

علائم غیر قابل توضیح پزشکی (MUS)<sup>۱</sup> علائمی هستند که علیرغم ارزیابی گسترده پزشکی همچنان یک معما باقی مانده‌اند. حتی پس از پیگیری طولانی مدت، در اغلب موارد، علت ناشناخته باقی می‌ماند. اگرچه توافق گسترده‌ای وجود دارد که بر اساس آن اکثریت این افراد علائم روان‌تنی دارند، اما اغلب برای آن‌ها یک تشخیص پزشکی داده می‌شود و درمان‌های پزشکی دریافت می‌کنند، فرآیندی که به آن پزشکی‌سازی می‌گویند. پزشکان علائم را ایجاد نمی‌کنند اما با پیشنهاد اینکه علائم ممکن است منادی یک بیماری بالقوه جدی باشند، می‌توانند علائم را تشدید کنند. علاوه بر این، ارائه نتایج آزمایش با مفهوم قابل بحث به بیمار نیز می‌تواند مشکل را تشدید کند. یک چرخه معیوب کلاسیک ایجاد می‌شود که در آن بیمار بر علائم تمرکز می‌کند و بررسی دقیق نیز علائم را بیشتر می‌کند. در جوامع امروزی گرایش قوی به سوی افزایش جسمانی‌سازی و پزشکی‌سازی وجود دارد.

یکی از موضوعاتی که با انتشار این کتاب مشهود می‌شود این است که مردم معمولاً از تشخیص بیماری روان‌تنی ناراحت هستند. بسیاری با واکنش‌هایی مانند "می‌گویی همه این‌ها در ذهن من است؟" یا "من مشکل روانی ندارم." آن‌را نمی‌پذیرند. هنگامی که شروع به نوشتن در مورد بیماری روان‌تنی کردم، دریافتیم که معنای روان‌زا<sup>۲</sup> مبهم است و هنوز هیچ تعریف توافقی شده‌ای برای آن وجود ندارد. در کاربرد اساسی، به معنای بیماری با علت روانی است تا علت موثر در ساختمان یک ارگان (ارگانیک). اما این به چه معناست؟ علائم ناشی از علل روان‌زا و ارگانیک منطبق بر فردی که علائم را تجربه می‌کند، هستند. علاوه بر این، عوامل روانی-اجتماعی برای همه بیماری‌های عصبی از جمله بیماری‌های ناشی از تومورهای مغزی، مولتیپل اسکلروزیس و پارکینسون مهم هستند. مسیرهای مغزی مشابه بدون توجه به مکانیسم اصلی علائم، ارگانیک، روان‌زا یا ترکیبی از این دو فعال می‌شوند. همه این‌ها علائم عصبی هستند.

پیشوند "سایکو"<sup>۳</sup> ریشه یونانی در کلمه psyche به معنای روح یا جان دارد. از آنجایی که مفهوم روح فراطبیعی جدا از بدن فیزیکی تا حد زیادی به باورهای مذهبی نسبت داده شده است، امروزه روان همان ذهن است، بخش‌هایی از مغز که به فرد اجازه می‌دهد درک کند، منطقی بیندیشد و از هستی یک موجود منحصر به فرد آگاهی هوشیارانه داشته باشد. اگرچه بسیاری از دانشمندان موافق هستند که ذهن در مغز است، اما اینکه دقیقاً کجا و چگونه در مغز قرار دارد، کمتر مشخص است. علوم اعصاب مدرن در حال دستیابی به درک چگونگی سازماندهی ذهن است، اما هنوز راه زیادی در پیش است. یکی از اجزای حیاتی عملکرد مغز، توانایی یادگیری است و مغز به طور منحصر به فردی طراحی شده است تا با ایجاد ارتباط، اطلاعات جدید را بیاموزد. مردم به سرعت طیف وسیعی از رفتارهای خوب و بد را یاد می‌گیرند، همانطور که تاریخ و جغرافیا را یاد می‌گیرند. بسیاری از این رفتارها توسط جامعه و فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند، شکل می‌گیرد. با یادگیری،

---

1. Medically Unexplained Symptoms  
2. Psychosomatic  
3. Psychogenic  
4. Psycho

تغییرات فیزیکی در ارتباطات مغز رخ می‌دهد که می‌تواند طولانی مدت و حتی دائمی باشد (که نوروپلاستیسته<sup>۱</sup> نامیده می‌شود)، اما علیرغم ظرفیت‌های قابل توجه یادگیری، مغز دارای کاستی‌ها و محدودیت‌هایی است. مغز می‌تواند بر اساس انتظارات و باورهای قبلی فریب داده شود و نیز به شدت مستعد تلقین است. بیماری روان‌تنی یک رفتار آموخته شده است و تغییراتی که در مغز با بیماری روان‌تنی رخ می‌دهند، به همان اندازه حقیقی هستند که در مغز با بیماری ارگانیک رخ می‌دهند.

## ■ درد و فیبرومیالژی

جوآن جرمانوتا<sup>۲</sup> فوق‌ستاره‌ای است که در سن ۳۰ سالگی دست آوردهای بیشتری از کل دوره حرفه‌ای اکثر هنرمندان کسب کرده است. سطح انرژی او در استیج بی‌حد و مرز بنظر می‌رسد؛ او روی استیج دست به انجام حرکات تعادلی خارق‌العاده‌ای می‌زند، با این حال ممکن است روزها خسته و ناتوان باشد و از درد به خود بی‌پسند و حتی خسته‌تر از آن باشد که بتواند رختخواب را ترک کند. تشخیص پزشکی این وضعیت جرمانوتا فیبرومیالژی بود، یک بیماری مبهم که با درد، خستگی و سایر علائم ناتوان‌کننده همراه است که هنوز هیچ درمان شناخته شده‌ای برای این علائم پیدا نشده است. علیرغم در اختیار داشتن کادر درمانی جرمانوتا مجبور به لغو کردن تور موسیقی اروپای خود به علت بیماری شد. جرمانوتا که بیشتر با نام "لیدی گاگا"<sup>۳</sup> شناخته می‌شود، در مستندی که از شبکه نتفلیکس به نام *گاگا: پنج فوت دو اینچ*<sup>۴</sup> (۱۵۸ سانتی متر) پخش شد، درباره مشکلات خود با شهرت و فیبرومیالژی سخن گفت. در این مستند او گوشه‌ای از مبارزات خود با فیبرومیالژی، فشار ناشی از قرار گرفتن در کانون توجه به طور مداوم و دست و پنجه نرم کردن با درد مزمن را به تصویر کشید. این مستند الهام بخش بیماران مبتلا به این بیماری ناتوان‌کننده بود و همچنین ارتباط بین مغز، بدن و بیماری مزمن را به خوبی نشان داد.

اکثر پزشکان بر این متفق‌اند که عوامل روانی-اجتماعی زیادی در فیبرومیالژی دخیل هستند. با این حال، مانند همه بیماری‌ها فاکتورهای بیولوژیکی از قبیل واریانت‌های مستعدکننده ژنتیکی، تجربه قبلی در زمینه بیماری و یا تغییرات هورمونی ایجاد شده بر اثر فشار روانی نیز مهم هستند. از آنجایی که درد ناشی از فیبرومیالژی به همان اندازه دردهای ارگانیک است، ممکن این سوال پیش بیاید که آیا تفاوتی بین درد روان‌زا و ارگانیک وجود دارد یا خیر؟ بر اساس درک امروزی از مکانیسم ایجاد درد در مغز پاسخ این سوال خیر است، در واقع هیچ مرز مشخصی بین دردهای روان‌زا و ارگانیک وجود ندارد. درمورد دردهای مزمن صرف نظر از علت ایجادکننده، تغییرات شیمیایی و ساختاری در مسیرهای درد در مغز به وجود می‌آید که سبب ایجاد حساسیت مرکزی می‌شوند (به فصل ۵ مراجعه کنید). عوامل ارگانیک مثل آسیب فیزیکی و عفونت می‌توانند موجب ایجاد درد شوند، درحالی‌که عوامل روانی-اجتماعی مانند ترس و استرس می‌توانند این را مشخص کنند که آیا این بیماری بهبود می‌یابد یا مزمن می‌شود؟

وایر میشل<sup>۵</sup> متخصص مغز و اعصاب آمریکایی بیشتر دوران حرفه‌ای خود را صرف مطالعه دردهایی با هر دو منشأ روان‌زا و ارگانیک کرد و دریافت که دردهای روان‌زا می‌توانند به اندازه دردهایی که سربازان مجروح در طی جنگ‌های داخلی آمریکا تجربه کردند، شدید باشند. در مونوگرافی با موضوع سخنرانی‌هایی در رابطه با بیماری‌های سیستم عصبی، به ویژه در زنان که در سال ۱۸۸۱ منتشر شد، درباره خانم ۱۹ ساله‌ای صحبت کرد که به سبب درد شدید مداوم در سراسر بدنش قادر به راه رفتن نبود و با چشم‌بند برای محافظت در برابر نور آفتاب به دکتر میشل مراجعه کرد. تشخیص دکتر نورآستنی بود، که در واقع تشخیص روان‌زای رایج آن زمان بود. بعد از دریافت برنامه درمانی معروف دکتر میشل که شامل استراحت مطلق و مصرف غذاهای پرکالری به مدت چند هفته بود، بیمار به تدریج بهبود یافت (برای جزئیات بیشتر به فصل ۳ مراجعه کنید). بیمار پس از بازگشت به خانه، در نامه‌ای به دکتر میشل خاطر نشان کرد که دردهای وی با فشارهای روانی و اجتماعی آغاز شدند. علاوه بر این توضیح داد که در طی دو سال قبل از کمر درد رنج می‌برده، خستگی مداوم داشته و بیشتر وقت خود را در بستر طی می‌کرده و نیز فعالیت کمی داشته است. برای تسکین خود اضافه کرد تمام دردهایی که تجربه کرده بود کاملاً واقعی بودند و نه خیالی، علت و منشأ آن هر چه که بود و یا به هر روش ساده‌ای که ممکن بود از ایجاد آن جلوگیری کرد، در آن زمان برای او رنج واقعی بود. گرچه بسیاری از پزشکان معاصر دانش کمی درباره بیماری‌های روان‌زا داشتند اما دکتر میشل به خوبی آگاه بود که درد روان‌زا به اندازه هر درد دیگری واقعی است.

1. Neuroplasticity  
2. Joanne Germanotta  
3. Lady Gaga  
4. Five Foot Two  
5. Silas Weir Mitchell

حتی مشاهده رنج و درد شخص دیگری می‌تواند بخش‌هایی از مغز که با احساسات در ارتباطند مثل سیستم لیمبیک را فعال کرده و موجب ایجاد درد در فرد بیننده شوند. در سال ۱۸۹۲ پزشک فرانسوی به نام پاول ژوا<sup>۱</sup> از مرد جوانی می‌گوید که پس از مشاهده درد طاقت‌فرسای خواهر خود هنگام دفع سنگ صفرآ، به درد مشابهی مبتلا شد. حالات و شکایات او کاملاً همانند تجربیات دردمند خواهرش بود، فریادهای مشابهی سر می‌داد، به همان روش به سمت راست شکم خود چنگ میزد به گونه‌ای که می‌خواست شکم را پاره کرده و منشاء درد را خارج کند. پس از مدت مشخصی این درد به سمت نواحی اپی‌گاستریک، قفسه سینه و قسمت تحتانی شکم رسید. مرد جوان به مدت ۸ روز و با حالاتی کاملاً مشابه به خواهرش از درد به خود می‌پیچید. این صحنه دقیق‌تر از این نمی‌توانست بازسازی شود و از آنجا که هیچ‌گونه شواهدی که تایید کننده منشاء دیگری برای این درد باشند، یافت نشدند حتی ممکن بود پزشکی تشخیص دردهای کبدی واقعی را دهد. با این حال مرد جوان دچار یک حالت هیستریک نوعی شده بود و درد بعد از مدتی از بین رفت.

با اینکه یونانیان باستان درد را به عنوان بخشی از هیستری می‌شناختند، اما تا قرن ۱۹ میلادی پزشکان تمرکز بر دردهای هیستریک نداشتند. در دهه ۱۸۳۰ میلادی پزشک انگلیسی به نام جان کانلی<sup>۲</sup> بر تنوع و شدت دردهای مختلفی که بیماران مبتلا به هیستری تجربه می‌کردند تحقیق کرد. دکتر کانلی بیان کرد این گونه دردها می‌توانند به اندازه کوبیدن میخ در پیشانی شدید باشند، مانند "کلاووس هیستریکوس"<sup>۳</sup> که درد طاقت‌فرسایی در ناحیه شکم بوده و مقلد دردهای التهاب صفاق است. هکتور لاندوزی<sup>۴</sup> پزشک فرانسوی در کتاب خود در مورد هیستری که در سال ۱۸۴۶ منتشر شده بود نوشت: یکی از ویژگی‌های ثابت دردهای هیستریک شدت فوق‌العاده زیاد آنها است. البته یافته‌های شرح دهنده خشونت هنگام این دردها یافت نشدند. این گونه خشونت‌ها را از جیغ و فریاد بیماران هنگام لمس نواحی درد می‌توان تجربه کرد. لاندوزی در ادامه از دو بیمار هیستریک صحبت می‌کند که به امید رهایی از درد درخواست قطع زانو و در موردی دیگر برداشتن عصب سیاتیک و خارج کردن سر استخوان ران را داشتند.

اگر چه درد کلی بدن از زمان‌های قدیم بخش غیرقابل تفکیک بیماری‌های روان‌زا از قبیل هیستری و نورآستنی بوده است، امروزه این علامت پایه‌گذار سندروم جداگانه‌ای به نام فیبرومیالژی شده است. بیماران امروزی تمایل کمتری برای پذیرش دلایل روان‌زا برای علائم پزشکی خود دارند و به دنبال این هستند که منشا دردشان ارگانیک شناخته شود. پزشکان نقش حیاتی در شکل‌دهی و تشدید علائم بیماران و تشخیص بیماری‌ها دارند. همانند بیماران، اغلب پزشکان نیز با تشخیص روان‌تنی راحت نیستند و ترجیح می‌دهند که علائم بالینی را در یک دسته بیماری خاص با علت ارگانیک قرار دهند. بسیاری از پزشکان حتی با مطرح کردن بیماری‌های روان‌تنی مشکل دارند. روش پزشکی مدرن اغلب به این صورت است که یک لیست طولانی از بیماری‌های ارگانیک احتمالی تشکیل داده و سپس با آزمایشات مختلف یک بیماری رد یا تشخیص داده می‌شود. این رویکرد، برای مقابله با بیماری روان‌تنی رویکرد مناسبی نیست و معمولاً سبب بدتر شدن علائم می‌شود چرا که همانند ریختن بنزین در آتش است.

## ■ کاستی‌های مغز

اگر چه مغز انسان ارگانی قابل توجه با طیف گسترده‌ای از قابلیت‌های منحصر به فرد است، اما دارای "کاستی‌های طراحی" است که آن را در برابر پیشنهاد و دستکاری آسیب‌پذیر می‌کند. تبلیغ‌کنندگان و سیاستمداران به طور معمول از این معایب برای تأثیرگذاری بر رفتار ما در مورد خرید و رأی‌گیری استفاده می‌کنند. کاستی‌های طراحی را می‌توان هم در طبیعت و هم در پرورش جستجو کرد. مغز طی میلیون‌ها سال از حدود ۳۰۰ سلول عصبی در کرم حلقوی، به حدود ۲۰۰۰۰ سلول عصبی در حلزون دریایی (مورد بحث در فصل ۵)، به حدود ۹۰ میلیارد سلول عصبی در انسان امروزی تکامل یافت. فرآیند تکامل شسته و رفته و منظم نیست، بلکه با تعاملات پیچیده بین ماژول‌های بدوی در اعماق مغز و ماژول‌های بعدتر تکامل یافته در قشر مغز بر حسب اتفاق و تصادفی است. بسیاری از احساسات و رفتارهای ما در ماژول‌های بدوی عمیق مغز که در ژن‌های ما رمزگذاری شده‌اند، ریشه دوانده‌اند. برای مثال ترس، اساسی‌ترین همه احساسات، نقش برجسته‌ای در زندگی همه ما ایفا می‌کند، اما تنها تا حدی تحت کنترل آگاهانه ما است. از نظر تکاملی، ترس نقش محافظتی مهمی در نجات جانوران از خطرات تهدید کننده زندگی مانند سموم و شکارچیان، واکنش "ستیز یا گریز" ایفا می‌کند. اگر گونه‌ای بخواهد تکثیر شود، باید زنده بماند.

1. Paul Joire  
2. John Conolly  
3. Clavus Hystericus  
4. Hector Landouzy

اما یک ویژگی تکاملی که در ژن‌های ما وجود دارد و برای اجداد مفید بوده، می‌تواند یک نقص طراحی در مغز انسان‌های امروزی باشد. دین بوئونومانو<sup>۱</sup>، عصب‌شناس دانشگاه UCLA، در کتاب خود، *اشکالات مغزی: چگونه کاستی‌های مغز زندگی ما را شکل می‌دهند*، دو دلیل مهم برای قدرت ترس بر استدلال شناسایی کرد: "اول، زیربرنامه‌های ژنتیکی که تعیین می‌کنند ما از چه چیزی می‌ترسیم نه تنها برای زمان و مکان متفاوتی نوشته شده بودند، بلکه بسیاری از کدها روی هم‌رفته برای گونه‌های مختلف نیز نوشته شده بودند. سیستم عامل عصبی باستانی ما هرگز این پیام را دریافت نکرد که شکارچیان و غریبه‌ها دیگر به اندازه گذشته خطرناک نیستند و چیزهای مهم‌تری برای ترسیدن وجود دارد. دلیل دوم برای اشکالات مغزی مرتبط با ترس ما این است که ما خیلی خوب آماده‌ایم تا ترس را از طریق مشاهده بیاموزیم. یادگیری مشاهده‌ای قبل از ظهور زبان، نوشتن، تلویزیون و هالیوود تکامل یافته است - قبل از اینکه بتوانیم در مورد چیزهایی که در دنیای واقعی اتفاق افتاده است یاد بگیریم. از آنجایی که یادگیری نیابتی تا حدی ناخودآگاه است، به نظر می‌رسد که تا حدی در برابر دلیل مقاوم است و برای تشخیص واقعیت از تخیل آمادگی خوبی ندارد". جای تعجب نیست که بسیاری از آمریکایی‌ها از مجروح یا کشته شدن در یک حمله تروریستی بسیار بیشتر از مجروح یا کشته شدن طی یک تصادف اتومبیل می‌ترسند، حتی اگر احتمال وقوع دومی چندین برابر بیشتر از مورد اول باشد. این کاستی‌های طراحی در نرم‌افزار مغز، ما را مستعد ترس‌های غیرمنطقی می‌کند که می‌تواند شیمی و فیزیولوژی مغز و بدن ما را تغییر دهد و طیف وسیعی از علائم را ایجاد کند. این نوع روایت با استفاده از قیاس با مشکلات نرم‌افزاری رایانه‌ای برای توضیح علائم به بیماران مبتلا به فیبرومیالژی مفید است.

## ■ ترس

آمیگدال (بخشی از سیستم لیمبیک در اعماق مغز) یک ساختار اولیه تکاملی است که برای یادگیری و بیان ترس و ایجاد اضطراب حیاتی است (به فصل ۵ مراجعه کنید). آسیب به آمیگدال منجر به بی‌باکی و حالتی یکدست از نظر عاطفی در حیوانات می‌شود. بوها یا صداهای غیرمنتظره ناگهانی باعث ترس و واکنش "ستیز یا گریز" در اجداد ابتدایی ما در هنگام سرگردانی در جنگل شد. درست همانطور که سگ‌های پاولوف<sup>۲</sup> آموختند که طنین انداختن زنگ را با افزایش ترشح بزاق مرتبط کنند، صداهای تهدیدآمیز مکرر منجر به افزایش فعال شدن مسیرهای ترس-اضطراب آمیگدال در طول زمان شد. ترس و اضطراب مرتبط با آن بخشی از بیشتر بیماری‌های روان‌زا هستند. برای مثال، فوبیها با ترس اغراق‌آمیز و نامناسب از یک موقعیت خاص، مانند محصور شدن در یک فضای بسته یا رانندگی در بزرگراه لس‌آنجلس، ظاهر می‌شوند. با اختلال استرس پس از تروما (PTSD) ترس و اضطراب فراگیر می‌شود که توسط افکار یا اتفاقاتی که فرد مبتلا را به یاد یک تجربه آسیب‌زای قبلی می‌اندازد، ایجاد می‌شود. برای مثال، کوبیدن دری که سرباز را به یاد یک تجربه نبرد می‌اندازد. مدارهای ترس مغز برای پاسخ دادن بیش از حد به این شرایط معمولاً بی‌خطر شرطی شده‌اند. اما چرا ترس این همه قدرت بر توانایی استدلال ما دارد؟ آمیگدال ارتباط تنگاتنگی با قشر پره‌فرونتال دارد، ناحیه تکاملی جدید مغز که برای "عملکردهای اجرایی" مانند تصمیم‌گیری و تحت کنترل نگه داشتن احساسات اولیه حیاتی است. این ماژول‌های مغزی دائماً بر سازش بین احساسات و عقل کار می‌کنند. اما تعداد اتصالات عصبی از آمیگدال به قشر پره‌فرونتال از اتصالات قشر پره‌فرونتال به آمیگدال بیشتر است. بنابراین، ممکن است یک بستر آناتومیکی برای احساسات جهت تسلط بر عملکردهای اجرایی مانند تفکر منطقی وجود داشته باشد (به فصل ۵ مراجعه کنید). آیا می‌توان ارتباط قشر پره‌فرونتال به آمیگدال را افزایش داد و بنابراین احساسات بدوی مانند ترس را بهتر کنترل کرد؟ درمان شناختی رفتاری و تحریک مغناطیسی یا الکتریکی قشر پره‌فرونتال ممکن است در واقع این کار را انجام دهد و تکنیک‌های تصویربرداری مغز را می‌توان برای مستندسازی این تغییر استفاده کرد (این موضوعات با جزئیات بیشتر در فصل ۱۰ مورد بحث قرار گرفته‌اند).

## ■ اضطراب

همانند درد، اضطراب نیز همواره بخشی از بیماری‌های روان‌تنی بوده است، اما مفهوم بیولوژیکی بودن منشاء اضطراب با فرضیه ستیز و گریز والتر کانن در دهه ۱۹۲۰ رواج یافت. کانن با تحریک ترشح آدرنالین از غده آدرنال و با تزریق آدرنالین به حیوانات، حالات مختلف اضطراب را

1. Dean Buonomano

2. Brain Bugs: How the brain's Flaws Shape Our Lives

3. Pavlov's dogs



شبیه سازی کرد. با دست یافتن به درک بهتری از سیستم لیمبیک و ارتباط آن با هیپوتالاموس و مراکز کلیدی ساقه مغز، تئوری بیولوژیکی بودن اضطراب تکامل یافت. همانطور که قبلاً هم اشاره شد، آمیگدال ساختمان کلیدی برای ایجاد پاسخ ترس است و کنترل قشر آمیگدال نقش مهمی در تعدیل این پاسخ دارد. اختلال کنترل قشر آمیگدال منجر به تفسیرهای نادرست از حرکات بدن و فعال شدن نابجای شبکه ترس می‌شود. واریانت‌های محدودی از ژن‌ها که پروتئین‌های شرکت کننده در شبکه ترس را کد می‌کنند، به خوبی به این سوال که چرا بعضی افراد بیشتر مستعد حملات اضطراب هستند پاسخ می‌دهد. تغییرات ایجاد شده در ژن‌های کد کننده انتقال دهنده عصبی سروتونین توجهات زیادی را به خود جلب کرده است چرا که داروهایی که سبب افزایش سروتونین در مغز می‌شوند، در درمان اضطراب به کار می‌روند. همانند درد مزمن، اضطراب نیز با "حساس سازی مرکزی" همراه است. بیماران مبتلا به اضطراب نسبت به محرک‌های حسی از جمله نور، صدا، حرکت، درد و بو حساسیت زیادی دارند. این بیماران اغلب با کوچک‌ترین تماس وحشت زده می‌شوند. پارادوکس اصلی اینجاست که با وجود افزایش حساسیت، عملکرد مغز همچنان ناکارآمد است. هنگام صحبت در مورد این مشکل با بیماران، اغلب از قیاس موتور با دنده خلاص استفاده می‌کنم. بیماران مبتلا به اضطراب در تمرکز حواس خود به مشکل برمی‌خورند که به این پدیده مه مغزی گفته می‌شود. حواس این بیماران به راحتی پرت می‌شود و همچنین بازده کمتری در فعالیت‌های خود دارند، در به خواب رفتن مشکل داشته و به طور مداوم احساس خستگی دارند. اضطراب معمولاً با اکثر علائم روان تنی همراه است و به عنوان بخشی از بیماری‌های تخریب عصبی شناخته می‌شود و حتی می‌تواند جزء تظاهرات اولیه یک بیماری عصبی باشد.

بیماران مبتلا به اضطراب معمولاً با شکایت از علائم جسمانی همانند درد، خستگی، سرگیجه و حتی از این آگاه هستند که احساس دلواپسی دارند، به پزشکان مراجعه می‌کنند. معمولاً بیماران اینطور نتیجه‌گیری می‌کنند که این علائم سبب اضطراب آنان شده است. به طور مثال خانم میان‌سالی با شکایت مه مغزی که مربوط به ۱۰ سال گذشته بوده است به ۵۷ پزشک مراجعه کرد و پرونده وسیعی را برای اثبات این امر ارائه کرده است. مه مغزی این خانم مداوم بوده و با مشکل در تمرکز و به خواب رفتن نیز همراه بوده است. در گذشته بیماری این خانم فیبرومیالژی تشخیص داده شده که با درد روزانه در سراسر بدن همراه بوده است. او همچنین از اختلال در حافظه شکایت کرد و عنوان کرد که در به خاطر آوردن نام‌ها و محل وسایل مشکل دارد. پس از مشاوره با پزشک و تشخیص اولیه نوع نادری از زوال عقل علائم این بیمار بدتر شدند. در طی ۱۰ سال ۷ بار MRI مغزی انجام شد که در تمامی آن‌ها فعالیت مغزی نرمالی داشته است و همچنین معاینه عصبی وی کاملاً طبیعی بود. روزها را روی صندلی خانه خود سپری می‌کرد زیرا معتقد بود که با فعالیت فیزیکی یا قرار گرفتن در محیط شلوغ علائمش بدتر می‌شود. پزشکان او را از انجام فعالیت‌هایی که سبب تشدید حالت مه مغزی وی می‌شدند، منع کردند.

اما این داستان چه مواردی درباره علائم روان تنی به ما می‌آموزد؟ این گونه بیماری‌ها در ایالات متحده امریکا چگونه اداره می‌شوند؟ این واقعیت که این خانم برای حل مشکلش به ۵۷ پزشک مراجعه کرده است، شاید به نظر اغراق آمیز به نظر برسد اما در این زمینه رکورددار نیست. چرا بیماران احساس نیاز به مراجعه کردن به پزشکان مختلف دارند؟ به طور معمول بیماران علائمی در نقاط مختلفی از بدن دارند و برای هر یک از این علائم به پزشک فوق تخصص مربوطه مراجعه می‌کنند. پزشکان مسئول مراقبت‌های اولیه که ممکن است از بعد کلی نگرانه تری به موضوع نگاه کنند، وقت کمی برای رسیدگی به لیست علائم پیچیده دارند و بسیاری از آن‌ها در برخورد با علائمی مانند درد و سرگیجه خود را دارای صلاحیت نمی‌دانند. اما همانطور که قبلاً هم اشاره شد فرآیند رد کردن آزمایشات برای بیمار و تشخیص بیماری‌های ارگانیک، می‌تواند اثر سوء داشته باشد و علائم بیماران را دو چندان تشدید کند. در واقع چیزی که این بیماران نیاز دارند این است که فردی (ترجیحاً با موی سفید و اعتماد به نفس بالا) به آن‌ها اطمینان دهد که این علائم کاملاً واقعی هستند و فقط تصور ذهنی آن‌ها نیستند، به دلیل تغییرات ایجاد شده در مغز افراد ایجاد می‌شوند و با درمان مناسب بهبود خواهند یافت. ارجاع دادن بیمار به روانپزشک برای درمان رفتاری-شناختی و دارو درمانی ممکن است در روند درمان مورد نیاز باشد، اما همانطور که در پیش گفتار ذکر شد بسیاری از روانپزشکان در برخورد با علائم جسمانی مانند درد، خستگی و سرگیجه احساس ناراحتی می‌کنند و حتی خود روانپزشکان با به میان آوردن احتمال تشخیص‌های ارگانیک ممکن است بیمار را ترقیب به دنبال کردن پزشکان مختلف برای مشکلاتشان کنند و حتی بیمار را به چند پزشک فوق تخصص ارجاع دهند.