

به نام آن که جان را فکرت آموخت



www.fararavan.com



با همکاری موسسه‌ی علمی تحقیقاتی دانش تندرستی

www.iranianhealth.com

ریچارد کرا دین

اثر دارونما

و نیروی شفای ناهشیار

برگردان دکتر شهرام رفیعیان

ویراسته دکتر فرزاد گلی

انتشارات فراروان

روان‌شناسی، فراروان‌شناسی و عرفان

سرشناسه	: کرادین، ریچارد ال.	Kradin, Richard L.
عنوان و نام پدیدآور	: اثر دارونما و نیروی شفای ناهشیار / ریچارد کرادین؛ برگردان شهرام رفیعیان؛ ویراسته فرزاد گلی.	
مشخصات نشر	: تهران: فراروان، ۱۳۹۰.	
مشخصات ظاهری	: ۲۳۲ ص.: مصور.	
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۸۴۲-۵۱-۳	
یادداشت	: عنوان اصلی:	The placebo response and the power of unconscious healing, c2008
موضوع	: دارونما	
موضوع	: شفای روانی	
موضوع	: اعصاب مرکزی -- فیزیولوژی	
شناسه افزوده	: رفیعیان، شهرام، ۱۳۴۵ - مترجم	
شناسه افزوده	: گلی، فرزاد، ۱۳۵۰ - ویراستار	
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۰ الف ۴ ک/ ۳۳۱ RM	
رده بندی دیویی	: ۶۱۵/۵	
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۴۱۵۳۵۸	

اثر دارونما و نیروی شفای ناهشیار

نوشته‌ی ریچارد کرادین
برگردان دکتر شهرام رفیعیان
ویراسته‌ی دکتر فرزاد گلی
چاپ اول ۱۳۹۰، شمارگان ۱۰۰۰
لیتوگرافی آپرین. چاپ رامین
شابک ۹۷۸-۹۶۴-۲۸۴۲-۵۱-۳

«تمام حقوق برای انتشارات فراروان محفوظ است»

دفتر مرکزی: تهران، تلفن ۶۶۹۲۱۳۷۸ و ۶۶۴۳۷۷۵۳ نمابر ۶۶۹۰۰۲۹۹
کتابخانه فراروان: خ. ستارخان، پل یادگار امام، بازار سنتی، فاز ۱، شماره ۱/۱۱۸
تلفن ۴۴۲۴۶۷۱۵-۷ نمابر ۴۴۲۴۶۷۱۴
info@fararavan.com

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان

فهرست

۷.....	سپاس نامه.....
۹.....	پیش درآمد.....
۱۳.....	درآمد.....
۱۷.....	فصل اول: پاسخ دارونما.....
۲۵.....	فصل دوم: دارونما در بیماری و شفا.....
۳۹.....	فصل سوم: تاریخچه‌ای کوتاه از پزشکی و پیامدهای گوناگون دارونماها.....
۷۹.....	فصل چهارم: چه کسی از تأثیرات دارونماها بهره‌مند می‌شود؟.....
۹۳.....	فصل پنجم: درباره‌ی کرد و کار دارونماها چه می‌دانیم؟.....
۱۴۷.....	فصل ششم: پاسخ دارونمای نابهنجار.....
۱۶۹.....	فصل هفتم: دارونما و حقیقت.....
۱۷۹.....	فصل هشتم: پاسخ برای رام کردن پاسخ دارونما.....
۲۰۷.....	نمایه.....
۲۱۱.....	کتاب‌شناسی.....

سپاس نامه

تهیه این نوشتار سال‌ها به طول انجامیده‌است. این مطالعه الهام گرفته از تأملات من دربارهٔ تأثیرات متقابل ذهن و بدن در سلامت و بیماری بوده‌است. فکر شکل‌دهی به یک الگوی تبیینی برای پاسخ دارونما را الگویی که سال‌ها پیش آماده کرده بودم، پیشنهاد یک بورس پژوهشی به مؤسسه ملی سلامت در من برانگیخت. اجزای این الگو قبلاً در مقالات چاپ شده در نشریات تبیین شده بود (کرادین، الف ۲۰۰۴، ب ۲۰۰۴). لیکن آن‌یافته‌ها در شکلی که اکنون ارائه می‌دهم صورت‌بندی شده است. من سپاسگزار همکارانم هستم که مرا برای نوشتن این نوشتار تشویق کردند. خصوصاً رابرت بوسناک^۱ که فعالیت شغلی خود را صرفِ میانکنش‌های ذهن بدنی کرده‌است. از ویراستارانم در راتلج برای درک اهمیت موضوع متشکرم. سپاس‌های من نثار میشل فاریستل لی^۲ برای همکاری حرفه‌ای‌اش در زمینه کار هنری و برای لیندا آرینی^۳ که مرا در تدوین متن یاری کرد. در آخر از، جو، دوست باوفا و سیمون، که همراهان پایدار من در این پروژه بودند، ممنونم.

^۱ . Robert Bosnak

^۲ . Michelle Forrestall lee

^۳ . Linda Arini

پیش درآمد

پانزده سالی می‌شود که در زمینه آموزش فنون کنترل ذهن- بدن و پزشکی روان‌تنی و به ویژه هیپنوتیزم درمانی فعالیت دارم. باید اقرار کنم که در این سال‌ها در پرورش درمانگران حرفه‌ای در این زمینه لاف‌ها و توفیق عددی نداشته‌ام و شمار اندکی از آنان فعالیت حرفه‌ای مستمر در این زمینه یافتند چراکه آنها باید محیط درمانی خود را برای این کار آماده می‌ساختند و تمرکز خود را بر روی این رویکرد درمانی می‌گذاشتند، وقت بیشتری را برای بیماران صرف می‌کردند، مطالعه مستمر می‌کردند و از خلاقیت خود برای شناخت نظام باور، استعاره‌هایی که دستگاه شناختی- رفتاری فرد را کنترل می‌کنند استفاده می‌کردند و به شیوه‌هایی منعطف و گاه خلاقانه و شخصی به تغییر تصویرهای ذهنی و شبکه باورهای فرد می‌پرداختند و در مجموع کم و بیش پول کمتری درمی‌آوردند.

از بازخوردهایی که از اغلب این دوستان دریافت کرده‌ام چنین برمی‌آید که آنها همچنان به عنوان پزشک عمومی، جراح، روانپزشک، روان‌درمانگر شناختی- رفتاری و دندانپزشک به کارشان ادامه می‌دهند و اغلب آنها در برنامه درمانی‌شان جلسات هیپنوتیزم درمانی ندارند. اما در عوض بارها و بارها با گزارش‌هایی از این دست مواجه شده‌ام که:

"من هیپنوتیزم درمانی نمی‌کنم ولی از اصول آن در همان برخوردهای کوتاه و معمول

حرفه‌ایم استفاده می‌کنم و به روشنی تأثیر این فنون را در بهبودی بیماران و البته استقبال آنان

از کار بالینی‌ام دیده‌ام."

آنها به تأثیر فوق‌العاده ایجاد انتظارات مثبت و نیروی متحول‌کننده رابطه درمانی پی برده بودند و از این عوامل درمانی در کار خویش استفاده می‌کردند. اغلب پزشکان خبره می‌دانند آنچه یک پزشک را در کارش موفق می‌کند تنها دانش و مهارت فنی نیست بلکه حتی شاید بیش از آن و پیش از آن بکارگیری نیرویی است که نویسنده ارجمند این کتاب انقلابی، آن را نیروی شفای ناهشیار خوانده است و روان‌شناسان انسان‌گرا کم و بیش آن را شعور ارگانیسمی می‌خوانند؛ یعنی توانایی خود-سازماندهی و تحوّل طبیعی ارگانیسم. به همین دلیل این درمانگران یکی از بنیان‌های سلامت و سلامت‌زایی را اعتماد به ارگانیسم یعنی باور و سپردن خویش به سازوکارهای خودکار شفابخش درونی دانسته‌اند.

وقتی ما راجع به اثر دارونما می‌گوییم بی‌اختیار قرص‌های شکری و کارآزمایی‌های بالینی شاهددار در نظرمان می‌آید و از همین روست که دارونما یک پدیده محدود به شرایط پژوهشی تلقی می‌شود. اما آنچه ما امروز دارونما می‌خوانیم درواقع آهنگ زمینه همه تدبیرهای درمانی در طول تاریخ بوده است و مطالعات پرشماری نشان می‌دهد که بسیاری از درمان‌های ما چیزی جز نام‌ها و نمایش‌های گوناگون همین آهنگ زمینه‌ای نیست و آنچه ما به عنوان عامل مؤثره و پاسخ اختصاصی می‌شناسیم خیلی وقت‌ها تنها چون تک‌نهایی بر آن زمینه نیرومند است و به جرأت می‌توان گفت که هیچ‌وقت پاسخ‌های اختصاصی درمانی چنان بزرگ نیست که آهنگ زمینه‌ای دارونما را بپوشاند.

به‌ویژه از دهه هفتاد میلادی که سنت تجربه‌گرایی کارآزمایی بالینی فراگیر شد راجع به هیچ پدیده‌ای در پزشکی به اندازه دارونمایی پژوهش نشده است چرا که همه داروها و اغلب تدبیرهای دیگر چون جراحی‌ها باید که برتری خویش را بر دارونما اثبات می‌کردند تا پا به میدان کار و بازار پزشکی بگذارند. این شگفتی ما را دوجندان می‌کند که با این همه شناخته‌شدگی و هرروزگی این پدیده فراگیر در پزشکی و زندگی چگونه است که چنین کتابی آن هم در پایان دهه آغازین قرن بیست و یکم چنین مفاهیم بنیادینی چون سلامت، درمان و پیوند ذهن و بدن را به چالش می‌کشد.

از نظر بسیاری شاید مقایسه اثر روش‌های درمانی با اثر دارونما چون کشتی گرفتن با یک سایه باشد ولی باید اقرار کرد اغلب درمان‌هایی که در نظر اول مؤثر به حساب می‌آمدند و جلوه‌ای پهلوانانه داشتند پس از چندی معلوم می‌شد که حریف همین سایه یا شبح یا هیچ یا هرچه شما آن را بخوانید، نمی‌شدند؛ یعنی آن اثرات درمانی که اتفاقاً متکی به خیلی دلایل علمی و سازوکارهای تکریدیک بود نه حاصل از تأثیر علی عامل مداخله‌گر آن بلکه ناشی از اثر القایی و روان‌جسمانی نام و نمایش آن؛ یعنی همان پدیده دارونمایی بود.

برای همین است که بی‌هیچ اغراق شاعرانه‌ای می‌گویم که اثر دارونما روح همه درمان‌ها و دستگاه‌های پزشکی است. فرق نمی‌کند که یک دارو باشد یا یک جراحی یا یک برنامه روان‌درمانی باشد یا یک برنامه درمانی طب سوزنی، همه این تدبیرهای بر شانه اثر دارونما سوارند البته اگر چیزی علاوه بر اثر دارونمایی در کار باشد. در میان درمان‌ها، هیپنوتیزم بالینی شاید از این جهت شاخص باشد که به‌طور مستقیم و کم و بیش بی‌واسطه‌ای به هدایت و تقویت اثر القایی دارونمایی می‌پردازد.

مثالی که پروفیسور کرادین، نویسنده کتاب، با الهام از فروید در مورد پاسخ دارونما به کار می‌برد؛ یعنی همان استعاره کوه یخ شناور است که بخش بیرون از آب آن درواقع تأثیرات اختصاصی تدبیرهای درمانی اوست ولی بخش بسیار بزرگ‌تر آن دور از دیدرس ما و زیر آب است که همان اثر القایی دارونما است، تمثیلی بسیار روشن و رواست.

چنین پدیده سیال، غیرمادی و شبح‌واری آفت یک ذهن اثبات‌گراست و طبیعی است که قرارداد آن به عنوان موضوع بحث و پژوهش قطعاً نظام علی مادی زیست- پزشکی را بر هم می‌زند و از همین‌روست که با همه گستردگی بی‌اندازه و بزرگی قابل سنجش آثارش، به ناهشیار گفتمان پزشکی رانده شده است و تا پیش از همین کتاب چنین روشن به آن پرداخته نشده بود.

درک این مطلب که دارونما دارویی از جنس باور است و ماده مؤثره آن یک عنصر شناختی و نه شیمیایی و فیزیکی است به کلی ذهن به اصطلاح علمی دانشمندان و پزشکانی که همه چیز را فروکاستنی به فرآیندهای مادی می‌دانند، می‌آشوبد.

اثر دارونما را از این جهت می‌توان فراگیرترین پدیده بالینی دانست که پیوند ذهن- بدن را بازمی‌نمایاند و تمام پدیده‌های آسیب‌شناختی و درمانی روان‌تنی را بر مبنای سازوکارهای بنیادین آن می‌توان تبیین کرد.

جای پرسش دارد که چرا از این همه بودجه‌های میلیون دلاری که صرف پژوهش‌های دارویی و تجهیزات پزشکی می‌شود تا شاید کارایی تشخیصی یا درمان را اندکی بهبود بخشند تقریباً چیزی صرف تقویت و توسعه پاسخ‌های دارونما نمی‌شود. بودجه‌هایی که صرف پژوهش‌های روان‌تنی و توسعه روش‌های شناختی رفتاری‌ای که می‌تواند موجب پرورش این نیروی شفای ناهشیار و به بیانی تعدیل روان-عصب-ایمنیک شود، در مقایسه با پژوهش‌های زیست-پزشکی آن‌قدر ناچیز است که به حساب نمی‌آید. البته علت‌های این سوگیری فاحش گفتمان پزشکی معلوم است؛ فرآیندهای سلامت‌زای ارگانسمی را نمی‌توان انحصاری کرد و با یک نام تجاری تولید انبوه کرد و فروخت و از سوی دیگر چنان که اشاره شد راه دادن این مطالعات به جریان اصلی گفتمان پزشکی؛ یعنی فروپاشی نظام حس باور و ماده‌گرای زیست-پزشکی.

البته این یک قاعده تاریخ علمی است که چنان نماند و چنین نیز هم نخواهد ماند و چنان‌که پارادایم‌های پیشین پزشکی در مواجهه با یافته‌های علمی جدید، به رغم مقاومت‌های اولیه، تحول یافتند، الگوی زیست-پزشکی هم چنان می‌نماید که باید جای خود را به الگویی جامع‌تر بدهد که بتواند پدیده‌هایی از این دست را نیز تبیین کند.

کتاب حاضر نه تنها یک کتاب درسی پایه برای پزشکی روان‌تنی به حساب می‌آید و به تمام درمانگران چه پزشک و چه روان‌شناس توصیه می‌شود بلکه به غیر از فصل پنجم و ششم آن که عمیقاً به سازوکارهای عصب شناختی و روان‌شناختی پاسخ‌های دارونما می‌پردازد برای خوانندگان که به مطالعه در زمینه خودشناسی و خود-درمانگری علاقه‌منداند نیز می‌تواند بسیار خواندنی و تأثیرگذار باشد.

در این مجال به‌عنوان ویراستار مجموعه کتاب‌های ده‌گانه سلامت از مترجم دانش‌پژوه این کتاب آقای دکتر شهرام رفیعیان، که خود نیز متخصص و پژوهشگر روان‌شناسی سلامت است، برای حسن انتخاب و ترجمه این کتاب و همین‌طور از آقای دکتر علیرضا فخرکننده که در ویرایش و واژه‌گزینی از نظرات ایشان برخوردار بودیم، خانم آزاده اخوت که زحمت حروف‌چینی، غلط‌گیری و نمونه‌خوانی متن را کشیدند و نیز خانم دکتر محبوبه فرزندگان که در بازخوانی متن نهایی نظرات ارزشمندی را ارائه کردند، صمیمانه سپاسگزارم.

برخی از واژه‌های فنی یا اشاره‌های نویسنده ارجمند نیاز به توضیح‌هایی مختصر داشت که در پانویست آورده‌ام و همین‌طور برخی واژه‌گزینی‌ها به‌خاطر نبودنشان شرحی کوتاه می‌طلبید، همه این یادداشت‌ها را با حرف «و» که کوتاه‌نوشت ویراستار است، مشخص کرده‌ام.

انگیزه ما از ترجمه این کتاب، نه فقط دانش‌افزایی در این میدان دانش که تغییر نگرش در حوزه عمومی و نیز دانشجویان و متخصصان سلامت بوده است. امیدواریم که پژوهش‌های ارزشمندی از این دست ما را به آستانه‌ای از فرگشت خرد و دانش برساند تا بتوانیم فناوری و پرورش و انگیزش نظام‌مند این نیروهای سلامت‌زای درونی را گسترش دهیم تا از این طریق نه تنها سلامت فرد و جامعه ارتقا یابد بلکه کرامت انسانی، از طریق توسعه توان‌های فردی و نگرشی انسان‌گراانه‌تر در نظام خدمات سلامت، فزونی یافته و انسان به سطوح عالی‌تر هشیاری رهبری شود.

از خدا جوییم توفیق ادب
دکتر فرزاد گلی

درآمد

پزشکی، به رغم خاستگاه‌های کهن‌اش، علمی جوان است. پیشرفت‌های بنیادینی که طی قرون اخیر پیرامون نقش و کارکرد بدن در سلامت و بیماری صورت پذیرفته در سطح مانده و راهی به عمق نبرده است. بسیار مهم است که براین نکته واقف باشیم و به آنچه علم پزشکی در اختیار ما گذاشته است، غرّه نشویم. چندین سال قبل، وقتی که به عنوان مدیر پژوهشی مؤسسه پزشکی ذهن- بدن دانشکده پزشکی هاروارد مشغول به کار بودم، از من خواسته شد که برنامه تحقیقاتی‌ای به هدف تعیین و روشن ساختن سازوکار پاسخ دارونما، که سبب تأثیرات سودمندی است که در پاسخ به هر درمان دیده می‌شود، طراحی کنم.

مجموعه مقالات علمی نوشته شده در این زمینه، حکایت‌گر اختلاف نظرهای عمیقی درباره اثر دارونما هستند. باوجود اینکه بسیاری از پزشکان بر این باورند که یک وجه اساسی همه درمان‌هاست، تعداد قابل توجهی ادعا می‌کنند که تأثیرات دارونما صرفاً خیالاتی بیش نیست. تقریباً هیچ چیز درباره چگونگی اثربخشی دارونماها مشخص نیست.

از آغاز این کار، دست و پنجه نرم کردن با پدیده پاسخ دارونما برایم کار آسانی نبود. این کار، به راستی، مستلزم بازنگری در هرآنچه پیش از آن در درمان‌های پزشکی مسلّم و بدیهی می‌انگاشتم، بود. در دوران کاری‌ام اغلب توجه اندکی به پاسخ دارونما کرده بودم. در دانشکده پزشکی، تصور

می‌کردم دارونماها قرص‌های - با روکش شکری (شیرین) هستند که در زمان‌های گذشته برای برخی بیماران به کار می‌بردند. وقتی بعدها که در دوران کاری‌ام به طراحی و اجرای کارآزمایی‌های بالینی پرداختم، دریافت‌م که پاسخ‌های دارونما می‌تواند تفسیر نتایج درمانی را با ابهام مواجه سازد. این بود تمام دامنه دانش من فکر می‌کنم این میزان با دامنه آگاهی همکارانم هم‌تراز بود.

با وجود علاقه اندکی که به موضوع داشتم، آموزش به طور نامعمول وسیع من، مرا برای بررسی اثر دارونما آماده کرده بود. من دوره معمول آموزش طب داخلی، آسیب‌شناسی و روانکاوای را گذرانده بودم و کوشیده بودم تا در هر یک از رشته‌های برشمرده، نقشی به سزا ایفا کنم. گرایش‌های چندرشته‌ای من، درکی عمیق از پیچیدگی‌ها و ریزه‌کاری‌های روش‌های درمانی و تفاوت‌های ظریف و جزئی بیماری‌ها، برایم فراهم آورده بود.

از دید من، حوزه پزشکی با حکایت کوران و فیل قابل مقایسه است که در آن گرچه، همه آنها کورمال کورمال آن گول‌پیکر را لمس کردند اما درواقع هریک فقط توانست متوجه بخشی از آن شود. پزشکان اغلب در زمینه خود فوق‌العاده تخصصی می‌شوند و درحالی‌که عموماً برای پاسخگویی به پرسش‌های حوزه تخصص خود، زمینه‌های دیگری را که در آن کمتر کارآزموده‌اند، نادیده می‌گیرند. احتمال فصل مشترک بین دو حوزه خصوصاً مستعد نادیده گرفته شدن بسیار است و این به طور خاص درباره فرآیندهای ذهن - بدنی مانند اثر دارونما صدق می‌کند.

با درک روزافزون اهمیت اثر دارونما، رفته رفته این پرسش گنج‌کننده برایم پیش آمد، که چرا یکی از مهمترین موضوعات پزشکی برای قرن‌ها به شکلی نظام‌مند نادیده گرفته شده است. اکنون بر این باورم که ابهامات بنیادینی که در بطن درمان‌های پزشکی وجود دارد هرگز برطرف نخواهد شد، مگر زمانی که به پاسخ دارونما شکلی منسجم و روشمند پرداخته شود. لیکن، پزشکان و پژوهشگران پزشکی اندکی از صلاحیت و توانایی علمی لازم برای پرداختن به پیچیدگی‌های پاسخ دارونما،

برخوردارند. پژوهش‌های من نیازمند در نظر داشتن تاریخ پزشکی، اسطوره‌شناسی، روانشناسی، فلسفه، اخلاق، علوم^۴ شناختی، زیست-عصب‌شناسی و ایمنی‌شناسی، بود. تردیدهای نگران‌کننده درباره چگونگی تحقیقات رایجی که در پزشکی اجرا و حمایت می‌شود، رخ نمود. و گاه، چنین معلوم می‌شد که زیربنای استوار درمان‌های پزشکی چیزی جز بنایی بر شن روان نیست.

این کتاب در وهله نخست به پاسخ دارونما اختصاص دارد ولی در عین حال که نظرات نقادانه‌ای انتقادی به دانش پزشکی و نحوه عملکرد کنونی آن است، پیشاپیش به خواننده خاطرنشان می‌کنم که این رساله در اصل ستایش "نیروی شگرف" پاسخ دارونما نخواهد بود. زمانی نوشتن چنین کتابی به من پیشنهاد شد اما بی‌درنگ آن را رد کردم. در عوض، نوشتن یک نقد هوشیارانه را، پیرامون دانسته‌ها و نادانسته‌های کنونی‌مان در باب شیوه‌های درمانی، برگزیدم.

برخی مباحث این کتاب، در کتاب‌های دیگر مربوط به این موضوع هم طرح شده‌است. متأسفانه این کار اجتناب‌ناپذیر بود زیرا این حوزه مطالعه کوچک است و مقالات محدودی در این زمینه موجود است. آگاهانه کوشیده‌ام تا کتاب را از مطالب نامربوط پیراسته نگاه دارم و به جای پرکردن کتاب از مثال‌های فراوان اثر دارونما، چیزی را ارائه دهم که معتقدم دربرگیرنده موضوعات اصلی پیرامون بحث و جدل‌ها درباره دارونما است. خوانندگانی که علاقه‌مند به بررسی و مطالعه موشکافانه‌تر هستند، می‌توانند به منابع ذکر شده در متن مراجعه کنند.

بخش بزرگی از کتاب به تبیین فیزیولوژی ذهن-بدن و مسیرهای شناخته شده پاسخ دارونما اختصاص یافته است. بیشتر بحث‌های این بخش، بر پایه یافته‌های اخیر در عصب‌شناسی تکاملی^۴ و روانشناسی استوار است که سعی دارد آنچه را که در دوره ابتدایی دلبستگی نوزادی^۵ رخ می‌دهد، شفاف سازد. یک نظر مهم که باید در اینجا مطرح شود این است که پاسخ دارونما به موازات

4 . Developmental Neurology

5 . Infantile Attachment

رخدادهای یاد شده شکل می‌گیرد. من بر این باورم، که این نظر به طور متقاعدکننده‌ای مورد بحث قرار خواهد گرفت و به اثبات خواهد رسید.

این پرسش که چگونه می‌توان پاسخ دارونما را به تنهایی سبب‌ساز طیف وسیعی از تأثیرات درمانی دانست، برای مدتها فکر مرا بخود مشغول داشته بود. باور من بر این است که پدیده‌هایی با پیچیدگی گسترده، نظیر پاسخ دارونما، را نمی‌توان به کفایت با روش‌های خطی علم پزشکی بررسی کرد بلکه رویکردهای علمی دیگری مورد نیاز است.

امیدوارم که بتوانم خواننده را متقاعد کنم که پاسخ دارونما یک فعالیت ذهن - بدنی سلامت‌زای^۶ درونی است که در موفقیت پایدار انسان اندیشه‌مند^۷ به عنوان یک گونه درمیان دیگر گونه‌ها، نقشی به سزا داشته و گواهی بر وابستگی دوسویه ما انسان‌ها به یکدیگر است. این کتاب، مطالعه‌ای جدلی و انتقادی است که هدف آن افزایش آگاهی خواننده عام و نیز جلب توجه همکاران پزشکم به اهمیت پاسخ دارونما، به جای نادیده گرفتن یا بی‌اهمیت شمردن آن، است.

^۶. Salutory

^۷. HomoSapiens

۱

پاسخ دارونما^۱

آیا ذهن حاکم بر ماده است یا مسئله فقط زاویه دید است؟
هنگامی که پزشکان با یکدیگر اختلاف نظر دارند چه کسی باید تصمیم نهایی را بگیرد؟
(الکساندر پوپ)^۲

درآمد

آیا ذهن می تواند سبب بهبود روند شفای بدن شود؟ پاسخ دارونما چیست و چه نقش و سهمی در افزایش کارایی درمانی ایفا می کند؟ آیا تنها یک پاسخ دارونما وجود دارد یا پاسخ های دارونما گوناگون اند؟ اگر اکنون شما در حال خواندن این کتاب هستید، باید به احتمال زیاد به این پرسش ها علاقه مند باشید. لیکن همیشه پاسخ های قطعی همواره از دسترس دانشمندان گریزان بوده است و

۱. خوشبختانه ساختار دشواری واژه "دارونما" این امکان را می داد که هم به عنوان اسم یعنی به عنوان داروی نمایی و هم به عنوان صفت به معنای داروماند یا داروسان در ترجمه به کار رود. در متن، نویسنده ارجمند گاهی از اثر دارونما، که اصطلاحی سنتی تر است، و گاه از پاسخ دارونما یاد کرده است. که در اولی دارونما اسم و در دومی صفت است. به نظرمی آید که با توجه به سازوکارهایی که شرح آن در ادامه می آید، پاسخ دارونما واژه فنی درست تر و روانتری باشد. چرا که این، اثر چیزی به اسم دارونما نیست که پاسخ های روان تنی را برمی انگیزد بلکه پاسخ ارگانیسم به یک فرآیند نمادین است که موجب پدیدار شدن آثار درمانی می شود. و.

۲. Alexander Pope

شاید برایتان غافلگیرانه باشد که بدانید این پرسش‌ها هنوز محل اختلاف نظر مانده است. پس خوب است بحث خود را با بررسی برخی دیدگاه‌های گوناگون در باب پاسخ دارونما آغاز کنیم.

جدول ۱۰۱ دیدگاه‌هایی درباره پاسخ دارونما

مبنای تاریخی همه درمان‌های پیشاعلمی مداخلات غیراختصاصی تسکین دهنده شکایات بیمار عاملی مخدوش کننده در مداخلات درمانی عنصری موهوم در اذهان خوش خیال پزشکان و بیماران عاملی ناشناخته در فلسفه علم پزشکی یک پدیده علمی بی‌قاعده یک پاسخ ذهن-بدنی پیچیده که اساس درمان درونزاد است
--

در گزارشی که اخیراً دکتر اندرو لوچدر^۱، پروفسور روانپزشکی دانشگاه کالیفرنیا در لوس آنجلس، منتشر کرده است نتایج تصویربرداری از مغز بیماران مبتلا به افسردگی اساسی^۲ (پترسون^۳ ۲۰۰۲) گزارش شده است. برخی از این بیماران پاسخ‌های درمانی مثبتی داده‌اند البته نه به یک داروی ضدافسردگی، بلکه درواقع به یک دارونما. بنابر گفته لوچدر: "ما گروه دارونما را صرفاً به عنوان گروه شاهد در نظر گرفتیم. این واقعاً برایمان غافلگیرکننده بود که دیدیم ... تغییرات چشمگیری در کارکرد مغزشان پدیدار شده بود (همان. صفحه ۱)"

آنچه لوچدر و تیم تحقیقاتی‌اش کشف کرده بودند این بود که مغز کسانی که پاسخ دارونما داشتند در عملکردشان تغییراتی از خود نشان داده بود که با بیمارانی که برای هفته‌ها تحت درمان با داروهای ضدافسردگی بودند، قابل مقایسه بود. گفته‌های لوچدر بیانگر شگفتی‌ای است که پزشکان

^۱. Andrew Leuchther

^۲. Major Depression

^۳. Patterson

دروغین علناً اغلب دربارهٔ تأثیراتِ عینیِ دارونما بر فیزیولوژی بدن، ابراز می‌کنند از دیدگاه آنها، تأثیرات دارونما یا خیالی هستند و یا ساختگی، و در ضمن قادر نیستند ردّی از خود در جهان مادی به جای گذارند.

خواننده شاید از دانستن این مطلب این هم به شگفت آید که دارونماها شکل‌های گوناگون دارند و فقط به شکل قرص نیستند. روندهای جراحی و دیگر تدبیرهای درمانی نیز می‌توانند دارونما شوند. درواقع، تأثیرات دارونما در هر موقعیتی که در آن تلاش برای درمان انجام شده، گزارش شده است. لیکن از نقطه‌نظری دیگر، تأثیرات دارونما در درجهٔ اول منشاء تأثیرات سلامت‌بخش نیستند، بلکه آنچه را که پیش از این درمان‌های اختصاصی محسوب می‌شد نیز با ابهام مواجه می‌کنند.

برای مثال، در مطالعهٔ موزلی و همکاران^۱ (۲۰۰۲) خاستگاه اصلی و نخست یک روند آرتروسکوپی با استفادهٔ گسترده برای درمان استئوآرتریت مورد ارزیابی نقادانه قرار گرفت. با آرتروسکوپی می‌توان حفره مفصلی را با کمک یک دوربین فیبروآپتیک نورانی مشاهده کرد. در این روند ابتدا، پوست پوشانندهٔ مفصل بی‌حس می‌شود و سپس برشی ایجاد می‌شود که از خلال آن آرتروسکوپ وارد می‌شود. با استفاده از آرتروسکوپ این امکان وجود دارد که قطعات تخریب شدهٔ غضروف که تصور می‌شد عامل التهاب، درد و از دست رفتن کارکرد مفصل است، خارج شود.

پیش از این مطالعه، عمل جراحی آرتروسکوپی زانو، درمانی استاندارد محسوب می‌شد و تقریباً سه چهارم از یک میلیون جراحی آرتروسکوپی انجام شده در یک سال را به خود اختصاص می‌داد. اما، در این کارآزمایی بالینی، هنگامی که یکی از گروه‌های بیماران مورد عمل آرتروسکوپی زانو قرار گرفتند، گروه دیگر از ناحیه پوست بی‌حس شدند و سه زخم شکافی با چاقوی جراحی ایجاد

1. Mosely et al

شد ولی غضروفی خارج نشد. محققان این قبیل مداخلات را جراحی نمایشی^۱ می‌نامند. این جراحی طراحی شد تا جنبه‌های غیردرمانی روند جراحی را کنترل شود و به عمد این باورِ نادرست را در بیماران القا کنند که عمل جراحی به طور کامل بر روی آنها صورت گرفته است. با این وجود، پس از عمل در هر دو گروه میزان بهبودی درد زانو، همانند بود. محققان نتیجه گرفتند که اگر جراحی آرتروسکوپی بهتر از جراحی نمایشی نیست پس "بیلیون‌ها دلاری که سالانه صرف چنین اقداماتی می‌شود بهتر است صرف کارهای بهتری شود." (موزلی ۲۰۰۲، صفحه ۸۸)

چگونه ممکن است که یک رویکرد درمانی که آشکارا اساس عقلانی دارد هیچ برتری‌ای بر یک درمان نمایشی نداشته باشد؟ فیلسوفان علم مدتها است که دریافته‌اند ایده‌های عقلانی لزوماً توسط شواهد علمی تأیید نمی‌شوند. متأسفانه، بسیاری از پزشکان هنوز این واقعیت را نادیده می‌گیرند. در بسیاری موارد، آنها نتیجه‌گیری‌های خود را بر پایه استنتاج انجام می‌دهند و نه بر مبنای مشاهده مستقیم. مطالعاتی نظیر آنچه آمد مهم‌اند، چرا که بسیاری از تدبیرهای پزشکی را که بدیهی فرض می‌شوند، به چالش می‌کشند.

پاسخ دارونما در این مطالعه نقش "ابطال‌کننده" داشت. از این رو، تقریباً هیچ توجهی اندکی به این پرسش نشده بود که چرا جراحی نمایشی مؤثر بوده است؟ تأثیری که عیان بود، زیرا هر دو گروه ۵۰ درصد بهبود پایدار در علایم بیماری‌شان نشان دادند. هدف مطالعه به این محدود بود که مشخص کند آیا روند مورد آزمایش برتر از دارونما بود یا خیر، و بنابراین تبیین یافته‌ها مدّ نظر نبود.

به‌رغم مطالعات فراوانی نظیر این موارد، که به نظر می‌رسد شواهد متقاعدکننده‌ای در تأیید توان پاسخ دارونما ارائه می‌دهد، برخی شکاکان هنوز کارایی آن را زیر سؤال می‌برند. برای نمونه اخیراً مطالعه‌ای توسط همه‌گیرشناسان^۲ دانمارکی هروبو جارتسون و گوج^۱ (۲۰۰۱) در دانشگاه کپنهاگ

^۱ . Sham Surgery

^۲ . Epidemiologist

صورت گرفته است. آنها متاآنالیزی بر روی ۱۱۴ کارآزمایی بالینی که قبلاً در آنها نمونه‌های شاهد، دارونما دریافت کرده بودند و یا هیچ درمانی نگرفته بودند، انجام دادند. متاآنالیز، رهیافتی آماری است که در آن داده‌های مطالعاتی که پیش از این گزارش شده‌است مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این رهیافت در مواردی که نتایج حاصل از چندین مطالعه ابهام دارد در تعیین اینکه آیا یک درمان واقعاً مؤثر است، کمک می‌کند.

کارآزمایی‌هایی که هرובارتسون و گوتچ (۲۰۰۱) مورد تحلیل و بررسی قرار دارند شامل تجویز دارو، ایجاد تغییرات فیزیکی و مداخلات فیزیولوژیکی بود. آنها کارآزمایی‌ها را به دو دسته تقسیم کردند، مواردی که پاسخ‌های دوتایی به دست می‌دادند (مثلاً بله و خیر) و مواردی که بر نتایج تأثیراتی پایدار داشتند یعنی طیفی از ارزش‌ها را شامل می‌شدند که امکان تحلیل کمی آنها وجود داشت. نتایج نشان داد که دارونما باعث بهبود نتایج ذهنی^۲ شده بود ولی نتایج عینی^۳ عموماً بی‌تغییر مانده بود. هرובارتسون و گوتچ چنین نتیجه گرفتند که "در کل شواهد اندکی دال بر اثرات بالینی قدرتمند دارونما، وجود دارد." (صفحه ۱۶۰۷)

در پاسخی که سردبیر در سرمقاله‌اش به این گزارش داد، جان بایلر^۴ (۲۰۰۱) یک پزشک سلامت عمومی در دانشگاه هاروارد، این یافته‌ها را مورد بررسی قرار داد اما مقاله‌اش را با این نتیجه‌گیری به پایان برد: "یک تصور آزارنده و مطلقاً غیرعلمی وجود دارد که برخی چیزها [پاسخ‌های دارونما] باید حقیقت داشته‌باشند" (صفحه ۱۶۳۲).

1. Hrobuarsson and Goetzsche

2. Subjective

3. objective

4. John Bailar

او فوراً می‌افزاید که پزشکان بسیار انگشت‌شماری برآنند که آنچه را معتقدند شیوه مؤثر و بی‌ضرر برای التیام ناراحتی بیماران است کنار بگذارند. اریک کاسلس^۱ (۲۰۰۴) یک پزشک دانشگاهی اینگونه بر این احساس تأکید می‌کند:

"من با کمال میل حاضرم استفاده از مثلاً مهارکننده‌های کانال کلسیم را کنار بگذارم، با وجود همه اهمیت‌هایی که در درمان بیماری‌های قلب دارند، اگر اطمینان پیدا کنم توان مشابهی در اثر دارونما وجود دارد. این برای بیماران بیشتری مفید است. شاید شخصی تصور کند که چیزی با توان اثر دارونما می‌بایست دست‌کم به اندازه اغلب داروها مورد بررسی و مطالعه بوده باشد اما متأسفانه در عمل اینگونه نیست." (صفحه ۱۱۳)

آیا احساسات کاسلس (۲۰۰۴) با یافته‌های هروبارتسون و گوچ (۲۰۰۱) همخوانی دارد؟ در نامه‌های به سردبیر در پاسخ به مقاله هروبارستون و گوچ، لیلفورد و براونهلز^۲ (۲۰۰۱)، دانشمندان دانشگاه برمنگم^۳ انگلستان این بحث را مطرح کردند که در یک کارآزمایی بالینی با کنترل دارونما، یک شانس ۵۰-۵۰ وجود دارد که بیماران دارونما را به جای درمان فعال دریافت کنند. درحالی‌که بیمارانی که در طبابت بالینی کنترل نشده دارونما دریافت می‌کنند در ۱۰۰ درصد موارد انتظار دریافت مداخله فعال دارند. آنها نتیجه می‌گیرند: "اگر افراد باور نداشته باشند که درمان فعال دریافت می‌کنند هیچ پاسخ دارونمایی انتظار نمی‌رود. و این چیزی است که هروبارتسون و گوچ به آن پی بردند" (صفحه ۱۶۳) این پژوهشگران تأکید کردند که شک، یک اثر منفی قوی بر توان پاسخ‌های دارونما دارد.

دانشمندان برمنگم مخالفت خود را چنین ابراز می‌کنند که انجام کارآزمایی‌های بالینی می‌تواند درحقیقت مغایر با عواملی باشد که اثرات دارونما را به وجود می‌آورند. لیکن این توضیح، حداقل

^۱. Eric Cassells

^۲. Lilford and Braunholtz

^۳. Birmingham

برطبق استانداردهای فعلی اگر درست هم باشد، علمی نیست. درحالی که پزشکان بالینی ممکن است باور داشته باشند که تأثیرات دارونمایی توانمندی در طبابت اتفاق می‌افتد، ولی آیا قادر به اثبات آن هستند؟ دانش پزشکی به مشاهدات تجربی و آزمایش‌های کنترل شده نیاز دارد. لیکن چه می‌توان کرد وقتی روش علمی، خود با موضوعی که مورد بررسی است، تداخل دارد؟

از این دیدگاه، پاسخ دارونما نقش دیگری به خود می‌گیرد- یک بی‌قاعدگی بالقوه علمی - که روش‌های علمی مرسوم را نمی‌توان در مورد آن به کار برد. وقتی چنین چیزی وجود داشته باشد شاید بتوان یک روش جدید تجربه کردن را به کار برد که بتواند با امید بیشتری، پدیده مورد علاقه ما را به کفایت توصیف کند. یا در عوض شاید یک رویکرد علمی کاملاً جدید مورد نیاز باشد. نابهنجاری‌ها یا بی‌قاعدگی‌ها^۱ اغلب موجب جابجایی‌های پارادایمی کامل در علم می‌شود.

همچنین، شاید کسی چنین نتیجه بگیرد که هیچ شاهد بی‌چون و چرایی وجود ندارد که نشان دهد پاسخ دارونما وجود دارد؛ که در این صورت این کتاب می‌بایست در همین جا تمام می‌شد. واقعیت این است که عملاً هیچ گواه کاملاً قانع‌کننده‌ای برای اثبات تأثیرات دارونما وجود ندارد و تقریباً این امکان همیشه وجود دارد که توضیحات جایگزینی برای آنها یافت. اما این بدان معناست که می‌بایست برای پاسخ دارونما جایگاهی با معیارهای بالاتر نسبت به عناصر دیگر علم پزشکی در نظر گرفت. به علاوه همان‌طور که فیلسوف علم، کارل پوپر^۲ (۱۹۷۲) اظهار نظر کرده است، فقط تحقق ابطال‌پذیری یک الگوی تبیینی است که آن را از اعتبار ساقط می‌کند. تاکنون، کسی قادر نبوده است که ثابت کند تأثیرات دارونمایی وجود ندارد، بنابراین خوشبختانه حرف‌های بیشتری برای گفتن در این مورد خواهیم داشت.

^۱ . Anomalies

^۲ . Karl Popper