





# پزشکے روان تنے

در کاربندی مراقبت های اولیه سلامت

پدیدآورندگان: کورت فریچه، سوزان اچ. مک دنیل، مایکل ویرشینگ

مترجمین: سپیده معتمدی، الناهوسپیان

ترجمه ویرایی: دکتر حسن شاهون

ویراستاران علمی: دکتر فرزاد گلی، دکتر حمید افشار

نشر دهکده سلامت، ۱۳۹۶

سرشناسه: فریچه، کورت  
عنوان و نام پدیدآور: پزشکی روان‌تنی در کاربندی مراقبت‌های اولیه/ پدیدآورندگان کورت فریچه، سوزان اچ. مک‌دنیل، مایکل ویرشینگ؛ مترجمین سپیده معتمدی، النا هوسپیان؛ ترجمه ویرایی حسن شاهون؛ ویراستاران علمی فرزاد گلی، حمید افشارزنجانی.  
مشخصات نشر: اصفهان: دهکده سلامت، ۱۳۹۶.  
مشخصات ظاهری: ج، ۳۴۶ص: مصور، جنول، نمودار.  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۴۱۴۶-۵-۹ ریال ۲۰۰۰۰۰  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: عنوان اصلی: Psychosomatic medicine : an international primer for the primary care setting, 2014.  
یادداشت: واژه‌نامه.  
یادداشت: نمایه.  
موضوع: پزشکی روان‌تنی / Medicine, Psychosomatic / بهداشت روانی / Mental health / مراقبت‌های اولیه (پزشکی) /  
Primary care (Medicine) / بیماری‌های روانی - درمان / Mental illness - Treatment.  
شناسه افزوده: مک‌دنیل، سوزان اچ. ۱۹۵۱ - م. / McDaniel, Susan H. / ویرشینگ، میسائیل / Wirsching, M.(Michael) / معتمدی، سپیده، ۱۳۶۲ - مترجم / هوسپیان، النا، ۱۳۶۲ - مترجم / شاهون، حسن، ویراستار / گلی، فرزاد، ۱۳۵۰ - ویراستار / افشار، حمید، ۱۳۴۶ - ویراستار  
رده بندی کنگره: ۴۹۴/۴۹۴۴  
رده بندی دیویی: ۰۸/۶۱۶  
شماره کتابشناسی ملی: ۴۹۲۳۲۵۴



## پزشک روان‌تنی

در کاربندی مراقبت‌های اولیه سلامت

**پدیدآورنده:** کورت فریچه، سوزان اچ. مک‌دنیل، مایکل ویرشینگ

**مترجمین:** سپیده معتمدی، النا هوسپیان

**ترجمه ویرایی:** دکتر حسن شاهون

**ویراستاران علمی:** دکتر فرزاد گلی، دکتر حمید افشار زنجانی

**صفحه آرا:** نجمه کاویانی

**تعداد صفحات:** ۳۴۶

**قطع:** رقی

**نوبت چاپ:** اول، ۱۳۹۶

**تیراژ:** ۵۰۰

**قیمت:** ۴۵۰,۰۰۰ ریال

کلیه حقوق برای انتشارات دهکده سلامت محفوظ است.

ISBN: 9-5-94146-600-978

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۴۱۴۶-۵-۹

نشانی: اصفهان، صندوق پستی: ۸۱۶۳۷-۳۳۶۹۵، تلفکس: ۰۳۱-۳۶۶۷۴۱۹۳

## سخنی با خوانندگان

همکاری نگارندگان این درآمد بر برگردان فارسی با دیگر نویسندگان و ویراستاران دانشمند این کتاب از سال ۲۰۰۸ میلادی آغاز شد. حاصل این همکاری دوره‌های آموزشی و مدرسه‌های تابستانی متعدد، پژوهش‌هایی پرشمار و چند کتاب و مجله بین‌المللی تن، روان و فرهنگ (<http://ijbmc.org/index.php/ijbmc>) بوده است.

وقتی چند سال پیش با طرح این کتاب آشنا و دعوت به همکاری در آن شدیم، برای ما چون بشارتی بود که می‌توانیم با بهره‌مند شدن از دانش استادان ارجمند چارچوبی برای رشد فراگیر الگوی پزشکی روان‌تنی در نظام سلامت بیابیم و این، گامی فراتر از یک زیررشته روانپزشکی، می‌توانست آنچه روانپزشکان رابط - مشاور و روان‌شناسی سلامت در ایران آغاز کرده بودند از یک رشته تخصصی به رشته‌ای که تخصص‌های گوناگون را به هم می‌پیوندد، بدل کند.

این کوشش، سرآغازی خوب و زبانی مشترک برای پزشکان، پیراپزشکان و روان‌شناسان می‌توانست فراهم کند. اکنون که برگردان فارسی این کتاب در دست شماست، از هر نظر زمانی بهنگام است، چراکه در آستانه تحول نظام سلامت و شکل‌گیری پزشک خانواده هستیم. این فرصتی است برای این که الگوی زیستی - روانی - اجتماعی - معنوی در متن مراقبت‌های اولیه و طولی قرار گیرد و نگرش سیستم‌اندیش در زمینه مراقبت و درمان — و نه فقط در چارچوب یک بسته خدمات سلامت که به زیست‌پزشکی سنجاق شده است — قرار گیرد.

این کتاب به خوبی می‌تواند کتابی درسی برای رشته‌های گوناگون پزشکی و روان‌شناسی باشد. البته در چند سال گذشته این کتاب در دوره‌های آموزش مربی روان‌تنی (TOT)، دستیاران پزشکی خانواده و نیز دوره پسادکتری پزشکی روان‌تنی و روان‌درمانی تدریس شده است.

این کتاب، چنان که از عنوان‌اش نیز برمی‌آید برآمده از تجربیات ارزشمند درمان و آموزش پزشکی روان‌تنی در آلمان و به ویژه در دانشگاه فرایبورگ است. تجربه‌هایی که ویراستاران این کتاب از چند دهه پیش در آلمان و سپس در چین، ویتنام، لائوس، افغانستان و ایران داشته‌اند، و از طرف دیگر، تجربه متخصصان کشورهای دیگر به ویژه ایران و چین در آموزش و درمان مراقبت‌های اولیه روان‌تنی و دست‌ورزی با فرهنگ‌ها و نظام‌های سلامت دیگر آن را غنی‌تر ساخته است.

اگر با برخی دشواری‌ها در متن به خاطر چکیده‌نگاری و همه‌جانبه‌نگری کتاب مواجه می‌شوید به خاطر عملگرایی و ایجاز مورد نظر ویراستاران بوده است.

خوانندگان دانشور متوجه می‌شوند که ویراستاران به ویژه در بیماری‌شناسی گاه از واژگان فنی معیارهای تشخیصی جدیدتر استفاده نکرده و اصطلاحات رایج‌تر در گفتمان پزشکی را به کار برده‌اند. این راهبرد به خاطر سهولت کار مخاطبان غیرروان‌پزشک به ویژه پزشکان خانواده و عمومی اتخاذ شده است. برای یک‌دستی متن معادل‌های انگلیسی اصطلاحات در واژه‌نامه آخر کتاب آورده شده است. بر خود می‌دانیم که از مترجمان کتاب، خانم سپیده معتمدی و خانم النا هوسپیان و ویراستار محترم آقای دکتر حسن شاهون و نیز آقای دکتر محسن بختی که در بازخوانی بخش‌هایی از کتاب همکاری داشتند، سپاسگزاری کنیم.

امیدواریم خوانندگان ارجمند این کتاب را در رشد دانش و مهارت‌های خود در مراقبت‌های پایه روان‌تنی مفید بیابند.

**دکتر فرزاد گلی**

مدیر مؤسسه علمی تحقیقاتی دانش تندرستی

**دکتر حمید افشار**

رییس مرکز تحقیقات روان‌تنی

### ***Copyright***

Translation from the English language edition:  
Psychosomatic Medicine: *An International Primer for the  
Primary Care Setting* edited by Kurt Fritzsche, Susan H.  
McDaniel and Michael Wirsching

Copyright © Springer Science+Business Media New York 2014

This Springer imprint is published by Springer Nature

The registered company is Springer Science+Business  
Media, LLC

All Rights Reserved



## فهرست

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| مقدمه .....                                                                       | ۱   |
| بخش اول: پزشکی روان‌تنی در مراقبت اولیه .....                                     | ۵   |
| فصل ۱: پزشکی روان‌تنی چیست؟ .....                                                 | ۷   |
| فصل ۲: پزشکی روان‌تنی در مراقبت‌های اولیه .....                                   | ۱۹  |
| فصل ۳: هدف از آموزش پزشکی روان‌تنی در مراقبت‌های اولیه .....                      | ۲۳  |
| فصل ۴: پزشکی سنتی و پزشکی روان‌تنی .....                                          | ۲۷  |
| بخش دوم: اولین برخورد پزشک با بیمار - تدبیرهای پایه .....                         | ۴۱  |
| فصل ۵: رابطه پزشک - بیمار .....                                                   | ۴۳  |
| فصل ۶: ارتباط پزشک - بیمار .....                                                  | ۵۷  |
| فصل ۷: پزشکی خانواده .....                                                        | ۸۵  |
| فصل ۸: گروه بالینت .....                                                          | ۱۰۷ |
| بخش سوم: شناسایی و درمان رایج‌ترین تظاهرات بالینی .....                           | ۱۱۹ |
| فصل ۹: اختلالات افسردگی .....                                                     | ۱۲۱ |
| فصل ۱۰: اختلالات اضطرابی .....                                                    | ۱۵۳ |
| فصل ۱۱: اختلالات شبه جسمانی .....                                                 | ۱۷۹ |
| فصل ۱۲: روان‌سرطان‌شناسی .....                                                    | ۲۰۹ |
| فصل ۱۳: روان‌قلب‌شناسی .....                                                      | ۲۳۱ |
| فصل ۱۴: اختلال استرس حاد و استرس پس از سانحه (PTSD) .....                         | ۲۴۵ |
| فصل ۱۵: اعتیاد .....                                                              | ۲۶۵ |
| بخش چهارم: پزشکی روان‌تنی در حال توسعه در صحنه بین‌المللی .....                   | ۲۸۵ |
| فصل ۱۶: توسعه سیستم‌های سلامت رفتاری در مراقبت اولیه .....                        | ۲۸۷ |
| فصل ۱۷: توسعه پزشکی روان‌تنی در چین، ویتنام و لاتوس - برنامه ارتباط با آسیا ..... | ۳۰۱ |
| فصل ۱۸: پزشکی روان‌تنی و کاربرد آن در منطقه آمریکای لاتین .....                   | ۳۱۷ |
| فصل ۱۹: پزشکی روان‌تنی در ایران .....                                             | ۳۲۳ |
| واژه‌نامه .....                                                                   | ۳۲۵ |
| نمایه .....                                                                       | ۳۳۹ |







## مقدمه

در سال ۱۹۷۸، نمایندگان ۱۳۴ کشور در آلماتا با فراخوان «مراقبت سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» گرد هم آمدند (اعلامیه آلماتا، ۱۹۷۸). این فراخوان نقطه عطفی برای مراقبت سلامت جهانی روان بود چون بر اهمیت وجود مراقبت‌های سلامت نزدیک خانه‌های مردم، خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در کنار ارائه خدمات درمانی پزشکی تأکید می‌کرد و سلامت روان را جزء جدایی‌ناپذیر سلامت می‌دانست. سی سال بعد، باربارا استارفیلد شواهدی را بیان کرد تا نشان دهد کشورهایی که ناخوشی و آمار مرگ‌ومیر کمتر و سلامت عمومی بیشتری دارند، سیستم‌های مراقبت سلامت دارند که روی زیربنای مستحکم مراقبت اولیه بنا شده‌اند (استارفیلد و همکاران، ۲۰۰۵).

در سال ۲۰۰۷، لانست مجموعه‌ای در مورد سلامت روان جهانی منتشر کرد که شکاف‌های نظام خدمات مراقبت سلامت روان را به ویژه در کشورهای کم‌درآمد و متوسط مشخص می‌کرد. کارهای کلیدی ذکر شده در این مجموعه از لانست (جنبش سلامت روان جهانی، ۲۰۰۷)، توسط جنبش سلامت — که در سال ۲۰۰۹ در روز جهانی سلامت روان شروع به کار کرد — دنبال شد و انگیزه حرکت و حمایت از مراقبت سلامت روان برای همه را فراهم کرد (اتحادیه جهانی سلامت روان، ۲۰۰۹). در حال حاضر، سازمان سلامت جهانی (WHO) و اتحادیه جهانی سلامت روان، نیروهای خود را برای حمایت از سیاست‌گذاری‌ها و ادغام سلامت روان در سیستم مراقبت اولیه خود به هم پیوسته است.

در سال ۲۰۰۸، سازمان جهانی سلامت (WHO) و سازمان جهانی پزشکان خانواده (Wonka) گزارشی برای تعیین نیازها، شرح بهترین شیوه‌ها و تعریف ۱۰ اصل مشترک یکپارچه‌سازی موفقیت‌آمیز مراقبت سلامت روان در نظام مراقبت اولیه منتشر کرد (WHO و Wonka، ۲۰۰۸). این سند، همراه با آثار

پاتل، شیرمر و همکارانش ابزار، راهبردها و بهترین شیوه‌ها را برای ادغام سلامت روان و سلامت رفتاری در نظام مراقبت سلامت کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط فراهم کرد (پاتل، ۲۰۰۳؛ شیرمر و مونتگو و همکاران، ۲۰۱۰). از سال ۲۰۰۱، گروه پزشکی روان‌تنی و روان‌درمانی مرکز پزشکی دانشگاه فرایبورگ آلمان تبادلاتش را با کشورهای آسیایی چین، ویتنام، لاوس، ایران و کشورهای آفریقایی مانند سودان و اوگاندا، همچنین با همکارانشان در کشورهای اروپایی دیگر و ایالات متحده آمریکا و استرالیا برقرار کرد. کلاس‌های پزشکی روان‌تنی و روان‌درمانی به ویژه در کشورهای آسیایی و ایران به طور مداوم برگزار می‌شود. صدها پزشک از متخصصان جوان گرفته تا پزشکان بسیار باتجربه، در بازخوردهایشان گزارش دادند که این دوره‌ها، چه در تخصصشان و چه در روابط فردی‌شان با بیماران اثربخش بوده است. تجربیات ما در ۱۰ سال گذشته، با توجه به محتوا و طراحی آموزشی و روش‌شناختی دوره‌ها، در این کتاب آورده شده است.

این کتاب برای درمانگران کنجکاوی نوشته شده است که به دریافت و توسعه دانش و مهارت در پزشکی روان‌تنی تمایل دارند. به همین دلیل پرسش اصلی این است: «چگونه می‌توانم مراقبت اولیه روان‌تنی را یاد بگیرم؟» پزشکی روان‌تنی یک موضوع چند رشته‌ای شامل دانشی گسترده است. مورد بحث قرار دادن تمام تظاهرات بالینی در یک کلاس و در این کتاب درسی امکان‌پذیر نیست. بنابراین، راه‌ها و رویکردهای اساسی تفکر در رایج‌ترین بیماری‌ها ارائه شده‌اند.

کتاب با توجه به سه هدف مراقبت اولیه روان‌تنی سازمان‌دهی شده است:

۱. شناخت شرایط و اختلالات روان‌شناختی و روان‌تنی
۲. خدمات مشاوره و درمان شخصی محدود
۳. در صورت لزوم، ارجاع هدفمند به متخصصان سلامت روان و همکاری با آن‌ها

این کتاب به یک بخش عمومی و یک بخش تظاهرات بالینی تقسیم‌بندی شده است. بخش عمومی به موضوعات مرتبط با تمام تظاهرات بالینی مانند تعامل بین ذهن و بدن، رابطهٔ پزشک - بیمار، ارتباط پزشک - بیمار، مصاحبهٔ خانوادگی و گروه بالینت می‌پردازد. بخش دوم به تظاهرات بالینی خاص که اغلب در مراقبت‌های اولیه دیده می‌شوند اختصاص داده شده است؛ از جمله اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمانی، اختلالات استرس پس از سانحه، وابستگی به الکل و اختلالات روان‌تنی بیماری‌های تهدیدکنندهٔ زندگی مانند سرطان و بیماری قلبی - عروقی.

هر فصل به بخش‌های تشخیص، درمان و کاستی‌ها تقسیم شده است. در هر فصل، برای نشان دادن مراحل تشخیصی و درمانی، موردپژوهی‌هایی آورده شده است. بنابراین، این کتاب به لحاظ عملی بسیار مناسب است و همچنین می‌توان به طور مستقیم به عنوان یک کتاب مرجع در آموزش مراقبت‌های اولیهٔ روان‌تنی از آن استفاده کرد.

کورت فریچه  
مایل ویرشینگ  
سوزان اچ مک دانیل  
جولی شیرمر

### منابع

- Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care, Alma-Ata USSR, 1978. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf). Accessed 22 June 2012.
- Movement for Global Mental Health. Lancet series on global mental health. <http://www.globalmentalhealth.org>
- Patel V. Where there is no psychiatrist: a mental health manual. London: Gaskell; 2003.
- Schirmer JM, Montegut JA. Behavioral medicine in primary care: a global perspective. Oxford: Radcliffe Publishers; 2010.
- Starfield B, Shu L, Macinko. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
- World Federation for Mental Health. World mental health day 2009: mental health in primary care: enhancing treatment and promoting mental health. World Federation for Mental Health; 2009. <http://www.wfmh.com>
- World Health Organization (WHO) and the World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.

بخش اول



پزشکے روان تنے در مراقبت اولیہ



## فصل ۱: پزشکی روان‌تنی چیست؟

کورت فریچه<sup>۱</sup>

### مورد پژوهی

در ابتدا خانمی ۵۹ ساله معرفی می‌شود که برای برداشت پولیپ‌های خوش‌خیم روده بستری شده است. در حین بستری، در اثر ترومبوآمبولی پای راست، دچار گانگرن شست پای راست می‌شود. به دلیل بهبودی ضعیف زخم و عفونت، ساق پای راست بیمار به صورت اورژانسی قطع می‌شود.

پس از جراحی، بیمار هوشیاری کامل دارد و به پرسش‌ها و محرک‌ها پاسخ می‌دهد اما درمانده و ناامید به نظر می‌رسد. پس از چند جمله صحبت، بیمار شروع به گریستن می‌کند چون هنگام انتقال به بخش از پرستاران شنیده است که پزشکان، در درمان بیماری او گیج و ناتوان شده‌اند. او احساس طردشدگی می‌کند و امید کمی به بهبودی دارد، احساس تهی بودن می‌کند و حس می‌کند شبیه قیفی شده که کسی از بالا آن را پر می‌کند و همه چیز دوباره از ته آن خارج و خالی می‌شود.

(ادامه دارد ...)

---

<sup>1</sup> Kurt Fritzsche: Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center, Hauptstr. 8, 79104, Freiburg, Germany, e-mail: kurt.fritzsche@uniklinik-freiburg.de

پزشکی روان‌تنی به تعامل عوامل جسمانی، هیجانی و اجتماعی در وقوع و سیر یک بیماری و مدارای شخص با آن بیماری و حالات ناخوشی می‌پردازد. مثال ۱: بیماری آسم برونشی. عوامل روان‌اجتماعی می‌تواند موجب شروع حمله آسم آلرژیک در فرزند یک خانواده شود و از طرف دیگر، بیماری آسم کودک می‌تواند روی بقیه اعضای خانواده نیز تأثیر بگذارد؛ به عنوان مثال یکی از خواهرها یا برادرها برای جلب توجه بیشتر، دچار بی‌اشتهایی عصبی شود و یا مادر به دلیل استرس بالا دچار بحران افسردگی شود.

مثال ۲: زخم اثنی‌عشر. تا ۲۰ سال پیش، علت زخم اثنی‌عشر را استرس و خصوصیات شخصیتی خاص، مانند وابستگی و منفعل بودن، می‌دانستند. با کشف هلیکوباکتر پیلوری، یک علت جسمانی (سوماتیک) برای ایجاد و مزمن شدن زخم اثنی‌عشر پیدا شد؛ اما به واقع، ۶۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال از نظر هلیکوباکتر مثبت هستند؛ ولی تنها ۲ درصد این افراد زخم دئودنوم دارند؛ پس ممکن است زخم دئودنوم در هلیکوباکتر هم یک علت روان‌اجتماعی داشته باشد.

مثال ۳: بیماری قلبی و عروقی. در بروز بیماری قلبی و عروقی در خانواده، عواملی مانند استعداد مادرزادی، عوامل اکتسابی، عوامل خطر، برانگیزاننده‌ها (چرا حالا دچار این مسئله شدم؟) و عوامل نگهدارنده مسئله بر یکدیگر اثر می‌گذارند: بیماری‌های قلبی و عروقی در خانواده، عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی مانند سیگار کشیدن، افزایش چربی خون، فشارخون بالا، ترس از دست دادن شغل، تعارض‌ها با شریک زندگی همراه با تحریک‌پذیری مزمن، فرسودگی جسمی زیستی، فقدان حمایت‌های اجتماعی و افسردگی.

### الگوی زیست‌روان‌اجتماعی

عوامل جسمانی، هیجانی و اجتماعی به نسبت‌های مختلفی در ایجاد هر بیماری

نقش بازی می‌کنند. وظیفهٔ پزشک نه تنها شناسایی عوامل جسمانی ایجادکنندهٔ بیماری، بلکه شناخت فرایندهای روان‌اجتماعی مؤثر در ایجاد بیماری نیز است. این که آیا استرس روان‌اجتماعی وجود دارد یا خیر را تنها می‌توان در قالب گرفتن شرح حال روان‌اجتماعی از بیمار توسط پزشک متوجه شد.

#### مورد پژوهی (ادامه از قبل)

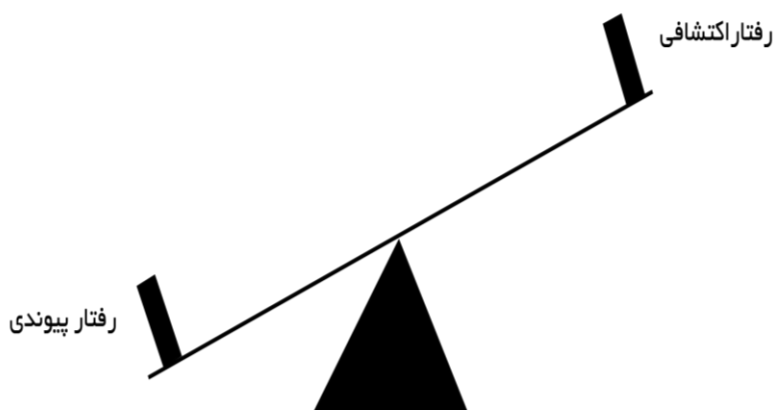
غروب آن روز پزشک بخش، ابتدا فضا را برای صحبت کردن با بیمار آماده می‌کند. او ۱۵ دقیقه با بیمار صحبت می‌کند تا اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامتی و تاریخچهٔ زندگی او به‌دست آورد. بیمار وضعیت خود را این گونه توضیح می‌دهد: پدرش در جنگ کشته شده و هیچ یاد و خاطره‌ای از او ندارد. پس از آن، مادر درگیر بزرگ کردن او و خواهران بزرگتر و کوچکترش شد و به دلیل مشکلات، به الکل روی آورد و دچار الکلیسم شد. به همین خاطر بیمار به مادر بزرگش سپرده شد که یک زن جدی و از نظر عاطفی سرد و خشک بود. وی در ۲۳ سالگی ازدواج کرده و دو دختر به دنیا آورد. در جریان ازدواجش همسرش نیز به شدت الکلی شد و پس از مدتی در اثر سیروز کبدی ناشی از مصرف زیاد الکل از دنیا رفت. البته بیمار درست به موقع از او جدا شده بود. او پس از مدتی با شریک جدیدی یک رستوران باز کرد که این شراکت هم با شکست روبرو شد. پس از آن، رستوران توسط دخترانش اداره می‌شد؛ ولی بعد از مدتی آن هم بسته شد. سال گذشته برای خواهر بزرگتر این زن، تشخیص سرطان گذاشته شد که او نیز پس از مدت کوتاهی فوت کرد. بیمار در حال حاضر از پسر خواهرش که کاملاً فلج است نگهداری می‌کند.

(ادامه دارد ...)

#### تجربهٔ پیوند

مشخصهٔ تاریخچهٔ زندگی بیمار تجربهٔ پیوندهای عاطفی منفی است.

در رشد سالم، بین رفتارهای دلبستگی و رفتارهای اکتشافی یک توازن دایمی وجود دارد (شکل ۱-۱). رفتارهای مربوط به پیوندهای عاطفی در شرایط ناراحتی و استرس و رفتارهای اکتشافی، در شرایط خوشی و سلامت فعال می‌شوند. پژوهش‌ها روی پیوندهای عاطفی، ثابت می‌کند تجرب اولیه زندگی در سلامت جسمانی و هیجانی شخص اهمیت زیادی دارد. پیوندهای ناایمن مخدوش در دوران کودکی تعیین می‌کند که آیا شخص می‌تواند استرس شدید را تحمل کند (تاب‌آوری) یا ناخوش می‌شود (آسیب‌پذیری). سه سال اول زندگی، دوران سرنوشت‌سازی برای تجربه پیوندهای عاطفی است.



سیستم‌های متقابل رفتاری: پیوند در برابر اکتشاف

شکل ۱-۱. پیوند در برابر اکتشاف

اگر نوزاد یا کودک، یک مادر یا یک منبع رجوع اصلی داشته باشد که با حالات چهره و بدن و با حساسیت، پاسخ سریع و مناسب به واکنش‌های کودک بدهد، اکسی‌توسین در بدن نوزاد ترشح می‌شود که کودک را قادر می‌سازد تعاملات اجتماعی و احساسات مرتبط با آن را خوشایند تجربه کند. رفتار دلبستگی ایمن، از این طریق به وجود می‌آید. به این ترتیب که مغز و به‌خصوص آمیگدالا، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی، در برابر اثرات تخریبی ترشح زیاد گلوکوکورتیکوئیدها در اثر استرس شدید، محافظت می‌شوند. پیوند عاطفی ایمن موجب افزایش آستانه تحمل استرس و کاستن پاسخ استرس می‌شود. برعکس، اگر مادر رفتار طردکننده‌ای در برابر نیازهای عاطفی کودک داشته باشد، نتیجه آن سبک دلبستگی ناایمن - اجتنابی در کودک خواهد بود. اگر پاسخ‌های مادر به پیام‌های کودک، متناقض و غیر قابل پیش‌بینی باشد، در کودک سبک دلبستگی ناایمن - مردد رشد می‌کند.

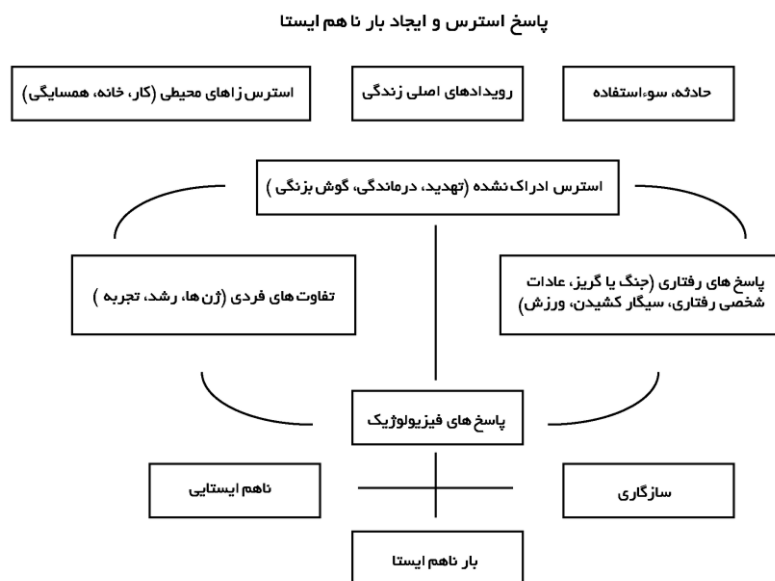
### استرس روان اجتماعی

مادری که افسردگی شدیدی را پس از تولد کودکش تجربه می‌کند، نمی‌تواند به اندازه کافی به نیازهای پیوند عاطفی کودک پاسخ دهد یا به میزان کافی نیازهای کودک را درک کند. فقدان این حساسیت به نیازهای کودک، بعداً منجر به اختلال در رشد سیستم مدارا با استرس در کودک می‌شود. فعال شدن محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA)<sup>۱</sup> به علت افزایش ترشح هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH)<sup>۲</sup> یا عدم بازداری از آن، منجر به افزایش کورتیزول و در نتیجه باعث تخریب هیپوکامپ می‌شود. در کودکانی که دچار سوانح شدید جسمانی یا عاطفی شده‌اند، محورهای HPA و لوکوس

<sup>۱</sup> hypothalamus-pituitary-adrenal

<sup>۲</sup> corticotropin-releasing hormone

سرولئوس - نوراپینفرین (LC-NE)<sup>۱</sup> بیش‌فعال می‌شود. بنابراین، استرس روان‌اجتماعی در دوران کودکی باعث اختلال در عملکرد سیستم مدارا با استرس در شخص و افزایش آسیب‌پذیری وی در موقعیت‌های پرتعارض می‌شود. استرس، حاکی از حالت تهدید هم‌ایستا یا ناهم‌ایستای زیست‌شناختی است. این حالت می‌تواند به واسطه آسیب جسمانی و یا بار روان‌اجتماعی ایجاد شود. پاسخ استرس یا واکنش استرس، تلاش بدن برای بازگرداندن هم‌ایستایی یا ناهم‌ایستایی زیست‌شناختی به واسطه فرآیندهای تغییر و سازگاری در سطح نوروئی و اندوکرینی و در رفتار است (شکل ۱-۲). وقتی سطح استرس خیلی بالا می‌رود، فرآیندهای سازگاری مجدداً غیرفعال می‌شوند (مک‌ایون، ۱۹۹۸).



شکل ۱-۲. پاسخ استرس و ایجاد بار ناهم‌ایستا (مک‌ایون، ۱۹۹۸)

<sup>۱</sup> locus coeruleus-norepinephrine

### مورد پژوهی (ادامه از قبل)

در این بیمار، پیشرفت ترمبوسیتوز و آمبولی در پای راست و گانگرن شست پا، بهبود ضعیف زخم و عفونت‌های مکرر، می‌تواند نشان‌دهندهٔ گرانباری ناهم‌ایستایی باشد. علاوه بر این، در این بیمار، افزایش آسیب‌پذیری به استرس در اثر تجارب منفی دوران کودکی زیاد است.

(ادامه دارد ...)

### روان و سیستم ایمنی

مرگ شریک زندگی، جدایی یا طلاق که به تنهایی موقت منجر می‌شود، و افسردگی و اضطراب، به عنوان عوامل استرس‌زا، سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. سیستم ایمنی با ترشح سیتوکین‌ها، برای سیستم عصبی بازخورد می‌فرستد. سیتوکین‌ها در اثر ایجاد عفونت، محور HPA را با هدف مهار فعالیت سیستم ایمنی ایجاد عفونت فعال می‌کنند. همچنین فعال شدن HPA در اثر عفونت، باعث احساس بیماری به شکل خستگی، درد، کاهش اشتها و دردهای بدنی می‌شود.

به طور کلی، استرس می‌تواند علاوه بر سرکوب سیستم ایمنی، باعث فعال‌سازی آن هم بشود. پاسخ‌های کوتاه مدت به استرس می‌تواند پاسخ‌های ایمنی ذاتی را افزایش دهد. روابط بین فردی رضایت‌بخش، نیکبودی جسمانی و ارزش‌گذاری شخصی سیستم ایمنی را تقویت می‌کند. استرس روان‌اجتماعی دائمی، مانند از دست دادن شغل یا اشخاص مهم در زندگی، تصادف با عوارض طولانی‌مدت، خشم مزمن یا شرایط مزمن باعث کاهش تعداد لنفوسیت‌های T، کاهش فعالیت طبیعی سلول‌های کشنده، منوسیت‌ها و ماکروفاژها می‌شوند.

مثال: بیماری‌های اتوایمیون. سیستم عصبی، سیستم اندوکراین و سیستم ایمنی یک واحد را تشکیل می‌دهند. اگر یکی از این دو سیستم پاسخ کافی به

عامل استرس‌زا ندهد، سیستم دیگر به عنوان تنظیم‌کننده متقابل وارد عمل می‌شود. به عنوان مثال اگر در پاسخ به استرس، دیگر ترشح کورتیزول امکان‌پذیر نباشد، پارامترهای التهابی مانند سیتوکین‌ها، که به‌طور معمول با کورتیزون مهار می‌شوند، برای جبران آن افزایش پیدا می‌کنند. نتیجه منفی افزایش پاسخ التهابی به‌صورت مداوم، امکان ابتلای بیشتر به بیماری‌های خودایمنی است. نمونه‌های واکنش به اختلال محور HPA را در بیماری‌هایی مانند فیبرومیالژیا، نشانگان خستگی و بیماران مبتلا به درماتیت اتوپیک می‌بینیم.

### تجارب یادگیری و شناختارها

در شناختار، عقاید اساسی و مفروضات شخصی هر شخص نسبت به خود و جهان، اهمیت ویژه‌ای دارد. هر شخص، عقاید مشخص پایه‌ای دارد که در اصطلاح به آن‌ها «الگو» گفته می‌شود. این الگوها در تجربیات روابط دوران کودکی ریشه دارد و پس از آن نیز تحت تأثیرات فرهنگی و خانوادگی و همچنین تجربیات شخصی بیشتر شکل می‌گیرند. کانون توجه نظریه شناختی بر این فرض است که عقاید بیمار در رفتار، هیجان‌ها و همچنین واکنش‌های جسمانی‌اش تأثیر دارند.

مثال: تجربیات یادگیری «سرکوب هیجان‌ها». بسیاری از بیماران در جو خانوادگی‌ای تربیت می‌شوند که در آن احساسات و تعارضات بیان نمی‌شود و حتی تحریک‌پذیری و خشم شدید، ناامیدی و ناراحتی در این خانواده‌ها اصلاً ادراک نمی‌شوند. عواطف به «درون» برمی‌گردند و فرآیندهای روان‌فیزیولوژیکی مرتبط را فعال می‌کنند که به موجب آن بیمار منفعل و گوشه‌گیر می‌شود. اما واکنش‌های روان‌فیزیولوژیک منجر به فعال شدن محور HPA همراه با ازدیاد ترشح کورتیزون، بازداری سیستم ایمنی و فعال‌سازی فرآیندهای مکمل برگشتی آن در سیستم اعصاب مرکزی می‌شود. سرکوب تجربه هیجانی و اجتناب اولیه از

تعارض‌های مرتبط با آن یک عملکرد تسکینی گذرا و کوتاه‌مدت دارد، اما در بلندمدت باعث ایجاد اضطراب و افسردگی، شکایت‌های جسمانی بدون علت‌های عضوی و حالت‌های درد مزمن می‌شود.

### مورد پژوهی (ادامه از قبل)

برای این بیمار، موقعیت بیمارستان به معنی فعال شدن دوباره تنهایی‌ها و رهاشدگی‌های دوران کودکی است. بیمار به دلیل ضایعه بی‌خطری بستری شده ولی پس از آن، پشت سر هم تدبیرهای<sup>۱</sup> ناموفقی را تجربه می‌کند که نهایتاً قطع کردن ساق پای راست ضرورت پیدا می‌کند. او به جنگیدن و بازگشت و ایستادن روی پاهایش عادت کرده بود. به نظر می‌رسد این مسیر اینجا متوقف شده است. پزشک بخش متوجه می‌شود که بیمار همیشه در زندگی از دیگران مراقبت کرده است و حالا بدون داشتن امیدی به آینده احساس رهاشدگی می‌کند. پزشک گفته‌های بیمار را به زبان خود برای بیمار خلاصه می‌کند و به او نشان می‌دهد که از لحاظ عاطفی بیمار را درک کرده و به او اطمینان می‌دهد که به خاطر او اینجا حضور خواهد داشت. بیمار پس از این مکالمه احساس آرامش می‌کند و می‌تواند دوباره کمی لبخند بزند و با داروی مسکن شب آرامی را بگذراند.

(ادامه دارد ...)

---

<sup>۱</sup> تدبیر برابر واژه انگلیسی Intervention است که بنا به عرف ترجمه در متون فارسی مداخله ترجمه می‌شود. ولی به دلیل بسامد بالای این اصطلاح در این متن و این که واژه مداخله به معنای داخل یا وارد شدن در کار یا امر کسی یا چیزی است و بار معنایی آن چنان مثبتی ندارد، واژه تدبیر را مناسب‌تر یافتیم. واژه تدبیر ممکن است امروز بیشتر کنشی ذهنی را در نظر آورد و بعد عینی و عملی آن به مرور زمان تحلیل رفته باشد اما چنان که علامه دهخدا نیز به استناد متون معتبر علمی و ادبی تعریف کرده است؛ تدبیر نه تنها به معانی اندیشه کردن در عاقبت کار، تأمل و نیکو اندیشیدن که به معانی به کار بردن رأی، معالجه و مداوا نیز به طور گسترده به کار رفته است. تدبیر نه تنها هوشمندانه‌تر از مداخله است، بلکه در پزشکی کهن ما نیز ریشه دارد و در منابع پزشکی اصطلاحاتی چون تدبیر اطفال، تدبیر سلامت، و یا تدبیر چشم برای تخصص‌ها و مداخلات تخصصی پزشکی به طور گسترده به کار می‌رفته است. بنابراین، اصطلاح تدبیر را می‌توان کارآمدتر و ریشه‌دارتر دانست.