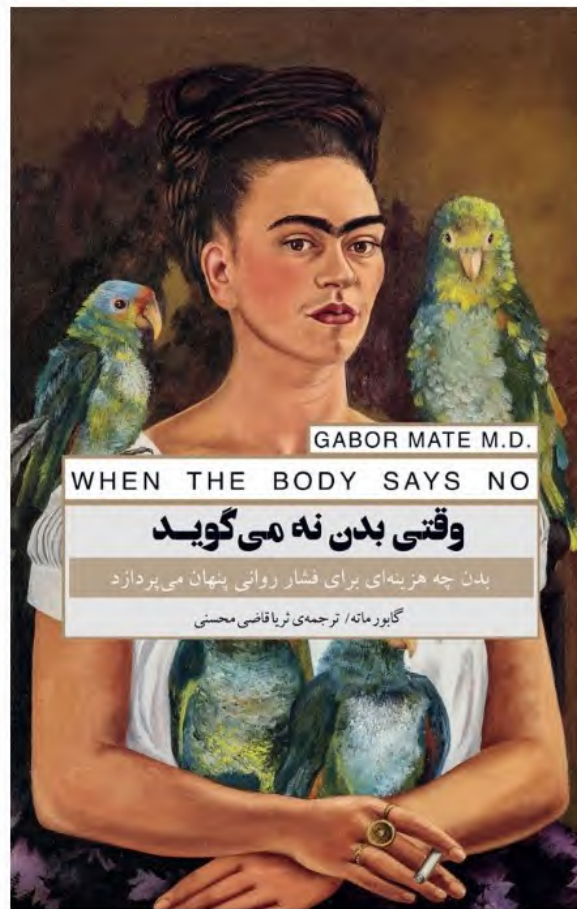


دانلود کتاب



وقتی بدن نه میگوید

نویسنده : گابور ماته



وقتی بدن نه می‌گوید

بدن چه هزینه‌ای برای فشار روانی پنهان می‌پردازد

گابور ماته

مترجم: ثریا قاضی‌محسنی

ماته، گابور، ۱۹۴۴-م.
mate, Gabor, 1944

عنوان و نام پدیدآور: وقتی بدن نه می گوید:
بدن چه هزین های برای فشار روانی پنهان می پردازد /
گابور ماته: ثریا قاضی محسنی.

این کتاب را به روح مادرم، جودیت لووی، (۱۹۱۹-۲۰۰۱) تقدیم می‌کنم؛ و به روح دکتر هانس سلیه، انسان فرهیخته‌ی قرن بیستم، که بینش‌های علمی و خرد انسانی‌اش همچنان روشنگر راهمان است.

ما نمی‌خواهیم از ابتدا به چیزی دست پیدا کنیم، بلکه می‌خواهیم بین شناخته‌های قبلی و ناشناخته‌های فعلی پیوندی محکم برقرار کنیم، چیزی که جوهره‌ی اکتشافات علمی را می‌سازد. در این فرایند یکی‌شدن است که می‌توانیم درک حقیقی و پیشرفت واقعی را به بهترین گونه شکل دهیم.

هانس سلیه، پزشک، کتاب استرس زندگی

ذهن و بدن. مسئله‌ی دیرینه‌ای که با اسامی بزرگی -از ارسطو تا دکارت- و علوم متعددی -از فلسفه تا پزشکی- همراه بوده است. هر بار و هر جایی از تاریخ به گونه‌ای مطرح و با رویکرد خاصی بررسی شده است و این بار و این جا ما به سراغ دیدگاهی و زمینه‌ای رفته‌ایم که در پژوهش‌هایش درباره‌ی این مسئله، شاید بیشتر از تمام رویکردهای پیشین، از نظریه‌ی صرف فاصله می‌گیرد و به زندگی روزمره‌مان ارتباط پیدا می‌کند.

دغدغه‌ی ما در **پندارتابان**، و به‌ویژه در مجموعه‌ی روانشناسی تخصصی، پرداختن به مفهوم روان و فرد بوده و آثاری که در این مجموعه منتشر کرده‌ایم با رویکردهای گوناگون و از مسیرهای متفاوتی به این موضوع رسیده‌اند. در **تاریخ روانشناسی در ده پرشش** به سراغ هم‌نشینی علم و تاریخ با روانشناسی رفتیم تا در جریان گذار تاریخی آن و تأثیر مکاتب گوناگون فکری بر آن قرار بگیریم. کار را با **دلایل خوب برای احساس‌های بد** ادامه دادیم تا با رویکردی تکاملی، پاسخ‌های علمی برای آن دسته از احساساتی بیابیم که سلامت روانمان را تهدید می‌کنند و در آستانه‌ی فروپاشی قرار می‌دهند. **عقل در برابر جنون** سومین کتاب از این مجموعه است که در آن با آدام فیلیپس روان‌درمانگر و جستارنویس همراه شدیم تا از راز مهجوری عقل و پرداختن بیش از اندازه به جنون سر در بیاوریم و راه‌ورسم زندگی عاقلانه را بیاموزیم. کتاب چهارم هم از راه متفاوت دیگری به این مجموعه می‌رسد؛ **زندگی با روان‌گسیختگی** مجموعه یادداشت‌هایی است که در هر یک از آن‌ها نویسنده بر روی تجربیات متفاوت خود از سال‌ها دست‌وپنجه نرم کردن با اختلال روان‌گسیختگی تمرکز کرده است. کتاب پنجم، و کمی تخصصی‌تر، **موانع دلبستگی و صمیمیت** بود که در آن لیندا کاندی چهار مقاله با موضوع محوری دلبستگی را از نویسندگان مختلف گردآوری کرده است.

وقتی بدن نه می‌گوید جدیدترین عنوان این مجموعه به شمار می‌رود و ارتباط ذهن و بدن، جسم و روح -از دیدگاه پزشکی و البته روان‌پزشکی- محور اصلی کتاب را تشکیل می‌دهد. جمله‌ای که نویسنده در مقدمه‌ی کتاب می‌گوید گویی دلیل و لزوم انتشار این کتاب در

ایران را هم به روشنی بیان می‌کند: «هدفم از نوشتن این کتاب گرفتن آینه‌ای در برابر جامعه‌ی غرق در استرس بود تا پی ببریم که چطور، به هزاران شکل ناهشیار، به ایجاد بیماری‌هایی که ما را از پا در می‌آورند کمک می‌کنیم». نویسنده از تجارب بالینی خود و همچنین زندگی‌نامه‌ی افراد مشهور برایمان مثال‌های موردی می‌آورد تا اثرات منفی استرس بر سیستم ایمنی بدن و نمود فیزیکی آن را برایمان آشکار کند. اگر ذهنمان ناتوان از نه گفتن باشد، جسممان دست به کار می‌شود و متأسفانه وقتی بدن نه می‌گوید، هزینه‌ی زیادی برایمان دارد.

یادداشتی برای خواننده

بشر همواره به صورت شهودی دریافته است که ذهن و بدن جدا از هم نیستند. مدرنیته گسست ناخوشایندی را با خود به همراه آورده است، شکافی میان آنچه که با تمام وجود می‌دانیم و آنچه که ذهن متفکرمان به عنوان حقیقت می‌پذیرد. از بین این دو دانش، دومی که دقیق‌تر و ملایم‌تر است اغلب به بهای شکست ما پیروز می‌شود.

بنابراین، باعث خوشحالی و مباهات است که یافته‌هایی از علم مدرن را در اختیار خواننده بگذاریم که تصدیق دوباره‌ی شهود خرد قدیم‌اند. هدف اولیه‌ی من از نوشتن این کتاب همین بود. هدف دیگرم گرفتن آینه‌ای در برابر جامعه‌ی غرق در استرس بود تا پی ببریم که چطور به هزاران شکل ناهشیار، به ایجاد بیماری‌هایی که ما را از پا در می‌آورند، کمک می‌کنیم.

این یک کتاب تجویزی نیست، اما امید دارم که برای خواننده به مثابه کاتالیزوری برای تغییر و تحول شخصی عمل کند. تجویز از بیرون می‌آید؛ تحول از درون اتفاق می‌افتد. هر ساله، کتاب‌های بسیاری هستند که به چاپ می‌رسند و هر کدام به نحوی چیزی را تجویز می‌کنند: فیزیکی، عاطفی، معنوی. هدف من این نبود که یکی دیگر از آن‌ها را بنویسم. نسخه‌ی تجویزی بر این فرض مبتنی است که چیزی باید تعمیر شود؛ تغییر و تحول باعث التیام (رسیدن به یکپارچگی و انسجام) آنچه که از قبل وجود دارد می‌شود. ممکن است نصیحت و تجویز هم بتوانند مفید باشند، اما برای ما، بینش داشتن نسبت به خودمان و طرز کار ذهن و بدنمان ارزشمندتر است؛ بینشی که الهام گرفته از جستجوی حقیقت باشد، می‌تواند به تغییر و تحول بهتر کمک کند. برای آن دسته از کسانی که در اینجا به دنبال پیامی التیام بخش هستند، این پیام در صفحه‌ی یک، با اولین مطالعه‌ی موردی شروع می‌شود. همان‌طور که فیزیولوژیست بزرگ، والتر کانون، عنوان کرد، در بدن‌های ما خرد وجود دارد. من امیدوارم وقتی بدن نه می‌گوید به شما کمک کند تا با آن خرد درونی که همگی دارای آن هستیم، یکی شوید.

بعضی از مثال‌های موردی این کتاب، برگرفته از زندگی‌نامه یا خودزندگی‌نامه‌های افراد مشهور است؛ بیش‌تر آن‌ها از تجارب بالینی خودم هستند و یا از بحث‌های ضبط شده با افرادی که موافقت کردند درباره‌ی تاریخچه‌ی پزشکی و فردیشان، با آن‌ها مصاحبه و از آنان

نقل قول کنم. به دلایل مبتنی بر حفظ حریم شخصی، اسامی (و در بعضی از موارد، شرایط دیگر) تغییر یافته‌اند. همچنین، برای اجتناب از رسمی‌بودن اثر برای خواننده‌ی عادی، کمتر از پی‌نوشت‌ها استفاده کردیم. منابع هر فصل در پایان کتاب ارائه شده است. حروف ایتالیک، جز در مواردی که ذکر شده است، متعلق به خودم هستند.

فصل ۱: مثلث برمودا

مری زنی بومی، بلند قامت و در اوایل دهه‌ی چهل‌م زندگی‌اش بود و رفتاری متین و محترم داشت. هشت سال بود که مری همراه همسر و سه فرزندش بیمار من بودند. مری شخصیت خودسرزنشگری داشت و لبخندش همواره با شرمی همراه بود. آدمی بود که به راحتی می‌خندید. هر وقت صورت بشاشش از لبخند برق می‌زد، امکان نداشت نتوانی با مهربانی جوابش را بدهی. هنوز هم وقتی به مری فکر می‌کنم، قلبم گرم -و درعین حال مملو از غم- می‌شود. تا قبل از اینکه اولین نشانه‌های بیماری‌اش بروز پیدا کنند، بیماری‌ای که در نهایت او را از پای در آورد. ما با هم زیاد حرف نمی‌زدیم. بیماری او در ابتدا خیلی مهم به نظر نمی‌رسید. تنها یک زخم روی نوک انگشتش بود که با سوزن خیاطی بریده بود و البته، خیلی هم طول کشید تا خوب شود. این مشکل با عنوان پدیدهی «رینود»^[۱] شناخته شده است که در آن، عروق کوچکی که به انگشتان خون‌رسانی می‌کنند تنگ می‌شود و اکسیژن‌رسانی به بافت صورت نمی‌گیرد و قانقاریا اتفاق می‌افتد و متأسفانه مری هم دچار قانقاریا شد. او علی‌رغم چندین بار بستری شدن در بیمارستان و عمل‌های جراحی، در کمتر از یک سال به جایی رسید که تمنا می‌کرد انگشتش را قطع کنند تا از آن درد کشنده خلاص شود، اما تا قبل از رسیدن به خواسته‌اش، بیماری منتشر شده بود و حتی مرفین‌های قوی هم در برابر درد مداومش کافی نبودند.

پدیدهی رینود به‌ندرت و در پی اختلالات دیگر اتفاق می‌افتد. افراد سیگاری بیشتر در معرض این بیماری هستند و مری از سال‌های نوجوانی‌اش یک سیگاری تمام عیار بود. من امیدوار بودم که با ترک سیگار، جریان خون نرمال به انگشتانش برگردد. او بعد از چندین بار بازگشت به اعتیادش، در نهایت موفق شد سیگار را ترک کند، اما متأسفانه طبق تحقیقات پزشکی، رینود مقدمه‌ی بیماری‌های جدی‌تری است: بیماری مری اسکرودرمی (مرض پینه خوردگی پوست)^[۲] تشخیص داده شد که نوعی بیماری خود ایمنی محسوب می‌شود. این بیماری شامل آرتریت روماتوئید^[۳]، زخم کولیت^[۴]، لوپوس اریتماتوس سیستمی^[۵] و کلی امراض دیگر مثل دیابت، ام‌اس و حتی بیماری آلزایمر می‌شود که در اصل، همیشه هم به‌عنوان خود ایمنی تشخیص داده نمی‌شوند. چیزی که در همه‌ی این‌ها مشترک است، حمله‌ی سیستم ایمنی فرد به بدن است.

که باعث آسیب به مفاصل، بافت پیوندی و سایر ارگان‌ها می‌شود، ارگان‌هایی از جمله چشم، عصب، پوست، روده، کبد و یا مغز. در اسکرودرمی [۶] حمله‌ی خودکشنده‌ی سیستم ایمنی باعث سفت شدن پوست، مری، قلب، بافت‌های ریه و دیگر نواحی می‌شود.

اما چه چیزی این جنگ داخلی را درون بدن ایجاد می‌کند؟

کتاب‌های درسی پزشکی نگاه صرفاً بیولوژیک به این موضوع دارند. در چند مورد به صورت جداگانه، توکسین‌ها را عامل ایجاد کننده می‌دانند، اما به صورت کلی، تصور می‌شود که این بیماری تا حد زیادی با زمینه‌ی ژنتیکی ارتباط پیدا می‌کند. عمل‌های پزشکی بازتاب این تفکر صرفاً فیزیکی هستند. نه متخصصین و نه من، به عنوان پزشک خانوادگی مری، هرگز به این فکر نیفتادیم که تجربیات منحصربه‌فرد مری را -که شاید در بیماری‌اش نقش داشته‌اند- بررسی کنیم. هیچ‌یک از ما درمورد شرایط روانشناختی او قبل از شروع بیماری یا تأثیر آن بر سیر بیماری و پیامد نهایی‌اش کنجکاوی نکردیم. ما تمام نشانه‌های فیزیکی را به محض ظاهر شدن درمان می‌کردیم: تجویز دارو برای تورم و درد، جراحی برای برداشتن بافت قانقرایی و بهبود خون رسانی و فیزیوتراپی برای برگرداندن تحرک.

یک روز از سر هوس و در پاسخ به صدای غریزه‌ام که به من می‌گفت مری نیاز دارد شنیده شود، از او خواستم تا دیداری با هم داشته باشیم. می‌خواستم این فرصت را برایش فراهم کنم تا او بتواند درباره‌ی خودش و زندگی‌اش صحبت کند. در این گفتگو، او گذشته‌اش را افشا کرد. در پشت این رفتار آرام و شخصیت کم‌رو، دریایی از عواطف سرکوب شده نهفته بود. مری در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته بود، طرد شده بود و از یک یتیم‌خانه [۷] به دیگری فرستاده می‌شد. او به خاطر می‌آورد که در سن هفت سالگی، درحالی‌که والدین رضاعی [۸] همیشه مستش با هم دعوا می‌کردند و داد و بیداد راه می‌انداختند، او در اتاق زیر شیروانی، خواهران کوچکترش را بغل می‌کرد و آن‌ها را تکان می‌داد تا به خواب بروند. مری می‌گفت «من همیشه پر از ترس و وحشت بودم، اما با وجود این که تنها هفت سالم بود، مجبور بودم از خواهران مراقبت کنم و هیچ‌کس از من مراقبت نمی‌کرد». تا قبل از این، مری هرگز درباره‌ی گذشته‌اش صحبت نکرده بود؛ حتی با همسرش که بیست سال در کنار هم بودند. او یاد گرفته بود که هیچ‌وقت درباره‌ی احساساتش با هیچ‌کس، حتی با خودش هم صحبت نکند. ابراز وجود، آسیب‌پذیری و به پرسش گرفتن کودکی‌اش امنیت روانی او را به مخاطره می‌انداخت. امنیت او در توجه کردن به

احساسات دیگران نهفته بود، نه احساسات خودش. او در دام نقشی که در بچگی به او تحمیل شده بود، گیر افتاده بود و نمی‌دانست که این حق او هم هست که دیگران از او مراقبت کنند، به حرف‌هایش گوش دهند و او را هم سزاوار توجه بدانند.

مری خودش را در «نه» گفتن ناتوان می‌دید و به‌شکلی وسواسی، خودش را در برابر نیازهای دیگران مسئول می‌دانست. حتی زمانی که بیماری‌اش وخیم‌تر می‌شد، باز هم دغدغه‌ی اصلی او همسر و فرزندان تقریباً بالغش بودند. آیا اسکرودرمی راهی بود که بدن او پیدا کرده بود تا از محاصره‌ی تمامی این احساس مسئولیت‌ها بگریزد؟

شاید بدن مری کاری را انجام می‌داد که ذهنش از انجام آن ناتوان بود: دور انداختن انتظارات طاقت فرسایی که از همان کودکی به او تحمیل شده بود و اکنون، در سن بزرگسالی هم خودش آن‌ها را به خودش تحمیل می‌کرد؛ یعنی دیگران برایش در اولویت بودند. من، به‌عنوان مقاله‌نویس بخش پزشکی مجله‌ی جهان و پُست [۹] در سال ۱۹۹۳، در اولین مقاله‌ام به‌تفصیل درباره‌ی مری نوشتم: «وقتی که از یادگیری «نه» گفتن محروم می‌شویم، بدنمان درنهایت این کار را برایمان انجام می‌دهد». همچنین من تعدادی از بحث‌های موجود در ادبیات پژوهشی پزشکی را مطرح کردم که به اثرات منفی استرس بر سیستم ایمنی می‌پردازند.

برخی از پزشکان، این باور را کاملاً رد می‌کنند که سبک مقابله‌ای [۱۰] عاطفی افراد، می‌تواند عاملی مؤثر در اسکرودرمی یا سایر بیماری‌های مزمن باشد. یک متخصص بیماری‌های وابسته به روماتیسم، در یکی از بیمارستان‌های بزرگ کانادا، مقاله‌ای تند و تیز خطاب به ویراستار نوشت و هم مقاله‌ی من و هم روزنامه را بابت چاپ این مقاله، به تندی مورد انتقاد قرار داد. او مرا متهم به این کرد که بی‌تجربه هستم و هیچ پژوهشی در این خصوص انجام نداده‌ام.

اینکه متخصصی رابطه‌ی بین بدن و ذهن را نادیده بگیرد، موضوع شگفت‌آوری نبود. دوگانگی -دوپاره کردن چیزی که در اصل یکی است- تمام باورهای ما را نسبت به سلامت و بیماری تغییر می‌دهد. تلاش ما بر این است که بدن را جدا از ذهن بفهمیم. ما می‌خواهیم بشر را -سالم یا ناسالم- جوری توصیف کنیم که گویی کارکردش جدا از محیطی است که در آن رشد می‌کند، زندگی می‌کند، کار می‌کند، بازی می‌کند، عاشق می‌شود و می‌میرد. این‌ها سوگیری‌های درونی و پنهان سنت [۱۱] پزشکی هستند که بسیاری از پزشکان، درحین تعلیم یاد می‌گیرند و در عمل

به‌کار می‌بندند.

برخلاف بسیاری از رشته‌های دیگر، پزشکی هنوز هم باید درس مهم نظریه‌ی نسبیت انیشتین را در خود هضم کند: اینکه موقعیت فرد مشاهده‌کننده، بر پدیده‌ای که مشاهده می‌شود اثر می‌گذارد و نتایج مشاهده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همان‌طور که هانس سلیه، محقق پیش‌تاز چک-کانادایی در مورد استرس عنوان کرده بود که فرضیات بررسی نشده‌ی دانشمندان هم تعیین‌کننده و هم محدودکننده‌ی چیزی هستند که او کشف خواهد کرد. او در کتاب استرس زندگی این‌گونه نوشت: «بسیاری از افراد، به‌طور کامل تشخیص نمی‌دهند که روح تحقیقات علمی و دروس آموخته‌شده از آن، تا چه‌حد به دیدگاه‌های فردی پژوهندگان وابسته است. در دوره‌ای که وابستگی به علم و دانشمندان تا این اندازه زیاد است، این نکته‌ی بنیادین، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد» [۱]. سلیه در این ارزیابی صادقانه و خودافشاگرانه، به‌عنوان یک پزشک، حقیقتی را عنوان کرد که حتی در عصر حاضر هم -که یک ربع قرن از آن می‌گذرد- هنوز افراد کمی هستند که آن را می‌فهمند.

هر چقدر که پزشکان تخصص بیشتری به دست می‌آورند، بیشتر درباره‌ی بخش‌ها یا ارگان‌های بدن می‌دانند و کمتر درباره‌ی نوع بشر که این ارگان‌ها در او وجود دارند. افرادی که من برای این کتاب با آن‌ها مصاحبه کرده‌ام، تقریباً همگی عنوان کردند که نه پزشک متخصص و نه پزشک خانوادگی‌شان، هیچ‌وقت از آن‌ها نخواستند که محتوای فردی و ذهنی زندگیشان را بررسی کند. اگر هم چیزی بوده است، از نظر آن‌ها چنین گفتگویی، در بیشتر تماس‌هایشان با حرفه‌ی پزشکی یأس‌آور بوده است. من در صحبتی که با همکاران متخصصم درباره‌ی بیشتر این بیماران داشتم، متوجه شدم که بعضی از پزشکان حتی بعد از سالیان سال درمان یک بیمار، هنوز هم درمورد زندگی و تجربه‌ی او در خارج از مرزهای باریک بیماری، هیچ‌چیزی نمی‌دانستند.

من در این کتاب، تصمیم دارم درباره‌ی اثرات استرس بر سلامت، به خصوص استرس‌های پنهانی که حاصل برنامه‌ریزی‌های اولیه‌مان هستند بنویسم؛ الگویی که به‌حدی عمیق و جدی است که گویی بخشی از خویش‌نواختن واقعیمان است. گرچه من شواهد علمی در دسترس زیادی را ارائه کرده‌ام که در فعالیت کاری، برای افراد عادی منطقی به نظر می‌رسید، اما قلب این کتاب -حداقل برای من- یک تاریخچه‌ی فردی است که توانسته‌ام با خوانندگانم به اشتراک بگذارم. گاهی اتفاق می‌افتد که این تاریخچه‌ها برای کسانی که این شواهد را نوعی «حکایت»

می‌بینند، خیلی ترغیب‌کننده نیستند.

تنها یک ضد تکنولوژی متفکر می‌تواند مزایای بی‌شمارِ کاربرستِ دقیقِ روش‌های علمی را برای بشر انکار کند. با وجود این، تمام اطلاعاتِ ضروری را نمی‌توان در یک تحلیل آزمایشگاهی یا آماری تأیید کرد؛ نمی‌توان تمام ابعاد یک بیماری را به امور مسلمی تقلیل داد که با مطالعات دوسوکور [۱۲] و دقیق‌ترین فنون علمی به اثبات رسیده‌اند. ایوان ایلیچ در کتاب محدودیت‌های پزشکی نوشته است: «پزشکی به همان اندازه از عملکرد معنادار التیام، رنج و مردن به ما می‌گوید که تحلیل شیمیایی، درباره‌ی ارزش زیبایی شناختی شعر». چنانچه نقش تجربه و بینش انسانی را از دانش پذیرفته شده حذف کنیم، عملاً خودمان را به قلمرویی کوچک محدود کرده‌ایم.

ما در این بین چیزی را از دست داده‌ایم. در سال ۱۸۹۲، ویلیام اوسلر کانادایی‌تبار، یکی از برجسته‌ترین پزشکان تا به امروز، به این تصور رسیده بود که آرتریت روماتوئید (یک بیماری مرتبط با اسکلودرمی) با اختلال استرس در ارتباط است. امروزه، علی‌رغم شواهد علمی حمایت‌کننده‌ای که در ۱۱۰ سال گذشته گردآوری شده‌اند، یعنی از زمانی که اوسلر برای اولین بار کتابش را چاپ کرد، روماتولوژی [۱۳] تقریباً این دانایی را نادیده می‌گیرد. اینجاست که این رویکرد علمی‌موشکافانه، این فعالیت پزشکی را به همراه آورده است. ما در ارتقا دادن علم مدرن، که صاحب‌اختیار مطلق و نهایی رنج‌هایمان است، به قدری مشتاق بودیم که نتوانستیم بینش اعصار پیشین را دور بیندازیم.

همان‌طور که روانشناس آمریکایی، راس باک [۱۴] خاطرنشان کرده است، تا زمان ظهور فناوری پزشکی مدرن و داروشناسی علمی، پزشکان ناگزیر به تأثیر «داروهای کاذب» متکی بودند. آن‌ها مجبور بودند اعتماد کردن به پزشک، اعتماد داشتن به خود و توانایی درونی برای التیام را به بیمار القا کنند. یک پزشک برای اینکه مثمر ثمر واقع شود، باید به بیمار گوش می‌داد، با او ارتباط برقرار می‌کرد و همچنین به شهود خودش اعتماد می‌کرد. اکنون پزشکان با اتکای صرف به ابزارهای «عینی»، روش‌های تشخیصی مبتنی بر فناوری و درمان‌های «علمی»، دیگر این ویژگی‌ها را از دست داده‌اند. بنابراین، مورد سرزنش قرار گرفتن از طرف یک روماتولوژیست، دیگر مایه‌ی شگفتی نبود. چیزی که حتی بیشتر شگفتی ایجاد می‌کرد، نامه‌ی

دیگری بود که نوئل بی. هرشفیلد^[۱۵]، استاد پزشکی بالینی از دانشگاه کلگری^[۱۶]، تنها چندروز بعد -این بار به شکلی حمایت‌گرانه- برای ویراستار نوشته بود: «رشته‌ی جدید ایمنی‌شناسی عصبی-روانی،^[۱۷] اکنون به نقطه‌ای از بلوغ رسیده است که به واسطه‌ی پیشرفت‌های دانشمندان در حیطه‌های مختلف، شواهد قاطعی به دست آمده که نشان می‌دهد بین مغز و سیستم ایمنی، رابطه‌ی تنگاتنگی وجود دارد. طبیعت عاطفی فرد و پاسخ او به استرس ممتد، در واقع می‌تواند علت بسیاری از بیماری‌هایی باشد که پزشکی درمان می‌کند، اما منشأ آن‌ها هنوز ناشناخته است؛ بیماری‌هایی مثل اسکرودرمی و بخش زیادی از اختلال‌های روماتیسمی، اختلالات التهابی روده، دیابت، ام‌اس و بیماری‌های بسیار دیگری که در هر رشته‌ی فوق تخصص^[۱۸] پزشکی مطرح‌اند». رازِ شگفت‌آوری که این نامه از آن پرده برمی‌داشت، وجود رشته‌ی جدیدی در پزشکی بود. ایمنی‌شناسی عصبی-روانی چیست؟ آن‌طور که من یادگرفته‌ام، چیزی کمتر از علم تعامل ذهن و بدن، تأثیر رابطه‌ی جدایی‌ناپذیر عواطف و فیزیولوژی در رشد بشر و در سراسر زندگی در سلامتی و بیماری نیست. این واژه‌ی بسیار پیچیده به این معناست که این رشته شیوه‌های تعامل چشمگیر روان-ذهن و محتویات عاطفی آن- با سیستم عصبی بدن را مورد مطالعه قرار می‌دهد و همچنین، این را که این دو، چگونه رابطه‌ای ضروری با سیستم دفاعی ایمنی ایجاد می‌کنند. عده‌ای اسم این رشته را درون‌ریزشناسی عصبی-روانی^[۱۹] گذاشته‌اند که نشان می‌دهد دستگاه غدد درون‌ریز یا هورمونی بدن، بخشی از سیستم پاسخ کل بدن نیز هست. تحقیقات نوآورانه آشکار می‌کنند که چطور این روابط به صورت کامل تا سطح سلولی کار می‌کنند. ما می‌خواهیم تا جایی که می‌توانیم، اساس علمی چیزهایی که از قبل می‌دانستیم و اکنون به دست فراموشی سپرده شده‌اند را کشف کنیم.

بسیاری از پزشکان، طی قرون گذشته، به این درک رسیده‌اند که عواطف، عمیقاً در ایجاد بیماری یا بازگشت سلامتی نقش دارند. این افراد کار تحقیقی انجام می‌دادند، کتاب می‌نوشتند و ایدئولوژی پزشکی موجود را به چالش می‌کشیدند، اما همواره نظرات، اکتشافات و بینش آنان در یک‌جور مثلث برمودای پزشکی محو می‌شد. درک رابطه ذهن-بدن که نسل پیشین پزشکان و دانشمندان به آن دست پیدا کرده بود، بدون هیچ رد پای ناپدید شد؛ گویی هرگز وجود نداشته است.

سرمقاله‌ای در ژورنال پزشکی نیو انگلند در آگوست سال ۱۹۸۵، توانست با قاطعیت اعلام کند که: «زمان آن رسیده است که بپذیریم اعتقاد

ما به بیماری، به عنوان بازتاب مستقیمی از حالت روانی تا حد زیادی ریشه در فرهنگ عامه دارد» [۲].

این حیطه‌های فراموش شده دیگر پذیرفتنی نیستند. ایمنی‌شناسی عصبی-روانی، علم جدیدی که دکتر هرشفیلد در نامه‌اش برای ژورنال جهان و پست مطرح کرد، جایگاه خود را پیدا کرده است؛ حتی اگر بینشی که ارائه می‌دهد هنوز نیاز به نفوذ بیشتری در دنیای پزشکی داشته باشد.

کافی است یک نگاه اجمالی به کتابخانه‌های پزشکی یا سایت‌های آنلاین ببندازید تا سیر صعودی مقاله‌های تحقیقی، مقالات ژورنالی و متونی که به دانش جدید می‌پردازند را ببینید. اطلاعات موجود در کتاب‌های عامه‌پسند و روزنامه‌ها با فیلتر به دست بسیاری از افراد می‌رسند. عموم مردم، به شکل‌های مختلف و کمتر مقید به شیوه‌های متعارف قدیمی، قبل از افراد حرفه‌ای و البته آسان‌تر می‌پذیرند که ما به راحتی بخش‌پذیر نیستیم و کل ارگانیسم اعجاب‌انگیز بشر چیزی ورای مجموع بخش‌های آن است.

سیستم ایمنی ما چیزی جدا از نتیجه‌ی تجربیات روزمره‌مان نیست. مثلاً، سیستم ایمنی که در افراد جوان و سالم کاملاً طبیعی کار می‌کند، در دانشجویان پزشکی به خاطر فشار آزمون‌های نهایی ضعیف می‌شود. موضوع مهم‌تر در ارتباط با سلامت و رفاه آینده‌ی این دانشجویان، این بود که دانشجویان خیلی تنها از نهایتِ آثار منفی موجود در سیستم ایمنی‌شان رنج می‌بردند. تنهایی، با تحلیل فعالیت ایمنی در گروهی از بیماران روانی سرپایی نیز رابطه‌ی مشابهی داشته است. حتی اگر هیچ شواهد تحقیقی دیگری هم وجود نمی‌داشت - که البته مواردی وجود دارد - باز هم ضرورت داشت که اثرات بلندمدت استرس مزمن را جدی بگیریم. فشار آزمون‌ها امری بدیهی و کوتاه مدت است، اما بسیاری از افراد، نادانسته، همه‌ی زندگی را طوری سپری می‌کنند که انگار زیر ذره‌بین یک آزمون گیرنده‌ی قدرتمند و قضاوت‌گر هستند که بایستی همیشه او را راضی نگه دارند. بسیاری از ما آدم‌ها، گرچه شاید تنها نباشیم، اما در روابط عاطفی ناکافی‌ای گیر افتاده‌ایم که در آن‌ها عمیق‌ترین نیازهایمان را درک نمی‌کنیم و به آن‌ها اعتبار نمی‌دهیم. بسیاری از کسانی که تصور می‌کنند زندگی کاملاً رضایت‌بخشی دارند، از انزوا و استرس رنج می‌برند.

اما استرس چطور تبدیل به بیماری می‌شود؟ استرس، موج سهمگینی از پاسخ‌های فیزیکی و زیست-شیمیایی به محرک‌های عاطفی قدرتمند است. از جنبه‌ی فیزیولوژیک، عواطف خودشان برون‌ریزی‌های الکتریکی، شیمیایی و هورمونی سیستم عصبی انسان هستند. عواطف از سه عنصر

کارکرد ارگان‌های اصلی، انسجام سیستم دفاعی ایمنی و طرز کار بسیاری از مواد بیولوژیک در گردش -که به کنترل شرایط فیزیکی بدن کمک می‌کنند- تأثیر گرفته و خود نیز بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند. وقتی عواطف سرکوب می‌شوند، این بازداری (کاری که مری در جستجوی امنیت در کودکی انجام می‌داد) سیستم دفاعی بدن را در برابر بیماری تحلیل می‌برد. واپس‌رانی -جدا کردن عواطف از آگاهی و فرستادن آن‌ها به سمت قلمرو ناهشیار- سیستم دفاعی بیولوژیک را طوری مختل و گیج می‌کند که این سیستم دفاعی، در بعضی‌ها به هم می‌ریزد و به جای محافظت از ما، به سلامتمان آسیب می‌زند.

طی هفت سالی که هماهنگ کننده‌ی پزشکی واحد مراقبت موقتی [۲۰] در بیمارستان ونکوور بودم، بیماران زیادی با بیماری مزمن دیدم که تاریخچه‌ی عاطفی‌شان مشابه مری بود. در افرادی که برای تسکین درد سرطان یا فرآیندهای نورولوژیک وخیم‌شونده‌ای مثل اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ای‌ال‌اس) [۲۱] به ما رجوع می‌کردند پویایی‌های مشابه و شیوه‌های مقابله‌ی مشابهی وجود داشت. من در فعالیت کاری شخصی‌ام با خانواده‌ها شاهد همین الگوها در افرادی بودم که بیماری ام‌اس، بیماری‌های التهاب روده مثل زخم کولیت و بیماری کرون، سندروم خستگی مزمن، اختلالات خود ایمنی، فیبرومیالژیا [۲۲]، میگرن، اختلالات پوستی، اندومتریوز [۲۳] و بسیاری از بیماری‌های دیگرشان را درمان می‌کردم. می‌توانم بگویم که تقریباً هیچ‌کدام از بیمارانش که مبتلا به بیماری‌های جدی بودند، در حیطه‌های مهم زندگی‌شان، هرگز «نه» گفتن را یاد نگرفته بودند. اگرچه شاید شخصیت و شرایط برخی از افراد، در ظاهر خیلی متفاوت با مورد مری بود، اما سرکوبی [۲۴] عاطفی بنیادین، عامل اصلی و شایع بین همه‌ی آن‌ها بود.

یکی از بیماران لاعلاجی که تحت مراقبت داشتم، مردی میانسال و مدیر اجرایی شرکتی بود که غضروف کوسه را به‌عنوان درمان سرطان به بازار عرضه می‌کردند. سرطان او که اخیراً تشخیص داده شده بود، قبل از اینکه در واحد من پذیرفته شود، به کل بدنش سرایت کرده بود. او تقریباً تا لحظه‌ی مرگش به خوردن غضروف کوسه ادامه داد، اما نه به‌این‌خاطر که ارزش آن را باور داشت. این خوراکی بوی نامطبوعی می‌داد -حتی از دور هم بوی بدش خیلی آزارنده بود- و حتی نمی‌توانستم تصور کنم چه مزه‌ای می‌دهد. او به من گفت: «من از این غذا متنفرم، اما اگر من مسیرم را متوقف کنم شریک کاری‌ام ناامید می‌شود». من او را متقاعد کردم که حق دارد روزهای آخر زندگی‌اش را

برای خودش زندگی کند؛ بدون اینکه احساس کند در قبال دیگری مسئولیتی دارد.

در نظر گرفتن این احتمال که شیوه‌ای از زندگی که افراد به آن خو می‌گیرند، در بیماریشان نقش دارد موضوع حساسی است. رابطه بین رفتار و بیماری متعاقب آن، مثلاً در مورد سیگار و سرطان ریه کاملاً روشن است؛ البته شاید نظر مدیران صنعت تنباکو این نباشد، اما اگر که موضوع بحث، عواطف و ظهور ام‌اس یا سرطان پستان و آرتروز باشد، اثبات وجود این رابطه سخت می‌شود. بیمار علاوه بر ابتلا به این بیماری، از بابت شخصیتی که دارد هم احساس شرمساری می‌کند. استاد دانشگاه ۵۲ ساله‌ای که بابت درمان سرطان پستان رجوع کرده بود به من گفت: «شما چرا این کتاب را می‌نویسید؟» او با لحنی آمیخته با خشم ادامه داد: «من به خاطر ژن‌هایم سرطان گرفتم، نه به خاطر کارهایی که انجام داده‌ام».

در سرمقاله‌ی ژورنال پزشکی نیو انگلند (NEJM) در سال ۱۹۸۵ با تندی عنوان شده است: «نگریستن به بیماری و مرگ به عنوان یک شکست فردی شکل بسیار تأسف‌آوری از سرزنش کردن قربانی است. درحالی‌که بیمار زیر فشار بیماری قرار دارد، نباید بار مسئولیت در قبال چنین پیامدی را نیز، بر دوش او بگذاریم».

ما به این مسئله‌ی ناراحت‌کننده درباره‌ی سرزنش برمی‌گردیم. من در اینجا تنها اشاره خواهم کرد که سرزنش و شکست مسئله‌ی اصلی ما نیستند. این اصطلاحات فقط تصویر را در هاله‌ای از ابهام می‌برند. همان‌طور که خواهیم دید، سرزنش کردن فرد بیمار -جدا از اینکه به لحاظ اخلاقی نادرست است- از نقطه نظر علمی هم کاملاً بی‌پایه و اساس است.

سرمقاله‌ی NEJM سرزنش و مسئولیت را با هم اشتباه گرفته بود. اگرچه همه‌ی ما از اینکه مورد سرزنش قرار بگیریم وحشت داریم، اما این را می‌خواهیم که مسئول‌تر باشیم؛ یعنی این توانایی را داشته باشیم که آگاهانه به مقتضیات زندگی‌مان پاسخ دهیم، نه اینکه صرفاً واکنشگر باشیم. ما دوست داریم در زندگی خود دارای اختیار باشیم، یعنی فردی باشیم مسئولیت‌پذیر و توانمند در اخذ تصمیمات درستی که روی زندگی‌اش اثر می‌گذارند. هیچ احساس مسئولیتی بدون آگاهی معنی ندارد. یکی از نقاط ضعف رویکرد پزشکی غرب این است که ما فقط پزشک را فرد دارای اختیار می‌دانیم و بیمار را گیرنده‌ی صرف درمان یا مداوا تلقی می‌کنیم. در این رویکرد افراد از فرصت

مسئولیت‌پذیری درست محروم هستند. قرار نیست هیچ‌یک از ما از بابت مغلوب شدن در برابر بیماری و مرگ سرزنش شویم. هریک از ما ممکن است روزی تسلیم شود، اما هر چقدر بیشتر درباره‌ی خودمان بدانیم، کمتر مستعد این خواهیم بود که صرفاً یک قربانی منفعل باشیم.

ما نه فقط با هدف درک بیماری، بلکه برای درک سلامت نیز باید به رابطه‌ی بین ذهن و بدن توجه کنیم. دکتر رابرت ماوندز از دانشکده‌ی روانپزشکی دانشگاه تورنتو، درباره‌ی رابطه‌ی ذهن و بدن در بیماری نوشته است. او در مصاحبه‌ای به من گفت: «برای دست یافتن به سلامت، به جای نادیده‌گرفتن سؤالات مرتبط با استرس، بهتر است برای شناسایی و پاسخ‌گویی به آن‌ها اقدام کنیم». برای التیام یافتن، هرذره‌ای از اطلاعات و هر سطحی از حقیقت می‌تواند حیاتی باشد. اگر بین عواطف و فیزیولوژی ارتباطی وجود داشته باشد، با بی‌خبر نگه داشتن افراد از آن، آن‌ها را از ابزار قدرتمندی محروم می‌کنیم. ما در اینجا با نارسایی زبان مواجه هستیم. حتی صحبت کردن درباره‌ی رابطه‌ی بین ذهن و بدن هم به طور ضمنی حاکی از این است که این دو ماهیت مجزا تا حدی با هم ارتباط پیدا می‌کنند. در زندگی هرگز چنین تفکیکی وجود ندارد؛ هیچ بدنی بدون ذهن نیست و هیچ ذهنی بدون بدن نیست. برای رساندن مفهوم واقعی امور، واژه‌ی ذهن- بدن [۲۵] پیشنهاد شده است.

حتی در غرب هم تفکر ذهن- بدن موضوع کاملاً جدیدی نیست. در یکی از دیالوگ‌های افلاطون، سقراط نقد یک پزشک تراسی [۲۶] از همکاران یونانی‌اش را چنین نقل می‌کند: «علت اینکه درمان این‌همه بیماری برای پزشکان یونان ناشناخته است، این است که آن‌ها از کل غافل هستند. اشتباه بزرگ این دوران در درمان بدن انسان، جدا کردن ذهن از بدن است.» [۳] سقراط - دونیم هزاره قبل از ظهور سایکونورویایمونواندوکرینولوژی (ایمنی شناسی عصب- روانی غدد درون‌ریز) [۲۷]- گفته بود که شما نمی‌توانید ذهن را از بدن جدا کنید.

نوشتن کتاب زمانی که بدن نه می‌گوید اثری فراتر از تأیید صرف بینشی است که ابتدا در مقاله‌ام درباره‌ی اسکرودرمی مری مطرح کردم. من چیزهای زیادی یاد گرفته‌ام و کار صدها پزشک، دانشمند، روانشناس و محقق را در طرح حیطه‌ای از ذهن- بدن، که قبلاً ترسیم نشده بود ستایش می‌کنم. کار کردن روی این کتاب، اکتشافی درونی از نحوه‌ی سرکوب عواطف خودم نیز بوده است. من در پاسخ به سؤال مشاوره‌ی از آژانس سرطان کلمبیای بریتانیا - که برای مطالعه‌ی نقش سرکوبی عاطفی در ابتلا به سرطان به آنجا رفته بودم- مشتاق این سفر

درونی شدم. بسیاری از افراد مبتلا به غده‌ی بدخیم، ظاهراً به‌طور خودکار، درد روانی و فیزیکی و عواطف آزارنده‌ای مثل خشم، ناراحتی یا طرد را انکار می‌کنند. این مشاور از من پرسید: «ارتباط فردی شما با این موضوع چیست؟ چه چیزی توجه شما را به این موضوع خاص جلب کرده است؟» این سؤال، رویدادی مربوط به هفت سال پیش را برایم زنده کرد. یک روز عصر برای دیدن مادر ۷۶ ساله‌ام به آسایشگاه سالمندان رفته بودم. او مبتلا به دیستروفی عضلانی پیش‌رونده [۲۸] بود؛ نوعی بیماری ارثی در خانواده‌مان که عضلات را ضعیف می‌کند. او بدون کمک دیگران حتی نمی‌توانست بلند شود و بنشیند و به همین خاطر دیگر نمی‌توانست در خانه زندگی کند. ما سه تا پسر و خانواده‌هایمان تا زمان مرگش به ملاقاتش می‌رفتیم. همان زمان بود که نوشتن این کتاب را شروع کردم.

وقتی که وارد راهروی خانه‌ی سالمندان شدم، کمی لنگ می‌زدم. آن روز صبح من به‌خاطر استخوان ساییده‌شده‌ی زانویم تحت عمل جراحی قرار گرفته بودم؛ این اتفاق نتیجه‌ی نادیده‌گرفتن زبان بدنم بود که با هربار دویدن روی سیمان درد می‌گرفت. وقتی در اتاق مادرم را باز کردم، به‌صورت خودکار، خیلی بی‌تفاوت و طبیعی به سمت تختش رفتم تا با او احوالپرسی کنم. انگیزه‌ام برای پنهان‌کردن این مشکل آگاهانه نبود و این رفتار، قبل‌از اینکه اصلاً به آن واقف شوم انجام شد. بعدها به این فکر افتادم که واقعاً چه چیزی مرا مستعد این ارزیابی غیرضروری می‌کرد؛ غیرضروری از این‌جهت که مادرم قاعدتاً با خونسردی می‌پذیرفت که پسر ۵۱ ساله‌اش دوازده ساعت بعد از عمل جراحی، زانوهایش سست باشند.

بنابراین چه اتفاقی افتاده بود؟ انگیزه‌ی خودکار من برای محافظت از مادرم در برابر درد، حتی در این موقعیت بی‌خطر، بازتاب عمیقاً برنامه‌ریزی شده‌ای بود که رابطه‌ی چندانی با نیازهای کنونی هیچ‌یک از ما نداشت. این سرکوبی یادی در خاطر من بود؛ یک نمایش مجدد از پویایی‌ای که در مغز در حال رشد من -قبل از اینکه به آن آگاه باشم- حک شده بود.

من هم بازمانده و هم فرزند نسل‌کشی نازی‌ها هستم که بخش زیادی از سال اول زندگی‌ام را در بوداپست، تحت اشغال نازی‌ها زندگی کرده‌ام. اجداد مادری‌ام، وقتی که من فقط پنج ماه داشتم، در بازداشتگاه آشویتس کشته شده بودند، خاله‌ام تبعید شده بود و خبری از

او نداشتند و پدرم در اردوگاه کار اجباری، در خدمت ارتش آلمان و مجارستان بود. من و مادرم بعد از چند ماه سکونت در محله‌ی فقیرنشین بوداپست، به‌زحمت جان سالم به در بردیم. او به‌مدت چند هفته مجبور بود از من جدا شود، چون این تنها راهی بود که می‌توانست من را از مرگ حتمی در اثر بردگی یا بیماری نجات دهد. فهمیدن اینکه چرا مادرم در آن وضعیت ذهنی به‌ندرت می‌توانست لب‌خند مهرآمیزی تحویل من بدهد و طوری به من توجه کند که یک نوزاد در حال رشد نیاز دارد تا بتواند حس امنیت و عشق بدون شرط را در ذهنش حک کند، به قدرت تخیل بالایی نیاز ندارد؛ چراکه آن روزها در شرایط روانی سختی بود و هرروز تحت فشارهای ظالمانه‌ای قرار می‌گرفت. درواقع، مادرم به من می‌گفت که خیلی از روزها، به‌اندازه‌ای ناامید بود که تنها انگیزه‌اش برای برخاستن از رختخواب، چیزی نبود مگر نیاز به مراقبت از من. من از همان اوایل یاد گرفتم که باید برای جلب توجه تلاش کنم، و باید تا جایی که می‌توانم، کمی از مسئولیت مادرم کم کنم و اضطراب و دردم به بهترین شکل سرکوب شد.

در یک تعامل سالم مادر-نوزادی، مادر این توانایی را دارد که به نوزادش رسیدگی کند، بدون اینکه نوزاد مجبور باشد برای دریافت مهر مادرش کاری انجام دهد. مادر من نمی‌توانست این رسیدگی بی‌قید و شرط را برای من فراهم کند و از آنجایی که او نه مقدس بود و نه کامل، پس حتی بدون ترس‌هایی که خانواده را احاطه کرده بود هم، احتمالاً در انجام این کار کاملاً موفقیت‌آمیز عمل نمی‌کرد.

تحت چنین شرایطی بود که من محافظ مادرم شدم؛ یعنی مثلاً با پنهان کردن دردهایم، از او محافظت می‌کردم. چیزی که در ابتدا به‌صورت مقابله‌ی دفاعی خودکار در نوزاد شروع شد، خیلی زود به یک الگوی شخصیتی ثابت تبدیل شد که حالا در سن ۵۱ سالگی، هنوز هم طبق آن حتی جزئی‌ترین مشکلات جسمی‌ام را از مادرم پنهان می‌کنم.

من در آن زمان، به نوشتن کتاب زمانی که بدن نه می‌گوید فکر نکرده بودم. این پروژه قرار بود یک کنکاش فکری باشد و نظریه‌ی جالبی را بررسی کند که به توضیح سلامت و بیماری بشر کمک خواهد کرد. پیش از من، دیگران این مسیر را رفته بودند، اما همیشه چیزهایی برای کشف کردن وجود دارد. چالش مشاور من را با موضوع سرکوبی عاطفی در زندگی خودم مواجه کرد. پنهان کردن طرز راه رفتنم در زمانی که درواقع می‌لنگیدم، فقط یک نمونه‌ی کوچک از این سرکوبی بود.

بنابراین، من در نوشتن این کتاب، نه فقط آنچه را که از دیگران یا از ژورنال‌های حرفه‌ای یاد گرفته بودم، بلکه چیزهایی را که خودم مشاهده کرده بودم توصیف کردم. پویایی‌های واپس‌رانی در همه‌ی ما انسان‌ها تأثیرگذار است. همه‌ی ما تا حدودی منکر خویش یا خیانت‌کننده به خویش‌تیم هستیم، اما معمولاً بدون آگاهی از آن؛ درست همان‌طور که من «تصمیم گرفتم» تا راه رفتنم را پنهان کنم. وقتی که موضوع سلامت یا بیماری مطرح باشد، فقط موضوع میزان آن و همین‌طور وجود یا عدم وجود عوامل دیگر -مثل مسائل ارثی یا محیطی- است که زمینه‌ی بیماری را فراهم می‌کنند. بنابراین، برای نشان دادن اینکه واپس‌رانی عامل اصلی استرس است و نقش چشمگیری در بیماری دارد، انگشتم را به سمت دیگران نمی‌گیرم که بگویم «خودشان باعث بیماریشان شدند». هدف من از نوشتن این کتاب ترویج دادن یادگیری و التیام است، نه دامن زدن به سرزنش و شرم که در فرهنگمان ریشه دارند. شاید من بیش‌ازحد به موضوع سرزنش حساسیت نشان می‌دهم، اما خیلی‌ها واقعاً اینگونه هستند. احساس شرم، عمیق‌ترین «هیجان منفی» ماست. شرم احساسی است که ما برای اجتناب از آن، تقریباً حاضریم هرکاری انجام دهیم. متأسفانه، ترس همیشگی ما از حس شرمساری، چشم‌انداز ما را در دیدن واقعیت تار می‌کند.

علی‌رغم نهایت تلاش بسیاری از پزشکان، مری هشت سال بعد از تشخیص بیماری‌اش، مغلوب عوارض اسکرودرمی شد و در بیمارستان ونکوور از دنیا رفت. او با اینکه قلبش ضعیف بود و تنفسش با مشکل مواجه شده بود، اما تا لحظه‌ی مرگ لبخند پرمهرش را حفظ کرد. حتی در روزهای آخر زندگی‌اش در بیمارستان، هزارچندگاهی از من می‌خواست که ترتیب یک ملاقات خصوصی طولانی را بدهم. او از من می‌خواست که درمورد موضوعات جدی یا پیش‌پاافتاده گفتگو کنیم. یک بار به من گفت: «تو تنها کسی در زندگی‌ام هستی که به حرف‌هایم گوش داده است».

گاهی با خودم فکر می‌کنم که اگر در بچگی مری -زمانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته بود، ترسیده بود و احساس می‌کرد مسئول خواهران کوچکش است- کسی بود که پای حرف‌هایش بنشیند، او را ببیند و درک کند، شاید زندگی‌اش تغییر می‌کرد. شاید اگر کسی همیشه و به‌شکل قابل اعتمادی آنجا حضور می‌داشت، او ارزش گذاشتن به خویش‌تیم، ابراز احساسات و پذیرفتن خشمش را -در زمانی که دیگران وارد مرزهای فیزیکی و عاطفی‌اش می‌شدند- یاد می‌گرفت. آیا اگر سرنوشتش اینگونه رقم می‌خورد، او هنوز زنده بود؟

فصل ۲: آن دختر بچه بیش از حد خوب بود

خیلی ساده‌انگارانه است که بگوییم زمان‌های پراسترس زندگی ناتالی، بهار و تابستان سال ۱۹۹۶ بودند. پسر شانزده ساله‌اش، بعد از سپری کردن شش ماه در مرکز توانبخشی مواد مخدر، در ماه مارس مرخص شد. او تا دو سال قبل، دارو و نوشیدنی مصرف می‌کرد و مرتب از مدرسه اخراج می‌شد. این پرستار سابق ۵۳ ساله (ناتالی) می‌گوید: «ما خوش شانس بودیم که او را به برنامه‌ی درمانی شبانه روزی بردیم. از وقتی که اول بیماری همسر و بعد بیماری من تشخیص داده شد، او خیلی کم در خانه بود». شوهر ناتالی، بیل، در ماه ژولای به‌خاطر تومور روده‌ی بدخیم، تحت عمل جراحی قرار گرفت. بعد از این عمل، پزشکان به آن‌ها گفتند که سرطان به کبدش هم انتشار پیدا کرده است.

ناتالی از بی‌حالی، سرگیجه و وزوز صدا در گوش‌هایش رنج می‌برد، اما علائم بیماری‌اش خیلی کوتاه بود و خیلی زود بدون درمان برطرف می‌شد. او یک سال قبل از تشخیص بیماری‌اش، احساس خستگی می‌کرد. در ماه ژوئن به‌خاطر یک دوره سرگیجه، برایش سی‌تی‌اسکن نوشتند و نتیجه‌ی آزمایش هم منفی بود. دو ماه بعد، ام‌آر‌آی مغز ناتالی، نابهنجاری‌های خاصی را نشان داد که حاکی از بیماری ام‌اس بودند: نواحی مرکزی التهاب در قسمت میلین [۲۹]، یعنی سلول‌های عصبی جداری بافت چربی، آسیب دیده بود و زخم به جا گذاشته بود. [۳۰]

ام‌اس (برگرفته از واژه‌ی یونانی «سخت شدن») شایع‌ترین بیماری میلین زد [۳۱] است که به عملکرد سلول‌های سیستم عصبی مرکزی آسیب می‌زند. اینکه چه نشانه‌هایی بروز کند، به این بستگی دارد که التهاب و زخم در کدام ناحیه اتفاق بیفتد. نواحی اصلی مورد حمله، معمولاً نخاع، ساقه‌ی مغز و عصب چشم - که حاوی تعداد زیادی رشته‌ی عصبی است که اطلاعات بصری را به مغز می‌فرستند - هستند. اگر مکان آسیب دیده جایی در نخاع باشد، نشانه‌های خیلی زیادی بروز پیدا می‌کند؛ مثل درد یا بسیاری احساسات ناخوشایند در قسمت دست و پا یا بالاتنه، یا سفت شدن غیرارادی عضلات و یا احساس ضعف. در قسمت تحتانی مغز، فقدان میلین می‌تواند مشکلاتی در قدرت دید دوتایی یا صحبت کردن یا تعادل ایجاد کند. بیماران مبتلا به نوریت چشم (التهاب اعصاب چشم) از فقدان موقت قوه‌ی بینایی رنج می‌برند. خستگی نشانه‌ی شایعی در این بیماری است؛ به‌طوری‌که فرد به‌شکل غیر عادی احساس خستگی مفرط می‌کند.

سرگیجه‌ی ناتالی در تمام پاییز و تا اوایل زمستان ادامه داشت و همزمان، از همسرش که داشت دوره‌ی نقاهت بعد از عمل روده و دوره‌ی دوازده هفته‌ای شیمی‌درمانی را می‌گذراند، مراقبت می‌کرد. کمی بعد از این دوران، بیل توانست کارش را در آژانس معاملات ملکی از نو شروع کند. سپس، در ماه می سال ۱۹۹۷، دومین عمل را برای برداشتن تومورهای کبد انجام داد.

ناتالی می‌گفت: «بیل بعد از ریساکشن [۳۲] که در آن ۷۵ درصد کبدش را برداشتند، دچار خون لختگی در سیاهرگ باب شد [۳۳] و ممکن بود در اثر آن جانش را از دست بدهد. بیل خیلی پریشان و پرخاشگر شده بود». سرانجام بیل در سال ۱۹۹۹ از دنیا رفت، اما در زمان حیات، همسرش را دچار چنان رنج عاطفی‌ای کرد که قابل تصور نیست.

محققان کولورادو یکصد انسان مبتلا به نوعی ام‌اس به نام «عود کننده-تسکین یافته» [۳۴] را مورد مطالعه قرار دادند. در این بیماری، دوره‌های عود بیماری و دوره‌های عاری از نشانه‌ها پشت سر هم تکرار می‌شوند. ناتالی به این بیماری مبتلا شده است. بیمارانی که زیر فشار استرس‌های خیلی شدید، مثل مشکلات جدی در رابطه یا عدم امنیت مالی قرار دارند، تقریباً چهار برابر بیشتر از بقیه از وخامت شدید رنج می‌برند. [۱]

ناتالی می‌گفت: «در کریسمس سال ۱۹۹۶، هنوز هم کلی سرگیجه داشتم، اما بعد از آن، میزانش تقریباً به صد درصد رسید؛ حتی روی طرز راه رفتنم هم کمی تأثیر گذاشته بود و علی‌رغم تمام مشکلات مربوط به ریساکشن کبد بیل -تأحیدی که که مجبور شدم بین ماه‌های ژولای و آگوست چهار بار او را به بخش فوریت ببرم- اما من خوب بودم. به نظر می‌رسید بیل رو به بهبودی است و ما امیدوار بودیم که دیگر عارضه‌ای نداشته باشد، اما بعد از آن، وخامت دیگری را تجربه کردم». زمانی که ناتالی تصور می‌کرد می‌تواند کمی استراحت داشته باشد و دیگر به خدمات اورژانسی‌اش نیازی نبود، بیماری‌اش برگشت. «همسر من آدمی بود که فکر می‌کرد مجبور نیست کارهایی را که دوست ندارد، انجام بدهد. او همیشه این‌طور بود. وقتی که بیمار بود، به نحوی نشان می‌داد که متوجه کند به هیچ‌وجه هیچ‌کاری انجام نمی‌دهد. روی کاناپه می‌نشست و با انگشتانش بشکن می‌زد؛ یک‌جوری هم بشکن می‌زد که از جا می‌پریدی. حتی بچه‌ها هم تحمل این رفتارشان را نداشتند. در نهایت، در فصل پاییز، وقتی حالش بهتر شد، او را به

مدت چند روز به خارج از شهر فرستادم تا با دوستانش خوش بگذرانند. با خودم گفتم که بیل نیاز دارد بیرون برود.»

من از ناتالی پرسیدم: «تو به چه چیزی نیاز داشتی؟»

- من حسابی به خودم رسیدم. با خودم گفتم که او را دور کنم تا چند روز برود و گلف بازی کند و یکی از دوستانش آمد و او را برد. دو ساعت بعد، دچار وخامت شدید شدم.

از ناتالی پرسیدم که از این تجربه چه چیزی آموخته است؟ او با تردید جواب داد که: «خب، من باید یاد بگیرم که چه زمانی از وضعیت کمک‌رسان بودنم دوری کنم. اما نمی‌توانم؛ اگر کسی به کمک نیاز داشته باشد، من خودم را ملزم به کمک‌کردن می‌بینم.»

- بدون اینکه در نظر بگیری چه اتفاقی برای خودت می‌افتد؟

- بله. پنج سال در آن مسیر بودم و هنوز یاد نگرفته‌ام که باید مسیرم را هموار کنم. بدنم مدام به من «نه» می‌گوید و من همچنان به راهم ادامه می‌دهم. من یاد نمی‌گیرم.

بدن ناتالی در طول مدت ازدواجش دلایل بی‌شماری برای نه گفتن داشت. بیل یک معتاد به نوشیدنی قهار و اکثر اوقات، مایه‌ی شرمساری بود. ناتالی می‌گوید: «وقتی که زیادی می‌خورد چهره‌اش بهم می‌ریخت. جر و بحث می‌کرد، پرخاشگر می‌شد و از کوره درمی‌رفت. او در مهمانی‌ها اگر چیزی نگران‌ش می‌کرد، بی‌هیچ دلیلی در جمع به افراد می‌پرید. من فقط از آنجا می‌رفتم و قدم می‌زدم و او به‌خاطر اینکه از او حمایت نکرده بودم از دستم عصبانی می‌شد. ۴۸ ساعت بعد از تشخیص بیماری ام‌اس متوجه شدم که بیل دیگر با من نخواهد ماند.»

بیل بعد از برگشتن از تعطیلات گلف، به مدت چند ماه توان بدنی‌اش بالا رفته بود. او درگیر رابطه با زن دیگری شده بود، زنی که دوست خانوادگی‌مان بود. ناتالی می‌گوید: «من در دلم با بیل حرف می‌زدم. می‌گفتم ببین چه کارهایی برای انجام داده‌ام. من سلامت خودم را به مخاطره انداختم. کل تابستان را در اختیار تو بودم. تو تا دم مرگ رفتی و من ۷۲ ساعت را در بیمارستان انتظار کشیدم تا ببینم می‌میری یا خوب می‌شوی. وقتی که به خانه برگشتی از تو مراقبت کردم و تو این‌طور جوابم را دادی. این یک تودهنی بزرگ برای من بود.»

این موضوع که استرس روانی، خطر ام‌اس را بالا می‌برد موضوع تازه‌ای نیست. عصب‌شناس فرانسوی، جین مارتین شارکوت، اولین نفری بود

که توصیف بالینی کاملی از ام‌اس ارائه داد. او در سال ۱۸۶۸ در یک سخنرانی اعلام کرد که بین «اندوه و ناراحتی‌های طولانی» بیماران با شروع نشانه‌های بیماری ارتباطی وجود دارد. پنج سال بعد، یک پزشک بریتانیایی نیز موردی مرتبط با استرس را شرح داد: «توجه کردن به حرف‌های یک فرد بینوا وقتی که با اطمینان به پرستار می‌گفت که علت بیماری‌اش این بوده که همسرش را با زن دیگری در رختخواب گیر انداخته است، از جنبه‌ی علت شناسی [۳۵] حائز اهمیت است.» [۲]

من برای نوشتن این کتاب، با نُه فرد مبتلا به ام‌اس مصاحبه کردم که هشت نفر از آن‌ها زن بودند (حدود شصت درصد افراد مبتلا زن بودند). الگوهای عاطفی داستان ناتالی در تمام این افراد بارز بود؛ اگرچه شاید در تمام آن‌ها همیشه چشمگیر نبود.

شواهد گردآوری شده از مصاحبه‌هایم با این تحقیق به چاپ رسیده همسو است. در یک مقاله‌ی تحقیقی ثبت شده در سال ۱۹۷۰ آمده است: «بسیاری از دانشجویانی که در حیطه‌ی این بیماری درس می‌خوانند، این تفکر بالینی را مطرح کرده‌اند که استرس عاطفی تا حدی در پیدایش ام‌اس نقش داشته است.» [۳] درگیری عاطفی زیاد با والدین، فقدان استقلال روانشناختی و نیاز شدید به عشق و محبت و ناتوانی در احساس یا ابراز خشم چیزهایی است که افراد مشاهده‌گر در پزشکی، عوامل احتمالی ابتلای طبیعی به این بیماری می‌دانند. تحقیقی در سال ۱۹۵۸ نشان داد که تقریباً در نود درصد از موارد، «قبل از شروع نشانه‌های بیماری، بیماران رویدادهای وحشتناکی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند که «سیستم امنیتی» آنان را به مخاطره انداخته است.» [۴]

در سال ۱۹۶۹، تحقیقی انجام شد که به نقش فرآیندهای روانشناختی در ۳۲ بیمار در اسرائیل و ایالات متحده پرداخته است. ۸۵ درصد از این بیماران مبتلا به ام‌اس، در پی رویدادهای پراسترس اخیر زندگیشان، ظهور نشانه‌هایی را تجربه کرده‌اند که در پی بررسی آن نشانه‌ها مبتلا به ام‌اس تشخیص داده شدند. طبیعت این عوامل استرس‌زا به شکل چشمگیری متغیر بود؛ از مرگ یا بیماری عزیزان فرد گرفته تا تهدید ناگهانی فقدان معیشت یا شاید یک رویداد خانوادگی که منجر به تغییری دائمی در زندگی فرد شده و انعطاف و سازگاری فراتر از حد توان فرد را می‌طلبیده است. تعارضات زناشویی طولانی یکی از عوامل منشأ استرس بود و مسئولیت زیاد در کار، عامل دیگر. نویسندگان این تحقیق می‌گویند: «مشخصه‌ی شایع تشخیص تدریجی ناتوانی در کنار آمدن با موقعیت‌های دشواری است که احساس بی‌کفایتی یا

شکست را به فرد القا می‌کنند.» (۵) این استرس‌ها در فرهنگ‌های مختلف وجود دارند.

تحقیق دیگری هم بود که بیماران ام‌اس را با گروهی از افراد سالم -یعنی «گروه کنترل»- مقایسه می‌کرد. در گروه ام‌اس، رویدادهای به‌شدت تهدید کننده تا ده برابر و تعارضات زناشویی تا پنج برابر بیشتر بود. (۶)

از هر هشت زن مبتلا به ام‌اس که با آن‌ها صحبت می‌کردم، تنها یکی از آن‌ها هنوز در رابطه‌ی بلندمدت اولیه‌ی خود بود؛ بقیه یا از هم جدا شده و یا طلاق گرفته بودند. چهار تا از این زنان، توسط شریک زندگیشان، گاهی قبل از شروع بیماری مورد بدرفتاری فیزیکی یا روانی قرارگرفته بودند. در موارد دیگر، شریک زندگیشان به لحاظ عاطفی از آن‌ها دور بود و یا اینکه در دسترس نبود.

روزنامه‌نگاری به نام لوئیس، در سال ۱۹۷۴، درحالی‌که تنها ۲۴ سال داشت، مبتلا به بیماری ام‌اس تشخیص داده شد. چندماه بعد از آن، در یک دوره‌ی کوتاه، همه‌چیز را دوتایی می‌دید و بعد از آن هم حس خواب رفتگی در پاهایش داشت. او دو سال قبل از آن را در محله‌ی بومی کوچکی در قطب شمال، با مردی نه سال بزرگ‌تر از خودش زندگی کرده بود؛ هنرمندی که لوئیس او را فردی با عدم ثبات روانی توصیف می‌کند. او بعدها به‌خاطر بیماری افسردگی-شیدایی در بیمارستان بستری شد. لوئیس این‌طور به یاد می‌آورد: «من از او یک بت ساخته بودم. او خیلی با استعداد بود و من تصور می‌کردم هیچ‌چیزی نمی‌دانم. شاید من کمی از او می‌ترسیدم.»

لوئیس زندگی در قطب شمال را بی‌نهایت مشکل توصیف می‌کرد. او می‌گفت: «برای یک دخترِ سختی نکشیده‌ی متعلق به سواحل غربی، این زندگی شبیه رفتن به تیمبوکتو [۳۶] بود. من سال‌ها بعد روانشناسی را دیدم که به من می‌گفت: «تو خوش شانس بودی که از آنجا زنده بیرون آمدی. در آنجا مستی، مرگ، قتل و جدایی زیادی وجود دارد. هیچ جاده‌ای در آنجا وجود ندارد.» من واقعاً از شریک زندگی‌ام، از قضاوت‌ها و خشم او می‌ترسیدم. رابطه‌ی ما یک رابطه‌ی عاشقانه‌ی تابستانی بود که فقط چند ماه باید طول می‌کشید، اما چند سال طول کشید. من سعی کردم تا جاییکه می‌توانم مقاومت کنم، اما درنهایت او مرا با اردنگی از زندگی‌اش بیرون کرد.»

لوئیس زندگی در مناطق شمالی را بسیار سخت یافته بود. «سرویس بهداشتیمان بیرون از خانه بود و در دمای هوای ۴۰- یا ۵۰- درجه، این واقعاً وحشتناک بود. بالاخره او قبول کرد که یک سطل مدفوع -به زبان محلی آنجا- بخرد که شب‌ها بتوانیم توی آن دستشویی کنیم چون

زن‌ها بیشتر از مردها دستشویی می‌روند؛ مگر نه؟»

من پرسیدم: «هر دو با این موافق بودید؟»

- بله؛ البته. ما مجبور بودیم این سطل را زیر بغلمان بگیریم و ببریم بیرون تخلیه کنیم و او نمی‌خواست این کار را انجام دهد. یک شب، این سطل را بیرون نوی برف‌ها انداخت و به من گفت که از دستشویی خودمان استفاده کنم. من مجبور شدم با خودم آب هم بردارم، چون ما آب لوله کشی نداشتیم. انتخاب دیگری نداشتیم، اگر می‌خواستیم با او بمانم باید با این مسائل کنار می‌آمدم.

«یادم هست که به او می‌گفتم مهم‌ترین چیزی که از او می‌خواهم احترام است. نمی‌دانم چرا، اما انگار این چیز زیادی برای من بود. به حدی این برایم مهم بود که حاضر بودم همه‌چیز را تحمل کنم.»

لوئیس می‌گوید که نیاز شدیدش به تأیید شدن، به اوایل زندگی‌اش بر می‌گشت؛ مخصوصاً در رابطه با مادرش.

- «من به همسرم گفتم که مادرم همیشه زندگی‌ام را تحت کنترل خودش داشته است. او همیشه به من می‌گفت که چه‌چیزی بپوشم، دکور اتاقم چگونه باشد و از شروع تا پایان هرکاری برایم تعیین تکلیف می‌کرد. من به‌عنوان یک دختر بچه، بیش‌ازحد خوب بودم. این یعنی اینکه شما برای تأیید شدن، از خواسته‌ها و نیازهایتان می‌گذرید. من همیشه سعی می‌کردم کسی باشم که والدینم می‌پسندیدند.»

باربارا -شخصیتی معروف و بسیار تأثیرگذار- روان‌درمانگری است که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را درمان می‌کند. خود او دچار بیماری ام‌اس است. او سرسختانه با این ایده مخالف است که التهاب و زخم و جرم گرفتن دندان در ریشه که از علائم بیماری ام‌اس است، هیچ ارتباطی با واپس‌رانی‌های دوران کودکی‌اش ندارد.

بیماری ام‌اس باربارا هشت سال قبل خودش را نشان داد. اولین نشانه‌ها کمی بعد از این ظاهر شدند که باربارا، مردی جامعه ستیز [۳۷] را که در انجمن تأدیب با او کار می‌کرد، برای یک دیدار دو هفته‌گی به خانه‌اش دعوت کرد. باربارا می‌گوید: «او تحت درمان‌های زیادی قرار گرفته بود و ایده‌ی من این بود که شانس دوباره‌ای به او بدهم». ولی در عوض، این مراجعه باعث نابودی و ایجاد آشفتگی در خانه و روابط زناشویی‌اش شد. من از باربارا پرسیدم که فکر نمی‌کنی دعوت این فرد پر دردسر، به نوعی باز نمود مشکل اساسی خودت در رعایت

حد و مرزهاست؟

«خب، هم بله و هم نه. من فکر می‌کردم این کار خوب باشد، چون فقط یک دیدار دو هفته‌ای بود، اما دیگر هرگز این کار را نمی‌کنم. اکنون مرزها را خیلی خوب می‌شناسم، طوری که یکی از مراجعینم من را ملکه‌ی مرزها صدا می‌زند (و البته او خودش هم درمانگر است و ما حتی سر این موضوع با هم شوخی می‌کنیم). متأسفانه، من باید این راه سخت را یاد می‌گرفتم. گاهی فکر می‌کنم که بیماری ام‌اس تنبیهی در ازای حماقتم است.»

اتلاق تنبیه به این بیماری، یک موضوع کلیدی را نمایان می‌کند، چون افراد مبتلا به بیماری مزمن، به‌کرات متهم می‌شوند و یا خودشان را متهم می‌کنند به اینکه استحقاق این بداقبالی را دارند. اگر دیدگاه مبتنی بر سرکوبی/استرس به راستی حاکی از این بود که بیماری نوعی تنبیه است، در این صورت من با نظر باربارا موافق بودم که این ایده را رد می‌کند، اما جستجو برای رسیدن به ادراک علمی، با اخلاقیات و قضاوت کردن همخوانی ندارد. اینکه آوردن فردی آسیب‌رسان به خانه‌ی خود را تصمیم نسنجیده‌ای تلقی کنیم و آن را منشأ استرس و عاملی مؤثر در شروع بیماری بدانیم، به این معناست که رابطه‌ی بین استرس و بیماری را خاطرنشان می‌کنیم. ما می‌خواهیم درباره‌ی پیامدهای احتمالی صحبت کنیم؛ البته نه به‌عنوان تنبیه، بلکه به‌عنوان واقعیتی فیزیولوژیکی.

باربارا مُصر است که بین او و والدینش جز رابطه‌ای عاشقانه و سالم چیزی نبود. «من و مادرم خیلی در کنار هم خوب بودیم. ما خیلی به هم نزدیک بودیم.»

من می‌گویم: «مرزها در سال‌های اول زندگی‌مان یاد گرفته می‌شوند. بنابراین چرا تو مجبور بودی مرزها را بعداً یاد بگیری، آن هم با سختی؟» «من مرزها را می‌شناختم، اما مادرم نه. بسیاری از بحث و جدل‌های ما سر همین موضوع بود؛ ناتوانی مادرم در شناخت اینکه چه زمانی او تمام کند و من شروع کنم.»

آوردن مردی بی‌ثبات و خطرناک به خانه، در مطالعات به‌عنوان یکی از عوامل اساسی استرس تعریف می‌شود، اما استرس مزمن ناشی از ضعیف

بودنِ مرزها، به راحتی شناسایی نمی‌شود. مبهم بودن مرزهای روانشناختی در کودکی، به منشأ بنیادین استرس‌های فیزیولوژیک در بزرگسالی تبدیل می‌شود. شما اثرات منفی بر سیستم هورمونی و ایمنی بدن را خواهید داشت، چراکه افرادی با مرزهای فردی نامتمایز، با استرس زندگی می‌کنند. تجاوز به حریم شخصی این افراد، بخش لاینفک تجربه‌ی روزمره‌ی آنان است. با این‌حال، واقعیت این است که آن‌ها یاد گرفته‌اند که آگاهی بی‌واسطه را از خودشان دور کنند.

این عبارت که: «علت یا علل ام‌اس همچنان ناشناخته هستند» متنی معتبر در پزشکی داخلی را به ما یادآوری می‌کند. [۷] گرچه شاید پای ویروسی هم در میان باشد، اما بسیاری از تحقیقات، وجود منشأ مسری را برای این بیماری رد می‌کنند. احتمالاً اثرات ژنتیک هم وجود دارند، چون به نظر می‌رسد چند گروه نژادی عاری از آن هستند، مثلاً اینویت [۳۸] در آمریکای شمالی و بانتوس [۳۹] در جنوب آفریقا. اما ژن‌ها در این مورد که چه کسی و چرا این بیماری را می‌گیرد، توضیحی ارائه نمی‌دهند. لوئیس جی. رزرنر، عصب‌شناس و رئیس سابق کلینیک ام‌اس UCLA در کتابی می‌نویسد: «گرچه احتمال ارثی بودن استعداد ژنتیک ام‌اس وجود دارد، اما احتمال ارثی بودن خود این بیماری وجود ندارد و حتی افرادی که تمام ژن‌های لازم برای شروع این بیماری را دارا هستند، لزوماً به ام‌اس مبتلا نمی‌شوند. این بیماری، به باور متخصصین می‌بایست به واسطه‌ی عوامل محیطی به وجود بیاید». [۸]

مطالعات ام‌آرآی و کالبدشکافی‌هایی که نشانه‌های مختص میلین‌زدایی [۴۰] را در سیستم عصبی مرکزی افراد شناسایی می‌کنند -افرادی که هرگز هیچ‌نشانه یا علامت بارزی از این بیماری را بروز نداده‌اند- موضوعات بغرنجی هستند. چرا برخی از افراد مورد بررسی در این یافته‌های آسیب‌شناسی سیستم عصبی [۴۱]، از ابتلای ساده به بیماری نجات پیدا می‌کنند و عده‌ای نه؟

«عوامل محیطی» مورد اشاره‌ی دکتر رزرنر چه چیزهایی می‌توانند باشند؟

کتاب درسی مقدماتی دکتر رزرنر درباره‌ی ام‌اس -هرچند که از جنبه‌های دیگر فوق‌العاده است- بررسی استرس عاطفی را، به‌عنوان عاملی دخیل در شروع بیماری، به‌شکلی سطحی نادیده می‌گیرد. در عوض، اینگونه نتیجه‌گیری می‌کند که واژه‌ی خود ایمنی، به بهترین شکل این بیماری را توضیح می‌دهد. او می‌گوید: فرد به بافت خودش آلرژی نشان می‌دهد و پادتن‌هایی تولید می‌کند که به سلول‌های سالم حمله

می‌کنند.» او پیشینه‌های پژوهشی بی‌شماری در پزشکی را که خود فرآیندهای خود ایمنی را به استرس و شخصیت ربط می‌دهند؛ ربطی حیاتی که در فصول بعدی به‌طور کامل به آن خواهیم پرداخت.

تحقیقی که در سال ۱۹۹۴ در دیپارتمان نورولوژی در دانشگاه بیمارستان شیکاگو انجام شد، تعاملات سیستم عصبی- سیستم ایمنی و نقش بالقوه‌ی آن‌ها را در بیماری ام‌اس مورد مطالعه قرار می‌داد.^[۹] در این مطالعه، برای نشان دادن اینکه با مسدود شدن پاسخ «جنگ یا گریز»^[۴۲]، بیماری خود ایمنی با القای مصنوعی بدتر می‌شود از خرگوش‌ها استفاده کردند. اگر مداخله‌ای صورت نگرفته بود، توانایی حیوانات در پاسخ طبیعی به استرس بایستی از آن‌ها حمایت می‌کرد.

بیماران ام‌اس -که در پیشینه‌ی مربوط به استرس به آن‌ها پرداختیم- و تمام کسانی که من با آن‌ها مصاحبه کرده‌ام، در موقعیت‌هایی مشابه موقعیت حیوانات آزمایشگاهی بدقبال در مطالعه‌ی شیکاگو قرار گرفته‌اند: آن‌ها در کودکی‌شان در معرض استرس حاد و مزمن قرار داشتند و توانایی درگیر شدن در رفتار ضروری «جنگ یا گریز» در آن‌ها ضعیف بود. مشکل اصلی استرس بیرونی -مثل رویدادهای زندگی مطرح شده در این مطالعات- نبود، بلکه درماندگی شرطی‌شده‌ی محیطی بود که هیچ‌یک از پاسخ‌های طبیعی جنگ یا گریز در آن ممکن نبود. در نتیجه، استرس درونی سرکوب گشته و به‌همین دلیل نیز، نامحسوس می‌شود. درنهایت، برآورده نکردن نیازهای خود یا التزام به برآوردن نیازهای دیگران، دیگر به‌صورت استرس‌آور تجربه نمی‌شود و این امر طبیعی به نظر می‌رسد و بدین ترتیب، فرد خلع سلاح می‌شود.

ورونیکای ۳۳ ساله، سه سال قبل مبتلا به ام‌اس تشخیص داده شد. او این‌طور توضیح می‌دهد: «من دچار یک سانحه‌ی جدی شدم و نمی‌دانستم که این یک سانحه است. بیشتر از سه روز درد در ناحیه پا، کرختی و سوزش تا قسمت بالای قفسه‌ی سینه و قسمت پشت را احساس می‌کردم. تصور می‌کردم که زود خوب می‌شود. من به بدن خودم ضربه می‌زدم، اما نمی‌توانستم هیچ‌چیزی احساس کنم! به هیچ‌کس چیزی نگفتم.» درنهایت، یکی از دوستانش او را متقاعد کرد که پی درمان برود.

- تو از قسمت پاها تا بالای قفسه‌ی سینه احساس درد داشتی و به هیچ‌کس نگفتی؟ چرا؟

- من فکر نمی‌کردم چیز مهمی باشد که ارزش گفتن داشته باشد و اگر مثلاً به والدینم می‌گفتم، آن‌ها نگران می‌شدند.

- اما اگر کس دیگری حس کرختی و درد در قسمت پاها تا میانه‌ی قفسه‌ی سینه داشت تو آن را نادیده می‌گرفتی؟
- نه؛ به زور او را به دکتر می‌بردم.

- پس چرا با خودت همان‌طور که با دیگران رفتار می‌کنی، رفتار نکردی؟ نظری نداری؟
- نه.

آموزنده‌ترین چیز، پاسخ ورونیکا به این سؤال است که آیا قبل از شروع ام‌اس، احیاناً تجربیات استرس‌آوری داشته. او گفت: «لزوماً چیزهای بدی را تجربه نکردم».

- من یک فرزندخوانده هستم. درنهایت، بعد از پانزده سال فشار از طرف مادرخوانده‌ام، به دنبال خانوادگی بیولوژیک خودم گشتم؛ چیزی که خودم نمی‌خواستم، اما همیشه آسان‌تر این است که به تقاضای مادرم تن بدهم تا اینکه بخواهم با او بحث کنم. همیشه این‌طور است!
«من آن‌ها را پیدا کردم و ملاقاتشان کردم و اولین واکنشم این بود: اووه! ما نمی‌توانیم نسبتی با هم داشته باشیم. فهمیدن تاریخچه‌ی خانواده‌ام برایم استرس‌آور بود؛ چون فهمیدم حاصل زنا‌ی با محارم بوده‌ام. درواقع این‌طور به نظر می‌رسد؛ هیچ‌کس به من کل داستان را نمی‌گوید و مادر بیولوژیکی‌ام هیچ‌چیزی نخواهد گفت.»

«به‌علاوه، من در آن زمان بیکار، در انتظار EI و مستمری بگیر بودم. چند ماه قبل، از نامزدم هم جدا شده بودم، چون معتاد بود و من نمی‌توانستم دیگر با این مسئله هم سر و کله بزنم. این با عقل من جور در نمی‌آمد.»

این‌ها استرس‌هایی هستند که با توصیف این زن جوان، لزوماً خیلی بد نیستند؛ فشار موجود از سوی مادر خوانده‌اش - که خواسته‌های ورونیکا را نادیده می‌گرفت- پیدا کردن خانوادگی بیولوژیک ناکارآمدش و دوباره ملحق شدن به آن‌ها، فهمیدن این موضوع که او نتیجه‌ی رابطه با محارم بوده است (از فامیل درجه یک) و مادر بیولوژیکی ورونیکا در آن زمان شانزده ساله بوده، فقر مالی و جدایی از نامزد معتاد.

ورونیکا با پدرخوانده‌اش همذات‌پنداری می‌کند. او می‌گوید: «پدرم همیشه قهرمان من بوده است».

- چرا وقتی تا این اندازه از طرف مادرت تحت فشار بودی، برای کمک گرفتن پیش پدرت نرفتی؟

- من هرگز نمی‌توانستم پدرم را تنها پیدا کنم. همیشه برای دیدن پدرم، مجبور بودم مادرم را تحمل کنم.
 - و پدرت با همه‌ی این شرایط چگونه برخورد می‌کرد؟
 - او همیشه می‌ایستاد و تماشا می‌کرد، اما واقعاً می‌دانم که پدرم این شرایط را دوست نداشت.
 - من خیلی خوشحالم که با پدرت احساس صمیمیت می‌کنی، اما شاید لازم باشد که یک قهرمان جدید برای خودت پیدا کنی؛ کسی که الگویی از اتکا به نفس باشد. برای التیام یافتن، خودت باید قهرمان خودت باشی.
- نوازنده ویولن سل بریتانیایی، ژاکلین دوپر استثنایی در سال ۱۹۸۷، در سن ۴۲ سالگی، در اثر عوارض بیماری ام‌اس از دنیا رفت. بعداً خواهرش، هیلاری، وقتی برایش سؤال شد که آیا ممکن است استرس باعث بیماری ژاکی شده باشد، عصب‌شناس‌ها به او اطمینان دادند که این ربطی به استرس ندارد.
- باور مرسوم پزشکی از آن زمان تا الان تغییر بسیار ناچیزی داشته است. کتابچه‌ای که اخیراً توسط کلینیک ام‌اس دانشگاه تورنتو چاپ شده است، به بیماران می‌گوید: «گرچه ما به افراد مبتلا به ام‌اس عمیقاً توصیه می‌کنیم که از استرس دوری کنند، اما استرس باعث بیماری ام‌اس نمی‌شود.» این حرف گمراه‌کننده است. البته استرس علت بیماری ام‌اس نیست، چراکه هیچ عاملی به‌تنهایی علت آن نیست. بروز بیماری ام‌اس بی‌شک به عوامل چندگانه‌ای بستگی دارد. اما آیا درست است که بگوییم استرس نقش اصلی را در شروع این بیماری بر عهده ندارد؟ مطالعات تحقیقی و زندگی افرادی که مورد مطالعه قرار داده‌ایم، به‌طور جدی حاکی از این هستند که استرس نقش اصلی را دارد. به‌علاوه، این مشخصه‌ی بارز زندگی ژاکلین دو پره هم هست؛ کسی که بیماری و مرگش، نمونه‌ای واقعی از اثرات ویرانگر استرس ناشی از سرکوبی عواطف است.
- مردم معمولاً به حال پره گریه می‌کردند. شخصی می‌گفت: «روابط او با حضار فوق‌العاده بود و همه را افسون می‌کرد». نوازندگی‌اش بسیار پرشور و گاهی به‌طرز غیرقابل وصفی وجدآور بود. او مسیر مستقیم به سمت عواطف را بر می‌افروخت. برخلاف نقاب شخصی‌اش، کاملاً طبیعی و رها روی صحنه حاضر می‌شد: گیسوان پریشان و بدن پرتحرکش، همگی بیشتر نمایانگر طمطراق راکاند رول بودند تا محدودیت‌های

هنر کلاسیک. یکی از تماشاچیان می‌گفت: «او شبیه یک دختر دوشیزه دوست داشتنی و متواضع به نظر می‌رسید، اما با ویولون‌سلی که در دستانش داشت مثل دیوانه‌ها بود.» [۱۰]

تا به امروز، بعضی از کارهای ثبت شده‌ی پره، به‌خصوص کنسرت ویولن‌سل الگار، بی‌مانند هستند و احتمالاً برای همیشه بی‌نظیر خواهند ماند. این کنسرت آخرین کار اصلی این آهنگساز برجسته بود که در فضای اندوه‌بار پس از جنگ جهانی اول خلق کرده بود. ادوارد الگار در سال ۱۹۱۷ نوشت: «هر چیز خوب و خواستنی و روشن و تازه و دوست داشتنی‌ای رفتنی است و هرگز بر نمی‌گردد.» او در دهه‌ی هفتم زندگی و در سال‌های پایانی عمرش بود. خواهرش، هیلاری دو پره، در کتاب خود به نام نابغه‌ای در خانواده می‌نویسد: «توانایی ژاکی در به تصویر کشیدن عواطف یک مرد در فصل خزان زندگی‌اش، یکی از ظرفیت‌های استثنایی و غیرقابل توضیح او بود.» [۱۱]

استثنایی بله، اما غیرقابل توضیح؟ شاید نه. گرچه ژاکلین دو پره خودش نمی‌دانست، اما بیست سالگی، خزان زندگی‌اش هم بود. این بیماری فقط طی چند سال و به سرعت به شغل آهنگسازی‌اش پایان داد. تأسف، فقدان و تسلیم همیشه بخشی از تجارب عاطفی ناگفته‌ی او بودند. او الگار را درک می‌کرد، چون او نیز همان درد را داشت. تصویرش همواره او را اذیت می‌کرد. او به خواهرش گفته بود: «هیل، او (الگار) زندگی فلاکت‌باری داشت؛ او بیمار بود و با وجود همه‌ی این‌ها، روحیه‌ی بشاشی داشت و این همان چیزی است که من در موسیقی او احساس می‌کنم.»

او از همان ابتدا خودش را اینگونه توصیف می‌کرد. ایریس، مادر ژاکی، وقتی که با ژاکی در زایشگاه بود، غم از دست دادن پدر را تجربه کرد. از آن زمان به بعد، رابطه‌ی ژاکی با مادرش به یک وابستگی همزیستی بدل شد که هیچ‌کدام از آن رهایی پیدا نکردند. ژاکی، به‌عنوان کودک، نه اجازه داشت کودکی کند و نه توانست به فردی بالغ تبدیل شود.

ژاکی کودکی حساس، آرام و خجالتی و گاهی هم بازیگوش بود. می‌گفتند که جز در زمان نواختن ویولون‌سل، شخصیت آرامی‌داشته است. معلم موسیقی‌اش او را به‌خاطر می‌آورد که در سن شش سالگی بسیار مؤدب بوده و خیلی خوب بزرگ شده است. او یک چهره‌ی خوشرو و پذیرا به دنیا نشان داد. معلم یک مدرسه‌ی دخترانه که ژاکی در آنجا درس می‌خواند، او را دختری شاد و خندان به‌خاطر می‌آورد. هم‌کلاسی

دبیرستانش از او با عنوان «دختری مهربان و شاد و سازگار» یاد می‌کند.

اما واقعیت درونی ژاکی کاملاً متفاوت بود. هیلاری می‌گوید که خواهرش، یک روز زیر گریه زد و گفت: «هیچ‌کس در مدرسه من را دوست ندارد. این وحشتناک است. همه‌ی آن‌ها من را می‌رنجانند.» ژاکی در مصاحبه‌ای خودش را اینگونه توصیف کرد: «یکی از آن بچه‌هایی که بچه‌های دیگر نمی‌توانستند او را تحمل کنند. آن‌ها تیم تشکیل می‌دادند و چیزهای وحشتناکی به او می‌گفتند.» او نوجوانی دستپاچه، به لحاظ اجتماعی خام، بدون علاقه به تحصیلات دانشگاهی و کم‌حرف بود. به گفته‌ی خواهرش، همیشه در ابراز خودش از طریق کلمات مشکل داشت. زندگی‌نامه‌نویسی به نام الیزابت ویلسون، در کتاب ژاکلین دو پره، می‌نویسد: «دوستان تیزبین او، به مراحل اولیه‌ی فشارِ حاکی از اندوه شدید در زیر ظاهر شادش اشاره کردند.» [۱۲]

ژاکی تا قبل از بیماری‌اش، همیشه احساساتش را از مادرش پنهان می‌کرد. هیلاری از حالت‌های احساسی عمیق ژاکی و پچ‌پچ‌های مرموزش در کودکی، خاطره‌ای وحشتناک دارد. ژاکی به او گفته بود: «هیل، به مامان چیزی نگو؛ من وقتی که بزرگ شوم دیگر نمی‌توانم راه بروم یا حرکت کنم». چطور می‌شود این پیشگویی ترسناک از خویشتن را درک کرد؟ حالا یا به‌عنوان امری عجیب و غیرطبیعی و یا فرافکنی دقیق چیزی که ژاکی کوچک، در اعماق ناخودآگاهش، از قبل احساس می‌کرد: او ناتوان از حرکت کردن به‌صورت مستقل، در زنجیر و کاملاً فلج بود. و چرا گفت: «به مامان نگو!»؟ تسلیم شده بود! چون از قبل می‌دانست که تلاشش برای رساندن درد، ترس و اضطرابش -نیمه‌ی تاریک او- به والدی ناتوان از دریافت و درک این رابطه بی‌فایده است. بعدها، زمانی که بیماری ام‌اس ژاکی شروع شد، انزجار همیشگی نسبت به مادرش، به‌شکل موجی از خصومت [۴۳] غیرقابل‌کنترل و تند، فوران کرد. این کودک مطیع و سربه‌راه، به یک بزرگ‌سال بسیار تندخو تبدیل شد.

هرچه بیش‌تر ژاکلین دو پره عاشق و حریص ویولن‌سل می‌شد، چیزی در او بر نقش استادی ویولن‌سل پای می‌فشرد. این نقاب استادی از خویشتن واقعی‌ش جلوتر بود. این تنها شکل روابط عاطفی و تنها راه حفظ توجه مادرش هم شد. بیماری ام‌اس ابزاری برای کنار گذاشتن این نقش شد؛ شیوه‌ی بدنش برای نه گفتن.

خود ژاکلین نمی‌توانست مستقیماً به انتظارات دنیا پاسخ منفی بدهد. در سن هجده سالگی، به‌شکل تأسفباری به نوازنده‌ی ویولن‌سل

جوانی که بحرانی را تجربه می‌کرد حسادت می‌ورزید. او به دوستش می‌گفت: «این دختر خوش شانس است. او هر وقت که بخواهد می‌تواند موسیقی را کنار بگذارد، اما من هرگز نمی‌توانم، چون افراد زیادی هستند که پول زیادی صرف من کرده‌اند». ویولن‌سل او را تا حد غیرقابل تصویری به اوج رسانده و دست و پایش را بسته بود. او که از سنگینی بار حرفه‌ی موسیقی می‌ترسید، مغلوب محدودیت‌هایی شد که استعداد و نیازهای خانوادگی‌اش ایجاد می‌کردند.

هیلا ری از «صدای ویولن‌سل» ژاکی صحبت می‌کند. چون ابزار مستقیم ژاکی برای ابراز عواطفش سرکوب‌شده بود، پس ویولن‌سل تبدیل به صدای او شد. او تمام شور، درد و تسلیم شدنش -همه‌ی خشمش- را روی موسیقی تخلیه کرد. یکی از مربیان ویولن‌سل ژاکی با زکاوت تمام از نوجوانی او چنین می‌گوید: «او از طریق نواختن، ابزاری برای ابراز پرخاشگری درونی‌اش فراهم می‌کرد. زمانی که غرق موسیقی می‌شد، از عواطف به وجد می‌آمد؛ عواطفی که کمرنگ شده بودند و یا در جاهای دیگر زندگی‌اش اصلاً نبودند. به این دلیل است که تماشا کردن و گوش دادن به او، تا این اندازه مسحور کننده -و به قول نوازنده‌ی ویولن‌سل روسی، میشا میسکی- «تقریباً وحشتناک» بود.»

بیست سال از پس اجرای اول او در کودکی، درحالی‌که مبتلا به بیماری ام‌اس بود، از احساسش بعد از اولین حضورش روی صحنه برای دوستش تعریف می‌کرد: «انگار تا آن لحظه در جلوی خودم یک دیوار آجری قرار داشته که مانع از ارتباط با دنیای خارج می‌شده است، اما آن لحظه که برای حضار اجرا کردم، این دیوار آجری ناپدید شد و احساس کردم بالاخره می‌توانم صحبت کنم. این حسی بود که قبلاً هرگز در اجرایم احساس نکرده بودم.» او در بزرگسالی، در دفتر خاطراتش نوشت که هیچ‌وقت بلد نبوده چطور باید از طریق کلمات حرف بزند و فقط از طریق موسیقی این کار را می‌کرده است.

رابطه‌ی او با همسرش، دنیل بارنبویم، آخرین مرحله از زندگی ژاکلین دو پره بود؛ قبل از اینکه بیماری ام‌اس به نواختن ویولن‌سل پایان دهد. بارنبویم، یک یهودی-آرژانتینی جذاب، فرهیخته و جهان‌وطن که در اسرائیل بزرگ شده بود و تا اوایل دهه‌ی دوم زندگی‌اش، در جهان موسیقی بین‌المللی یک ابرستاره بود. او یک پیانیست کنسرت پرتقاضا و موسیقیدان مجلسی بود و به‌عنوان رهبر، اسم و رسمی برای خودش داشت. وقتی که دو پره و بارنبویم با هم دیدار داشتند، ارتباط موسیقایی بین آن‌ها، به‌صورت خودانگیخته‌ای پر هیجان، پر

شور و حتی جادویی بود. رابطه‌ی عاشقانه و ازدواج میان آنان قطعاً غیرقابل اجتناب بود؛ یک رابطه‌ی عاشقانه افسانه‌ای به نظر می‌آمد. آن‌ها به زوج افسونگر دنیای موسیقی کلاسیک تبدیل شدند.

متأسفانه، ژاکی توی ازدواجش به‌اندازه‌ی خانواده‌ی مبدأ خود نمی‌توانست خویشتن واقعی‌اش باشد. افرادی که او را به‌خوبی می‌شناختند، خیلی زود متوجه شدند که او با لحنی کنجکاو، «غیرقابل توصیف» و متعلق به وسط اقیانوس اطلس صحبت می‌کرد. این انتخاب ناآگاهانه برای صحبت کردن مثل دیگری، نشانی از ادغام هویتش با هویت دیگری بود؛ هویتی با شخصیتی برجسته‌تر. هیلاری می‌گوید که ژاکی یک‌بار دیگر خودش را با نیازها و انتظارات فرد دیگری هماهنگ کرد: «قسمت‌های وسیعی از شخصیتش، شانس ناچیزی برای ابراز شدن جز از طریق موسیقی داشتند. او مجبور بود ژاکی‌ای باشد که شرایط از او می‌خواست.»

وقتی بیماری عصب‌شناختی پیشرفته‌اش -که هنوز تشخیص داده نشده است- شروع به ایجاد کردن نشانه‌هایی جدی مثل ضعف و بی‌حالی کرد، سکوت الگوی همیشگی او شد. او به جای مطلع ساختن همسرش، مشکلات را از او پنهان و وانمود می‌کرد که چیزهای دیگری علت افت سرعتش هستند. ژاکی یک‌بار در اوایل ازدواجش، وقتی که هیلاری از او پرسید که چطور با فشار رابطه‌ی فردی و حرفه‌ای با همسرش کنار می‌آید گفته بود: «خب، من فقط می‌توانم بگویم که احساس استرس ندارم. من خودم را آدم خیلی شادی می‌بینم. عاشق موسیقی و عاشق همسرم هستم و زمان کافی برای هردوی ما هست.» کمی بعد از آن، از همسر و از کارش دور شد. او به این باور رسیده بود که همسرش بین او و خویشتن واقعی‌اش قرار گرفته است. برای مدت کوتاهی، به ازدواجش پایان داد و ناشادی‌اش را از طریق ایجاد رابطه با برادر شوهرش ابراز کرد؛ این هم نمونه‌ی دیگری از مرزهای بی‌ثباتش بود. برای مدتی، عمیقاً افسرده بود و نمی‌خواست سراغ ویولن‌سل برود. بلافاصله بعد از اینکه هم به ازدواج و هم به موسیقی برگشت، ابتلایش به بیماری ام‌اس تشخیص داده شد.

صدای ویولن‌سل ژاکلین دو پره تنها صدایی بود که از او باقی ماند. هیلاری، آن را رستگاری خواهرش نامید. اما این‌طور نبود. این رستگاری برای حضار بود، اما برای خودش نه. آدم‌ها عاشق آهنگ‌سازی پر شور او بودند، اما کسانی که برایش مهم بودند، به درستی به او گوش ندادند. حاضرین گریه می‌کردند و منتقدین او را ستایش می‌کردند، اما هیچ‌کس او را نمی‌شنید. موضوع غم‌انگیز این بود که او

خودش هم نسبت به خودش کر بود. ابراز از طریق هنر در حقیقت فقط شکلی از نمایش عواطفش است نه راهی برای پرداختن به عواطف.

هیلاری بعد از مرگ خواهرش به نوار کنسرت الگار در بی بی سی در سال ۱۹۷۳ با رهبری زوبین مهتا گوش می‌داد. این آخرین اجرای عمومی ژاکی در بریتانیا بود. «چند لحظه‌ی اول کوک می‌کرد، بعد مکثی کوتاه و درنهایت شروع می‌کرد. من یکهو پریدم. داشت سرعت تمپو را کم می‌کرد. چند بار دیگر میزان کرد و درنهایت کاملاً رسا شد. من دقیقاً می‌دانستم که چه چیزی داشت اتفاق می‌افتاد. ژاکی مثل همیشه داشت از طریق ویولن سل حرف می‌زد. من می‌توانستم بشنوم که چه چیزی می‌گوید. تقریباً اشک‌های روی صورتش را می‌دیدم. او داشت با خودش خداحافظی می‌کرد و برای مجلس یادبود خودش می‌نواخت.»

فصل ۳: استرس و شایستگی [۴۴] عاطفی

هانس سلیه در کتاب استرس زندگی اینگونه می‌نویسد: «از ابتدای زندگی در اقیانوس‌های پیش از تاریخ تاکنون، همواره بین ماده‌ی زنده و محیط بی جان آن، بین یک موجود زنده و دیگری، یک سازگاری دائمی وجود داشته است».[۱] تعامل با سایر انسان‌ها -به خصوص تعامل عاطفی- در هر لحظه از زندگی و به هزاران شکل نامحسوس بر کارکرد بیولوژیکمان اثر می‌گذارد. همان‌طور که در سراسر این کتاب خواهید دید، این موضوعات عوامل مهمی در تعیین سلامت هستند. درک تعادل ظریف روابط بین پویایی‌های روانشناختی، محیط عاطفی و فیزیولوژی برای سعادت‌مان بسیار حیاتی است. سلیه نوشته است: «شاید این عجیب به نظر برسد. شاید احساس کنید که مثلاً بین رفتار سلول‌هایمان در التهاب و اعمالمان در زندگی روزمره، هیچ رابطه‌ی قابل درکی وجود ندارد. اما من با این موافق نیستم».[۲]

علی‌رغم گذشت شش دهه از تحقیق و تفحص علمی از زمان کار پیشگام سلیه، هنوز تأثیر فیزیولوژیک عواطف به طور کامل شناخته نشده است. رویکرد پزشکی به امر سلامت و بیماری، هنوز هم بر این فرض استوار است که بدن و ذهن، از هم و همین‌طور از محیطی که در آن وجود دارند جدا هستند. چیزی که این اشتباه را بدتر می‌کند، تعریف سطحی و ساده انگارانه از استرس است.

تفکر پزشکی معمولاً استرس را نتیجه‌ی رویدادهایی شدیداً آشفته‌کننده و درعین‌حال مجزا می‌بیند؛ رویدادهایی مثل بیکاری ناگهانی، خاتمه دادن به ازدواج و مرگ یک عزیز. این رویدادهای اساسی برای خیلی‌ها منابع نیرومندی از استرس به شمار می‌روند، اما استرس‌های روزمره‌ی مزمنی هم در زندگی افراد هستند که در بلند مدت، پیامدهای موزیانه و آسیب‌زننده‌تری در بیولوژی انسان دارند. به‌هرحال، استرس‌های درونی بدون اینکه غیرعادی به نظر برسند، خسارات خود را بر انسان وارد می‌کنند.

برای کسانی که از اوایل کودکی به سطح بالایی از استرس درونی عادت کرده‌اند، با نبود استرس احساس ناراحتی و حس کسالت و پوچی به وجود می‌آید. به گفته‌ی هانس سلیه، بعضی‌ها به هورمون‌های استرس خودشان، یعنی آدرنالین و کورتیزول اعتیاد پیدا می‌کنند. برای این افراد، استرس احساس خوشایندی دارد و نبود آن، شرایطی را به وجود می‌آورد که می‌خواهند از آن دوری کنند.

وقتی افراد استرسشان را توصیف می‌کنند، معمولاً منظورشان آشفتگی عصبی‌ای است که زیر فشار خواست‌های خیلی زیاد -معمولاً در حیطه کاری، خانوادگی، روابط، امور مالی و یا سلامت- تجربه می‌کنند. اما حس فشار عصبی، تعریف استرس نیست؛ به معنای دقیق‌تر اینگونه نیست که وقتی افراد تحت استرس هستند، همواره فشار عصبی را احساس کنند. طبق تعریف ما از استرس -که در ادامه مطرح خواهیم کرد- استرس صرفاً یک احساس ذهنی نیست. بلکه مجموعه‌ای قابل ارزیابی از رویدادهای فیزیولوژیک عینی در بدن است که مغز، دستگاه هورمونی، سیستم ایمنی و بسیاری از ارگان‌های دیگر را نیز در بر می‌گیرد. هم حیوانات و هم انسان‌ها می‌توانند استرس را بدون آگاهی از حضور آن تجربه کنند.

سلیه خاطرنشان کرد: «استرس صرفاً فشار عصبی نیست. واکنش‌های حاکی از استرس، در حیوانات نسبتاً ساده (غیر پستاندار) و حتی در گیاهان هم که اصلاً سیستم عصبی ندارند اتفاق می‌افتند. درواقع، استرس می‌تواند در بی‌هوشی عمیق بیمارانی که ناهوشیار هستند هم ایجاد شود و حتی در کاشت‌های سلولی که خارج از بدن رشد می‌کنند هم به وجود می‌آید.» [۳] به همین صورت، اثرات استرس در افرادی که کاملاً هشیار هستند می‌تواند خیلی فعال باشد، مگر در افرادی که گرفتار عواطف ناهشیار هستند یا رابطه‌ی خود را با واکنش‌های بدنشان قطع کرده‌اند. همان‌طور که در آزمایشات حیوانی و در مطالعات انسانی ثابت شده است، فیزیولوژی استرس، بدون اثرات قابل مشاهده بر رفتار و بدون آگاهی ذهنی هم می‌تواند برانگیخته شود.

پس استرس چیست؟ سلیه -کسی که این واژه را در معنای فعلی‌اش ساخت و با غروری کاذب شرح داد که چگونه lo stress، der stress، le stress و lo stress، به ترتیب وارد زبان‌های آلمانی، فرانسوی و ایتالیایی شده‌اند- استرس را فرایندی بیولوژیک و مجموعه‌ای وسیع از رویدادهای بدن می‌داند؛ بدون اینکه علت یا آگاهی ذهنی را در نظر بگیرد. استرس تغییرات درونی -محسوس و نامحسوس- را در بر می‌گیرد که در صورتی اتفاق می‌افتند که ارگان‌هایم، تهدیدی برای وجود یا سلامت خود حس کند. اگرچه فشار عصبی می‌تواند عامل اصلی استرس باشد، اما انسان بدون احساس تنش و فشار هم می‌تواند دچار استرس شود. از طرفی، این امکان هم وجود دارد که فرد بدون فعال شدن سازوکارهای فیزیولوژیک استرس، احساس تنش کند.

سلیه برای فهمیدن معنای تغییرات فیزیکی‌ای که در آزمایشات خود مشاهده کرده بود، در جستجوی واژه‌ای بود. او به‌طور تصادفی با اصطلاح «استرس» برخورد کرد که برای مدت‌های طولانی، در انگلیسی رایج و به خصوص در مهندسی، برای نشان دادن اثرات نیرویی که در برابر مقاومت عمل می‌کند، مورد استفاده قرار می‌گرفت. او مثالی از تغییرات ایجاد شده در کش پلاستیکی کشسان یا فنر فلزی تحت فشار ارائه می‌دهد. این تغییرات هم ممکن است با چشم غیرمسلح ملاحظه شوند و هم امکان دارد فقط در آزمایشات میکروسکوپی بارز باشند.

قیاس‌های سلیه به نکته‌ی مهمی اشاره می‌کنند: استرس بیش‌ازحد زمانی اتفاق می‌افتد که مقتضیات ایجاد شده در یک ارگانیسم، از ظرفیت‌های معقول ارگانیسم برای تحقق آن‌ها فراتر رود. کش پلاستیکی پاره می‌شود؛ فنر از شکل می‌افتد. پاسخ به استرس ممکن است در اثر آسیب فیزیکی ناشی از عفونت یا زخم اتفاق بیفتد؛ یا مثلاً ممکن است به‌خاطر ترومای عاطفی یا صرفاً در اثر تهدید این تروما -حتی اگر کاملاً خیالی باشد- شکل بگیرد. پاسخ به استرس فیزیولوژیک زمانی برانگیخته می‌شود که تهدید خارج از آگاهی هشیار باشد یا زمانی که فرد باور داشته باشد که استرسی که دارد «خوب» است.

آلن، یک مهندس ۴۷ ساله، چند سال قبل، مبتلا به سرطان مری (لوله‌ای برای بلعیدن که غذا را از گلو به معده می‌برد) تشخیص داده شد. او در حال توصیف ماهیت سرسخت و خودساخته‌ی درونی که یک سال قبل از تشخیص غده‌ی بدخیم، افسارش را به دست داشت از «استرس خوب» صحبت می‌کرد. این «استرس خوب» نه فقط به تحلیل رفتن سلامت دامن می‌زد، بلکه حواسش را از موضوعات دردناک زندگی -که منشأ همیشگی ناراحتی‌های فیزیولوژی سیستمش بودند- پرت می‌کرد.

قسمت تحتانی مری آلن و قسمت فوقانی معده او -جایی که تومور به آنجا حمله کرده بود- برداشته شد، چون سرطان به چند گره لنفاوی [۴۵] خارج از دل و روده منتشر شده بود. او پنج دوره تحت شیمی‌درمانی قرار گرفت؛ سلول‌های خونی سفیدش به قدری کم شده بودند که شیمی‌درمانی یک دور دیگر او را می‌کشت.

آلن نه اهل دود بود و نه نوشیدنی. به‌همین‌خاطر وقتی بیماری‌اش را فهمید شوکه شد؛ چون همیشه تصور می‌کرد که سالم زندگی کرده است، اما از خیلی وقت پیش احساس می‌کرد که «معده‌ی ضعیفی» دارد. او معمولاً سوءهاضمه داشت و معده‌اش ترش می‌کرد (که نشانه‌ی رفلاکس

اسید معده به مری است). دیواره‌ی مری طوری طراحی نشده است که خیزی خورنده‌ی اسید هیدروکلریک ترشح شده در معده را تحمل کند. دریچه‌ی عضلانی بین این دو ارگان و مکانیسم‌های نورولوژیکی پیچیده، برای این هستند که غذا بتواند از قسمت گلو به سمت معده حرکت کند، بدون اینکه اجازه دهد اسید به سمت بالا جریان پیدا کند. رفلاکس مزمن می‌تواند به سطح روده‌ی تحتانی آسیب بزند و آن را مستعد تغییرات بدخیم کند.

از آنجایی که شخصیت آلن طوری بود که اهل ناله کردن نبود، فقط یک‌بار این موضوع را به پزشکان گفت. او سریع فکر می‌کند، تند تند صحبت می‌کند و همه کارهایش را سریع انجام می‌دهد. او درواقع این تصور را دارد - که البته منطقی هم هست - که عادت سریع غذا خوردن، علت اصلی‌ترش کردن است. با این حال، تولید اسید زیاد ناشی از استرس و داده‌های عصبی مختل از طرف سیستم عصبی خودمختار نیز در رفلاکس نقش دارند. بخش مستقل سیستم عصبی جایی نیست که تحت کنترل هشیار ما باشد و -همان‌طور که از اسمش پیداست- مسئولیت‌های زیادی در کارکردهای خودکار بدن از جمله ضربان قلب، تنفس و انقباض عضلانی ارگان‌های داخلی را به عهده دارد.

من از آلن پرسیدم که آیا در دوران قبل از تشخیص این بیماری، استرس‌هایی در زندگی‌اش داشته است یا نه. او گفت: «بله. من استرس داشتم، اما دو نوع استرس. یک استرس بد و یک استرس خوب.» طبق ارزیابی آلن، «استرس بد» در نتیجه‌ی فقدان کامل صمیمیت در ازدواج ده ساله‌اش با شلی بود. او این شرایط را علت اصلی بچه‌دار نشدنشان می‌دانست. «او (شلی) مشکلات خیلی جدی‌ای دارد. به‌خاطر ناتوانی‌اش در رفتارهای عاشقانه و صمیمی و هرچیز دیگری که من نیاز دارم، وقتی که به بیماری سرطان مبتلا شدم حس خشمی که از ازدوایم داشتم به اوج خود رسید. من همیشه احساس می‌کردم که موضوع اصلی، این است.» «استرس‌های خوب» از نگاه آلن، از کارش نشأت می‌گرفت. او یک سال قبل از تشخیص بیماری‌اش، یازده ساعت در روز و هفت روز هفته را کار می‌کرد. من از او پرسیدم که آیا هرگز به چیزی «نه» گفته است.

- راستش هرگز. من عاشق این هستم که از من کاری بخواهند. می‌توانم بگویم تقریباً هیچ‌وقت با حسرت عمیق به کسی بله نگفتم. من انجام دادن کارها را دوست دارم؛ قبول کردن مسئولیت را دوست دارم. تنها چیزی که لازم است کسی انجام دهد این است که از من بخواهد و کارش را به من بسپرد.

- از زمان سرطان چطور؟

- من یاد گرفتم که نه بگویم؛ من همیشه نه می‌گویم. من می‌خواهم زندگی کنم! احساس می‌کنم نه گفتن، نقش بزرگی در بهتر شدن امور دارد. چهار سال قبل، به من پانزده درصد شانس زنده ماندن دادند. من آگاهانه این تصمیم را گرفتم که زندگی کنم و مهلتی بین پنج تا هفت سال برای خودم در نظر گرفتم.

- منظورت چیست؟

- این پنج سال برای من یک چیز جادویی است، اما می‌دانم که این فقط یک مهلت قراردادی است. تصورم این است که قلب کنم و دو سال دیگر را هم به دست آورم. بعدش هفت سال...

- یعنی می‌گویی بعد از هفت سال، دوباره به طرز عجیبی می‌توانی به زندگی برگردی؟
- بله؛ شاید. نمی‌دانم.

- این اشتباه محض است!

- احتمالاً همین‌طور است. ما دوباره‌ی این صحبت خواهیم کرد، اما اکنون من پسر خوبی هستم. واقعاً این‌طور است. من به همه نه می‌گویم.
تجربه‌ی استرس سه مؤلفه دارد. اولی رویدادی است - فیزیکی یا عاطفی - که ارگانیزم آن را به عنوان یک امر تهدیدکننده تفسیر می‌کند. این محرک استرس است که به آن، «عامل استرس» [۴۶] نیز می‌گویند. دومین عنصر سیستم پردازش‌کننده‌ای است که معنای عامل استرس را تجربه و تفسیر می‌کند. درمورد بشر، این سیستم پردازشگر، سیستم عصبی است؛ درواقع، مغز. آخرین عامل تشکیل دهنده، پاسخ به استرس است که انواع سازگاری‌های فیزیولوژیکی و رفتاری را در واکنش به تهدید ادراک شده در بر می‌گیرد.

در اینجا، بلافاصله می‌بینیم که تعریف عامل استرس، به سیستم پردازشگر بستگی دارد که معنای آن را تعیین می‌کند. شوک حاصل از زلزله تهدید مستقیمی برای بسیاری از ارگان‌ها به حساب می‌آید؛ البته نه برای باکتری. از دست دادن کار، برای کارمند حقوق‌بگیری که امرار معاش خانواده‌اش به صورت ماهیانه است، استرس خیلی بیشتری به همراه دارد تا برای مدیری که قراردادهای طلایی می‌بندد.

شخصیت و وضعیت روانی کنونی فردی که عامل استرس برایش اتفاق می‌افتد نیز، به همان اندازه اهمیت دارند. مدیری که امنیت مالی‌اش حتی با به پایان رسیدن سمتش هم تضمین شده است، اگر عزت نفس و حس هدفمندی‌اش کاملاً مشروط به جایگاهش در شرکت باشد، می‌تواند استرس‌های سنگینی را تجربه کند و درعین حال همکارش، که در خانواده از حس ارزشمندی بیشتری برخوردار است، علایق اجتماعی بیشتر و فعالیت معنوی دارد، می‌تواند به مراتب کمتر این استرس را تجربه کند. ممکن است یک نفر فقدان کار را تهدید اساسی زندگی‌اش ببیند؛ درحالی‌که شخص دیگری، آن را یک فرصت تلقی کند. هیچ نوع رابطه‌ی یکسان و جهان‌شمولی بین عامل استرس و پاسخ به استرس وجود ندارد. هر نوع رویداد استرس‌زایی، مجزا از دیگری است و در حال حاضر تجربه می‌شود، اما طنینی از گذشته هم دارد. شدت تجربه‌ی استرس و پیامدهای بلند مدت آن به عوامل بی‌شماری بستگی دارد که برای هر فردی منحصر به فرد است. چیزی که استرس را برای هریک از ما تعریف می‌کند، فقط گرایش‌های فردی و حتی تاریخچه‌ی فردی است.

سلیه پی برد که بیولوژی استرس، غالباً بر سه نوع بافت یا ارگان در بدن تأثیر می‌گذارد: در سیستم هورمونی، تغییرات ملموسی را در غدد فوق کلیوی را داریم. در سیستم ایمنی، استرس بر طحال، تیموس و غدد لنفاوی اثر می‌گذارد و در سیستم هاضمه، بر دیواره‌ی روده. موش‌های کالبدشکافی شده در آزمایشگاه بعد از استرس، بزرگ شدن آدرنال‌ها [۴۷]، انقباض ارگان‌های لنفاوی و زخم روده [۴۸] را تجربه کردند.

تمامی این آثار نتیجه‌ی مسیرهای سیستم عصبی مرکزی و هورمون‌ها هستند. هورمون‌های زیادی در بدن ما وجود دارد؛ مواد شیمیایی قابل حلی که بر کارکرد ارگان‌ها، بافت‌ها و سلول‌ها اثر می‌گذارند. وقتی یک ماده‌ی شیمیایی از طریق ارگانی در جریان خون ترشح می‌شود و بر کارکرد ارگان دیگر تأثیر می‌گذارد، به آن هورمون درون‌ریز می‌گویند. وقتی هیپوتالاموس در ساقه‌ی مغز تهدیدی را احساس می‌کند، هورمون آزاد کننده‌ی کورتیکوتروپین (CRH) را آزاد می‌کند؛ هورمونی که فاصله‌ی کوتاهی را تا غده‌ی هیپوفیز - که یک غده‌ی درون‌ریز کوچک در استخوان‌های ته جمجمه است - طی می‌کند. غده‌ی هیپوفیز وقتی که با CRH تحریک می‌شود، هورمون آدرنوکورتیکوتروپی (ACTH) را آزاد می‌کند.

ACTH نیز از طریق خون به آدرنال‌ها برده می‌شود؛ ارگان‌های کوچکی که در بافت چربی بالای کلیه‌ها نهفته هستند. ACTH در اینجا بر

قشر آدرنال اثر می‌گذارد؛ پوسته‌ی نازکی از بافت که خودش به‌عنوان یک غده‌ی درون‌ریز عمل می‌کند. در این لحظه، این غده که از طریق ACTH فعال می‌شود، هورمون‌های کورتیکوئید [۴۹] را -که اصلی‌ترینشان کورتیزول است- ترشح می‌کند. کورتیزول، هرطور که شده، تقریباً بر تمام بافت‌ها -از مغز تا سیستم ایمنی، از استخوان‌ها تا روده‌ها- اثر می‌گذارد. این بخش مهمی از سیستم بی‌نهایت پیچیده‌ای از معاینات و توازن‌های فیزیولوژیکی است که بدن از طریق آن‌ها، به تهدید واکنش نشان می‌دهد. اثرات آبی کورتیزول، با کاهش فعالیت سیستم ایمنی به‌منظور حفظ آن در حدی ایمن، به کاهش واکنش به استرس کمک می‌کنند.

رشته‌های پیوندی کارآمدی که از طریق هیپوتالاموس، غده‌ی هیپوفیز و غدد فوق کلیوی به وجود می‌آیند، محور HPA نامیده می‌شوند. محور HPA مرکز مکانیسم استرس بدن است. این محور در بسیاری از بیماری‌های مزمن نقش دارد که در فصل‌های بعدی مورد بررسی قرار می‌دهیم. چون هیپوتالاموس یک رابطه‌ی دو طرفه با مراکز مغز (جایی که عواطف مورد پردازش قرار می‌گیرند) دارد، به همین دلیل، عواطف از طریق محور HPA، مستقیم‌ترین تأثیرات را بر سیستم ایمنی و سایر ارگان‌ها اعمال می‌کنند.

دسته‌بندی سه‌تایی سلیه یعنی بزرگ شدن آدرنال، انقباض بافت لنفاوی و زخم روده، حاصل اثرات فزاینده‌ی ACTH بر آدرنال‌ها، اثر بازدارنده‌ی کورتیزول بر سیستم ایمنی و اثر زخم‌کننده‌ی کورتیزول بر روده‌ها هستند. بسیاری از افرادی که داروهای نوع کورتیزول -برای درمان بیماری‌هایی مثل آسم، کلیت، آرتروز و سرطان- برایشان تجویز می‌شود، در معرض خطر خونریزی روده هستند و برای محافظت از جداره‌ی دل و روده نیاز به درمان‌های دیگری هم دارند. این اثر کورتیزول به توضیح دادن این موضوع نیز کمک می‌کند که چرا استرس مزمن، ما را بیشتر مستعد زخم روده‌ی پیشرفت‌کننده می‌کند. کورتیزول تأثیر قدرتمندی در نازک کردن استخوان دارد. افراد افسرده سطح بالایی از کورتیزول را ترشح می‌کنند و به همین دلیل است که زنان دچار استرس و افسردگی که به سن یائسگی رسیده‌اند، بیشتر مستعد ابتلا به پوکی استخوان [۵۰] و شکستگی‌های لمبر می‌شوند.

این توصیف سطحی از واکنش به استرس قطعاً کامل نیست، چون استرس تقریباً بر تمام بافت‌های بدن تأثیر گذاشته و همه‌ی بافت‌ها را در بر می‌گیرد. همان‌طور که سلیه خاطرنشان کرد: «یک طرح کلی از پاسخ به استرس نه‌تنها باید مغز و اعصاب، غده‌ی هیپوفیز، آدرنال،

جمجمه، رگ‌های خونی، بافت پیوندی، تیروئید، کبد و سلول‌های خونی سفید را در بر داشته باشد، بلکه باید رابطه‌ی درونی چند بعدی بین آن‌ها را هم نشان دهد.» [۴] استرس بر بسیاری از سلول‌ها و بافت‌های سیستم ایمنی اثر می‌گذارد که تا قبل از اینکه سلیه تحقیق پیشگامش را انجام دهد، تا حد زیادی ناشناخته بودند. همچنین قلب، ریه‌ها، عضلات اسکلتی و مراکز عاطفی در مغز نیز در پاسخ آنی به هشدار نقش دارند.

ما برای حفاظت از ثبات درونی باید مراقب پاسخمان به استرس باشیم. پاسخ به استرس غیر اختصاصی و همه‌جانبه است. ممکن است در واکنش به هر نوع حمله‌ای -فیزیکی، بیولوژیکی، شیمیایی و یا روانشناختی- یا در پاسخ به هر ادراکی از حمله یا تهدید -آگاهانه یا ناآگاهانه- فعال شود. جوهره‌ی تهدید بی‌ثباتی هموستاز بدن است؛ یعنی طیف تقریباً محدودی از شرایط فیزیولوژیکی که ارگانیسم در آن می‌تواند زنده بماند و کار کند. برای تسهیل جنگ یا گریز، خون باید از ارگان‌های داخلی به عضلات جریان پیدا کند و قلب باید سریع‌تر پمپاژ کند. مغز باید روی تهدید تمرکز کند و گرسنگی و میل جنسی را فراموش کند. مواد غذایی ذخیره شده باید در شکل مولکول‌های قند تجهیز شوند. سلول‌های ایمنی باید فعال شوند. آدرنالین، کورتیزول و ماده‌های استرسی دیگر هستند که این کارها را انجام می‌دهند.

تمام این کارکردها باید در محدوده‌ای ایمن حفظ شوند: وجود میزان بالای قند در خون باعث به کما رفتن می‌شود. سیستم ایمنی بیش‌ازحد فعال خیلی زود مواد شیمیایی‌ای تولید می‌کند که سمی هستند. بنابراین، پاسخ به استرس را نه‌تنها به‌عنوان واکنش بدن به تهدید، بلکه بایستی به‌عنوان تلاشی در جهت حفظ هموستاز در مواجهه با تهدید نیز تلقی کرد. در کنفرانسی درباره‌ی استرس در انستیتوی ملی سلامت (ایالات متحده)، محققان از مفهوم «محیط درونی پایدار» برای تعریف خودِ استرس استفاده کردند: «حالتی از عدم هارمونی یا تهدید هموستاز» [۵]. تعریف عامل استرس نیز طبق این تعریف اینگونه است: «تهدیدی -واقعی یا ادراک شده- که هموستاز را مختل می‌کند.» [۶]

عوامل استرس چه چیز مشترکی دارند؟ در وهله‌ی اول، همگی معرفِ نبودِ چیزی هستند که ارگانیسم به‌عنوان چیزی ضروری برای بقا -یا تهدید فقدان- می‌شناسد. تهدید فقدان مواد غذایی، یکی از عوامل اصلی استرس به حساب می‌آید. این تهدید -برای انسان‌ها- می‌تواند تهدید فقدان عشق باشد. هانس سلیه نوشت: «بی‌تردید می‌توان گفت که برای بشر مهم‌ترین عوامل استرس، موضوعات عاطفی هستند.» [۷]

ادبیات پژوهش سه عامل را که در سطح کلی به استرس منتهی می‌شوند شناسایی کرده است: عدم قطعیت [۵۱]، فقدان اطلاعات و فقدان کنترل [۸] وجود همه‌ی این‌ها در زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن بارز است. بسیاری از افراد این وهم را دارند که تحت کنترل هستند و درواقع چنین فکر می‌کنند که در طی سالیان طولانی، این نیروهای ناشناخته هستند که تصمیمات و رفتارهایشان را هدایت می‌کنند. من خودم نیز در زندگی این را تجربه کرده‌ام. درمورد بعضی از انسان‌ها، درنهایت بیماری است که توهم کنترل را از بین می‌برد.

گابریل، مردی ۵۸ ساله است که در جامعه‌ی اسکرودرمی محلی فعال است. چشمانش که در حالت طبیعی بزرگ هستند، تحت تأثیر پوست صورتش که جمع شده است، بزرگ‌تر دیده می‌شوند و وقتی می‌خندد به‌سختی می‌توان حرکت لب‌ها را روی دندان‌های کاملاً سفیدش دید. انگشتان باریکش با نوعی رنگ‌پریدگی مومی شکل که مشخصه‌ی بیماری اسکرودرمی است برق می‌زنند، اما نشانه‌هایی از دفرمه شدن ناشی از آرتریت روماتوئید هم دارد. چندتا انگشتانش از قسمت وسط خوابیده شده‌اند و در قسمت مفاصل ورم کرده‌اند. مشکل گابریل در سال ۱۹۸۵ اسکرودرمی تشخیص داده شد. معمولاً شروع این بیماری کند و پنهان است، اما تجربه‌ی اولین نشانه‌های گابریل، خیلی غیرمنتظره، با چیزی شبیه آنفلوآنزا شروع شد؛ احتمالاً به این دلیل که درمورد او، اسکرودرمی با یک آرتریت روماتوئید شایع‌تر ارتباط دارد. گابریل می‌گوید: «نزدیک به یک سال بود که من خیلی خیلی بیمار بودم.»

«پنج یا شش ماه اول به سختی می‌توانستم از رختخوابم بلند شوم. برای بلند شدن و انجام کارهایم باید انرژی زیادی صرف می‌کردم و این به‌خاطر درد در تمام نقاط مفاصلم بود. من تقریباً به مدت سه یا چهار هفته، به ضدالتهاب‌ها یا تیلنول ۳ [۵۲] واکنش نشان می‌دادم. بعد دیگر این دارو مؤثر نبود و درمان را تغییر دادیم و چیز جدیدی را امتحان کردیم. من نمی‌توانستم چیزی بخورم. طی پنج هفته، سی پوند وزن کم کردم. من به ۹۱ پوند رسیدم. در مقالات گوناگونی خوانده بودم که افرادی که اسکرودرمی می‌گیرند، کسانی هستند که همیشه احساس می‌کنند تحت کنترل هستند. من در تمام زندگی‌ام، همیشه مسئولیت‌های زیادی داشتم و باید از همه‌چیز مراقبت می‌کردم. انسان با این بیماری یکباره کاملاً خارج از کنترل می‌شود.»

این ادعا که استرس -که مکانیسمی فیزیولوژیکی و لازمه‌ی حیات است- علت این بیماری است، شاید تناقض‌آمیز به نظر برسد. برای حل این

تناقض ظاهری، باید بین «استرس حاد» و «استرس مزمن» تمایز قائل شویم. استرس حاد، واکنش آنی و کوتاه مدت بدن در برابر تهدید است. استرس مزمن، فعال شدن مکانیسم استرس در دوره های طولانی است؛ وقتی که فرد در معرض عوامل استرس آوری قرار می گیرد که راه گریزی از آن ها ندارد؛ حالا یا به این دلیل که آن ها را تشخیص نمی دهد و یا به این خاطر که هیچ گونه کنترلی روی آن ها ندارد.

تخلیه ی سیستم عصبی، میزان تولید هورمونی و تغییرات سیستم ایمنی، واکنش هایی مبتنی بر جنگ یا گریز در پی دارند که به ما کمک می کند تا از خطرات آنی جان سالم به در ببریم. این پاسخ های بیولوژیکی در شرایط اضطراری، که طبیعت آن ها را برایشان طراحی کرده است، سازگار هستند. اما همین پاسخ به استرس، در صورتی که به صورت مزمن و بدون راه حل برانگیخته شود، باعث آسیب و حتی زیان های دائمی می شود. سطح کورتیزول بسیار بالا و مزمن بافت را خراب می کند. سطح آدرنالین بالا و مزمن فشار خون را بالا برده و به قلب آسیب می رساند.

اسناد وسیعی درباره ی اثر بازدارنده ی استرس مزمن بر سیستم ایمنی در دسترس است. در یکی از تحقیقات، فعالیت نوعی از سلول های ایمنی، به نام سلول های کشنده طبیعی (NK)، در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت: گروه زوج های مراقبت کننده از افراد مبتلا به بیماری آلزایمر و گروه کنترل که از نظر سن و سلامت با گروه اول همخوان بودند. سلول های NK گروه های پیشین در مبارزه علیه عفونت و سرطان هستند و قابلیت حمله به میکروارگانیسم های مهاجم و ویران کردن سلول هایی با جهش های بدخیم را دارند. کارآمدی سلول NK در افراد مراقبت کننده حتی در بین آن هایی که همسرانشان، بیش از سه سال بود که از دنیا رفته بودند- به شدت افت کرده بود. افراد مراقبت کننده ای که سطح پایینی از حمایت اجتماعی را گزارش داده بودند، بیشترین افسردگی را در فعالیت سیستم ایمنی نشان می دادند؛ درست همان طور که تنهاترین دانشجویان پزشکی ناقص ترین سیستم ایمنی را زیر فشار استرس معاینات دارند.

تحقیق دیگری نیز درمورد افراد مراقبت کننده صورت گرفت که اثربخشی مصون سازی در برابر آنفلوآنزا را ارزیابی می کرد. در این تحقیق، هشتاد درصد گروه کنترل بدون استرس، در برابر این ویروس، ایمنی نشان دادند، اما فقط بیست درصد از افراد مراقبت کننده از بیماران آلزایمری توانستند این ایمنی را از خود بروز دهند. استرس مراقبت مستمر مانع کارایی سیستم ایمنی می شد و زمینه ی

آنفلوآنزا را برای این افراد فراهم می‌کرد.[۹] تحقیقات تأثیر استرس مراقبت مستمر بر تأخیر در ترمیم بافت -که نشانی از استرس است- را نیز ثابت کرده‌اند. آسیب‌دیدگی‌های مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر، نسبت به افراد گروه کنترل، به طور متوسط ۸ روز بیشتر زمان می‌برد تا التیام پیدا کند.

میزان استرس بیشتر به میزان تولید کورتیزول بیشتر از طریق محور HPA منتهی می‌شود و کورتیزول مانع فعالیت سلول‌های التهابی درگیر در التیام زخم می‌شود. در یک پژوهش بر روی دانشجویان دندانپزشکی، تعمداً زخمی روی سختکامشان (بخش سفت و استخوانی سقف دهان) ایجاد شد؛ یک بار در زمانی که با امتحانات ایمنی‌شناسی روبرو بودند و یک بار هم مجدداً در زمان تعطیلات. در فصل تابستان و تعطیلات، این زخم خیلی سریع‌تر در تمام این دانشجویها التیام پیدا کرد. زیر فشار استرس، سلول‌های خونی سفید، ماده‌ی لازم برای التیام زخم را کمتر تولید می‌کردند.

رابطه‌ی بین استرس، ایمنی ضعیف و بیماری، که به‌کرات مشاهده شده است، مفهوم «بیماری‌های ناشی از سازگاری» را به وجود آورده است؛ مفهومی که هانس سلیه مطرح کرد. این‌طور استدلال می‌شود که واکنش مبتنی بر «یا جنگ یا گریز» در عصری که انسان‌های اولیه مجبور بودند با دنیای طبیعی حیوانات شکارچی و خطرات دیگر روبرو شوند، امری حیاتی بود، اما در جامعه‌ی مدرن، واکنش مبتنی بر «یا جنگ یا گریز» در شرایطی اتفاق می‌افتد که نه ضروری است و نه سودمند، چون ما دیگر با آن تهدیدهای جدی زندگی روبرو نیستیم. مکانیسم‌های مبتنی بر استرس فیزیولوژیک بدن معمولاً به‌شکل نادرستی شکل می‌گیرند و در نهایت فرد را بیمار می‌کنند.

به‌شکل دیگری هم می‌توان به این داستان نگاه کرد. امروزه، واکنش مبتنی بر هشدار «یا جنگ یا گریز» برای همان منظوری که تکامل از ابتدا برایش در نظر گرفته بود، وجود دارد: اینکه ما را قادر می‌سازد تا زنده بمانیم. چیزی که اتفاق افتاده، این است که ما ارتباطمان را با احساسات غریزی‌ای را که برای سیستم هشدارمان طراحی شده بودند، از دست داده‌ایم. بدن واکنشی مبتنی بر استرس نشان می‌دهد، ولی ذهن از این تهدید آگاه نیست. ما خودمان را با حداقل آگاهی یا عدم آگاهی نسبت به این رنجوری، در شرایط استرس‌آور فیزیولوژیکی حفظ می‌کنیم. همان‌طور که سلیه خاطرنشان کرد، عوامل اصلی استرس در زندگی بسیاری از انسان‌های امروزی (حداقل در دنیای

صنعتی شده)، ریشه‌ی عاطفی دارند. درست همان‌طور که حیوانات آزمایشگاهی نمی‌توانند فرار کنند، انسان‌ها هم خودشان را در دام سبک زندگی و الگوهای عاطفی مضر برای سلامتشان اسیر می‌بینند. به نظر می‌رسد که هر چقدر سطح رشد اقتصادی انسان بالاتر باشد، آگاهی او از واقعیت‌های عاطفی کمتر می‌شود. ما دیگر چیزهایی را که برای بدنمان اتفاق می‌افتند، احساس نمی‌کنیم و به تبعش، نمی‌توانیم به شیوه‌ی لازم برای بقای خویشتن رفتار کنیم. فیزیولوژی استرس بدن ما را ذره‌ذره نابود می‌کند؛ نه به این دلیل که بیشتر از سودمندی‌اش زندگی کرده است، بلکه به این خاطر که ما دیگر توانایی تشخیص پیام‌هایی [۵۳] که می‌فرستد را نداریم.

عاطفه هم مثل استرس، مفهومی است که معمولاً بدون درک درست معنایش، در خودمان زنده می‌کنیم. عاطفه نیز مثل استرس از چندین مؤلفه تشکیل می‌شود. فیزیولوژیستی به نام راس باک بین سه سطح پاسخ عاطفی با عنوان عاطفه‌ی نوع ۱، عاطفه‌ی نوع ۲ و عاطفه‌ی نوع ۳ -که برحسب میزان آگاهی ما نسبت به آن‌ها طبقه بندی می‌شوند- تمییز قائل می‌شود.

عاطفه‌ی نوع ۳، یک تجربه‌ی ذهنی برخواسته از درون خویشتن است؛ عاطفه‌ای که ما آن را احساس می‌کنیم. در تجربه‌ی عاطفه‌ی نوع ۳، شناخت آگاهانه‌ای از حالت عاطفی، مثل خشم یا لذت یا ترس، و حواس بدنی همراه با آن وجود دارد.

عاطفه‌ی نوع ۲، شکل ظاهری عواطف ما است که دیگران آن را می‌بینند و ما خودمان شاید از وجود آن آگاه نباشیم. این نوع عاطفه از طریق زبان بدن به صورت پیام‌های غیر کلامی، طرز رفتار، تن صدا، ژست بدن، حالت چهره، تماس‌های کوتاه و حتی بازه‌ی زمانی رویدادها و مکث کردن بین واژه‌ها نشان داده می‌شود. این‌ها پیامدهای فیزیولوژیکی دارند که معمولاً ورای آگاهی مشارکت‌کننده‌ها هستند. [۱۰] این خیلی عادی است که فرد نسبت به عواطفی که منتقل می‌کند بی‌خبر باشد؛ درحالی‌که اطرافیان به وضوح آن‌ها را درک می‌کنند. بروز عاطفه‌ی نوع ۲، چیزی است که بیشترین تأثیر را بر دیگران می‌گذارد؛ حتی بدون اینکه فرد هیچ نیتی داشته باشد.

بروز عاطفه‌ی نوع ۲ در بچه‌ها طوری است که اگر بروز این احساسات، اضطراب خیلی زیادی را در والدین به وجود بیاورد، آن‌ها به‌سختی می‌توانند تحمل کنند. همان‌طور که دکتر باک خاطرنشان می‌کند، بچه‌ای که والدینش او را به‌خاطر بروز عواطفش تنبیه می‌کنند و یا مانع بروز این عواطف می‌شوند، شرطی می‌شود و در آینده هم ممکن است واکنشش به عواطفی مشابه، «سرکوب» باشد. خود بازداري [۵۴] مانع

از تجربه کردن احساس شرم و طرد می‌شود. باک می‌گویند در چنین شرایطی، «کارآمدی عاطفی به مخاطره می‌افتد و فرد در آینده نمی‌داند چطور با احساسات و امیالش کنار بیاید و به‌شکلی مؤثر با آن‌ها برخورد کند. نتیجه‌ی این رویداد، حس درماندگی خواهد بود.» [۱۱]

ادبیات پژوهشی مربوط به استرس به‌کرات نشان می‌دهد که حس درماندگی -چه واقعی باشد، چه ادراک شده- محرکی نیرومند برای پاسخ به استرس بیولوژیک است. درماندگی آموخته شده حالتی روانشناختی است که در آن، سوژه‌های انسانی خودشان را از موقعیت‌های استرس‌آور رها نمی‌کنند؛ حتی زمانی که فرصت فیزیکی آن را دارند. انسان‌ها معمولاً خودشان را در شرایط درماندگی آموخته شده می‌بینند؛ مثلاً کسی که احساس می‌کند در رابطه‌ای ناکارآمد یا حتی ناراحت کننده، در شغلی پراسترس و یا در یک سبک زندگی که آزادی واقعی را از او می‌گیرد، گیر افتاده است.

عاطفه‌ی نوع ۱، شامل تغییرات فیزیولوژیکی می‌شود که در اثر محرک‌های عاطفی به وجود می‌آیند؛ تغییراتی مثل تخلیه سیستم عصبی، تولید هورمون و تغییرات ایمنی، که واکنشی مبتنی بر «جنگ یا گریز» را در برابر تهدید می‌سازند. این پاسخ‌ها در کنترل خودآگاه افراد نیستند و از بیرون به‌صورت مستقیم قابل مشاهده نیستند. این‌ها فقط اتفاق می‌افتند. این‌ها در نبود آگاهی ذهنی یا عدم ابراز عاطفی اتفاق می‌افتند. پاسخ به استرس، که در شرایط تهدیدآور حاد قابل سازگاری است، در صورتی که به‌صورت مزمن برانگیخته شود و فرد نتواند طوری رفتار کند که بر تهدید ادراک شده غلبه کرده و یا از آن اجتناب کند، آسیب‌رسان خواهد بود.

راس باک می‌گوید: خودنظم‌بخشی «تا حدی، دست یافتن به کارآمدی عاطفی را در بر می‌گیرد و برحسب توانایی فرد در کنار آمدن با احساسات و امیالش، به شیوه‌ای درست و رضایت‌بخش تعریف می‌شود.» [۱۲] کارآمدی عاطفی مستلزم ظرفیت‌هایی است که اغلب در جامعه فاقد آن‌ها هستیم؛ در جایی که «سرد بودن» (فقدان عاطفه) اخلاق شایعی است، جایی که جمله‌های «اینقدر عاطفی نباش» و «اینقدر حساس نباش»، چیزهایی هستند که بچه‌ها به‌کرات می‌شنوند و جایی که منطق‌گرایی [۵۵] معمولاً نقطه‌ی مقابل و ارجح به عاطفه‌گرایی [۵۶] تلقی می‌شود. یک سمبل فرهنگی ایده‌آل برای منطقی بودن، آقای اسپوک، کاراکتر وولکانی [۵۷] دچار نقص عاطفه در فیلم پیش‌تازان فضا [۵۸] است. کارآمدی عاطفی این موارد را ایجاب می‌کند:

ظرفیت احساس کردن عواطف، به طوری که هنگام تجربه‌ی استرس نسبت به آن آگاه باشیم. قابلیت ابراز مؤثر عواطف و به تبع آن، دفاع از نیازها و حفظ یکپارچگی مرزهای عاطفی. توانایی تمایز قائل شدن بین واکنش‌های روان‌شناختی‌ای که مربوط به شرایط فعلی و واکنش‌هایی که اثرات به‌جامانده از گذشته‌اند. چیزی که ما نیاز داریم و از دنیا می‌خواهیم، باید با نیازهای کنونی ما همخوانی داشته باشد، نه با نیازهای ناهشیار و برآورده نشده‌ی دوران کودکی‌مان. اگر تمایز بین گذشته و حال مبهم باشد، در این صورت فقدان یا تهدید فقدان را احساس می‌کنیم که اصلاً وجود ندارد. آگاهی از نیازهایی واقعی که ایجاد رضایت کنند، نه اینکه به بهای به دست آوردن پذیرش یا تأیید دیگران، این نیازها را سرکوب کنیم.

استرس در نبود این معیارها اتفاق می‌افتد و به اختلال هموستاز منجر می‌شود. اختلال مزمن باعث ناخوشی می‌شود. در هریک از تاریخچه‌های بیماری افراد، که در این کتاب مطرح شده‌اند، یک یا چند بُعد از کارآمدی عاطفی ایشان، به طرز چشمگیری نادیده گرفته می‌شد، به طوری که عواطف این افراد معمولاً برایشان کاملاً ناشناخته بود.

کارآمدی عاطفی چیزی است که در صورت محافظت از خودمان در برابر استرس‌های پنهانی - که سلامت را به خطر می‌اندازند - باید در خودمان شکل دهیم و چیزی که برای التیام نیز، باید دوباره به دست بیاوریم. ما باید کارآمدی عاطفی را به عنوان بهترین درمان پیشگیرانه، در فرزندانمان شکل دهیم.

فصل ۴: زنده به گور شدن

الکسا و همسرش پیتر به دنبال این بودند که نظر متفاوتی بشنوند. به او (الکسا) گفته بودند که قرار است بمیرد و آن‌ها امیدوار بودند من بتوانم این تشخیص را رد کنم. الکسا در اوایل دهه‌ی چهل‌م زندگی و معلم دوره‌ی ابتدایی بود. یک سال قبل از دیدارمان، عضلات کوچک دست‌هایش شروع کرده بودند به چروکیده شدن و هر روز، او بیش از پیش در برداشتن اشیا با مشکل روبرو می‌شد. او به شکل غیرقابل توضیحی مدام زمین می‌خورد. او از دکتر گوردون نوفلد راهنمایی خواست؛ یک روانشناس رشدی برجسته در کلمبیای بریتانیا که او را از طریق کار مشاوره‌اش در سیستم مدرسه می‌شناخت. او بر این باور بود که علت مشکلش «فقط استرس» است و به توضیحات پزشکی توجهی نداشت.

الکسا خودش را مجبور کرد تا با وظایف شغلی‌اش خودش را مشغول کند. او با حفظ کردن عادات روزمره‌اش - که ورای تصورات منطقی بودند - دست و پنجه نرم می‌کرد؛ جایی بسیار دور از مسیری که اغلب انسان‌ها برای مراقبت کردن از خودشان ترسیم می‌کنند. دکتر نوفلد می‌گوید: «او به طرزی باور نکردنی، ساعت‌های طولانی کار می‌کرد و شخصیت بسط‌یافته‌ای داشت. من هرگز کسی را ندیده‌ام که به اندازه‌ی او خودش را به جلو هل دهد.» از آنجا که الکسا به سختی می‌توانست خودکار یا مداد را در دستانش نگه دارد، معمولاً باید تا مدت‌ها بعد از نیمه شب بیدار می‌ماند و تکالیف دانشجویی‌اش را تمام می‌کرد. صبح‌ها ساعت ۵:۳۰ دقیقه از خواب بیدار می‌شد تا زود به مدرسه برسد و درس آن روز را روی تخته سیاه خط‌خطی کند. او گچ را با دست مشت کرده می‌گرفت. از آنجایی که رفته‌رفته شرایطش وخیم‌تر می‌شد، در نهایت قبول کرد که به مرجع بین المللی بیماری اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، دکتر اندرو ایسن، مراجعه کند. آزمایش الکتروفیزیولوژیک و معاینات بالینی هیچ جای شکی برای دکتر ایسن به جا نگذاشت که این بیمار، مبتلا به ALS است. در این برهه از زمان بود که پیتر و الکسا از من خواستند مدارک پزشکی را مرور کنم، به این امید که من چیزی را کشف کنم که عقیده‌ی متخصص را زیر سؤال ببرد؛ یا دقیق‌تر بگویم، به امید اینکه من از باورشان حمایت کنم، این باور که نشانه‌ها تماماً مربوط به استرس هستند. این تشخیص غیرقابل رد بود، که به گفته‌ی دکتر ایسن «یک مورد قدیمی» است.

در بیماری ALS، نورون‌های حرکتی -همان سلول‌های عصبی که موجب حرکت عضلات می‌شوند و آن‌ها را کنترل می‌کنند- رفته‌رفته می‌میرند. این عضلات بدون تخلیه‌ی الکتریکی از عصب‌ها تحلیل می‌روند. همان‌طور که وب سایت انجمن ALS توضیح می‌دهد: «A-myotrophic برگرفته از زبان یونانی است. A به معنای «نه» یا «منفی» است. Myo به عضله اشاره دارد و trophic هم به معنای تقویت است؛ «عدم تقویت عضله». وقتی عضله‌ای هیچ تقویتی دریافت نکند، ضعیف شده و یا تحلیل می‌رود. منظور از کلمه‌ی Lateral حیطه‌هایی در ستون فقرات فرد است که بخش‌هایی از سلول‌های عصبی تقویت کننده‌ی عضلات، در آن قرار دارند. با تحلیل رفتن این ناحیه، زخم شدن یا سخت شدن (اسکلروز) در این قسمت صورت می‌گیرد.

نشانه‌های اولیه به آن ناحیه از ستون فقرات و یا ساقه‌ی مغز که بیماری ابتدا از آنجا شروع شده، بستگی دارد: بعضی‌ها کشیدگی یا گرفتگی عضلات، ناتوانی در صحبت کردن به شکل طبیعی، و یا مشکلاتی در بلع را تجربه می‌کنند. در نهایت، تحرک و حرکت دست و پا، صحبت کردن، بلعیدن و قابلیت جریان پیدا کردن هوا به ریه‌ها از بین می‌رود. علی‌رغم چند مورد گزارش شده درباره‌ی بهبود، مرگ زود هنگام در این بیماری معمولاً غیرقابل اجتناب است. چیزی در حدود پنجاه درصد از بیماران، طی پنج سال از پا در می‌آیند و البته، بعضی‌ها هم مدت زمان بسیار طولانی‌تری زنده می‌مانند. کیهان شناس بریتانیایی، استفان هاوکینگ، نویسنده‌ی کتاب تاریخچه‌ی مختصری از زمان تا چندین دهه بعد از تشخیص ابتلا به این بیماری زنده ماند، به دلایلی که شاید با مطالعه کردن درمورد او، به آن‌ها پی ببریم. بر خلاف سایر بیماری‌های کشنده‌ی سیستم عصبی، بیماران مبتلا به ALS، بدون اینکه از زوال عقلی رنج ببرند، کنترل عضلاتشان را از دست می‌دهند. همان‌طور که تحقیق صورت گرفته توسط سوزانا هورگان، روانشناس کلگری نشان می‌دهد: «تعداد بی‌شماری از داستان‌های زندگی بیماران، حاکی از فشارهای مربوط به الزام مدیریت ترکیب ذهن سالم و بدن ناقص است».[۱]

هنوز مشخص نیست که چه چیزی باعث تحلیل عصب‌شناختی در اثر بیماری ALS می‌شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد شاید این تحلیل عصب‌شناختی مربوط به سیستم ایمنی باشد؛ از جمله ناکارآمدی سلول‌های سیستم عصبی که نقش ایمنی را ایفا می‌کنند. طبقه‌ای از سلول‌ها، معروف به میکروگلیا[۵۹]، نقشی حمایتی در مغز دارند، اما اگر که بیش‌ازحد تحریک شوند، به شکل مخرب عمل می‌کنند. مقاله‌ای

در ژورنال آمریکایی علمی در سال ۱۹۹۵، حاکی از داده‌های اولیه‌ی وسوسه انگیزی بود که میکروگلیا را مشارکت کننده‌ی احتمالی در بیماری ام‌اس، پارکینسون و ALS می‌دانست.[۲]

الکسا و پیت در ناامیدی حاصل از فکر کردن به گذشته‌ی غمبارشان در خور توجه بودند. پیت، یک مهندس بازنشسته، در جزئیات اسرارآمیز الکتروفیزیولوژی عضله، گیر افتاده بود و مدام از تحقیقاتی با اعتبار غیرقابل اطمینان حرف می‌زد و نظریه‌هایی را مطرح می‌کرد که مو بر تن کارشناسان سیخ می‌شد. چند بار، پیش آمده بود که وقتی از الکسا سؤالی می‌پرسیدم، پیت حرف او را قطع می‌کرد. الکسا هم وقتی جواب می‌داد، نگاه خیره‌کننده‌ی طولانی‌ای برای گرفتن تأیید به او می‌انداخت. کاملاً بارز بود که پیت، چشمانداز مرگ الکسا را به طرز غیرقابل تحملی ترسناک می‌دید و ظاهراً خود الکسا هم تشخیص را بیشتر به خاطر همسرش انکار می‌کرد تا خودش. من احساس می‌کردم که نه با دو فرد جدا، بلکه با یک نفر که صاحب دو بدن است وارد مکالمه شده‌ام. دکتر نوفلد می‌گفت: «الکسا نمی‌توانست مستقل فکر کند. او نمی‌توانست هیچ‌چیزی درباره‌ی پیت بگوید که نشان دهد این دو از هم جدا هستند».

موضوع به وضوح دردناک دیگر، مربوط به ناتوانی الکسا در صحبت کردن به زبان عاطفی بود. او هیچ واژه‌ای برای ابراز مستقیم احساساتش نداشت. هر سؤالی در ارتباط با عواطف را با افکارش پاسخ می‌داد، آن‌هم به شکلی که بیش‌ازحد پرطمطراق و درعین‌حال مبهم انتقال داده می‌شد. به نظر می‌رسید او دنیا را از طریق ایده‌های انتزاعی درک می‌کرد، نه تجربه. دکتر نوفلد تأکید می‌کند که: «تمام عواطف او کاملاً یخ‌زده به نظر می‌رسیدند».

چیزی که الکسا را سرد نشان می‌داد، ترس بیش‌ازحد او از طرد شدن بود. والدینش او را در بدو تولد رها کرده بودند و او هرگز نتوانسته بود با مادرخوانده‌اش ارتباط برقرار کند. دکتر نوفلد که الکسا را در سه سال آخر زندگی‌اش، از نزدیک می‌شناخت می‌گفت: «هیچ‌چیزی در این رابطه بین الکسا و مادرخوانده‌اش نبود؛ این رابطه هرگز جواب نمی‌داد. مادرخوانده‌اش دارای فرزند دیگری نیز بود که الکسا او را دوست داشت، اما هیچ‌کاری در این رابطه نمی‌توانست انجام دهد یا حتی امتحان کند. درنهایت، او در سنین نوجوانی از آن‌ها جدا شد، چون دلسرد شده بود. تا آن زمان، ناامیدانه تلاش می‌کرد تا با مادرخوانده‌اش ارتباط برقرار کند و نمی‌توانست. یک

خلاً تمام عیار بود. الکسا جای حس خویشتن، یک غار بزرگ را احساس می‌کرد». ازدواج اولش خیلی سریع خاتمه یافت. او با این باور بزرگ شده بود که باید از همه مراقبت کند. دکتر نوفلد می‌گوید: «هرگز هیچ آرامشی برایش نبود. هیچ مکان استراحت درونی‌ای برایش وجود نداشت».

در یک مقاله‌ی تحقیقی که در سال ۱۹۷۰ انجام شده بود، دو روان‌پزشک از دانشکده پزشکی دانشگاه ییل به نام‌های والتر براون و پیتر مولر، نظراتی را از بیماران ALS ثبت کردند که بسیار شبیه به هم بودند. دکتر براون و مولر گفتند: «این بیماران، تحسین و احترام تمام کارکنانی را که با آن‌ها در تماس بودند، برانگیخته بودند. تلاش برای اجتناب از درخواست کمک، مشخصه‌ی منحصربه‌فرد آن‌ها بود».[۳] دانشگاه ییل در این تحقیق از مصاحبه، ارزیابی‌های بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی خوداجرایی بر ده بیمار استفاده کرده بود. این نویسندگان به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به ALS، دو الگوی همیشگی دارند که آن‌ها را متمایز می‌کند: رفتار کارآمد سختگیرانه، یعنی ناتوانی در درخواست یا دریافت کمک و حذف مزمن احساسات منفی. این تحقیق نشان می‌دهد که: «کار کردن سخت و منظم، بدون توسل به کمک دیگران، در آن‌ها خیلی شایع بود». «ظاهراً نوعی انکار همیشگی، سرکوبی یا جداسازی[۶۰] ترس، اضطراب و غم بوده است. اکثر آن‌ها از ضرورت شاد بودن حرف می‌زدند. بعضی‌ها بسیار سرسری و یا با لبخندهایی دلنشین، از وخامت حالشان صحبت می‌کردند». هفت سال بعد در بیمارستان پرزبیتاریان[۶۱] در سان فرانسیسکو تحقیقی انجام شد که نتیجه‌گیری‌های مقاله‌ی دانشگاه ییل در سال ۱۹۷۰ را تأیید نکرد. شاید بگویید تاریخ انقضای این داوری منقضی شده است؛ البته علی‌رغم اینکه تحقیق دانشگاه ییل همسو با هرچیزی است که تا به حال درباره‌ی بیماران ALS خوانده‌ایم یا در آن‌ها مشاهده کرده‌ایم و یا متخصصین بالینی که با آن‌ها کار کرده‌اند، درباره‌شان گفته‌اند. تحقیقات روانشناسی-هنری که ناامیدانه تلاش می‌کند تا لباس «علمی ناب» را به تن کند- معمولاً تنها چیزهایی را پیدا می‌کنند که این محققان خاص چشم دیدن آن را دارند.

چند سال قبل، نورولوژیست‌های کلینیک کلیولند در سمپوزیسم بین المللی در مونیخ، مقاله‌ی جذابی ارائه دادند با عنوان: «چرا بیماران مبتلا به ALS اینقدر خوب هستند؟».[۴] این مقاله نظر تعداد زیادی از متخصصین بالینی را مورد بحث قرار می‌داد که افراد مبتلا به

بیماری لو گهریگ، برخلاف افراد مبتلا به بیماری‌های دیگر، تقریباً همگی در درجه‌ی «راضی‌ترین حالت» در طیف شخصیت طبقه‌بندی می‌شوند. در کلینیک کلیولند، مرکز ارجاع بنیادی اسکروز جانبی آمیوتروفیک، پروتکل بیماران مشکوک به ALS با آزمایش الکترودیagnoستیک (EDX) شروع می‌شود. EDX با اندازه‌گیری رسانایی الکتریکی، کارایی یا مرگ نورون‌های حرکتی را شناسایی می‌کند؛ سلول‌های عصبی‌ای که بر رشته‌های عضلانی تأثیر می‌گذارند. به‌گفته‌ی دکتر آسا جی. ویلبورن، نویسنده‌ی ارشد مقاله، معمولاً از نگاه پرسنل، دوست‌داشتنی بودن و ویژگی بارز شخصیت افراد دچار ALS است. او در مقاله‌اش نوشت: «همیشه این‌طور بوده است که وقتی فناوری‌های EDX کارشان را به انجام رسانیده و نتایج را ارائه داده‌اند، اغلب توضیحاتی اضافه کرده‌اند؛ مثلاً این بیمار نمی‌تواند مبتلا به ALS باشد، چون او شخصیت خیلی خوبی ندارد. علی‌رغم کوتاه بودن تماس پرسنل با این بیماران و شیوه‌ی فکری به وضوح غیرعلمی‌شان، اما این نگاه تقریباً همیشه درست از آب درآمده است.»

دکتر ویلبورن می‌گوید: «موضوع جالب در مونیخ این بود که وقتی ما مقاله‌مان را ارائه می‌دادیم، همه دور و برمان جمع می‌شدند. آن‌ها نظر هم می‌دادند. می‌گفتند: «اوه، درسته، من این را متوجه شده‌ام، اما قبلاً هرگز بهش فکر نکرده بودم». این تقریباً یک امر طبیعی بود. وقتی ما در آزمایشگاه، بیماران ALS زیادی را ارزیابی می‌کنیم - و موارد بی‌شماری هم داریم - این تبدیل به یک دانش عمومی می‌شود. به عقیده‌ی من، هرکسی که با ALS سروکار دارد، می‌داند که این بیماری پدیده‌ای مسلم است.»

من از مواجهه‌ی شخصی خودم با بیماران مبتلا به ALS، در حین فعالیت خصوصی و در مرکز مراقبت‌های موقتی به الگوهای مشابهی برمی‌خورم. ما می‌توانیم واپس‌رانی عاطفی را - که در بسیاری از موارد، آن را خوب بودن می‌دانند - در زندگی افراد معروف مبتلا به ALS ببینیم؛ افرادی همچون فیزیکدان معروف، استفان هاوکینگز، بازیکن معروف بیسبال گهریگ و موری شوارتز، استادی که حضورش در تلویزیون در نمایش تد کاپل، او را در ماه‌های آخر زندگی‌اش، به شخصیتی مورد تحسین تبدیل کرده بود و کسی که داستان و خردش، موضوع دوشنبه‌ها با موری را شکل می‌دهد که بهترین فروش را داشت. در کانادا، سو رادریگز، فردی مبتلا به ALS، در مبارزه‌ی قانونی راسخ خود برای حق خودکشی کمک خواسته [۶۲]. شهرت ملی به‌دست آورد. در انتها، حتی تصمیم دیوان عالی هم نتوانست این حق را انکار کند.

داستان او با چیزی که از زندگی این افراد می‌آموزیم شباهت دارد.

تاریخچه‌ی زندگی افراد مبتلا به ALS، همواره محرومیت عاطفی یا فقدان عاطفی در کودکی را به ما یادآور می‌شود. در به‌تصویر کشیدن شخصیت بیماران ALS می‌توان گفت که این افراد، سرسختانه متکی به خود هستند و از قبول نیاز به کمک اکراه دارند و دردهایشان را -چه فیزیکی و چه عاطفی- انکار می‌کنند. تمام این رفتارها و مکانیسم‌های مقابله‌ای روانشناختی، از مدت‌ها قبل از شروع بیماری وجود دارند. خوب بودن مشهود تعداد زیادی از افراد مبتلا به ALS نمودی از این تصویر خودخواسته است که باید با انتظارات این افراد (و این دنیا) همخوان شد. برخلاف کسی که ویژگی‌های انسانی‌اش به‌صورت خود انگیخته بروز پیدا می‌کنند، به نظر می‌رسد این افراد در نقشی گیر افتاده‌اند؛ نقشی که حتی شاید گاهی آسیب بیشتری بهشان وارد کند. هر جا که حس نیرومند خویشتن باید وجود داشته باشد -حس نیرومند خویشتنی که در اوایل کودکی در شرایط سردی عاطفی نمی‌توان آن را شکل داد- این نقش انتخاب می‌شود. در افرادی که حس خویشتن ضعیفی دارند، معمولاً نوعی آمیختگی ناسالم با سایر افراد را می‌بینیم.

مثال مدافع پایه‌اول یانکی‌های نیویورک، لو گهریگ، بسیار آموزنده است. گهریگ به‌خاطر مخالفت شدید با حذف خودش از آرایش تیم -بدون توجه به بیماری یا آسیب‌دیدگی- لقب «اسب آهنی» را گرفت. در دهه‌ی ۱۹۳۰، خیلی قبل‌تر از روزهای فیزیوتراپی پیچیده و پزشکی ورزشی، با ۲۱۳۰ بازی پی‌درپی رکورد زد؛ رکوردی که تا شش دهه بعد، متعلق به او بود. ظاهراً او احساس می‌کرد که استعدادهای شگفت‌آور و بازی متعهدانه‌اش، برای یک فرد سالم کافی نیست و به‌حدی نسبت به طرفداران و کارفرمایانش احساس مسئولیت داشت که نمی‌توانست زمانی را برای خودش خالی کند. براساس صحبت‌های زندگی‌نامه‌نویسش، گهریگ «در نقش خودخواسته‌اش به‌عنوان پسری وفادار، بازیکن تیم وفادار، شهروند وفادار و کارمند وفادار درگیر شده بود».[۵]

یکی از هم‌تیمی‌های گهریگ از مشارکت او در یک بازی، علی‌رغم شکستگی انگشت وسطی دست راستش صحبت می‌کرد. او می‌گفت: «او هر بار که توپ را پرت می‌کرد آسیب می‌دید و وقتی که توپ را می‌گرفت، از ناحیه‌ی شکم بیمار می‌شد. می‌توانستید ببینید که قیافه‌اش درهم می‌ریخت، اما همیشه در بازی می‌ماند». وقتی دست‌هایش تحت اشعه‌ی ایکس قرار گرفتند، آزمایش نشان داد که تمام انگشتانش

شکسته‌اند؛ حتی بعضی‌هایشان بیشتر از یک بار. خیلی قبل‌تر از اینکه بیماری ALS گهریگ را بازنشسته کند، او ۱۷ شکستگی جداگانه در دست‌هایش داشت. شخصی درباره‌ی او نوشته بود: «او در مسابقه می‌ماند و مثل یک رقص در رقص مرگ، در ماراتونی بسیار سخت، دیوانه‌وار می‌خندید». تضاد موجود میان تلقی سختگیرانه‌ی گهریگ از خودش و دل‌مشغولی‌اش نسبت به دیگران، وقتی به وضوح نمایان شد که یک بازیکن تازه‌کار یانکی، به‌خاطر یک سرماخوردگی سنگین ضعیف شده بود. گهریگ مدیر آزرده‌خاطر تیم را آرام کرد و این مرد جوان را به خانه برد تا مادرش از او مراقبت کند. مادر گهریگ این «بیمار» را به یک نوشیدنی تند مهمان کرد و او را به رختخواب اتاق پسرش برد. لو خودش روی کاناپه خوابید.

گهریگ را یک پسر «مامانی» اصیل توصیف می‌کنند. او تا زمان ازدواجش -که در اوایل دهه‌ی سوم زندگی‌اش اتفاق افتاد- با مادرش زندگی می‌کرد؛ زندگی به‌عنوان پیوندی که مادرش صرفاً با سوءنیتی محسوس پذیرفته بود.

استفان هاوکینگ در سن ۲۱ سالگی، مبتلا به بیماری تشخیص داده شد. زندگی‌نامه‌نویس او نوشت: در دو سال اول فعالیتش در کمبریج، اثرات بیماری ALS به‌سرعت رو به وخامت رفت. او کم‌کم مشکلاتی جدی در راه رفتن پیدا کرد و فقط برای اینکه بتواند چند قدم بردارد مجبور به استفاده از عصا شد. دوستانش تا جاییکه می‌توانستند، به کمک او می‌آمدند، اما او اغلب اوقات کمک‌هایشان را رد می‌کرد. او با کمک گرفتن از دیوار و یا اشیائی مانند عصا، به‌سختی و به‌کندی می‌توانست به اتاق‌ها و محیط‌های باز برود. موقعیت‌های زیادی پیش می‌آمد که این حمایت‌ها کافی نبودند. بعضی از روزها، هاوکینگ را با یک باندپیچی دور دستش توی اداره می‌دیدند که ظاهراً بدجوری زمین خورده و ضربه‌ی محکمی دیده بود.^[۶]

دنیس کی، یک فرد کانادایی که در اثر بیماری ALS از دنیا رفته است، در سال ۱۹۹۳، کتاب خنده دار است، احساس می‌کردم که خواهم مرد را چاپ کرده بود. خواننده‌ها با خواندن کتاب او از خنده روده‌بر می‌شدند، با اینکه از سرنوشت او خبر داشتند و این، همان چیزی بود که او می‌خواست. او هم درست مثل خیلی از نویسندگان دیگری که مبتلا به ALS بودند، از اقتضای فیزیکی نوشتن بدون استفاده از انگشتان یا دست‌ها نمی‌ترسید. شروع فصل کتابش با عنوان سبک زندگی افراد بیمار و ناتوان اینگونه است: «بگذارید این‌طور شروع کنم

که ALS، برای آدم‌های ترسو نیست. درواقع، من این را فقط به کسانی توصیه می‌کنم که از چالش‌ها به درستی لذت می‌برند». کی با یک نوع میله که به پیشانی‌اش وصل شده بود، به کتاب ضربه می‌زد. در اینجا توصیف او را از «شخصیت ALS» می‌خوانیم. «شما به ندرت خواهید دید واژه‌هایی مثل «بیکار و بیعار» و «تنبل» را درمورد افراد مبتلا به ALS استفاده کنند. درواقع، یکی از تنها خصایصی که وجه مشترک افراد مبتلا به ALS است، گذشته‌ی پر تحرک آن‌هاست. تقریباً در تمام موارد، قربانیان این بیماری یا افراد کلاسیک با دستاوردهای خیلی زیاد و یا خوره‌ی کار مزمن بودند. به من خوره‌ی کار می‌گفتند و من به این فکر می‌کنم که آیا کفش مناسب کار را پوشیده‌ام [۶۳]، اما به لحاظ تکنیکی، گرچه من همیشه کار می‌کردم، اما هرگز به‌حدی معتاد به کار نشدم که از احساس کسالت، حتی در حد ناچیز، تنفر پیدا کنم.» [۷]

کانادایی‌تبار دیگری به نام اولین بل که مبتلا به ALS است، کتاب فریادهای سکوت را نوشته است. اولین چراغ لیزری متصل به قاب شیشه‌ای مخصوصی با خود داشت که بر تخته‌ی هجی نور می‌انداخت و با زحمت زیاد، هر حرف از هر واژه را نشان می‌داد تا دستیارها آن را رونویسی کنند. درمورد اولین هم این تعهد پرشور به یک هدف، چیز جدیدی نبود. او عنوان می‌کند که زندگی‌اش «مسیری تب‌آلود» بوده است. او درحالی‌که مادر سه فرزند بود، همزمان داشت کسب‌وکار موفق خودش را شکل می‌داد: «تطبیق دادن خود با کارهای خانه، تربیت فرزند، شغل، باغبانی، دکوراسیون داخلی و رانندگی کردن چالش بود، اما من عاشق این نقش‌هایم بودم و آن‌ها را با شور خیلی زیادی انجام می‌دادم. طی سال‌هایی که بچه‌ها را بزرگ می‌کردم، کار پزشکی تغذیه [۶۴] رشد خیلی خوبی داشت و من از انواع مختلف ماشین‌های کمپانی و سفرهای بی‌شمار به کشورهای خارجی بهره می‌بردم. در کسب‌وکارم، به سطح بالایی از موفقیت دست پیدا کردم و طی سال‌های متمادی به فرد بسیار موفقی در کانادا تبدیل شدم. من می‌خواستم در تربیت فرزند و تمام کارهایم موفق باشم». اولین بل، همه‌ی این‌ها را درست بعد از نوشتن کتاب ما می‌دانستیم که همیشه می‌توانیم پول را جایگزین کنیم، اما سلامت یا ازدواجمان را نه، با کنایه‌ای ناآگاه بیان می‌کند. [۸]

معمولاً بیماری باعث می‌شود که افراد، خود را از زاویه‌ای دیگر ببینند و زندگی گذشته‌شان را ارزیابی کنند. یک روز که دنیس کی داشت با حسِ خوبِ رضایت، به پدر و دو کارمندش نگاه می‌کرد که مشغول انجام کاری بودند - که همیشه خودش بی‌چون‌وچرا انجام می‌داد -

ناگهان متوجه چیزی شد. او می‌نویسد: «مدت‌ها قبل، حس رضایتم به حس ناکامی تبدیل شد. تقریباً تمام دستاوردهایم، با هر صورتی که داشتند، به آرزوهای خودم نه، بلکه به آرزوهای پدرم گره خورده بودند. من نمی‌خواهم این را به یک اعتراف به سبک اپرا تبدیل کنم، اما از زمانی که کودک بودم، برای اینکه پدرم به اهداف و وظایفش برسد تعطیلات تابستان را صرف کار می‌کردم. به جز چند سال آخر نوجوانی‌ام، چهارده سال گذشته را صرف انجام کارها و تحویل به موقع کارهای دیگرم کرده بودم. ناگهان در یک چشم بهم زدن، به خودم آمدم و دیدم که سی‌ساله شده‌ام و موعد خودم رسیده است؛ آخرین موعد.»

همین حس وسواس‌گونه‌ی وظیفه‌شناسی در برابر دیگران، در لاورا نیز بارز است؛ یک بیمار مبتلا به ALS که اخیراً با او ملاقات کرده‌ام. این مربی ۶۵ ساله‌ی سابق باله، جلوی در خانه شیشه‌ای و چوبی‌اش که در ساحل غربی است و با روزنامه‌ی قدیمی پوشیده شده، با من احوالپرسی می‌کند. او حتی با خم شدن روی واکر حمایتی‌اش هم، شکوه و ظرافت یک بالرین را به نمایش می‌گذارد. او چهار سال قبل، وقتی به‌خاطر بیماری سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بود، مبتلا به ALS تشخیص داده شد. او می‌گوید: «من به کنسرت می‌رفتم و به‌یکباره دیگر نتوانستم دست بزنم. انگشتانم می‌گرفتند و به‌اندازه‌ی معمول چابک نبودند. وقتی تحت شیمی‌درمانی بودم، ظاهراً بدتر هم می‌شد. من چند مورد آسیب شدید را تجربه کردم؛ یک بار استخوان گونه‌ام شکست و چشمم داشت از حدقه درمی‌آمد.» صحبت‌های لاورا شکسته بسته است، اما فراز و فرود حس شوخ طبعی واقعی و عشق به زندگی را هنوز هم می‌توان در جریان تقریباً یکنواخت طرز بیان‌ش دید.

مشکلات پزشکی لاورا بعد از یک سال پرتنش که در کار جدید «تختخواب و صبحانه» [۶۵] سخت مشغول کار بود شروع شد؛ کاری که در خانه‌ای مشترک با برنت، همسر دومش، دست و پا کرده بود. او می‌گوید: «من همیشه آرزو داشتم یک «بی اند بی» [۶۶] باز کنم. من این مکان را پیدا کردم، اما استرس زیادی هم داشت؛ چون ما مجبور بودیم پول بیشتری فراهم کنیم. من بابت اینکه برنت مجبور بود به مخاطرات مالی من کمک کند، احساس گناه می‌کردم. به‌خاطر آماده کردن چیدمان اتاق، سال اول به ما سخت گذشت. ما این کالسکه خانه [۶۷] را ساختیم. من هم کارم را اداره می‌کردم، هم خانه را می‌ساختم و به چیدمان آن می‌رسیدم. تا زمان کوچمان عملاً یک سال طول کشید و آن زمان بود که این غده در من کشف شد.» چند ماه بعد، تشخیص ALS دادند.

لاورا نمونه بارزی است از اینکه برای افراد مبتلا به ALS، رها کردن مسئولیت‌های خودخواسته، مدت‌ها بعد از بروز طغیان بدنشان، چقدر غیرممکن است. وقتی مصاحبه می‌کردیم، کدبانوی خانه‌ی «تخت و صبحانه» جای دوری در اروپا بود. لاورا می‌گوید:

«مشخص شده بود که هفتاد درصد مشتریان دائمی ما تکراری هستند. می‌دانید چیست؟ آدم رفته‌رفته این مشتری‌ها را دوست خود می‌بیند. من احساس گناه می‌کردم، چون وقتی که هیدی رفته بود، گفتیم که هیچ مهمانی برای این ماه نمی‌پذیریم. اما آخر هفته، سه تا از اتاق‌هایمان پر می‌شد؛ چون من جسارت نه گفتن نداشتم. این‌ها مهمانان تکراری ما هستند و از دیدن آن‌ها لذت می‌برم و هفته‌ی بعد هم مهمان تکراری دیگری داریم که بارها به اینجا آمده است؛ مهمانی از شرکت.»

من این پیشنهاد را به لاورا دادم: «چطور است بگویی مهمان عزیزم، من مشکلی دارم که زندگی را کمی برایم سخت کرده است. برای انجام کارهایی که به مراقبت از دیگران مربوط می‌شود، آمادگی ندارم.»

- من می‌توانستم این را بگویم. اما این دختر در راه آمدن است و من واقعاً از دیدنش لذت می‌برم. او شرایط مرا می‌داند و می‌گوید: «من اتاقم را خودم تمیز می‌کنم و صبح‌ها یک پیاله برشتوک آماده می‌کنم.» این چیزی است که همه‌ی آن‌ها می‌گویند، اما من نمی‌توانم اجازه بدهم آن‌ها این کار را انجام دهند؛ چون من هیچ‌وقت یک پیاله برشتوک برای صبحانه سرو نکرده‌ام.

- پس از این هم این غذا را سرو نکن. آن‌ها خودشان این غذا را سرو می‌کنند.

لاورا با خنده‌ای از ته دل گفت: «شما کاری می‌کنید که این کار آسان به نظر برسد. من باید دوره بگذرانم یا شاید از شما مشاوره بگیرم.»

احساس گناه لاورا در برابر «نه» گفتن به نیازهای ادراک شده‌ی دیگران، در کودکی به او القا شده بود. زمانی که لاورا دوازده ساله بود، مادرش مبتلا به سرطان پستان شد و چهار سال بعد از دنیا رفت. [۶۸] لاورا از همان دوران نوجوانی، مسئولیت مراقبت از خواهر و برادرش را که پنج سال و ده سال از خودش کوچکتر بودند، به عهده داشت. حتی قبل از آن هم، لاورا عادت کرده بود که خواسته‌های والدینش را برآورده کند.

- مادر من مربی باله بود و من از همان سنین خیلی کم، در تمام زندگی‌ام در حال تمرین بودم. من به کلاس باله‌ی رویال وینیپگ بالت می‌رفتم، اما چون خیلی قدم بلند بود، آنجا را رها کردم و به همین دلیل، مدرسه‌ی خودم را با یکی از دوستانم راه اندازی کردم و به بچه‌ها آموزش می‌دادم.
- مشغول بودن به باله زندگی پر زحمتی است. آیا در کودکی از آن لذت می‌بردی؟
- گاهی اوقات بله. گاهی وقت‌ها هم به‌خاطر اینکه نمی‌توانستم با دوستانم در بعد از ظهرهای شنبه، به نمایش بروم یا اینکه همیشه مهمانی‌های تولد را از دست می‌دادم، از آن بیزار می‌شدم.
- چطور با این موضوع کنار آمدی؟
- مادرم به من یک حق انتخاب می‌داد و من تصور می‌کنم باله را انتخاب می‌کردم؛ به این خاطر که می‌دانستم مادرم این انتخاب را برایم ترجیح می‌دهد.
- پس ترجیح خودت چی؟
- من وقت گذراندن با دوستانم را ترجیح می‌دادم.
- لاورا بعد از مرگ مادرش، نه‌تنها به‌عنوان فرد مراقبت‌کننده از خواهر و برادرهایش، بلکه همچنین به‌عنوان شریک و همراه پدرش، تبدیل به زن خانه شد. او (پدرش) می‌گفت: لاورا امشب چکار می‌کنی؟» من می‌گفتم: «می‌خواهم با کانی، بهترین دوستم، برای دیدن یک نمایش بروم.» او می‌گفت: «دارم به این فکر می‌کنم که یک پرستار بچه بگیرم و من هم با شما بیایم.» تمام دوستان من به خانه‌ی ما می‌آمدند؛ چون عاشق پدرم بودند. او با همه خوش‌برخورد بود.
- چه حسی داشتی از اینکه پدرت همیشه آویزان خودت و دوستانت بود؟
- خب، کدام نوجوانی دلش می‌خواهد پدرش همیشه دوروبرش باشد؟
- هرگز به پدرت گفتی که بابا، من می‌خواهم با دوستانم تنها باشم؟

- نه؛ نمی‌توانستم. نمی‌خواستم به احساساتش آسیب بزنم.
- همسر اول لاورا - که لاورا برای فرار از خانه‌ی پدری با او ازدواج کرده بود- معتاد به هوس‌بازی بود. او وقتی لاورا فرزند سوم‌شان را باردار بود، او را بدون هیچ کمک مالی‌ای تنها گذاشت. آن‌ها در بچگی عاشق هم بودند.
- من با حیرت گفتم: «او روابط نامتعارف داشت؟ برای چه مدت این شرایط را تحمل کردی؟»
- «چهار سال. من دو فرزند داشتم و به ازدواج باور داشتم.» لاورا خیلی آرام دستمال برداشت و اشک‌هایش را پاک کرد.
- من تا الان هرگز درباره‌ی این مسائل صحبت نکرده بودم.
- این موضوع هنوز هم برایت دردناک است.
- نمی‌دانم چرا. این مسئله مربوط به خیلی سال پیش است. متأسفم، من کمی احساساتی شدم.
- اینکه احساساتی شوی چه معنایی برایت دارد؟
- آزار دهنده است، چون هیچ کمکی نمی‌کند.
- یعنی احساساتی شدن را چیز آزار دهنده‌ای در زندگی‌ات می‌دانی؟
- خب، وقتی احساساتی می‌شویم، معمولاً علتش این است که چیز بد یا ناراحت کننده‌ای اتفاق افتاده است. پس چرا بخواهیم که احساساتی بشویم؟
- به تعبیری، لاورا حق دارد. برای یک کودک، احساس غم یا خشم، آن هم در زمانی که کسی در کنارش نباشد که به این عواطف پاسخ دهد و مایه‌ی آرامش باشد و شرایط را کنترل کند، تسکین دهنده نیست. همه‌چیز در زندگی او بایستی خیلی جدی کنترل می‌شد. سختی فیزیکی بیماری ALS می‌تواند پیامد همین امر باشد. شاید سیستم عصبی او باید انرژی بسیار زیادی را صرف می‌کرد تا عواطف نیرومندی را که نیاز به ابراز شدن دارند، کنترل کند. منطقی است که فرض کنیم در نقطه‌ای از زندگی، افراد بسیار حساس رشته‌های عصبی توانایی تجدید خودشان را از دست می‌دهند. آیا بیماری ALS می‌تواند سرنوشت سیستم عصبی خسته‌ای باشد که دیگر قادر به بازیابی خودش نیست؟

عصب‌شناسان کلیولندی در ارائه‌ای که در شهر مونیخ داشتند این سؤال را مطرح کردند: «چرا در ادبیات پژوهشی به این حقیقت پرداخته نشده است که بیماران ALS در قالب یک گروه، به‌طرز چشمگیری از یک جنس هستند؟ احتمالاً علت اصلی‌اش این است که این امر، بر ارزیابی‌های انتزاعی مبتنی است، که فاقد ابزار تأیید علمی هستند. بنابراین، طبق نظر همکاران روان‌پزشک ما، تعیین میزان «خوب بودن» بی‌نهایت دشوار است.» شاید اگر محققان، در کسب تاریخچه‌ی زندگی این بیماران توجه بیشتری به خرج می‌دادند، اطلاعات خیلی مفیدی به‌دست می‌آمد که می‌توانست راهگشا باشد؛ چیزی که در حال حاضر نداریم. مثال‌های ارائه شده در این فصل، این موضوع را نشان می‌دهد.

فارغ از اینکه یک فرد واقعاً چقدر ظاهر را به جای خود حقیقی‌اش اشتباه می‌گیرد، خصومت و دلهره پشت نقاب خوب بودن، پنهان هستند. «مادر من هنوز زنده است و بی‌نهایت عاشقش هستم، اما او شخصیت سلطه‌جویی دارد و نسبت به ادراک عواطف بی‌اهمیت است و به نیازها و خواسته‌های دیگران توجهی ندارد. او به کسی اجازه نمی‌دهد تا خویشتن واقعی‌اش باشد. پیدا کردن هویت خودم، در کنار مادرم بسیار سخت بود. وقتی به بیماری برادرم فکر می‌کنم، احساس می‌کنم ما همگی، دست به هرکاری زدیم تا بفهمیم چطور می‌توانیم به شخصیت‌هایی جدا از هم تبدیل شویم. کار سختی بود، اما ما انجامش دادیم، جز برادرم، که تا حدودی می‌توان گفت این کار را نکرد. آخرین باری که آنجا بودم (من الان ۵۴ ساله هستم و او ۴۶ ساله) به من گفت که از مامان متنفر است و هنوز هم، بهتر از همه‌ی ما با مادر برخورد می‌کند، با اینکه ALS دارد و به‌سختی می‌تواند راه برود، اما باز هم به آنجا می‌رود و با خودش سوپ می‌برد. او در حضور مادرم یک پسر بچه‌ی نازنین است؛ همان بچه‌ی کوچک خوبی که همیشه بود و من نبودم.» این‌ها را خواهر مردی که دو سال قبل مبتلا به ALS تشخیص داده شده بود، بر زبان می‌آورد.

جوان دختر ۳۸ ساله‌ی زیبارویی با موهای مشکی و چشمان آبی روشن و غمگین بود که چند ماه قبل از مرگش، برای مراقبت دوره‌ای به واحد تسکین‌بخش^[۶۹] ما آورده شد. او یک بالرین بود. امتناع ناگهانی و حیرت‌آور دست‌ها و پاهایش در اطاعت از خواسته‌ی او در زمین اتاق باله، خبر از شروع بیماری ALS می‌داد. جوان که به توانایی ذاتی‌اش در حرکات آزادانه و خلاقانه خود می‌بالید، به‌حدی در اثر دریافت این تشخیص ویران شد که نمی‌توانست حتی تصورش را بکند. او می‌گفت: «من ترجیح می‌دهم از یک سرطان وحشتناک بمیرم». در مراحل

پایانی بیماری‌اش، از من خواست تا قول بدهم وقتی زمانش رسید او را بگشتم. من به او اطمینان دادم که ما نمی‌گذاریم از درد یا تنگی نفس رنج بکشد. این قولی بود که من می‌توانستم با آگاهی خوب به او بدهم بدون اینکه مجبور باشم اصول پزشکی مبتنی بر رد «کشتن خودخواسته» را زیر پا بگذارم؛ اصلی مشترک بین بسیاری از پزشکان و پرستارانی که کار تسکین را انجام می‌دهند.

وقتی از افراد در زمان نزدیک به مرگشان مراقبت می‌کنید، خیلی سریع و عمیق آن‌ها را می‌شناسید. من و جوان با هم خیلی صحبت می‌کردیم. او یک بار به من گفت: «در تمام زندگی‌ام، حتی از بچگی، رؤیای زنده دفن شدن را می‌دیدم. اینکه در تابوتم در زیر زمین، در محیطی کاملاً بسته و ناتوان از نفس کشیدن می‌میرم. ۳ سال قبل که بیماری‌ام را تشخیص دادند برای دریافت اطلاعات به دفتر انجمن ALS رفتم. آنجا روی دیوار پوستری بود که رویش نوشته شده بود: «داشتن ALS شبیه این است که زنده به‌گور شوی.»

من اعتقاد ندارم که کابوس‌های تکراری جوان یک تصادف یا احساس قلبی فوق طبیعی بوده باشد. تصور تنها بودن، محصور بودن، مستأصل بودن و نابودی و اینکه کسی تو را نبیند، حقیقت روانشناختی وجود بچگی‌اش بود. او هرگز خودش را به‌عنوان یک فرد زنده و آزاد در روابط با والدین و خواهر و برادرهایش تجربه نکرده بود. من به راحتی می‌توانستم حدس بزنم که چه استرس‌هایی طی چندین نسل درنهایت این شرایط را برای او در خانواده‌ی مبدأ خود به وجود آورده است. اینگونه بود که نه والدین و نه برادر و خواهرهایش هیچ‌کدام در روزهای پایانی زندگی‌اش به دیدار او نیامدند. افراد مراقبت‌کننده‌ی متعهد که خانواده جدید او بودند، در هفته‌های پایانی زندگی همراهی‌اش کردند و تا آخرین نفس در کنارش بودند. او در آخرین روزهای زندگی خود به خواب عمیقی می‌رفت. ما به قولمان عمل کردیم: او درنهایت درد نکشید.

سو رادریگز (زنی ویکتوریایی که در حضور عضوی از پارلمان کانادا به شکلی غیر قانونی خودکشی کرد) [۷۰]، کسی بود که در خانواده از لحاظ عاطفی تنها بود.، لیزا هابز- برنی روزنامه نگار و زندگی‌نامه‌نویس او، روزی را توصیف می‌کند که تشخیص ابتلا به ALS سو تأیید شد:

«او احساس می‌کرد زانوهایش سفت شده‌اند و ساق پاهایش دارند آب می‌شوند. او می‌دانست که ALS چیست، مستندات مربوط به فیزیکی‌دان- ستاره شناس معروف، استفان هاوکینگ را دیده بود، شرایط خودش را می‌دانست، سعی می‌کرد زندگی‌اش را درون بدنی تصور کند که

نمی‌توانست با آن بلند شود، حرکت کند، صحبت کند، بخندد، بنویسد و فرزندش را به آغوش بکشد. او به دیوار تکیه می‌داد. صداهایی وحشتناک مثل جیغ حیوانی زخمی که قبلاً هرگز نشنیده بود را می‌شنید. او رفته‌رفته از ظاهر ترسناک رهگذرها تشخیص داد که این صدا از حنجره‌ی خودش بیرون می‌آید.

او به مادر و ناپدری‌اش دو، و کن تاچر زنگ زد تا به آن‌ها بگوید. دو گفت: «کن و من فکرش را می‌کردیم که ممکن است این‌طوری شود». او احساس طرد شدن و غمی غیرقابل وصف را تجربه می‌کرد.» [۹]

سو رادریگز دومین فرزند از پنج فرزند خانواده بود که والدینشان آن‌ها را طی ده سال به دنیا آورده بودند. او همیشه با دیگران بیگانه بود. مادرش به نحوی بر این باور بود که این انتخاب سو است: «از لحظه‌ی تولدش همیشه معلوم بود که او خودش را مثل بقیه عضو از خانواده نمی‌داند. این بیماری او را بدتر هم کرد.» در آخرین ماه‌های زندگی سو، این مادر و دختر فقط هرازگاهی با هم تماس تلفنی داشتند. دو، طبق توصیف دخترش و بقیه، شخصیتی از «نوع غیر مراقبتی» دارد.

هابز- برنی می‌نویسد: «واکنش تند مادر سو، وقتی که سو از بیمارستان با او تماس گرفت نه‌تنها از نوع فقدان مهارت مراقبتی دو بود، بلکه از نوع تعاملی بود که این مادر و دختر داشتند. با پیشرفت بیماری سو، هیچ‌چیزی در شرایط او بهتر نشد.» روابط عاطفی برای خانواده رادریگز چیز غریبی بود؛ این چیزی است که برادر سو که از او چهارده ماه کوچکتر بود می‌گفت. او تنها عضو از خانواده بود که در روزهای پایانی زندگی سو با او مرتب تماس می‌گرفت. اکثر افراد خانواده ترجیح می‌دادند احساساتشان را نشان ندهند.

این چیز عجیب و غریبی نیست؛ وجود یک گروه بدون احساس بشری در اینجا. مشکل نداشتن احساس نبود، بلکه زیاد بودن عواطف دردناک و تخلیه نشده بود. خانواده رادریگز از طریق سرکوب کردن عواطف با آسیب‌های ناشی از آن برخورد می‌کردند. این الگوی مقابله میراث چندین نسل از تاریخچه‌ی خانوادگی‌شان بود. تام، پدر سو، که در اثر سیروز کبد -ناشی از مصرف زیاد نوشیدنی- در سن ۴۵ سالگی از دنیا رفته بود، اولین قربانی تلنبار کردن درد بود. او مردی با عزت نفس پایین بود و تمام زندگی‌اش تحت سلطه‌ی دیگران بود.

چه‌چیزی، سو رادریگز، زنی مبتلا به بیماری لاعلاج و مادر یک فرزند کوچک را به جایی رساند که منابع رو به زوال فیزیکی و

روانی‌اش را صرف نبرد در دادگاه‌های علنی و کمپین‌های رسانه‌ای صرف کند؛ جاییکه انرژی‌های حیاتی او را تا این حد از او می‌گرفت؟ زنی فصیح با شخصیتی پر تحرک و لبخندی زیبا، برای خیلی‌ها که او را مبارزی با شجاعت و روحی راسخ می‌دانستند، به قهرمان تبدیل شده بود. مردم او را به‌عنوان زنی می‌شناختند که برای حق انتخابِ زمان و نحوه‌ی مردن می‌جنگید.

در داستان سو رادریگز همیشه چیزی بیشتر از موضوع خودمختاری برای مرگ وجود داشت؛ گرچه این نیز بخشی از ماجرای است که نظر عوام را به خود جلب کرد. خانم رادریگز، در پس ظاهرِ محبوبی از یک مبارزِ مطمئن و قاطع، شخصیتی پر از ترس و تنهایی، با سیستم حمایتی بسیار ضعیف بود که از همسر متارکه کرده و از خانواده‌اش دور شده بود. داستان او چند لایه دارد. طبق معمول، آشکارترین لایه، بی‌اهمیت‌ترین بود.

نویسنده‌ی زندگی‌نامه‌ی او بر این باور است که «سو رادریگز زنی با باوری قوی و درکی قوی از خویشتن بود. او بر زندگی‌اش کنترل داشت و ترجیح می‌داد که بر مرگ خود نیز کنترل داشته باشد.» مثل تمام بیماران مبتلا به ALS، این واقعیت درمورد او نیز نسبتاً متناقض بود. باور قوی لزوماً حاکی از درکِ نیرومندِ خویشتن نیست: گاهی حتی کاملاً برعکس است. باورهای سفت و سخت چیزی بیش از تلاش ناخودآگاه فرد برای به‌دست آوردن درکی از خویشتن نیستند؛ چون فرد از این طریق می‌تواند چیزی را که پنهانی، به‌صورت خلأ تجربه می‌کند پر کند.

تاریخچه‌ی روابط فردیِ پرمشکلِ سو رادریگز حاکی از این است که او هرگز کنترلی روی زندگی‌اش نداشته است. او نقش‌هایی را ایفا کرده بود که به خویشتن واقعی‌اش نزدیک نبودند. سؤال پر از درد او از دادگاه و در مقابل عوام (چه‌کسی مالک زندگی من است؟) چکیده‌ای از کل وجودش بود. نبرد او برای کنترل مرگش هم درواقع آخرین و بزرگ‌ترین نقش او بود. لیزا هابز- برنی نوشت: تا قبل از اینکه پرونده‌ی قانونی‌اش باز شود، او با سرعت داشت به شخصیتی ملی تبدیل می‌شد. او طوری غرق در این نقش شده بود که گویی کل زندگی‌اش مقدمه‌ای برای آن بوده است، که درواقع همین‌طور بود.»

وقتی که سو رادریگز مبتلا به ALS تشخیص داده شد، به‌خاطر حس ناامیدی اولیه، ناممکن بودن شرایطش را مقایسه می‌کرد با چیزیکه از نظر او، برای استفان هاوکی‌نگ -فرد دیگر مبتلا به ALS که از نوع خودش بود- مزایای نسبی داشت. هابز- برنی می‌نویسد: «در مرکز

مراقبت موقتی، به او دفترچه‌هایی دادند و این دفترچه‌ها، حاوی شرح حال بیمارانی بود که خانواده‌ای با مهر و محبت داشتند و یا بیمارانی که لذت را در زندگی توأم با تفکر پیدا می‌کردند. او با خودش گفت: کدام خانواده‌ی بامحبت؟ چه زندگی متفکرانه‌ای؟ فرض کنیم نابغه‌ای مثل استفاده هاوکینگ، زندگی‌ای توأم با تفکر را زندگی کرده است، اما من اگر نتوانم بدنم را حرکت دهم، هیچ زندگی‌ای ندارم.»

اگر بنا باشد صاحب نظران علم، موقعیت اجتماعی استفان هاوکینگ را به‌عنوان انیشتین امروزی زیر سؤال ببرند، اما هیچکس استثنائی بودن او را، اصالت شجاعت فکری و عقلانی او را زیر سؤال نمی‌برد. همه‌ی جهان او را از بابت اراده‌ی راسخی که در تمام طول زندگی و کارش حفظ کرده بود، تحسین می‌کردند؛ از همان زمانی که دچار نقص گفتار جزئی شد (که خبر از شروع بیماری ALS، آن هم در سن ۲۰ سالگی می‌داد). در سال ۱۹۶۳ که بیماری هاوکینگ را تشخیص دادند، این پیش‌آگهی پزشکی را به او دادند که در بهترین حالت فقط دو سال دیگر ممکن است زنده بماند. او به‌خاطر بیماری ذات الریه، حداقل یک بار تا نزدیکی مرگ رفته و در سفر به سوئیس هم به کما رفت. هنوز با اینکه چهار دهه از زمان تشخیص بیماری‌اش می‌گذرد، درحالی‌که فلج است و روی ویلچر می‌نشیند و تمام بدنش به طور کامل نیازمند حمایت است، با این همه زنده است و دومین کتاب پرفروش خود را به چاپ رسانیده است. او بی‌وقفه به سراسر دنیا سفر کرده و علی‌رغم ناتوانی‌اش در ادا کردن کلمات با صدای خودش، سخنرانی با متقاضی بالا است. او افتخارات علمی‌زیادی دریافت کرده است.

گرچه استثناهایی وجود دارد، اما سیر بیماری ALS، معمولاً قابل پیش‌بینی است. تعداد کثیری از این بیماران طی ده سال بعد از ابتلا به این بیماری و حتی خیلی زودتر از این‌ها، جان خود را از دست می‌دهند. افراد خیلی کمی هستند که از چیزی شبیه ALS نجات پیدا می‌کنند اما این اتفاق خیلی نادر است که فردی با این ضایعات، به‌اندازه‌ی استفان هاوکینگ عمر کند؛ که نه‌تنها به کار کردن خود ادامه داد، بلکه در سطح بالایی هم عمل می‌کرد. چه‌چیزی او را قادر ساخت تا باور پزشکی و این آمار ناخوشایند را نقض کند؟

ما نمی‌توانیم مسیر هاوکینگ را به‌عنوان یک پدیده‌ی بالینی مفرد و جدا از مقتضیات زندگی و روابطش درک کنیم. طول عمر او بی شک، نشانه‌ای از اراده‌ی معنوی او است که اجازه نداد این بیماری او را از پا درآورد. اما من این عقیده را هم دارم که مقایسه‌ی ناخوشایند سو رادریگز درست بود: استفان جوان به منابع نامحسوسی دسترسی داشت که بسیاری از افراد مبتلا به ALS از آن محروم بودند.

با تلقی طبیعت بیماری ALS به عنوان بیماری‌ای که بدن را از بین می‌برد، ولی به عقل و هوش کاری ندارد؛ پس برای یک متفکر انتزاعی این شرایط ایده‌آلی است که «زندگی‌ای متفکرانه را زندگی کند». برخلاف رادریگز که صخره‌نوردی تنومند و ورزشکار سابق دوی ماراتون بود و بر خلاف لورا و جوان بالرین، هاوکینگ زوال جسمی‌اش را در نقشی که برای خودش انتخاب کرده بود مؤثر نمی‌دانست. برعکس، حتی شاید بیماری او باعث رشدش هم شده باشد. قبل از تشخیص بیماری و ناتوانی حاصل از آن، او تا حدی بی‌هدف بود و استعدادهای عقلانی درخشانش دست نخورده باقی مانده بودند.

هاوکینگ همیشه با اعتماد به نفس و دارای قابلیت‌های شناختی و ریاضی زیادی بود اما هرگز با بدنش احساس راحتی نمی‌کرد. مایکل وایت و جان گریبین در کتاب: استفان هاوکینگ، زندگی در علم نوشتند: «او آدمی عجیب و غریب و معذب، استخوانی و لاغر و نحیف بود. لباس یونیفورم مدرسه‌اش همیشه به تنش زار می‌زد و آن‌طور که دوستانش می‌گفتند، خیلی تند حرف می‌زد و واضح صحبت نمی‌کرد. او همچنین بچه‌ای بود به عنوان شخصیت سرگرم‌کننده‌ی کلاس که بعضی‌ها او را دست می‌انداختند و گاهی اذیتش می‌کردند و بعضی‌ها یواشکی به او احترام می‌گذاشتند و اکثراً از او دوری می‌کردند.» او به دنبال برآوردن انتظارات دیگران نبود؛ انتظارات کسانی که توانایی‌های واقعی‌اش را می‌شناختند. به نظر می‌رسد استفان جوان نماینده‌ی انتخابی آمال و آرزوهای ناکام پدرش بود؛ پدری که برایش مثل روز روشن بود که پسرش در اهداف تحصیلی و اجتماعی موفق خواهد شد؛ اهدافی که خودش هیچ‌وقت نتوانسته بود به آن‌ها دست پیدا کند. یکی از این هدف‌ها این بود که استفان به یکی از سطح بالاترین مدرسه‌های خصوصی انگلستان برود. این پسر ده ساله را برای آزمون بورسیه‌ی مدرسه‌ی وست مینستر ثبت نام کردند: «روز امتحان رسید و استفان مریض شد. او هرگز داوطلب امتحان ورودی نشد و در نتیجه، هیچ‌وقت جایی در بهترین مدارس انگلستان پیدا نکرد.»

البته شاید تصور کنید که این بیماری نابه‌هنگام، کاملاً تصادفی بوده است. اما شاید این بیماری تنها راه برای «نه» گفتن این کودک به فشار والدینش بود. به‌خاطر تمایل خانواده‌ی هاوکینگ به داشتن حریم شخصی، فهمیدن این حقایق کار سختی است. چیزی که ما می‌دانیم، این است که بعدها، هاوکینگ جوان دیگر در خانه زندگی نمی‌کرد و آزادی کافی برای دنبال کردن خواسته‌هایش را نداشت و این‌ها ظاهراً

بیشتر طبیعت اجتماعی داشتند تا دانشگاهی. استفان درگیر تنبلی و اعتیاد شد و از کلاس و مطالعه اجتناب می‌کرد (شکل‌های قدیمی مقاومت منفعلانه در کالج). برای مدتی، حرفه‌ی دانشگاهی‌اش به‌خطر افتاد و برای بازه‌ی زمانی کوتاهی، به کار کردن در خدمات شهری فکر کرد. بعد از تشخیص بیماری‌اش بود که تصمیم گرفت هوش خارق‌العاده‌اش را معطوف به کارش کند: شکافتن و باز کردن طبیعت کیهان، پل زدن شکاف‌های نظری میان نظریه‌ی نسبیت انیشتین و مکانیک کوانتوم. او به‌خاطر ناتوانی فیزیکی‌اش، از بسیاری از کارهای مربوط به آموزش و امور اجرایی که سایر دانشمندان باید مسئولیت آن را به عهده بگیرند رها شد. زندگی‌نامه‌نویس او نوشت: «بعضی‌ها موفقیت‌های بزرگ او را در کیهان‌شناسی، به این آزادی فکری غنی او نسبت می‌دهند و عده‌ای ادعا کرده‌اند که نقطه‌ی عطف استفاده از قابلیت‌هایش، تنها با شروع بیماری‌اش بوده که پدیدار گشته و قبل از آن، او جز یک شاگرد متوسط چیز دیگری نبوده است.»

البته پذیرفتن ادعای دوم سخت است، اما حتی خود هاوکینگ هم اعتراف کرده که بعد از شروع بیماری‌اش بود که او خود را در هر زمینه‌ای محک زد: «من برای اولین بار بود که در زندگی‌ام کار می‌کردم. در کمال ناباوری دیدم که کار کردن را دوست دارم. البته شاید درست نباشد که اسمش را کار بگذاریم. یک بار کسی به من گفت که دانشمندان و فاحشه‌ها بابت انجام چیزی که از آن لذت می‌برند، پول دریافت می‌کنند.»

درباره‌ی فاحشه‌ها نظر زیادی وجود ندارد، اما روشن است که هاوکینگ خیلی خوش شانس بود که می‌توانست علی‌رغم مشکلات عمده‌ی جسمی، به دنبال علاقه‌ی حقیقی‌اش برود.

عامل حیاتی دیگری که هاوکینگ دارا بود و رادریگز نداشت، حمایت عاطفی بی‌قید و شرط و مراقبت کامل معشوقش بود. برای استفان، منبع رشدش همسرش بود، جین هاوکینگ که در حال حاضر همسر سابقش است. اگر بخواهیم مختصر درباره‌ی او بگوییم، او تصمیم گرفت زندگی‌اش را وقف هاوکینگ کند، که چنین نیز کرد و بیشترین هزینه‌ی شخصی را برای یادگیری متحمل شد. این دو نفر، درست کمی قبل از تشخیص بیماری ALS همدیگر را ملاقات کردند و کمی بعد هم با هم ازدواج کردند. جین به‌خاطر تاریخچه‌ی زندگی خودش، آمادگی این را داشت که نقش یک فرد مراقبت‌کننده‌ی فداکار و از خود گذشته [۷۱] را ایفا کند. من کلمه‌ی از خود گذشته را حساب شده انتخاب کردم: درکی رشدیافته و مستقل

از خویشتن در او نبود و به همین خاطر، هویت خودش را به طور کامل در قالب نقش پرستار، مادر و فرشته‌ی نجات استفان می‌دید. او در گزارش شخصی‌اش به نام موسیقی حرکت ستارگان در سال ۱۹۹۳، گفت: «من به دنبال این بودم که هدفی برای زندگی‌ام پیدا کنم و احساس می‌کردم می‌توانم این هدف را در مراقبت کردن از استفان بیابم». اما وقتی که به توانایی‌اش در به انجام رساندن این امر خطیر تردید پیدا کرد، دوستانش به او گفتند: «اگر او به تو نیاز داشته باشد، تو باید در کنارش باشی.» او هم این را پذیرفت.

این زوج جوان به‌عنوان دو فرد برابر در یک رابطه‌ی زناشویی، به هم گره نخوردند، بلکه با هم یکی شدند. آن‌ها یک بدن، یک قلب و یک روح شدند. شاید استفان، بدون جین که زندگی‌اش را وقف او کرده و مجاهدت‌های مستقلى که برای او می‌کرد، زنده نمی‌ماند و شاید به‌تنهایی به چنان درجه‌ی چشمگیری از موفقیت دست پیدا نمی‌کرد. زندگی‌نامه نویس او با تأکید می‌گوید که «بدون کمک جین، استفان بدون شک نمی‌توانست به خواسته‌هایش برسد یا حتی اصلاً این خواسته‌ها را داشته باشد.» [۱۰]

این رابطه تا زمانی ادامه پیدا کرد که جین، جایگاه خود را به‌عنوان فردی از خودگذشته و نیز مسیر یک طرفه‌ی انرژی روانی بینشان، یعنی جریان گرفتن انرژی از زن به شوهر را پذیرفت. این زوج عاشق هم بودند، اما جین رفته‌رفته احساس کرد که مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد. او از رویداد عجیبی در سال ۱۹۶۵ صحبت می‌کند، روزی که با بازوی شکسته‌ی گچ گرفته، وارد آپارتمان معشوقش شد: «او (استفان) واقعاً انتظار داشت که من با استفاده از مهارت‌های خوب یک منشی، یک درخواست کاری را برایش تایپ کنم. من با بازوی گچ‌گرفته‌ی دست چپم که زیر کتم باد کرده بود، به سمت اتاقش رفتم و آن لحظه صورت آکنده از ترس او، تمام امیدهای من را، حتی به دریافت یک همدلی صرفاً متظاهرا نه، نقش بر آب کرد.»

این داستان چکیده‌ای از طبیعت رابطه‌ی آن‌ها بود: او (جین) همیشه در دسترس بود، با شخصیت یک فردِ مادرگونه/پرستارمانند آرام و کم حرف و مطیع که انتظار می‌رود خدمت رسانی کند و تنها در نبودش است که قدرش را می‌دانند. او و همسرش، دور دنیا را سفر کردند و هرروز با انبوهی از مشکلات مواجه می‌شدند و آن‌ها را پشت سر می‌گذاشتند؛ مشکلاتی که بعدها -و آن هم نه به‌طور کامل- در زمانی مرتفع شدند که استفان به شخصیتی معروف در سطح بین‌المللی و پردرآمد تبدیل شد. جین، به‌عنوان یک انسان، احساس می‌کرد که کم‌کم

دارد محو می‌شود. انرژی جین تخلیه شده بود و احساس می‌کرد به فردی «سرد، از درون تهی، تنها و آسیب‌پذیر» تبدیل شده است. او تقریباً به خودکشی فکر می‌کرد. هاوکینگ نیز به سهم خود به تلاش‌های جین برای استقلال، با تحقیر و درنهایت با خشم کودکی که توسط مادرش طرد شده باشد واکنش نشان داد. سرانجام، پرستاری که شوهر خود را رها کرده بود، جای جین را گرفت و با هاوکینگ ازدواج کرد. جین هم معشوق دیگری پیدا کرد. این رابطه‌ی بیرونی باعث شد که او در سال‌های پایانی ازدواجشان، این امکان را داشته باشد که همچنان، تا جاییکه می‌تواند به استفان رسیدگی کند.

برای هاوکینگ، عامل دیگری در کنار کار و حمایت بی‌دریغ همسرش نیز وجود داشت که احتمالاً در زنده بودن او نقشی بازی کرده بود: رهایی هاوکینگ از پرخاشگری به واسطه‌ی این بیماری. «خوب بودن» بسیاری از بیماران مبتلا به ALS، بیشتر از خوبی و خوش مشربی ذاتی انسان‌های دیگر است. در این بیماران، عواطف در بالاترین حد خود هستند. این خوبی، به واسطه‌ی سرکوبی بیش از اندازه‌ی جسارت، به شکل ناهمخوانی بزرگ می‌شود.

جسارت‌ورزی در دفاع از مرزهایمان، در صورت لزوم، می‌تواند و بایستی پرخاشگرانه [۷۲] ظاهر شود. اتکا به نفسِ فکری هاوکینگ، به‌ویژه بعد از شروع تحلیل جسمی‌اش، زمینه‌ی ابراز شدن این تکانش را فراهم کرد. جین هاوکینگ در خاطرات خود می‌گوید: «عجیب است که او هرچقدر در راه رفتن متزلزل‌تر می‌شد، عقایدش نیرومندتر و راسخ‌تر می‌شدند.»

درست مثل تمام قربانیان بیماران ALS، شخصیت هاوکینگ هم حاکی از سرکوبی روانی شدید بود. در خانواده‌ی مبدأ او، آسیب‌پذیری سالم و تعاملات عاطفی به‌نوعی چیزهای غریبی بودند. بر سر میز صبحانه، خانواده‌ی هاوکینگ بدون هیچ نوع ارتباطی غذایشان را صرف می‌کردند، همگی سرشان پایین بود و مشغول خواندن بودند. خانه‌ی کودکی استفان، ظاهر فیزیکی خیلی بد و بیش‌ازحد نابهنجاری داشت که حاکی از جدایی عاطفی او از هر دو والدش بود. زندگی‌نامه نویسنش می‌گوید: «نه ایزابل و نه فرانک هاوکینگ، هیچ‌کدام به شرایط خانه توجهی نمی‌کردند. فرش‌ها و مبلمان، تا لحظه‌ای که قابل استفاده بودند عوض نشدند؛ قسمت‌هایی از کاغذدیواری پاره شده بود و آویزان بود؛ توی راهروها و پشت در، جاهای زیادی بود که گچشان ریخته بود و دیوارها پر از سوراخ بودند.»

وایت و گریپین در توصیف پدر استفان می‌نویسند: «او دور از خانواده بود؛ نبودش در کودکی و نوجوانی استفان تأثیر زیادی داشت». طبق گفته‌ی جین، خانوادگی هاوکینگ «هرنوع ابراز عاطفه یا قدردانی را حمل بر ضعف، فقدان کنترل یا انکار اهمیتشان می‌دانستند. عجیب‌تر اینکه آن‌ها از نشان دادن حس صمیمیت و گرمی احساس شرم می‌کردند.»

بعد از ازدواج استفان و جین، خانوادگی او از مشارکت فعال در مراقبت کردن از او سر باز زدند، حقیقتی که جین به سختی می‌توانست درک کند، چه برسد به اینکه آن را بپذیرد. علاوه بر مسئولیت‌هایش در قبال شوهرش، او از سه فرزندش هم تمام وقت مراقبت می‌کرد. امتناع از قبول کردن فشارهایی که به‌خاطر بیماری استفان بر دوش جین بود - و مطیع بودن جین در برابر این تلقی- به این معنا بود که او هرگز هیچ استراحتی نداشت. جین می‌گوید: «من در نقطه‌ی فروپاشی بودم؛ با این حال استفان هنوز هم هرنوع پیشنهادی را که مطرح می‌شد تا او بیماری‌اش را قبول کند، با قاطعیت رد می‌کرد. این‌ها پیشنهادهایی بودند که می‌توانستند کمی از فشارهای موجود روی من و بچه‌ها را کم کنند.» او خیلی راحت از صحبت کردن درباره‌ی مشکلات طفره می‌رفت و به تلاش‌های جین برای به دوش کشیدن تمام استرس‌ها تکیه می‌کرد. جین می‌گفت: «او هرگز دوست نداشت وجود عواطف را بپذیرد و آن‌ها را مسیری مهلک و غیرمنطقی در شخصیت من می‌دانست.» تلاش‌های جین برای دریافت حمایت از طرف خانوادگی همسرش، با فقدان درک و سردی و حتی برخوردهای خصمانه روبه‌رو می‌شد. مادر شوهر جین یک بار به او گفت: «جین، ما واقعاً هیچ‌وقت تو را دوست نداشتیم؛ تو مناسب خانوادگی ما نیستی.» این حرفی بود که او بعد از آن‌همه سال تلاش و خدمات جین به پسرشان زد.

در این فصل دیدید که ALS در اثر سرکوبی عاطفی به وجود می‌آید و یا حداقل به واسطه‌ی آن تقویت می‌شود؟ و دیدید که این سرکوبی ریشه در تنهایی و فقدان عاطفی کودکی دارد؟ که به طور کلی -حتی اگر نگوییم همیشه- روی افرادی تأثیر می‌گذارد که فرمان زندگی را به دست دارند و دیگران آن‌ها را خیلی «خوب» می‌دانند؟ تا زمانی که درک ما از مجموعه‌ی ذهن- بدن رشد کند، این موضوع بایستی یک فرض جالب توجه باقی بماند، اما فرضی که ما را به چالش بکشد تا استثناهایی هم برایش پیدا کنیم. به‌سختی می‌توان تصور کرد که این روابط به‌کرات مشاهده شده صرفاً یک تصادف باشند.

نگاه مبتنی بر ذهن- بدن به افراد مبتلا به ALS که تمایل دارند برخی از واقعیت‌های خیلی دردناک را کامل و قاطع ببینند کمک می‌کند. درموارد نادری، شاهد این هستیم که افرادی بر نشانه‌های تشخیص داده شده‌ی ALS غلبه می‌کنند. بررسی این موارد، به منظور فهمیدن علت آن چیز با ارزش است. دکتر کریستین نورثروپ در کتاب بدن‌های زنان، دانایی زنان یک مورد را گزارش می‌دهد:

«دونا جانسون، یکی از دوستان محققم و پرستاری دوره‌دیده، با یاد گرفتن اینکه به تمام ابعاد بدنش احترام بگذارد، حتی از بیماری لو گهریگ هم بهبود پیدا کرد. او بعد از تحمل این بیماری به مدت چند سال، کم‌کم کنترل خود را روی عضلات تنفسی و بقیه‌ی قسمت‌های بدنش نیز از دست داد. مشکلات تنفسی‌اش به او القا می‌کرد که قرار است بمیرد، اما در این برهه تصمیم گرفت حداقل یک بار قبل از مرگ، عشق بی‌قید و شرط به خودش را تجربه کند. او با توصیف خودش به‌عنوان «کاسه‌ای ژله در ویلچر» هرروز به مدت پانزده دقیقه جلوی آینه می‌نشست و بخش‌های متفاوتی از بدنش را انتخاب می‌کرد و به آن عشق می‌ورزید. او با دستانش شروع کرد. چون در آن زمان، دستانش تنها اعضای از بدنش بودند که می‌توانست بی‌هیچ قید و شرطی از آن‌ها قدردانی کند. هر روز نوبت به یکی از اعضای بدنش می‌رسید.

او در یکی از ژورنال‌ها نیز درباره‌ی نگاه خود در این پروسه نوشت و متوجه شد که از زمان کودکی به این باور رسیده بوده است که برای دریافت خدمات، مورد پذیرش دیگران بودن و ارزشمند بودن برای خودش، باید نیازهایش را فدا کند. این بیماری کشنده به او آموخت که به‌دست آوردن خدمات به بهای قربانی کردن خود، رقم زدن یک پایان مرگبار است. [۷۱]

طبق صحبت‌های دکتر نورثروپ، دوستش با فعالیت‌های روزانه‌ی خود اکتشافی [۷۳] عاطفی و عشق به خود، توأم با آگاهی -که کم کم تمام بخش‌های بدنش را «از حالت انجماد در می‌آورد»- التیام پیدا کرد. اگر من این داستان را زمانی که از دانشکده پزشکی فارغ التحصیل شده بودم می‌خواندم، بی‌هیچ مطالعه‌ای نادیده‌اش می‌گرفتم. حتی الان هم، آن پزشک آموزش دیده و علم‌باور درونم ترجیح می‌دهد که دنبال یک مدرک مطمئن بگردد که نشان دهد در این مورد، بیماری ALS به درستی تشخیص داده شده است. من در کار [در بخش] تسکین [۷۴] موقتی، یک بار فردی را دیدم که به «مرکز تسکین» [۷۵] ارجاع داده شده بود و علی‌رغم آزمایش الکترومیاگنوستیک و یافته‌های عصب شناختی که همگی کاملاً نرمال نشان می‌دادند، خودش و همه‌ی دوستانش را متقاعد کرده بود که از بیماری ALS رنج می‌برد. وقتی به

دوستانش گفتم که این بیمار که آن‌ها با جدیت ازش مراقبت می‌کنند، از نقطه نظر دقیق پزشکی، به‌اندازه‌ی خود آن‌ها سالم است، به این راحتی حرف مرا باور نمی‌کردند.

امروز من اعتبار نظر دکتر نورثروپ را غیرممکن نمی‌دانم. این با درک من از این بیماری همخوانی دارد. در داستان الکسیا -معلمی که همسرش پیتر نمی‌توانست بیماری ALS او را بپذیرد- رویداد جالب توجهی وجود داشت. این داستان پتانسیل چیزی را نمایان می‌کرد که می‌تواند وجود داشته باشد. روانشناس گوردون نوفلد تصمیم گرفت تنها یک بار، او را بدون همسرش ملاقات کند. دکتر نوفلد می‌گوید: «کاملاً برایم روشن بود که عواطفش مسدود شده بود و او شور و سرزندگی‌اش را از دست داده بود. در نبود پیتر، ما یک جلسه‌ی دو ساعته داشتیم و او شدیداً بابت زندگی و بیماری‌اش غمگین بود. این اتفاق برایش یک تفاوت بسیار بزرگ در زندگی ایجاد کرد. فیزیوتراپ بعد از آن باز او را دید و در کمال شگفتی دید که قوام عضلاتش بهبود بسیاری پیدا کرده است، اما من هرگز بعد از آن نتوانستم یک بار دیگر او را تنها ببینم و هرگز نتوانستم دوباره او را به آن نقطه ببرم. این دریچه بسته شد.»

فصل ۵: هرگز به اندازه‌ی کافی خوب نبود

میشل به مدت هفت سال بود که در سینه‌اش یک غده داشت؛ غده‌ای که به‌صورت دوره‌ای یا رشد می‌کرد یا کوچک می‌شد، اما این موضوع هیچ‌وقت دغدغه‌ی خودش و پزشکان نبود. ونکوورتنی ۳۹ ساله می‌گوید: «ناگهان سفت و داغ شد و تقریباً یک شبه بزرگ شد». بافت‌برداری نشان داد که تومور بدخیم است و میشل باور داشت که علتش را می‌داند: استرس. او می‌گوید: «زمانی این اتفاق افتاد که با استرس بی‌اندازه در زندگی، در حال از هم پاشیدن بودم. بدون اینکه هیچ درآمدی داشته باشم کارم را رها کردم. شرایط عاطفی‌ام در آن زمان وحشتناک بود. به یکباره اتفاقات بد زیادی را تجربه کردم که صرفاً مسائل مالی نبودند.» میشل دچار لومپکتومی [۷۶] بود و وقتی فهمید که غدد لنفاوی‌اش عاری از سرطان‌اند، خیالش راحت شد. او بعد از عمل جراحی، تحت شیمی‌درمانی و پرتودرمانی قرار گرفت، اما هیچ پزشکی از او نپرسید که قبل از ایجاد شدن این غده‌ی بدخیم، از چه فشارهای روانی‌ای رنج می‌برده است یا اینکه چه موضوعات لاینحلی در زندگی‌اش وجود دارد.

بیماران مبتلا به سرطان پستان معمولاً گزارش می‌دهند که پزشکشان، به آن‌ها به‌عنوان یک انسان، یا به بافت اجتماعی و عاطفی‌ای که در آن زندگی می‌کنند علاقه خاصی نشان نمی‌دهد. تصور می‌شود این عوامل نقش چشمگیری در منشأ یا درمان این بیماری ندارند. تحقیقات روان‌شناختی که عمیقاً در سر پخته می‌شوند این نگرش را تقویت می‌کنند.

نتایج تحقیقی پنج ساله بر بیش از دویست زن مبتلا به سرطان، در مقاله‌ای در ژورنال پزشکی بریتانیا به چاپ رسید. هدف این تحقیق روشن کردن این موضوع بود که آیا پدیده‌ی سرطان می‌تواند در اثر حوادث سخت زندگی، مثل طلاق یا از دست دادن یک عزیز اتفاق بیفتد. محققان این پژوهش به این نتیجه رسیدند که: «زنان مبتلا به سرطان پستان نباید از این فکر بترسند که تجربیات استرس‌زا احتمالاً پیش‌بین بازگشت بیماری‌شان خواهد بود.» [۱] دکتر دونا استورات، استاد دانشگاه تورنتو و رئیس مسائل زنان، برای شبکه سلامت دانشگاه توضیح داد که نتایج این تحقیق «معنادار هستند». دکتر استوارت نویسنده‌ی اصلی تحقیقی بود که در سال ۲۰۰۱ در ژورنال روان-سرطان‌شناسی [۷۷] به چاپ رسید. تقریباً از حدود چهارصد زن

با تاریخچه‌ی سرطان پستان سؤال کردند که از نظر خودشان چه چیزی باعث ایجاد غده در آن‌ها شده است. ۴۲ درصد از آن‌ها استرس را بیان کردند؛ این رقم خیلی بیشتر از عوامل دیگری مثل رژیم غذایی، محیط، ژنتیک و سبک زندگی است. [۲] دکتر استوارت می‌گوید: «من فکر می‌کنم این درواقع بازتاب چیزی است که به صورت کلی در جامعه جریان دارد. افراد فکر می‌کنند که استرس عامل همه چیز است. اما شواهد برای این امر بسیار کم است و اتفاقاً شواهد مبتنی بر عوامل هورمونی و ژنتیک [برخلاف شواهد برای عامل بودن استرس] بسیار زیاد است.»

با این حال، میشل و خیلی از زن‌های دیگری که وجود رابطه‌ای قوی میان استرس و سرطان پستان را باور دارند، از زاویه دید خودشان، نگاهشان علمی و بالینی است. هیچ سرطان دیگری، از جنبه‌ی روابط بالقوه بیولوژیکی بین اثرات روان‌شناختی و شروع این بیماری، اینقدر موشکافانه مورد مطالعه قرار نگرفته است. حجم زیادی از شواهد به دست آمده از مطالعات حیوانی و تجربیات انسانی، از این باور بیماران سرطانی حمایت می‌کنند که استرس عاطفی، عاملی مؤثر در ایجاد غده‌ی پستان است.

برخلاف اصرار محققان تورنتو، «شواهد مبتنی بر ژنتیک» خیلی هم زیاد نیستند. فقط تعداد کمی از زنان با خطر ژنتیکی بالا برای ابتلا به سرطان پستان مواجه هستند و تعداد کمی از افراد مبتلا به سرطان پستان (حدود هفت درصد از آن‌ها) به دلایل ژنتیکی به این بیماری مبتلا می‌شوند. حتی درمورد آن دسته از افرادی هم که پیش‌زمینه‌ی ژنتیکی دارند، عامل محیطی بایستی نقش داشته باشد؛ چون از بین کسانی که یکی از این سه ژن شناخته شده‌ی مرتبط با سرطان پستان را دارند، فقط تعداد کمی مبتلا به تومور بدخیم می‌شوند. عامل وراثت، در بیشتر زنان یا مردان مبتلا به سرطان پستان، حداقل نقش را داشته و حتی در مواردی هیچ نقشی نداشته است.

اینکه عدم رابطه بین هورمون‌ها و عواطف را القا کنیم، امری ساختگی است. اگرچه این کاملاً درست است که هورمون‌ها عامل رشد یا بازدارنده‌ی فعال غده هستند، اما درست نیست بگوییم که فعالیتشان هیچ ارتباطی با استرس ندارد. درواقع، یکی از شکل‌های اساسی تأثیر بیولوژی عواطف در ابتلا به سرطان، به واسطه‌ی تأثیر هورمون‌ها است. برخی از هورمون‌ها -مثلاً استروژن- به رشد تومور کمک می‌کنند. بعضی از هورمون‌ها هم به واسطه‌ی کاهش دادن ظرفیت سیستم ایمنی برای نابود کردن سلول‌های بدخیم، به رشد سرطان کمک می‌کنند.

تولید هورمون در وهله‌ی اول متأثر از استرس روانی است. زنان همیشه این ادراک را داشته‌اند که استرس عاطفی، بر کارکرد تخمدان و

چرخه‌های قاعدگیشان تأثیر می‌گذارد و استرس خیلی زیاد حتی جلوی قاعدگی را می‌گیرد.

سیستم هورمونی بدن با بخش‌هایی از مراکز مغز که عواطف در آنجا تجربه و تفسیر می‌شوند، ارتباط جدایی‌ناپذیری دارد. سیستم هورمونی و مراکز عاطفی نیز به نوبه‌ی خود با سیستم ایمنی و سیستم عصبی ارتباط دارند. در اینجا ما چهار سیستم مجزا نداریم، بلکه یک ابرسیستم داریم که به‌شکلی واحد در جهت محافظت از بدن در برابر حمله‌ی خارجی و اختلال در شرایط فیزیولوژیکِ درونی عمل می‌کند. این غیرممکن است که هر نوع محرک استرس‌آوری، مزمن یا حاد، تنها بر یک بخش از این ابرسیستم تأثیر بگذارد. چیزی که برای یکی از این سیستم‌ها اتفاق می‌افتد، بر همه‌ی آن‌ها اثرگذار است. ما در فصل ۷، طرز کار این ابرسیستم را به‌صورت جامع‌تر مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

عواطف به‌طور مستقیم هم سیستم ایمنی بدن را تنظیم می‌کنند. طبق مطالعات انجام شده در انستیتوی ملی سرطان ایالات متحده، سلول‌های کشنده‌ی طبیعی (NK) که طبقه‌ی مهمی از سلول‌های ایمنی ما هستند و پیشتر به آن‌ها پرداخته‌ایم، در آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان پستان که قابلیت ابراز خشم دارند، می‌توانند موضع مبارزه را در پیش بگیرند و حمایت اجتماعی بیشتری دارند، فعال‌تر هستند. سلول‌های NK به سلول‌های بدخیم حمله می‌کنند و می‌توانند آن‌ها را از بین ببرند. انتشار سرطان پستان در این زنان، در مقایسه با کسانی که دیدگاه کمتر جسورانه و روابط اجتماعی با حمایت کمتری داشتند، بسیار کمتر بود. محققان دریافتند که برای زنده ماندن، عوامل عاطفی و نقش اجتماعی، نسبت به خودِ میزان بیماری، اهمیت بیشتری دارند. [۳]

بسیاری از تحقیقات، از جمله تحقیقی که در مقاله‌ی ژورنال پزشکی بریتانیا گزارش شد، این موضوع را درک نکردند که استرس نه‌تنها به محرک خارجی، بلکه به پاسخ فردی هم برمی‌گردد. این در زندگی واقعی افراد واقعی اتفاق می‌افتد که خلق و خوی ذاتی، تاریخچه‌ی زندگی، الگوهای عاطفی، منابع فیزیکی و روان، و حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی‌شان بی‌نهایت متغیر است. همان‌طور که در فصل ۳ خاطرنشان کردیم، هیچ‌گونه عامل استرس‌زای کلی‌ای وجود ندارد.

در بسیاری از موارد مربوط به سرطان پستان، استرس‌ها پنهان و مزمن هستند. این استرس‌ها ریشه در تجربیات کودکی، برنامه‌ریزی عاطفی اولیه و سبک‌های مقابله‌ای روانی ناخودآگاه دارند. آن‌ها در طول عمر انباشته شده و افراد را مستعد بیماری می‌سازند.

میشل در خانواده‌ای بزرگ شد که هر دو والدش معتاد به نوشیدنی بودند. او اکنون بر این باور است که غده‌ی بدخیمش به تجربیات اولیه‌ی آمیخته است که شکل دهنده‌ی نحوه‌ی رویارویی او با زندگی بودند. او راه‌هایی را امتحان کرده است؛ مثلاً توجه کردن به نیازهای عاطفی دیگران به جای توجه به خودش که البته ناخودآگاه، حجم استرسی را که مجبور بوده طی سالیان متمادی به دوش بکشد، بیشتر می‌کرده است. او می‌گوید: «من در تمام زندگی‌ام آشفته بودم و فکر می‌کنم سرطان با این آشفتگی ارتباط داشته باشد. تا جاییکه من باور دارم و می‌فهمم، والدینم به بهترین روشی که سراغ داشتند عاشق ما بودند؛ اما این روش آشفته‌ترین رابطه و محیط خانوادگی بود، چون آن‌ها معتاد بودند و هنوز هم هستند. گرچه عشق و محبت در آن‌ها وجود دارد، اما در عین حال رفتار بی‌مهری دارند.»

چندین دهه تحقیق نشان داده است که اگر کودکی زنان آکنده از جدایی عاطفی از والدین و مسائل دیگر در رشدشان بوده باشد، اگر عواطف و به خصوص خشمشان را سرکوب کرده باشند، اگر محروم از روابط اجتماعی حمایتی در بزرگسالی باشند و اگر شخصیتی از نوع ایثارگر و به‌طور وسواسی‌ای مراقبت‌کننده از دیگران داشته باشند، بیشتر از مردان مستعد ابتلا به سرطان پستان هستند. در تحقیقی، روانشناسان با بیمارانی که به‌خاطر بافت‌برداری پستان در بیمارستان پذیرش شده بودند، مصاحبه کردند؛ بدون اینکه نتایج آسیب‌شناسی [۷۸] را بدانند. محققان توانستند تنها به‌واسطه‌ی عوامل روانشناختی، وجود سرطان را تا بیش از ۹۴ درصد از موارد مشخص شده، پیش‌بینی کنند. [۴] در یک تحقیق مشابه در آلمان، چهل زن مبتلا به سرطان پستان با چهل نفر از گروه کنترل از نظر سن، تاریخچه‌ی سلامت عمومی و موارد سبک زندگی با هم مقایسه شدند. در اینجا هم بر پایه‌ی علم روان‌شناختی، محققان در شناسایی کسانی که مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شده بودند و آن‌هایی که سالم بودند، ۹۶ درصد موفق عمل کردند. [۵] ملوین کرو [۷۹] به‌عنوان یک مرد وقتی از دچار شدنش به سرطان پستان مطلع شد، ابتدا احساس شرمساری کرد، اما بعد به این باور رسید که: «معنی ندارد به پشت دراز بکشید و بگذارید بیماری شما را از پا درآورد.» اکنون که چند سال از پستان‌برداری [۸۰]، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی می‌گذرد، درباره‌ی بیماریش جک می‌گوید.

کروی ۵۱ ساله، در سال ۱۹۹۴، بلافاصله بعد از یک دوره‌ی شدیداً پراسترس در زندگی‌اش، مبتلا به این بیماری تشخیص داده شد. او

مسائلی مثل درگیر شدن با قانون به خاطر نقض قانون ماهیگیری، مزاحمت علنی، تحقیر در محل کار و فشار غیرقابل تحمل از طرف کارفرمایش را تجربه کرد. او و ده مرد دیگر در قایق بودند و سه ماهی صید کرده بودند. وقتی افسران شیلات به خانه‌اش ریختند، او اعتراف کرد. «من و دو نفر دیگر زیر فشار کم آوردیم، اما بقیه‌ی شریک‌های جرم انکار کردند. برای خانواده‌ام سخت بود که اسم من را در روزنامه‌ها و در همه‌جا ببینند: کارکنان گارد ساحلی متهم به ماهی‌گیری غیرقانونی شدند. بعد از آن، وقتی به یکی از کشتی‌های گارد ساحلی برگشتم، برخورد سایر اعضای خدمه و جوک‌هایی که درباره‌ام می‌گفتند، بسیار آزاردهنده بودند. تمام شریک‌های محل کارم می‌گفتند که من باید حاشا می‌کردم.»

این فشار از هرچیزی برای مرلین استرس‌آورتر بود؛ مرلینی که همیشه به خاطر وظیفه‌شناسی به خودش می‌بالید.

- «بعضی از همکارانم به من می‌گفتند که تو کار را خیلی جدی می‌گیری. از نظر آن‌ها من به اندازه‌ی کافی استراحت نمی‌کردم.»

من از او پرسیدم: «آیا هرگز احساس کرده‌ای که مشغول انجام دادن کاری هستی که بقیه باید انجامش می‌دادند؟»

- بله؛ من بیشتر از سهم خودم کار می‌کنم. این طبیعت من است. می‌دانید، من دوست ندارم تن‌لش به نظر بیایم.

- اگر بقیه سهم خودشان را ایفا نکنند، پس یک راه حل این است که تو به جای آن‌ها کار کنی؛ یا اینکه از این موضوع عصبانی می‌شوی.

- این عصبانیت عین این است که سوخت بیشتری به آتش برسانی. ما کارگرهایی داریم که وظیفه‌شناس هستند و صادقانه کار می‌کنند و کارگرهایی را هم داریم که مگس می‌پرانند. من گاهی عصبانی می‌شدم. خب، اگر این عصبانیت را ابراز کنی، با نیروی کار مشکلات دیگری پیدا می‌کنی.

منبع صداقت بیش از حد او زمانی روشن شد که من از مرلین درباره‌ی کودکی‌اش پرسیدم.

- آیا در خانه محبت و عاطفه‌ای بود؟

- بله؛ پدرم همیشه به من و خواهرم و دستاوردهای ما در زندگی می‌بالید. او (خواهرم) معلم است. پدرم مهندس بود و من هم راه او را در پیش گرفتم. لیسانس مهندسی‌ام را گرفتم و پدرم به اینکه من مهندس پرواز شده بودم افتخار می‌کرد.

- صمیمیت و محبت هیچ ارتباطی با دستاوردها ندارد، بلکه فارغ از هر دستاوردی وجود دارد؛ چراکه به هر حال والدین با کودکشان رابطه‌ی عاطفی دارند. اما جواب تو به دستاوردهایت برمی‌گشت. من در عجبم که چرا این‌طور است؟

- خب، پدر من همیشه به ما افتخار می‌کرد.

- مادرت چطور؟ از مادرت چه محبتی دریافت می‌کردی؟

- او خیلی آدم با محبتی نبود. ما عاشق والدینمان بودیم و من احساس می‌کنم آن‌ها قطعاً شرایط تربیتی خوبی را برای ما فراهم کردند؛ یک خانه‌ی خوب.

...

تنها حدود یک درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان مرد هستند. تاریخچه‌ی عاطفی آن‌ها مشابه زنان مبتلا به این بیماری است. دیوید ییندل، یک افسر پلیس از شهر تورنتو، چهار نوع سرطان داشت: در یکی از کلیه‌هایش، در پستانش و دو بار هم در مثانه‌اش. او بدون صمیمیت بزرگ شد. دیوید متولد سال ۱۹۳۶ است و سه سال داشت که جنگ جهانی دوم شروع شد. خواهرش در سال ۱۹۵۰ به دنیا آمد.

او می‌گوید: «پدرم انباردار بود و مادرم در کارخانه‌ی شکلات کدبری کار می‌کرد. من در زمان جنگ بزرگ شدم و والدینم را زیاد نمی‌دیدم. مادرم در تمام روز بیرون از خانه بود و من و خواهرم عادت کرده بودیم که در نبود او از خودمان مراقبت کنیم.»

- احتمالاً منظورت این است که در آن سن و سال اندک، باید از خواهرت هم مراقبت می‌کردی؛ درست است؟

- بله.

دیوید ازدواج والدینش را ازدواجی ناشاد به‌خاطر می‌آورد. «آن‌ها زوج عاشقی نبودند. پدرم کار خودش را می‌کرد و مادرم هم کار خودش را انجام می‌داد. پدرم بیشتر عصرها بیرون می‌رفت و با دوستانش بیلارد بازی می‌کرد. من چندان مورد احترام مادرم نبودم. او همیشه از من انتظار داشت که بیشتر از حد توانم برایش کار کنم. حدس می‌زنم من برای او دانش‌آموز ممتازی نبودم؛ ولی در عوض او خودش را همیشه بهتر از چیزی که بود، می‌دید. او از طبقه‌ی کارگر بود؛ کل خانواده همین‌طور بود، اما او همیشه این را به دیگران القا

می‌کرد که از چیزی که هستیم بهتریم. شما باید در سطح استانداردهای او رفتار می‌کردید.»

- در کودکی وقتی مضطرب می‌شدی، وقتی احساس می‌کردی درکت نمی‌کنند، وقتی از لحاظ عاطفی ناراحت بودی، درباره‌ی همه این‌ها با چه کسی صحبت می‌کردی؟

- راستش، همه‌ی این‌ها را در خودم می‌ریختم. پدرم هرگز پیشم نبود که با او صحبت کنم و قطعاً با مادرم درباره‌ی این‌ها صحبت نمی‌کردم، چون واکنش مورد علاقه‌ی او این بود: «اوه، چه بی‌معنی». من هیچ‌وقت خشمم را به والدینم نشان ندادم. این کاری است که می‌کردم: مقدار زیادی خشم را درون خودم تلنبار می‌کردم.

در تحقیق بریتانیایی سال ۱۹۷۴ «سرکوبی بیش‌ازحد خشم» شایع‌ترین ویژگی شناخته شده در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. یک گروه تحقیقی، مجموعه‌ای متوالی از ۱۶۰ زن پذیرش شده در بیمارستان بابت بافت‌برداری سینه را مورد مطالعه قرار دادند. تمام سوژه‌ها تحت یک مصاحبه‌ی جامع روان‌شناسی قرار گرفتند و پرسشنامه‌ی خود-اجرایی در اختیارشان قرار گرفت. برای اثبات یافته‌ها، همسران و سایر اعضای خانواده نیز به‌صورت جداگانه مورد مصاحبه قرار گرفتند. چون این آزمون روان‌شناختی قبل از بافت‌برداری اتفاق افتاد، نه این زن‌ها و نه افراد مصاحبه‌کننده، هیچ‌گونه دانش قبلی درمورد تشخیص نهایی نداشتند. «یافته‌ی اصلی ما، وجود همبستگی معنادار بین تشخیص ابتلا به سرطان پستان و الگوی رفتاری مبتنی بر ابراز نابهنجار عواطف بود که در سراسر زندگی بزرگسالی، به‌قوت خود باقی مانده بود. این نابهنجاری در بسیاری از موارد، سرکوبی بیش‌ازحد خشم بود و درمورد بیماران بالای چهل سال، علاوه بر خشم، احساسات دیگر را هم در بر می‌گرفت.» [۶]

در ارزیابی روان‌تحلیلی زنان مبتلا به سرطان پستان که در سال ۱۹۵۲ صورت گرفته بود نیز نتایج مشابهی به‌دست آمده است. به این بیماران گفته بودند که در تخلیه‌ی خشم یا مواجهه‌ی مناسب با آن، تهاجمی‌بودن [۸] یا رفتار خصمانه ناتوان هستند (چیزهایی که به‌شیوه‌ی خود، در زیر ظاهری با حالت دوستانه پنهان شده بودند). این محققان احساس کردند که تعارضات حل نشده‌ی بیماران، از طریق انکار و رفتار مبتنی بر ازخودگذشتگی نامعقول بروز پیدا می‌کرد. [۷]

تحقیقی که توسط دکتر سندرا لوی و همکارانش در انستیتوی سرطان ملی ایالات متحده درمورد رابطه‌ی بین فعالیت سلول کشنده طبیعی و الگوهای مقابله‌ای عاطفی در سرطان پستان صورت گرفت، نشان داد که سرکوبی خشم و سبک پاسخ منفعلانه و خویشن‌دارانه، با عواقب خطر بیولوژیکی ارتباط دارد. [۸]

سرکوبی خشم خطر ابتلا به سرطان را بالا می‌برد و یک دلیل کاملاً منطقی برایش وجود دارد و آن هم این است که سرکوبی، فرد را بیشتر در معرض استرس فیزیولوژیک قرار می‌دهد. اگر افراد نتوانند عوامل مزاحم را تشخیص بدهند، احتمالاً آسیب‌های ناشی از استرس را به‌کرات تجربه خواهند کرد. از فصل ۳ به‌خاطر دارید که استرس یک پاسخ فیزیولوژیک به تهدید ادراک شده -چه جسمی و چه عاطفی- است؛ صرف نظر از اینکه فرد نسبت به این ادراک، بلافاصله آگاه شود یا نه.

«این‌ها سؤالاتی هستند که تمام افراد مبتلا به سرطانی که می‌شناسم می‌پرسند: من چکار کردم که مستحق این هستم؟ چرا من؟ آیا من کار اشتباهی انجام داده‌ام؟ من همه‌چیز را بارها با دقت مرور کرده‌ام. من نباید سرطان پستان می‌گرفتم؛ من به بچه‌هایم تا ۲۱ ماهگی شیر سینه‌ی خودم را می‌دادم؛ فقط وقتی جوان بودم [آن هم] گهگاهی سیگار می‌کشیدم؛ اهل ورزش بودم؛ به میزان چربی موجود در رژیم غذایی‌ام توجه می‌کردم؛ این اتفاق نباید برای من می‌افتاد. واضح است که من با اولین سؤال در کشمکش هستم.» این‌ها صحبت‌های آنا است، مادر سه فرزند که هشت سال قبل، در اواسط دهه‌ی چهارم زندگی‌اش، مشکوک به داشتن غده تشخیص داده شد. آنا یکی از زن‌های سرطان پستان را دارد.

حتی در اقلیت کوچکی از مواردی که یک عامل مستعد اصلی در آن‌ها وجود دارد، وراثت به‌تنهایی نمی‌تواند توضیح دهد که چه‌کسی مبتلا به سرطان پستان می‌شود و چه‌کسی نه. آزمایش دی‌ان‌ای نشان داده که آنا، زن سرطان پستان را از پدرش به ارث برده است. خویشاوندان دیگر او که همین ژن را دارند و سنشان از او بالاتر است، سرطان پستان نگرفته‌اند. آنا به این باور رسیده که استرس در رشد سرطان مؤثر بوده است. اولین همسرش که تاجر بود، در تمام مدت زندگی زناشویی‌شان، از نظر عاطفی با او بدرفتاری می‌کرد. او تا زمانی که رابطه‌شان به پایان برسد، همیشه مورد اذیت و آزار فیزیکی همسرش قرار داشت. «اگر از من بپرسید که چرا سرطان گرفتم، می‌گویم به‌این‌خاطر که اجازه دادم در آن زندگی نابود شوم. من چندین بار تا مرز خودکشی پیش رفتم.»

«من حرمت نفس کافی نداشتم. تلقی من این طور بود که اگر به اندازهی کافی خوب باشم، می توانی مرا دوست داشته باشی؟ من با مادرم ازدواج کردم. او (همسرش) دقیقاً شبیه مادرم بود. من هرگز به اندازهی کافی خوب نبودم. وقتی به عقب نگاه می کنم، با خودم فکر می کنم من چطور در چنین ازدواجی ماندم؟ من بارها و بارها به خاطر این مسئله، پیش درمانگر گریه کردم. چطور توانستم با روح خودم این کار را بکنم؟ این ماجرا به من آسیب زده است. من به جوهرهی وجودی خودم آسیب زدم. فکر می کنم به بدنم هم آسیب رساندم.

درنهایت احساس کردم چیز زیادی از من در دنیا باقی نمانده است. توی یک روز هشت نوع دارو بابت افسردگی، اضطراب، بی خوابی، درد و ناراحتی و مشکلات روده برایم تجویز شد؛ یا باید می مردم یا رها می کردم. در این لحظه بود که صیانت نفسم لگدمال شد و رها کردم.»

آنا نمونه ای از همین الگوی «رفتارهای مبتنی بر از خودگذشتگی بی منطق» است که در تحقیق روان تحلیلی بیماران سرطان پستان در سال ۱۹۵۲ صورت گرفته بود. او از بین چهار خواهر و برادرش، تنها کسی است که مسئولیت پدرش را -که دههی هشتم زندگی اش را می گذراند- به عهده گرفته است.

«او دلم را به لرزه درمی آورد. وقتی او مشکلی دارد من می ترسم. وقتی بهم تلفن می زند و می گوید: «من خیلی تنها هستم، جایی را ندارم که بروم و هیچ کاری ندارم که انجام بدهم» احساس ترس می کنم. خواهرم، که به نظرم خیلی پتیاره است می گوید: «هی، این مشکل خودش است، او میلیون ها انتخاب و فرصت داشت.»

«ما یک سال ونیم قبل، وقتی یک بار از او خواستم که به مدت یک ماه به مرکز تسکین برود، وضعیت هیستریکی را با او تجربه کردیم. او در بیمارستان بود و من هرروز تمام وقت در بیمارستان بودم و ساعت ها و ساعت ها پیش او می نشستم. درنهایت، او مرخص شد و بیرون آمد. بعد از آن احساس کردم که به خاطر مراقبت زیاد از او، دچار به هم ریختگی فکری شده ام. من کارت سرطان- یک کارت بزرگ- را درآوردم و در حضور مددکارهای اجتماعی و بقیه گفتم: "نگاه کن پدر، من سرطان دارم و باید از خودم مراقبت کنم. نمی توانم به این شکل از تو مراقبت کنم. لطفاً (در این لحظه به گریه افتادم؛ چون من عضو گریه کن خانواده هستم)، لطفاً، برای یک ماه اینجا بمان." او گفت: "نه! چرا من؟ نمی خواهم."»

«مددکار اجتماعی و سرپرست برنامه به او می‌گویند: "آقای دبلیو هیچ‌کس نمی‌خواهد به خانه‌ی سالمندان بیاید. اما نمی‌توانی این کار را برای دختری انجام بدهی؟ به دختری نگاه کن. او دارد گریه می‌کند و واقعاً شرایط سختی را پشت سر می‌گذارد. نیاز دارد زمانی را در کنار همسرش باشد. او به یک وقفه نیاز دارد." اما پدرم می‌گفت: "نه، نمی‌خواهم. چرا من؟"»

«برای دو دفعه‌ای که پستان‌برداری داشتم، از برادر و خواهرهایم پرسیدم که آیا می‌توانند برای مدتی از پدر مراقبت کنند. به آن‌ها گفتم که من به مدت چند ماه نمی‌توانم برایش شام درست کنم. نیاز دارم خودم را بازیابی کنم. او فقط ده روز برای شام آنجا ماند؛ چون هیچ‌کس از او مراقبت نمی‌کرد. حتی به او توجه هم نمی‌کردند.»

- حسی که نسبت به پدرت داری، نوعی نقش مادرانه است. به همین دلیل هم هست که قدرت را نمی‌داند. کسی قدر مادر را نمی‌داند. مادر شبیه دنیاست؛ او قرار است اینجا باشد و همه‌چیز را فراهم کند.

- دقیقاً. برادرم هم همین کار را انجام می‌دهد؛ من مادرِ برادرم هم هستم. وقتی به من تلفن می‌زند، بچه‌هایم می‌گویند احتمالاً دایی جان به مشکلی برخورد کرده که تلفن زده است. او از افسردگی رنج می‌برد؛ روابط او طوری است که نمی‌توانید تصورش را بکنید. او وقت‌هایی که مشکلی دارد، روز و شب اینجاست، اما خودش ماه‌ها جواب تماس‌های تلفنی من را نمی‌دهد. اصلاً خودش را به زحمت نمی‌اندازد.»

- «در تمام مدتی که تحت شیمی‌درمانی بودم، تنها یک بار آمد. یک سال و نیم بعد از تشخیص بیماری‌ام و گذراندن دوره شیمی‌درمانی با او وقت گذراندم. این اولین تجربه‌ام بود که تلاش می‌کردم به‌وضوح بگویم به چه چیزی نیاز دارم. گفتم: "دان، من به کمک تو نیاز دارم. وقتی برای چکاپ به کلینیک سرطان می‌روم نیاز دارم از من بررسی اوضاع چطور است. این واقعاً برایم مهم است. نیاز دارم از من بررسی در آنجا چه اتفاقی افتاد." او خم شد و گفت: "من هم به چیزی از طرف تو نیاز دارم" و شروع کرد به روده‌درازی درباره‌ی رابطه‌اش با دختری که رابطه را بهم زده بود. من فقط نشستم و با خودم گفتم که او اصلاً هیچ‌کدام از حرف‌های مرا نگرفت. تو درست می‌گویی؛ متوجه شدم که بعضی وقت‌ها مادر هستم.»

آنا همیشه احساس می‌کرد که توسط مادرش طرد شده است؛ مادری که به دختر بزرگ‌ترش علاقمند بود. آنا می‌گوید: «من مادری نداشتم. مادر

من غزل خداحافظی را با من خوانده بود و اساساً من را دوست نداشت و به همین خاطر بود که نمی‌توانستم پدرم را هم از دست بدهم. بچه‌ها آنقدر باهوش هستند که می‌دانند حداقل به یک والد نیاز دارند. پدرم به شکل نادرستی عاشق من بود.» آنا از زمان نوجوانی متوجه شده بود که پدرش بی‌پرده نگاه‌های جنسی به او داشت؛ مخصوصاً به سینه‌هایش.

«من چیزی از او می‌گرفتم که تمام زندگی‌ام داشتم انکارش می‌کردم، تا زمانی که پیش مشاور رفتم. البته تا جاییکه می‌دانم او هیچ‌کاری انجام نداد، اما دلش می‌خواست. او به من نگاه می‌کرد... . نگاهش طوری جنسی بود که برای یک دختر ۱۱-۱۲ ساله ...! من به هر چیزی از طرف مردها بیش‌ازحد حساس شده‌ام، هر چیزی، اما برای زن جوان واقعاً سخت است که باور کند پدرش چنین حسی به او دارد. یا عیسی مسیح! منظورم این است که آدم میلیون‌ها بهانه برای خودش جور می‌کند که این چیزها واقعی نیستند؛ گرچه خواهرم به هیچ وجه در حضور پدرم تیشرت نمی‌پوشید.»

«پدرم احتمالاً تنها آدمی است که نمی‌داند من پستان‌هایم را برداشته‌ام، چون هرگز به او نگفتم. فکر نمی‌کنم هرکس دیگری هم جای من بود، این کار را می‌کرد. او خبر دارد که من به خاطر نوعی سرطان عمل شده‌ام. از استیو (همسر دوم آنا) پرسیده بود که آیا این عمل ربطی به پستان‌هایم دارد؟ و استیو هم جواب داده بود که: بله، این ادامه‌ی همان اقدامات قبلی است. پدرم هرگز چیزی به من نگفت. در زمان شیمی‌درمانی، کاملاً به من بی‌توجه بود و رفتار حقیرانه‌ای داشت. او می‌آمد جلوی در و می‌گفت: برو کلاه گيست را سرت کن. این طوری اصلاً قشنگ نیستی. من هم می‌گفتم: «می‌دانی چیست؟ من واقعاً، واقعاً مریض هستم و الان هم از رختخوابم بیرون آمدم تا در را باز کنم». فقط با این خون‌سردی [که الان هستم] نتوانستم این را بگویم؛ هیستریک بودم.»

«اخيراً یک روز او را تا خانه رساندم و او گفت: "من می‌خواهم درباره‌ی چیزی با تو صحبت کنم. من می‌دانم که نباید درباره‌ی این با تو صحبت کنم ولی کس دیگری را ندارم". سپس سر این حرف را باز کرد که نامزدش نمی‌خواهد با او -مردی ۸۲ ساله- رابطه داشته باشد. او گفت: "مردها نیازهایی دارند." این چیزی بود که در کودکی به من آموزش داده بود. "یک زن -او مستقیم این‌ها را به من می‌گفت- هرگز نباید به درخواستِ رابطه از طرف شوهرش نه بگوید؛ چون اگر زن این کار را بکند، مرد حق دارد نیازش را جای دیگری برآورده کند. این

وظیفه‌ی دوست که خواسته‌ی همسرت را برآورده کنی." الان او به من می‌گوید که دلش رابطه می‌خواهد و نامزدش نمی‌خواهد و او نیاز دارد، پس چکار بایستی بکند. من پیش او نشسته بودم و داشتم فکر می‌کردم که این اصلاً درست نیست. با خودم می‌گفتم که تو نباید با دخترت درباره‌ی این چیزها صحبت کنی.»

- چه می‌شد اگر مثلاً... مثلاً بگویی، پدر من دوست ندارم این چیزها را بشنوم.

- اما او شرمنده شد. احساس شرمساری کرد و فکر کرد کاری انجام داده است. این وظیفه‌ی من است که نگذارم او احساس شرمساری بکند.

«من چه زمانی می‌توانم به او بگویم "نمی‌خواهم این‌ها را بشنوم"؟ این‌ها در هرشرایطی برای من حرف‌های عجیبی هستند. من به انسان‌ها دروغ می‌گویم، من جواب تلفن نمی‌دهم، می‌گویم می‌خواهم بروم تبت و نمی‌توانم در آن مراسم شرکت کنم؛ من هرکاری می‌توانم انجام دهم جز اینکه بگویم «نمی‌خواهم». وقتی هیچ دروغی به ذهنم نرسد، درنهایت آن کار (نه گفتن) را انجام می‌دهم.»

رابطه‌ی مستقیم بین تجربه‌ی کودکی و استرس در بزرگسالی چیزی است که سال‌های سال، محققان بیشمار آن را نادیده گرفته‌اند، طوری که آدم با خودش می‌گوید: آیا این غفلت عمدی است؟! افراد بزرگسالی با تاریخچه‌ای از کودکی آشفته، شاید در آینده، نسبت به دیگران با فقدان بیشتری روبرو نشوند، اما به‌خاطر نوع بزرگ شدنشان، توانایی آن‌ها در مقابله کردن تحلیل می‌رود. استرس در خلأ اتفاق نمی‌افتد. یک رویداد خارجی ثابت، بسته به اینکه چه‌کسی دارد تجربه‌اش می‌کند، می‌تواند تأثیرات فیزیولوژیک بسیار متغیری داشته باشد. تأثیر مرگ عضوی از خانواده، بر هریک از اعضای آن کاملاً متفاوت است؛ مثلاً بین کسی که وابستگی عاطفی وابستگی و رابطه‌ی حمایتی دارد تفاوت وجود دارد با کسی که تنها است یا -مثل آنا قبل از درمانش- به‌خاطر احساس گناه مزمن ناشی از شرایط کودکی، خیلی اذیت شده است.

شخصی که در پرسشنامه‌های خوداجزایی بیماران مبتلا به سرطان پستان، احتمالاً به تاریخچه‌ی دقیق کودکی‌اش توجهی نکرده، بانوی پیشین و اولین بانوی ایالات متحده، بتی فورد است. خانم فورد با شجاعت تمام در کتاب شرح حال خود، زمان‌هایی از زندگی‌ام، درباره‌ی اعتیادش به نوشیدنی و تلاش‌هایش برای التیام یافتن بعد از مداخله‌ی خانوادگی همسر، فرزندان و سایرین نوشته است. او در افشای بیماری و درمان سرطان پستانش کاملاً بی‌پرده صحبت کرده است، اما -از گزارش‌های منتشر شده این‌طور به نظر می‌رسد که - وقتی صحبت

از کودکی می‌شود، هنوز هم عینک خوش‌بینی به چشم دارد. او نمونه‌ی بارز شخصیتی است که احساساتش را سرکوب می‌کند تا استحقاق داشتن درکی از رابطه‌ای صمیمی و ساده با والد را داشته باشد.

بتی فورد با سیاستمداری محترم اما جاه‌طلب ازدواج کرده بود. کسی که زندگی شغلی بر زندگی خانوادگی‌اش تأثیر گذاشته بود و به‌همین‌خاطر، از نظر عاطفی از رابطه‌ی زناشویی محروم بود. او می‌گوید: «شاید من همسرم را تشویق کردم که نوشیدنی بخوریم. او به‌حدی آدم توداری بود که برایش سخت بود به من بگوید عاشقم است؛ این را فقط این‌طور به من فهماند: دوست دارم با تو ازدواج کنم.» بتی به مدت چند سال بود که از درد قسمت پشت رنج می‌برد، دردی که به‌وضوح مرتبط با استرس بود؛ اسم بیماری‌اش «التهاب مفاصل» بود و با مسکن و آرام‌بخش درمان می‌شد. او برای تخفیف درد جسمی و عاطفی‌اش، نوشیدنی‌های سنگینی مصرف می‌کرد. فورد خودش را فردی آکنده از تردید و ناتوان در دفاع از خود توصیف می‌کند:

«من متقاعد شده بودم که هرچقدر که جری مهم‌تر شود، من کم اهمیت‌تر می‌شوم و هرچقدر که بیشتر به یک آدم بی‌عرضه تبدیل شوم -می‌دانستم که پیش‌دستانِ آدم بی‌عرضه‌ای هستم- بیشتر دلم برای خودم می‌سوزد. آیا من برای یک بار هم در این دنیا کسی نبوده‌ام؟»
«احساس می‌کنم از درون واقعاً باور نداشتم که آدم خاصی هستم. حرفه‌ام با مارتا گراهام برایم موفقیت بزرگی نبوده است -من بالرین با استعدادی بودم، اما بالرین بزرگی نبودم- و اعتماد به نفسم همیشه در نوسان بود.»

«من نمی‌توانستم قبول کنم که کسی من را به‌خاطر خودم دوست داشته باشد. خجالت می‌کشیدم از اینکه مدرک دانشگاهی ندارم...»
«فردی بیسواد که پاولوا [۸۲] نیست و به‌عنوان یک زن، کم‌تر از حتی نصف چیزی که مادرم بود. من خودم را با ایده‌آل‌های غیرممکن -مارتا یا مادرم- ارزیابی می‌کردم و پیش آن‌ها کم می‌آوردم. همه‌ی این‌ها بهانه‌ای برای اعتیادم به نوشیدنی شد.»

«مادر من زن شگفت‌انگیزی بود، قوی و مهربان و پایبند به اصول اخلاقی. او هرگز من را از خودش مأیوس نکرد. او کمال‌گرا هم بود و سعی می‌کرد بچه‌هایش را به‌شکلی کمال‌گرایانه تربیت کند. مادرم هرگز به‌خاطر مشکلاتش پیش ما نمی‌آمد. او همه‌ی مسائالش را خودش به دوش می‌کشید. او قوی‌ترین الگوی نقش‌پذیری من بود و به‌همین‌دلیل، وقتی من نمی‌توانستم مشکلاتم را به‌تنهایی به دوش بکشم، احساس

احترامم را نسبت به خودم از دست می‌دادم. من هرچه سخت تلاش می‌کردم، باز هم نمی‌توانستم انتظارات خودم را برآورده کنم.» [۹]

بانوی اول سابق ظاهراً نسبت به افشاگری‌های خودش -درباره‌ی تجربه‌ی کودکی و رابطه با مادر و بی‌شک رابطه با پدرش، که خیلی کم درباره‌ی او صحبت می‌کند- نابینا است؛ چیزهایی که در اینجا شخصیت و سبک مقابله‌ای او را شکل داده‌اند. او متوجه نیست که فدا کردن خودش در برابر نیازها و انتظارات همسرش -که او را به یک «آدم بی‌عرضه» تبدیل کرده بود- نتیجه‌ی شرایط کودکی‌اش است. سرکوبی عاطفی، خود قضاوتی شدید و کمال گرایی‌ای که بتی فورد در کودکی آموخته بود، بدون اینکه خودش مقصر باشد، چیزهایی بیشتر از صرفاً یک «بهانه‌ی خوب برای معتاد شدن» هستند. این‌ها «بهانه‌ی خوبی» برای مبتلا شدن به سرطان پستان هم هستند.

فصل ۶: تو هم بخشی از این هستی، مامان

بتی کرازیک در دومین کتاب خاطراتش به نام یا مرا اسیر کن یا بگذار بروم درباره‌ی مرگ دختر ۲۷ ساله‌اش، باربارا آلن، در اثر سرطان پستان می‌نویسد: «آخرین باری که می‌گرن گرفتم، تقریباً سه سال قبل در بخش مراقبت‌های موقتی بود؛ زمانی که دکتر مسئول به من گفت باید به باربارا آلن بگویم که او می‌تواند بمیرد.»

«او با متانت به من گفت: "او برای مردن به اجازه‌ی شما نیاز دارد." ما در یک اتاق خصوصی بودیم که مخصوص افرادی در شرایط من رزرو می‌شد: بدبخت‌ترین افراد روی زمین.»

«من که شوکه شده بودم و از پیشنهادش وحشت کرده بودم، سرش داد زدم: برو به درک! من اجازه نمی‌دهم او بمیرد! اجازه نمی‌دهم...!»

«من در آن لحظه نابود شدم و دیوانه‌وار گریه می‌کردم. دکتر با صبوری منتظر ماند. او به چنین واکنش‌هایی عادت داشت. این کارش بود.»

- خانم کرازیک، من فکر می‌کنم شما متوجه هستید که درد باربارا آلن هر لحظه دارد بیشتر می‌شود.

- او دردی ندارد! او دلشوره دارد. او امروز صبح با پدر و خواهرهایش صحبت کرد؛ همین دیروز دوستانش را دید؛ با پسر کوچکش صحبت کرد و او را در آغوش گرفت.»

- این یک هدیه بود؛ هدیه‌ای که او به عزیزانش داد؛ اینکه با همه خداحافظی کرد. شما تنها کسی هستید که با او خداحافظی نکرده است. او می‌خواهد الان این کار را انجام دهد. او برای ترک این دنیا از شما اجازه می‌خواهد... .

اوه، لطفاً، نه! شما فکر می‌کنید کی هستید، خدا؟ شما از کجا می‌دانید که الان زمان مرگ اوست؟

«من کم‌کم از حالت تهاجمی به سمت تمنا پیش می‌رفتم: "چند روز دیگر به من زمان دهید. لطفاً دستگاه IV را برگردانید... ."»

- او این را نمی‌خواهد. شما باید خیلی قوی باشید و همین الان چیزی را که دخترتان به آن نیاز دارد، به او بدهید. او به کمک شما

نیاز دارد. اجازه دهید از این دنیا برود. این تنها کمکی است که می‌توانید در این لحظه برایش انجام دهید؛ اجازه دهید او برود.

«سردردم به حدی زیاد بود که فکر می‌کردم شاید قبل از باربارا آلن بمیرم، اما نمردم... . تا عصر روز بعد، تاحدودی حالم بهتر شد و به دخترم گفتم اگر از بیماری‌اش خسته شده و می‌خواهد برود، من دیگر تلاش نمی‌کنم او را در این دنیا نگه دارم. او دست‌هایم را گرفت و بهم گفت هر جا که برود چشم انتظار من خواهد ماند و صبح همان روز در آغوشم از دنیا رفت؛ خواهرش ماریان هم او را نگه داشته بود و پدرش هم کنارش بود.»[۱]

من پزشک موقتی در آن وضعیت بودم. به‌خوبی باربارا آلن را به‌خاطر دارم که روی تخت بیمارستان درکنار پنجره چمباتمه زده بود؛ در اولین اتاق سمت راست راهرو، جاییکه از آسانسور وارد آن بخش می‌شوید. مختصر بخواهم بگویم، او در اثر سرطان لاعلاجش لاغر و نحیف شده بود. او خیلی کم حرف می‌زد و غمگین به‌نظر می‌رسید. من به‌غیر از جزئیات لازم مربوط به بیماری‌اش، چیز دیگری از تاریخچه‌ی او نمی‌دانستم. بیماری‌اش سرطان پستان التهابی تشخیص داده شد؛ از نوعی که زنان جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و متأسفانه پیش‌آگهی خیلی ضعیفی هم دارد. او تصمیم گرفت که از تمام درمان‌های پزشکی متداول امتناع کند؛ تصمیمی که با توجه به بیماری‌اش، کاملاً غیرمنطقی هم نبود، اما تا حد زیادی نامتعارف بود. چنین تصمیماتی همیشه چیزی بیشتر از حقایق پزشکی محض هستند و حس من این بود که این زن جوان، احساس تنهایی مطلق می‌کرد و گویی همه‌ی عمرش با همین احساس زندگی کرده بود. گاهی وقت‌ها من فقط دلم می‌خواست او را در بغل بگیرم و در آغوشم آرام کنم، همان‌طور که نوزاد یا بچه‌ی خیلی کوچک را در آغوش می‌گیریم.

بعد از کارهای صبحگاهی‌ام در روزی که بتی در خاطراتش شرح می‌دهد، با باربارا آلن صحبت کرده بودم. او پرسید: «چقدر دیگر زمان دارم؟»

- زمان زیادی نداری. با این اوصاف چه احساسی داری؟

- من به‌اندازه‌ی کافی زمان داشتم. آیا چیزی به من می‌دهید که من را زنده نگه دارد؟

- فقط ۱۷. بدون مایعات طی یکی دو روز خواهی مرد. دوست داری ما این کار را متوقف کنیم؟

- مادرم نمی‌تواند با این موضوع کنار بیاید.

- من احساسات را درک می‌کنم؛ اینکه تو همیشه به نحوی از او مراقبت کرده‌ای و در نتیجه، برایت سخت است الان کاری را که خودت می‌خواهی انجام دهی. اما دیگر نیازی نیست تو از او مراقبت کنی. چه می‌شود اگر بخواهی از خودت مراقبت کنی؟
- می‌خواهم ۱۷ را بردارم.

- من به احساسات مادرت احترام می‌گذارم. این برای والدین خیلی سخت است. فقط می‌توانم تصور کنم که تا چه اندازه غیرقابل تحمل است، اما اینجا تو بیمار من هستی و مسئولیت من در قبال تو است. اگر تو بخواهی، من با او صحبت می‌کنم.

اخيراً من و بتی کرازیک مجدداً با هم ملاقات داشتیم و درباره‌ی زندگی و مرگ دخترش با هم صحبت کردیم. ما بعد از مرگ باربارا آلن خیلی کم با هم صحبت کرده بودیم؛ چون بتی در سوگ دخترش بود و تلاش می‌کرد بفهمد که چرا دخترش اینقدر زود از دنیا رفته است. من نظرم را درباره‌ی رابطه احتمالی بین دوران پراسترس اوایل کودکی و خطر بالای ابتلا به سرطان در آینده به او گفته بودم. کمی بعد از آن، یک کپی از اولین کتاب خاطراتش، کلیوکوت: صدای قلبم [۸۳] را از طریق پست دریافت کردم. داخل جلد آن، این نوشته بود: همراه این نامه، کتاب من است. من در این کتاب، درباره‌ی رابطه‌ام با دخترم که در ۳۰ آوریل در واحد شما از دنیا رفت، چیزهایی گفته‌ام.» بعد از خواندن کتاب، امیدوار شدم که بتی قبول کند درمورد کتاب وقتی بدن نه می‌گوید با او مصاحبه کنم. آن‌طور که فهمیدم، بتی هم وقتی داشته متنِ بالا را می‌نوشته، به من فکر می‌کرده است. او مشتاق بود بیشتر درباره‌ی دیدگاه من بداند و امیدوار بود که من به او کمک کنم تا بتواند بعضی از چیزهایی که باربارا آلن در شش ماه آخر زندگی‌اش گفته بود را بفهمد.

من و بتی یک صحبت معمولی با هم نداشتیم؛ البته بتی هم زن معمولی‌ای نیست. او به‌خاطر عمل‌گرایی در مسائل محیطی، در کلمبیای بریتانیا و حتی ورای آن، شخصیت شناخته شده‌ای دارد. عنوان کتاب اولش اشاره دارد به تنگه کلیوکوت؛ منطقه‌ی حفاظت شده‌ی جنگل‌های استوایی شناخته شده در سطح بین‌المللی در ساحل غرب که چند سال قبل، به‌خاطر گرایش به قطع درختان، در معرض تهدید قرار گرفته بود. در سپتامبر سال ۲۰۰۱، بتی ۷۳ ساله در پی اعتراض دیگری به قطع درختان، به بهانه‌ی اهانت تند به دادگاه، به مدت چهار ماه و نیم به زندان افتاده بود.

گرچه کتاب کلیوکوت، بیشتر درباره‌ی تجربیات بتی به‌عنوان یک مبارز محیطی است، اما او تاریخچه‌ای شفاف و صادقانه را از زندگی شخصی‌اش نیز در آن مطرح می‌کند. او با داشتن چهار همسر و هشت فرزند، زندگی پرماجرائی را تجربه کرده است. اکنون بتی برای پسر باربارا آلن، جولین، نقش مادر نیابتی دارد. جولین وقتی که مادرش مرد، فقط ۲ سال داشت.

باربارا آلن در شش ماه آخر زندگی‌اش، بارها و بارها خشم عمیقی را نسبت به مادرش بروز می‌داد. بتی به‌خاطر این خشم، مدام با خودش کلنجار می‌رفت. بتی کرازیک در جنوب لوزینا به دنیا آمده بود، جاییکه به گفته‌ی او در آن زمان، یک «لجنزار بزرگ» بود. او در کتاب کلیوکوت می‌نویسد: «من جوری بزرگ نشدم که به یک فرد معترض تبدیل شوم. من به‌عنوان یک زن فقیر، روستایی و سفید پوست متعلق به جنوب بزرگ شدم.»

«خاطرات خیلی گزینشی و خیلی ذهنی هستند. چند سال قبل در یک گپ و گفتی خانوادگی فهمیدیم هرکدام از ما، یعنی من، برادرم و خواهرم احساس می‌کردیم آن یکی در خانواده مورد قبول بقیه است و این موضوع ما را خوشحال و تاحدی هم شگفت زده کرد. من احساس می‌کردم آن دوتای دیگر، بیشتر مورد قبول خانواده هستند. درواقع، هنوز هم این‌طوری فکر می‌کنم. برادرم بزرگ‌تر از ما و تنها پسر خانواده بود و بیشترین توجه را به او می‌کردند. اگر چیزی می‌ماند، نصیب خواهرم می‌شد چون او کوچک و ظریف بود. من دختر بزرگ و سالمی بودم که می‌توانست خودش را سرگرم کند؛ پس هیچ‌کس توجه خاصی به من نمی‌کرد. البته تا جاییکه به من مربوط می‌شد این خیلی هم خوب بود.»

«هیچ‌کس واقعاً نمی‌خواست پدرم به او توجه کند؛ چون اگر این کار را می‌کرد به دردسر می‌افتادی. نه اینکه او هیچ‌وقت دست روی ما بلند کند، نه، اما تهدیدش همیشه وجود داشت. ما شاید دیده می‌شدیم؛ که البته آن هم خیلی کم، ولی شنیده نمی‌شدیم. مادرم فرق می‌کرد. او خونگرم و با محبت بود. اگر چه من همیشه باور داشتم او به برادر و خواهرم بیشتر علاقه دارد، اما به قدری عشق می‌ورزید که جرعه‌ای از آن، به من هم می‌رسید. بعد از اینکه بزرگ شدم، یک بار با او درباره‌ی این احساس پنهانی‌ام صحبت کردم و او دلش شکست و متحیر شد و با اصرار می‌گفت که اگر به آن‌ها توجه بیشتری داشته، فقط به‌خاطر این بوده است که آن‌ها بیشتر از من نیاز داشتند و اینکه من به لحاظ عاطفی، مستقل‌تر از آن‌ها بودم.» [۲]

علی‌رغم این استقلال عاطفی ظاهری، بتی جوان از «کابوس‌های ترسناک و خیال‌پردازی‌های عصبی در تاریکی» رنج می‌برد. او خیلی زود خانه را ترک کرد و با اولین مرد بالغی که محبتش را جلب کرد و عملاً توانست ثابت کند تمکن مالی دارد، ازدواج کرد. او پس از مدتی کوتاه از همسرش جدا شد، اما سه تا بچه از او به دنیا آورده بود. «او یک کلکسیونر وسواسی است. ظاهراً بعد از ازدواج هم نمی‌توانست از این کار دست بکشد.»

بتی طی دو دهه بعد از آن، سه بار دیگر ازدواج کرد و پنج فرزند دیگر هم به دنیا آورد. باربارا آلن فرزند هفتم بود و درست قبل از رفتن بتی به کانادا در سال ۱۹۶۶ به دنیا آمد؛ زمانی که «شش بچه همراه خود» داشت و سومین ازدواجش هم در حال فروپاشی بود. آن‌ها در کیرکلند لیک اونتاریو زندگی می‌کردند. همسرش، مربی کالج، یک فرد خوره‌ی کار و به لحاظ عاطفی سرد بود و نوشیدنی هم مصرف می‌کرد. بتی می‌نویسد:

«من جان را وقتی که نوشیدنی می‌خورد دوست نداشتم. او مستعد این بود که به‌طرزی باورنکردنی حق به جانب و اتهام زننده شود. درنهایت دیدم که دارم درکنار او از شرایط اجتماعی‌ای که از ابتدا دنبالش بودم دور می‌شوم و افسردگی‌ام عمیق‌تر شده است... من در شخصیت جان عمیق شدم و به این فکر کردم که او واقعاً کیست... با خودم می‌گفتم این اولین زمستان در کیرکلندلیک هیچ‌وقت تمام نمی‌شود و بهار هرگز نمی‌آید. راستش بهار هرگز نیامد... فکر کنم دو تا از درمانده‌ترین انسان‌های روی کره‌ی زمین، در آن بهاری که هرگز نیامد، من و نوزادم، باربارا آلن، بودیم.»

برای اتمام رابطه با همسرش راهی فراهم شد؛ بتی عاشق سرپرست دیپارتمان‌ش در کالج شد و با او به کلمبیای بریتانیا نقل مکان کرد. باربارا آلن بیشتر در آنجا بزرگ شد؛ اگرچه رفت و آمدهایی هم بین شرق و غرب کانادا، و بین ایالات متحده و کانادا داشتند. ازدواج چهارم بتی نیز با شکست روبرو شد، اما در این سال‌ها او به درک واقعی‌تری از خودش به‌عنوان یک انسان، به‌عنوان یک زن و یک عمل‌گرا دست پیدا کرده بود.

باربارا آلن کودک حساسی بود و چند مشکل جسمانی داشت. او در چهارسالگی، دچار استفراغ‌های مکرری می‌شد که هیچکس ظاهراً علت آن را

تشخیص نمی‌داد. این ماجرا تا سال‌ها به صورت ادواری اتفاق می‌افتاد و بتی الان می‌فهمد که احتمالاً به استرس‌های او در زندگی مربوط می‌شد. باربارا در جوانی معتاد به مسکن‌های خواب‌آور و آرام‌بخش‌ها شده بود و آن‌ها را به بدنش تزریق می‌کرد. او درست تا زمان تشخیص ابتلایش به سرطان پستان، مدام با اعتیادش به مواد مخدر درگیر بود. او اصلاً ثبات نداشت و نمی‌توانست رابطه‌ای صمیمی و استوار با مردی شکل دهد و دائماً از یک رابطه به رابطه‌ی دیگر می‌پرید. وقتی که ۲۵ ساله بود، جولین به دنیا آمد، اما کمی بعد، به‌خاطر ازدواج مجدد، دیگر با پدر بچه‌اش نبود. بتی می‌گوید: «این ازدواج خیلی طول نکشید. مارتین نمی‌توانست با ازدواج و پسر خوانده‌ای کوچک کنار بیاید.»

باربارا خیلی باهوش، حساس و خلاق بود. او به‌عنوان یک بالرین، دوره‌ای در مدرسه‌ی باله برای بچه‌ها کار می‌کرد. او از جولین مراقبت می‌کرد و آموزش در کلاس را هم در ونکوور انجام می‌داد و در آنجا بود که فهمید مبتلا به سرطان است.

- او به من گفت که یک تست ماموگرام [۸۴] داده و قرار است که پستان برداری انجام دهد. او نمی‌خواست این را قبول کند. باربارا هوش سرشاری داشت. او درباره‌ی تمام مطالب مربوط به سرطان‌ش تحقیق کرد و پیامدهای درمانی را در طیف سنی خودش در ایالات متحده و کانادا بررسی کرد. او این شرایط را دوست نداشت: "من نمی‌توانم این شرایط را تحمل کنم؛ من نمی‌خواهم بیمار باشم؛ نمی‌خواهم اندامم را قطع کنند؛ این مزخرفات شیمی‌درمانی را نمی‌خواهم. من به‌شکلی کلی‌تری این بیماری را درمان کنم و هرکاری که از دستم بر بیاید انجام می‌دهم." او از من و جان خواست که از تصمیمش حمایت کنیم و در کارهایش مداخله نکنیم.

- تو چه حسی داشتی؟

- وحشتناک! من می‌خواستم بلافاصله کاری انجام بدهم. سعی کردم به او فشار بیاورم تا به گزینه‌های دیگر هم فکر کند، اما او خیلی عصبانی و مصر بود و سرم داد زد. تا قبل از آن، هیچ‌وقت سر من داد نزده بود. او این اواخر -می‌توانم بگویم در شش ماه آخر زندگی‌اش- مدام از دست من عصبانی می‌شد. قبلاً هیچ‌وقت از کوره در نمی‌رفت. وقتی از دستم عصبانی می‌شد، فقط می‌گفت: «بسیار خب، مامان، تو دوست داری این‌طوری فکر کنی. این‌طوری فکر کن» و در را محکم می‌بست یا چیزی را پرتاب می‌کرد، اما این اواخر فرق کرده بود.

- اگر دقیق بخواهیم نگاه کنیم، این ابراز خشم نبود؛ بیشتر ابراز عجز و ناکامی بود.
- او همیشه به دلایلی به خاطر من آسیب می‌دید و من نمی‌دانم چرا. فکر می‌کنم والد وحشتناکی برای این بچه بودم. شخصیت من به او آسیب می‌زد.
- چشمانت الان پر از اشک است. آیا هنوز هم از این بابت احساس گناه می‌کنی؟
- شاید نشود گفت احساس گناه، بلکه این حس که چرا او به دست کسی سپرده نشد که بتواند به‌خوبی به او رسیدگی کند. او در میزان توجه نسبت به دنیا، درکش از دنیا و ملاطفت با دنیا، بچه‌ای استثنائی بود.
- ملاطفت... در بچگی چطور بود؟
- او بزرگ‌تر از سنش بود. به هر محفلی که او را می‌بردم، همه تحت تأثیر طرز رفتار او قرار می‌گرفتند. نمی‌خواهم بگویم که او مثل بزرگسالان رفتار می‌کرد، اما دنیا را در سطح درک بزرگسالان می‌فهمید.
- به لحاظ عاطفی چطور؟
- عاطفی؟ او خیلی بامحبت و پرعطوفت بود. خیلی مهربان و آرام بود و همیشه همه دوستش داشتند؛ نورچشمی معلمش بود. به نظر نمی‌رسید بچه‌های دیگر از این موضوع ناراحت باشند.
- اصلاً می‌توانی تصور کنی کسی خواسته باشد او را اذیت کند؟
- یک بار اتفاقی افتاد. ما به لوزیانا می‌رفتیم که مادر و خواهرم را ببینیم. خواهرم چهار پسر داشت. یکی از پسرها، یک سال یا کمی بیشتر، از بارابارا بزرگ‌تر بود. بارابارا حدوداً دوازده ساله بود. او دربارهی اتفاقی که افتاده بود، چیزی به من نگفت. تا زمانی که به کالیفرنیا برگشتیم و به خواهرش مارگارت گفت. مارگارت آمد و به من گفت که آن پسر سعی کرده تا سینه بند بارابارا را بپوشد. در آن موقع فقط همین دونفر در خانه بودند. بارابارا خیلی از دستش عصبانی شده بود. یادم هست از مارگارت پرسیدم: «چرا نیامد و به من نگفت؟» مارگارت هم در جوابم گفت: «بارابارا فکر می‌کرد چون دوریس خواهرت است، این اتفاق باعث یک دعوای بزرگ بین شما دو تا می‌شود».

- بعد از این، من و بتی درباره‌ی بیماری و مرگ باربارا صحبت کردیم. وقتی که باربارا مبتلا به سرطان تشخیص داده شد، بتی نامزد انتخابات ایالتی برای حزب سبز بود. او از کاندیداتوری کنار کشید تا وقتش را با دختر بیمارش بگذراند. من از او پرسیدم که آیا این کار برایش سخت بوده است؟
- آنقدرها هم سخت نبود. حس من این بود که ما به هم نیاز داریم، اما چیزی در شخصیت من بود که همیشه باربارا را اذیت می‌کرد. صدای من خیلی برای او بلند بود؛ رفتارهایم خیلی به نظرش نمایشی می‌آمدند. من برای او با این طبیعت ظریف‌تر، غیرقابل تحمل بودم. فقط این‌طوری می‌توانم توصیف کنم. من خیلی صدایم بلند بود؛ در عقاید خیلی قاطع و تند و در کارهایم به‌شدت بی‌پروا بودم. شخصیت او برعکس من بود. او دوست داشت درباره‌ی همه‌چیز فکر کند و آرام بود و سعی می‌کرد نگاه کل‌نگرانه‌تری به شخصیت دیگران داشته باشد.
 - به نظر می‌رسد او تو را قضاوت‌کننده‌تر از آنچه دوست داشته ببیند، تصور می‌کرده است.
 - او همیشه من را متهم به این می‌کرد که قضاوتی رفتار می‌کنم. من چند لحظه‌ای آنجا می‌ماندم و او می‌خواست که بروم. وقتی از من خسته می‌شد و نیاز به استراحت داشت، بهم می‌گفت. باربارا من را خسته کننده می‌دانست.»
 - این مربوط به ماه‌های آخر می‌شود؟
 - بله.
 - فکر می‌کنی چرا؟ من فکر نمی‌کنم تو خسته کننده باشی. من تو را فرد خسته کننده‌ای نمی‌بینم.
 - شخصیت من این‌طوری بود که بعد از مدتی او را خسته می‌کرد؛ خیلی هم شدید.
 - چه زمانی یک نفر خسته می‌شود؟
 - وقتی سخت کار می‌کنی! پس به نظر تو برای باربارا، در کنار من بودن مانند کار کردن بوده است.
 - او مجبور بوده برای بودن در کنار تو خیلی کار کند.
 - آهان... .

- الان تعجب می‌کنی که چرا دارم این حرف را می‌زنم. این حرف برایت خیلی عجیب است و شاید راحت با این کنار نیایی، اما همه‌ی زندگی‌ات جستجوی حقیقت بوده است. من این را می‌دانم و می‌فهمم. ببین، باربارا زمانی وارد زندگی تو شد که هیچ ثباتی در زندگی‌ات نبود. درست است.

- تو در روزهای پایانی رابطه با جان بودی که او را باردار شدی و احساس تنهایی مطلق می‌کردی. شریک زندگی را در کنارت احساس نمی‌کردی و به‌مرور متوجه شدی که درست است که این پسر به‌لحاظ فکری بسیار جذاب است، اما به‌لحاظ عاطفی کاملاً تنها هستی. راهی که برای ترک رابطه انتخاب کردی، این بود که درگیر رابطه با والی شوی. پس از آن، همراه با چند تا بچه پشت‌سر خود به غرب کانادا رفتی. چیزی که درنهایت اتفاق می‌افتد، این است که جان سرپرست هرکسی می‌شود جز باربارا آلن. باربارا به‌یکباره و درست از لحظه‌ی شروع زندگی‌اش، خلأ عاطفی خیلی بزرگی را در زندگی شما تجربه کرده است. طبیعتاً استرس همیشه هم یک چیز معمولی نیست که افراد به آن فکر می‌کنند. این استرس همیشه از نوع استرس بیرونی مربوط به جنگ و فقدان مالی یا مرگ کسی نیست، بلکه درواقع، اینکه مجبور باشی خودت را با کس دیگری سازگار کنی، استرس درونی است. سرطان و ALS و ام‌اس و آرتیریت روماتوئید و تمام بیماری‌های این‌چنینی از نظر من، برای افرادی اتفاق می‌افتد که درکشان از خودشان به‌عنوان فردی مستقل، بسیار ضعیف است. البته آن‌ها در هنر یا از نظر منطقی می‌توانند به دستاوردهای بالایی برسند، اما در سطح عاطفی، حس تمایزیافتگی ضعیفی از خویشتن دارند. آن‌ها در واکنش به دیگران زندگی می‌کنند، بدون اینکه واقعاً بفهمند خودشان چه‌کسی هستند. رفتن باربارا از پیش یک مرد به سمت مردی دیگر، نشان می‌دهد که درکش از خود به‌حدی نبوده است که بتواند به آن تکیه کند. او به محض اینکه از رابطه‌ای بیرون می‌آمد، وارد رابطه‌ی دیگری می‌شد تا حس خوبی نسبت به خودش داشته باشد. اعتیاد وارد اینجور روابط هم می‌شود. او زمانی وارد زندگی‌ات شد که به‌خصوص به لحاظ عاطفی، نیازمند و به‌شدت خسته بودی. من فکر می‌کنم رشد عقلانی زود هنگام او، برای بچه‌های باهوش و حساسی اتفاق می‌افتد که محیط عاطفیشان طوری نیست که بتوانند به آن تکیه کنند. پس به جای آن، منطق خیلی قدرتمند را به‌عنوان یک تکیه‌گاه در خود پرورش می‌دهند. ازاین‌رو، بلوغ فکری و توانایی در ارتباط با بزرگسالان را دارند. خیلی‌ها به من می‌گویند که در کودکی چقدر پخته بودم. من همیشه فکر می‌کردم

همین‌طور است؛ چون در آن حالت، انسان می‌تواند خیلی بالغ به نظر برسد. اما بعد، وقتی که خودم را به لحاظ عاطفی بررسی می‌کردم، می‌دیدم که خیلی نابالغ بوده‌ام. من الان ۵۸ ساله هستم و هنوز دارم سعی می‌کنم بزرگ شوم.

- این خیلی جالب است.

- چیزی که در یک حیطة رشد نمی‌کند، در دیگری بیش از اندازه رشد می‌کند؛ البته اگر که کودک مغز آن را داشته باشد. باربارا برای اینکه حس خوبی داشته باشد، منطق زیادی را در خودش رشد داد. به عقیده‌ی من، علتش این است که تو نتوانستی در زمان کودکی‌اش، غذای عاطفی‌ای را که لازم داشت به او بدهی.

- من این‌طوری فکر نمی‌کنم.

- وقتی والد نتواند کارش را رها کند و رابطه را حفظ کند، در این صورت بچه مجبور می‌شود این رویه را درپیش بگیرد. او با تبدیل شدن به یک دختر خوب، با زود بزرگ شدن و با بلوغ فکری این کار را می‌کند. وقتی به سن تفکر انتزاعی رسید -یعنی حدوداً در سنین سیزده یا چهارده سالگی- زمانی که این پیوندها در مغز عملاً اتفاق می‌افتند، ناگهان او بدل به صفحه‌طنین فکر [۸۵] تو شد. این رابطه بر نیازهای او مبتنی نبود، بلکه بیشتر به نیازهای تو وابسته بود. وقتی آن پسر سعی داشت از او سوءاستفاده کند، او با نگفتن این موضوع به تو، درواقع از تو در برابر دردهای عاطفی خودش محافظت می‌کرد. او نگذاشت تو چیزی بفهمی. او از تو مراقبت می‌کرد. او می‌خواست صلح را در خانواده حفظ کند؛ ولی این وظیفه‌ی بچه نیست. نقش بچه این است که پیش مادرش برود و بگوید: آن آدم عوضی سعی داشت تا روی سر من سوار شود! به جهنم که صلحی وجود دارد یا نه! می‌دانم این چیزی است که تو هم می‌خواستی او انجام دهد. هیچ‌یک از این‌ها عمدی نیست. همه‌ی این‌ها به تجربه‌ی خود تو در کودکی برمی‌گردد.

رابطه‌ی خود من هم با بزرگ‌ترین پسر، مثل توصیفی است که تو از رابطه‌ی خودت و باربارا داشتی. او یک بار به من گفت: «بابا من نمی‌دانم کجا نوبت تو تمام می‌شود و کجا نوبت من شروع می‌شود.» شرایط این‌طوری است. من همیشه گفته‌ام که نگران این نیستم که بچه‌هایم از دستم عصبانی شوند. نگران این هستم که به‌اندازه‌ی کافی عصبانی نشوند.

چیزی که تو درنهایت، در شش ماه آخر زندگی باربارا دیدی، این است که او داشت مرزها را تعیین می‌کرد. او سرانجام «نه گفتن» را یاد گرفته بود و داشت خشمی را که سرکوب کرده بود، تخلیه می‌کرد.

- درست است... .

- من شرایط را این‌طوری درک می‌کنم. اینچنین هم می‌بینم که افراد مبتلا به سرطان و بیماری‌های مشابه، در نه گفتن و ابراز خشم مشکل دارند. آن‌ها یا خشمشان را سرکوب می‌کنند و یا در بهترین حالت، با طعنه آن را به زبان می‌آورند و به طور مستقیم این کار را نمی‌کنند. همه‌ی این‌ها، ریشه در نیاز اولیه به ایجاد رابطه با والد و کار کردن روی این رابطه دارد.

به نظر من، حفظ رابطه با تو، انرژی زیادی از باربارا می‌گرفت. یادم هست خیلی با احتیاط این موضوع را مطرح کرد. او به طور ضمنی به من گفت که اتفاقی در جریان است، اما درعین‌حال نمی‌خواست خیلی درباره‌ی آن صحبت کند. او خیلی توی خودش بود؛ من برایش خیلی غریبه بودم. با من خودمانی نمی‌شد.

بتی می‌گوید: «خودمانی شدن برایش آسان نبود. در ماه‌های آخر، عملاً از من درخواست می‌کرد تا بیایم و یک نخ سیگار با او بکشم؛ این‌طوری می‌توانستیم در آرامش با هم صحبت کنیم.»

- به نظرت این چطور بود؟

- چیز خوبی بود؛ چون این‌طوری درباره‌ی خودش با من صحبت می‌کرد. او می‌گفت: "من احساس می‌کنم نمی‌دانم سرطان چیست، اما اینجا هست و دامن من را گرفته است. من سرطان را به بدنم دعوت کرده‌ام". یادم هست از این حرف او وحشت زده شدم و گفتم: «باربارا، من نمی‌فهمم چه می‌گویی.» او گفت: «دلیلش این است که من، آن را به‌عنوان بخشی از زندگی‌ام تجربه کرده‌ام و تو هم بخشی از این تجربه هستی مامان. تو هم در ایجاد سرطان من سهم خودت را داری.»

یک چیز دیگر را هم می‌دانی گابور؛ او شب قبل از مرگش کسی را دیده بود. او گفت مردی آمده بود تا او را با خودش ببرد و باربارا به او گفته بود که آماده این کار نیست. شب بعد، به من گفت: "آن مرد! می‌خواهم او بیاید." من گفتم: "کدام مرد؟ دکتر را صدا کنم؟" او

گفت: "نه، آن مردی که پیشم آمد و به او گفتم که آماده نیستم." باربارا گفت که دیگر آماده است.

من چند ساعت قبل به او گفته بودم که اگر از بیماریش خسته شده، مجبور نیست دیگر آن را تحمل کند. من گفته بودم این مشکلی ندارد و اینجا بود که او درباره‌ی آن مرد با من صحبت کرد. او به من گفت که الان آماده است و ساعت هشت صبح همان روز از دنیا رفت. آیا هرگز چیزی درباره‌ی کابلر-راس [۸۶] خوانده‌ای؟ می‌دانی که او درباره‌ی افراد محافظ صحبت می‌کند. افرادی که موقع مرگمان پیش ما می‌آیند. خیلی ترسناک بود. با خواندنش مو به تنم سیخ شد.

- چرا ترسناک؟ خب منظورت این است که واقعاً فرشته مرگ وجود دارد؟

آیا چنین چیزی هست؟ ذهن چیزی را تجربه می‌کند و ما آن را به تصویر تبدیل می‌کنیم. از چیزی که در حال وقوع است درک عمیق‌تری وجود دارد، اما ذهن فقط می‌تواند آن را توسط تفکر و تصور تجربه کند.

بتی آخرین سؤالش را هم پرسید: «چرا والدین نمی‌توانند درد فرزندان‌شان را ببینند؟»

- من مجبور بودم همین سؤال را از خودم بپرسم. این به این خاطر است که ما خودمان را ندیده‌ایم. وقتی کتابت، کلیوکوت را می‌خواندم، توی نوشته‌هایت شواهدی دیدم که نشان می‌داد تو درد خودت را هم تشخیص نداده‌ای. در این صورت، قطعاً امکان ندارد بتوانی به روشنی درد باربارا را هم ببینی. اگر تنها از زاویه دید خودت و باربارا به این موضوع نگاه کنی، احساس گناه بیشتری خواهی داشت. شاید خودت را متهم به چیزهایی کنی که منصفانه نیستند. حقیقت این است که تو محصول تربیتی خاص و نوع خاصی از زندگی هستی. زندگی تو همیشه در مسیر تلاش برای پیدا کردن خودت و یافتن حقیقت در دنیا بوده است. این یک جدال واقعی بوده است. کارهایی که انجام داده‌ای، شگفت آورند و از پیش‌زمینه‌ای که توصیف کردی می‌آیند. هنوز هم مطمئنی که می‌خواهی این حرف‌ها را بشنوی؟

- لطفاً ادامه بده.

- تو کتاب کلیوکوت را نه فقط به باربارا آلتی، بلکه به «مادر شگفت انگیز» خودت هم تقدیم کردی. مادرت زن شگفت انگیزی بوده است، اما وقتی این‌ها را می‌نوشتی، نسبت به خشمی که از او داشتی و آسیبی که از او دیده‌ای کاملاً آگاه نبودی. تو می‌گویی مادرت خونگرم و

با محبت بوده است، اما همیشه تصور می‌کردی برادر و خواهرت را بیشتر از تو دوست داشته. او خیلی با محبت بود و بخشی از این هم به تو می‌رسید. این‌ها واقعاً چه احساسی به یک بچه می‌دهند؟ این دیدگاه چه کسی است؟
- من هرگز احساس بی‌مهری نکردم.

- البته که تو احساس بی‌مهری نکردی و من هم منظورم این نیست که مادرت دوست نداشتی، اما اینکه احساس بی‌مهری نمی‌کردی، تا حدودی به این خاطر بوده که دردت را دور نگه می‌داشتی. تو نوشته‌ای: «بعد از اینکه بزرگ شدم، با مادرم درباره‌ی این احساسم پنهانی‌ام صحبت کردم و او آسیب دید، متحیر شد و اصرار داشت که اگر به دو فرزند دیگرش توجه بیشتری داشته، صرفاً به این خاطر بوده است که آن‌ها بیشتر از من نیاز داشتند و اینکه من همیشه از لحاظ عاطفی مستقل‌تر بودم.» این ترفند خاص تو بود که جوری رفتار کنی که به لحاظ عاطفی مستقل به نظر بیایی؛ که از مادرت حمایت کنی و از احساسات دردناک خودت اجتناب کنی. این درد خودت را سرکوب می‌کرد. این حرف که: "گرچه من همیشه باور داشتم او برادر و خواهرم را بیشتر دوست دارد، اما به حدی با محبت بود که مقداری از آن هم نصیب من می‌شد" می‌تواند دیدگاه فرد بزرگسال هم باشد؛ کسی که تلاش می‌کند تا خودش را از واقعیت عاطفی تجربه‌اش دور نگه دارد. دیدگاه این بچه متفاوت بود. این واقعاً چه حسی دارد؟

- من می‌دانم که قبلاً از توجهی که خواهر کوچکم دریافت می‌کرد ناراحت می‌شدم. او نفسش را در سینه حبس می‌کرد و کبود می‌شد. بعدها درس خواند و پرستار شد و مدرک پرستاری گرفت و چهار فرزند به دنیا آورد. بعد معتاد شد و به‌خاطر اوردوز، قبل از پنجاه سالگی از دنیا رفت. والدینم سعی خودشان را کردند؛ مادرم ناامیدانه برایش تلاش می‌کرد.

- تو خیلی سریع به این سمت می‌روی که از والدینت دفاع کنی.

- چون خودم والد هستم.

- من فکر می‌کنم علتش این است که داری از خودت در برابر دردی که در ارتباط با والدینت تجربه می‌کردی دفاع می‌کنی. تو کابوس می‌دیدي... .

- آن همه چای یخی [۸۷] که من می‌خوردم را هر کس دیگری اگر می‌خورد کابوس می‌دید.
- کابوس‌ها به عمیق‌ترین اضطراب‌ها برمی‌گردند. یک کودک، نگران وجود هیولا زیر تختش است. شما لامپ را روشن می‌کنید و به او نشان می‌دهید که هیچ هیولایی آنجا نیست و دفعه‌ی بعدی، او باز نگران وجود آن هیولا می‌شود. او واقعاً از چه چیزی می‌ترسد؟ او نگران این است که مورد حمایت نباشد؛ اینکه به‌اندازه‌ی کافی ارتباط با والدینش نداشته باشد. شاید او یک چیزی مانند هیولا در والدینش می‌بیند. شاید والد عصبانی است و بچه واقعاً از این حالت او می‌ترسد. بچه تمام این ترس‌ها را دارد و به همین‌خاطر در ذهنش تصویری از یک هیولا می‌سازد.
- کابوس‌هایی که من داشتم، به پدرم مربوط می‌شد. من از او متنفر بودم. چند وقت پیش داشتم با برادرم صحبت می‌کردم که خیلی هم از پدرم کتک می‌خورد. علی‌رغم همه‌ی این‌ها، او بعدها مهندس هواپیمایی شد. گرچه خود او هم در سراسر زندگی‌اش یک فرد معتاد به نوشیدنی بوده، اما درعین‌حال فرد کارآمدی هم هست و حتی در رشته‌اش یکی از بهترین‌ها است. چند وقت پیش می‌گفت: «بتی، وقتی بچه بودی من همیشه تو را تحسین می‌کردم؛ چون از اینکه جلوی پدر بایستی نمی‌ترسیدی.» نه؛ این‌طوری نبود. من از پدر می‌ترسیدم، اما با این‌حال، مقاومت می‌کردم. من در ذهن خودم، یک مبارز آزاده برای برادرم بودم، چراکه خود او هیچ‌وقت یک کلمه هم به پدرم چیزی نمی‌گفت. پدرم او را بچه سوسول صدا می‌زد چون تمام مدت مشغول مطالعه بود.
- دلیل دیگر کابوس‌های تو درباره‌ی او (پدرت) این است که نمی‌توانستی با مادرت درباره‌ی این احساسات صحبت کنی.
- به مادرم چی می‌گفتم؟ اینکه من از بابا متنفرم و نمی‌فهمم تو چه‌جوری می‌توانی او را تحمل کنی؟
- نه، فقط می‌گفتی: مامان، من از بابا متنفرم.
- این شدنی نیست. کتاب مقدس می‌گوید که به پدر و مادرتان احترام بگذارید.
- من مادرت را سرزنش نمی‌کنم چون او هم در این رابطه هست؛ او تاریخچه‌ی خودش را دارد. او نمی‌تواند به‌خوبی بجنگد و کاسه و کوزه‌ها را به هم بزند، اما برای بچه، آسیب بزرگ‌تر به تجربه با مادر برمی‌گردد. تو از بدن مادرت به وجود می‌آیی و با او ارتباط

داری. مادر دنیای ما است. دنیایی که ما را از خودش ناامید می‌کند. وقتی پدر شخصیتی بدرفتار و ترسناک دارد، این دنیا (مادر) یا از ما محافظت می‌کند یا نمی‌کند.

من نمی‌گویم این تقصیر مادرت است. این به موقعیت زنان در جامعه و روابط بین افراد بر می‌گردد. درواقع من درباره‌ی تجربه‌ی کودک صحبت می‌کنم. کودک این را نمی‌داند، چراکه انسان نمی‌تواند چیزی را که با آن آشنا نیست از دست بدهد، اما این کودک عملاً حس طردشدگی را از طرف مادر تجربه می‌کند. وقتی می‌گویی: «این شدنی نیست» درواقع داری می‌گویی مادرت هیچ راهی برای شنیدن احساسات ریشه‌ای تو نداشته است. ما این را صرفاً آسیب نمی‌بینیم، بلکه آسیبی می‌بینیم که از هر چیز دیگری عمیق‌تر است.

دوروژی دینرستین، یک کتاب فمینیستی فوق العاده به نام پری دریایی و مینوتار[۸۸] نوشته است. این کتاب درباره‌ی این بحث می‌کند که نقش منحصربه‌فردی که زنان در تربیت اولیه کودک دارند، چطور می‌تواند رشد کودک را به انحراف بکشاند. وقتی زنی با مرد نابالغی ازدواج می‌کند، درواقع مادر همسرش نیز می‌شود و به تبع آن، گشاده‌رویی و انرژی کافی برای فرزندانش ندارد. پس رقیب واقعی تو برای جلب محبت مادرت، خواهرت نیست، بلکه پدرت است.

- این خیلی عجیب است، چون هر سه نفر ما قبل از مرگ خواهرم یک روز نشسته بودیم و درباره‌ی پدرم صحبت می‌کردیم. حس خصومتی که نسبت به پدرم داشتم، در مقایسه با احساسی که خواهر و برادرم به او داشتند چیزی نبود. هردوی آن‌ها خیلی از پدر متنفر بودند. ما داشتیم درباره‌ی پدر صحبت می‌کردیم که مادر وارد اتاق شد و گفت: «بچه‌ها وقتی شما درباره‌ی پدرتان صحبت می‌کنید من از دستتان عصبانی می‌شوم؛ چون پدرتان مرد خوبی بود.» مادرم این را هم گفت که: «فکر کنم من به هیچ‌کدامتان به‌اندازه‌ی کافی توجه نکرده‌ام. اگر به گذشته برگردم، این بار به شما بیشتر توجه می‌کنم و به پدرتان، کمتر.»

- شاید. اما شاید مادرت متوجه این نبوده است که درواقع، پدرت این توجه را درخواست می‌کرده. اگر پدرت کمتر این کار را می‌کرد، در این صورت مادرت از این بابت عذاب می‌کشید.

باربارا آلن و خاله‌اش در اثر اوردوز از دنیا رفتند و دایی معتاد و مادر شجاعش بتی و تمام بچه‌های بتی، هرکدام تاحدودی از شخصیت

نیخته و متوقع پدر بتی و از فقدان جسارتِ کافی در مادرش رنج می‌بردند. این والدین هم به نوبه‌ی خود، از فشار نسل‌ها رنج برده و بار نسل‌های قبل از خود را به دوش می‌کشیدند. نمی‌شود کسی را سرزنش کرد، اما تمام این نسل‌ها در زندگیشان نقشی در ژن سرطان پستان باربارا آلن داشته‌اند.

فصل ۷: استرس، هورمون‌ها، سرکوبی و سرطان

علت تعداد زیادی از سرطان‌های ریه، کارکینوژن‌ها [۸۹] و تقویت کننده‌های تومور هستند که از طریق دود سیگار جذب بدن می‌شوند. این حرف را مبانی پزشکی داخلی هریسون [۹۰] در ویراست بیستم می‌زند. این حرف، علی‌رغم حقایقی که در خود دارد، به لحاظ علمی نادرست است.

سیگار کشیدن به آن اندازه نمی‌تواند به سرطان ریه منجر شود که افتادن در آب عمیق می‌تواند باعث غرق شدن شود. غوطه‌ور شدن در آب عمیق برای یک شناگر غیرحرفه‌ای و بدون محافظ می‌تواند باعث مرگ شود، اما برای کسی که شناگر خوبی است و یا مجهز به جلیقه‌ی نجات، خطر کمتری دارد. چندین عامل با هم باعث غرق شدن می‌شوند. درمورد سرطان ریه هم همین‌طور است.

سیگار کشیدن، نه فقط خطر سرطان ریه، بلکه سرطان مثانه، گلو و ارگان‌های دیگر را هم تاحد زیادی بالا می‌برد. اما منطق صرف به ما می‌گوید که دود سیگار به تنهایی نمی‌تواند هیچ‌یک از این غده‌های بدخیم را موجب شود. اگر «الف» باعث «ب» شود، در این صورت هر بار که الف وجود داشته باشد، آنگاه ب هم به دنبال آن می‌آید، اما اگر ب همیشه بعد از الف اتفاق نیفتد، پس نتیجه می‌گیریم که الف به تنهایی نمی‌توانسته علت ب باشد، حتی اگر در بسیاری از موارد، عامل نقش دارنده‌ی اساسی و حتی علت اصلی باشد. اگر سیگار کشیدن قطعاً به سرطان ریه منجر می‌شد، در این صورت تمام افراد سیگاری بایستی به این بیماری مبتلا می‌شدند.

چند دهه قبل، دیوید کیسن، یک جراح قفسه‌ی سینه از بریتانیا، گزارش داد که یکی از مشخصه‌های بیماران مبتلا به سرطان ریه، گرایش به «فرو خوردن» عواطف است. [۱] در تعدادی از تحقیقات، کیسن از این نظر بالینی حمایت کرده است که افراد مبتلا به سرطان ریه‌ی بدخیم، در مقایسه با بیماران سرطان ریه‌ی خوش‌خیم و گروه کنترل نرمال، جولانگاه ضعیف و محدودی برای ابراز عواطف دارند. [۲] کیسن متوجه شد که خطر سرطان ریه در مردانی که فاقد توانایی ابراز عواطف به صورت مؤثر هستند، پنج برابر بیشتر است. موضوع جالب توجه‌تر درمورد بیماران مبتلا به سرطان ریه این بود که سرکوبی عواطف در آن‌هایی که سیگار می‌کشیدند اما دودش را پایین نمی‌دادند، نسبت به کسانی که دود سیگار را پایین می‌دادند خیلی بیشتر بود. مشاهدات کیسن حاکی از این بود که سرکوبی عواطف همراه با سیگار کشیدن، در ابتلا

به سرطان ریه اثر دارند.

نگاه کیسن به شکلی باورنکردنی در تحقیق آینده‌نگری که محققان آلمانی، هلندی و صربستانی در یک بازه‌ی زمانی ده ساله در کورنکا در یوگسلاوی سابق انجام دادند، تأیید شد. هدف از این تحقیق این بود که رابطه‌ی بین عوامل خطر روانی- اجتماعی را با مرگ‌ومیر مورد مطالعه قرار دهد. کورنکا -که یک شهر صنعتی با حدود چهارده هزار نفر جمعیت است- به چند دلیل انتخاب شد: یکی به‌خاطر شهرتش به میزان مرگ‌ومیر بالا و دیگری به‌این‌خاطر که پایه‌ی جمعیت ثابتش امکان پیگیری را آسان‌تر می‌کرد.

تقریباً ده درصد ساکنین این شهر انتخاب شدند؛ یعنی چیزی حدود هزار مرد و چهار صد زن. با هرکدام از این افراد طی سال‌های ۱۹۶۵-۱۹۶۶ مصاحبه انجام شد و هریک، یک پرسشنامه‌ی ۱۰۹ آیتمی را پر کردند که عوامل خطری مثل رویدادهای ناخوشایند زندگی، احساس درماندگی طولانی مدت و سبک مقابله‌ای بیش‌ازحد منطقی و غیرعاطفی را به تصویر می‌کشید. پارامترهای فیزیکی مثل سطح کلسترول، وزن، فشار خون و تاریخچه‌ی مصرف نوشیدنی نیز ثبت شدند. افرادی که قبلاً مبتلا به بیماری تشخیص داده شده بودند از این برنامه‌ی تحقیقی حذف شدند.

تا سال ۱۹۷۶، یعنی ۱۰ سال بعد، بیش از ششصد نفر از مشارکت کنندگان در تحقیق، در اثر سرطان، بیماری قلبی، سکته یا علت‌های دیگر از دنیا رفتند. بزرگ‌ترین عامل خطر، تنها برای مرگ و به خصوص برای مرگ در اثر سرطان، چیزی بود که محققان آن را منطق‌گرایی و ضد عاطفه‌گرایی [۹۱] یا R/A می‌نامیدند. یازده سؤال سنجشگر R/A یک خصیصه را ارزیابی می‌کردند: سرکوب خشم. «درواقع، پدیده‌ی سرطان در افرادی که به ده یا یازده سؤال سنجشگر R/A پاسخ مثبت دادند، در مقایسه با سوژه‌های دیگر، که به طور متوسط به حدوداً سه سؤال پاسخ مثبت داده بودند، ۴۰ برابر بیشتر بود. ما پی بردیم که افراد سیگاری دچار سرطان ریه نمی‌شوند؛ مگر اینکه نمره‌های R/A آنها هم ده یا یازده باشد و این به این معنا است که هر اثری از سیگار بر ریه ضرورتاً به «اقلیت مستعد» محدود می‌شود. [۳]

از طرفی هم، این یافته‌ها محصولات تنباکو یا کارخانه‌های تولیدکننده‌ی سیگار را از اینکه در شیوع سرطان ریه نقش دارند، مبرا نمی‌کند. همه‌ی ۳۸ نفری که در تحقیق کورنکا در اثر سرطان ریه از دنیا رفتند، سیگاری بودند. نتایج نشان داد که تنباکو به‌تنهایی باعث مبتلا شدن به سرطان ریه نمی‌شود، بلکه سرکوبی عاطفی است که تاحدی، اثرات آسیب‌زای سیگار را بر بدن نمایان می‌کند، اما چطور؟

تأثیرات روانی، به واسطه‌ی ارتباط بین عناصر دستگاه استرس بدن، یعنی اعصاب، غده‌های هورمونی، سیستم ایمنی و مراکز مغز، جایی که عواطف ادراک و پردازش می‌شوند، نقش بیولوژیک تعیین کننده‌ای در شروع این بیماری کشنده دارند.

فعالیت بیولوژیک و فعالیت روانی مستقل از هم نیستند، بلکه هرکدام معرف کارکرد ابرسیستمی هستند که دیگر نمی‌توان عناصرش را به صورت مکانیسم‌های مجزا یا خودکار درک کرد. تحقیقات علمی یک ربع قرن پیش، با اتخاذ دیدگاهی درست‌تر و یکپارچه‌تر، جایگزین نگاه پزشکی سنتی غرب مبتنی بر شکاف بین بدن و ذهن شده است. کانداس پرت، محقق برجسته‌ی آمریکایی نوشته است که «جدایی مفهومی بین علوم ایمنی‌شناسی، علم غدد درون‌ریز و روانشناسی/ علوم اعصاب، ساخته‌ی بشر در تاریخ است.» [۴] ایمنی‌شناسی عصبی-روانی یا اگر کامل‌تر و درست‌تر بگوییم، ایمنی‌شناسی عصبی-روانی غدد درون‌ریز، اسم شاخه‌ای است که کارکردهای مرتبط بین ارگان‌ها و غده‌هایی را مطالعه می‌کند که رفتار و تعادل فیزیولوژیک ما را تنظیم می‌کنند. مغز، سیستم عصبی، ارگان‌های ایمنی و سلول‌های ایمنی و غدد درون‌ریز از طریق چندین مسیر به هم وصل هستند. با انجام تحقیقات بیشتر، احتمالاً رابطه‌ی بیشتری بین این‌ها پیدا خواهد شد. وظیفه‌ی چندگانه‌ی این سیستم غددی-ایمنی-عصبی-روانی [۹۲] (PNI) [۹۳] این است که رشد، بقا و تولید مثل هر ارگانیسم را تضمین کند. رابطه‌ی بین عناصر سیستم PNI آن را قادر می‌سازد تا تهدیدهای بالقوه‌ی درونی یا بیرونی را شناسایی کند، با رفتار و تغییرات زیست شیمیایی هماهنگ پاسخ دهد و بدین ترتیب، امنیت را با حداقل هزینه به حداکثر برساند.

بخش‌های مختلف این ابرسیستم PNI از طریق پیوندهای سیستم عصبی -که بعضی از آن‌ها اخیراً شناسایی شده‌اند- به هم متصل می‌شوند. برای مثال، مراکز ایمنی -که در گذشته تصور می‌شد تنها از هورمون‌ها تأثیر می‌گیرند- به شکل گسترده‌ای مجهز به عصب هستند. این ارگان‌های ایمنی اصلی، مغز استخوان و غده‌های تیموس هستند که در قسمت بالای قفسه‌ی سینه، در جلوی قلب قرار دارند. این سلول‌های ایمنی که در مغز استخوان یا در غده‌ی تیموس شکل می‌گیرند، به سمت ارگان‌های لنفاوی ثانویه، شامل طحال و غدد لنفاوی حرکت می‌کنند. رشته‌هایی که از سیستم عصبی مرکزی بیرون می‌آیند، هم ارگان‌های لنفاوی اولیه و هم ثانویه را تأمین می‌کنند و امکان

برقرار شدن ارتباط آنی از مغز تا سیستم ایمنی را فراهم می‌کنند. غدد درون‌ریز تولید کننده‌ی هورمون، به‌صورت مستقیم به سیستم عصبی مرکزی نیز وصل هستند. بنابراین، مغز می‌تواند مستقیماً با تیروئید و غدد فوق کلیوی یا با بیضه‌ها و تخمدان‌ها و سایر ارگان‌ها «صحبت کند».

هورمون‌های غدد درون‌ریز و ماده‌های تولید شده توسط سیستم ایمنی، تأثیر مستقیمی بر فعالیت مغز دارند. مواد شیمیایی حاصل از تمام این منابع به گیرنده‌هایی بر سطوح سلول‌های مغز متصل هستند و به تبع آن، بر رفتار ارگانیسم تأثیر می‌گذارند. همه‌ی ما چیزی را که در زبان پزشکی با عنوان «رفتار بیمارگونه» شناخته شده است و تأثیر فعالیت تولیدات سیستم ایمنی را بر مغز نشان می‌دهد، تجربه کرده‌ایم. گروهی از مواد شیمیایی به نام سیتوکین‌ها -که توسط سلول‌های ایمنی تولید می‌شوند- می‌توانند احساساتی را القا کنند که در محیط کار احساس مریضی کنیم؛ مثل تب، از دست دادن اشتها، بی‌حالی و نیاز زیاد به خوابیدن. از آنجایی که این‌ها دردناک هستند، سازگاری سریع برای این هدف طراحی شده که انرژی را حفظ کرده و به ما کمک کند تا بر بیماری غلبه کنیم. با این حال، تولید نامناسب همین ماده‌ها -مثلاً با ایجاد بی‌حالی و خستگی مفرط یا خستگی مزمن- در کارکرد طبیعی بدن مداخله می‌کند.

جالب است بدانید که سلول‌های لنفاوی و بقیه سلول‌های خونی سفید می‌توانند تقریباً تمام هورمون‌ها و مواد پیام‌رسان تولید شده در مغز و سیستم عصبی را بسازند. حتی اندروفین‌ها هم که مواد شیمیایی و مسکن تغییر خلق و شبیه مورفین خود بدن هستند، می‌توانند از طریق لنفوسیت‌ها تولید شوند. این سلول‌های ایمنی در قسمت سطحشان گیرنده‌هایی نیز برای هورمون‌ها و سایر مولکول‌هایی دارند، که ریشه‌شان در مغز است. به طور کلی، علاوه بر شبکه‌ی یک‌دست رشته‌های عصبی -که با عناصر گوناگون ابرسیستم PNI به هم وصل هستند- تأثیرات متقابل زیست‌شیمیایی ثابتی هم بین آن‌ها وجود دارد. هزاران محصولی که هرکدام می‌توانند به دیگری ارسال کرده و یا از دیگری دریافت کنند، همگیشان را قادر می‌سازد تا به زبان مولکولی یکسانی صحبت کرده و بفهمند و هرکدام به شیوه‌ی خود، به همان پیام‌ها پاسخ دهند. سیستم PNI شبیه یک صفحه کلید خیلی بزرگ است که همیشه با پیام‌های هماهنگی که همزمان از تمام مسیرها می‌رسند و به تمام مسیرها

می‌روند، روشن می‌ماند. به‌علاوه، این نتیجه هم به دست آمده است که چه محرک کوتاه‌مدت روی هر بخشی از سیستم PNI کار کند چه محرک مزمن، در هر صورت پتانسیل تأثیر گذاشتن بر بخش‌های دیگر را هم در پی دارد.

چه چیزی کارکردهای دو سویه‌ی ماهواره‌ای سیستم PNI را ممکن می‌سازد؟ یک نگاه میکروسکوپی موقعیت‌های گیرنده‌ی بیشماری را بر سطح هر سلولی که ارسال کننده‌های مولکولی رایج با آن پیوند دارند آشکار می‌کند. همان‌طور که کانداس پرت می‌گوید، سلول‌های عصبی عادی یا همان نورون‌ها می‌توانند میلیون‌ها گیرنده در سطح خود داشته باشند: «اگر قرار باشد به هریک از گیرنده‌هایی که دانشمندان شناسایی کرده‌اند، رنگ متفاوتی را اختصاص دهید، متوسط سطح سلول به‌شکل موزائیک چندرنگی با حداقل هفتاد تهرنگ متفاوت ظاهر می‌شود؛ پنجاه هزار تا از یک نوع گیرنده، ده‌هزار تا از نوع دیگر، صد هزار تا از سومی و ... الی آخر.» [۵]

مولکول‌های ارسال‌کننده و تعداد زیادی از هورمون‌ها، از آمینو اسید، یعنی بلوک‌های ساختمانی پایه‌ای از جنس پروتئین تشکیل می‌شوند که به آن‌ها، پپتید می‌گویند که اسم فنی زنجیره‌های طویل‌تر آمینو اسیدها است. هیچ‌یک از این مواد شیمیایی تنها به یک ناحیه یا ارگان بدن محدود نمی‌شوند. یک عصب‌شناس برجسته اصطلاح «مواد حاوی اطلاعات» را برای توصیف کلیت این گروه پیشنهاد داده است، چون هر کدامشان اطلاعات را از یک سلول یا ارگان به دیگری منتقل می‌کنند. بین مواد حاوی اطلاعاتی که از تمام بخش‌های سیستم PNI به‌دست می‌آید و انواع سلول‌ها در بخش‌های دیگر، تعاملات بالقوه‌ی بیشماری وجود دارد.

مرکز سیستم PNI رشته‌های هیپوتالاموس- غده‌ی هیپوفیز-آدرنال است: یعنی محور HPA. به‌واسطه‌ی فعالیت محور HPA است که هردو محرک روانی و فیزیکی، واکنش بدن به تهدید را به جریان می‌اندازند. محرک‌های روانشناختی ابتدا در مراکز عاطفی‌ای ارزیابی می‌شوند که سیستم لیمبیک نامیده می‌شود و بخش‌هایی از قشر مخ و همین‌طور ساختارهای عمیق‌تر مغز را در بر می‌گیرد. اگر مغز اطلاعات ورودی را به‌صورت تهدیدکننده تفسیر کند، در این‌صورت غده‌ی هیپوتالاموس به غده‌ی هیپوفیز القا می‌کند که هورمون آدرنوکورتیکوتروپی [۹۴] را ترشح کند. ACTH به نوبه‌ی خود، باعث می‌شود کورتکس غدد فوق کلیوی، کورتیزول را در جریان خون ترشح کنند.

همزمان با جریان هورمونی، غده‌ی هیپوتالاموس از طریق سیستم عصبی سمپاتیک -بخش «یا جنگ یا گریز» سیستم عصبی- پیام‌هایی را به بخش

دیگر آدرنال، یعنی مدولا [۹۵] (بصل النخاع) می‌فرستد. آدرنال مدولا هورمون «یا جنگ یا گریز»، یعنی آدرنالین را تولید و ترشح می‌کند که بلافاصله سیستم‌های قلبی عروقی و سیستم‌های عصبی را تحریک می‌کند.

جای تعجب نیست که همین تأثیراتی که ارگانیسم، به احتمال خیلی زیاد، از نظر عاطفی استرس‌آور تفسیر می‌کند، نیرومندترین جرعه‌های روانی محور HPA نیز هستند: «عوامل روان‌شناختی از قبیل بی‌ثباتی، تعارض، فقدان کنترل و فقدان اطلاعات، از پراسترس‌ترین محرک‌ها به شمار می‌روند و محور HPA را به شدت فعال می‌کنند. حس کنترل داشتن و رفتار پایانی [۹۶] به سرکوب آبی فعالیت HPA منتهی می‌شوند. [۶]

رفتار پایانی -برگرفته از کلمه‌ی لاتین consummare، یعنی «به انجام رساندن»- رفتاری است که خطر را حذف می‌کند و یا تنش ناشی از آن را کاهش می‌دهد. یادآوری می‌کنیم که محرک‌های القا کننده‌ی استرس، همیشه هم تهدیدهای خارجی و عینی مثل حیوانات شکارچی یا بلاهای فیزیکی بالقوه نیستند، بلکه گاهی ادراک درونی افراد است که تهدید به حساب می‌آید؛ مثلاً چیزهایی که به نظرمان ضروری هستند را نداریم. به این دلیل است که فقدان کنترل، فقدان اطلاعات -و همان‌طور که خواهیم دید، نیازهای عاطفی برآورده نشده (مثلاً فقدان عشق)- محور HPA را برانگیخته می‌کنند. اوج این نیازها به پاسخ مبتنی بر استرس پایان می‌دهد.

با توجه به اثرات متقابل زیست شیمیایی و عصب شناختی در سیستم PNI، به راحتی می‌توانیم درک کنیم که عواطف از چه طریق می‌توانند با هورمون‌ها، سیستم دفاعی و سیستم عصبی تعامل داشته باشند. درمورد علت ابتلا به سرطان، فعالیت هورمونی نامنظم و سیستم دفاعی معیوب، هر دو نقش دارند. سرطان ریه مثالی عالی در این زمینه است.

نگاه مکانیک‌وار از این قرار است که سرطان، ناشی از آسیب رسیدن به دی‌ان‌ای سلول در اثر ماده‌ای سمی است؛ برای مثال، محصولات مضر تنباکو. این دیدگاه تا اینجا معتبر است، اما نمی‌تواند توضیح دهد که چرا بعضی از افراد سیگاری مبتلا به سرطان می‌شوند و بعضی‌ها نه؛ درحالی‌که میزان و نوع تنباکویی که مصرف می‌کنند، دقیقاً عین هم است. این‌ها سؤالات بی‌پاسخ هستند: چرا سلول‌های بعضی از انسان‌ها، تأثیرپذیرتر از بقیه هستند؟ چرا دی‌ان‌ای در بعضی‌ها خوب می‌شود، اما در عده‌ای نه؟ چرا سیستم ایمنی و سایر سیستم‌های دفاعی در بعضی‌ها سرطان را متوقف می‌کنند، اما در بقیه نه؟ این حجم از تفاوت در درمان یا پیشرفت بیماری از فردی تا فرد

دیگر چه توجیهی دارد؛ آن هم در زمانی که سرطان افراد گوناگون دقیقاً مثل هم و در یک مرحله‌ی مشابه تشخیص داده شده است و تمام عوامل دیگر -سن، جنسیت، درآمد و سلامت عمومی- دقیقاً با هم جورند؟

تنوع ژنتیکی می‌تواند این موضوعات را در برخی از سرطان‌ها توجیه کند، اما همان‌طور که در مورد سرطان پستان دیده‌ایم، در اکثریت افراد، موروثی بودن در علت ابتلا به سرطان نقشی ندارد. مخصوصاً سرطان ریه، بیماری قابل انتقال از طریق ژنتیک نیست و آسیب وارده به ژن‌ها هم در سرطان ریه، به هیچ وجه موروثی نیست.

ابتلا به هرگونه غده‌ی بدخیم طی چند مرحله پیشرفت می‌کند. اولین مرحله شروع آن است، یعنی فرایندی که طی آن، سلول نرمال به سلولی غیرنرمال تبدیل می‌شود. سرطان را می‌توانیم بیماری‌ای با تکثیر سلول تلقی کنیم. در اینجا فرآیندهای نرمال تقسیم سلول و مرگ سلول، تاحدودی به هم می‌خورند. سلولی که باید فرزند سالم را به وجود بیاورد، از کنترل خارج گشته و به نسخه‌های بدریختی تقسیم می‌شود که خودشان را بدون در نظر گرفتن نیازهای بیولوژیک ارگانیسم تکثیر می‌کنند. در اثر مرگ یا شکل گرفتن میلیون‌ها سلول در بدن، همه روزه، رویداد طبیعی به خودی خود به انواع تغییرات خودانگیخته و غیر نرمال منجر می‌شود. کانداس پرت می‌نویسد: «این یک حقیقت است که هر یک از ما، تعدادی تومور سرطانی کوچک داریم که در هر لحظه در بدنمان رشد می‌کنند.»

دود تنباکو اثر مخرب مستقیمی بر ماده‌ی ژنتیکی سلول‌های ریه دارد. برآورد شده است که برای اینکه سرطان شروع شود، سلول‌های ریه می‌بایست به اندازه‌ی ده‌ها ضایعه‌ی جداگانه یا چند نقطه‌ی آسیب روی دی‌ان‌ای خود داشته باشند. با این حال، فارغ از اینکه این آسیب ژنوم در کدام بخش از بدن اتفاق می‌افتد، به ندرت به شکل‌گیری تومور منتهی می‌شود. علت اصلی‌اش هم این حقیقت است که ضایعه‌های اصلی موقتی هستند و با ترمیم دی‌ان‌ای یا مرگ سلول به راحتی از بین می‌روند. [۷] به عبارتی، یا دی‌ان‌ای خودش را ترمیم می‌کند و یا سلول، بدون تکثیر ماده‌ی ژنتیکی آسیب دیده می‌میرد. همین مسئله بی شک، این امر را توجیه می‌کند که چرا بسیاری از افراد سیگاری، به سرطان ریه بالینی مبتلا نمی‌شوند. سرطان در جایی اتفاق می‌افتد که یا ترمیم دی‌ان‌ای و یا فرایند نرمال مرگ سلول، ناموفق بوده باشد. در بازبینی اثرات روانشناختی بر سرطان ریه که در سال ۱۹۹۹ انجام شد، محققان کالج پزشکی دانشگاه ایالتی

اوهیو نوشتند: «خطا در ترمیم دی‌ان‌ای با افزایش یافتن پدیده‌ی سرطان ارتباط دارد. استرس مکانیسم‌های ترمیم دی‌ان‌ای را تغییر می‌دهد؛ مثلاً در تحقیقی، لنفوسیت‌های بیماران سرپایی بخش روانی - که نشانه‌های افسردگی بالاتری داشتند - حاکی از نقص قابلیت ترمیم دی‌ان‌ای یک سلول آسیب دیده در اثر قرار گرفتن در معرض تشعشعات ایکس (اشعه‌های ایکس) [۸] بود. ترمیم ناقص دی‌ان‌ای در مطالعات مربوط به حیوانات آزمایشگاهی تحت استرس نیز، ثابت شده است.

«آپوپتوز» [۹۷] اصطلاحی علمی است برای مرگ تنظیم شده‌ی فیزیولوژیک که لازمه‌ی حفظ بافت‌های سالم است. آپوپتوز گردش نرمال بافت را تضمین می‌کند و سلول‌های پیرتری را که ماده‌ی ژنتیکی‌شان ضعیف شده است، می‌کشد و جا را برای فرزند سالم و قوی باز می‌کند. «آپوپتوز نامنظم در انواع پاتولوژی‌ها نقش دارد؛ مثل تولید تومور، بیماری‌های خود ایمنی و بیماری‌های نقص ایمنی [۹۸] و اختلالات تحلیل‌برنده‌ی عصبی [۹۹].» [۹]

هورمون‌های استروئیدی آزاد شده در اثر فعالیت محور HPA، به شکل‌های مختلف به تنظیم آپوپتوز کمک می‌کنند. سرکوبی همیشگی عواطف فرد را در موقعیت استرس‌زای مزمنی قرار می‌دهد و این استرس مزمن، محیط زیست - شیمیایی غیر طبیعی را در بدن ایجاد می‌کند. میزان همواره غیرطبیعی هورمون استروئیدی، می‌تواند در مرگ برنامه‌ریزی شده‌ی طبیعی سلول مداخله کند. به علاوه، سلول‌های کشنده‌ی طبیعی هم در مرگ سلول نقش دارند.

افسردگی -حالتی ذهنی که در آن، سرکوبی خشم بر کارکرد عاطفی غلبه می‌کند- با دود سیگار تعامل دارد و فعالیت سلول‌های NK را تضعیف می‌کند. [۱۰] به طور کلی، برای پدیده‌ی سرطان، فقط آسیب دیدن دی‌ان‌ای کافی نیست؛ ناتوانی در ترمیم دی‌ان‌ای و یا ایجاد یک نقص در مرگ منظم سلول هم لازم است. استرس و سرکوبی عواطف می‌تواند تأثیری منفی بر هردوی این فرآیندها داشته باشد. وقتی اولین مرحله از تغییرات غده‌ی بدخیم، یعنی شروع آن را مد نظر قرار می‌دهیم، یافته‌های کار محققان کورنکا و دیوید کیسن، جراح بریتانیایی، از جنبه‌ی فیزیولوژیک منطقی هستند.

یک مقاله‌ی دو بخشی که در سال ۱۹۹۶ در ژورنال انجمن پزشکی کانادا به چاپ رسیده، نقش سیستم PNI را در سلامت و بیماری بازبینی کرده

است. نویسندگان این مقاله عنوان کرده‌اند: «در افراد سالم، مکانیسم‌های ایمنی عصبی [۱۰۰] از میزبان در برابر عفونت، زخم و سرطان دفاع کرده و واکنش‌های التهابی و ایمنی را کنترل و بیماری را خنثی می‌کنند. [۱۱] به عبارت دیگر، بیماری صرفاً محصول حملات خارجی نیست، بلکه همچنین در یک میزبان آسیب‌پذیر که محیط داخلی او مختل شده است، رشد می‌کند.

مراحل بعدی تغییرات ناشی از سرطان، ارتقا و پیشروی هستند. سلول‌هایی که به تازگی بدخیم شده باشند، بعد از فرار از مکانیسم‌های تنظیم‌کننده‌ی نرمال - که باید جلوی زنده ماندنشان را می‌گرفتند - همچنان تقسیم می‌شوند و این باعث شکل‌گیری تومور می‌شود. در این مرحله، محیط داخلی بدن یا می‌تواند مانع رشد تومور شود و یا به آن کمک کند. در اینجا، ابرسیستم PNI ایفای نقش می‌کند. این ابرسیستم که عمدتاً با تنظیم هورمون از طریق محور HPA عمل می‌کند، محیطی را در بافت‌های بدن به وجود می‌آورد که یا پذیرای رشد و انتشار سرطان‌اند و یا دشمن آن.

به گفته‌ی دکتر مارک‌ای. لیپمن، رئیس بخش سرطان پستان، شاخه‌ی پزشکی، انستیتوی سرطان ملی، بشدا، مریلند: «وضعیت روانی مزمن فرد هم می‌تواند نقش مهمی در تسهیل ارتقای تومور داشته باشد و هم در کاهش یا برجسته کردن تأثیرات استرس محیطی. این سیستم درون‌ریز بشری یک واسطه‌ی حیاتی برای تعامل بین روان و تومور فراهم می‌کند... این موضوع اجتناب‌ناپذیر است که عوامل روانی‌ای که می‌توانند تغییرات درون‌ریز را در پی داشته باشند، بر بیولوژی تومور فعلی اثر خواهند گذاشت.» [۱۲]

اثر هورمون‌ها بر رشد و گسترش سرطان دو وجهی است. اول اینکه بسیاری از تومورها یا مستقیماً وابسته به هورمون هستند و یا در ارگان‌هایی شکل می‌گیرند که عمیقاً درگیر در تعاملات هورمونی هستند، مثل تخمدان یا بیضه. سلول‌های سرطانی وابسته به هورمون بر غشایشان گیرنده‌هایی برای انواع هورمون‌ها دارند؛ هورمون‌هایی که قابلیت ارتقای رشد سلول را دارند. سرطان پستان یک نمونه از سرطان وابسته به هورمون است. این موضوع اغلب بدیهی بوده و هست که تعداد زیادی از سرطان‌های سینه وابسته به استروژن هستند و منطقی است که برای آن، از دارویی مسدود کننده‌ی استروژن، یعنی تاموکسیفن [۱۰۱] استفاده شود. چیزی که کمتر درباره‌ی آن می‌دانیم، این است که بعضی از سرطان‌های سینه گیرنده‌هایی برای مجموعه‌ی گسترده‌ای از سایر «مواد حاوی اطلاعات» دارند؛ شامل اندروژن (هورمون‌های

جنسی مردانه)، پروژستین، پرولاکتین، انسولین، ویتامین D و چند مورد دیگر که همگی توسط محور HPA تولید و یا تنظیم می‌شوند.

استرس تنظیم کننده‌ی قدرتمندی برای کارکرد هورمون است؛ چیزی که هم در تجربه‌ی انسانی و هم در مطالعات حیوانی می‌توانید ببینید. در یکی از آزمایشات، محققان روابط مبتنی بر سلطه را در گروهی از میمون‌های ماده دستکاری کردند. الگوهای سلطه‌گری شکل گرفته شکسته شد. بعضی از حیواناتی که قبلاً سلطه داشتند، تحت سلطه رفتند و حیوانات تحت سلطه توانستند به جایگاه قدرت دست پیدا کنند.

تبعیت اجتماعی باعث بدکاری هورمونی محور HPA و تخمدان‌ها شد. «ماده‌هایی که در حال حاضر در موضع سلطه قرار داشتند، نسبت به میمون‌های تحت سلطه، کورتیزول کمتری تولید می‌کردند.» میمون‌های ماده‌ی دارای سلطه سیکل قاعدگی طبیعی داشتند و قبل از تخمک‌گذاری، غلظت پروژسترون در آن‌ها بالاتر بود. میمون‌های تحت سلطه کمتر تخمک‌گذاری می‌کردند و سیکل قاعدگی نامنظم در آن‌ها زیاد بود.

با تغییر شرایط آزمایشگاهی، به‌طوری‌که میمون‌های سلطه‌گر، تحت سلطه قرار گرفتند، کارکرد تولید مثلشان تقریباً بلافاصله سرکوب شد و تولید کورتیزول در آن‌ها افزایش یافت. عکس این حالت هم درمورد میمون‌هایی صدق می‌کرد که قبلاً تحت سلطه بودند، اما در حال حاضر سلطه‌گر شده بودند. [۱۳]

سرطان‌های ارگان‌های زنانه در ماده‌ها، مثل تخمک‌ها و رحم، به هورمون هم مربوط می‌شوند. بدخیمی تخمدان به‌تنهایی، هفتمین سرطان شایع در بین زنان و اما چهارمین علت اصلی مرگ‌های ناشی از سرطان است. این مورد از بین تمام سرطان‌ها، بیشترین میزان تومور تا مرگ را دارد که یعنی، ضعیف‌ترین پیش‌آگهی را دارد. در سال ۱۹۹۹، ۲۶۰۰ زن کانادایی به سرطان تخمدان مبتلا شدند. در همان سال، ۱۵۰۰ نفر از آن‌ها مردند. در ایالات متحده آمریکا، حدود بیست هزار زن سالانه مبتلا به این بیماری تشخیص داده می‌شوند؛ نزدیک به دو سوم آن‌ها در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. گرچه درمان زود هنگام تا حد زیادی مؤثر است، اما در بیشتر موارد، سرطان تا وقتی که تشخیص داده شود، از قابلیت درمان کنونی برای مداوای آن فراتر رفته بوده است.

تا این لحظه، هیچ‌گونه آزمایش غربالگری مؤثری برای شناسایی مراحل اولیه‌ی این بیماری وجود ندارد. سونوگرافی و آزمایش خون، با نام علمی CA-125، در کنترل درمان سودمند هستند، اما هیچ‌یک به‌عنوان ابزاری برای پیدا کردن سرطان، قبل از بروز نشانه‌ها یا قبل از

انتشار به قسمت‌های دیگر بدن، قابل اعتماد نیستند. بیماری دارلن، کارگزار بیمه، در جریان بهبود نازایی‌اش تشخیص داده شد. او می‌گوید: «برایم لاپراسکوپي انجام دادند تا تخمدان‌هایم را ببینند و این‌طوری شد که به سرطان پی بردند. بنابراین به جای فرزند آوری، تخمدان‌برداری [۱۰۲] انجام شد.» نازایی یکی از عوامل خطر شناخته شده برای سرطان تخمدان است و به همین دلیل، عوامل هورمونی برای ما اهمیت خاصی دارند. متأسفانه، این تصویر گیج‌کننده است. قاعدگی زود هنگام و یائسگی دیر هنگام، خطر ابتلا به سرطان تخمدان را بالا می‌برند؛ درحالی‌که بارداری و قرص کنترل تولد به کاهش آن کمک می‌کنند. این الگو نشان می‌دهد که هرچقدر تخمک‌گذاری در زنان بیشتر باشد، بیشتر مستعد این بیماری می‌شوند. از طرفی، نازایی هم، وقتی هیچ تخمک‌گذاری‌ای اتفاق نمی‌افتد، این خطر را تشدید می‌کند. بارز است که تأثیرات هورمونی در اینجا خیلی نامحسوس و پیچیده است. چیزی که درباره‌ی هورمون‌های تولید مثل ماده می‌دانیم، این است که این هورمون‌ها، استادانه نسبت به حالت‌های روانی زنان و استرس‌های زندگی‌شان حساس هستند. طبق نتایج تحقیق انجام شده در دانشگاه پیتزبورگ در سال ۲۰۰۱، کارکرد هورمون می‌تواند با ویژگی‌های خاص شخصیتی هم ارتباط داشته باشد. محققان دانشکده‌ی پزشکی پیتزبورگ مقایسه‌ای بین ویژگی‌های روان‌شناختی زنانی که به‌صورت مزمن قاعده‌گی‌شان عقب می‌افتاد (آمنوره) [۱۰۳] با زنانی که سیکل‌شان نرمال بود، انجام دادند. آن‌ها علاقه‌ی خاصی به گروه آمنوره‌ی هیپوتالاموس کارآمد (FHA) داشتند، یعنی گروه زنانی که هیچ بیماری یا ناخوشی شناخته شده‌ای نداشتند که فقدان تخمک‌گذاری طبیعی را توجیه کند. این تحقیق نشان داد که «زنان مبتلا به FHA نگرش‌های ناکارآمدتری را گزارش دادند؛ مخصوصاً کسانی که با نیاز به تأیید تداعی می‌شدند. آن‌ها بیشتر مستعد تأیید نگرش‌هایی بودند که در بین افراد مستعد افسردگی شایع هستند، مثلاً استانداردهای ایده‌آل‌گرایی و دغدغه‌ی مربوط به قضاوت دیگران. [۱۴]

یافته‌ی اصلی محققان پیتزبورگ کشف عادات غذایی خاصی در زنان بدون قاعدگی بود، که به‌شکلی نامحسوس اما چشمگیر مختل بود. الگوهای غذایی بد رابطه‌ی جدایی‌ناپذیری با مشکلات حل نشده‌ی دوران کودکی دارند؛ مثل چیزی که درمورد کم‌دینی به نام گیلدا رندر خواهیم دید؛ کسی که در اثر سرطان تخمدان از دنیا رفت. استرس‌هایی که مشکلاتی برای پرورش خویشتن به وجود می‌آورند، استرس‌هایی هستند که

زمینه‌ی بیماری را فراهم می‌کنند. نویسندگان تحقیق پیتزبورگ نوشته‌اند که «زنان مبتلا به FHA دغدغه‌های بیشتری درمورد رژیم غذایی و وزن، ترس از اضافه وزن دوباره و گرایش به درگیر شدن با پرخوری دارند.»

الگوهای خوردن با موضوعات عاطفی - که هم ریشه در دوران کودکی و هم استرس‌های کنونی دارند- رابطه‌ی مستقیمی دارند. الگوهای ما برای نحوه‌ی خوردن، نخوردن و اینکه چه میزان می‌خوریم، رابطه‌ی نیرومندی دارند با این که چه میزان استرسی تجربه می‌کنیم و چه پاسخ‌های مقابله‌ای در مواجهه با ناملایمات زندگی می‌دهیم. عادات غذایی نیز به نوبه‌ی خود، بر کارکرد هورمون‌های مؤثر بر دستگاه تولید مثل ماده، عمیقاً اثرگذار هستند. برای مثال، بی‌اشتهایی معمولاً دوران قاعدگی را متوقف می‌کند.

جریلین پریور، متخصص غدد درون‌ریز از ونکوور، با علاقه‌ی خاصش به موضوع سلامت زنان، پی به این برد که اختلال‌های هورمونی نامحسوس حتی در بین زنانی که قاعدگی منظم دارند و هیچ نشانه‌ای از بیماری ندارند هم اتفاق می‌افتند. او در ژورنال تشخیصی کانادا نوشت: «تقریباً یک سوم سیکل‌های قاعدگی منظم و بدون علامت زنان سالم، اختلالاتی در تخمک گذاری دارند که بر اساس مبانی بیولوژیک، می‌توانند به خطرات جدی سلامت منجر شوند.» [۱۵]

شایع‌ترین علت تخمک گذاری معیوب در تحقیق دکتر پریور تحریک ناکافی تخمدان‌ها توسط هیپوتالاموس و هیپوفیز در اثر «عدم تعادل یا ناهماهنگی در پیام‌های ارسال شده از طرف هیپوتالاموس و غدد هیپوفیز به کیسه‌ی تخمدان» بود. به گفته‌ی دکتر پریور، «علت این آشفتگی‌ها، سازگاری‌های مرتبط با چرخه‌ی زندگی، تغییر در وزن، استرس‌های روانی-اجتماعی، ورزش مفرط و یا بیماری هستند.»

بدخیمی‌های سیستم هماتولوژیک [۱۰۴] (تولیدکننده‌ی سلول‌های خون)، نظیر لوسمی [۱۰۵] و لنفوم [۱۰۶] به هورمون‌ها نیز بستگی دارند؛ هورمون‌هایی که به‌شدت تحت تأثیر کورتیزول تولید شده در غدد فوق‌کلیوی هستند. هورمون‌های کورتیکوئید [۱۰۷] آدرنال مانع تقسیم شدن و انتشار سلول‌های لوسمی و لنفوم می‌شوند. بنابراین، وقتی که سلول‌های خونی و لنفاوی به‌خاطر نامتعادلی مزمن سیستم HPA، از مهار نرمال فرار می‌کنند، ممکن است بدخیمی‌های هماتولوژیک تا حدودی اتفاق بیفتد. تحقیقات موجود استرس عاطفی را دینامیک مهمی می‌داند که در زندگی افراد بزرگسالی که این بیماری‌ها را دارند، نقش ایفا می‌کند.

گزارش یک تحقیق پانزده ساله در دانشگاه راجستر بر افرادی که لنفوم یا لوسمی داشتند، نشان می‌دهد که این بدخیمی‌ها در شرایط فقدان عاطفی یا جدایی عاطفی اتفاق می‌افتند که این نیز به نوبه‌ی خود، احساس اضطراب، ناراحتی، خشم و درماندگی را به همراه دارد. [۱۶]

مشابه مصنوعی کورتیزول هورمون استرس عنصر مهمی برای درمان لوسمی و لنفوما است. جالب است که میزان لازم ماده‌ی مشابه هورمون کورتیزول برای توقف تکثیر سلول‌های لوسمی، فقط کمی بیشتر از چیزی است که باید در حالت طبیعی به لحاظ کارکردی در بدن وجود داشته باشد. درمورد لوسمی، گاهی فقط مراحل از رویداد استرس حاد - که در آن، سطح کورتیزول موقتاً افزایش پیدا می‌کند - می‌توانند موجب بهبودی شوند. تصور می‌شود که این اتفاق در دوران بیماری آهنگسازی به نام بلا بارتوک افتاده است.

در اینجا باید خاطرنشان کنیم که بالا رفتن موقتی کورتیزول - که در صورت رویداد استرس حاد اتفاق می‌افتد - امری سالم و ضروری است. سطح کورتیزول در صورتی که به‌صورت مزمن بالا باشد، در افرادی با استرس مزمن، سالم نیست.

بارتوک درحالی‌که در تبعید از سرزمین بومی‌اش، مجارستان، بود و با بیماری لوسمی دست و پنجه نرم می‌کرد، از رهبر ارکستر سمفونی بوستون، سرچ کوسویتسکی، سفارش خلق قطعه‌ی جدیدی را گرفت. این آهنگساز به‌صورت خودانگیخته تسکین پیدا کرد و تا اتمام کارش همین‌طور ماند. احتمالاً کورتیزول حاصل از HPA و چند عنصر دیگر سیستم PNI در این تسکین معروف نقش داشته‌اند؛ چیزی که خلق کنسرت ارکستر بارتوک، موسیقی کلاسیک قرن بیستم را ممکن ساخت.

هورمون‌هایی که توسط محور HPA حساس به استرس و ناحیه‌های لیمبیک مغز تنظیم می‌شوند، جدا از اثرات مستقیمشان بر بدخیمی‌های وابسته به هورمون، روی بافت‌های دیگر بدن هم اثر می‌گذارند و به ابتلا به سرطان کمک می‌کنند. اصلی‌ترین عامل در بافت‌های حساس به هورمون، سیستم ایمنی است.

معمولاً ما سرطان را به‌عنوان مهاجمی می‌شناسیم که بدن در برابر آن، شبیه یک کشور در برابر حمله‌ی خارجی، باید جنگی را آغاز کند. این دیدگاه، گرچه شاید از نظر سادگی‌اش دلگرم‌کننده باشد، اما انحراف از واقعیت است. اول اینکه، حتی وقتی که کارکینوژن خارجی‌ای مثل تنباکو وجود دارد، باز هم خود سرطان تا حدودی نتیجه‌ی فرآیندهای درونی‌ای است که بد کار می‌کنند و البته، درمورد انواع زیادی

از سرطان‌ها، این کارکینوزن شناخته شده وجود ندارد. دوم اینکه، محیط درونی ما، هم از نظر موضعی و هم در سراسر کل ارگانیسم، در تشخیص این موضوع که بدخیمی رشد خواهد کرد یا از بین خواهد رفت، نقش اصلی را دارد. به عبارتی، تغییرات بدخیم سلول‌های طبیعی فرایندی است وابسته به عوامل گوناگونی که حداقل به اندازه‌ی رابطه با حالت زیستی-روانی-اجتماعی ارگانیسم، با نوع خود سرطان هم رابطه دارند.

وقتی سرطان به مرحله‌ای می‌رسد که سطح سلول، مولکول‌هایی متفاوت با پروتئین‌های طبیعی بدن را نشان می‌دهد، در این صورت باید واکنش‌های ایمنی گوناگونی وجود داشته باشند که آن را نابود کند. سلول‌های T باید با مواد شیمیایی سمی به آن حمله کنند؛ باید پادتن‌هایی در مقابله با آن ایجاد شوند؛ سلول‌های خونی خاصی باید آن را بجوند. در شرایط استرس مزمن، سیستم ایمنی یا به حدی گیج می‌شود که نمی‌تواند کلون‌های سلولی جهش یافته را -که عامل سرطان هستند- شناسایی کند و یا به حدی ناتوان می‌شود که نمی‌تواند حمله‌ی مؤثری در برابر آن ترتیب دهد.

عوامل دیگری که در رشد و توسعه‌ی تومورها نقش دارند، عبارتند از تعداد بالای مواد شیمیایی تولید شده در سطح موضعی، که بعضی از آن‌ها توسط خود سلول‌های سرطانی تولید می‌شوند. این مواد شیمیایی شامل عوامل رشد، مواد مهار کننده و انواع گوناگون مولکول‌های پیام‌رسان می‌شوند. توازن پیچیده‌ی بین این‌ها، این فرایند را یا به سمت سرکوبی تومور یا رشد تومور سوق می‌دهد. در اینجا همین بس که بگوییم این جریان زیست‌شیمی پیچیده، تاحد زیادی متأثر از سیستم PNI به ویژه از طریق هورمون‌ها و محتوای اطلاعاتیشان است.

درنهایت اینکه، شرایط عاطفی اهمیت بالقوه‌ی زیادی در پیشگیری یا تقویت متاستاز [۱۰۸] سرطان دارد، یعنی حرکت سلول‌های بدخیم از ناحیه اصلی تومور به نواحی دیگر بدن.

در اسطوره‌های رایج، سرطان باید قبل از اینکه فرصت انتشار پیدا کند در همان ابتدا تشخیص داده شود. اما واقعیت بیولوژیکی کاملاً متفاوت است. تا قبل از اینکه تومور قابل شناسایی شود در بسیاری از موارد، انتشار آن اتفاق افتاده است. «درصد بالایی از سرطان‌های زود هنگام، تا لحظه‌ای که تومور اولیه تشخیص داده شود از شر متاستازهای پنهان خلاص شده‌اند.» این گفته‌ی سرطان‌شناس [۱۰۹]

بریتانیایی، بیسیل استال است [۱۷]. با این حال، بسیاری از متاستازها یا می‌میرند یا برای مدتی طولانی نهفته می‌مانند.

زمان مضاعف -مدت زمان لازم برای اینکه جرم تومور از نظر اندازه دو برابر شود- در سرطان‌های مختلف فرق می‌کند و در انواع سرطان‌ها هم تغییرات زیادی وجود دارد. برای اینکه تومور از لحاظ بالینی مورد توجه قرار بگیرد، حتی در بافتی از بدن که به راحتی در دسترس است، مثل پوست یا سینه، حداقل باید نیم گرم باشد و حدوداً پانصد میلیون سلول داشته باشد. هر سلول جداگانه باید با جهش بدخیم، حدود سی برابر شود تا به این ابعاد مورد نظر برسد [۱۸]. طبق محاسبات، این زمان مضاعف در سرطان پستان، از چند روز تا یک یا یک‌ونیم سال، به‌طور متوسط حدود ۴ ماه است. «اگر سلول تومور به‌شکلی ثابت تا اندازه‌ی نهایی رشد کند، حدوداً ۸ سال طول می‌کشد تا از نظر بالینی ظاهر شود و برخی از منابع، زمان مضاعف با عمر حدوداً ۱۵-۲۰ سال را برای بروز بالینی عنوان می‌کنند.» [۱۹]

در زندگی واقعی تومور، احتمالاً هیچ سرعت مضاعف ثابتی وجود ندارد. درواقع، بسته به چیزی که در زندگی میزبان اتفاق می‌افتد، نوسانات گسترده‌ای در سرعت رشد وجود دارد. ما تاریخچه‌ی میشل را در اینجا به یاد می‌آوریم؛ کسی که غده‌ی سرطانی‌اش که در طول هفت سال ظاهر شده بود، بعد از یک دوره استرس حاد به‌طرز چشمگیری تغییر کرد.

سرطان‌های پستان تا زمانی که قطرشان تقریباً به بیش از نیم میلی‌متر برسد پتانسیل متاستاز را دارند. به همین خاطر «اگر قرار باشد که تومور متاستاز شود، به طور کلی پیش از این که از نظر بالینی قابل شناسایی شود این اتفاق خواهد افتاد.» [۲۰] ظاهراً گسترش میکروسکوپی سلول‌های بدخیم در بسیاری از موارد سرطان پستان، بدون اینکه هیچ‌گونه مشکل بالینی را به همراه داشته باشد، اتفاق می‌افتد. در موارد دیگر، لایه‌های [۱۱۰] متاستاز در بافت‌های دور برای سالیان سال پنهان باقی می‌ماند و سپس به‌شکل غیرمنتظره‌ای به‌صورت علائم بیماری ظاهر می‌شود. همین دینامیک، درمورد سرطان پروستات هم عمل می‌کند و به همین علت است که در چهل درصد از بدخیمی‌های پروستات، انتشار سرطان تا قبل از تشخیص آن اتفاق افتاده است. درواقع، در شباهتی چشمگیر با سرطان پروستات، مطالعات کالبدشکافی بر زنان نیز نشان می‌دهد که به‌اندازه ۲۵ تا ۳۰ درصد از همه‌ی زن‌ها، غده‌های بدخیم میکروسکوپی سینه دارند؛ «خیلی بالاتر از میزانی که عملاً ظاهر شود.» [۲۱]

بنابراین، موضوع صرفاً پیشگیری از انتشار نیست، بلکه این است که چرا و تحت چه شرایطی در بعضی از افرادی که از قبل به صورت لایه‌های پنهان وجود دارد، ناگهان تبدیل به سرطان بالینی می‌شود. نهفتگی تومور متأثر از انواع اثرات هورمونی و ایمنولوژی است که همگی با سیستم PNI کار می‌کنند و همگی در برابر استرس‌های زندگی بسیار حساس هستند.

سرعت رشد تومور از یک بیمار تا بیمار دیگر نوسانات چشمگیری دارد. به علاوه، در پدید آمدن بیماری متاستاتیک [۱۱۱] و مدت زمان زنده ماندن بیمارانی که از نظر بالینی، نوع و درجه‌ی سختی سرطان‌شان مشابه تشخیص داده شده است، میزان بالایی از بی‌ثباتی دیده می‌شود. برای مثال، موارد زیادی را داریم که در آن‌ها، سرطان پستان به طور ناقص برداشته شده و هرگز عود نکرده است و مواردی هم داریم که لایه‌های ثانویه در بافت‌های میزبان حتی تا سی سال هم به صورت پنهان باقی می‌مانند و در نهایت بروز پیدا می‌کنند. [۲۲] به نظر می‌رسد این تفاوت‌های فردی محصول رفتار خودکار بدخیمی نیستند، بلکه پیامد عواملی در محیط درونی بدن هستند که مانع رشد سرطان یا برعکس، باعث تقویت آن می‌شوند. این محیط درونی به شدت متأثر از عوامل استرس‌زایی است که بر زندگی افراد اثر می‌گذارند و نیز متأثر از شیوه‌های کاملاً متفاوت افراد در مقابله با استرس است.

در مطالعات بی‌شماری درباره‌ی سرطان، شناخته‌شده‌ترین عامل خطر، ناتوانی در ابراز عواطف و به ویژه احساسات مربوط به خشم است. سرکوبی خشم یک ویژگی عاطفی انتزاعی نیست که به شکلی مرموز به بیماری منجر شود. بلکه عامل خطر اصلی به حساب می‌آید؛ چراکه استرس فیزیولوژیک را در ارگانیسم بالا می‌برد. این سرکوبی خشم به تنهایی عمل نمی‌کند، بلکه همراه با دیگر عوامل خطری که احتمالاً همراه آن هستند مثل حس ناامیدی و فقدان حمایت اجتماعی، عمل می‌کند. فردی که عواطف «منفی» را احساس نمی‌کند و یا ابراز نمی‌کند، حتی وقتی که در اطرافش دوستانی داشته باشد، باز هم احساس تنهایی می‌کند، چون خویشتن واقعی‌اش دیده نمی‌شود. حس ناامیدی، نتیجه‌ی ناتوانی مزمن در صداقت با خویشتن در عمیق‌ترین سطح آن است. این ناامیدی به حس درماندگی منجر می‌شود، چون فرد به این ادراک از شرایط می‌رسد که انگار هرکاری هم انجام دهد، باز هیچ چیزی عوض نمی‌شود.

یکی از مطالعات به زنان سالمی می‌پرداخت که هیچ علائمی از بیماری را نداشتند و تنها پاپ اسمیرشان در معاینات فیزیکی روتین، نرمال

نبود. محققان بدون هیچ اطلاعی از نتیجه‌ی پاپ اسمیر، توانستند با بهره‌گیری از پرسشنامه‌ای که حالت‌های عاطفی متفاوت را از هم تمییز می‌داد، افرادی را که سرطان زود هنگام داشتند تقریباً با ۷۵ درصد دقت، پیش‌بینی کنند. آن‌ها دریافتند که زمینه‌ی ابتلا به سرطان در زنانی بیشتر بود که شخصیت مستعد درماندگی [۱۱۲] داشتند یا به‌نوعی با حس محرومیتِ درماندگی [۱۱۳] درگیر بودند که در شش ماه آخر برطرف نشده بود. [۲۳]

محققان کورنکا بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختیِ منطق‌گرایی/ ضدعاطفه‌گرایی (خشم سرکوب‌شده) و حس طولانی ناامیدی، این را هم پیش‌بینی کرده بودند که از بین تقریباً ۱۴۰۰ سوژه، چه کسانی احتمالاً مبتلا به سرطان شده و در اثر آن می‌میرند. وقتی آن‌ها ده سال بعد، موارد به‌ثبت‌رسیده‌ی فوتی‌ها را بررسی کردند، متوجه شدند که در ۷۸ درصد از موارد، درست حدس زده بودند. آن‌ها می‌گفتند: «برای ما این‌طور به نظر می‌آید که احتمالاً در بسیاری از تحقیقات، اهمیت عوامل خطرِ روان‌تنی، پایین‌تر از حد کافی برآورد شده است.»

تأثیر عوامل خطر روانشناختی در تاریخچه‌ی زندگی گیلدا ردنر به‌خوبی نشان داده می‌شود. خاله‌ی ردنر و دو فرزندش در اثر سرطان تخمدان از دنیا رفتند و درمان سرطان پستان مادرش موفقیت‌آمیز بود. گیلدا با خطر ژنتیکی روبرو بود، اما آیا او صددرصد محکوم به مرگ در اثر سرطان تخمدان بود؟ هیچ دلیلی برای این تفکر وجود ندارد.

برای بسیاری از زنانی که مبتلا به سرطان تخمدان می‌شوند، وراثت در بین عوامل خطر، نقش پررنگی ندارد. برای عده‌ای، این عامل وراثت خیلی مهم است. حدود هشت درصد از زنان مبتلا به سرطان تخمدان یکی از جهش‌های ژنتیکی را دارند که به‌عنوان افزایش دهنده‌ی خطر سرطان شناخته می‌شوند. درواقع، این‌ها همان ژن‌های BRCA هستند که در سرطان پستان نقش دارند. بسته به اینکه کدام رشته‌ی دی‌ان‌ای نقش دارد، کسانی که در یک ژن جهش دارند ممکن است ۶۳ درصد خطر ابتلا به سرطان را تا سن هفتاد سالگی داشته باشند. زنانی که در ژن‌های دیگر جهش دارند، با ۲۷ درصد خطر سرطان تخمدان تا سن ۷۵ سالگی مواجه هستند. [۲۴] برای زنانی که این جهش را ندارند، اما یکی از خویشاوندان درجه یک آن‌ها (مادر، خواهر یا دختر) سرطان تخمدان دارد، این میزان خطر حدود پنج درصد است. در اینجا باز هم می‌بینیم که ژن‌ها به‌تنهایی همه‌ی داستان نیستند. حتی در این طبقه بندی‌های پرخطر هم، بیماری سرطان برای همه رقم نخورده است.

گیلدا رندر از انرژی دیوانه‌وار و اشتیاق برای تجربه‌آکنده بود، اما فشار روانی یک زندگی پراسترس و توأم با نادیده گرفتن خویش را به دوش می‌کشید. مشکل اختلال خوردن که او از آن رنج می‌برد، احتمالاً بر تعادل هورمونی‌اش تأثیر داشت. او نازا هم بود و این احتمالاً به‌خاطر نوع کارکرد معیوب غده‌ی هیپوتالاموس- غده‌ی هیپوفیز است که در اوایل این فصل به آن پرداختیم.

ستاره‌ی لاگراندام برنامه زنده‌ی شنبه شب‌ها بیمار مبتلا به پراشتهایی بود. او طبق توصیف خودش، کودکی «ناشاد، چاق و معمولی» بود. او کودکی‌اش را یک کابوس می‌دانست. در خاطراتش اینگونه نوشته بود: «من و برادرم، خودمان را تا مرز بچه‌های کوچک بادکنک‌فروش پایین کشیدیم. ما شبیه هیولاهای بدون گردن بودیم. والدینم ما را هر سال به کمپ تابستانه می‌فرستادند و هر سال من سپر بلا می‌شدم...». در بازی پرنسس، دختران به دو دسته‌ی دختران کنترل‌گر و دختران زیبا تقسیم می‌شدند. دختران کنترل‌گر دختران زیبا را پرنسس می‌کردند و خودشان مشاور این پرنسس‌ها بودند. دختر چاق خدمتکار یا چیزی شبیه به این می‌شد و من این دختر خدمتکار بودم». [۲۵]

رابطه‌ی گیلدا با مادرش شدیداً منفی بود و رقابت بر سر توجه پدر، مشخصه‌ی بارز رابطه‌ی آن‌ها بود. گیلدا بر این باور بود که پدرش «عشق زندگی‌اش» بوده است. مرگ پدرش در اثر سرطان مغزی، در سن ۱۲ سالگی او، فقدان غیرقابل جبرانی بود.

گیلدا در سراسر دوران بزرگسالی در یاسی مطلق، بی هدف به دنبال عشق و پذیرش جنس مذکر بود. او نوشت: «زندگی من تا حد زیادی تحت کنترل مردانی بود که عاشقشان بودم». او تلاش می‌کرد تا خودش را به زنی تبدیل کند که مردان در زندگی خود ترجیح می‌دهند.

به نظر گیلدا صحبت کردن درباره‌ی حقیقت عاطفی‌اش با مادرش، هنریتا، یا نه گفتن به او به‌صورت مستقیم غیرممکن بود. گیلدا، یک ستاره و بیمار مبتلا به پراشتهایی پنهان، تلاش می‌کرد با سرهم‌کردن داستانی کامل درباره‌ی رژیم غذایی خیالی‌اش، اضطراب مادرش را نسبت به عادات خوردنش کمتر کند. هنریتا تا وقتی که گیلدا زنده بود، چیزی درباره‌ی پراشتهایی او نفهمید.

گیلدا محیطش را با استفاده از کم‌دی کنترل می‌کرد. کم‌دی نیاز حیاتی کودکی او را پر می‌کرد. کم‌دی راهی برای محبوب کردن خودش پیش پدرش و تنها ابزار نزدیک شدن به مادرش بود؛ «راه نزدیک شدن به او، وقتی هیچ‌چیز دیگری جواب نمی‌داد». او به یک کم‌دین «طبیعی» بدل شد. هزینه‌ی این کار هم از بین بردن احساسات خودش بود.

گیلدا به گفته‌ی خودش، یک خوره‌ی کار بود که اجازه می‌داد استرس و فشار، زندگی ارزشمندش را هدایت کند. در یک سفر مربوط به جوانان به پاریس، در یک ژست خودکشی نمایشی که خیلی راحت می‌توانست او را به کشتن دهد، خودش را در مسیر رفت‌وآمد ماشین‌ها انداخت. او به دوستش که او را به سمت امنی هل داد گفت: «حداقل یک نفر به من اهمیت می‌دهد».

حتی بعد از اینکه علائم سرطان تخمدانش باعث دردهای فیزیکی مثل انسداد روده شد، رندر باز هم بیشتر به فکر راضی کردن دیگران بود تا برآوردن نیازهای خودش. او می‌گشت و از منابع گوناگون راهنمایی دریافت می‌کرد. دوراهی او چه بود؟ «من به یکباره به این فکر افتادم که چطور می‌توانم این همه آدم را از خودم خشنود کنم؟ منیزیوم سیتрат استفاده کنم؟ دستگاه تنقیه‌ی قهوه چطور [۱۱۴]؟ یا هر دوی این‌ها را؟ ماساژ شکمی انجام دهم یا روده‌ای؟ به پزشک‌ها درباره‌ی همه‌ی این‌ها بگویم؟ شرق و غرب همدیگر را در بدن گیلدا ملاقات می‌کنند: در قسمت پایین گلویم پزشکی غربی انجام شد و روی باسنم پزشکی شرقی.»

وقتی به نظر می‌آمد که درمانش موفقیت‌آمیز بوده است، به دختر روی پوستر برای سرطان تخمدان بدل شد و عکسش روی جلد روزنامه زندگی ترسیم شده بود. او برای خیلی‌ها الهام بخش بود، اما این بهبودی عمر کوتاهی داشت. او که هنوز به نقش‌های کودکی‌اش چسبیده بود، خودش را بابت اینکه در اثر ابتلا به بیماری لاعلاجش دیگران را ناامید کرده بود، سرزنش می‌کرد. «من به سخنگوی زنان در اجتماع سلامت و نماد خوب شدن تبدیل شده بودم. من یک بیمار سرطانی الگو بودم که در درمان خودم کاملاً نقش فعالی داشتم؛ ولی احساس می‌کردم نمونه‌ی زنده‌ای بودم که دیگر جواب نمی‌دهد. با خودم فکر می‌کردم که من یک «شیاد» هستم.» [۱۱۵]

گیلدا درنهایت، در نزدیکی مرگش بود که فهمید نمی‌تواند مادر دنیا باشد. «من نمی‌توانستم هرکاری که دلم می‌خواهد انجام دهم؛ نمی‌توانستم با تمام بیماران سرطانی که می‌شناختم تماس بگیرم؛ نمی‌توانستم به بهبودی تمام زنان مبتلا به سرطان تخمدان کمک کنم؛ نمی‌توانستم هرنامه‌ای که دریافت می‌کردم را بخوانم؛ چون من را نابود می‌کرد. من نمی‌توانستم به‌اندازه‌ی تمام اشک‌های دیگران گریه کنم، من باید از خودم مراقبت می‌کردم. این مهم است که آدم بفهمد مجبور است از خودش مراقبت کند، چون تا وقتی از خودتان مراقبت نکنید، نمی‌توانید از دیگران هم مراقبت کنید».

فصل ۸: نتیجه‌ی خوبی از این شرایط به دست می‌آید

بیماریِ اِد زمانی تشخیص داده شد که پزشکِ عمومی‌اش در حین معاینه مقعدی روتین، غده‌ی کوچکی پیدا کرد. او می‌گوید: «من برای بافت‌برداری رفتم و در آنجا شش عمل جراحی روی پروستاتم انجام دادند. در یکی از عمل‌ها، متوجه بیوست شدند. از آن لحظه به بعد، من تمام گزینه‌ها را بررسی کردم و همه‌ی آن‌ها بریدگی، سوختگی و یا سم بودند. من با مردان زیادی صحبت کردم که پروستاتشان را برداشته بودند و بعضی از آن‌ها هم پرتودرمانی کرده بودند. برای بیشترشان این تجربه چیز مزخرفی بود.»

من از اد پرسیدم: «هیچ درمان دارویی‌ای نداشتی؟»

«من پیش دکتر علفی رفته‌ام، هیپنوتراپی می‌کنم و عمیقاً خودم و نحوه زندگی‌ام را بررسی کرده‌ام.»

این عبارتِ پررنگ اد «بریدگی، سوختگی یا سم» به سه نوع اصلی درمانی اشاره دارد که درحال حاضر برای سرطان پروستات پیشنهاد می‌شود: عمل، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی. گرچه بعضی از بیماران این درمان‌ها را بدون آسیب پشت سر می‌گذارند، اما بعضی‌ها هم از پیامدهای ناخوشایندی مثل بی اختیاری ادرار و ناتوانی در ادرار رنج می‌برند. بازنگری بیش از یکصد هزار مورد پروستات‌برداری [۱۱۶] که در سال ۱۹۹۹ به چاپ رسید، نشان داد که «عوارض و بستری شدن مجدد بعد از پروستات‌برداری، نسبت به قبل از تشخیص آن خیلی شایع‌تر است» [۱].

این خطرات در صورتی قابل قبول بودند که درمان‌های موجود، بیماری را درمان می‌کرد و زندگی‌ها را نجات می‌داد، اما شواهد در بهترین حالت خود متزلزل هستند. کمپین‌های عمومیِ پرسروصدا که مردان را به آزمایشات غربالگری تشویق می‌کنند تا برای سرطان پروستات، معاینه‌ی دیجیتال مقعدی یا آزمایش خون آنتی‌ژن مخصوص پروستات (PSA) انجام دهند، هیچ پایه‌ی علمی ثابت شده‌ای ندارند. تیموئی ویلت، دانشیار پزشکی از مرکز پزشکی امور کارآزموده‌های مینه پلیس [۱۱۷] به مجله‌ی نیویورک تایمز [۲] گفت: «به نظر من، این مهم است که افراد بدانند وقتی سرطان پروستاتشان را تشخیص می‌دهیم، باز هم شواهدی دال بر اینکه درمان جواب می‌دهد در دست نداریم. اصل موضوع غربالگری همین است: اگر درمان جواب نمی‌دهد، پس چرا از PSA برای پیدا کردن تومور استفاده کنیم؟»

حامیان رویکردهای پزشکی تهاجمی [۱۱۸] بایستی از آمار جمع‌آوری‌شده توسط دکتر اوتیس براولی، پزشک سرطان‌شناس و متخصص بیماری‌های واگیردار در انستیتوی سرطان ملی‌ایالات متحده آمریکا ناامید شده باشند. در مکان‌هایی که غربالگری در شکل وسیع اجرا می‌شود، احتمال تشخیص سرطان پروستات بالا می‌رود و تعداد مردانی که درمان می‌شوند هم به تبع آن بیشتر می‌شود، اما میزان مرگ‌ومیر در اثر بدخیمی پروستات همچنان بدون تغییر است [۳]. در هر صورت، میزان مرگ‌ومیر در اثر سرطان پروستات، در قسمت‌هایی که به‌خوبی غربالگری شده بودند، کمی بیشتر بود. یافته‌هایی که در ژورنال انستیتوی سرطان ملی به چاپ رسیده‌اند هم گیج‌کننده هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند در مردانی که به‌صورت تهاجمی برای سرطان پروستات درمان شدند، نسبت به مردانی که هیچ‌گونه مداخله‌ی پزشکی دریافت نکردند، احتمال بیشتری برای مرگ در اثر سایر سرطان‌ها وجود دارد. [۴]

گرچه بعضی از سرطان‌های پروستات احتمالاً می‌بایست درمان دریافت کنند، اما در این نقطه، دقیقاً مشخص نیست که مداخله برای چه کسانی مفید است. بسیاری از سرطان‌های پروستات با سرعت خیلی کمی رشد می‌کنند؛ طوری که شاید قبل از اینکه غده‌ی بدخیم، سلامت مرد را به خطر بیندازد خودش از دنیا رفته باشد. مواردی هم وجود دارند که در آن‌ها، که سرطان به حدی تهاجمی عمل می‌کند که وقتی تشخیص داده می‌شود که درمان هیچ فایده‌ای ندارد. چون هیچ راه مطمئنی برای فهمیدن این موضوع وجود ندارد که درمان چه زمانی جواب می‌دهد، پس چگونه بدانیم افرادی که از سرطان پروستات جان سالم به‌درمی‌برند را چه‌چیزی زنده نگه می‌دارد؟ درمانشان یا بیماریشان؟ درمورد بدخیم بودن پروستات، پزشکی آن‌طور استانداردهای علمی متداول را به کار نمی‌گیرد.

عقیده‌ی عموم بر این نگاه مبتنی بر عقل سلیم مبتنی است که هرچقدر بیماری زودتر کشف شود، احتمال اینکه پزشکان بتوانند آن را درمان کنند بیشتر خواهد بود. افراد معروفی مثل ژن نورمان شوارزکوف، گلف باز معروف، آرنولد پالمر و یا وزیر کابینه‌ی فدرال کانادا، آلن راک -که همگی بعد از آزمایشات غربالگری مبتلا به سرطان پروستات تشخیص داده شدند- با این باور که مداخله‌ی پزشکی زندگیشان را نجات داده است، به‌عنوان حامیان ترغیب‌کننده به تشخیص زود هنگام عمل می‌کنند. دکتر اوتیس براولی به ژورنال انجمن‌های پزشکی آمریکا [۵] گفت: مردان باید بگذارند علم در تصمیم‌گیری برای غربالگری و درمان سرطان پروستات به آن‌ها کمک کند، نه جدیدترین

شخصیت‌های معروفی که از آزمایش PSA حمایت می‌کنند.

علی‌رغم آشفتگی‌های علمی، گرایش به سمت درمان قدرتمند است. پزشکان کمی هستند که ترجیح می‌دهند طبیعت مسیر خودش را در مواجهه با بیماری‌های بالقوه طی کند، حتی اگر ارزش مداخله سؤال برانگیز باشد و مردان، حتی اگر از شرایط به‌خوبی آگاه باشند، شاید ترجیح دهند کاری انجام دهند تا اینکه اضطراب ناشی از خنثی بودن را با خود حمل کنند. در هر صورت، بیماران همیشه این حق را دارند که از هرچیزی درباره‌ی سرطان پروستات باخبر باشند. این مسئله، همانقدر که مهم است، همانقدر هم مجهول باقی مانده است.

سرطان پروستات اولین غده‌ی بدخیم انسانی است که با تأثیرات هورمونی ارتباط دارد. درست همان‌طور که سرطان پستان در زنانی که تخمدانشان را برداشته‌اند، بهبود می‌یابد. عقیم سازی هم به‌خاطر کاهش میزان آندروژن یا هورمون‌های مردانه، به کوچک شدن تومورهای پروستات منجر می‌شود. اورکیدکتومی^[۱۱۹] برداشتن بیضه‌ها با جراحی (همواره به‌عنوان بخشی از اسلحه‌سازی درمان باقی می‌ماند؛ درست مثل انجام درمان‌های قدرتمندی که جلوی تأثیر هورمون‌های مردانه را می‌گیرند. این «اخته‌سازی شیمیایی» درمان درجه یکی است که در حال حاضر به مردان مبتلا به سرطان پروستات متاستاتیک پیشنهاد می‌شود.

با در نظر گرفتن رابطه‌ی قوی بین میزان هورمون و عواطف، جالب است که تحقیقات پزشکی و فعالیت پزشکی تأثیرات روان‌شناختی را به‌عنوان علت ابتلا به سرطان پروستات تا این اندازه نادیده گرفته‌اند و از اتخاذ رویکردهای کل‌نگران‌تر به درمان آن اجتناب کرده‌اند. عملاً هیچ تحقیقی درباره‌ی تأثیر شخصیت یا عوامل استرس در ارتباط با غده‌ی بدخیم پروستات وجود ندارد. کتاب‌های درسی این موضوع را نادیده می‌گیرند.

با توجه به چیزی که از قبل شناخته شده، غفلت از رابطه‌ی بالقوه بین استرس، عواطف و سرطان پروستات کمتر قابل توجیه است. بسیاری از مردها تا دهه‌ی سوم زندگیشان، سلول‌های سرطانی در پروستاتشان دارند و تا دهه‌ی هشتم زندگی، اکثرشان همچنان این سلول‌ها را دارند. یک مرد تا سن پنجاه سالگی، ۴۲ درصد شانس ابتلا به سرطان پروستات را دارد. با این‌همه، افراد نسبتاً کمی هستند که صرف نظر از سن، تا نقطه‌ی بیماری بالینی آشکار پیشروی می‌کنند. به‌عبارتی، حضور سلول‌های پروستات سرطانی، حتی در مردان جوان‌تر هم اتفاقی غیر

عادی نیست و با بالا رفتن سن، این یک هنجار می‌شود. فقط در تعداد کمی از مردها، این رویداد تا شکل‌گیری توموری که باعث بروز علائم شود یا تهدیدی برای زندگی باشد، پیشروی می‌کند. خوب است از خودمان بپرسیم که استرس، چگونه به ابتلا به بیماری بدخیم کمک می‌کند. الگوهای شخصیتی یا مقتضیات زندگی چه مداخله‌ای در مکانیسم‌های دفاعی بدن دارند که امکان تکثیر سلول‌های سرطانی از قبل موجود را فراهم می‌کنند؟ وقتی موفق شدم با اد مصاحبه کنم -مردی لاغر اندام و قوی که بدن و صورتش سال‌ها جوان‌تر از سن خودش، یعنی ۴۴ ساله به نظر می‌آمد- از همسرش جین که داشت برای خرید خانه را ترک می‌کرد کمک گرفت. او گفت: «خیلی حرص می‌گیرد ولی با این حال مجبورم بروم و به‌خاطر او به کامیون این و آن نگاه بیندازم. این اولش نیست.»

من گفتم: «بگذار همین الان چیزی ازت بپرسم.»

- البته.

- تو گفتی که نگاه کردن به کامیون این یارو، یک کار آزاردهنده است. در اینجا استفاده از این استعاره توسط کسی که مبتلا به سرطان پروستات است، از نظر کالبدشناختی جالب است. در زندگی، نه گفتن به چیزهایی که عملاً بیشتر آزاردهنده بوده تا منفعت‌رسان، تا چه اندازه برای آسان بود؟ - راستش من نه نمی‌گویم. من سعی می‌کنم همیشه به افراد کمک کنم.

- حتی اگر برای دردناک باشد؟

- بله. حتی اگر بهترین زمان برایم نباشد یا مجبور باشم کارهای دیگری را انجام دهم که برایم مهم‌تر هستند. من دوست دارم به دیگران کمک کنم.

- اگر این کار را نکنی چه اتفاقی می‌افتد؟

- احساس بدی پیدا می‌کنم، احساس گناه.

اد، رهبر یک گروه موسیقی روستایی، سابقاً مواد مخدر مصرف می‌کرد؛ «دو یا سه سیگار در هر روز از تمام سال‌های جوانی‌ام. مشکل من از همان زمان کودکی‌ام مصرف نوشیدنی بود». اد درباره‌ی اولین رابطه‌اش در بزرگسالی - که ده سال طول کشیده بود- با من صحبت می‌کند. او با خانمی مسن‌تر از خودش زندگی می‌کرد که دو فرزند داشت و اد در تربیت آن‌ها نقش داشت. او هر روز نوشیدنی مصرف می‌کرد تا ناشادی‌اش را پنهان کند. این رابطه در نهایت تمام شد؛ چون که شریک زندگی‌اش درگیر رابطه‌ای نامشروع با فرد دیگری شده بود.

«من تسلیم شدم. گفتم نمی‌توانم این را تحمل کنم. من هیچ‌وقت با کسی نبودم؛ اگرچه گاهی احساساتی داشتم. از آن روز به بعد، به مدت یک سال و نیم اعتیادم را کنار گذاشتم، پیاده‌روی را شروع کردم و هرکاری که دلم می‌خواست را انجام می‌دادم. احساس آزادی می‌کردم. انگار بار بزرگی از روی دوشم برداشته شده است. من می‌توانستم هرکاری که دلم می‌خواست انجام دهم و نسبت به خودم حس خیلی خوبی داشتم.»

- این روزها چقدر نوشیدنی مصرف می‌کنی؟

- شاید حدود چهار بطری در روز؛ هر روز.

- این چه نفعی برایت دارد؟

- من و جین خیلی به هم وابسته بودیم؛ مشکلات او، مشکلات من هم بود و این شرایط، هرروز برایم سخت‌تر و سخت‌تر می‌شود و به همان خاطر، دوباره مصرف نوشیدنی را شروع کردم.

- بنابراین، به نحوی در این ازدواج شاد نیستی.

- من فکر می‌کنم بزرگ‌ترین موضوع عامل کنترل است. من اجازه دادم که جین به‌خاطر بیماری‌ام اس و به‌خاطر اینکه از ازدواج سختی بیرون آمده بود، کنترل این ازدواج را به دست بگیرد. [۱۲۰] به او دیکته می‌شد که چه لباسی بپوشد، چجوری رفتار کند و وقتی همین‌ها روی من انجام می‌شود، باعث می‌شود از این ازدواج بترسم.

- پس احساس می‌کنی که تحت کنترل هستی. چه حسی از این بابت داری؟

- حس انزجار.

- و چطور با این موضوع برخورد می‌کنی؟

- پنهانش می‌کنم.

- یعنی به او نمی‌گویی که این شرایط را دوست نداری؟

- نه، نمی‌گویم.

- این تو را یاد چه چیزی می‌اندازد؟

- کودکی‌ام؟ دقیقاً.

گرچه اد قبلاً به من گفته بود که خیلی خوب بزرگ شده است، اما خیلی زود روشن شد که احساس می‌کرده والدینش او را کنترل می‌کنند و وقتی که نمی‌توانسته انتظارات آن‌ها را برآورده کند احساس گناه می‌کرده. او به‌خاطر می‌آورد که کتک می‌خورد که البته این را حق خودش می‌دانست، و با کنکاش بیشتر، مشخص شد که از سن هشت سالگی، پدرش با کمر بند او را می‌زده است. او بر این باور بود که این بهترین راه برای انجام کارها بود.

- نظرت چیست؟

- خب؛ الان دیگر فکر نمی‌کنم این روش پدرم بهترین راه بوده است، اما می‌دانید که، در بچگی انسان انتخاب زیادی ندارد. من می‌خواستم که آدم خوبی باشم. وقتی در بچگی به پدرتان نگاه می‌کنید، نمی‌دانید که پدر باید چطور آدمی باشد؛ چون می‌خواهید که پدرتان کامل باشد و می‌خواهید که خودتان یک بچه‌ی کامل و بی نقص باشید.

یکی از ویژگی‌های عجیب غده‌ی بدخیم پروستات این است که درحالی‌که به نظر می‌رسد تستوسترون -هورمونی که از نگاه عموم مسئول پرخاشگری مردانه است- به رشد آن دامن می‌زند، اما این سرطان اساساً متعلق به مردهای مسن‌تر است. با این‌همه، تولید تستوسترون بدن با بالا رفتن سن کاهش پیدا می‌کند. به‌علاوه، ثابت نشده است که مردان مبتلا به سرطان پروستات، در خون خود، متوسط میزان تستوسترون بالاتری دارند. درست مثل گیرنده‌های استروژن در سرطان پستان، به نظر می‌رسد حساسیت سلول‌های تومور نسبت به غلظت نرمال تستوسترون

هم بایستی تغییر کرده باشد.

مثل ترشح هورمون توسط غدد فوق کلیوی و تخمدان‌ها، سنتز تستوسترون توسط بیضه‌ها هم تحت کنترل بازخوردی و پیچیده‌ی سیستم غده‌ی هیپوتالاموس-هیپوفیز در مغز است. این شبکه که نسبت به استرس و عواطف واکنش بالایی دارد، موجی از مواد بیولوژیک را به جریان خون می‌فرستد. عوامل عاطفی می‌توانند تأثیر مستقیمی بر کارکرد هورمون جنسی مردانه، چه خوب چه بد، داشته باشند؛ درست همان‌طور که استروژن، هورمون زنانه‌ی تخمدان‌ها، یا آدرنالین، کورتیزول و سایر هورمون‌های غدد فوق کلیوی تحت تأثیر رویدادهای روانی قرار می‌گیرند. اتفاقاً در مجموعه‌ی کوچکی از بیماران، برداشتن غده‌ی هیپوفیز مغز با عمل جراحی به نتایج مثبتی در درمان سرطان همراه بوده است. [۶]

تستوسترون تحت درک اشتباهی قرار گرفته است. وقتی می‌خواهیم اعتماد به نفس یا جرأت‌ورزی زنانه را تحسین کنیم، با تأکید می‌گوییم که فلان زن دل و جرأت دارد. نویسندگی روزنامه‌ی کانادایی در تمجید مارگارت تاچر، نخست وزیر سابق بریتانیا، زنی با اراده‌ی آهنین -یا سرسخت، بسته به نقطه نظر افراد- اینگونه نوشت که «تستوسترون او ۱۰ برابر بیشتر از مردان بود». در ضمن، ویرانگری و پرخاشگری تند مردانه را معمولاً به تستوسترون نسبت می‌دهند. درواقع، میزان بالای هورمون، بیشتر معلول است تا علت.

ثابت شده است که پیروزی یا شکست، نه‌تنها تعادل هورمون را، بلکه حتی سلول‌های مغزی را هم در گونه‌هایی از ماهیان، به نام سیکلید [۱۲۱] آفریقایی تغییر می‌دهد. در شکست، سلول‌های هیپوتالاموس ماهی با کاهش متعاقب هورمون‌های تکثیری و کوچک شدن بیضه کوچک می‌شوند. اگر این موقعیت به‌شکلی دستکاری شود که ماهیان شکست خورده سلطه پیدا کنند، با رشد چشمگیر سلول‌هایی در هیپوتالاموس مواجه می‌شویم که هورمون آزاد کننده‌ی گونادوتروپین [۱۲۲] (GRH) تولید می‌کنند. در این‌صورت، غده‌ی هیپوفیز تحریک می‌شود و هورمون‌هایی را تولید می‌کند که روی بیضه تأثیر می‌گذارند. بیضه‌ها نیز به نوبه‌ی خود، از نظر اندازه بزرگ‌تر می‌شوند و تعداد اسپرم ماهی‌ها افزایش پیدا می‌کند. موضوع مهم‌تری که این تحقیق به وضوح نشان داده، این است که تغییرات رفتاری (یعنی دست یافتن به جایگاه سلطه) باعث تغییرات فیزیولوژیک متعاقب آن می‌شوند. [۷]

ما به عنوان موجودات بسیار تکامل یافته، دوست داریم فکر کنیم که کارکرد غدد جنسیمان، به اندازه‌ی ماهی سیکلید بی‌ارزش آفریقایی، به راحتی در برابر فراز و نشیب‌های زندگی آسیب‌پذیر نیست. درواقع، میزان هورمون انسان مثل هورمون‌های این ماهی آفریقایی، احتمالاً بیشتر معلول تغییر در روابط مبتنی بر سلطه است تا علت آن. پروفیسور جیمز دابز، روانشناس اجتماعی از دانشگاه ایالت جورجیا از آتلانتا، تعامل تستوسترون و رفتار را مطالعه کرده است. طبق گزارش روزنامه نیویورک تایمز، بعد از مرور تقریباً ۴۰ مطالعه، او به این نتیجه رسید که اگرچه تستوسترون لیبیدو را بیشتر می‌کند، اما هیچ دلیلی مبنی بر اینکه باعث پرخاشگری می‌شود وجود ندارد. از طرفی، دلیلی وجود دارد که نشان می‌دهد حالت‌های عاطفی، می‌توانند به سرعت تولید تستوسترون را تغییر دهند: دکتر بادز، طرفداران تیم‌های ایتالیا و برزیل را قبل و بلافاصله بعد از کاپ جهانی ۱۹۹۴ مسابقات فینال فوتبال بین این دو کشور، مورد آزمایش قرار داد. از نگاه دکتر بادز، مبنی بر اثبات اصل کنایه‌آمیز «پز دادن» [۲۳]، میزان تستوسترون در برزیلی‌های پیروز، افزایش و در ایتالیایی‌های غمگین کاهش پیدا کرد [۸]. پس جای تعجب نیست که کارکرد غده‌ی جنسی متأثر از حالت‌های روان‌شناختی است؛ چه در مردان و چه در زنان. در مردان افسرده، ترشح تستوسترون و هورمون‌های دیگری که با کارکرد جنسی ارتباط دارند، تا حد زیادی کاهش یافته بود [۹]. بدخیمی وابسته به هورمون، مثلاً پروستات، می‌تواند تا حد زیادی مستعد تأثیرات زیست شیمیایی مرتبط با استرس و حالت‌های عاطفی باشد.

سرطان پروستات دومین غده‌ی بدخیم شایع در بین مردان است. تنها سرطان ریه به وفور اتفاق می‌افتد. محاسبات متغیر هستند، اما در ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۶ به اندازه ۳۱۷۰۰۰ مورد جدید برآورد شد و حدود ۴۱۰۰۰ هم فوتی داشت [۱۰]. هر ساله در کانادا حدود ۲۰۰۰۰ مورد جدید مبتلا تشخیص داده می‌شوند.

عوامل محیطی باید حائز اهمیت باشند. مردان ژاپنی که به هاوایی و ایالات متحده اروپا مهاجرت کرده‌اند، نسبت به بومی‌هایی که در ژاپن مانده‌اند، بیشتر به این بیماری مبتلا شدند: بیش از دو و نیم برابر. با این‌همه، در کالبدشکافی مردانی که بیماری بالینی ندارند، صرف نظر از مکان جغرافیایی، درصد مشابهی سلول بدخیم غیرفعال پیدا شد. [۱۱] پس سؤال اینجاست که چرا این سلول‌های غیرفعال، در یک محیط به تومورهای سرطانی تبدیل می‌شوند، اما در محیطی دیگر نه؟ یافته‌های بسیار معناداری مربوط به بیماری‌های واگیردار در

دسترس است که نشان می‌دهند استرس تأثیر تعیین کننده‌ای دارد بر این موضوع که چه کسانی از بیماری و مرگ ناشی از سرطان پروستات رنج می‌برند و چه کسانی، نه.

تاریخچه‌ی خانوادگی خطر سرطان پروستات را بالا می‌برد، اما در بسیاری از موارد، عامل اصلی به حساب نمی‌آید. هیچ‌گونه عامل محیطی خاصی که موجب سرطان شود، شناسایی نشده است که مثلاً قابل قیاس با سیگار و سرطان ریه باشد. در اینجا چربی‌های اشباع شده می‌توانند درگیر باشند. با در نظر گرفتن تغییرات وسیع جغرافیایی، ژنتیک می‌تواند تأثیرگذار باشد. این بیماری بیشتر در کشورهای اسکاندیناوی و کمتر در آسیا، شایع است. گروه نژادی/ قومی‌ای که بیشترین خطر در دنیا متوجه آنان است، آمریکایی‌های آفریقایی هستند که شیوع سرطان پروستات در بین آن‌ها، دو برابر بیشتر از جامعه‌ی سفید پوست ایالات متحده است.

در تمام مراحل سرطان پروستات، وقتی که سرطان در سنین کمتر تشخیص داده می‌شود، نسبت زنده ماندن مردان آفریقایی آمریکایی، کمتر از سفیدپوستان است. [۱۲] شاید بتوان این میزان مرگ بالا را به دسترسی محدود طبقه پایین- متوسط و افراد طبقه‌ی کارگر به مراقبت‌های پزشکی در سیستم بهداشت ایالات متحده نسبت داد. با این حال، تفاوت‌های نژادی در بدخیمی پروستات، با سیاست‌های طبقاتی مغایرت دارد. در هر صورت، تاکنون ثابت نشده است که دسترسی بیشتر به مراقبت‌های پزشکی، تأثیر مثبتی بر زنده ماندن دارد. شاید بتوانیم این تفاوت در میزان مرگ و میر را با اشاره به عوامل ژنتیکی توضیح دهیم. البته جز این مسئله را که سیاه پوستان آمریکایی، سرطان پروستات را تا شش برابر بیشتر از مردان سیاه پوست نیجریه تجربه می‌کنند. در اینجا هم وجود سلول‌های سرطانی «پنهان» بالینی، در هر دو گروه یکسان است. [۱۳]

در حال حاضر، اگر عوامل محیطی‌ای مثل جذب کالری مسئول ابتلا به این بیماری بوده باشند، در این صورت نمی‌توانیم انتظار تفاوت بیشتری در میزان مرگ و میر را بین سفید پوستان و سیاه پوستان آمریکایی داشته باشیم. در وضعیت کنونی، برآورد شده آیت که تنها حدود ده درصد از تفاوت بین سفید پوستان/ سیاه پوستان در میزان سرطان، نتیجه‌ی جذب چربی‌های اشباع شده است. [۱۴] از طرفی، اگر تأثیرات ژنتیک تعیین کننده باشند، در این صورت میزان بیماری بین سیاه پوستان ایالات متحده و نیجریه باید خیلی از چیزی که هست به هم نزدیک‌تر باشد.

موقعیت تاریخی، اجتماعی و اقتصادی سیاه پوستان جامعه‌ی ایالات متحده آمریکا، پیوند اجتماعات سیاه پوستان و خانواده‌های سیاه پوستان را تحلیل برده و به آمریکایی‌های آفریقایی، نسبت به شهروندان هم‌نوع سفیدپوستان استرس روانی بیشتری تحمیل کرده است یا اینکه سیاه پوستان آفریقا، جایگاهشان را در جامعه پایین‌تر می‌بینند. در اینجا شباهت‌هایی در شیوع بیش‌تر فشار خون بالا در بین سیاه پوستان آمریکایی وجود دارد. فشار خون بالا [۱۲۴] وضعیتی است که به‌وضوح با استرس ارتباط دارد. در یک مثال مشابه می‌بینیم که میزان بیماری خودایمنی، آرتریت روماتوئید که سیاه پوستان آفریقایی جنوبی تحت تبعیض نژادی از آن رنج می‌بردند، با مهاجرتشان از روستای مادری به شهر افزایش پیدا کرد، حتی وقتی که وضعیت مالیشان با این نقل مکان بهتر شده بود. به نظر می‌رسد عامل اصلی، فشارهای روانی زندگی در محیطی است که نژادپرستی در سطح رسمی، افراد را مستقیماً و آشکارا از استقلال و مقام و منزلت محروم کرده و در عین حال آن‌ها را از خانواده سنتی و حمایت اجتماعی جدا نموده است.

یافته‌ای دیگر هم‌سو با موضوعی که در جایی دیگر در رابطه با بیماری و جدایی عاطفی دیده‌ایم، این است که احتمال ابتلا به سرطان پروستات در مردانی که در حال حاضر متأهل هستند، در مقایسه با آن‌هایی که طلاق گرفته و یا بیوه شده‌اند کمتر است. [۱۵] گرچه من نتوانستم در ادبیات پژوهش هیچ گونه مطالعه‌ای در ارتباط مستقیم با سرطان پروستات و عوامل روان‌شناختی پیدا کنم اما یکی از تحقیقات به مردانی پرداخته بود که نسبت به گروه مقایسه، نیاز وابستگی بیشتری داشتند؛ مردانی که کمتر می‌توانستند خودشان را در قالب یک فرد بزرگسال تفرد یافته و متکی به خود تجربه کنند. این تحقیق نشان داد که مردان وابسته، بیشتر مستعد این هستند که به انواع بیماری‌ها از جمله سرطان پروستات و سرطان‌های دیگر مبتلا شوند. [۱۶]

اگر که نگاه کل‌نگرانه، حمایت تحقیقاتی بیشتری به‌دست می‌آورد و در دیدگاه پزشکی سرطان پروستات گنجانده می‌شد، مفاهیم کاربردی آن چه بود؟ اول اینکه، حمایت از معاینات و آزمایشات القا کننده‌ی اضطراب، حداقل تا زمانی که به اثبات قطعی اثربخشی‌شان دست پیدا می‌کردیم، متوقف می‌شد. در ژوئن سال ۱۹۹۹، اداره‌ی پست ایالات متحده قصد داشت تمبری را چاپ کند که «چک‌آپ‌ها و آزمایش‌های سالیانه» را برای سرطان پروستات توصیه می‌کند. ژورنال پزشکی نیو انگلند در برابر این رفتار احمقانه هشدار داد و خاطرنشان کرد که

این پیام، با شواهد علمی فعلی و تفکر اجتماع پزشکی ناهمسو است. [۱۷] دوم اینکه، ما ده‌ها هزار مرد را بدون اطلاع از موضوع عدم قطعیت - که درمان سرطان پروستات را در هاله‌ای از ابهام می‌گذارد- در معرض عمل‌های پیش‌رونده و بالقوه‌ی خطرناک و سایر مداخلات اثبات نشده قرار نمی‌دهیم. رویکرد کل‌نگرانه که فرد را در مرکز توجه قرار می‌دهد، به جای آزمایش خون یا گزارش پاتولوژی، تاریخچه‌ی زندگی فرد را در نظر می‌گیرد. این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا با دقت، تمام استرس‌هایی را که تجربه می‌کنند بررسی کنند، هم استرس‌های محیطی و هم استرس‌هایی که از درونشان نشأت می‌گیرد. در این داستان، تشخیص سرطان پروستات می‌تواند یک پیام آگاهی‌بخش باشد، نه یک تهدید. علاوه بر نوع درمان، که مردها انتخاب می‌کنند که دریافت کنند یا نکنند، آن‌هایی که ترغیب می‌شوند با تفکر پاسخ دهند با در نظر گرفتن تمام ابعاد زندگی‌شان احتمالاً شانس زنده بودنشان را بالا می‌برند.

رودی گولیانی که در آوریل سال ۲۰۰۰ مبتلا به سرطان پروستات تشخیص داده شد، یعنی در بحبوحه‌ی رقابت سنا در برابر هیلاری کلینتون، ظاهراً تحت تأثیر تغییر و تحولاتی قرار گرفته است. این شهردار سابق نیویورک سیتی را مرد ماشین‌سوار خطاب می‌کردند، شهردار آهنی؛ که از خستگی، ترس یا خود ناباوری مصون بود و کل زندگی‌اش را با اخلاق کاری زندگی کرد. [۱۸] او را تماماً با نقشش می‌شناختند، کسی که تنها چهار ساعت در شبانه روز می‌خواهید و بیشتر آن بیست ساعت باقیمانده را کار می‌کرد. درباره‌ی او می‌گویند که او نمی‌توانست دور بودن از مرکز فعالیت را تحمل کند. او باید در تمام کارها دخالت می‌کرد و نیاز داشت که همه‌چیز تحت کنترلش باشد و شبیه یک ژنرال، با فریاد با دیگران صحبت می‌کرد. او نمی‌توانست نسبت به درد و رنجی که افراد و گروه‌ها می‌کشیدند احساس همدلی داشته باشد و در برابر عواطف، بی‌نهایت خشک رفتار می‌کرد. بعد از تشخیص بیماری‌اش، او یک اعتراف علنی قابل توجه کرد. او با اشاره کردن به سرطان‌ش گفت:

«سرطان به شما می‌فهماند که مدام به چه‌چیزی فکر می‌کنید و اینکه چه‌چیزی واقعاً برایتان مهم است و چه‌چیزی باید برایتان مهم باشد: جایی که هسته‌ی شما وجود دارد. من حدس می‌زنم چون من برای مدتی طولانی در زندگی عوام و در سیاست بوده‌ام، فکر می‌کردم هسته‌ی من در سیاست است... اما این‌طور نیست.

از دل این اتفاق چیز خوبی برای من به دست آمد. کلی چیزهای خوب از آن به دست آوردم. من فکر می‌کنم خودم را کمی بهتر می‌شناسم. چیزهایی که برایم مهم هستند را بهتر می‌فهمم. شاید هنوز کامل به این نقطه نرسیده باشم. احمقانه است که فکر کنم تنها در چند هفته به این نقطه می‌رسم، اما فکر می‌کنم دارم در این مسیر حرکت می‌کنم.»

بر خلاف سرطان پروستات، سرطان دستگاه تناسلی مردانه -سرطان بیضه- که نوعی سرطان مرتبط با هورمون است، داستان موفقیت‌آمیزی برای سرطان‌شناسی پزشکی و جراحی بوده است. گرچه این بیماری نادر در گذشته سومین عامل اصلی مرگ سرطانی در بین مردان جوان بود، اما در حال حاضر جزء پنج مورد اول هم نیست. در حال حاضر با تشخیص زودهنگام، میزان درمان آن بیش از نود درصد است. همان‌طور که ماجرای قابل ملاحظه‌ی قهرمان تور چهار جانبه [۱۲۵] فرانسه، لانس آرمسترانگ نشان می‌دهد، حتی مردان مبتلا به بیماری متاستاتیک پیشرفته هم با ترکیب درست جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی -و اراده- به بهبودی کامل امید دارند.

وقتی که در مرکز مراقبت موقتی کار می‌کردم، یک سرطان‌شناس در آژانس سرطان کلمبیای بریتانیا از من خواست که با فرانسیس صحبت کنم، مردی ۳۶ ساله که مبتلا به سرطان بیضه بود؛ نه به این خاطر که او نیاز به تسکین داشت، بلکه چون احساس نیاز نمی‌کرد. گرچه تومور فرانسیس تا قبل از تشخیص، تا شکم انتشار یافته بود، اما به خاطر درمان درست، هنوز هم شانس او برای بهبودی کامل، بیشتر از ۵۰-۵۰ بود. مشکل این بود که او از تمام مداخلات پزشکی امتناع می‌کرد. سرطان‌شناس امیدوار بود که مهارت‌های مشاوره‌ای من به او کمک کند تا نگاه منفی‌اش عوض شود.

آمار پزشکی که درمان را نوید می‌داد -یا حداقل طول عمر را افزایش می‌داد- مورد علاقه‌ی فرانسیس نبود. او به خاطر پیش زمینه‌ی مذهبی‌اش از درمان امتناع می‌کرد و بر این باور بود که چون خدا این بیماری را برایش فرستاده، مقاومت در برابر آن، بی‌احترامی به دین است. او می‌گفت که از بابت درمان نگران نیست؛ احساس می‌کرد که حتی فکر کردن به آن هم اشتباه است. من سعی کردم از هر زاویه‌ای که می‌شد به دنیای انکار سرسختانه‌ی زندگی او وارد شوم. آیا احساس گناه بچگی او بود که باعث می‌شد این تنبیه را شایسته‌ی خود بداند؟ کاملاً روشن بود که فرانسیس به شخصه در زندگی تنها و دور از بقیه بود و هیچ خانواده یا فرد نزدیکی در اطرافش نداشت. آیا

او افسرده بود؟ آیا این شکلی از خودکشی پزشکی بود؟

من که چنین اعتقاداتی نداشتم، از او پرسیدم این ادعایش که فکر می‌کند خواست خدا را می‌داند، به نوعی کفر نیست؟ درواقع اگر خدا سرطان را برای او خواسته، پس آیا این بیماری نمی‌تواند چالشی برایش باشد تا بر آن غلبه کرده و چیزی از آن یاد بگیرد؟ به‌علاوه، اگر خدا منبع این بیماری بوده، پس آیا درنهایت او خودش منبع این دانش پزشکی نیز نیست که درمان را تا حد زیادی ممکن ساخته است؟

من همه‌ی این سؤال‌ها را پرسیدم، اما بیشتر به حرف‌های فرانسیس گوش می‌دادم. چیزی که می‌شنیدم، صدای یک مرد مبهوت و گیج بود که در امتناع از نجات دادن زندگی‌اش سرسخت بود. او برنقطه‌ای که از نظرش، اصول مذهبیِ راسخ بود سفت و سخت ایستاده بود و این برخلاف مخالفت‌های صریح بزرگسان کلیسا در برابر نظراتش بود. آن‌ها به او گفته بودند که تفسیرش از آموزه‌های مذهبشان، خودسرانه و غیرقابل توجیه است. آن‌ها پیشنهاد دادند که در دوره‌ی درمان و نقاهت از او حمایت کنند و همه‌ی این کارها بی فایده بود.

فرانسیس یکی از سه یا چهار مرد مبتلا به سرطان بیضه است که من تا این لحظه از نزدیک دیده‌ام. گرچه شیوع این بیماری بدخیم رو به افزایش است، اما هر ساله در ایالات متحده آمریکا، تنها حدود شش هزار مورد جدید و در کانادا یک دهم این عدد وجود دارد. هیچ تحقیقی درباره‌ی تاریخچه‌ی عاطفی یا فردی مردانی که تنها به واسطه پیامدهای روان‌شناختی مبتلا به این بیماری شده‌اند، در دست نداریم. بین اندک چیزی که من از زندگی فرانسیس فهمیدم، شرح حال منتشر شده‌ی لانس آرمسترانگ و تجربیات روی، مرد جوانی که به‌خوبی می‌شناختم و برای نوشتن این فصل با او مصاحبه کرده بودم، شباهت‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

آرمسترانگ برای اولین بار در زمستان سال ۱۹۹۶ متوجه ورم کوچک بیضه‌اش شد و رفته‌رفته در بهار پیش رو به‌طرز عجیبی احساس تنگی نفس می‌کرد. نوک سینه‌اش درد می‌کرد و از سال ۱۹۹۷ مجبور شد تور فرانسه را به‌خاطر سرفه و درد پشتش در قسمت پایین رها کند. لانس آرمسترانگ می‌نویسد: «ورزشکاران و به خصوص دوچرخه سوارها، کارشان انکار است.» [۱۹] درنهایت در ماه سپتامبر، وقتی سرفه‌هایش خونی شد و بیضه‌هایش به‌شکل دردناکی بزرگ شده بود، تصمیم گرفت پی مراقبت‌های پزشکی برود. تا آن زمان، سرطان تا ریه‌ها و مغزش انتشار یافته بود.

وقتی حرف از سرطان بیضه است، تنها دوچرخه سواران نیستند که دست به انکار آن می‌زنند. روی سی ساله ابتدا در اواسط سال ۲۰۰۰ احساس تورم در بیضه سمت چپش کرد، اما مراجعه به پزشک خانوادگی را تا هشت ماه به تعویق انداخت. در طی این زمان، او به هیچ‌کس چیزی نگفت. او می‌گوید: «من کمی خجالت می‌کشیدم و ضمناً می‌ترسیدم خبر بدی بشنوم.» طبق یکی از مطالعات بریتانیایی، اینگونه امتناع از دریافت کمک درمورد این بیماری چیز عجیبی نیست. تشخیص به تأخیر افتاده امری عادی است، اما این معمولاً بیشتر به‌خاطر تأخیر در مراجعه به پزشک است تا تأخیر در تشخیص درست. حداکثر دوره‌ی تأخیر بین بروز علائم و ارکیدکتومی، سه سال بود و متوسط تأخیر ۳.۹ ماه [۲۰].

شاید مردان جوان از پذیرفتن این موضوع که چیز اشتباهی در آن‌ها وجود دارد، مخصوصاً چیزی درمورد اندام‌های جنسی‌شان، اکراه دارند. اما منطق خلاف این را می‌گوید: اگر موضوع مردانگی باشد، در این‌صورت مردان جوان احتمالاً به محض اینکه متوجه نابهنجاری‌ای در بیضه‌هایشان شوند -درست مثل زمانی که مثلاً متوجه کم پشت شدن موهایشان به واسطه‌ی طاسی ارثی می‌شوند- به دنبال کمک‌های درمانی می‌روند. یقیناً وقتی به زندگی روی و شرح حال لانس آرمسترانگ نگاه می‌کنیم، به انگیزه‌های عمیق‌تری برای انکار بیماری پی می‌بریم.

من روی و خانواده‌اش را از زمانی که هشت ساله بود می‌شناختم. من به مدت بیست سال -یعنی تا سال ۲۰۰۰ که طبابت را کنار گذاشتم- پزشک خانوادگی‌شان بودم. چند ماه پیش که برای یک ملاقات کوتاه به دفتر قدیمی‌ام سر زدم، متوجه شدم که روی برای سرطان بیضه تحت درمان بوده است. برحسب اتفاق، همان بعد از ظهر، روی برای چک‌آپ به آنجا آمده بود. در آن زمان، من کتاب لانس آرمسترانگ را خوانده بودم. اسم کتابش این بود: این مربوط به دوچرخه سواری نیست؛ سفر برگشت من به زندگی است. شباهت‌های زندگی روی و لانس اسرارآمیز بود. شاید این شباهت در واکنش به بیماری، چیزی بیش از یک تصادف محض باشد.

آرمسترانگ مدت‌ها قبل از بیماری‌اش، الگویی از سرکوبی عاطفی را در زندگی‌اش شکل داده بود. یکی از دوستان نزدیکش او را اینگونه توصیف می‌کرد: «چیزی شبیه کوه یخ؛ یک قله که وجود دارد، اما بخش زیادی از آن زیر سطح است.»

آرمسترانگ هرگز پدر بیولوژیکش را نشناخت، پدری که با لحنی تحقیرآمیز، او را اهدا کننده‌ی دی‌ان‌ای توصیف می‌کند. مادرش لیندا مونیهام، دختر والدینی متارکه کرده، وقتی اولین پسرش، لانس را به دنیا آورد هفده ساله بود و خانواده او را ترک کرده بودند. پدر

لیندا که یک سرباز ویتنامی معتاد بود در روز تولد اولین نوهی پسریش اعتیاد را کنار گذاشت؛ این یکی از افتخاراتش بود.

لیندا زن جوانی بود، سرزنده و مستقل و درعین حال به خاطر شرایطش، فردی بسیار نیازمند که به سختی می‌شد گفت که بزرگسال است. همان طور که لانس نوشت: «از یک جهت، ما با هم بزرگ شدیم.» وقتی لانس سه ساله بود، لیندا ازدواج مجدد کرد. لانس، پدر خوانده‌اش، تری آرمسترانگ را مردی کوچک با سبیلی پرپشت و با عادت اغراق کردن در موفقیت‌هایش توصیف می‌کند. او پیرو اصول مسیحیت بود، اما مرتب لانس را کتک می‌زد؛ لانس می‌گفت: «کفگیر، روش انضباطی مورد علاقه او بود. اگر دیر به خانه می‌رسیدم، کفگیر نثارم می‌شد. محکم هم می‌زد. وقتی دردم کم می‌شد، دوباره می‌زد. باز هم محکم می‌زد. فقط آسیب فیزیکی نبود، بلکه روحم را هم آزرده می‌کرد. به همین خاطر تری آرمسترانگ را دوست نداشتم. من فکر می‌کردم او یک مشتاق [۱۲۶] تستوسترون و عصبانی است و در نتیجه، اولین تأثیری که من از مذهب سازمان یافته‌اش می‌گرفتم، این بود که مذهب برای آدم‌های دورو است.»

لانس نوجوان کم‌کم متوجه شد که پدرخوانده‌اش درگیر روابط خارج از عرف هم هست. لانس با اشاره به خیانت پدر خوانده‌اش می‌گوید: «من می‌توانستم با کتک‌های کفگیر کنار بیایم، اما با این موضوع هرگز.» این ازدواج از هم پاشید.

روی نیز اولین بچه‌ی یک مرد بد اخلاق و خشن است که در گذشته همسر و پسرش را کتک می‌زد. «من یکی از کارهای پدرم را به خوبی به خاطر دارم. او مچ دست‌ها و پاهایم را با طناب می‌بست و من را در حیاط پشتی ول می‌کرد. یادم نیست چه مدت من را آنجا رها می‌کرد، اما چیزی که خیلی آزارم می‌داد این بود که پسر می‌کرد، از پنجره به من نگاه می‌کرد و بهم می‌خندید. چطور می‌توانید چنین کاری را با یک بچه بکنید؟ واضح است که این کار تا همین الان هم من را ناراحت می‌کند.»

«آیا مادرت هم آنجا بود؟»

«فکر کنم مامانم سر کار بود.» روی مادرش را یار خودش می‌دانست. او خیلی زود نقش حامی مادرش را ایفا کرد و از او در برابر خشونت همسرش دفاع می‌کرد.

مادر لانس آرمسترانگ هم نمی‌توانست از پسرش در برابر کتک‌های همسرش محافظت کند. این غیرقابل اجتناب است که یک بچه در چنین

موقعیتی آسیب عمیقی از این ناکامی‌بیند و همین‌طور احساس خشم، هم از پدری بدرفتار و هم مادری که نمی‌توانست امنیت را برایش فراهم کند. به نظر می‌رسد لانس از این احساساتش ناآگاه است و به عقیده‌ی من، این منشأ گرایشش به انکار است؛ او دردش را نادیده می‌گیرد. لانس درباره‌ی علاقه‌ی دوران نوجوانی‌اش به ورزش‌های استقامتی می‌گوید: «اگر جشن رنج [۱۲۷] برپا بود، من در آن خوب عمل می‌کردم.»

همان‌طور که در متن بالا نشان داده شد، تحمل خیانت همسر مادرش به مادرش، برایش سخت‌تر از درمان سخت خودش بود.

فرزند مادری ناشاد، برای اینکه بار دیگری بر دوش مادرش نگذارد، سعی می‌کند با پنهان کردن آشفتگی خودش از او مراقبت کند. نقش او این است که خودکفا باشد و محتاج نباشد. این من را یاد پنهان کردن غیرارادی لنگی پاهایم بعد از یک جراحی جزئی زانو می‌اندازد. وقتی لانس ۲۵ ساله مبتلا به سرطان تشخیص داده شد، اصلاً نمی‌توانست این را مستقیماً به مادرش بگوید. او می‌گوید: «من به‌اندازه‌ی کافی قوی نبودم که این موضوع را با مادرم که بیمار بود در میان بگذارم.» او پیشنهاد دوست صمیمی‌اش را که خواست از طرف او با مادرش صحبت کند پذیرفت.

لیندا با قدرت، عشق و شجاعت از پس این چالش برآمد و از لانس در برابر کابوس پیش‌آگهی غیر قطعی، مشکلات گیج‌کننده‌ی تصمیمات درمانی درست و مشقت‌های جراحی مغز و شیمی‌درمانی حمایت کرد. بازتاب خودکار پسر لیندا در محافظت از او، ریشه در واقعیت‌های بزرگسالی‌شان نداشت، بلکه به تجربیات کودکی او بر می‌گشت که سبک مقابله‌ای را برنامه‌ریزی کرده بودند.

نتیجه‌ی رابطه‌ی کودکی روی با والدینش این بود که به گفته‌ی خودش: «من در گذشته، همیشه شادی دیگران را به شادی خودم ترجیح می‌دادم. عزت نفسم پایین بود و تصور می‌کردم که در اجتماع، اگر دیگران را شاد کنم، آن‌ها من را خواهند پذیرفت. من سعی می‌کردم آن‌ها را راضی نگه دارم و کارهایی را که فکر می‌کردم از من می‌خواهند انجام می‌دادم.»

- چطور آن کارها را انجام می‌دادی؟

- با صادق نبودن با خودم یا دیگران. همیشه با خواسته‌ی دیگران جلو رفتم؛ اگر چیزی می‌گفتند که آزارم می‌داد روراست نبودم و چیزی نمی‌گفتم. من از کنار این‌ها می‌گذشتم.

«چند سال قبل با دو تا شریک یک کسب و کار راه انداختیم. تا جایی که به من مربوط می‌شد، ما همه برابر بودیم، اما به نظر می‌رسید آن‌ها همه‌کاره هستند، همه‌چیز آن‌ها بودند. مسئولیت با آن‌ها بود. نظر من اهمیتی نداشت. این چیزها به من آسیب می‌زد، اما من این‌ها را پنهان می‌کردم و در خودم می‌ریختم و چیزی نمی‌گفتم. من نمی‌دانستم چطور با این موضوع برخورد کنم.»

به نظر من تفاوت تعیین کننده بین لانس آرمسترانگ با روی از یک طرف، و با فرانسیس از طرف دیگر در این است که دو نفر اول، عشق کافی را در زندگی‌شان دریافت می‌کردند و به بخشی از خودشان که امکان پرورش روحیه‌ی جنگجو را می‌داد تکیه می‌کردند. بر خلاف فرانسیس، آن‌ها وقتی که بیماری‌شان تشخیص داده شد توجه و حمایتی قوی از طرف خانواده و دوستان دریافت کردند.

من عمیقاً بر این باورم که سرکوبی، در شروع غده‌ی بدخیم بیضه نقش دارد. کار ارزشمندی خواهد بود اگر که یک نفر تحقیقی انجام دهد و با مردان مبتلا به این بیماری درباره‌ی نوع تجربه‌ی عاطفی زندگی‌شان مصاحبه موفقیت‌آمیزی داشته باشد. یکی از ابعادی که شایسته‌ی توجه است، میزان صمیمیت بیمار با مادر و همذات‌پنداری با اوست. شباهت غیرقابل وصفی در نگاه مادر و همسر لانس، کیک، وجود دارد که به نظر من، تصادفی نیست. در عکس سه نفره‌ی آن‌ها در آلبوم خاطرات مسحورکننده‌ی آرمسترانگ، به سختی می‌شود گفت این زن‌ها، دو نفر هستند.

یکی از درس‌هایی که روی به‌صورت طبیعی از تجربه‌ی سرطان‌ش گرفت، این بود که از این عادت رفتاری دست بردارد؛ اینکه همیشه دیگران را راضی نگه می‌داشت و به خودش هیچ توجهی نمی‌کرد. «الان هر کاری که انجام می‌دهم، بی‌شک برای راضی نگه داشتن دیگران نیست. چه چیزی من را خوشحال می‌کند؟ آیا این چیزی است که من می‌خواهم انجام بدهم؟ من در گذشته روش دیگری را امتحان کرده‌ام و متأسفانه برایم خوب نبود.»

فرانسیس درنهایت به مرکز مراقبت موقتی وارد شد. سرطان تا کبدش هم گسترش پیدا کرد و باعث تورم دردناک این عضو از بدنش شد. او خیلی زود از دنیا رفت، زودتر از چیزی که ما پزشکان پیش‌بینی کرده بودیم.

فصل ۹: آیا «شخصیت سرطانی» هم داریم؟

اواخر پاییز سال ۱۹۹۰ بود؛ پنج روز قبل از مرگ جیمی در اثر سرطان پوست که ستون فقراتش را درگیر کرده بود. همسرش هشت ماهه باردار بود. جز پدر جیمی، همه‌ی اعضای خانواده‌اش دور هم جمع شده بودند تا هفته‌های پایانی زندگی کنارش باشند. یک ماه و یک روز بعد از اینکه من مرگ جیمی را اعلام کردم، برای تولد دخترشان استل حاضر شدم، همان‌طور که در به دنیا آمدن دو فرزند بزرگ‌تر لیندا از ازدواج اولش کمک کرده بودم.

جیمی زیاد به دکتر مراجعه نمی‌کرد. اگرچه او و لیندا پنج سال با هم بودند، اما من فقط همان تابستانی که با درد مداوم پشتش به مطب آمد، او را ملاقات کردم. مشخص شد که این درد، نشانه‌ی متاستاز ستون فقرات در اثر سرطان پوست است که چندسال قبل، از قسمت پاهایش برداشته شده بود. بیماری اصلی او، یعنی ملانوم [۱۲۸] بدخیم، تومور کشنده‌ی ملانوسیت‌ها (سلول‌های رنگدانه‌ای در پوست) است. ملانوم که یک بیماری کشنده با میل سریع به انتشار یافتن در سایر ارگان‌ها است، معمولاً افراد را در بهار زندگیشان شوکه می‌کند.

من جیمی را خیلی خوب نمی‌شناختم، اما از اولین برخوردمان، به نظرم فوق العاده دوست داشتنی آمد. او سی و یک ساله، مؤدب، گرم و صمیمی بود، با موهای قهوه‌ای روشن مایل به حنایی، چشمانی آبی، صورتی کک مک و نگاهی باز، فراخ و ایرلندی.

قرار گرفتن در معرض اشعه‌ی فرابنفش، برای افراد سفید چهره، عامل اصلی خطر فیزیکی برای ملانوم بدخیم است. افرادی با اصالت سلتی [۱۲۹] ظاهراً آسیب‌پذیری بیشتری دارند؛ مخصوصاً اگر مثل جیمی، موی روشن، پوست کک مک و چشم آبی یا خاکستری داشته باشند. گروه‌های قومی با رنگ پوست تیره با ریسک کمتری برای ابتلا به سرطان پوست مواجه هستند. در هاوایی، سرطان پوست، در بین غیر قفقازها ۴۵ برابر کمتر از قفقازی‌ها است. [۱] متخصص‌های محلی پوست، در فصل تابستان در سواحل ونکوور به‌عنوان نوعی خدمات عمومی، «گشت زدن با کرم ضد آفتاب» را انجام می‌دهند و به آفتاب‌خواب‌ها هشدار می‌دهند که به سمت چه خطری می‌روند. متأسفانه، سرکوبی به‌راحتی استفاده‌ی ناکافی از کرم ضد آفتاب، قابل درمان نیست. بعضی از قانع‌کننده‌ترین شواهد تحقیقی که بین سرکوبی و ابتلا به سرطان رابطه

پیدا کرده‌اند، ملانوم بدخیم را پیامد آن می‌دانند.

شرایط جیمی خیلی زود رو به وخامت رفت و شیمی‌درمانی و پرتو رمانی حال او را بدتر کردند. او درنهایت گفت: «کافی است. من دارم دیوانه می‌شوم. من دارم می‌میرم و نیازی نیست با حالِ تا این‌اندازه بد از دنیا بروم.» طولی نکشید که پاهایش فلج شدند و همین امر او را به مرکز مراقبت موقتی کشاند. چند هفته بعد هم از دنیا رفت. تا دو سال قبل که فعالیت‌م را کنار گذاشتم، لیندا و بچه‌هایش همچنان بیماران من بودند. اخیراً با او تماس گرفتم و او، همراه با دونا، خواهر بزرگ‌تر جیمی قبول کردند که برای آماده‌کردن این کتاب مصاحبه کنند.

من از لیندا خواستم شخصیت همسر آخرش را توصیف کند. «جیمی آدم آسان‌گیر، خونسرد و بیخیالی بود. او دوست داشت که با آدم‌ها باشد. وقتی از من درباره‌ی استرس‌های زندگی او پرسیدی، من مجبور شدم در این‌باره فکر کنم. او شخصیت پراسترسی نبود. معتاد شده بود و هر روز مجبور بود کلی نوشیدنی مصرف کند. او هر روز نوشیدنی مصرف می‌کرد؛ حداقل چهار بار.»

- آیا این اصلاً تغییری در حالش ایجاد می‌کرد؟

- فقط اگر خیلی بیشتر از این می‌خورد... در این‌صورت به یک خرس خیلی بزرگ و دوست داشتنی تبدیل می‌شد که می‌خواست به همه بگوید چقدر آن‌ها را دوست دارد. وقتی که می‌نوشید، می‌خواست همه را بغل کند، رفیق‌هایش را هم، انگار که برادرهایش بودند. او نیاز داشت که به دوستش بگوید «تو رفیق منی» و بعدش می‌زد زیر گریه.

«او مرد خشن، عصبی و سرخورده‌ای نبود. او غمگین بود. او کلی غم داشت و من نمی‌دانم چرا.

فقط یک چیز هست که می‌توانم بهش فکر کنم؛ رازی در ارتباط با پدرش که نمی‌خواست به من بگوید. او نمی‌توانست درباره‌اش صحبت کند. درباره‌ی عواطفش صحبت نمی‌کرد. عملاً هیچ‌چیزی را با کسی در میان نمی‌گذاشت»

- او چه جور کودکی‌ای داشت؟

- او در هالیفاکس بزرگ شد. همیشه می‌گفت که کودک شادی بوده است. والدینش با هم بودند. هر دو والدش معتاد بودند؛ برداشت من این

بود که پدرش برای یک مدت طولانی، مصرف نوشیدنی بالایی داشته. فکر کنم مادرش هم وقتی جیمی نوجوان بود، مصرف نوشیدنی را شروع کرده بود.»
بعدها از صحبت‌های دونا، خواهر جیمی که دو سال از او بزرگ‌تر بود، دستگیرم شد که پدرشان در تمام دوران کودکی آن‌ها دائم‌الخمر بوده است. من و دونا دو بار با هم مکالمه داشتیم. او ابتدا به من گفت: «من در کودکی‌ام احساس راحتی داشتم. خواهر و برادرهای کوچک‌ترم نگاه متفاوتی دارند، اما من شرایط تربیتی خیلی خوبی داشتم. یک خانه‌ی خیلی شاد.

جیمی یک پسر بچه‌ی واقعی بود، یک کودک شاد. ما همیشه در حال بازی کردن بودیم. به حیاط پشتی می‌رفتیم و آب‌بازی می‌کردیم و روی هم آب می‌ریختیم؛ با این تفنگ‌های آب‌پاش اسباب بازی. من او را پسر بچه‌ای با چهره‌ی بشاش می‌دیدم.»

- والدینت را چطور به‌خاطر می‌آوری؟

- پدرم دوست‌داشتنی‌ترین و مهربان‌ترین بود. او آدم خیلی بامزه و سرگرم‌کننده‌ای بود. همیشه جوک می‌گفت، با ما آب‌بازی می‌کرد و قلقلکمان می‌داد، شکلک در می‌آورد و شبیه دونالد داک صحبت می‌کرد. آدم‌ها می‌آمدند و می‌گفتند به پدرت بگو شبیه داک حرف بزند.

- او شخصیت طنزپردازی داشت، اما آدم باید به حرف‌هایش گوش می‌داد. ما هم با او جوک می‌گفتیم، اما وقتی پدر صحبت می‌کرد زمین می‌لرزید. وقتی او ناراحت یا عصبانی می‌شد، وای، دیگر حرفش را نزن؛ این‌طوری بود. اگر کاری از ما می‌خواست باید انجامش می‌دادیم.»

- چرا؟

- چون اگر انجام نمی‌دادیم تنبیه‌مان می‌کرد و سرمان داد می‌زد.

دونا در سن نوزده سالگی ازدواج کرد و به شهر دیگری رفت. جیمی تا سن ۲۲ سالگی پیش والدینش بود. در سفر به ونکوور، که ظاهراً قرار بود فقط یک سفر کوتاه باشد تا دوستش را ببیند، به والدینش زنگ زد و گفت که بر نمی‌گردد. او جز برای دیدارهای کوتاه، دیگر برنگشت.

- او فقط تماس گرفت و گفت که به خانه بر نمی‌گردد. او یک نامه در کشوی بالایی دراورش گذاشته بود و علتش را در آن گفته بود.

- و فرار کرد.

- بله. و درباره‌ی علتش هم، فقط می‌دانم که به والدینمان گفت «راستش من نتوانستم به شما بگویم؛ چون نمی‌خواستم شما آسیب ببینید».

- بنابراین جیمی احساس می‌کرد که اگر مستقل شود، والدینش آسیب می‌بینند.

- همه‌ی ما همین فکر را کردیم. برای مادرم، بچه‌هایش همه‌ی دنیا بودند. آن‌ها همه‌چیز او بودند. او سعی می‌کرد برایمان بهترین باشد اما خیلی وابسته به ما بود؛ حتی به بهای آسیب‌رساندن به ما و بیشتر از همه به جیمی. اگر بخوایم خوب مرور کنیم، احساس می‌کنم ما خیلی به هم وابسته بودیم، در حد ناسالمی به هم وابسته بودیم. من فکر می‌کنم ما آدم‌ها در نقطه‌ای از زندگی‌مان باید اجازه دهیم بچه‌هایمان از پیشمان بروند. فکر می‌کنم او به‌خاطر عواطفش نگذاشت ما برویم. من احساس می‌کردم مدیون او هستم و جیمی هم خیلی وقت‌ها همین احساس را داشت. در حالت طبیعی، والدین سعی می‌کنند وقتی فرزندانشان بزرگ می‌شوند، جدا شدنشان درک کنند و آن را بپذیرند.

- فرارِ ظاهری و بیرونی جیمی به ساحل غربی به این معنا نیست که او از درون هم خودش را آزاد کرده است.

- البته، همین‌طور است. او آزاد نبود. او احساس وحشت داشت. احساس خیلی خیلی بدی داشت. او این کار را کرد، اما همچنان با این احساساتش زندگی می‌کرد.

طبق حرف‌های دونا، فشار ناشی از درد عاطفی والدین برای جیمی، حتی در پایان زندگی‌اش هم غیرقابل تحمل بود. «درست در تعطیلات آخر هفته‌ی روز کارگر [۱۳۰]، برادرم به من زنگ زد. او بهم گفت که به‌خاطر بیماری ملانوم چه اتفاقی برایش افتاده است، اما این را هم گفت که: "دونا، من نمی‌توانم به مادر و پدر زنگ بزنم، چون از نظر احساسی تاب آن را ندارم. تو می‌توانی این کار را برایم انجام دهی؟" من گفتم: "البته، انجامش می‌دهم." بعدش او گفت که مطمئن شوم پدر و مادر، نگران و گریان با او تماس نمی‌گیرند؛ چون نمی‌تواند تحمل کند.»

من به دونا گفتم شاید چیزی که از کودکی جیمی به‌عنوان «چهره‌ی واقعاً شاد» به یاد دارد، چهره‌ی واقعی‌اش نبوده است. حداقل تا حدودی ممکن است مکانیسم مقابله‌ای جیمی در واکنش به اضطراب‌ها و عصبانیت والدین باشد. این راهی برای اجتناب از تأثیر دردناک عواطف آن‌ها بود. تخفیف دادن رنج احساسی والدین با نادیده گرفتن دردهای خودش میسر بود.

دونا چند روز بعد با من تماس گرفت. مکالمه‌ی ما خاطرات زیادی را برایش زنده کرده بود. او نیاز به حرف زدن داشت.

«بعد از اینکه من و تو با هم صحبت کردیم، همه‌ی روز داشتم فکر می‌کردم. شب به رختخواب رفتم. حدود ساعت چهار صبح از خواب بیدار شدم. باور نکردنی بود که چیزهای زیادی برایم روشن شده بودند و پشت سر هم، به یاد می‌آمدند.

«تو گفتی لیندا گفته که جیمی غم زیادی داشت که شاید مربوط به پدرش باشد. من واقعاً جیمی را می‌شناختم، خیلی خوب می‌شناختم و بله، غم‌هایی هم داشت. می‌توانم به عقب برگردم، به شروع و کودکی‌اش را به‌خاطر بیاورم. تنها زمانی را که از رابطه پدر و برادرم می‌توانم به‌خاطر بیاورم، کمی‌جار و جنجال روی فرش اتاق نشیمن بود و کلی هم لبخند و خنده در کنارش بود. اما جز این، هیچ چیز دیگری بین آن‌ها ندیدم. هیچ‌وقت با هم به بازی‌هاکی نرفتند. پدرم هیچ‌وقت با او بازی نکرد.

موضوع ناراحت کننده این است که پدر ما همیشه می‌گفت که عاشق ماست، اما می‌توانست خیلی هم به ما آسیب بزند. من برادری دارم که خیلی آرام است و پدرم همیشه او را جلوی دیگران مسخره می‌کرد. او چیزهای وحشتناکی به برادرم می‌گفت؛ و همین‌طور به جیمی.

من هیچ‌وقت از دست پدرم عصبانی نشدم؛ همیشه دانسته یا نادانسته روی اشتباهاتش سرپوش می‌گذاختم. آن شب یک‌دفعه خیلی عصبانی شدم. به جیمی فکر می‌کردم و به تمام اتفاقاتی که هنگام بزرگ شدن و در همه‌ی زندگی‌اش تجربه کرده بود. به وقت‌هایی فکر کردم که پدرم صدایش را بالا می‌برد. وقتی جیمی سعی می‌کرد چیزی را تعمیر کند و ابزار درست را نداشت یا پیچ روی زمین می‌افتاد یا اگر چیزی دقیقاً آن‌طور که انتظار می‌رفت اتفاق نمی‌افتاد او فریاد می‌کشید و دادوبیداد راه می‌انداخت و ما هم می‌ترسیدیم. من فرار می‌کردم. به یکباره این صداها و جیغ زدن‌ها و داد و هوارها را به‌خاطر آوردم و با خودم گفتم: این‌طوری نمی‌شد زندگی کرد. ما نباید این‌ها را تجربه می‌کردیم.

حتی اواخر هم همین‌طور بود. پدرم آمد تا جیمی را ببیند؛ آن‌ها از هالیفاکس رانندگی کرده بودند. درواقع، خواهرم و همسرش تمام مدت رانندگی کرده بودند. پدرم کل راه مست بوده. آن‌ها چند هفته قبل از رفتن جیمی به مرکز مراقبت موقتی رسیدند. پدرم وارد خانه شد و نشست و جرعه‌جرعه نوشیدنی می‌خورد و حتی به اتاق خواب نرفت که پسرش جیمی را ببیند.

ما سعی می‌کردیم که روی رفتارش سرپوش بگذاریم. ما نمی‌خواستیم جیمی بفهمد که پدر نمی‌تواند با او رودررو شود؛ از اینکه ظاهر جیمی را ببینید می‌ترسید. درنهایت، پدر شجاعت به خرج داد و به اتاقش رفت و پرسید: "جیمی، می‌توانم کاری برای انجام دهم؟ چیزی نمی‌خواهی؟"

پدرم بیرون آمد، به سمت یخچال رفت و یکدفعه گفت: چرا اینجا آب سیب نیست؟ این را نمی‌فهمم! و سر همی ماهایی که داخل خانه بودیم دادوهوار راه انداخت. ما شوکه شده بودیم. کتش را پوشید و فوراً به فروشگاه رفت و با آب سیبی که برای جیمی خریده بود برگشت.

بعدش به خانه برگشت. همین. دیگر هرگز برای ملاقات جیمی به بیمارستان نرفت. او به هالیفاکس برگشت و هیچ‌وقت برای دیدن جیمی نیامد. سبک مقابله‌ی عاطفی جیمی در بین بیماران ملانوم خیلی شایع است. در سال ۱۹۸۴، تحقیقی دقیقی انجام شد که پاسخ‌های فیزیولوژیک به محرک استرس‌آور را در سه گروه را ارزیابی می‌کرد: بیماران ملانوم، افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی و گروه کنترل بدون بیماری پزشکی. هر فردی به یک درموگراف [۱۳۱] وصل بود، دستگاهی که وقتی فرد به مجموعه‌ای از اسلایدهای طراحی شده نگاه می‌کند واکنش‌های الکتریکی بدن را به این تصاویر از روی پوست ثبت می‌کند تا رنجوری روانی فرد را اندازه بگیرد. این اسلایدها جمله‌هایی با محتوای توهین آمیز، ناخوشایند و افسرده کننده را نشان می‌دادند؛ چیزهایی مثل: «تو زشت هستی»، «تو فقط باید خودت را سرزنش کنی». بعد از اینکه پاسخ فیزیولوژیک شرکت کننده‌ها ثبت شد، از آن‌ها خواستند که درباره‌ی آگاهی ذهنیشان از اینکه به‌هنگام خواندن هر جمله، احساس خونسردی می‌کردند یا آشفتگی، حرف بزنند. سپس محققان، نسخه‌ای از میزان واقعی آشفتگی سیستم عصبی افراد و همزمان گزارشی از ادراک آگاهانه‌ی افراد نسبت به استرس عاطفی فراهم کردند.

پاسخ‌های فیزیولوژیک این سه گروه مشابه هم بودند، اما گروه ملانوم نشان دادند که احتمالاً هرگونه آگاهی نسبت به اضطراب یا نگرانی بابت پیام‌های روی اسلایدها را انکار می‌کنند. «این تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به ملانوم بدخیم، واکنش‌های مقابله‌ای و گرایش‌هایی را از خود بروز می‌دهند که حاکی از «سرکوبگری» است. این واکنش‌ها کاملاً متفاوت با واکنش بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی بود که الگوی متضاد مقابله را بروز می‌دهند.» [۲]

گروه ملانوم از بین این سه گروه، بیشترین سرکوبی را داشتند. بیماران قلبی کمترین خودبازداری را داشتند (آن‌طور که به نظر می‌رسد، چنین نیست که واکنش این بیماران سالم بوده باشد. میانگین درنظر گرفته شده برای واکنش سالم، چیزی بین سرکوبی و بیش‌واکنشی بودن است.) این تحقیق نشان داد که افراد می‌توانند استرس‌های عاطفی را با اثرات فیزیکی قابل ارزیابی بر سیستمشان تجربه کنند؛

درعین حال که می‌توانند در پنهان کردن احساساتشان در محیطی کاملاً ورای آگاهی هشیار موفق شوند.

مفهوم شخصیت «نوع C» ابتدا در ارتباط با ملانوم بود که مطرح شد، ترکیبی از خصایص شخصیتی که بیشتر در افراد مبتلا به سرطان دیده می‌شود. افراد نوع A افرادی عصبانی، پرتنش، سریع، تکانشی و کنترل‌گر- و بیشتر مستعد بیماری‌های قلبی- توصیف می‌شوند. نوع B معرف افرادی متعادل‌تر و میانه‌روتر است که می‌توانند عواطفشان را بدون غرق شدن و باختن خودشان در طغیان‌های عاطفی کنترل نشده، احساس و ابراز کنند.

«شخصیت‌های نوع C بی نهایت یاری‌رسان، صبور، غم‌خوار، فاقد جرأت‌ورزی و پذیرا توصیف شده‌اند. یک فرد نوع C مشابه نوع B است؛ چون هردوی این‌ها آسان‌گیر و خشنود ظاهر می‌شوند، اما درحالی‌که شخصیت نوع B به راحتی خشم، ترس، ناراحتی و بقیه‌ی عواطفش را ابراز می‌کند، فرد نوع C، از نگاه ما، عواطف منفی‌اش را یا پنهان و یا سرکوب می‌کند؛ مخصوصاً حس خشم را و همزمان در کشمکش است که ظاهری قوی و شاد را در خودش حفظ کند.» [۳]

آیا خود بیماری می‌تواند شخصیت فرد را تغییر دهد و بر سبک مقابله‌ای او تأثیر بگذارد، به نحوی که شاید بازتابی از کارایی‌اش در زندگی قبل از شروع بیماری نباشد؟ داستان جیمی، به نقل از همسر و خواهرش، نشان می‌دهد که سرکوبی، «خوب بودن» و فقدان پرخاشگری، الگوهای پایداری در زندگی‌اش بودند و ریشه‌شان هم به اوایل کودکی برمی‌گشت. طبق نظر محققانی که پاسخ‌های مبتنی بر استرس فیزیولوژیک را در بیماران ملانوم مورد مطالعه قرار داده‌اند، «وقتی افراد مبتلا به بیماری -سرطان یا بیماری‌های قلبی عروقی- تشخیص داده می‌شوند، شیوه‌ی معمول مقابله‌شان با استرس را عجولانه تغییر نمی‌دهند و یا به یکباره الگوهای جدیدی را شکل نمی‌دهند. افراد وقتی تحت استرس قرار می‌گیرند، معمولاً از منابع موجود و سیستم دفاعیشان استفاده می‌کنند.»

استرس‌های روانی چگونه به ضایعات پوستی بدخیم منجر می‌شوند؟ احتمالاً عوامل هورمونی این موضوع را توجیه می‌کنند که تعداد تومورهای ملانوم در قسمت‌هایی از بدن که در معرض نور خورشید قرار ندارند، افزایش پیدا می‌کند. محققان عنوان کرده‌اند که هورمون‌ها می‌توانند سلول‌های تولیدکننده‌ی رنگ‌دانه را بیش‌ازحد تحریک کنند. [۴]

خصایص شخصیتی نوع C، که با ملانوم ارتباط دارند، در مطالعات مربوط به انواع سرطان‌ها هم یافت شده‌اند. در سال ۱۹۹۱، محققان ملبورن استرالیا بررسی کردند که آیا خصایص شخصیتی، می‌توانند عامل خطری در سرطان روده‌ی بزرگ یا راست‌روده باشند یا نه. بیش از ششصد نفر که به تازگی مبتلا تشخیص داده شده‌اند، با گروه کنترل همخوان مورد مقایسه قرار گرفتند. بیماران سرطانی از لحاظ آماری به‌اندازه‌ی معناداری بیشتر مستعد بروز ویژگی‌های زیر بودند: «مؤلفه‌های انکار و سرکوبی خشم و سایر عواطف منفی، ظاهر بیرونی فرد خوب یا بد، پنهان کردن واکنش‌هایی که ممکن است دیگران را ناراحت کند و اجتناب از تعارض. ریسک سرطان روده بزرگ [۱۳۲] با توجه به این مدل، چیزی جدا از عوامل خطر مربوط به رژیم غذایی، مصرف نوشیدنی و تاریخچه‌ی خانوادگی بود که پیشتر درباره‌ی‌شان صحبت کرده‌ایم.» [۵] ناشاد بودن در دوران کودکی یا بزرگسالی نیز، به‌صورت خودگزارشی، در بین موارد مبتلا به سرطان روده شایع‌تر بود. قبلاً درباره‌ی خصایص مشابه بیماران مبتلا به سرطان پستان، ملانوم، سرطان پروستات، لوسمی و لنفوم و سرطان ریه صحبت کرده‌ایم.

در سال ۱۹۴۶، محققان دانشگاه جونز هاپکینز یک تحقیق آینده‌نگر بلند مدت را شروع کردند. هدف این تحقیق درک این موضوع بود که آیا در بین افراد جوان، ویژگی‌های روانی زیستی مشخصی وجود دارد که بتواند به پیش‌بینی آسیب‌پذیری در برابر وضعیت بیماری در آینده کمک کند. در جریان هجده سال بعد، ۱۱۳۰ دانشجوی مرد سفیدپوست که در دانشکده‌ی پزشکی قبول شده بودند، تحت آزمایش روان‌شناختی قرار گرفتند. از آن‌ها درباره‌ی سبک‌های مقابله‌ای عاطفی و روابط کودکی‌شان با والدینشان سؤالاتی پرسیده شد. داده‌های زیستی -نبض، فشار خون، وزن و سطح کلسترول- و عادت‌هایی مثل سیگار کشیدن، نوشیدن قهوه و مصرف نوشیدنی نیز ثبت شدند. در پایان تحقیق، تقریباً تمام سوژه‌ها فارغ التحصیل شده بودند و بیشترشان پزشک بودند و در طیف سنی سی تا بالای شصت سال. در این نقطه، وضعیت سلامت آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. اکثر آن‌ها افراد سالمی بودند، اما به همان اندازه هم بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، بیماری روانی و سرطان داشتند و یا اقدام به خودکشی کرده بودند.

وقتی محققان به این پروژه فکر می‌کردند، انتظار این نتیجه را نداشتند که سرطان با عوامل روانی موجود ارتباطی داشته باشد. با این حال، داده‌های تحقیق‌شان صرفاً حاکی از همچین رابطه‌ای بود. بین افرادی که مبتلا به سرطان تشخیص داده شده بودند و گروهی که اقدام

به خودکشی کرده بودند، شباهت‌های چشمگیری وجود داشت: «نتایج تحقیقان همسو با یافته‌هایی است، حاکی از اینکه بیماران سرطانی خیلی بیشتر از بقیه، گرایش به انکار و سرکوبی محرک‌ها و عواطف ناسازگار دارند.» [۶]

محققان دریافته‌اند که هم برای اکثریت سالم و هم برای هر طبقه از بیماری، مجموعه‌ای متمایز از خصایص روانشناختی وجود دارد. پایین‌ترین نمره‌ها برای افسردگی، اضطراب و خشم، در ابتدا برای دانشجویان پزشکی ثبت شده بود که بعدها مبتلا به سرطان شده بودند. با توجه به گفته‌های این افراد، آن‌ها نسبت به بقیه‌ی آدم‌ها، از خانواده‌هایشان دورتر بودند. از بین تمام گروه‌ها، سوژه‌های سرطانی از همه کمتر می‌توانستند عواطفشان را ابراز کنند. آیا این به این معناست که «شخصیت سرطانی» وجود دارد؟ پاسخ این سؤال یک «بله» یا «نه» ساده نیست.

ملانوم نشان می‌دهد که تقلیل ساده‌انگارانه‌ی بیماری صرفاً به یک منشأ، بی‌معنی است. پوست روشن به‌تنهایی نمی‌تواند علت این سرطان باشد؛ چون همه‌ی کسانی که پوست روشن دارند، مبتلا به ملانوم نشده‌اند. آسیب اشعه‌ی فرابنفش به پوست به‌تنهایی نمی‌تواند برای ابتلا به این بیماری کافی باشد؛ چون فقط عده‌ی کمی از افراد روشن پوست که از آفتاب‌سوختگی رنج می‌برند، درنهایت به سرطان پوست مبتلا می‌شوند. سرکوبی عاطفی نیز به‌تنهایی نمی‌تواند تمام موارد ملانوم بدخیم را توجیه کند؛ چون تمام افرادی که عواطفشان را سرکوب می‌کنند به ملانوم یا سرطان‌های دیگر مبتلا نمی‌شوند. ترکیب این سه حالت بالقوه مهلک است.

گرچه نمی‌توانیم بگوییم که یک تیپ شخصیتی همیشه باعث سرطان می‌شود، اما ویژگی‌های شخصیتی خاصی هستند که قطعاً ریسک این بیماری را بالا می‌برند؛ چون بیشتر مستعد به وجود آوردن استرس فیزیولوژیک هستند. سرکوبی، ناتوانی در نه گفتن و فقدان آگاهی از خشم خود، این احتمال را بالا می‌برد که فرد درنهایت خودش را در موقعیتی ببیند که عواطفش را ابراز نمی‌کند، نیازهایش نادیده گرفته می‌شوند و از مهربانی‌اش سوءاستفاده می‌شود. این شرایط، صرف نظر از آگاهی فرد از استرس، استرس را القا می‌کنند. این شرایط در صورت تکرار و زیاد شدن طی سالیان متمادی، پتانسیل آسیب به هموستاز و سیستم ایمنی را پیدا می‌کنند. این استرس است - و نه شخصیت به‌تنهایی - که تعادل فیزیولوژیک و سیستم دفاعی بدن را ضعیف می‌کند، زمینه‌ی بیماری را فراهم می‌کند و یا مقاومت در برابر آن را کاهش می‌دهد.

پس استرس فیزیولوژیک بین خصایص شخصیتی و بیماری قرار دارد. ویژگی‌های خاصی هستند -با عنوان سبک‌های مقابله‌ای- که به واسطه‌ی بالا بردن احتمال استرس مزمن، به ریسک بیماری دامن می‌زنند. چیزی که در همه‌ی این‌ها مشترک است، پایین آمدن ظرفیت روابط عاطفی است. وقتی انسانها از یاد گرفتن نحوه‌ی ابراز مؤثر احساساتشان منع می‌شوند، در این صورت تجربیات عاطفی به رویدادهای زیستی‌ای تبدیل می‌شوند که بالقوه آسیب‌رسان هستند. این یادگیری -در صورت رویداد- در کودکی اتفاق می‌افتد.

نحوه‌ی رشد کردن افراد رابطه‌ی آن‌ها را با بدن و روانشان شکل می‌دهد. بافت عاطفی در دوران کودکی با خلق و خوی ذاتی ارتباط دارد و خصایص شخصیتی را شکل می‌دهد. بخش زیادی از آنچه که به‌عنوان شخصیت می‌شناسیم، مجموعه‌ی ثابتی از خصایص نیست، بلکه مکانیسم‌های مقابله‌ای هستند که فرد در کودکی کسب کرده است. بین شخصیت ذاتی -که ریشه در فرد دارد و محیط در آن به حساب نمی‌آید- و پاسخ به محیط -یعنی الگویی از رفتارهای توسعه یافته برای تضمین بقا- تمایز مهمی وجود دارد.

چیزی که با عنوان خصایص مانا می‌بینیم، شاید چیزی بیشتر از فنون دفاعی همیشگی نباشد که به‌صورت ناخودآگاه در ما وجود دارد. افراد معمولاً با این الگوها که تبدیل به عادت شده‌اند، همذات‌پنداری می‌کنند و بر این باورند که این‌ها، بخش جدایی‌ناپذیر خویشتن هستند. این افراد حتی شاید حس انزجاری را که -به‌خاطر یک سری ویژگی خاص- از خودشان دارند پنهان کنند؛ مثلاً وقتی فردی خودش را «معتاد به کنترل» توصیف می‌کند. درواقع، هیچ میل ذاتی‌ای برای کنترل کردن در انسان وجود ندارد. چیزی که در شخصیت «کنترل‌گر» وجود دارد، اضطراب عمیق است. نوزاد و کودکی با این ادراک، که نیازهایش برآورده نشده‌اند، شاید سبک مقابله‌ای وسواسی را در پیش بگیرد و نسبت به هر جزئیاتی اضطراب داشته باشد. این فرد از ترس اینکه نتواند رویدادها را کنترل کند، استرس زیادی را متحمل می‌شود. او ناخودآگاه باور دارد که فقط با کنترل کردن تمام ابعاد زندگی و محیطش، می‌تواند از بابت برآورده شدن نیازهایش مطمئن شود. هرچه سنش بیشتر می‌شود، بقیه او را بیشتر ناراحت می‌کنند و او از خودش به‌خاطر چیزی که درواقع، پاسخی بیهوده به محرومیت عاطفی بوده، متنفر می‌شود. محرک کنترل یک خصیصه‌ی ذاتی نیست بلکه یک سبک مقابله‌ای است.

سرکوبی عاطفی هم به نوعی سبک مقابله‌ای به حساب می‌آید تا خصیصه‌ی شخصیتی که در سنگ‌بنای انسان نهادینه شده باشد. از بین تعداد

بالایی از افراد بزرگسالی که برای گردآوری این کتاب با آن‌ها مصاحبه شد، وقتی جمله‌ی زیر را از آن‌ها پرسیدند، حتی یک نفر نتوانست جواب مثبت دهد: «وقتی در کودکی احساس غم، نگرانی یا اضطراب داشتی آیا کسی وجود داشت که بتوانی با او صحبت کنی؛ حتی وقتی آن فرد، همان کسی بوده باشد که باعث این احساسات منفی در تو شده است؟» طی یک ربع قرن تحقیقات بالینی، از جمله یک دهه کار موقتی، هرگز از فرد مبتلا به سرطان یا بیماری و احوال مزمن نشنیدم که به این سؤال جواب مثبت بدهد. بسیاری از بچه‌ها به این شکل شرطی می‌شوند و این نه به‌خاطر آسیب یا بدرفتاری عمدی، بلکه به این دلیل است که خود والدین هم با اضطراب، خشم یا غمی که در کودکی احساس می‌کردند تهدید می‌شوند؛ یا اینکه به قدری پرمشغله هستند و به ستوه آمده‌اند که نمی‌توانند توجه کافی داشته باشند. «مادر و پدرم نیاز داشتند که من شاد باشم» فرمول ساده‌ای است که یک بچه -و بعدها یک فرد بزرگسال استرسی و افسرده و به لحاظ فیزیکی بیمار- را برای الگوهای بلند مدت سرکوبی آماده می‌کند.

جیل، فیلسمازی از شیکاگو و مبتلا به سرطان تخمدان پیشرفته، اعتراف می‌کند که یک کمال‌گراست. یکی از دوستانش به من گفت که در سال قبل از تشخیص بیماری‌اش، نگران او بود چون می‌دید که جیل دارد تجربه‌ی پراسترسی را پشت سر می‌گذارد. دوستش می‌گفت: «من در آن زمان احساس می‌کردم که این چیزی بیش از یک آسیب روان‌شناختی است».

«حدود ۳ سال قبل، جیل برای ساخت یک ویدئو قرارداد همکاری بست. کمپانی تولیدکننده کار زیادی انجام نمی‌داد. این به یک کابوس وحشتناک برای جیل تبدیل شده بود. چون انتظار نداشت که به‌خوبی از پس آن پروژه بر بیاید. وقتی که با آن پروژه موافقت کرد، قرار بود کیفیت خیلی بالایی داشته باشد. او سه تا پنج برابر بیشتر از چیزی که دریافت می‌کرد، برای آن کار انرژی می‌گذاشت. به نظر من، این محرک بزرگی برای این بود که بدن جیل بگوید: «نمی‌توانم این را تحمل کنم.»

مصاحبه‌ی من با خود جیل تلفیقی از صداقت آرامش‌بخش و انکار روانشناختی را روشن می‌کرد. جیل داستان‌هایی روشن‌گر از استرس‌های رابطه با والدین و همسرش تعریف می‌کرد؛ بدون اینکه حتی برای یک لحظه بپذیرد که این‌ها در روی دادن بیماری‌اش نقش داشته‌اند. او زنی پنجاه ساله، با زبانی فصیح و علاقمند به هزارتوی جزئیات هر موضوعی است. من احساس می‌کردم که این خصیصه، روش او برای پس راندن

اضطرابش است. او حتی با کوچک‌ترین سکوتی در مکالمه، احساس ناراحتی می‌کرد. در اولین ملاقاتمان، کلاه گیس گذاشته بود. موهایش را به‌خاطر شیمی‌درمانی تراشیده بودند.

جیل در ازدواجش نقش مادرانه را ایفا می‌کرد. وقتی همسرش کریس از یک بیماری حاد و درعین‌حال تضعیف‌کننده رنج می‌برد، جیل با نگرانی و فداکاری مادرانه از او مراقبت می‌کرد، با پزشک تماس می‌گرفت، شب‌ها از او پرستاری می‌کرد و مطمئن می‌شد که وقتی سر کار است، به‌خوبی از کریس مراقبت می‌شود. تمام این مدت، سخنرانی‌ای که قرار بود در کنفرانس ملی داشته باشد را آماده می‌کرد و یک گروه تحقیقی عصرانه را برای الهام دادن به فیلمسازان هدایت می‌کرد. او شب قبل از اینکه آنجا را برای کنفرانس ترک کند، این گروه را هدایت کرد، ساعت دو صبح بار و بندیش را بست و به موقع به پرواز رسید.

زمان زیادی از وظیفه‌ی مراقبت از همسرش نگذشته بود که اولین نشانه‌های سرطان تخمدان ظاهر شدند. تضاد نحوه‌ی مراقبت کردن این زن و شوهر خیلی بارز بود. علی‌رغم اینکه جیل در ادویلز زندگی می‌کرد، اما کریس بیش از چند ماه، هیچ تحقیق پزشکی‌ای برای مشکل جیل انجام نداد و ظاهراً نسبت به درد جیل و از دست دادن وزنش کاملاً بی‌توجه بود. جیل می‌گوید حتی غریبه‌ها توی آسانسور حالم را می‌پرسیدند. معمولاً درمورد سرطان تخمدان چند ماه زمان می‌برد که پزشکان آن را تشخیص دهند.

اولین چیزی که جیل بعد از فهمیدن سرطان تخمدان گفت این بود: «طفلک همسرم و مادرم. من برای آن‌ها ستون قدرت هستم. من از این بابت متأسف بودم؛ چون آن‌ها این حمایت را از دست می‌دهند.»

سرطان‌شناس بیماری‌های زنان به این زوج گفت که با توجه به زمانی که بیماری جیل تشخیص داده شده بود، پیش‌آگهی زنده ماندن بیشتر از پنج سال برای این بیماری ضعیف است. کریس در انکار به سر می‌برد. جیل می‌گوید: «ظاهراً کریس اصلاً این حرف را نشنید. من نیاز داشتم تا درباره‌ی چیزی که شنیده بودم، صحبت کنم اما توی ماشین، در راه برگشت به خانه، کریس فقط داشت درباره‌ی این صحبت می‌کرد که چطور با این بیماری مبارزه کنیم و آن را شکست دهیم. او حتی بعد از آن هم واقعاً حرف‌هایی که متخصص درباره‌ی پیش‌آگهی زده بود به‌خاطر نمی‌آورد. این کاملاً از ذهنش پاک شده بود.»

وقتی جیل در شرف عمل جراحی بود، داشت با تصمیم مادرش برای ماندن در کنارش دست و پنجه نرم می‌کرد. «او نمی‌آمد. او همیشه عادت داشت که در مرکز توجه باشد و پرواز را هم دوست نداشت. اما همه به او می‌گفتند: «دخترت دارد به بیمارستان می‌رود و تو نمی‌خواهی پیشش باشی؟» او هم در واکنش به این حرف‌ها، مجبور بود نقش مادری‌اش را پیاده کند و به همین خاطر هم آمد.»

- حالا که شرایط را این‌طور می‌دید، چه حسی داشتی از اینکه او بیاید؟

- اولش خوشحال بودم که او نمی‌آید. من او را نمی‌خواستم. می‌دانستم که او از من استفاده می‌کند تا مادر خوبی به نظر بیاید، اما درواقع همیشه من بودم که از او مراقبت می‌کردم چون که پدرم فوت شده بود؛ او (پدرم) این را از من خواسته بود.

- حدس من این است که تو از زمان تولد از او مراقبت می‌کردی.

- درسته. از وقتی به دنیا آمدم. پدرم همیشه به من می‌گفت او را راحت بگذارم. او خیلی حمایتی بود؛ از دستش عصبانی می‌شد اما به‌شکلی تحریف شده عاشقش بود. به‌علاوه، درک زیادی از محدودیت‌های مادرم داشت و به قیمت فدا کردن خودش، تا جایی که می‌توانست به مادرم کمک می‌کرد.

- وقتی از یک سفر مهم کاری به جنوب شرق آسیا برمی‌گشتم، پدرم به استقبال من آمد. من خیلی خسته بودم. مادرم معلم بود و پدرم می‌خواست من را به مدرسه‌ی او ببرد. او گفت: "می‌توانی به مادرت سلام بدهی؛ او با همه‌ی شاگردهایش آنجا منتظر هستند." من گفتم: "نه پدر، من نمی‌خواهم آنجا بروم. خیلی خسته‌ام. این سفر من را به لحاظ احساسی تحلیل برده است. فقط می‌خواهم بروم و با خودم باشم." "این کار را برای مادرت انجام بده. می‌دانی که او مشتاقانه منتظر چنین چیزی است." او من را تا آنجا برد و مادرم هم با همه‌ی بچه‌ها منتظر بود و از من خواست که کلاه شالیزار که خریده بودم، سرم بگذارم تا آن‌ها را سرگرم کنیم. مادرم در همه‌ی عمرم عاشق این چیزها بود و پدرم می‌دانست که مادرم به این شکل از احترام نیاز دارد. او می‌خواست به بچه‌ها نشان دهد که دخترش راه دوری رفته بوده و حالا آمده است که او را ببیند. من هم این نقش را بازی کردم تا پدرم را خوشحال کنم و این چیزی بود که همیشه اتفاق می‌افتاد.

- تو هیچ‌وقت بچه‌هایت را تشویق نمی‌کنی که از خودشان دفاع کنند، اینکه خودشان را غرق مراقبت از دیگران به این شکل نکنند؟ جیل،

تو مبتلا به این بیماری جدی شده‌ای؛ یک عمل اساسی پیش رو داری، پس مادرت نه تنها پیشت می‌آید، بلکه تمام مدت هم پیشت می‌ماند.

- خیلی هم پرتوقع است. من کل ماه داشتم خواسته‌های او را برآورده می‌کردم. می‌دانی، حق با تو است؛ من خیلی وظیفه‌شناس هستم، زیادی وظیفه‌شناس هستم. درواقع من از او مراقبت می‌کنم. من به این فکر کرده و درباره‌اش با دوستانم صحبت کرده‌ام و اکثرشان گفتند نگذارم مادرم بیاید.

این بارها و بارها توی ذهنم چرخید که اگر یکی از بچه‌هایم عمل جراحی می‌داشت و نمی‌خواست من پیشش باشم، من خواسته‌اش را قبول می‌کردم. با این حال، امیدوارم بچه‌هایم به‌حدی با من احساس راحتی داشته باشند که من را پیش خودشان بخواهند. درمورد مادرم، اگر قرار باشد احساس گناه و درماندگی کنم از این بابت که این شرایط را برایش فراهم نکرده‌ام، در این صورت استرس بیشتری را متحمل خواهم شد.

چیزی که جیل از کودکی‌اش به‌خاطر می‌آورد، این نیست که بچه‌ی مطیعی بوده، بلکه یاغی بوده است. «من به‌عنوان نوجوان، خیلی هم بچه‌ی خوبی نبودم. پدرم می‌گفت که هیچ‌وقت دوست نداشت بچه‌ای مثل من داشته باشد. از نظر او من بچه‌ی تخیسی بودم. در نوجوانی، من را خیلی بچه‌ی پرزحمتی می‌دیدند. عملکردم در دانشگاه خوب بود، اما خب مدرسه را دوست نداشتم. بعدش ازدواج کردم، با یک آدم حرفه‌ای؛ و به‌رغم همه‌چیز، به‌خاطر این موضوع برای خانواده‌ام خوب بودم.»

مادر جیل، سال گذشته، یعنی از شروع مصاحبه‌ی ما از دنیا رفت. دخترش حتی در مرگ او هم احساس می‌کرد باید از او مراقبت کند. او در آگهی ترحیم از مادرش تمجید کرد که سفر طولانی‌ای را آمده تا در کنار او باشد و از او بعد از عمل جراحی سرطان تخمدان پرستاری کند.

فصل ۱۰: راه حل ۵۵ درصدی

پانزده سال قبل، وقتی مارتا ۳۹ ساله بود، از فونیکس آریزونا به کلینیک مایو در راجستر مینه سوتا سفر کرد؛ به این امید که عقیده‌ی متفاوتی بشنود. متخصص روده [۱۳۳] به او گفته بود که تنها راه کنترل بیماری کرون مارتا، برداشتن کل روده‌ی بزرگش [۱۳۴] است. او می‌گوید: «اگر آن‌ها می‌گفتند من نیاز به عمل دارم. آماده بودم که بپذیرم، اما از این کار اکراه داشتم.»

به مدت بیش از یک و نیم دهه، مارتا از خونریزی روده [۱۳۵]، کم خونی، تب، کوفتگی، و شکم درد [۱۳۶] رنج می‌برد. این علائم کمی بعد از تولد فرزند سومش شروع شدند. «در آن دوران از زندگی‌ام، خیلی پرمشغله و به‌شدت آشفته بودم. همسرم جری دانشجوی سال آخر دندانپزشکی در مونتانا بود. من ۳۳ سالم بود و سه فرزند داشتم.» بچه‌ها به ترتیب، چهار ساله، دو ساله و نوزاد پنج ماهه بودند. خانواده هیچ درآمدی نداشت و مارتا از بچه‌ها مراقبت می‌کرد و هرکار دیگری که از دستش بر می‌آمد انجام می‌داد. بعد از فارغ التحصیلی جری، این زوج به فونیکس نقل مکان کردند؛ جایی که مارتا در آن، کار دندان پزشکی‌اش را شروع کرد.

«من احساس خوبی نداشتم. داشتن فرزند سوم، خستگی مفرط و تخلیه از نظر عاطفی. در فونیکس خیلی تنها بودم. هیچ‌وقت دلم نمی‌خواست به اینجا بیایم. من دوست داشتم در مونتانا زندگی کنم. راستش او یک شب با کسی رابطه داشت و این من را بیش‌ازحد تحت فشار قرار داد. بعد از آن شکم دردهایم شروع شد. چند ماه بعد، این زوج برای جشن فارغ التحصیلی جری به مونتانا برگشتند. آن موقع‌ها، من خونریزی روده داشتم. بلافاصله در بیمارستان بستری شدم چون مادر شوهرم که در کلینیک پزشکی کار می‌کرد، دید که حال من خوب نیست. در آنجا بود که تشخیص بیماری کرون دادند.» کرون، یکی از دو شکل اصلی بیماری التهابی روده [۱۳۷] یا همان IBD است. زخم کولیت [۱۳۸] هم شکل دیگر آن است. مشخصه‌ی هردوی این‌ها التهاب روده است اما به‌شکل‌های متفاوت. در زخم کولیت که شایع‌تر است، التهاب در راست روده [۱۳۹] شروع می‌شود و به جاهای دیگر انتشار پیدا می‌کند. کل کولون را درگیر می‌کند. التهاب در حالت عادی ادامه پیدا می‌کند اما به مخاط [۱۴۰] محدود می‌شود، یعنی به

لایه‌ی خارجی که خطی در امتداد روده است.

در بیماری کرون، التهاب کل دیواره روده را می‌گیرد. معمولاً دراز روده [۱۴۱]، که سومین و آخرین بخش روده‌ی کوچک است و همین‌طور کولون تحت تأثیر قرار می‌گیرند، اما کرون می‌تواند در بخش‌های دیگر دستگاه گوارش [۱۴۲] هم ظاهر شود، از مری گرفته تا روده‌ی بزرگ. بر خلاف زخم کولیت، کرون بخش‌های دیگری از مجرای گوارش را هم درگیر می‌کند طوری که قسمت‌های بیماری جای بافت نرمال را می‌گیرند [۱۴۳]. IBD می‌تواند با التهاب مفاصل، چشم و پوست هم ارتباط داشته باشد.

نشانه‌های IBD به مکان درگیر بیماری بستگی دارد. اسهال و شکم درد در هردو بیماری شایع هستند. بیمار ممکن است بارها و بارها در طی روز نیاز به تخلیه داشته باشد و حتی دچار بی‌اختیاری شود. وقتی کولون درگیر می‌شود، مدفوع خونی و یا مثل مورد مارتا خونریزی ساده اتفاق می‌افتد؛ مخصوصاً بیماران مبتلا به کرون، تب و از دست دادن وزن را هم تجربه می‌کنند. کولون روده عوارض دیگری مثل فیستول ناشی از التهاب -به‌صورت تونلی از قسمت روده‌ها به سمت ارگان‌های دیگر مثل پوست یا واژن- هم ممکن است در پی داشته باشد.

IBD معمولاً در افراد جوان اتفاق می‌افتد. گرچه امکان رخ دادن آن در هر سنی وجود دارد، اما شیوع آن از همه بیشتر بین سنین ۱۵ تا ۳۵ سالگی است. نشانه‌های بیماری مارتا با شروع کورتیزون در بیمارستان به سرعت فروکش کردند. او بلافاصله بعد از مرخص شدن، باز هم دچار خونریزی و دوباره بستری شد. «به من خون تزریق کردند اما زمان مرخص شدنم، دوباره خونریزی داشتم. این بار دچار شوک شدم. تحت مراقبت‌های ویژه قرار گرفتم. بعد از آن به حالت عادی برگشتم و سعی کردم زندگی‌ام را جمع و جور کنم.»

«من متوجه شدم که احتمالاً دیگر دلم نمی‌خواهد به آن زندگی و به آن خانه برگردم. نمی‌توانستم بفهمم چرا هر بار که وقت ترک کردن بیمارستان می‌شد، دچار خونریزی می‌شدم. چرا همسرم را ترک نکردم؟ فکر کنم می‌توانستم به طرز عجیبی جوان‌تر باشم. حقیقت این است که وقتی من خانه بر می‌گشتم، او باز هم وارد رابطه‌ی دیگری می‌شد. من به او می‌گفتم که از پیشش می‌روم. بهتر بود ترکش می‌کردم، اما ماندم.

سه تا چهار سال بعد، من یک حیوان خانگی بیمار بودم. خیلی خسته می‌شدم. فرزند بزرگ‌ترم که پنج سال داشت، مجبور بود به دوتای دیگر

کمک کند، چون من بیشتر وقت‌ها می‌خواستم بخوابم.»

- همسرت چکار می‌کرد؟ رابطه‌تان چه شکلی بود؟

- من همیشه از کارهایش چشم‌پوشی می‌کردم. او آدم عصبی‌ای است و من را تهدید می‌کرد؛ تهدید فیزیکی. هیچ‌وقت من را نزد اما سرم داد می‌زد و تهدیدم می‌کرد و خیلی پرخاشگر بود. به‌علاوه، مصرف نوشیدنی‌اش هم بالا بود. یک بار، جلوی بچه‌ها به‌معنای واقعی من را تحقیر کرد که این اصلاً خوب نبود. او روبرویم ایستاد و سرم داد زد.

من یک قربانی ساکت بودم و او شاید بود. همیشه همه‌چیز سر من خراب می‌شد. همیشه احساس عدم امنیت می‌کردم. گاهی وقت‌ها نمی‌توانستم باور کنم که او چطوری می‌تواند مسائل را طوری تحریف کند که انگار همه‌چیز تقصیر من است.

- آیا کسی تا به حال بهت گفته است که بین این استرس‌ها و بیماری‌ات ارتباطی وجود دارد؟

- نه. هیچ فردی در حیطه‌ی پزشکی هرگز چنین چیزی را به من نگفته است، اما در مایو، پرسشنامه‌ی جالبی داشتند. توی آن پرسشنامه می‌پرسیدند: "آیا در سال اخیر، چیز مهمی برایتان اتفاق افتاده و یا در حال وقوع است؟" یادم است که آن را خواندم و به فکر فرو رفتم. ای وای! برای اولین بار یک نفر واقعاً به چیزی که در زندگی من در جریان است اهمیت می‌دهد. این برایم مهم بود.

علم پزشکی، IBD را ایدیوپاتیک [۱۴۴] تلقی می‌کند که علت ناشناخته‌ای دارد. وراثت هم نقش دارد، اما نقش اصلی را ایفا نمی‌کند. حدود ده تا پانزده درصد بیماران، سابقه‌ی خانوادگی IBD دارند. اگر که خویشاوند درجه یک مبتلا به این بیماری داشته باشید، خطر ابتلای شما به آن از دو تا ده درصد برآورد شده است. [۱] معمولاً حس ششم بیماران می‌گوید که بین IBD و استرس‌های زندگی، رابطه‌ای وجود دارد؛ مثل مشکل خونریزی مارتا. درواقع، تحقیقات نشان می‌دهند که «بسیاری از افراد مبتلا به بیماری التهابی روده، بر این باورند که استرس، نقش اصلی را در بیماریشان دارد.» [۲]

برای مارتا، عامل استرس‌آور اصلی یک سال قبل از رفتنش به مایو، جدایی از دو دختر نوجوانش بود که هر دو برای رفتن به دانشگاه کالیفرنیا از خانه رفته بودند. او به حمایت عاطفی آن‌ها متکی بود. همسرش همچنان از نظر احساسی رفتار تندی داشت و آن زمان عادت

قمار، جای مصرف نوشیدنی را گرفته بود. وقتی دخترانش رفتند، عمل گزینه‌ی اجتناب‌ناپذیری بود. او بعدها از طریق مشاوره فهمید که چقدر از نظر عاطفی رشد نیافته و وابسته است.

تیم ۵۲ ساله با بیماری زخم کولیت اعتراف می‌کند که نیاز وسواس‌گونه‌ای به جلب رضایت دیگران دارد. «من زمان زیادی را صرف راضی نگه داشتن بقیه و تأثیر گذاشتن روی آن‌ها می‌کنم، به جای اینکه روی خودم تمرکز کنم.» او دو تا برادر بزرگ‌تر دارد، که هیچ‌کدام شغل مشخصی ندارند. یکی از آن‌ها که در دهه‌ی پنجم زندگی‌اش است، به تازگی ازدواج کرده. مادرش نسبت به برادرانش همیشه برخورد انتقادآمیز داشته است؛ قضاوتی که تیم برای اجتناب از آن مضطرب می‌شد.

«من احساس می‌کنم که پسر ایده‌آلی هستم؛ پسری که ازدواج کرده، یک خانه با حصار چوبی و سه فرزند دارد. شاید بدون اینکه متوجه باشم، به نحوی داشتم سعی می‌کردم مادرم را از خودم راضی نگه دارم. یک نظرسنجی از بیماران مبتلا به زخم کولیت در سال ۱۹۵۵ نشان داد که «مادران بیماران مبتلا به زخم کولیت کنترل‌گر بوده و تمایل به ایفای نقش فداکار را داشتند.» [۳] هیچ‌کس آگاهانه سعی در این ندارد که اسیر فرزندانش یا کنترل‌گر باشد. یک راه کمتر قضاوت‌گرانه برای توضیح این حالت، این است که فرزند خودش را مسئول رنج عاطفی مادرش می‌داند.

تیم اهمیت زیادی به جزئیات می‌دهد. او هرچیزی را بیش‌ازحد سازماندهی می‌کند. همسرش نانسی می‌گوید: او همیشه با این سؤالش من را دیوانه می‌کند: «کی وقت این سررسید می‌رسد؟ یک وقت فراموش نکنی.» تحقیق سال ۱۹۵۵، که بر بیش از هفتصد نفر مبتلا به بیماری زخم کولیت صورت گرفت نشان داد که «درصد بالایی از این بیماران خصایص شخصیت وسواسی اجباری دارند؛ خصایصی مثل مرتب بودن، وقت شناسی و وظیفه‌شناسی. در کنار این خصایص شخصیتی، محافظت از عاطفه (ابراز عاطفه)، منطق‌گرایی افراطی، نگرش سفت و سخت نسبت به اخلاقیات و استانداردهای رفتاری هم هست. برای توصیف بیماران مبتلا به کرون هم از خصایص شخصیتی مشابهی استفاده شده است. [۴]

تیم می‌گوید که خیلی نسبت به دیگران و خودش موضع انتقادی دارد؛ یک خصیصه‌ی دیگر که در قضاوت خودش عنوان می‌کند. «من کمال‌گرا هستم و فکر نکنم همدلی طبیعی بشری را داشته باشم. من سرد هستم. طی پانزده سال گذشته، هیچ‌وقت کارم را کنار نگذاشتم؛ حتی وقتی که

دوازده تا پانزده بار در روز به خاطر خونریزی به دستشویی می‌رفتم. یکی از کارکنان دیروز مرخصی گرفت؛ سگش شب قبل مرده بود. من اینجوری شده بودم: «چی داری میگی، او اینجا نیست چون سگش مرده؟ اون فقط یک سگ بود. چرا نتواند سر کار بیاید؟» بعضی از کارکنان می‌گفتند: «هیچ وقت سگی نداشتی؟ تو قلب نداری؟» من هیچ توضیحی نداشتم.»

دکتر داگلاس دراسمن، یک متخصص گوارش [۱۴۵] معروف در سطح بین المللی و استاد پزشکی و روان‌پزشکی در دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل است. او ویراستار عضو گاستروانترولوژی، ژورنال رسمی انجمن گاستروانترولوژی آمریکا است. دکتر دراسمن حامی اصلی نگاهی است که بیماری‌های مربوط به روده را نمود فیزیولوژی آشفته و زندگی پراسترس می‌داند. او در سال ۱۹۹۸، مقاله‌ای اثرگذار درباره‌ی این موضوع نوشت.

«بر اساس گزارشات بالینی، با ارزیابی ادبیات پژوهشی موجود و تجربیات بالینی، به این باور رسیده‌ام که حداقل شواهد غیر مستقیمی وجود دارد مبنی بر اینکه عوامل روانی- اجتماعی بر آسیب‌پذیری در برابر بیماری و فعالیت آن اثرگذار هستند. محتمل‌ترین مکانیسم برای این رویداد، مسیر روانی-ایمنی شناختی [۱۴۶] است.» [۵]

بیماری IBD نتیجه‌ی فعالیت ایمنی نامنظم در روده است. روده‌ها در بدن ما جدا از کار هضم و جذب، یکی از موانع اصلی در برابر حمله هستند. هر محتویاتی که در روده وجود دارد، رد می‌شود و با این‌همه، متعلق به دنیای بیرونی است. تنها پس از نفوذ از دیواره‌ی روده است که مواد و ارگانیسم به درستی وارد بدن می‌شوند. چون نقش حمایتی بافت روده برای سلامتی امری حیاتی است، به همین دلیل، کاملاً مجهز به سیستم ایمنی موضعی خودش است که با همکاری سیستم دفاعی کلی بدن کار می‌کند.

التهاب، فرایند ساده‌ای است که بدن برای جداکردن ارگانیسم‌های متخاصم یا ذرات سمی و ویران کردن آن‌ها به آن متوسل می‌شود. این با ورم‌کردن بافت و هجوم تعداد زیادی از سلول‌های ایمنی و پادتن نیز اتفاق می‌افتد. دیواره‌ی روده یا مخاط، برای تسهیل کارکرد دفاعی‌اش، در وضعیت التهابی کاملاً کنترل شده یا سازمان یافته قرار می‌گیرد. [۶] این یک وضعیت طبیعی در افراد سالم است.

نیروهای مخرب و قدرتمند دستگاه ایمنی باید با دقت تنظیم شوند و در حدی از تعادل بمانند که بتوانند وظیفه‌ی کنترل را بدون آسیب

زدن به بافت‌های ظریف بدن که مسئولیت دفاع از آن را به عهده دارند انجام دهند. بعضی از ماده‌ها به التهاب دامن می‌زنند و بعضی‌ها آن را مهار می‌کنند. اگر این تعادل به هم بریزد، نتیجه‌اش می‌تواند وجود بیماری باشد. کاهش ظرفیت روده برای شکل دادن واکنش التهابی، باعث عفونت‌های کشنده می‌شود. از طرفی، ناتوانی در کاهش التهاب، بافت روده را در معرض آسیب زدن به خود قرار می‌دهد. نابهنجاری محوری در بیماری التهابی روده، به نقل از یک مقاله‌ی ژورنالی، به سبب عدم تعادل مولکول‌های عامل ایجاد التهاب و ضد التهابی در جداری روده ظاهر می‌شوند. اثرات عاطفی که از طریق عصب و مسیرهای ایمنی ابرسیستم PNI تأثیر می‌گذارند، می‌توانند این تعادل را به نفع التهاب بهم بزنند. همان‌طور که محققان خاطرنشان کرده‌اند، «بخش زیادی از ابعاد فیزیولوژی روده به واسطه عوامل ایمنی -عصبی [۱۴۷] تنظیم می‌شوند.» [۷]

سیستم عصبی عمیقاً از عواطف تأثیر می‌گیرد و به نوبه‌ی خود در تنظیم واکنش‌های ایمنی و تنظیم التهاب به طور کامل نقش دارد. نوروپیتیدها (مولکول‌های پروتئینی که سلول‌های عصبی را تولید می‌کنند) نقش ایجاد التهاب یا بازداری از آن را دارند. این مولکول‌ها با غلظت سنگین در روده‌ها پیدا می‌شوند، در قسمت‌هایی که از همه بیشتر نسبت به IBD آسیب‌پذیر هستند. آن‌ها هم در تنظیم التهاب موضعی و هم در پاسخ بدن به استرس نقش دارند. برای مثال، یکی از نوروپیتیدها به نام ماده P، محرک نیرومندی برای التهاب است؛ چون سلول‌های ایمنی خاصی را القا می‌کند که مواد شیمیایی التهابی مثل هیستامین و پروستاگلاندین [۱۴۸] را آزاد می‌کنند. در روده، سلول‌های ایمنی رابطه‌ی نزدیکی با سلول‌های عصبی دارند. الگوهای عاطفی پراسترس مزمن می‌توانند به واسطه‌ی میانجیگری ابرسیستم PNI و فعال‌سازی مولکول‌های ایجاد کننده التهاب در اثر استرس، بیماری التهابی را در روده القا کنند.

روده، یا دستگاه روده‌ای، چیزی بیشتر از صرفاً ارگان هاضمه است. این یک دستگاه حسگر با سیستم عصبی متعلق به خود است که کاملاً به مراکز عاطفی مغز وصل است. هر کسی از به‌صورت شمی، معنی عبارت «دل‌پیچه» را در توصیف رویدادهای عاطفی نگران‌کننده می‌فهمد. اکثر ما می‌توانیم شکم دردهایی را که در کودکی به‌خاطر اضطراب تجربه می‌کردیم، به‌خاطر بیاوریم. احساسات خوشایند یا ناخوشایند در ارتباط با دل و روده بخشی از پاسخ طبیعی بدن به دنیا هستند؛ آن‌ها به ما کمک می‌کنند تا چیزهایی را که اطرافمان اتفاق می‌افتند،

تفسیر کنیم و ما را از این باخبر می‌کنند که آیا امنیت داریم یا در خطر هستیم. تهوع و درد یا داشتن احساس گرما و آرامش در شکم، حواسی هستند که ما را به سمت معنای رویدادها سوق می‌دهند.

روده انتقال دهنده‌های عصبی [۱۴۹] ویژه‌ی خودش را تولید می‌کند و از سیستم هورمونی کلی بدن تأثیر می‌گیرد. به‌علاوه، بخش مهمی از سد بدن در برابر مواد سمی را نیز شکل می‌دهد و نقش اصلی را در سیستم دفاعی بدن ایفا می‌کند و کارکردش، جدا از پردازش فیزیولوژیکی‌ای نیست که هر لحظه محرک ارائه شده توسط محیط را ارزیابی کرده و به آن واکنش می‌دهد. قابلیت بافت روده برای حفظ یکپارچگی‌اش عمیقاً متأثر از عوامل روانشناختی است و مقاومتش در برابر التهاب و حتی تغییرات بدخیم نیز، در برابر استرس عاطفی شکننده است. گونه‌هایی از میمون دنیای جدید، تمارین‌های پنبه زده شده [۱۵۰]، وقتی که اسیر می‌شوند و در قفس گذاشته می‌شوند، مبتلا به زخم کولیت و سرطان کولون می‌شوند. [۸] یک تحقیق ایتالیایی که در سال ۱۹۹۹

صورت گرفت، نشان داد که در زخم کولیت، استرس ادراک شده در بلند مدت، ریسک وخامت را به مدت چند ماه تا چند سال بالا می‌برد. [۹] در سال ۱۹۹۷، دکتر نوئل هرشفیلد، متخصص گوارش از شهر کلگری که نام‌هی به موقعش برای ویراستار، چند سال پیش، علاقه‌ی خود من را به ایمنی‌شناسی عصبی- روانی برانگیخت، مقاله‌ای را در ژورنال کانادایی گاستروانتروژی به چاپ رسانده است. او در این مقاله خاطرنشان کرد که در آزمایشات بالینی درمان بیماری التهابی روده، نمونه‌هایی از واکنش به داروی کاذب در طیفی از شصت درصد وجود داشته و در سایر آزمایشاتی که داروهای مخدر را با داروهای کاذب برای کنترل درد مقایسه می‌کنند، تعداد بیمارانی که داروی کاذب روی آن‌ها اثر داشت در ۵۵ درصد واکنش‌ها همسو بوده است. عدد ۵۵ درصد، در آزمایشات داروهای ضد افسردگی هم دیده شده است. این پدیده «قاعده‌ی ۵۵ درصد» نامیده شده است.

بسیاری از افراد داروی کاذب را روشی ساده برای خیال‌پردازی می‌دانند؛ حالت «غلبه‌ی روح بر جسم». اثر داروی کاذب، اگرچه از طریق فکر یا عواطف القا می‌شود، اما تماماً فیزیولوژیک است. فعال‌سازی فرایند نورولوژیکی و شیمیایی در بدن است که باعث تخفیف نشانه‌ها و یا کمک به التیام می‌شود.

دکتر هرشفیلد عنوان می‌کند که مطالعه‌ی چیزی متفاوت درباره‌ی افرادی که در اثر استفاده از داروهای کاذب بهتر می‌شوند، می‌تواند مفید باشد. «این‌ها چطور افرادی هستند؟ در چه محیطی زندگی می‌کنند؟ آیا چیزی درمورد تجربه‌ی گذشته‌ی آنان است که باعث واکنش فعلیشان می‌شود؟ چه نوع زندگی‌ای دارند؟ آیا از وجودشان، نحوه بزرگ شدنشان، ازدواجشان و روابطشان با جامعه راضی هستند؟» این‌ها سؤالاتی هستند که پزشکان کمی از بیمارانشان می‌پرسند؛ چه بیمارانی که بهبود پیدا می‌کنند، چه بیمارانی که ناخوش‌احوال هستند. وقتی چنین سؤالاتی مطرح می‌شود، پاسخ به این سؤالات بدون استثنا روشن‌تر خواهد بود. مقاله‌ی دکتر هرشفیلد، با این پیشنهاد خردمندانه به پایان رسید (پیشنهادی که در فضای پزشکی امروزی تند به نظر می‌رسد): «شاید لازم است که در ابعاد روانی- اجتماعی بیماری، روان‌پویایی بهبود و بیوشیمی التیام، دستورالعمل به همکاران و اعضا را بگنجانیم و به آن‌ها آموزش دهیم که تمام بیماری‌های انسانی را نمی‌توان صرفاً با آندوسکوپی، بافت‌برداری و روش مبتنی بر «فناوری‌های پیشرفته» دیگری که فقط تثبیت کننده هستند و لزوماً باعث التیام نمی‌شوند، حل کرد.» [۱۰]

یکی از دوستانم به نام تیور، زمانی که «حس جنون آمیز ناامیدی، ترس و تشویش» را تجربه می‌کرد، از بیماری زخم کولیت رنج می‌برد؛ اولین و تنها چیز مهمی که تجربه کرده بود. او در اوایل دهه‌ی دوم زندگی، کمی بعد از مرگ پدرش، به‌طرز غیرمنتظره‌ای با مسئولیت حمایت از مادر و مراقبت از خواهر کوچک‌ترش مواجه شد. مادرش که بیمار بود، از شغلش بیرون شده بود و ظاهراً امیدی هم به یافتن یک شغل دیگر نداشت. تیور شرایط را این‌طور به یاد می‌آورد: «من نمی‌دانستم چطور می‌توانم زندگی خودم را داشته باشم.» او را به‌خاطر تب بالا و خونریزی کولون، با عجله به بیمارستان آورده بودند. «آن‌ها به من آستروئید دادند. من سه هفته در بیمارستان بودم اما به محض اینکه درمانم شروع شد، احساس کردم حالم بهتر شده است و از حضور پرستاران در اطرافم لذت می‌بردم. این قبل از تعدیل هزینه‌های بیمارستان بود که پرستارها زمانی برای رسیدگی به بیمارانشان داشتند. پزشکان از چیزهایی که در بلند مدت قرار است اتفاق بیفتد، انواع پیش‌بینی‌ها را داشتند؛ بیماری، سرطان، هرچیزی. من گفتم: "من نمی‌خواهم این‌ها برایم اتفاق بیفتند." من روی این موضوع خیلی مطالعه کردم و با این موضوعات برخورد کردم که زخم کولیت،

ریشه‌ی روانی دارد و با استرس مرتبط است. من کتابی درباره‌ی فنون آرام‌سازی تهیه کردم. دراز کشیدم و دستورالعمل‌های آن را دنبال کردم؛ پنجه‌ی پاهایم را شل کردم، ساق پاهایم و همه بدنم را در حالتی آرام قرار دادم.

مدت طولانی‌ای بود که تحت درمان نبودم و تنها در بیمارستان تحت درمان قرار گرفتم. آن‌ها به من می‌گفتند که از کدام رژیم پیروی کنم. من فکر می‌کردم که این، نحوه‌ی زندگی کردن من نیست. درست یا غلط، تصمیم گرفتم که کنترل این موقعیت را در دستم بگیرم. به‌علاوه، تصمیم گرفتم که نگذارم استرس‌های بیرونی بر من غلبه کنند و برای به حداقل رساندن استرس در زندگی‌ام، آگاهانه هرکاری که از دستم برمی‌آمد را انجام دادم. از سی سال اخیر به بعد، من خوش‌شانس بودم که جز اسهال یا خونریزی جزئی، مشکل دیگری را تجربه نکردم. من دیگر به هیچ درمان یا مراقبت پزشکی‌ای احتیاج پیدا نکردم.»

نمی‌خواهم بگویم که درمان IBD این است که دراز بکشید و پنجه پاهایتان را شل کنید، اما چیزی که در تجربه‌ی دوستم قابل توجه بود، تصمیم فوری او برای قبول مسئولیت بود.

همان‌طور که دکتر هرشفیلد به طور ضمنی عنوان می‌کند، پاسخ نهایی به بیماری التهابی روده، بالا بردن ظرفیت افراد برای التیام است، نه جدیدترین فناوری‌ها و داروهای معجزه‌آور. این همان راه حل ۵۵ درصدی است.

فصل ۱۱: همه‌چیز در ذهن اوست

ظاهراً به تازگی خشم پاتریشیا برانگیخته شده است. «من از دست دکترها خشمگین هستم. آن‌ها خیلی به من لطف داشتند، بزرگواری می‌کردند و توی رویم می‌گفتند که تظاهر می‌کنم. گفتند که دیگر دنبال این نباشم که نظر افراد دیگری را درمورد بیماری‌ام بشنوم. به نظر همه‌ی آن‌ها من درد ندارم.» در سال ۱۹۹۱، کیسه صفرای این فروشنده که در آن زمان ۲۸ ساله بود برداشته شد، اما او همچنان درد شکم داشت. «من چیزی را تجربه می‌کردم که اسمش را حمله‌ی خیالی کیسه صفرا گذاشته بودم. دردی بیشتر از درد شکم مالمال از هوا بود. این درد بسط پیدا کرد؛ استفراغ که می‌کردم، بعدش حالم کمی بهتر می‌شد. بعد به اورژانس می‌رفتم. آن‌ها من را نادیده می‌گرفتند و می‌گفتند: شما کیسه‌ی صفرا ندارید؛ پس امکان ندارد این علائم را تجربه کنید. بعد از آن، نسبت به غذاهای خاصی حساسیت پیدا کردم و معمولاً اسهال داشتم.»

بعد از ملاقات با یک عالمه دکتر و کلی آزمایش، پاتریشیا مبتلا به سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS) تشخیص داده شد. اصطلاح شناسی پزشکی، IBS را «اختلال کارکردی» می‌نامد. اصطلاح کارکردی در اینجا به شرایطی اشاره دارد که در آن، علائم بیماری را با هیچ‌گونه نابهنجاری آناتومیک، آسیب‌شناختی و یا بیوشیمیایی و یا عفونت نمی‌توان توجیه کرد. پزشکان در مواجهه با بیماری که نشانه‌های کارکردی بیماری دارد چشم‌هایشان را بر می‌گردانند؛ چون کلمه‌ی کارکردی، یک کد پزشکی برای این عبارت است: «همه‌چیز در سر انسان است». البته این حقیقت است. تجربه‌ی بیمار تا حدودی در مغزش اتفاق می‌افتد، اما همان‌طور که خواهیم دید، نه به معنای سرزنشی و تحقیرآمیز که عبارت «همه‌چیز در سر اوست» القا می‌کند.

تاریخچه‌ی پزشکی فیونا و تجربه‌ی بخش‌های اورژانسی‌اش خیلی شبیه پاتریشیا است. فیونا هم در سال ۱۹۸۹، که در اوایل دهه‌ی بیست زندگی‌اش بود، عمل کیسه‌ی صفرا انجام داد اما مشکلات شکمی‌اش حل نشد.

«از آن زمان به بعد، من همچنان این دردها را داشتم. این فقط اسپاسم خیلی سخت و شدیدی است، دردی که آن‌ها هر نوع آزمایشی را که در

این کتاب هست برایش انجام داده‌اند و هیچ چیزی پیدا نکرده‌اند. به همین دلیل تشخیص بیماری IBS را دادند. هیچ مشکلی در ارتباط با اسهال یا یبوست ندارم؛ تنها مشکل درد است. دردی که مدام بیشتر می‌شد.»
من خاطرنشان کردم: «به معنای دقیق کلمه، این IBS نیست.»

«این چیزی است که من همیشه گفتم. این تشخیص را زمانی دادند که اسمش اسپاسم رودی بزرگ بود و بعد از آن، IBS اسم گذاری شد. دکتري از تورنتو بود که این تشخیص را داد. من آندوسکوپی شدم و تحت اشعه‌ی ایکس باریوم قرار گرفتم و همه‌جور درمانی را روی من انجام دادند. سه یا چهار درمان مختلف را روی من امتحان کردند. قرص‌ها هیچ تأثیری رویم نداشتند.

بعضی وقت‌ها چند ماه هیچ‌کدام از این علائم را نداشتم و بعد روزهایی می‌رسید که این علائم را تجربه می‌کردم. گاهی اوقات دو دقیقه و گاهی هم ساعت‌ها طول می‌کشید و به‌حدی دردناک بود که از پا درم می‌آورد. این دردها شدید و تمام عیار و از نوع اسپاسم بودند. نفسم بند می‌آمد؛ درد خیلی شدیدی بود. آن روزها خیلی بد بودند. حتی حمله‌هایی داشتم که یک ساعت طول می‌کشید، اما احساس می‌کردم یک سال طول کشیده است.

وقتی در تورنتو بودم، پزشکان نمی‌دانستند مشکلم چیست. آن‌ها من را در بیمارستان نگه می‌داشتند و سرم دمرول بهم وصل می‌کردند و هر بار که دچار حمله می‌شدم، می‌توانستم خودم را درمان کنم. پرستارهای آنجا به من می‌گفتند که من برای مراقبت و توجه آنجا هستم و برای اینکه بتوانم آرام بخش بگیرم و اینکه آویزان آن‌ها شده‌ام. جواب من هم به آن‌ها این بود: "پس دیگر از این‌ها به من ندهید. تمام کاری که این‌ها می‌کنند این است که خواب آور هستند." این تنها راهی بود که به تخفیف دردم کمک می‌کرد. من از این آت و آشغال‌ها متنفرم.»

اگرچه شکم درد ویژگی بارز سندروم روده تحریک‌پذیر است، اما برحسب تعریف کنونی این اختلال، خود درد برای تشخیص این بیماری کافی نیست. یک فرد زمانی مبتلا به IBS تشخیص داده می‌شود که در نبود آسیب‌های دیگر، درد شکم همراه با بهم خوردن کارکرد روده را تجربه کند؛ چیزهایی مثل اسهال یا یبوست.^[۱] این نشانه‌ها از فردی تا فرد دیگر، یا حتی در یک فرد از زمانی تا زمان دیگر فرق می‌کنند. مثلاً عادت ناراحتی روده‌ی پاتریشیا از هیچ الگوی مجزایی پیروی نمی‌کند.

«من بین یبوست و اسهال در نوسان هستم. چیز زیادی بین این‌ها وجود ندارد. می‌توانم چندین روز دستشویی نرم و وقتی می‌روم اسهال دارم. گاهی هم چند بار در روز اسهال می‌شوم و بعضی وقت‌ها هم می‌توانم به مدت سه ساعت توی دستشویی بمانم. تنها اتفاق ثابت این است که هیچ ثباتی وجود ندارد. گاهی انفجاری است و گاهی نه.»

گرچه بعضی از نشانه‌ها برای تشخیص ضروری نیستند، اما معمولاً نشانه‌های دیگری هم عنوان می‌شوند. اتفاق غیر معمولی نیست که بیماران IBS مدفوعشان را گاهی موجدار و کوچک و گلوله‌ای شکل و گاهی شل و آبکی توصیف می‌کنند. آن‌ها بعضی وقت‌ها مجبورند به خودشان فشار بیاورند، چون احساس می‌کنند که روده‌شان به طور کامل تخلیه نشده است. گاهی ترشحات موقتی در مدفوعشان دارند. حس نفخ یا ورم شکم نیز بین آن‌ها شایع است.

سندروم روده تحریک‌پذیر بیشتر از هفده درصد جامعه دنیای صنعتی را تحت تأثیر داده و شایع‌ترین علت ارجاع بیماران به متخصصین گوارش است. جالب است که بسیاری از افراد با این نشانه‌ها، که می‌توان این تشخیص را برایشان درست دانست، به پزشک مراجعه نمی‌کنند.

سختی تأمل‌آمیز در زمینه‌ی ابهام در حرفه پزشکی، زندگی را برای بیمارانی مثل پاتریشیا و فیونا بغرنج می‌کند. ما انتظار داریم که افراد با بیماری‌هایی پیش ما بیایند که کاملاً متناسب با طبقه‌بندی نشانه‌ها باشند و یافته‌های آسیب‌شناختی روشنی در خود داشته باشند. همان‌طور که متخصص گوارش، داگلاس دراسمن می‌گوید، «چهل سال قبل، رنی فاکس، جامعه‌شناس پزشکی عنوان کرد که یکی از مشکل‌ترین گذارها برای دانشجویان پزشکی، پذیرفتن ابهام نهفته در ذات پزشکی است. اما مدل زیست پزشکی، برای این امراض شایع که با بیماری ریشه‌ای قابل توضیح نیستند، ابهام به وجود می‌آورد.» [۲] این ابهام، نتیجه‌ی بی‌اعتمادی ذاتی ما نسبت به داستان بیمار است؛ زمانی که نمی‌توانیم آن را با داده‌های کور فنون معاینات فیزیکی یا اسکن، اشعه‌ای‌یکس، آزمایش خون، آندوسکوپی، بافت‌برداری و ابزارهای الکترودیالکتیک تطبیق دهیم. در چنین مواردی، فرد شاکی احساس می‌کند که پزشکان علائم بیماری‌اش را نادیده می‌گیرند. بدتر اینکه، شاید او را متهم به رفتار مبتنی بر داروطلبی، عصبی بودن، فریبکاری و یا صرفاً جلب توجه می‌کنند. بیماران مبتلا به IBS و همین‌طور افراد مبتلا به سندروم خستگی مزمن و فیبرومیالژیا، معمولاً خودشان را در چنین شرایطی می‌بینند.

مگدا که خودش پزشک بود، می‌دانست که به‌خاطر درد کشنده‌ی شکمش بهتر است به بخش اورژانس برود. او هم مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تشخیص داده شده بود. «اکثر اوقات درد و ورم داشتم. هیچ‌کس مشکلی در من پیدا نکرد و به همین خاطر گفتند بیماری‌ام IBS است. کلونوسکوپي و کلی کارهای دیگر رویم انجام شد. اما هیچ‌چیزی پیدا نکردند. حدس می‌زنم می‌توانید اسم آن را تشخیص استثنا بگذارید.

روزی نبود که دل درد نداشته باشم. گاهی وقت‌ها کف زمین اتاق دفتر کارم دراز می‌کشیدم و از پد گرم کننده استفاده می‌کردم و به این فکر می‌کردم که چطور بعد از ظهر را پشت سر بگذارم و چطور خودم را به خانه برسانم. درد خیلی شدید و مداوم داشتم. هشتاد یا نود درصد اوقاتم شکم درد داشتم. روزی نبود که تا وسط بعد از ظهر، شکم درد نداشته باشم؛ آن هم به مدت چند سال! مطمئنم که خیلی وقت‌ها هم به‌خاطر شدت دردم به اورژانس رفته‌ام؛ به همین خاطر است که از مکان‌هایی مثل اینجا دور می‌مانم. چون می‌دانم که چه اتفاقی قرار است در اینجا برایم بیفتد. می‌دانستم هیچ‌چیزی به من کمک نخواهد کرد. من نمی‌رفتم، اما نه به‌خاطر اینکه دردم شدت نداشت، بلکه به این خاطر که آن را بی فایده می‌دانستم.»

درد ناشی از IBS -و به طور کلی، شکم درد تشخیص داده نشده- اگر که خیال پردازی عصبی بیمار تلقی نشود، تا همین اواخر هم تصور می‌شد که کاملاً به علت انقباض‌های نامتوازن روده است و به تبع آن، عبارت‌هایی مثل اسپاسم کولون. درحال حاضر، این موضوع تأیید شده است که نقص عملکردی این اختلالات تنها به خود روده مربوط می‌شود. موضوع کلیدی روش ارزیابی و تفسیر درد توسط حواس سیستم عصبی است.

مشاهدات گوناگون به ادراک تازه‌ای از مشکلات شکمی منتهی شده‌اند. یافته‌های جدید درباره‌ی مطالعات الکتریکی و اسکن مغز، توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. وقتی بخش‌هایی از روده به‌شکلی مصنوعی ورم می‌کنند، الگوی پاسخ در مغز افراد مبتلا به شکم درد عملکردی، نسبت به فعالیت مغزی افرادی که از درد نمی‌نالند، به‌طور مشخصی فرق می‌کند. [۳]

درد ناشی از ورم کولون یا بخش‌های دیگر روده را می‌توان با وارد کردن آندوسکوپي در روده و سپس باد کردن بالنی متصل به آندوسکوپي هم مورد مطالعه قرار داد. در چنین تحقیقاتی، گروه بیماران عملکردی، حساسیت بیش‌ازحد به ورم را به‌کرات از خود نشان می‌دهند. آن‌ها گزارش می‌دهند که درد ناشی از این روش، شبیه همان دردی است که معمولاً تجربه می‌کنند. یکی از تحقیقات اثرات باد کردن بالن

را در افراد مبتلا به IBS و گروه کنترل با هم مقایسه کرد. «باد کردن بالن به اندازه‌ی شصت میل باعث درد در شش درصد افراد گروه کنترل و ۵۵ درصد در افراد IBS شد. ورم برآورد شده در دیواره‌ی روده در اندازه‌های متفاوت، در هردو گروه مشابه بود. با این حال، رویداد درد در ارتباط با کشیدگی دیواره، در گروه IBS تا تقریباً ده برابر افزایش یافت.» [۴]

در جای دیگری، در دستگاه گوارش -از مری گرفته تا روده کوچک- مشاهداتی موازی صورت گرفته است. پس به نظر می‌رسد در شکم‌دردهای کنشی، پیام‌های فیزیولوژیکی از سمت روده توسط سیستم عصبی منتقل شده و توسط مغز به شکلی متفاوت دریافت می‌شوند. دکتر دراسمن می‌نویسد: «حیطه‌ی جدیدی از تحقیقات بر بیماران مبتلا به این اختلالات ایجاد شده است. بعد از چندین دهه مطالعه بر این موضوع که چگونه بیماران IBS از منظر فیزیولوژی دستگاه گوارش، از افراد سالم تمیز داده می‌شوند، رفته‌رفته تفاوت‌هایی را در فیزیولوژی مغزی می‌بینیم.»

نوعی اسکن به نام توموگرافی گسیل پوزیترون یا PET، از طریق ثبت تغییرات در جریان خون، فعالیت نواحی مغزی را اندازه‌گیری می‌کند. وقتی سوژه‌های تحقیق ورم مقعد را تجربه می‌کنند، اسکن PET نشان می‌دهد که کدام بخش از مغز، واکنشی ثبت می‌کند. با ورم مقعدی یا حتی پیش‌بینی ورم مقعد، بیماران IBS قشر جلوی مغز را فعال می‌کردند، ناحیه‌ای که در گروه سالم فعال نشده بود. [۵]

قشر جلویی مغز جایی است که مغز خاطرات عاطفی را نگه می‌دارد؛ محرک کنونی -فیزیکی یا روانی- را نظر به تجربیات گذشته تفسیر می‌کند و این می‌تواند حتی به زمان نوزادی برگردد. فعال‌سازی در این بخش مغز به این معناست که چیزهایی با اهمیت عاطفی در حال روی دادن هستند. در افرادی که استرس مزمن را تجربه کرده‌اند، قشر جلوی مغز و ساختارهای مرتبط با آن در حالتی از گوش به زنگی تمام عیار چشم انتظار خطر می‌مانند. فعال‌سازی جلوی مغز، تصمیم آگاهانه فرد نیست، بلکه نتیجه برانگیختگی خودکار مسیرهای عصبی‌ای است که از مدت‌ها قبل برنامه‌ریزی شده‌اند.

در تحقیق دیگری، دامنه‌ی الکتریکی امواج مغزی که به واسطه‌ی محرک صدا تحریک شده بود، در بیماران IBS نسبت به گروه کنترل بیشتر بود و این باز حاکی از گوش به زنگ بودن تمام عیار فیزیولوژیکی است. [۶]

چه چیزی این تغییر پاسخ سیستم عصبی را توجیه می‌کند؟ پاسخ این سؤال وقتی مشخص می‌شود که نه فقط به ارگان‌های انسانی، بلکه به زندگی انسان‌ها توجه کنیم. در تاریخچه‌ی بیماران مبتلا به بیماری‌های روده و مخصوصاً در افراد مبتلا به IBS و سایر اختلالات کنشی، بدرفتاری‌های زیادی اتفاق افتاده است.

در سال ۱۹۹۰، در تحقیقی که بر بیماران زن در کلینیک گاستروانترولوژی دانشکده پزشکی کالیفرنیا شمالی صورت گرفت، ۴۴ درصد از زنان نوعی بدرفتاری جنسی و یا فیزیکی را گزارش دادند. «کسانی که تاریخچه‌ی بدرفتاری داشتند، چهار برابر ریسک بالاتر برای درد لگن و دو یا سه برابر بیشتر نشانه‌هایی از دردهای غیر شکمی (مثل سردرد، پشت درد و کوفتگی) و همین‌طور عمل‌های جراحی بیشتر در طول زندگی‌شان داشتند.» [۷] در مطالعه‌ی جدیدتری در همان مرکز، تقریباً دو سوم زنانی که با آن‌ها مصاحبه شده بود، بدرفتاری از نوع فیزیکی یا جنسی و یا هر دوی این‌ها را تجربه کرده بودند. این بار هم بیماران قربانی شده بیشتر مستعد عمل‌های جراحی مثل عمل کیسه صفرا، رحم برداری و لاپاروتومی بودند. آن‌ها درد، نشانه‌های جسمی غیرگوارشی، روزهای ازکارافتادگی و ماندن در بستر، ناراحتی‌های روانی و ناتوانی کارکردی بیشتری در مقایسه با بقیه داشتند. [۸]

واضح است که ترومای فیزیکی مستقیم -کبودی جدی مغزی یا زخمی‌شدن یا ضربه خوردن عصب- می‌تواند از نظر فیزیولوژی سیستم عصبی را مختل کند. اما ترومای روانی چطور می‌تواند روی ادراک درد اعمال اثر کند؟

سیستم عصبی روده حدود یکصد میلیون سلول عصبی دارد؛ ما به اندازه‌ی کل ستون فقراتمان فقط در روده کوچکی سلول داریم! [۹] این اعصاب کارشان چیزی بیشتر از هماهنگی هضم و جذب غذا و دفع فضولات است؛ آن‌ها بخشی از سیستم حسی ما را هم تشکیل می‌دهند. روده از طریق انقباض عضلانی، تغییرات جریان خون و ترشح انواع ماده‌های فعال بیولوژیکی، به محرک عاطفی پاسخ می‌دهد. این تلفیق مغز- روده برای بقا ضروری است. مثلاً حجم بالایی از خون باید بی‌درنگ از روده‌ها به قسمت قلب و عضلات دست و پا برود.

روده هم به نوبه‌ی خود پُر از عصب‌های حسی می‌شود که اطلاعات را به مغز ارسال می‌کنند. درست برخلاف چیزی که تا همین اواخر تصور می‌شد، رشته‌های عصبی که از روده‌ها به مغز می‌روند به وفور بیشتر از رشته‌هایی هستند که از مغز به سمت روده می‌روند. [۱۰]

مغز داده‌های حاصل از ارگان‌های حسی مثل چشم‌ها، پوست و گوش را به روده منتقل می‌کند؛ یا درست‌تر بگوییم، درواقع تفسیر این داده‌ها توسط مراکز عاطفی مغز است که به روده منتقل می‌شود. سپس رویدادهای فیزیولوژیک حاصل در قسمت روده، این تفسیر عاطفی را تقویت می‌کنند. پیام‌هایی که به مغز پس فرستاده می‌شود، به احساساتی در روده منتهی می‌شود که ما به‌صورت آگاهانه می‌توانیم آن‌ها را درک کنیم. اگر ما تماسمان را با احساسات روده‌ای از دست بدهیم، دنیا به جای کمتر ایمنی تبدیل می‌شود.

واضح است که اگر تمام رویدادهای ریز بدنمان را احساس می‌کردیم، زندگی قابل تحمل نمی‌شد. گوارش، تنفس، جریان خون به سمت ارگان‌ها یا دست و پا و کلی کنش دیگر، باید بدون مداخله در آگاهی‌مان اتفاق بیفتند. باید آستانه‌ای وجود داشته باشد که در زیر آن آستانه، مغز حواس را ثبت نکند و محرک به‌عنوان چیزی معمولی پذیرفته شود، اما بالای آن آستانه، مغز نسبت به خطر بالقوه از درون و بیرون هشدار دهد. به‌عبارتی، باید ترموستاتی با درجه‌بندی خوب برای حس درد و حواس دیگر وجود داشته باشد.

وقتی فرد دل‌پیچه‌ی زیادی را تجربه می‌کند، سیستم نورولوژیک ممکن است بیش‌ازحد حساس شود. بنابراین، در نخاع، انتقال درد از روده به مغز در نتیجه ترومای روانشناختی شکل می‌گیرد. عصب‌های درگیر به‌واسطه‌ی محرک ضعیف‌تری به کار می‌افتند. هر چقدر تروما بیشتر باشد، آستانه‌ی حسی پایین‌تر می‌آید. میزان نرمال گاز در لومن روده و سطح نرمالی از کشیدگی در جداره‌ی روده، باعث ایجاد درد در افراد حساس می‌شود.

همزمان با این، حیطه‌های جلوی مغزی قشر در حالت شدت‌یافته و هشیاری خواهند بود و با ناراحتی به فرآیندهای فیزیولوژیک نرمال پاسخ می‌دهند. بیماران IBS تشدید درد را تجربه می‌کنند و علاوه بر آن میزان اضطراب، تهییج و کوفتگی بیشتری را هم در مقایسه با افراد سالم در ورم مقعد گزارش می‌دهند. در استرس عاطفی، فعالیت نواحی قشری ادراک ناراحتی را تشدید می‌کند.

دکتر لینگ چانگ، دانشیار دانشکده پزشکی UCLA و مدیر مشترک برنامه‌ی بیماری عصبی UCLA/CURE است. او ادراک کنونی درباره‌ی سندروم روده تحریک‌پذیر را به این شکل خلاصه کرده است: «هم عوامل استرس‌آور خارجی و هم داخلی در تشدید IBS نقش دارند. عوامل استرس خارجی، بدرفتاری در کودکی و سایر استرس‌های پاتولوژیکی هستند که پاسخگویی به استرس را تغییر می‌دهند و فرد مستعد را بیشتر مستعد

ابتلا به IBS می‌کنند. بعدها در طول زندگی عفونت، عمل جراحی، پادتن و عوامل استرس روانی اجتماعی، همه و همه می‌توانند در شروع بیماری IBS و وخامت آن نقش داشته باشند.» [۱۱]

استرس قطعاً می‌تواند موجب انقباض روده‌ها شود. زنانی که مورد سوءاستفاده‌ی جنسی قرار گرفته‌اند، زمانی که عضلات کف لگنشان به‌صورت مزمن سفت می‌شود، نمی‌توانند با تخلیه‌ی آن عضلات را شل کنند و شاید مستعد یبوست شوند؛ یا افرادی که ترس وحشتناکی را تجربه کرده‌اند، استرس در آن‌ها می‌تواند باعث حرکات غیرارادی در کولون شود. این به وضوح در دکتر آینده‌ی جوانی که در آزمایش، موش آزمایشگاهی بی‌اطلاعی بود نشان داده شد: «محققین یک حقه‌ی پیچیده پیاده کردند؛ به این شکل که به یک دانشجوی پزشکی سال چهارم پیشنهاد دادند که به‌صورت داوطلبانه بگذارد تحت معاینه سیگموئیدوسکوپی قرار بگیرد تا آن‌ها بتوانند سرطان را ببینند. این کار به افزایش انقباض و یا اسپاسم شکم منتهی شد و این حالت پایدار بود تا زمانی که آن‌ها حقه‌شان را افشا کردند. این نوع مطالعات تأیید می‌کرد که استرس بر کارکرد کولون در افراد نرمال و بیماران اثر می‌گذارد.» [۱۲]

چیزی که در مورد IBS کشف شده است به سایر بیماری‌های روده هم مربوط می‌شود. پاتریشیا، علاوه بر بیماری IBS، از مشکل ترش کردن هم رنج می‌برد که به نظر می‌رسید توجیه پزشکی را به چالش می‌طلبد. او با تلخی از آن یاد می‌کرد. «من این مشکل مرموز دستگاه گوارش را دارم که هیچ‌وقت تشخیص داده نشد. با خوردن غذاهایی که کاملاً بی‌مزه نیستند، معده‌ام اسید ترشح می‌کند. مجبور شدم هرچیزی را که عطر و طعمی دارد، از رژیم غذایی‌ام حذف کنم.

من همچنان دارم آزمایش می‌دهم و مدام می‌شنوم که حالم خوب است و فقط می‌توانم بگویم یکی از آزمایشاتم تنها کمی نگران کننده بود، اما پزشکان گفتند که ارتباطی با دردی که احساس می‌کنم ندارد. آن‌ها چیزی را از بینی فرو می‌کنند و به سمت مری می‌برند و میزان اسید را اندازه می‌گیرند. به من گفتند که میزان کمی اسید وجود دارد، اما نه در حدی که من به‌خاطرش آنقدر درد بکشم.

من به مدت سه یا چهار سال در پانتولوک بودم. قرار بود اسید را کامل تخلیه کنند و من هم فقط می‌بایست به مدت شش هفته آن را تحمل می‌کردم. هر روز، دیوول و گاویسکون هم می‌گرفتم. من هنوز هم علائم اسید را دارم، اما پزشکان هیچ‌چیزی نمی‌توانند پیدا کنند.»

اسم پزشکی تجربه‌ی مزمن و کشنده‌ی جریان اسید معده به سمت روده، بیماری رفلاکس معده-مری (GERD) است. محققان در سال ۱۹۹۲، رابطه‌ی بین نشانه‌های رفلاکس را با استرس در افراد مبتلا به GERD مورد مطالعه قرار دادند. اگرچه ادراک این بیماران از ترش کردن مربوط به رفلاکس، در جریان این محرک استرس‌آور، به میزان چشمگیری افزایش یافت، اما اندازه‌های عینی میزان اسید از یک محرک تا دیگری، هیچ تغییری نکرده بود. به عبارتی، استرس آستانه‌ی درد را پایین آورده بود. [۱۳]

یک متخصص روده‌ی ناآشنا به فیزیولوژی عصبی یا روانشناسی درد، که با آندوسکوپی، مری تحتانی پاتریشیا را می‌دید، با وجدان آسوده به پاتریشیا گفت که رفلاکس اسیدی که او مشاهده کرده برای توضیح میزان دردش کافی نیست. پاتریشیا هم با همان میزان آگاهی برآشفته شد از این که نشانه‌ای را، که منشأ دردهای شدید روزمره در زندگی‌اش شده است، به شکل بی‌عاطفه‌ای رد می‌کنند.

نمی‌توانیم بگوییم که افراد مبتلا به GERD رفلاکس مداوم بیشتری را نسبت به سایر افراد تجربه نمی‌کنند. قطعاً تجربه می‌کنند و این بار هم مشکل به مغز- روده بر می‌گردد. محققان با مقایسه‌ی گروه کنترل سالم با بیماران رفلاکسی، به این موضوع پی بردند که فشارِ رو به تخفیف اسفنکتر مری در بیماران GERD به کرات پایین بود. کاهش کارایی عضلات اسفنکتر باعث رفلاکس بیشتر می‌شد. [۱۴]

ذهن و مغز چه نقشی می‌توانند در رفلاکس داشته باشند؟ شاید از طریق عصب واگ، که مسئول قوام عضلات اسفنکتر مری تحتانی است. فعالیت واگ نیز به نوبه‌ی خود متأثر از هیپوتالاموس است. هیپوتالاموس، آن‌طور که دیده‌ایم، داده‌ها را از مراکز عاطفی قشر که مستعد استرس است دریافت می‌کند. بنابراین، در GERD، آستانه‌ی درد پایین با شل شدن زیاد اسفنکتر ترکیب می‌شود؛ دو پدیده‌ای که می‌توانند با استرس ارتباط داشته باشند.

سه زنی که برای این فصل با آن‌ها مصاحبه شد، تجربیات درد مشابهی را گزارش دادند؛ گرچه فقط پاتریشیا است که مجموعه‌ی علائمش معیار کامل تشخیص IBS را برآورده می‌کنند. برخلاف اکثریت بیماران در تحقیقات کارولینای شمالی، هیچ‌یک از این زنان نه در کودکی و نه در بزرگسالی، مورد بدرفتاری جنسی یا جسمی قرار نگرفته‌اند. با این اوصاف چطور می‌توانیم آستانه‌ی درد پایین را توضیح دهیم؟

درجه‌بندی نزولی ترموستات درد سیستم عصبی، نیاز به بدرفتاری ندارد؛ استرس عاطفی مزمن برای کاهش آستانه‌ی درد و القای هشیاری

بیش‌ازحد در مغز کافی است. اگرچه بدرفتاری می‌تواند منشأ اصلی این استرس‌ها باشند، اما استرس‌های بالقوه‌ی دیگری هم در کودکان در حال رشد هستند که نامحسوس و کمتر قابل لمس و درعین‌حال آسیب‌رسان هستند. این فشارها در بسیاری از خانواده‌ها وجود دارد، حتی در خانواده‌هایی که والدین عاشق بچه‌هایشان هستند و از هر نوع فکری درمورد آسیب رسیدن به کودکان‌شان هراس دارند. تجربیاتی که بر فیزیولوژی ادراک درد و کارکرد روده اثر می‌گذارند، برای بچه‌هایی که به‌معنای واقعی کلمه هیچ‌وقت مورد بدرفتاری قرار نگرفته و حتی احساس عشق و حمایت داشته‌اند هم اتفاق می‌افتد. عوامل استرس لحظه‌ای برای شکم دردهای سخت مگدا، با شغلش ارتباط داشت. او در آن زمان در بیمارستان نیویورک کار می‌کرد. رئیس آزمایشگاه اخیراً استعفا داده بود و مگدا با جانشین او رابطه‌ی خوبی نداشت.

«کارفرمای جدید از همان اول منتظر بود که تلافی این کار را سر من در بیاورد. فکر کنم از روزی که آمد، در بازنگری به دنبال راهی برای خلاص شدن از شر من بود. شرایط بسیار ناخوشایند، متشنج و رقت باری بود، جایی که عاشق کارم بودم، اما از محیط کارم متنفر بودم. من به‌شکلی باور نکردنی، طولانی مدت کار می‌کردم. ساعت ۷ صبح سر کار بودم و معمولاً طبق اصول کاری، ساعت ۴ بعد از ظهر کارم را تعطیل می‌کردم؛ مگر اینکه جلسه‌ای برگزار می‌شد که اغلب هم اتفاق می‌افتاد. من هیچ‌وقت کارم را برای نهار تعطیل نکردم. هیچ‌وقت وقفه‌ای برای استراحت نداشتم. کارم را به خانه می‌بردم و حتی آخر هفته‌ها هم کار می‌کردم. هیچ‌وقت حساب این‌ها را نداشتم، اما ساعت‌های طولانی بی‌وقفه و با فشار خیلی زیاد و ترس وحشتناکی کار می‌کردم؛ هیچ کاری در حیطه‌ی رشته‌ی خودم، که یک تخصص در حال احتضار بود وجود نداشت. من هیچ‌وقت نمی‌خواستم فعالیت عمومی‌داشته باشم و دوست نداشتم که برگردم و رزیدنت شوم.

با وجود همه‌ی دردی که داشتم، ساعت ۷ صبح دوشنبه سر کار بودم و هیچ‌وقت خرابکاری نکردم، هیچ‌وقت. من هیچ‌وقت مریض نمی‌شدم. هیچ بهانه‌ای دستشان ندادم تا از دستم راحت شوند. آن‌ها هیچ چیز نادرستی درباره‌ی من پیدا نکردند. نمی‌دانستم با زندگی‌ام باید چکار کنم. شدیداً دوست داشتم آنجا را ترک کنم، اما نمی‌دانستم چکار باید بکنم.»

مگدا بعد از جنگ در کمپ پناهندگان شرق اروپا متولد شده بود. او به‌عنوان دختر بازمانده‌های هولوکاست از لهستان، دومین تروما را تجربه کرد. او همیشه فشار سنگین احساس گناه و مسئولیت رنج والدینش و مشکلاتی را که همچنان با آن‌ها روبرو می‌شدند به دوش می‌کشید. تصمیمش برای ورود به رشته‌ی پزشکی، به میل خودش نبود. درکش از نیازها و انتظارات والدین و دغدغه‌اش برای تسکین دادن اضطراب آن‌ها درمورد آینده و امنیت، انگیزه‌اش برای ورود به این رشته بود.

«اگر به مهارت‌های طبیعی من نگاه کنید می‌بینید که در زبان خارجه و توضیح دادن مسائل قوی هستم. اگر حق انتخاب داشتم، هیچ‌وقت پزشکی را انتخاب نمی‌کردم. درواقع، به‌شدت از پزشکی متنفر بودم، اما مجبور بودم این را برای خودم انکار کنم.

من از خیلی از مطالب این رشته متنفر بودم. تا میلی‌متری افتادن در درس آناتومی پیش رفتم. این کابوس محض بود. نمی‌توانستم آنالیز ریاضی انجام دهم. از پس درس فیزیک برنمی‌آمدم. من ذهن این کار را ندارم. هیچ‌وقت در کار بالینی خوب نبودم. مطمئن نیستم اصلاً در کل زندگی‌ام سوفل دیاستولیک را شنیده باشم! من این مهارت‌ها را ندارم. فکر نکنم هیچ‌وقت طحال را احساس کرده باشم؛ فقط وانمود می‌کردم. من در این چیزها مهارت نداشتم و تمایلی هم به این چیزها نداشتم.

من فکر می‌کردم دکتر بودن چیزی است که می‌خواهم. والدینم هیچ‌وقت به من نگفتند چکار کنم و چکار نکنم. آن‌ها فقط همیشه این حرف را به زبان می‌آوردند که کمک کردن به دیگران خیلی چیز خوبی است و اینکه حتی نازی‌ها هم به دکتر نیاز دارند.»

- بله، من هم قبلاً این را شنیده‌ام؛ و همین‌طور امنیتی که از حمل دانش در توشه‌تان به‌دست می‌آورید.

- درست است و هیچ‌کس نمی‌تواند این را از بین ببرد. فارغ از زمان و فارغ از اینکه چه اتفاقی می‌افتد، وجود پزشک لازم است. شما می‌توانید کارفرمای خودتان باشید و این چقدر خوب است. والدینم من را از سن خیلی کمی شستشوی مغزی دادند. بنابراین من محقق آزمایشگاه شدم و آن‌طور که والدینم انتظار داشتند، پزشک وقت شناسی نبودم. مادرم هیچ‌وقت نفهمید من دقیقاً چکار می‌کنم و هیچ‌وقت کاملاً احساس رضایت نداشت. چیزی که من انجام می‌دهم کار درجه دو است. من گوشه‌ی طبی روی بدن بیمار نمی‌گذارم و نسخه نمی‌نویسم و هیچ‌یک از کارهای پزشکان واقعی را انجام نمی‌دهم. من فقط نمونه‌ها و اسلایدها را بررسی می‌کنم. او این را توی صورتم نمی‌گوید،

اما تا حدودی همیشه از من مأیوس است.

وقتی مگدا متوجه شد که درمان پزشکی مرسوم پیشنهاد خاصی برایش ندارد، روان‌درمانی را در پیش گرفت. خشم عمیق او نسبت به والدینش، که از کودکی سرکوب‌شده بود به مرور داشت سر باز می‌کرد. «من داشتم تجربه‌ی غریزی خشمم را دور می‌زدم؛ خشم نسبت به پدرم، چون در کودکی‌ام صدایش را بالا می‌برد و دادوبیداد راه می‌انداخت و من را در کودکی خیلی می‌ترساند.

مشکل خیلی بزرگ‌ترم، رابطه‌ام با مادرم بود. من تصور می‌کردم او فوق‌العاده است و ما بهترین دوست‌های هم هستیم؛ او دوست و حامی من بود؛ کسی بود که وقتی از مدرسه به خانه می‌آمدم ساعت‌ها پای حرف‌هایم می‌نشست؛ کسی بود که از همه بیشتر به او نزدیک بودم و من را کاملاً درک می‌کرد و کلی چیز دیگر. بعد از چندین جلسه این حقیقت روشن شد که کیفیت رابطه‌ی ما، بسیار پایین بود. با وجود تمام حمایت‌هایش از من، من را دست‌کم می‌گرفت. با من طوری رفتار می‌کرد که احساس می‌کردم در اجتماع، آدم بی‌دست‌و‌پایی هستم و توی خودم بودم؛ او به من کمک نکرد تا رشد کنم و شخصیت خودم را پیدا کنم. او -البته با نیت خوب- از من یک شخصیت نپخته ساخت.

کلی چیز دیگر هم هست؛ او داستان هولوکاست را برایم تعریف کرد. برای بچه‌های دیگر قصه‌های شاه‌پریان را تعریف می‌کردند و برای من داستان هولوکاست و کلی چیزهای نادرست دیگر را تعریف می‌کردند.»

- احساس می‌کنی شنیدن این چیزها برایت درست نبود؟

- بله؛ در سن سه یا چهار سالگی درست نبود. من یادم نمی‌آید چه زمانی بود، اما زمانی نبوده که این داستان را نشنیده باشم که چطور کل خانواده به‌خاطر من داشتند کشته می‌شدند، وقتی که داشتیم برای فرار از لهستان از مرز عبور می‌کردیم؛ اینکه چطور در آغوش هرکسی جز مادرم گریه می‌کردم و درعین‌حال سنگین بودم و پاهایش سر خورد و من را توی رودخانه انداخت و برای اینکه من را نجات دهد، تقریباً همگی با صدای بلند درخواست کمک می‌کردند و همین شد که به سمتشان شلیک شد. بعد از آن، کتفش در رفت و از آن زمان به بعد، هیچ‌وقت کاملاً خوب نشد. والدینم هیچ‌وقت نگفتند که زندگی بدون فرزند آسان‌تر می‌شد. آن‌ها بچه می‌خواستند؛ آن‌ها عاشق من بودند، اما من هنوز هم این حس را دارم که یک مشکل در زندگی آن‌ها هستم.

با در نظر گرفتن ترومایی که والدین مگدا متحمل شده بودند و شرایط مقتضی سال‌های در حال رشدش، انتخاب او برای نادیده گرفتن امیال خودش تقریباً غیرقابل اجتناب بود. خود این انتخاب او را به طرز خطرناکی در برابر استرس، آسیب‌پذیر کرد. این باور که او در شغلی گیر افتاده است که رئیس آزمایشگاه جدیدش او را طرد کرده، علت طبیعی شکم دردهای طاقت فرسایی است که تجربه می‌کرد. در این موقعیت، او دیگر نمی‌توانست مثل کودکی در خانه‌ی خانواده‌اش، خودش را نشان دهد. آن‌طور که خودش پی برده بود، منشأ دردش با واپس‌رانی ناخودآگاه خشمش ارتباط داشت.

خاطرنشان کردیم که احساسات مربوط به روده بخش مهمی از سیستم حسی بدن هستند که در ارزیابی محیط و برآورد ایمنی موقعیت به ما کمک می‌کنند. احساسات مربوط به روده ادراکاتی را که مراکز عاطفی مغز مهم تلقی می‌کنند و از طریق هیپوتالاموس منتقل می‌شوند، دو چندان می‌کنند. درد در قسمت دل و روده پیامی است که بدن برای ارسال پیام‌هایی از آن استفاده می‌کند که نادیده گرفتنشان برایمان سخت است. بنابراین، درد شکلی از ادراک است. از نظر فیزیولوژیکی، مسیرهای درد اطلاعاتی را هدایت می‌کنند که ما دست‌یافتن به آن‌ها را از مسیرهای مستقیم‌تر مسدود کرده‌ایم. درد حالت ثانویه‌ی نیرومندی از ادراک است که ما را متوجه خطر می‌کند، در زمانی که حالت‌های اولیه برای توجه به خطر در ما از کار افتاده‌اند. درد، همچنین، داده‌هایی را در اختیارمان می‌گذارد که با مسئولیت خود نادیده می‌گیریم.

فیونا، که شکم‌دردهایش اول به اسپاسم کولون و در نهایت به IBS نسبت داده می‌شد، نسبت به مگدا، در کودکی مسئولیت به‌مراتب کمتری داشت. با این حال، در ترس مزمنی که از اینکه شخصیتش مورد قبول دیگران نباشد داشت، پژواک عاطفی نیرومندی نهفته بود.

- «من واقعاً بر این باورم که الان انسان بالغی هستم و پدرم را به‌عنوان فرد بالغی می‌شناسم که هرگز از روی قصد من را بابت هیچ‌چیزی قضاوت نکرده است، اما همیشه انتقاد و ارزش‌گذاری می‌کرد. در سن هفده سالگی، به نامزدم در کلگری گفتم که من تا الان حتی یک شغل واقعی نداشته‌ام و واقعاً احساس می‌کردم سابقه کاری‌ام به پای سابقه‌ی خواهر و برادرم نمی‌رسد. با داشتن آن پدر، آدم همیشه احساس می‌کند که به جای انجام دادن کاری که دلش می‌خواهد، باید رزومه‌ای برای خودش داشته باشد.»

من از او می‌پرسم: «آیا در کودکی، هیچ‌وقت به والدینت گفتی که چه احساس بدی داری؟»

- از جنبه‌ی فیزیکی بله؛ ولی عاطفی نه. من هیچ‌وقت نمی‌توانستم راحت درباره‌ی این موضوعات صحبت کنم. نمی‌دانم چرا. فکر می‌کنم این خیلی شخصی و خصوصی است. الان من با این رفتار راحت‌ترم، اما پنج سال قبل اصلاً امکان نداشت درباره‌ی این‌ها با شما صحبت کنم. زمان مصاحبه‌مان، استرس‌های لحظه‌ای در زندگی فیونا ریشه در ازدواجش داشت. او هشت سال در این رابطه بوده و دو فرزند هم داشت. «همسرم از افسردگی و حملات وحشت رنج می‌برد. او این لحظات کاملاً پر اضطراب را تجربه می‌کند؛ از وقتی که او را می‌شناسم این‌طور بوده. پسر خوبی است و من عاشقش هستم. او آدم خوش قلبی است اما مراقبت کردن از او واقعاً من را خسته کرده است. درواقع من مادرش بوده‌ام. من سه تا بچه دارم؛ یک فرزند ۳۹ ساله، یک بچه ۶ ساله و یک بچه ۲ ساله.»

«این‌ها مشکلاتی هستند که نسبت بهشان آگاهی داری. آیا ممکن است دردهایی که داری بازتاب چیزهای دیگری باشد که به آن‌ها توجه نداشته‌ای؟ شاید بهتر باشد به جای اینکه این دردها را نوعی مشکل در نظر بگیری، آن‌ها را احساسات شکمت بدانی که دارد چیزی را به تو می‌گوید. وقتی به پیام‌های عاطفی توجه نمی‌کنی، بدنت می‌گوید: بسیار خب، چند تا پیام فیزیکی برایت دارم. اگر به آن‌ها هم توجه نکنی، دچار دردسر بزرگی می‌شوی.»

یک هفته بعد از این مکالمه، فیونا با من تماس گرفت. او برایم فاش کرد که همسرش مشکل جدی اعتیاد به مواد مخدر دارد و فیونا برای مدت‌های طولانی این موضوع را نادیده گرفته است. او اضطراب و خشمش را پنهان کرده بود و می‌خواست که به این امید کودکانه دلخوش کند که بالاخره همسرش روزی اعتیادش را کنار خواهد گذاشت. در نتیجه‌ی مصاحبه‌ای که با هم داشتیم، او شرایط زندگی‌اش را از نو مرور کرد.

پاتریشیا، که از سندروم روده تحریک‌پذیر و رفلاکس مری رنج می‌برد، از بین سه زنی که در این فصل معرفی شدند، مشکل‌ترین دوران کودکی را از نظر عاطفی داشت. او با این تصور بزرگ شده بود که نه‌تنها او را نپذیرفته‌اند، بلکه اصلاً از همان ابتدا او را نمی‌خواستند.

«من می‌دانم که من را نمی‌خواستند. یادم نیست ابتدا چه زمانی این موضوع را فهمیدم، در بچگی‌ام بود یا در نوجوانی. من به چیزهایی که مادرم بهم گفته بود فکر کرده‌ام و متوجه شدم که این نشانه‌ها از همان دوران بچگی من وجود داشتند. من آن‌ها را نفهمیده بودم. فقط می‌دانستم که احساس معذب بودن می‌کنم. او همیشه می‌گفت: "به نظرم تو متعلق به این خانواده نیستی. فکر کنم نوزاد اشتباهی به

ما دادند" و همیشه هم این حرف را با خنده به زبان می‌آورد، اما البته آدم‌ها معمولاً وقتی می‌خواهند چیزی را جدی بگویند، وانمود می‌کنند دارند شوخی می‌کنند.»

بیماران مبتلا به روده‌ی تحریک‌پذیر بیشتر از دیگران مستعد این هستند که در قسمت‌های دیگر بدنشان هم علائم داشته باشند. آسیب‌پذیری نسبت به درد -مثلاً میگرن- مشکلی است که خیلی از بیماران IBS مستعد آن هستند؛ حقیقتی که ما معمولاً اگر مفهوم حساسیت سیستم عصبی را در اثر تجربه‌ای استرس‌آور دریابیم، به سرعت آن را درک می‌کنیم. همان‌طور که تاریخچه‌ی پزشکی پاتریشیا نشان می‌دهد ادراک تقویت‌شده‌ی درد قابل تعمیم است. علاوه بر IBS و رفلاکس مری، پاتریشیا از امراض دیگری هم رنج می‌برد مثل التهاب مثانه بینابینی و فیبرومیالژیا.

در تحقیق کارولینای شمالی که نشان داد اکثریت زنان مبتلا به IBS از بدرفتاری رنج برده‌اند، این موضوع نیز روشن شد که تنها در هفده درصد موارد بدرفتاری، پزشک بیمار از تاریخچه‌ی ترومای بیمار آگاه بوده است. حذف واقعی تاریخچه‌ی زندگی افراد از رویکرد پزشکی به بیماری، پزشکان را از ابزارهای التیام‌بخش قدرتمندی محروم می‌کند. به‌علاوه، آن‌ها را مستعد چنگ انداختن به جدیدترین شاهکار داروشناختی می‌کند. مثال مناسب در اینجا نمونه‌ی تأمل برانگیز «داروی اعجاز» جدید برای سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر است.

در ۲۴ اکتبر سال ۲۰۰۰، پست پزشکی، که یک نشریه‌ی هفتگی است و بسیاری از پزشکان کانادایی آن را مطالعه می‌کنند، یک تیتیر جالب توجه داشت: «داروی جدید زنان را از نشانه‌های IBS آسوده می‌کند.» این مقاله گزارش داد که درمان جدید، یعنی آلوسترون، نشان داده که در آزمایشات بالینی، ایمن است و به‌خوبی تحمل می‌شود و به سرعت و به‌طرز چشمگیری درد و کارکرد روده را در بیماران مبتلا به IBS و به خصوص در زنان مبتلا به IBS که شکم‌روی زیادی دارند، تسکین می‌دهد. از یکی از مسئولین عالی رتبه کانادایی که از این دارو پشتیبانی می‌کرد و امیدوار بود دیگران نیز تمایل به پیروی از آن داشته باشند، نقل شده است: «پزشکان درمان‌های بالقوه‌ای برای بیماران IBS دارند که مفید هستند. بیماران IBS از اینکه ما علت علائم بیماریشان را درک نمی‌کنیم، احساس سرخوردگی دارند. بعضی از این بیماران آرامش زیادی ندارند.»

متخصص دیگری که رئیس دیپارتمان پزشکی در یک دانشگاه کانادایی بود ارزیابی خود را از درمان موجود اخیر مثبت تلقی کرد: «این پیشرفت خیلی چشمگیری است. هیچ گزینه‌ی دیگری وجود ندارد. هیچ‌یک از داروهای دیگر جوابگو نیستند. این خودش است.»

چهار ماه قبل، علم پزشکی، که یک بولتن هفتگی معتبر درباره‌ی درمان‌هاست، پیشاپیش گزارش داده بود که هیچ مستندی وجود ندارد که نشان دهد آلوسترون مزیتی نسبت به درمان استاندارد داشته باشد. برای بیمارانی که بهبودی را با این درمان تجربه کرده‌اند، بعد از گذشت یک هفته از قطع دارو، مزیت‌های آن هم از بین رفت. بولتن علم پزشکی این موضوع را هم مطرح کرد که بعضی از زنانی که از این دارو استفاده می‌کنند به کولیت‌ایسکمیک [۱۵] مبتلا شده‌اند؛ یک بیماری بالقوه خطرناک که در آن، بافت شکم در اثر فقدان اکسیژن ناشی از محدودیت ذخیره‌ی بدن آسیب می‌بیند.

در ایالات متحده هم، آلوسترون سروصدای زیادی به پا کرده است. وزارت غذا و دارو در فوریه سال ۲۰۰۰ آن را تأیید کرد. در پایان ماه نوامبر، تنها یک ماه بعد از چاپ این مقاله‌ی پرشور در نشریه‌ی پست پزشکی، FDA شرکت سازنده را مجبور کرد که این دارو را جمع‌آوری کند. زنان بیشتری در اثر کولیت‌ایسکمیک بستری شدند و بعضی از آن‌ها نیاز به عمل داشتند. گزارش شد که در حداقل یک مورد، کل کولون بیمار باید برداشته می‌شد. تعدادی آمار مرگ و میر هم گزارش شد.

چنانچه در بیماری مزمنی مثل IBS درمانی تجویز شود، معمولاً به مدت چند ماه یا چند سال این درمان باید دنبال شود. تعهد به داروی جدیدی که امنیت آن را در بلند مدت نتوان ثابت کرد، تا زمانی که برای اولین بار در قفسه‌های داروخانه موجود شود، همیشه یک کار پرخطر بوده است. پزشکان و بیماران مجبور نیستند به داروسازی روی بیاورند، آن‌هم درحالی‌که تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیمار به وفور نشان داده شده است. شواهد تحقیقی ترغیب‌کننده‌ای وجود دارد حاکی از اینکه حتی مداخله‌ی روانی جزئی هم می‌تواند مزیت‌هایی به همراه داشته باشد: «در یک تحقیق کنترل شده با درمان شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، هشت جلسه درمان گروهی دو ساعته در یک بازه زمانی سه ماهه، به افزایش تعداد راهکارهای مؤثر شناختی و رفتاری و کاهش همزمان عارضه‌های شکمی منتهی شد. به‌علاوه، این بهبودی در آزمایشات پیگیری دو ساله پایدار بود.» [۱۵]

مگدا که پزشکی نیویورکی است، با کار کردن روی خشم سرکوب‌شده‌اش از طریق روان درمانی، با شکم‌دردهای کشنده‌اش مقابله کرده است. همچنین به حیطة‌ای وارد شده است که بیشتر با روحیات و شخصیتش جور است. هشتاد درصد زمان زندگی را با درد سپری کردن، مدت‌ها قبل از بین رفت. «در دو یا سه ماه گذشته، حتی بهبودی‌های بیشتری هم داشتم. اخیراً وسایل یخچال اتاقم را بیرون ریختم و تمیز کردم؛ توی یخچال یک بطری بنتیلول دارم (داروی تسکین اسپاسم روده). من واقعاً نمی‌توانم آخرین باری را که از آن استفاده کردم به‌خاطر بیاورم. احتمالاً چندین ماه قبل بوده است.»

فیونا تصمیم گرفت که هشدار که شکم‌دردش به قلبش می‌دهد را جدی بگیرد. وقتی برایش روشن شد که همسرش قصد ندارد اعتیادش به مواد را کنار بگذارد، او را ترک کرد. او همراه با دو فرزندش به شهر جدیدی رفت و برای طلاق اقدام کرد. او دیگر درد را تجربه نمی‌کند.

فصل ۱۲: من اول از همه خواهم مرد

بیماری آلزایمر به کابوس نسل انفجار [۱۵۲] (نسل بعد از جنگ جهانی دوم که دوران ازدیاد زاد و ولد در آمریکا بود) تبدیل شده است. فراوانی ثروت و مراقبت پزشکی پیشرفته این موضوع را تضمین می‌کنند که افراد تقریباً سالخورده در این عصر، عمر طولانی‌تری نسبت به اجدادمان در تمام اعصار گذاشته خواهند داشت و درعین‌حال، این گروه نسبت به نسل قبل، بیشتر دچار زوال عقل خواهند شد. طبق پیش‌بینی‌ها، تعداد افراد سالخورده‌ی کانادایی تا پنجاه درصد در نیم قرن بعدی افزایش خواهد داشت. حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر سالانه در اثر بیماری آلزایمر در ایالات متحده می‌میرند، که در سال ۱۹۹۹، میزان مبتلایان به این بیماری طبق برآورد چهار میلیون نفر بود. در صورتی که روند فعلی ادامه داشته باشد، انتظار می‌رود که آمار بعدی تا سال ۲۰۵۰ به پانزده میلیون برسد.

امراضی که باعث می‌شوند افراد دچار زوال عقل شوند -و یا به معنای واقعی کلمه، «دیوانه»- با بالا رفتن سن شایع‌تر می‌شوند. سه درصد از افراد هفتاد ساله از بیماری آلزایمر یا شکل‌های دیگر زوال عقل رنج می‌برند. تا سن ۷۷ سالگی، این رقم به سیزده درصد می‌رسد. هزینه‌های مالی برای افراد مراقبت‌کننده بسیار بالا هستند و فشار فیزیکی و عاطفی هم به آن اضافه می‌شود. افرادی با عقل سلیم چطور می‌توانند رنج فردی را تصور کنند که با درماندگی شاهد این است که حافظه و هوش و خویشتنش در آشفتگی کودکانه‌ای حل می‌شود؟ رفته‌رفته، فقدان کنترل روی ابراز عاطفی، صحبت و عملکرد بدن هم اتفاق خواهد افتاد و چنانچه بیماری سیر طبیعی‌اش را دنبال کند به بی‌حرکی و مرگ ختم می‌شود.

یک فرد مبتلا به آلزایمر گفت: «این بدترین چیزی است که می‌تواند برای یک فرد متفکر اتفاق بیفتد.» می‌توانی احساس کنی که خودت، کل درون و بیرون‌ت دارد از هم می‌پاشد. این بیمار با دیوید شنک، نویسنده‌ی کتاب فراموشی صحبت می‌کرد؛ کتابی راهگشا درباره‌ی تاریخچه‌ی بیماری آلزایمر. شنک از جاناتان سویفت هم نقل قول می‌کند. این نویسنده‌ی ایرلندی متعلق به قرن ۱۷، طنزپرداز و شوخ طبع، غول روشنفکری بود که در

سال‌های آخر زندگی‌اش تحلیل رفت و حافظه‌اش را از دست داد و افکارش به هم ریخت و به یک کوتوله‌ی ذهنی تبدیل شد. سویت در نامه‌ای که در مراحل اولیه‌ی زوال عقلش نوشته بود، از این ناراحت بود: «من نه می‌خوانم و نه می‌نویسم، نه به‌خاطر می‌آورم و نه مکالمه می‌کنم.» در نامه‌ی دیگری گفت: «به سختی می‌توانم ده خط را بدون اشتباه بنویسم؛ به‌راحتی می‌توانید چندین خط‌خوردگی و لکه‌ی جوهر در این نامه ببینید. جدا از این، یک ذره خاطره هم ندارم.»

یکی از اولین ساختارهای وخامت در بیماری آلزایمر هیپوکامپ است، مرکز ماده‌ی خاکستری در لب گیجگاهی مغز، که کنار گوش‌ها در هردو طرف قرار دارد. هیپوکامپ در شکل‌گیری حافظه نقش‌ی فعال و در تعدیل استرس هم کارکرد مهمی دارد. مشخص شده است که سطح بالای کورتیزول هورمون استرس، در حد مزمن می‌تواند هیپوکامپ را کوچک کند.

آیا تجربه‌ی اولیه‌ی زندگی، سرکوبی عاطفی و استرس مداوم می‌توانند زمینه‌ی آلزایمر را فراهم کنند؟ هم تحقیقات علمی و هم نگاه نزدیک به زندگی افراد مبتلا به آلزایمر -چه افراد معمولی و چه افراد مشهوری مثل سوئیفت یا رئیس‌جمهور سابق آمریکا، رولاند رگان- این را ثابت می‌کنند. یک نشانه‌ی جالب از اینکه روابط اولیه می‌توانند در ابتلا به زوال عقل در آینده تعیین‌کننده باشند، از آزمایشات بر حیوانات گرفته شده است. موش‌هایی که در نوزادی به‌خوبی از آن‌ها نگهداری می‌شود، عملاً از هیچ نوع فقدان سلول هیپوکامپی در سنین بالا رنج نمی‌برند.^[۱] ظرفیت آن‌ها در به‌خاطر آوردن بی‌نقص است. از منظر مقایسه، موش‌هایی که کسی از آن‌ها نگهداری نکرده باشد بیشتر در معرض مشکل کوچک شدن هیپوکامپ هستند و همین‌طور نقص حافظه‌ی بیشتری را در سنین بالاتر بروز می‌دهند.

درمورد انسان، مطالعه‌ای که بر راهبه‌ها انجام و در سطح گسترده‌ای گزارش شد، نشان داد که توانایی زبانی پایین در اوایل زندگی، رابطه‌ای قوی با زوال عقل و مرگ زودهنگام در اواخر زندگی دارد. تحقیقات گذشته‌نگر، شرح‌حال‌نویسی دست‌نویس گروهی از طلبه‌های جوان (راهبه‌های کاندیدا) را، که در سال اولشان در صومعه انجام شده بود، مورد مطالعه قرار داد. میانگین سنیشان در زمان نوشتن، ۲۳ سال بود. بیش از شش دهه بعد، محققان خواستند که نوشته‌های شرح‌حال‌نویسی این راهبه‌ها را ببینند و اکنون که پا به سن گذاشته بودند از نظر سلامت روان و تندوتیز بودن نیز مورد مطالعه قرار گرفتند. به‌عنوان بخشی از این تحقیق، از تمام راهبه‌ها اجازه گرفته

شد که بعد از مرگشان کالبدشکافی شوند. روشن شد که آن‌هایی که ایده‌های کمی ارائه کرده بودند و از زبان کمتر واضحی در خاطرات جوانیشان استفاده کرده بودند، با بالا رفتن سن، بیشتر از بقیه مستعد ابتلا به آلزایمر بالینی بودند و همین‌طور یافته‌هایی حاکی از آسیب شناسی خاصی در مغزشان پیدا شد. [۲]

ثروت یا فقر زبانی تحت تأثیر عوامل زیادی قرار دارند، اما عنصری که در این بین غالب است، کیفیت روابط عاطفی اولیه است. نویسنده‌ی کتاب قدیمی‌جهانی، سفرهای گالیور، به هیچ شکلی از ظرفیت زبانی محروم نبوده است. در نگاهی عمیق‌تر، زندگی جاناتان سوئیفت و نوشته‌هایش هر دو حاکی از فقر تجربه‌ی عاطفی و ابراز مستقیم عواطف هستند. قدرت‌های پدیداری او تا حد زیادی به ایده‌های فکورانه و بذله‌گویی صریح و گزنده محدود شده بود، طوری که شوخ‌طبعی‌اش معمولاً در خاطر خواننده‌هایی با شخصیت کمتر پیچیده نمی‌ماند. همان‌طور که درمورد گیلدا رندر دیدیم، بذله‌گویی می‌تواند نوعی سبک مقابله‌ای باشد که سد راه دردهای عاطفی آگاهانه می‌شود، خشم را می‌پوشاند و ابزاری جهت تلاش برای پذیرفته شدن توسط دیگران فراهم می‌کند.

ما می‌توانیم از سبک انفعالی-تکانشی طنز توهین‌آمیز سوئیفت و از متن‌های توصیفی نپخته در روایت‌هایش، عواطف شدیداً منفی‌ای که او را برانگیخته می‌کرد، مخصوصاً خصومتش نسبت به زنان را استنباط کنیم. سوئیفت با همه‌ی وجود می‌خواست که یکی از منجرکننده‌ترین تجربیات فیزیکی برای گالیور اتفاق بیفتد. جایی در رمان سوئیفت، گالیور در برابر دینگنگ، سرزمین غول‌آساها، با سینه‌ی یک زن روبرو می‌شود. در این ماجرا، گالیور دایه‌ای را می‌بیند که به نوزادی شیر می‌دهد. «باید اقرار کنم که تا به حال هیچ‌چیزی به‌اندازه‌ی دیدن سینه‌ی شنیع او حال من را به هم نزده است؛ طوری که نمی‌توانم با هیچ‌چیزی مقایسه‌اش کنم. سینه‌اش بسیار بزرگ بود و پوست سینه‌اش به حدی لک و جوش و کک مک داشت که هیچ‌چیزی تا به این اندازه تهوع‌آور نیست.»

ما در صورت آگاهی از این موضوع که سوئیفت از صدمه‌ی عاطفی دردناک در نوزادی رنج می‌برده، چیزی که بعدها به پرستارش نسبت می‌داد، می‌توانیم این نحوه‌ی توصیف ناراحت کننده را در سطح عمیق‌تری درک کنیم. پدر سوئیفت، که اسم او هم جاناتان بود، هفت ماه قبل از تولد اولین و تنها پسرش از دنیا رفت. جاناتان فرزند که تنها یک سال داشت، از مادرش ابیگیل جدا شد. او به مدت پنج سال مادرش را

ندید. در بخشی از شرح حال نویسی اش ادعا می‌کند که پرستار او را دزدیده بوده، اما برای برخی از زندگی‌نامه‌نویس‌ها، این بیشتر شبیه یک «افسانه‌ی تسلی‌بخش» است. احتمالاً مادرش او را ترک کرده بود چون بعد از یک تجدید دیدار کوتاه، دوباره پسرش را تنها گذاشت.

رودرویی گالیور با این سینه‌ی تهوع‌آور، بی شک، خاطره‌ی عاطفی درونی‌ای را در او بازگو می‌کند. در اینجا ما با یأس و خشمِ جاناناتان نوزاد از غیاب ناگهانی مادرش روبرو هستیم، که -در ادراک پیش کلامی نوزاد- به شکل غیرقابل توجیهی جای او را پرستار نفرت انگیز و پستان مشمئزکننده‌اش گرفته بود. در ملاقات بعدی با مادرش، جاناناتان بیست ساله شده بود. این دیدار را جاناناتان ترتیب داده بود. به همان شکلی که معمولاً در سرکوبی عاطفی می‌بینیم، جاناناتان هم علی‌رغم این رابطه‌ی اندک، شکلی آرمانی از خاطرات مادرش برای خودش ساخته بود. در ستایشی که برای مادرش نوشته بود، به او گفته بود که «اگر مسیر بهشت از راه پارسایی، حقیقت، عدالت و نیکوکاری باشد، او (مادرش) آنجاست».

خشم سرکوب‌شده‌ی طولانی سوئیفت نسبت به مادرش، بعدها نه تنها در نوشته‌های زن‌ستیزانه، بلکه در روابطش با زن‌ها طغیان کرد. او نسبت به زن‌ها، «خشمی سرد و بی‌حالت» و حتی خشونت فیزیکی را به نمایش می‌گذاشت. از نظر جنسی، کاملاً سرکوب‌شده بود. زندگی‌نامه‌نویس جدیدی به نام ویکتوریا گلندینینگ می‌نویسد: «بین او و زنانی که نزدیکش بودند، زمینی یخ‌بسته از عواطف جریان داشت. ریسک آب شدن این یخ‌ها (بهبودی روابط) وجود ندارد. هیچ‌کس نباید قدرتی روی او داشته باشد؛ قدرت ذوب خویشتن‌داری، قدرت آسیب زدن. تنها خروجی‌های عاطفی ممکن هم محدود هستند؛ افرادی غیر تهدیدکننده با زنانی فاقد قدرت و مطیع.» [۳]

انزجار سوئیفت از صمیمیت در تمام عمر و ترس ریشه‌دار او از تماس یا آسیب‌پذیری عاطفی، پاسخ‌های دفاعی کودکی محروم از رشد عاطفی هستند، کودکی که ناگزیر باید خیلی زود یاد می‌گرفت روی پاهای خودش بایستد. به نظر می‌رسد هیچ فرد بالغی نبود که از جاناناتان مراقبت کند یا کسی که جاناناتان از او مراقبت کند.

بعضی از افراد خیلی حساس می‌توانند فرآیندهای عمیقاً پنهانی مؤثر در بدن/ ذهن را به طرز خارق العاده‌ای پیشگویی کنند. ما قبلاً درباره‌ی این موضوع صحبت کرده‌ایم، درمورد افرادی مثل نوازنده ویولنسل، ژاکلین دو پره و جوان بالربینی که در اثر ALS از دنیا رفت.

سوئیت سیزده سال قبل از مرگش، درحالی‌که هنوز کاملاً سالم بود، زوال عقلش را پیش‌بینی می‌کرد. او در اثر منظومه‌هایی در مرگ دکتر سوئیت نوشت:

"نجیب زاده‌ی بینوا، او خیلی زود پژمرده می‌شود،

به راحتی این را در چهره‌اش می‌بینید:

سرگیجه‌ای قدیمی در سرش دارد،

که هرگز دست از سرش بر نمی‌دارد تا لحظه‌ی مرگش:

حافظه‌اش هم تباه می‌شود،

چیزهایی را که گفته به یاد نمی‌آورد؛

نمی‌تواند با دوستانش تماس بگیرد تا مواظبش باشند؛

مکانی که برای آخرین بار در آنجا به شام دعوت شده بود را فراموش می‌کند..."

یک روز درحالی‌که با دوستش قدم می‌زد، وقتی که درختی رو به زوالی را می‌بیند همین پیش‌آگاهی را به زبان می‌آورد: «من مثل این درخت خواهم شد؛ در اوج خواهم مرد.»

سوئیت در سن ۶۷ سالگی به وقتش، در سنی نسبتاً بالا از دنیا رفت. سال‌های آخر زندگی‌اش، رفته‌رفته دچار زوال عقل شد. حتی تا پایان عمرش هم می‌توانست حکمت‌هایی تأثرانگیز را -حتی به صورت ناخودآگاه و از بر- به زبان بیاورد. گلندینینگ می‌نویسد: «یک روز در ماه‌های غم انگیز آخر زندگی‌اش -روز یکشنبه، ۱۷ مارس ۱۷۴۴- که روی صندلی‌اش نشسته بود، دستش را بلند کرد تا چاقویی را که روی میز بود بردارد. آنه ریدگوی، آن را از دسترسش دور کرد. او شانه‌هایش را بالا انداخت و خودش را تکان داد و گفت: "من همین چیزی هستم که هستم." او این واژه‌ها را تکرار کرد: "من چیزی هستم که هستم. من چیزی هستم که هستم."»

عمر مفید فرد مبتلا به آلزایمر از لحظه‌ی تشخیص تا زمان مرگ، به طور متوسط هشت سال است و این ربطی به سن فرد ندارد. در موارد

نادری پیش می‌آید که این بیماری در اوایل دهه‌ی ششم زندگی فرد اتفاق بیفتد. این درمورد فراو آگوست دی صدق می‌کند، زن ۵۱ ساله‌ای که در سال ۱۹۰۱ با تاریخچه‌ای از رفتارهای عجیب و غریب غیرقابل توضیح، طغیان عاطفی و انحطاط حافظه، به بیمارستان روانی فرانکفورت انتقال داده شد. سیر ناتوانی غیرقابل بازگشت روانی و فیزیکی‌اش چهار سال بعد به مرگش انجامید. در آن زمان بیماری‌اش را تشخیص ندادند، اما پس از مرگش، اسم بیماری او را از روی اسم روان‌پزشکش، آلوئیس آلزایمر معروف، آلزایمر گذاشتند.

گرچه وخامت حال فراو دی، شبیه زوال عقل در اثر پیری بود که در گذشته پیامد طبیعی اما ناخوشایند کهولت سن تلقی می‌شد، اما سن نسبتاً پایین فراو، بیمارِ دکتر آلزایمر نشان داد که فرایند بیماری‌اش ناشناخته است. با فنون آزمایشگاهی جدید آن زمان، آزمایشات کالبدشکافی مغز فراو دی ممکن شد و نتیجه آن چیزی است که امروزه، مشخصه‌ی این تشخیص می‌دانیم: تغییرات بیمارگونه در بافت مغز که مختص این بیماری است. رشته‌های عصبی نرمال از بین می‌روند و گره‌هایی از رشته‌هایی عجیب به نام فیبریل‌ها و همین‌طور جرم دندان جای آن را می‌گیرند، دیوید شنک آن را این‌طور توصیف می‌کند: غده‌های قهوه‌ای سفت، معجونی از دانه‌های ریز و دندانه‌های کوتاه و ناصاف؛ انگار که آهنربای چسبناکی برای سطل زباله میکروسکوپی هستند. [۴]

به دنبال کار ابتکاری آلزایمر، اکنون ما می‌دانیم که زوال عقل، بخش جدایی‌ناپذیر پیری و کهولت سن نیست، اما همیشه نشانه‌ای از بیماری است. نظریه‌های مختلفی برای توضیح علت بیماری آلزایمر ارائه شده، اما تاکنون هیچ‌یک از آن‌ها متقاعد کننده نبوده‌اند. چند سال قبل، این یافته که مغز متأثر از آلزایمر، میزان آلومینیوم بیشتر از حد طبیعی دارد، باعث شد افراد زیادی وسایل آلومینیوم خانه‌شان را به امید دور کردن این بیماری بیرون بیندازند. خیلی بعدتر این تشخیص داده شد که وجود این فلز در مغز، نتیجه‌ی این فرایند وخیم‌تر شونده است، نه علت آن. جالب‌تر از آن اینکه، در مغز افرادی که در طول زندگی‌شان هیچ نشانه‌ای از آلزایمر نداشتند هم گره و پلاک پیدا شده است (به‌خاطر داشته باشید که یافته‌های قابل قیاسی دیده‌ایم از سلول‌های سرطانی در سینه زنانی که هیچ نوع بدخیمی بالینی نداشتند، یا در پروستات مردانی که در سن پیری و در سلامت از دنیا رفتند). گویاترین مثال را در تحقیق اخیری که درمورد راهبه‌ها و بیماری آلزایمر صورت گرفت می‌بینیم. خواهر مری، استاندارد طلایی مطالعه راهبه‌ها، زنی استثنایی بود که قبل از

مرگش در سن ۱۰۱ سالگی، نمره‌ی بالایی در آزمون شناختی کسب کرده بود. موضوع قابل توجه‌تر این است که او علی‌رغم داشتن گره‌های نوروفیبریلاری فراوان و پلاک‌های ناشی از پیری، که ضایعات قدیمی بیماری آلزایمر هستند، این وضعیت عالی را حفظ کرده بود. [۵]

یک اجماع علمی بین المللی، پیشرفت دائم به سمتی است که آلزایمر را همراه با بیماری‌هایی چون ام‌اس، آسم، آرتریت روماتوئید، زخم کولیت و کلی بیماری دیگر، یکی از بیماری‌های طیف امراض خود ایمنی می‌داند. هنوز هم بیماری‌هایی وجود دارند که در آن‌ها، سیستم ایمنی بدن بر علیه خود عمل می‌کند. در بیماری خود ایمنی، بین چیزی که خویشتن است و چیزی که غیرخویشتن است -ماده‌ی خارجی که مورد حمله قرار می‌گیرد- ابهام وجود دارد. «تهاجم خود ایمنی» چیزی است که محققان روسی اخیراً به‌عنوان مشخصه‌ی فرایند بیمارگونه در آلزایمر معرفی کرده‌اند. [۶] پزشکان کانادایی دریافته‌اند که شیوع سایر بیماری‌های خودایمنی در خانواده‌های بیماران مبتلا به آلزایمر بالاتر است و این حاکی از داشتن پیش زمینه‌ی شایع است. [۷] پزشکان سرعت التهاب بافت مغز در بیماری آلزایمر را -که گروهی از دانشمندان ایتالیایی اسم آن را «التهاب پیری» گذاشته‌اند- به‌شکل موفقیت‌آمیزی از طریق همان داروهای ضد التهاب که در درمان آرتروز استفاده می‌شود کم کرده‌اند. محققان اسپانیایی عناصری از سیستم ایمنی شامل سلول‌های ایمنی و مواد شیمیایی تخصصی را در بافت مغزی افراد مبتلا پیدا کرده‌اند. [۸] دانشمندان پادتن‌های ضد مغزی منحصربه‌فردی را شناسایی کرده‌اند که این سیستم ایمنی آشفته آن‌ها را ساخته است. طبق نظر محققان استرالیایی: «شکی وجود ندارد که سیستم‌ایمنی، در فرایند تخریب عصبی در بیماری آلزایمر نقش دارد.» [۹]

تمام بیماری‌های خود ایمنی عدم تعادل در سیستم تنظیم کننده استرس فیزیولوژیک بدن و به خصوص موج هورمونی را که هیپوتالاموس باعث آن شده است، در پی دارند. این هجوم هورمون‌ها باعث آزادسازی کورتیزول و آدرنالین توسط غدد فوق کلیوی می‌شود. بسیاری از مطالعات حاکی از پاسخ نامنظم به استرس فیزیولوژیک در آلزایمر، از جمله تولید غیرطبیعی هورمون‌های هیپوتالاموس و هیپوفیز و کورتیزول هستند. در افراد مبتلا به آلزایمر و در مدل‌های حیوانی زوال عقل، کورتیزول زیادی تولید می‌شود که این وضعیت با میزان آسیب به هیپوکامپ قابل قیاس است.

دکتر کی سانگ، محقق معروف بین المللی از دانشگاه کلمبیای بریتانیا و نویسنده مشترک کتاب اخیر به نام اصول مقدماتی ایمنی‌شناسی عصبی- روانی است. او می‌گوید: «من متقاعد شده‌ام که آلزایمر یک بیماری خودایمنی است. این بیماری احتمالاً با استرس مزمن برانگیخته می‌شود و بر سیستم ایمنی سالخورده‌ها اثر می‌گذارد.»

همان‌طور که دیده‌ایم، مراکز عاطفی مغز تأثیر شایانی بر فرآیندهای نورولوژیکی و هورمونی پاسخ به استرس می‌گذارند. سرکوبی عواطف منفی -مثلاً سوگ، خشم و انزجار ناخودآگاهی که جان‌اتان سوئیفت به‌خاطر محرومیت‌های اولیه تجربه کرده بود- منبع مزمن و مهم استرس آسیب‌رسان است. محققان دانشگاه ایالت اوهایو عنوان کرده‌اند که در بیماری آلزایمر، مثل سایر امراض خود ایمنی، عواطف منفی عامل خطر اصلی برای شروع احتمالی بیماری را مهیا می‌کنند. [۱۰]

مشهورترین فرد قربانی بیماری آلزایمر در دنیا رونالد رگان است. او وقتی در سن ۸۳ سالگی، یعنی شش سال بعد از پایان دوره‌ی دوم ریاست جمهوری‌اش، برای اولین بار مبتلا به آلزایمر تشخیص داده شد، در پیام خداحافظی‌اش به مردم آمریکا به‌شکلی تأثرانگیز نوشت: «اکنون سفری را شروع کرده‌ام که من را به غروب زندگی‌ام نزدیک می‌کند.» این پایان طولانی و غمناکی بود.

مثل سوئیفت، رگان هم از همان اوایل از تروما رنج می‌برد. پدرش، جک، یک معتاد به نوشیدنی بود. ادموند موریس در بیوگرافی نامتعارف خود، داچ: خاطره رونالد رگان، تأیید می‌کند که: «او در ساعت چهار به سختی توانست درک کند که پدرش به‌خاطر مستی در ملأ عام دستگیر شده است. داچ، پسری خیال‌پرداز و مؤدب، بی‌خبر از هزینه‌های بالای نوشیدنی بود. او نمی‌فهمید چرا در بعد از ظهرهای روزهای بازی بیسبال، دور گردن او و نیل (برادرش) را با پاکت ذرت تازه بو داده می‌بستند و بهشان می‌گفتند که بروند و آن‌ها را در شهر بازی بفروشند.» [۱۱]

موریس گرچه زندگی‌نامه‌نویس باهوشی بود اما این بار اشتباه کرد؛ نهایتاً شاید تا حدودی درست می‌گفت. این درست است که یک کودک کم‌سال، شاید به لحاظ شناختی نداند بدن‌نامی خانوادگی چیست، اما از لحاظ عاطفی تمام ارتعاشات روانی منفی سیستم خانوادگی پراسترس را جذب می‌کند. خاموشی عاطفی و همنوایی دور از واقعیت در دسترس‌ترین سیستم دفاعی آماده در مغز او است. در نتیجه، این انسان خوش

زبان بزرگ می‌توانست به زبان احساس صحبت کند، اما به زبان عواطف اصیل نه. موریس می‌نویسد: «عملاً هیچ واژه‌ای وجود ندارد» ورد زبان رگان شده بود؛ «کلیشه‌ی استاندارد او برای ابراز عواطف.»

اگر خاموشی عواطف خیلی زود اتفاق بیفتد، در مراحل بحرانی رشد مغز، ظرفیت تشخیص واقعیت برای همیشه معیوب می‌شود. رگان کل عمرش را در تمییز حقیقت از خیال مشکل داشت. نامزد سابقش این را به یاد می‌آورد: «او در تمییز بین حقیقت و خیال ناتوان بود؛» این نشانه‌ای است از اینکه در ذهن کودک، و بعدها در بزرگسالی، خیال جایگزین حقیقتی تلخ می‌شود. ناشر و ویراستاری به نام مایکل کوردا در شرح‌حال‌نویسی خودش، زندگی‌ای دیگر، که در سال ۱۹۹۹ به چاپ رسید، می‌نویسد: «حافظه‌ی رگان گزینشی بود.»:

«او به این خصیصه نیز شناخته شده بود که خیال و واقعیت را با هم اشتباه می‌گیرد. حکایتی درباره‌ی او گفته می‌شد که او با برنده‌های مدال افتخاری درباره‌ی هشتمین خلبان بمب‌افکن نیروی هوایی صحبت می‌کرد؛ کسی که وقتی B-17 به طرز مهلکی به پدافند هوایی اصابت کرد، به خدمه دستور داد تا با چتر نجات بیرون بپرند. همان‌طور که خود این خلبان داشت از هواپیمای در حال آتش گرفتن پایین می‌پرید، متوجه شد که توپچی توی برجکش حبس و زخمی‌شده است و نمی‌تواند از دریچه‌ی بالای سرش بیرون بیاید و از اینکه در تنهایی بمیرد وحشت کرده است. خلبان چترش را باز کرد و روی کف زمین قرار داد تا بتواند دستش را توی برجک بگذارد و دست پسر در حال مرگ را بگیرد. همان‌طور که هواپیما به سمت زمین می‌رفت، به توپچی گفت: «نگران نباش پسر. ما با هم از اینجا می‌رویم.»

این داستان، چشمان رگان و برنده‌های مدال افتخار را پر از اشک کرد. تنها مشکلی که مطبوعات خیلی زود متوجه شد، این بود که این داستان هیچ‌وقت اتفاق نیفتاده است. این داستانی برگرفته از یک فیلم بود که این رئیس‌جمهور نادانسته به زندگی واقعی تبدیل کرده بود.» [۱۲]

حکایت‌های مشابه اینچنینی درباره‌ی رگان زیاد بود؛ مثل داستان‌هایی با حافظه‌ی میان‌فردی ضعیفش. یک بار فرزند اول رگان وقتی که او در بین گروهی از دوستان دانشجوییش به شکل غیرقابل فهمی به او چشمک زد، در حمایت از پدرش گفت: «پدرا! منم؛ پسرت، مایک.»

یک بار این رئیس‌جمهور وقت آینده، خودش را «مرکز خالی و آرام توفان شدید» توصیف می‌کرد. موریس می‌نویسد که: «همیشه درباره‌ی

شخصیت رونالد رگان، تنگ نظری شدید وجود داشته... این بچه از قبل در لحاف آرامشی عجیب پوشانده شده بود... فلج احساسات.» منظور از این فلج دفاعی و خود القایی کاملاً روشن است. زن دیگری که پیشرفت‌های رگان جوان را رد می‌کرد نیز می‌گفت: «من همیشه می‌دانستم که کسی نمی‌تواند به داچ آسیب برساند.»

داچ (اسم کوچک رگان در روزهای گویندگی رادیویی‌اش) ممکن بود صدمه ببیند. او درد و خشمش را عمیقاً دفن کرد. سرکوبی عواطف، اکنون، اینجا به‌شکلی واضح‌تر از توصیف رگان از این رویداد نشان داده می‌شود وقتی در سن یازده سالگی، او به خانه آمد و پدرش را دید که مست بیرون در ایستاده است. «جک بیرون توی برف ایستاده بود و آغوشش را باز کرده بود و به پشت دراز کشیده بود. او مست کرده بود و به خواب عمیقی رفته بود. من هم یکی دو دقیقه کنارش ایستادم. احساس کردم همه‌ی وجودم پر از غم برای او شد. با دیدن این صحنه‌ها که دست‌هایش رها شده طوری که انگار به صلیب کشیده شده - که درواقع همین‌طور بود- و موهایش که از برف در حال ذوب خیس شده بود و خروپف‌هایش، دیگر نمی‌توانستم حس انزجار داشته باشم.»

این حرف که «احساس انزجار نمی‌کردم» خصومت این مرد جوان را نسبت به پدرش آشکار می‌کند. در روان‌درمانی، روان‌درمانگر معمولاً این نوع «تأیید از طریق انکار» را می‌بیند: صحبت کننده خیلی بی مقدمه و بدون اینکه از او سؤال درباره‌ی احساسش شده باشد عنوان می‌کند که حس خاصی -مثلاً خشم- ندارد. این خودگزارشی معتبرتر از چیزی است که فرد درباره‌ی خودش می‌داند. گرچه این موضوع درست است که او احساس نفرت ندارد، اما دلیلش تنها این است که آگاهی او نسبت به احساسش، از مدت‌ها قبل تحلیل رفته است. او نشان می‌داد -ولو نادانسته- که خصومتش ورای محدوده آگاهی‌اش است. این تأکید منفی -من احساس تنفر نمی‌کردم- حاکی از تعارضی درونی بین آن خصومت و نیروهای سرکوب بود.

مادر رگان ظاهراً به‌خاطر استرس ازدواج با شوهری هوس‌باز و معتاد، خیلی به خود مشغول شده بود و از پا درآمده بود. او در دسترس بچه‌هایش نبود؛ درست همان‌طور که بعدها رگان در اختیار بچه‌هایش نبود. معمولاً پادزهر بچه‌ها در برابر خشمشان از نادیده گرفته شدن، آرمانی کردن مادرشان است؛ همان کاری که احتمالاً رگان انجام داده است. عمق انکار او زمانی بارز شد که نانسی، جایگزین مادرش،

یعنی زن دوم پدرش که فردی متعهد و مراقبت‌کننده بود، مبتلا به سرطان پستان شد. پزشکشان، جان هاتون، مسئول اطلاع دادن به رئیس جمهور بود. یادداشت‌های ادموند موریس، از اکتبر ۱۹۸۷:

«NR (نانسی رگان) سرطان پستان دارد. جان هاتون به خودش جرأت داد تا به RR (رونالد رگان) که پشت تاکسی نشسته بود بگوید. در جلسه‌ی تاریخ ۵ اکتبر - «آقای رئیس جمهور، من متأسفم که باید خبر نسبتاً بدی را درباره‌ی ماموگرافی بانوی اول بهتان بدهم» - او می‌گوید که تا آن لحظه، هیچ‌وقت قدرت انکار داچ را نشناخته بود. داچ، درحالی‌که پشت میزش نشسته و گوش می‌کرد، با مدادی در دستش، خیلی آرام و با حالتی سرد گفت: "خب شما دکتر هستید و من مطمئنم که می‌توانید از آن مراقبت کنید." پایان مصاحبه.»

«جان مات و مبهوت به خانه می‌رود: «خانم رگان! رئیس جمهور به حدی شوکه شده که نمی‌تواند چیزی بگوید.» جان گزارش کار می‌دهد که کنار همسر رئیس جمهور می‌ماند تا وقتی که RR می‌رسد. یک احوالپرسی ناراحت‌کننده؛ هیچ حرفی از آن اتفاق زده نشد. هاتون متحیرتر از قبل، از آنجا خارج می‌رود.»

این موارد نشان نمی‌دهند که فرد هیچ عاطفه‌ای ندارد؛ کسی که واقعاً فاقد دلبستگی باشد هم حداقل می‌تواند وانمود کند که کمی حس همدردی دارد. نقطه‌ی مقابلش هم این است که عواطف می‌توانند به‌حدی دردناک باشند که فرد آن‌ها را آگاهانه تجربه نکند، اما همه‌ی این عواطف از نظر فیزیولوژیک فعال‌تر هستند. یک بار دیگر شاهد این هستیم که اجتناب از تجربه‌ی عواطف، درواقع افراد را در معرض استرس فیزیولوژیک بیشتر و طولانی‌تر قرار می‌دهد. چون این افراد از حالت‌های درونی خودشان آگاه نیستند، کمتر می‌توانند در برابر پیامدهای استرس از خودشان حمایت کنند. به‌علاوه، ابراز سالم عواطف به‌خودی‌خود، کاهش دهنده استرس است. تغییرات هورمونی و ایمنی مزمن ناشی از استرس، زمینه‌ی فیزیولوژیک را برای بیماری‌هایی مثل آلزایمر مهیا می‌کند.

فقر عاطفی پنهان شده در پشت احساسات در نوشته‌های خودشرح‌حال‌نویسی رگان در سال‌های دوران کالج، تضاد چشمگیری با زبان عاطفی غنی راهبه‌هایی دارد که عمر طولانی داشتند بدون اینکه دچار آلزایمر شوند. بین گزارشات عمیقاً عاطفی که چند راهبه‌ی جوان نوشته بودند و رهایی از زوال عقل در آینده، همبستگی قابل توجهی وجود داشت. کسانی که با کمبود عاطفی مشابه با رگان می‌نوشتند بعدها به

آلزام مبتلا شدند.

تاریخچه‌ی زندگی تمام بیماران آلزایمری که من طی سال‌های طبابت خانوادگی‌ام از آن‌ها مراقبت کرده‌ام، حاکی از عواطف سرکوب‌شده بود. من با چند فرد بزرگسالی که در حال حاضر از والدین سالخورده‌شان مراقبت می‌کنند مصاحبه کرده‌ام؛ والدین آن‌ها بیماری آلزایمر دارند. همه‌ی آن‌ها فقدان زود هنگام یا محرومیت عاطفی را در زندگی والدینشان گزارش دادند. یک نفر گفت: «پدرِ مادرم، وقتی که مادرم خیلی کوچک بود از دنیا رفت. فکر کنم حدوداً ده یا یازده ساله بود. خانواده‌ی مادرم در ونکوور زندگی می‌کردند، اما آن تابستان والدینش او را به گیسونز فرستادند تا در خانه‌ای کار کند. او در دهه‌ی سوم زندگی‌اش به خانه برگشت.

مادرم وقتی که پدرش مرد، در گیسونز کار می‌کرد. خواهر بزرگ‌تر مادرم آمد و او را به ونکوور برگرداند. وقتی آن‌ها به خانه رسیدند، مادر بزرگم جلوی مادرم به خاله‌ام گفت: برای چه او را برگرداندی؟ این رفتار به طرز عجیبی سنگدلانه بود.

در طول رشد من، همیشه حجم فشار زیادی توی خانه بود. همه‌چیز زیر سطح پنهان بود. هر چیزی که مادرم می‌گفت بیش‌ازحد خوب بود، اما زبان بدنش معنای «رفتن و ناپدید شدن» می‌داد. او هیچ‌چیزی را فاش نمی‌کرد. من همیشه بدون اینکه بدانم در اطرافم چه‌چیزی در جریان است، زندگی کردم و بزرگ شدم.» این‌ها را مردی که مادرش بیماری آلزایمر داشت می‌گفت.

دیگران می‌توانند ببینند که فردی با عواطف سرکوب‌شده، چطور از خودش فرار می‌کند. طبق ادعای موریس، یک هنرپیشه‌ی زن هالیوودی مشهوری بود که ستاره‌ی نوپای فیلم، رونالد رگان را می‌شناخت، اما نسبت به جذبه‌ی او بی‌تفاوت بود، با این حال تحت تأثیر ناامیدی پنهان در شوخ طبعی بی‌وقفه و عصبی طور او قرار گرفت.»

موریس یک بار از رئیس جمهور پرسید که در جوانی، چه‌چیزی را از همه بیشتر می‌خواست؟ نویسنده می‌گوید: «او از آنجایی که سعی می‌کرد از جواب دادن به این سؤال طفره رود، یک سکوت طولانی کرد. در نهایت جواب داد که چیزی که بیش از همه حسرتش را داشت، فقدان کسی که او را دوست داشته باشد نبود. او گفت: "من دلم برای نداشتن کسی که عاشقش باشم تنگ شده است." موریس می‌گوید: «من این حرف‌ها را نوشتم و بعد از آن‌ها، تزئینات خطاطی مارپیچی گذاشتم که برای زندگی‌نامه‌نویس‌ها مفید است، که معنایش این می‌شود:

احساسات او خلاف چیزی است که می‌گوید [۱۵۳].»

فصل ۱۳: خویشتن یا غیرخویشتن: آشفتگی سیستم ایمنی

ویلیام اوسلر در ویراست اول کتاب مبانی و کاربردهای پزشکی کلاسیک که در سال ۱۸۹۲ به چاپ رسید، عنوان کرد که آرتریت روماتوئید به احتمال زیاد ریشه‌ی عصبی دارد. به زبان امروزی، اوسلر به استرس روانی عاطفی اشاره می‌کند. او از ارتباط این بیماری با شوک، نگرانی و سوگ صحبت می‌کرد. ویلیام اوسلر، که نظریه‌پرداز ناشناخته‌ای نیست، معروف‌ترین دکتر پزشکی در دنیای انگلیسی زبان‌ها بود. طبق نظر شروین بی. نولاند، که خودش هم پزشک و نویسنده بود، «اوسلر بزرگ‌ترین معلم بالینی همه‌ی اعصار و دنیا است». او در دانشگاه مک گیل مونترئال، دانشکده پزشکی دانشگاه جانز هاپکینز، بالتیمور و آکسفورد تدریس کرده است. او در انگلستان به‌خاطر نقشش در هنرهای شفابخش، لقب شوالیه را گرفت [۱۵۴]. کتاب‌های پرکاربردش شانزده بار زیر چاپ رفتند؛ آخری در سال ۱۹۷۴، یعنی ۲۸ سال بعد از مرگش.

در سال ۱۹۵۷، سی.ای. جی. رابینسون، یک متخصص پزشک داخلی ونکوور، حرف‌های اوسلر را در مقاله‌ای مختصر در ژورنال انجمن پزشکی کانادا نقل کرد. او نوشت: «من عمیقاً تحت تأثیر این موج قرار گرفتم که احتمالاً قبل از ابتلا به بیماری روماتیسمی، داستانی از استرس مزمن و طولانی می‌تواند وجود داشته باشد. من فکر می‌کنم که بُعد عاطفی و روانی بسیاری از بیماران روماتیسمی، از هرچیزی مهم‌تر است.» [۱]

تحصیلات پزشکی دکتر رابینسون همچنان متأثر از رویکرد انسانی و کل‌نگرانه‌ی اوسلر بود. اکنون که در شروع قرن ۲۱ هستیم، می‌توانید از طریق متون پزشکی، جریان غالب هر نوع مطلبی را درباره‌ی رابطه استرس با آرتریت روماتوئید یا امراض خود ایمنی همجنس آن که همگی در خصیصه‌ی جنگ داخلی سیستم ایمنی در برابر بدن مشترک هستند جستجو کنید، اما نتیجه‌ای ندارد. این موضوع از قلم افتاده که برای میلیون‌ها انسانی که از انواع بیماری روماتیسمی رنج می‌برند غم‌انگیز است، بیش از پیش غیرقابل توجیه شده است؛ چرا که از خیلی وقت پیش، تحقیقات بین استرس و خود ایمنی رابطه‌ای پیدا کرده‌اند و درکی از انواع مسیرهای فیزیولوژیک بالقوه به ما داده‌اند.

آرتریت روماتوئید، اسکلرودرمی، اسپوندیلین آنکیلوزان و لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE)، مجموعه‌ای بزرگ و همپوش از امراض پزشکی هستند که بیماری‌های روماتیسمی نامیده می‌شوند. در این اختلالات و در بسیاری از اختلالات دیگر، سیستم ایمنی مختل شده در برابر بافت خود بدن واکنش نشان می‌دهد؛ مخصوصاً در برابر بافت‌های پیوندی مثل غضروف، پوسته‌های تاندون، دیواره‌ی مفاصل و دیواره‌ی رگ‌های خونی. مشخصه‌ی این بیماری‌ها، الگوهای التهابی است که مفاصل دست و پا یا ستون فقرات، یا بافت‌های سطح مثل پوست و دیواره چشم‌ها و یا ارگان‌های داخلی مثل قلب و ریه‌ها و یا -درمورد SLE- حتی مغز را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مشخصه‌ی بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی خویشتن‌داری افراطی است، نوعی خودداری عمیقاً ریشه‌دار در درخواست کمک از دیگران. این افراد معمولاً در سکوت، ناراحتی دردناکشان را تحمل می‌کنند یا حتی صدایشان را در نمی‌آورند تا شنیده شوند یا در برابر درمان تسکین‌دهنده‌ی علائم مقاومت می‌کنند.

سلیا، زنی در دهه سوم زندگی، آرتریت یا التهاب تعمیم یافته سرخرگ‌ها که فرایند خود ایمنی دیگری است را تجربه کرد. دردش خیلی شدید بود. «به مدت دو روز، چنان دردی را تجربه کردم که به‌خاطر استفاده از تینلول و ایبوپروفن بالا آوردم. نامزدم گفت که هنوز هم بی‌خیالی؟ و بعد مرا به اورژانس برد.»

من پرسیدم منظورش از اینکه «هنوز هم بی‌خیالی» چیست؟

«من لجبازم. هر وقت که مریض می‌شوم، این ترس نهفته را دارم که باورم نکنند و یا مرا مبتلا به خودبیمارانگاری ببینند.»

- خب، تو اینجا هستی و نمی‌توانی به‌خاطر این درد کشنده حرکت کنی و هنوز نگران این هستی که دیگران فکر کنند فردی مبتلا به خودبیمارانگاری هستی. بیا برای یک لحظه این موقعیت را برعکس کنیم. فرض کن یکی از دوستانت یا همسرت و یا فرزندت از این درد رنج می‌برد. آیا سریعاً وارد عمل نمی‌شوی؟

- البته.

- پس چرا این استاندارد دوگانه وجود دارد؟

- نمی‌دانم. احتمالاً به گذشته‌های دور برمی‌گردد. باید به مسیر رشدم برگردم و آنجا را مرور کنم.
- خویش‌داری بدون آه و ناله، که بیماران روماتیسمی به نمایش می‌گذارند، سبک مقابله‌ای این افراد است که در اوایل زندگی کسب کرده‌اند. اضطراب‌های سلیا همیشه متمرکز بر دیگران بوده است. گرچه خود او در بچگی مورد بدرفتاری قرار گرفته بود، اما دغدغه‌ی او محافظت از مادرش در برابر شریک‌های بدرفتار زندگی‌اش بود. او نگران بود که خانواده پول کافی نداشته باشند یا اینکه دنیای بیرون، از خشونت خانوادگی او چیزی بفهمند.
- من اکثر اوقات نگران این بودم که برادرم یک جوان بزهکار شود یا چیزهای وحشتناکی برایش اتفاق بیفتد.
- خودت چطور؟
- من همیشه احساس می‌کردم می‌توانم تا حدودی این‌ها را مدیریت کنم و از پششان بر بیایم. نمی‌خواهم بپذیرم مسائل چقدر نگران‌کننده هستند. تا جایی این‌ها را منطقی جلوه می‌دهم که می‌توانم آن را بپذیرم و از عهده‌ی آن بر بیایم. من امور را کوچک جلوه می‌دهم.
- یک تحقیق پزشکی- روان‌پزشکی جامع بر افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید، که در سال ۱۹۶۹ برای انجمن محلی مریلند بنیاد آرتریت و روماتیسم انجام شد، نشان داد که «علی‌رغم کثرت در این گروه، ویژگی‌های روانی این بیماران، آسیب‌پذیری‌ها و تعارضات زندگیشان تا حد زیادی مشابه هستند.» [۲] یکی از ویژگی‌های مشترک استقلال ساختگی بود، که نگارندگان آن را بیش‌استقلال‌ی تعدیل‌کننده توصیف می‌کنند. این باور سفت و سخت سلیا که می‌تواند هرچیزی را خودش حل و فصل کند، یک نوع مکانیسم مقابله‌ای بود؛ نوعی جبران نیازهای عاطفی که در کودکی نادیده گرفته شده است. کودکی در شرایط او، با گول زدن خودش و وانمود کردن به دنیا که هیچ نیازی به دیگران ندارد و می‌تواند از خودش مراقبت کند، خودش را سرپا نگه می‌دارد. یکی از ابعاد این ظاهرسازی، کم کردن ادراک استرس‌های عاطفی برای کسی در حد و اندازه‌ی یک کودک است، عادت‌ی که تا آخر عمر ادامه پیدا می‌کند.
- بیش‌استقلال‌ی تعدیل‌کننده هم که ریشه در معکوس بودن نقش اولیه بین والد و فرزند دارد، می‌تواند تحمل درد فیزیکی دندان قروچه‌ی سلیا را توضیح دهد؛ تاجاییکه نامزدش مجبور شد او را به‌زور به بخش اورژانس ببرد درحالی‌که به او می‌گفت «تو هنوز هم بی‌خیالی؟»

در سال ۱۹۶۹، یک محقق روانپزشکی بریتانیایی به نام جان بالبی، کتاب دلبستگی را منتشر کرد، اولین کتاب سه‌گانه‌ی تراز اولش که تأثیر رابطهی والد-فرزندی را بر رشد شخصیت بررسی می‌کند. او نوشت: «معکوس شدن نقش بین فرزند یا نوجوان و والد، تقریباً همیشه جدا از اینکه نشانه‌ای از آسیب در والدین است، علت آن در کودکی نیز هست؛ مگر اینکه کاملاً موقتی باشد».[۳] معکوس شدن نقش با والد رابطهی کودک را با کل دنیا مخدوش می‌کند. این امر منبع نیرومندی برای بیماری روانی و فیزیکی در آینده خواهد بود چون زمینه‌ی استرس را فراهم می‌کند. خصایص دیگری که در بررسی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های روماتیسمی شناخته شده‌اند، کمال‌گرایی، ترس از تکانه‌های خشم خود فرد، انکار حس خصومت و احساس قوی بی‌کفایتی هستند. همان‌طور که دیدیم، خصایص مشابهی هستند که با «شخصیت سرطانی» و یا شخصیت‌هایی که در خطر ابتلا به ام‌اس، ALS یا سایر امراض مزمن هستند ارتباط پیدا می‌کنند. هیچ‌یک از این خصایص معرف ویژگی‌های درونی و یا عمیقاً تثبیت شده در فرد نیستند.

با توجه به تحقیق مریلند، «در تاریخچه‌ی رشدی این بیماران، یکی از یافته‌های قابل توجه فقدان اولیه و اثرگذار یکی از والدین یا هردوی آن‌ها بود.» خواننده متوجه خواهد شد که در بیشتر تاریخچه‌های فردی عنوان‌شده در این کتاب، جدایی زود هنگام از والدین، ترک یا حتی مرگ مادر یا پدر را داشتیم. محرومیت عاطفی از این هم جهان‌شمول‌تر است که موضوع تکراری و شایع دیگری در ادبیات پژوهش است. یک تحقیق استرالیایی بر افراد مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک که در سال ۱۹۶۷ انجام شد نشان داد: «گروه بیماران بیشتر از افراد گروه کنترل، محرومیت عاطفی در کودکی را گزارش دادند، که این با رابطهی والد-فرزندی آشفته در خانواده‌های ناگسسته[۱۵۵] ارتباط داشت.»[۴]

درست مثل بیش‌استقلالی تعدیل‌کننده، سرکوبی خشم هم شکلی از گسستگی است؛ فرایندی روانی که ریشه در کودکی دارد. یک فرد جوان احساسات یا اطلاعاتی را که در صورت تجربه هشیارشان به مشکلات غیرقابل حلی منتهی می‌شوند، به‌صورت ناهشیار از آگاهی‌اش می‌راند. بالبی اسم این پدیده را «خاموشی دفاعی» می‌نامد. اطلاعاتی که به احتمال زیاد به‌صورت دفاعی خاموش می‌شوند از نوعی هستند که

چنانچه برای پردازش در گذشته پذیرفته شده باشند- فرد را نسبت به رنجی کمابیش سخت‌تر دغدغه‌مند کرده‌اند.[۵]

به عبارتی، این کودک خشمگین به مشکل برخورده و طرد را تجربه کرده است. این خشم و طرد باید از درون و در مقابل خویشتن تحریف می‌شد تا رابطه‌ی توأم با دلبستگی با والد حفظ شود. این امر به نوبه‌ی خود به احساس نیرومند بی‌کفایتی و تصور ضعیف از خویشتن منتهی می‌شود؛ چیزی که محققان در افراد مبتلا به بیماری روماتیسمی تشخیص داده‌اند. به گفته‌ی بالبی، کم اتفاق نیفتاده است که خشم از فرد مورد دلبستگی که باعث برانگیخته شدن آن شده است، دور شده و به سمت خویشتن هدایت شود. نتیجه‌ی این اتفاق خودانتقادی نادرست است.[۶]

در بیماری خود ایمنی، سیستم دفاعی بدن علیه خویشتن عمل می‌کند. در زندگی یک اجتماع-سیاست بدن- این رفتار به‌عنوان خیانت محکوم می‌شود. در ارگانیزم فردی، طغیان فیزیکی حاصل آشفتگی ایمنی‌شناختی است که به‌شکلی مطلوب، بازتاب آشفتگی روانی ناهشیار خویشتن و غیرخویشتن است. در این درهم‌ریختگی مرزها، سلول‌های ایمنی به بدن حمله می‌کنند؛ طوری که انگار دومی یک ماده‌ی خارجی است؛ درست همان‌طور که خویشتن روانی مورد حمله‌ی سرزن‌ها و خشم معطوف به درون قرار می‌گیرد.

این سردرگمی متقابل، بازتاب به‌هم‌ریختگی مکانیسم‌های به هم مرتبط بدن و ذهن در ابرسیستم عاطفی-عصبی-ایمنی-هورمونی است، که آن را سیستم PNI می‌نامیم.

عواطف دقیقاً معادل و مکمل سایر عناصر شبکه PNI هستند: مثل سیستم‌های ایمنی و عصبی، از ارگانیزم در برابر تهدید خارجی محافظت می‌کنند؛ مثل سیستم عصبی و هورمون‌ها، برآورده شدن امیال و نیازهای ضروری را تضمین می‌کنند و مثل تمام این سیستم‌ها در کنار هم، به حفظ و ترمیم محیط درونی کمک می‌کنند.

عواطفی مثل ترس، خشم، عشق، به‌اندازه محرک‌های عصبی، سلول‌های ایمنی و یا فعالیت هورمونی، برای بقای ارگانیزم هم ضروری هستند. قبلاً در فرایند تکامل، پاسخ‌های ابتدایی جذب یا دفع لازمه‌ی زندگی و تولید مثل موجودات زنده بودند. عواطف، سلول‌ها و بافت‌های فیزیکی که این‌ها را ممکن می‌سازند، به‌شکل بخش و ذره‌ای از سیستم بقا تکامل پیدا کردند. پس جای تعجب نیست که مولکول‌های پایه‌ای که تمام سیستم‌های هموستاز و دفاعی بدن را به هم مرتبط می‌کنند در واکنش‌های عاطفی هم نقش دارند. در ابتدایی‌ترین موجوداتی که

حتی فاقد سیستم عصبی بدوی هستند هم می‌توانید مواد پیام‌رسانی مثل اندروفین را پیدا کنید. این‌طور نیست که ارگان‌های عواطف با سیستم PNI تعامل داشته باشند، بلکه بخش ضروری این سیستم را شکل می‌دهند.

در فصل ۷ خاطرنشان کردیم که سیتوکین‌ها (مولکول‌های پیام‌رسانی که سلول‌های ایمنی آن‌ها را تولید می‌کنند) می‌توانند با گیرنده‌های روی سلول‌های مغز پیوند داشته باشند و باعث تغییر در حالت بدن، خلق و رفتار فرد شوند. اینکه عواطف باعث تغییر در فعالیت ایمنی می‌شوند، تنها روی دیگر همان سکه است. برای نشان دادن وظایف محافظتی موازی و مکمل سیستم عاطفی و دستگاه ایمنی، می‌توانیم نقش سلول‌های ایمنی را با نقش عواطفی مثل خشم مقایسه کنیم.

چرا ما خشم داریم؟ در دنیای حیوانات، خشم یک عاطفه منفی محسوب نمی‌شود. حیوان زمانی خشم را تجربه می‌کند که نیازهای ضروری‌اش به مخاطره افتاده و یا ناکام بمانند. گرچه حیوانات فاقد دانش هشیار نسبت به پدیده‌ی عاطفی هستند، اما عاطفه را احساس می‌کنند و تغییرات فیزیولوژیک عاطفه‌ی نوع ۱ را تجربه می‌کنند و البته که آن‌ها جلوه‌های رفتاری را که با عنوان عاطفه‌ی نوع ۲ طبقه‌بندی می‌شوند هم بروز می‌دهند. هدف خاص تغییرات بیولوژیک، مبتنی بر عاطفه‌ی نوع ۱، آماده کردن این مخلوقات برای پاسخ‌های مبتنی بر مبارزه یا گریز است. اما چون مبارزه و گریز، هر دو، صرف انرژی زیادی را اقتضا می‌کنند و خطر آسیب یا مرگ را تحمیل می‌کنند، جلوه‌های عاطفه‌ی نوع ۲ درواقع به شکل تابع بینابینی حیاتی عمل می‌کند: این‌ها معمولاً بدون اینکه هیچ‌کدام از مشارکت‌کننده‌ها آسیب ببینند تعارض را حل و فصل می‌کنند.

حیوانی که در دام افتاده است، به این متوسل می‌شود که تعقیب‌کننده را با جلوه‌ی شدیدی از خشم روبرو کند. این خشم یا با ترساندن شکارچی و یا با توانمند ساختن خود شکار برای مقاومت کردن و موفق شدن، زندگی او را نجات می‌دهد. خشم به شکل دیگری هم برانگیخته می‌شود و زمانی است که غریبه‌ای از گونه‌ی خود حیوان، از خارج از خانواده یا دسته یا گله به قلمرو آن‌ها حمله کند. اگر این دو حیوان بلافاصله درگیر جنگ فیزیکی برای قلمرو مورد مشاجره شوند، یکی از آن‌ها یا هر دویشان احتمالاً آسیب خواهند دید. طبیعت با واداشتن هر دوی آن‌ها برای نمایش جلوه‌ی خشم، راه حلی ارائه می‌دهد: نشان دادن دندان، حرکات بدنی تهدیدکننده و صداهای وحشتناک.

این جلوه‌ی متقاعدکننده‌تر معمولاً پیروز می‌شود و از آسیب به هردو حریف جلوگیری می‌کند.

برای اینکه خشم در جای مناسبی استفاده شود، ارگانیسم باید بین تهدید و غیرتهدید تمیز قائل شود. تمایز اساسی در اینجا بین خویشتن و غیرخویشتن است. اگر من ندانم مرزهای خودم کجا شروع می‌شوند و کجا به انتها می‌رسند، نمی‌توانم بفهمم چه‌زمانی یک امر بالقوه خطرناک به مرزهایم حمله می‌کند. تمایز ضروری بین چیزی که آشنا یا غریبه است و چیزی که بی‌خطر یا بالقوه آسیب‌رسان است، ارزیابی درست خویشتن و غیرخویشتن را می‌طلبد. خشم، هم نشانه‌ی شناسایی یک امر خارجی و خطرناک، و هم پاسخ به آن است.

اولین کار اساسی سیستم ایمنی هم تمیز خویشتن از غیرخویشتن است. بنابراین، ایمنی هم با شناسایی شروع می‌شود. شناسایی عملکردی حسی است که در سیستم عصبی از طریق ارگان‌های حسی صورت می‌گیرد. به درستی می‌توانیم بگوییم که این سیستم ایمنی، یک ارگان حسی هم هست. هر نوع مشکلی در سیستم ایمنی از بابت مسئولیت شناسایی، ما را در معرض خطر بزرگی قرار می‌دهد، خطری به‌اندازه‌ی پیامد معیوب بودن ظرفیت دیدن، شنیدن، احساس کردن و یا لمس کردن. کارکرد دیگر سیستم عصبی حافظه است. سیستم ایمنی باید حافظه هم داشته باشد: این سیستم باید چیزی را که در دنیای خارجی بی‌خطر و غنی است، چیزی را که خنثی است و چیزی که بالقوه سمی است به‌خاطر بیاورد.

چنانچه والد به‌طور جدی از نوزاد و کودک نوپایش مراقبت کند، او محیط را کنکاش می‌کند و یاد می‌گیرد که چه‌چیزی خوردنی است و چه‌چیزی خوردنی نیست؛ چه‌چیزی راحت است و چه‌چیزی منشأ ناراحتی است؛ چه‌چیزی مخاطره‌آمیز است و چه‌چیزی ایمن است. اطلاعات کسب شده در بانک حافظه‌ی مغز در حال رشد ذخیره می‌شوند. ایمنی موضوع یادگیری هم هست. حافظه توسط سیستم ایمنی در سلول‌هایی ذخیره می‌شود که برای به‌خاطر آوردن آنی تهدیدهایی که قبلاً بچه با آن‌ها روبرو شده برنامه‌ریزی شده‌اند و درست همان‌طور که سیستم عصبی باید پتانسیل خود را برای یادگیری در سراسر طول عمر حفظ کند، سیستم ایمنی هم باید با شکل دادن کلون‌های سلول‌های ایمنی که به‌صورت تخصصی آموزش دیده‌اند تا تهدیدهای جدید را شناسایی کنند، ظرفیت توسعه‌ی خاطرات جدید را داشته باشد.

با وجود سلول‌های ایمنی موجود در جریان خون و در تمام بافت‌ها و قسمت‌های مختلف بدن، می‌توانیم سیستم ایمنی را «مغز شناوری» در نظر بگیریم که مجهز به شناسایی غیرخویشتن است. دستگاه حسی چشم‌ها و گوش‌ها و پرز زبان -که برای این مغز شناور کار می‌کنند-

گیرنده‌های روی سطح سلول‌های ایمنی هستند و طوری طراحی شده‌اند که موضوع بی‌خطر را از خطرناک تشخیص دهند. خویشتن به وسیله‌ی خود آنتی‌ژن‌ها بر غشای سلول‌های نرمال بدن شناسایی می‌شود؛ مولکول‌هایی که گیرنده‌های ایمنی صددردِ آن‌ها را شناسایی می‌کنند. خود آنتی‌ژن‌ها پروتئین‌هایی هستند که در هر نوع سلولی پیدا می‌شوند. ارگانیزم‌ها و مواد خارجی فاقد این خودشناساگرها هستند و این‌ها را هدف حمله سیستم ایمنی قرار می‌دهند. کثرت خود-آنتی‌ژن‌ها تازه در حال کشف است. بر اساس مقاله‌ای که در ژورنال علم منتشر شده است، این احتمال وجود دارد که در آینده، خودشناساگرهای بیشتری پیدا شوند.[۷]

لنفوسیت‌هایی که کارشان به‌خاطر آوردن آنتی‌ژن‌های خارجی است، سلول‌های T هستند که در غده‌ی تیموس به بلوغ می‌رسند. میلیون‌ها میلیون از این سلول‌ها در انسان وجود دارد. آن‌ها و گلبول‌های ایمنی همجنسشان باید یاد بگیرند که در برابر هر بافت، هر سلول، و هر پروتئینی در بدن مقاومت کنند. آن‌ها باید بتوانند هموگلوبین یافت شده در خون را از انسولین ترشح شده توسط پانکراس و خلط شیشه‌ای در چشم و هر چیز دیگری تمیز دهند. آن‌ها باید از عهده‌ی دفع انواع بسیار زیاد و متفاوت ارگانیزم‌های مهاجم بریبایند و درعین‌حال، خودشان به بدن حمله نکنند.[۸]

پرداختن به مکانیزم‌هایی که سلول‌های ایمنی مختلف از آن طریق، میکروارگانیزم‌های متخاصم و یا سایر مواد خطرناک را شناسایی می‌کنند و اینکه گردان‌های سلول‌های ایمنی چطور برنامه‌ریزی می‌شوند تا این مهاجمین را از بین ببرند، خارج از چهارچوب این کتاب است. هنوز چیزهای بیشتری باید مورد مطالعه قرار بگیرد و چیزهایی که اکنون می‌دانیم زنجیره‌ی فوق‌العاده پیچیده‌ای از رویدادها، تعاملات و اثرات بیوشیمیایی است. چیزی که باید در اینجا بفهمیم، کارکرد مشترک ایمنی و عاطفه است: ابتدا، آگاهی از خویشتن همراه با آگاهی از غیرخویشتن؛ دوم، ارزیابی داده‌های غنی و شناسایی تهدیده، و درنهایت پذیرش چیزهای مؤثر بر افزایش طول عمر که از نظر ظرفیت محدود کردن یا حذف خطر قابل قیاس هستند.

وقتی ظرفیت روانی ما در تمیز دادن خویشتن از غیرخویشتن از بین می‌رود، این نقص به فیزیولوژی ما هم بسط پیدا می‌کند. خشم سرکوب‌شده به ایمنی مختل‌شده منتهی می‌شود. ناتوانی در پردازش و ابراز مؤثر احساسات و گرایش به برآوردن نیازهای دیگران قبل از

حتی کوچک‌ترین توجهی به نیازهای خودمان، الگوهای مشترک در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند. این سبک‌های مقابله‌ای حاکی از مبهم بودن مرزها و آمیختگی خویشتن و غیرخویشتن در سطح روانی هستند. همین درهم‌آمیختگی در سطح سلول‌ها، بافت‌ها و ارگان‌های بدن نیز وجود دارد. سیستم ایمنی به حدی بهم ریخته می‌شود که خویشتن را از دیگران تشخیص نمی‌دهد و یا به حدی ناتوان می‌شود که نمی‌تواند در برابر خطر از خودش دفاع کند.

در حالت عادی، سلول‌های ایمنی که در برابر محصول خویشتن واکنش نشان می‌دهند، بلافاصله کشته یا غیرفعال می‌شوند. اگر سلول‌های ایمنی‌ای که در برابر خویشتن تحریک می‌شوند، از بین نروند و یا بی‌ضرر نشوند به بافت‌های بدن حمله خواهند کرد، همانجایی که قرار است از آن محافظت کنند. واکنش‌های آلرژیک یا بیماری‌های خود ایمنی نتیجه‌ی این اتفاق خواهند بود. یا مثلاً اگر سلول‌های ایمنی سالم از طریق پرتوافکنی، دارو یا ویروس اچ‌آی‌وی از بین بروند در این صورت بدن، بدون حمایت در برابر عفونت یا رشدِ مهارنشده‌ی تومورها به حال خود رها می‌شود. ناتوانی سیستم ایمنی در اثر فشار هیجانی مزمن نیز همین اثر را دارد.

در سال ۱۹۶۵ تحقیقی بر خویشاوندان سالم زنانی که از آرتریت روماتوئید رنج می‌بردند انجام شد. این تحقیق به رابطه‌ی بین پنهان کردن خویشتن و سلول ایمنی می‌پرداخت. پادتن‌ها در حالت عادی تنها در پاسخ به حمله یا مولکول‌های خارجی بالقوه مضر تولید می‌شوند. یکی از مشخصه‌های آزمایشگاهی آرتریت روماتوئید یافتن پادتنی است که توسط سیستم ایمنی مختل شده، علیه خویشتن حرکت می‌کند. این پادتن عامل روماتیسمی یا RF نامیده می‌شود. RF که در بیش از هفتاد درصد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیدا شده است، در افراد بدون این عارضه هم وجود دارد. هدف از این تحقیق خاص فهمیدن این موضوع بود که آیا خصیصه‌های شخصیتی خاصی هست که با وجود آنتی بادی، حتی در نبود بیماری، ارتباط داشته باشد یا نه.

در این تحقیق از ۳۶ فرد بزرگسال یا نوجوان زن، که هیچ‌کدام بیماری روماتیسمی نداشتند، استفاده شد. در بین شرکت کنندگان، چهارده نفر پادتن RF داشتند. گروه مثبت RF، در مقایسه با زنان بدون پادتن، نمره‌های بسیار بالاتری در مقیاس روانی کسب کردند که این بازتاب بازداري خشم و دغدغه‌مندی نسبت به پذیرش اجتماعی رفتارهاست. آن‌ها در مقیاسی که خصایصی مثل مطیع بودن، خجالتی بودن، وظیفه

شناسی، تعصب مذهبی و اخلاقیات را نشان می‌داد هم نمره‌های بالاتری گرفته بودند.

وجود پادتن در این افراد نشان می‌دهد که سرکوبی عاطفی از قبل باعث واکنش‌گری ایمنی در برابر خویشتن شده بود؛ گرچه نه تا حد ابتلا به بیماری بالینی. شاید انتظار برود که وجود رویدادهای استرس‌آور بیشتر در زندگی این زنان بتواند باعث طغیان ایمنی شود، التهاب را برانگیخته کند و به بیماری ساده منتهی شود. محققان به این نتیجه رسیدند که آشفتگی‌های عاطفی همراه با عامل روماتیسمی به بیماری روماتیسمی منتهی می‌شوند.[۹] احتمال ابتلا به آرتریت روماتوئید «بدون» پادتن ضد خویشتن RF هم وجود دارد. همان‌طور که انتظار می‌رود در این موارد، میزان استرس می‌تواند حتی بیشتر هم باشد؛ دقیقاً نتیجه‌ای که در مطالعه‌ی دیگری به‌دست آمد.[۱۰]

بازاندیشی در ادبیات پژوهش در سال ۱۹۸۷ نشان داد که اهمیت شواهد به‌دست آمده از مطالعات گوناگون قویاً حاکی از نقش استرس روانی در القا کردن، تشدید کردن و اثر گذاشتن بر پیامد نهایی در آرتریت روماتوئید است.[۱۱] اثر واضح استرس در تحریک بیماری خودایمنی را می‌توانید در تجربه‌ی راشل، یک زن جوان یهودی ببینید. اولین ماجرای آرتریت روماتوئید او در پاسخ به رویدادی اتفاق افتاد که نمایش دوباره‌ی ترومای عاطفی کودکی‌اش بود.

راشل در خانواده‌ای بزرگ شد که از بچگی همیشه با برادر بزرگ‌ترش اختلاف داشت؛ برادری که از نظر او همیشه عضو مورد علاقه‌ی خانواده بود. والدینش جدا شده بودند و او به خصوص از طرف پدرش احساس طرد شدن داشت. او می‌گوید «من همیشه شهروند درجه دو بودم. پدرم برادر بزرگ‌ترم را می‌خواست. من هنوز آن لحظه را به‌خاطر دارم که نصف مسیر را تا رسیدن به ساختمانمان پشت سر آن‌ها راه می‌رفتم، درحالی‌که پدرم دستش را پشت شانه‌های برادرم انداخته بود. یادم هست که همیشه مجبور بودم روی صندلی پشتی بنشینم. مادرم چند سال قبل بهم گفت که به شیکاگو بروم و پدر و برادرم را ببینم. او گفته بود: «یا هردو تا بچه‌ها را بر می‌داری یا هیچ‌کدام را.» آنجا هیچ‌وقت من را نخواستند.

راشل می‌گوید که در بچگی هم دختر بچه خوبی بوده و هیچ‌وقت هیچ مشکلی به وجود نیاورده است؛ نوعی سبک مقابله‌ای که تا زمان بزرگسالی همان را ادامه داد. دو سال قبل در راش هاشانا، جشن سال جدید یهودی‌ها، در خانه‌ی مادرش و مشغول تهیه‌ی شام برای خانواده

بود. او عجله داشت چون می‌خواست به موقع آنجا را ترک کند تا برادرش را نبیند؛ برادرش تصمیم داشت در آخرین لحظه به خانواده بپیوندد. «او نمی‌خواست با من به آنجا بیاید و ما با هم توافق کردیم که من زودتر به خانه‌ی مادرم بروم و به او در آشپزی کمک کنم. ساعت ۴ بعد از ظهر، آنجا را ترک کنم تا برادرم به‌همراه همسر و فرزندشان بتوانند مابقی جشن راش هاشانا را در کنار مادرم سپری کنند.»

من با حالت اعتراض پرسیدم: «آیا درست فهمیدم؟ داری می‌گویی تو آنجا رفتی و آشپزی کردی و تمام کارها را انجام دادی و بعدش قرار گذاشتید تو آنجا را ترک کنی تا بقیه در کنار هم یک جشن و دورهمی خوب داشته باشند؟ چرا این توافق را پذیرفتی؟»

- چون جشن راش هاشانا بود و من احساس می‌کردم خانواده باید در کنار هم باشند.

- چه اتفاقی افتاد؟

- وقتی که من در خانه‌ی مادرم بودم، چنان بدن دردی گرفتم که نمی‌توانید تصورش را بکنید. من را به بیمارستان بردند. یکی از پاهایم آرتروز گرفته بود و نمی‌توانستم اصلاً از آن استفاده کنم. من معمولاً به‌خاطر درد داد نمی‌زنم. اما این بار مطمئنم کل بخش اورژانس صدای من را شنیدند. صبح روز بعد، به بیمارستان برگشتم چون این درد کل بدنم را گرفته بود. نمی‌توانستم حرکت کنم. حتی با وجود اینکه روی ویلچر بودم با تمام وجود فریاد می‌کشیدم.

نه‌تنها شروع و درگیری ناگهانی بیماری‌های روماتیسمی، بلکه شدت آن هم با استرس ارتباط دارد. در تحقیقی که در سال ۱۹۶۷ انجام شد، پنجاه فرد جوان که به تازگی مبتلا به آرتریت روماتوئید تشخیص داده شده بودند در یک بازه زمان پنج ساله مورد پیگیری قرار گرفتند. عوامل مرتبط با استرس روانی اجتماعی که قبل از شروع بیماری اتفاق افتاده بودند در شروع ارزیابی شدند. تمام بیماران سالانه دوبار مورد آزمایش قرار گرفتند و اشعه‌ی ایکس برای مچ دست و دست‌هایشان انجام شد؛ یعنی شایع‌ترین مکان فعالیت بیماری. در پایان تحقیق، این افراد طبق میزان آسیب بافتی طبقه بندی شدند: در طبقه ۱، هیچ ورمی در معاینات فیزیکی نبود یا شواهدی مربوط به آسیب به استخوان در اشعه‌ی ایکس به اسم ساییدگی وجود نداشت. در طبقه ۲، ورم بافت نرم را داشتیم اما ساییدگی استخوان را نه. در طبقه ۳،

ساییدگی استخوان را هم در مچ و دست‌ها داشتیم. نتایج تحقیق در ژورنال پزشکی آمریکا به چاپ رسیدند. محققان مشاهده کردند که بیمارانی که در پایان در طبقه ۳ قرار گرفته بودند، از نظر مصاحبه‌کنندگان، کسانی بودند که نسبت به افراد دو طبقه‌ی دیگر در ورود به مطالعه، در عوامل استرس روانی اجتماعی نمره بالایی گرفته بودند؛ همان‌چیزی که با شروع بیماری ارتباط دارد. [۱۲]

بسیاری از مصاحبه‌های گروه ۱، که در آماده‌سازی کتاب حاضر انجام شدند، در منزل افراد اتفاق افتادند. گیلا، زنی ۵۱ ساله با بیماری آرتریت روماتوئید، اصرار داشت که جلسه در همسایگی‌اش در نمایندگی مک دونالد انجام شود. او می‌توانست نمونه‌ی اولیه‌ی یک بیمار روماتیسمی از خود گذشته، سازگار، گوش‌به‌زنگ، خجالتی، کم‌رو و کمال‌گرا باشد که در ادبیات پژوهش روانی توصیف کردیم.

گیلا در سال ۱۹۷۶ در رویداد پلی‌میوزیت، که نوعی التهاب عضلانی شایع است مبتلا به بیماری تشخیص داده شد. تا قبل از اینکه به دنبال مراقبت پزشکی برود بخش‌های اصلی عضلات شانه‌ها و لمبرش را از دست داده بود. ماهیچه‌های تنفسی‌اش به قدری ضعیف شده بودند که نفس‌های سطحی می‌کشید. نمی‌توانست زانو‌ها یا ساق پاهایش را بلند کند یا چیزهای خشک را قورت دهد. وقتی متخصص او را دید، به‌خاطر درمان کورتیکواستروئید وریدی بلافاصله در بیمارستان بستری شد. او گفت که «من یک جسد متحرک هستم. نباید حتی در همین اطراف هم قدم بزنم. در آزمایشات کارکرد ریه، وقتی توی دستگاه می‌دمیدم، سوزن حرکت نمی‌کرد. کوچک‌ترین حرکتی نداشت. اما من جبران کردم. می‌دانید چیست؟ من متوجه نبودم. وقتی راه می‌رفتم متوجه نبودم که به جای بالا بردن پاهایم دارم پاهایم را جلو و عقب می‌برم.»

- به نظرت چرا متوجه نبودی؟

- فکر کنم چون پرمشغله بودم. چون ۲ تا بچه داشتم، بچه‌های کوچک؛ و سگ‌دو می‌زدم.

- کنج‌کاوم بدانم که چرا می‌خواستی من را در مک دونالد ببینی؟

- توی خانه همیشه گوش به زنگ هستم که خانه‌ام چگونه به نظر می‌آید. باید تمیز و مرتب باشد. اگر کسی به خانه‌ام بیاید و متوجه شود که گرد و خاکی این‌ور و آن‌ور هست در این صورت ...

- تو نه درباره‌ی مرتب بودن، بلکه درباره‌ی کمال‌گرایی صحبت می‌کنی. تو نمی‌توانی از گردوغبار فرار کنی، می‌توانی؟ گردو خاک بخشی

از زندگی است و اگر نتوانی این را بپذیری، همه چیز باید تمام و کمال باشد. آیا درمورد همه چیز این طوری هستی؟

- بله؛ قبل از اینکه آرتریت روماتوئید بگیرم حتی از این هم بدتر بودم... . خاله‌هایم من را ابرزن صدا می‌زدند. همسرم از شهر خارج می‌شد. او برای کارآموزی‌اش مجبور بود در کارخانه‌ی چوب‌بری کار کند. من تنها با دو تا بچه بودم. کار می‌کردم و حتی اضافه کاری هم می‌کردم چون به تازگی یک خانه خریده بودیم. گاهی روزی ده ساعت و هفت روز هفته را کار می‌کردم.

- چکار می‌کردی؟

- قبلاً برای اداره پلیس کار می‌کردم. البته کارم را دوست داشتم.

- ده ساعت کار کردن در روز، آن هم هفت روز هفته را دوست داشتی؟

- سر کار رفتن برای من مثل رفتن به تعطیلات است. من از معاشرت با آدم‌های آنجا لذت می‌بردم. با سوپروایزرها دوست بودم. کنار هیچ‌کس به من سخت نمی‌گذشت. گرچه همه از کار کردن در اداره پلیس کسل به نظر می‌رسند، اما من علت کسل شدن و شکایت‌های آن‌ها را نمی‌فهمم. به من خوش می‌گذرد. فکر می‌کنم این یکی از دلایل ابتلا به روماتیسمم باشد. فکر کنم با خودم بدرفتاری می‌کردم. من استراحت کافی نداشتم. حتی خواب کافی هم نداشتم.

گیلا جدا از شغلش و کارهای خانه، احساس می‌کرد باید باغچه و حیاط پشتی را هم تمیز نگه دارد. خانه‌اش بین خانه‌ی دو زوج بازنشسته‌ای واقع بود که حیاطشان را به بهترین شکل نگه داشته بودند و او نگران بود اگر از باغچه‌اش غفلت کند، ارزش خانه‌شان پایین بیاید. «بله، کاملاً بی نقص. آن‌ها هر هفته چمن‌ها را می‌زدند. من هم مجبور بودم هر هفته همین کار را کنم.» به علاوه او عمیقاً گرایش داشت به اینکه فرصت‌هایی را برای فرزندانش فراهم کند که خود او آن‌ها را از دست داده بود. آخر هفته‌ها آن‌ها را به کلاس پیانو، کلاس آواز، کلاس باله و رویدادهای ورزشی می‌برد.

گیلا تمام این کارها را بدون کمک همسرش انجام می‌داد و درعین حال، شیفت بعد از ظهر را هم از ساعت ۴:۳۰ تا ۱ بامداد در اداره پلیس مشغول کار بود. او به مدت چندین سال، فقط چهار ساعت در شب‌ها می‌خوابید. او می‌گوید: «وقتی آرتریت روماتوئید گرفتم، فیزیوتراپی

بهم گفت که هر وقت درد داشتم باید دست از کار بردارم. باید استراحت کنم؛ چون این به این معناست که بدنم دارد بهم می‌گوید نیاز به استراحت دارم و من هم همین کار را کردم. اما موضوع این است که کارهای خانه طبق روال سابق انجام نمی‌شود. قبلاً من هرروز یا حتی روزی ۲ بار در روز جاروبرقی می‌کشیدم. اما الان همسر من این کار را انجام می‌دهد؛ چون من دیگر نمی‌توانم، اما من از کار او راضی نیستم. به همین دلیل گاهی اوقات بعد از کار او خودم دوباره انجامش می‌دهم، البته نمی‌گذارم او بفهمد. من فقط کار را تمام می‌کنم. خانه‌ام مثل قبل تمیز و مرتب و منظم نیست.»

گیلا در فیلیپین به دنیا آمد؛ در بحبوحه‌ی شرایطی که خواننده تا الان احتمالاً حدس زده که چطور بوده است. او از بین هشت تا بچه، بزرگ‌ترین بچه بود و از همه‌ی آن‌ها مراقبت می‌کرد. والدینش با سنگدلی از او انتقاد می‌کردند. وقتی کاری اشتباه از آب درمی‌آمد، کتکش را او می‌خورد.

«من آسم داشتم؛ و هر بار که مرا کتک می‌زدند، آسمم عود می‌کرد و هر بار که آسمم عود می‌کرد، مادرم می‌گفت: "اوه، این تنبیه خداست؛ چون تو دختر بدی بودی؛ چون تو کارت را انجام ندادی؛ چون حاضرجوابی کردی." به همین خاطر من سعی می‌کردم همه‌ی کارها را انجام دهم. من به‌عمد بد نبودم. کارها را به بهترین نحو انجام می‌دادم و وقتی فراموش می‌کردم، باز تنبیه می‌شدم و گاهی صرفاً آن‌طور که مادرم دوست داشت نمی‌توانستم کارها را انجام دهم. او هم یک کمال‌گراست.»

همسر گیلا هم او را در سال‌های اول ازدواجشان کتک می‌زد. بعدها این بدرفتاری‌ها به بی‌تفاوتی عاطفی تبدیل شد، اما شوهرش همچنان به‌طرز بیمارگونه‌ای حسود و کنترل‌گر بود.

گرچه بعضی از فیزیوتراپ‌ها در کار با گیلا، موضوعات مربوط به استرس را مطرح کردند، اما هیچ‌کدام از پزشکانی که بیماری آرتریت روماتوئید او را تحت درمان قرار دادند، هیچ‌وقت درباره‌ی زندگی شخصی و عاطفی گیلا از او سؤال نپرسیدند. دانش آقای ویلیام اوسلر در این مثلث برمودای گسترده فعالیت پزشکی مدرن گم شده است.

گیلا بعد از ابتلا به این بیماری، متوجه شد که به روانشناسی نیاز دارد. او فهمید که بیماری‌اش -که ناخوشایند هم بود- شاید سعی

می‌کرده چیزی را به او بگوید. سیستم پزشکی نتوانست کمکی به او بکند. گیلا به درخواست خودش به روانپزشک ارجاع داده شد. «او به من گفت که من نباید اینقدر نگران باشم؛ نباید فکر کنم مجبورم با همسرم طوری رفتار کنم که انگار بزرگ‌ترین پسرم است. من برنگشتم. من پسر سوم نمی‌خواستم. من یک شوهر می‌خواستم.»

در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، سیستم ایمنی در زمان استرس، آشفتگی بالایی را نشان داده است، اما کسانی که از روابط بهتری در ازدواج برخوردار بوده‌اند، از وخامت فعالیت بیماری مثل التهاب و درد جان سالم به در بردند. [۱۳] مطالعه‌ی دیگری نشان داد که بالا رفتن استرس در روابط، با بالا رفتن التهاب مفصل ارتباط دارد. [۱۴]

نتایجی از این دست شوکه‌کننده نیستند. به‌خاطر داشته باشید که استرس پاسخی به ادراک تهدید است. مطالعات آزمایشگاهی نشان داده‌اند که بسیاری از ارگان‌ها و بافت‌های بدن، در زمان‌هایی که فرد تهدیدی ادراک می‌کند یا بعد از آن، مستعد التهاب و آسیب می‌شوند. [۱۵] محرکی که بالقوه خطرناک تفسیر می‌شود می‌تواند بلافاصله انبساط رگ‌های خونی، ورم، خونریزی، قابلیت بالای آسیب به بافت و آستانه درد پایین را باعث شود. این تغییرات را از طریق فنون مصاحبه که ادراک تهدید را تقویت می‌کنند می‌توان به سرعت در افراد برانگیخته کرد.

فشارهای روانی از یادآورنده می‌توانند به‌صورت‌های مختلف به‌شکل التهاب در مفاصل، بافت‌های پیوندی و ارگان‌های بدن بروز پیدا کنند. یکی از آموزه‌های پزشک تأثیرگذار رومی قرن دوم، گالن، این بود که هر بخشی از بدن می‌تواند از طریق پیوندهای عصبی، بر بخش‌های دیگر اثر بگذارد. تغییرات سریع بدن در پاسخ به استرس بی‌شک متأثر از فعالیت آنی سیستم عصبی هستند. ترشحاتی که ریشه در مغز دارند می‌توانند قسمت‌های انتهایی عصب‌های دور را تحریک کنند و مولکول‌های پیش التهابی قدرتمندی را آزاد کنند که به واسطه‌ی بیش‌فعالی سلول‌های ایمنی، قابلیت آسیب‌رساندن به مفاصل را دارند. بعضی از مواد شیمیایی منشأ شده از عصب، عوامل محرک نیرومندی برای القای درد نیز هستند. در بیماری‌های خود ایمنی، میزان بالایی از چند ماده در مایعات مفاصل متورم و همین‌طور در جریان خون پیدا می‌شوند. این مکانیسم بسیار سریع احتمالاً مسئول شروع حاد نشانه‌های آرتروز راشل بود وقتی که برای شام جشن راش هاشانا، که قرار نبود در آن حضور داشته باشد، کار می‌کرد. شدت نشانه‌ها در اولین حمله، حاکی از شدت واکنش عواطف سرکوب‌شده‌ی او به شرایطی

بود که با برادرش تجربه کرده بود.

ویژگی‌های مزمن بیماری خودایمنی کل ابرسیستم PNI و به خصوص پیوند مغز-هورمون-سیستم ایمنی را در بر می‌گیرد. این فرضیه که عدم توازن PNI ناشی از استرس، از نظر فیزیولوژیک مسئول شروع و شعله‌ور شدن امراض خود ایمنی است، به وجود شواهد پژوهشی فراوان متکی است.

شرح و تفصیل بسیاری از مکانیسم‌های بالقوه‌ای که به واسطه‌ی آن‌ها، استرس از طریق سیستم PNI عمل می‌کند و بیماری خود ایمنی را موجب می‌شود، برای اهداف کار ما جزئیات علمی خیلی زیادی را در بر می‌گیرد. همین بس که بگوییم سیستم استرس بدن و مخصوصاً تولید هورمون کلیدی استرس یعنی کورتیزول، با تحریک افراطی مزمن نامتعادل می‌شود. به‌خاطر داشته باشید که ترشح طبیعی کورتیزول توسط آدرنالین سیستم ایمنی را تنظیم می‌کند و واکنش‌های التهابی ناشی از سیستم ایمنی را کاهش می‌دهد. در آرتریت روماتوئید، پاسخ کورتیزول به استرس زیر سطح نرمال است: پس می‌توانیم ببینیم که چرا با فعالیت ایمنی نامنظم و التهاب زیاد روبرو هستیم. از یک طرف، سیستم ایمنی از کنترل طبیعی دور می‌شود و به بدن حمله می‌کند و التهاب ایجاد می‌کند؛ از طرفی هم، پاسخ‌های ضد التهابی ضروری، ضعیف و نامؤثر هستند.

قطعاً این تصادفی نیست که یک نوع درمانی که در تمام امراض خود ایمنی به‌شکلی سازگار مورد استفاده قرار می‌گیرد، کورتیکواستروئید آدرنال، کورتیزول یا دقیق‌تر بگوییم، مشابه سنتز آن- است. کورتیزول اصلی‌ترین هورمون پاسخ به استرس و هورمونی است که طبق تحقیقات، بعد از استرس مزمن بیش از همه نامنظم می‌شود. بیماری‌های مربوط به بافت پیوندی خودایمنی، از SLE و آرتریت روماتوئید گرفته تا اسکلوئیدومی و اسپوندیلیت آنکیلوز، انعکاسی از خستگی مفرط و اختلال مکانیسم‌های کنترل استرس نرمال ارگانیزم هستند.

«خستگی مفرط» واژه‌ای است که ناگهان به ذهنم رسید، وقتی یکی از بیماران سابقم که مبتلا به اسپوندیلیت آنکیلوز بود، زندگی قبل و بعد از بیماریش را برایم توصیف کرد.

رابرت رهبر برجسته‌ی اتحادیه‌های کارگری کلمبیای بریتانیا است. من در دفترش با او مصاحبه می‌کردم. رابرت، که در اواخر دهه‌ی چهارم زندگی‌اش است، مردی بزرگوار و خوشرو است و با صدایی طنین‌انداز صحبت می‌کند و شوخ طبع و صمیمی است. وقتی نیاز است سرش را

برگرداند تا جواب تلفن را بدهد یا از زاویه‌ی نسبتاً متفاوتی به شما نگاه کند، کل بالاتنه‌اش را می‌چرخاند. عملاً ستون فقراتش را اصلاً تکان نمی‌دهد. او می‌گوید: «همه‌چیز از گردنم تا باسنم یخ زده است.»

وقتی رابرت ۲۵ ساله بود، در قسمت پاشنه‌ی پاهایش احساس درد کرد و تا دوازده سال در مفاصل شانه‌هایش و استخوان ترقوه، درد بی‌وقفه‌ای را تجربه کرده است. او چند باری پیش دکتر رفت، اما خیلی زود پیگیری را رها می‌کرد. «آن‌ها فقط به من می‌گویند که مشکل این است و آن است یا این نیست و آن نیست. هیچ‌چیزی برای تسکین به من نمی‌دهند. چه کار دیگری می‌توانم بکنم؟» درنهایت بعد از تحمل پنج سال درد در لمبر و ساق پاهایش، به روماتولوژیست مراجعه کرد.

«من از پای چپم مراقبت می‌کردم، تا اینکه یک شب که توی تختم دراز کشیده بودم، شریک زندگی‌ام متوجه شد یک پایم کوچک‌تر از آن یکی است؛ عضلاتش کوچک شده بودند، چون از آن‌ها استفاده نمی‌کردم. طبیعتاً او هیستریک شد و مجبورم کرد پیش دکتر بروم.»

در مدت دوازده سال بین شروع نشانه‌های بیماری و تشخیص آن، رابرت هیچ‌وقت دست از کار کردن نکشید. از جهات زیادی، داستان او رایج بود. هر مقامی از اتحادیه‌ی کارگری که در مدت طبابت‌م درمان کرده‌ام، بیش‌ازحد کار کرده است. مقتضیات زمان آن‌ها، صرف نظر از استرس نهفته در خود کار، پر از تعارض و سیاست‌های همیشگی، ساعت‌های کاری طولانی غیرقابل پیش‌بینی، جلسات و مسئولیت‌های تمام نشدنی است. رابرت می‌گوید: «طرح‌های بازنشستگی ما در جنبش کاری بسیار خوب هستند. علت اینکه طرح‌های بازنشستگی خیلی خوبی داریم این است که هیچ‌کس تا سن ۶۵ سالگی برای جمع کردن بازنشستگی‌اش زندگی نمی‌کند؛ یا شاید تعداد خیلی کمی باشند! به این دلیل است که طرح بازنشستگی برای بعضی از ماها که در جنبش کاری فعال هستیم خیلی قوی است. هیچ‌کس هیچ‌وقت بازنشست نمی‌شود.»

وقتی بیماری روماتیسم رابرت شروع شد، او ۱۰۰۰۰۰ مایل را در سال به‌صورت هوایی به آمریکای شمالی سفر کرد. در سال ۱۹۷۶- که به‌عنوان بدترین سال عمرش از آن یاد می‌کند- به مدت چهار و نیم ماه مداوم در راه بود. او می‌گفت: «در آن مدت اصلاً روی خانه را ندیدم. در ایالات متحده‌ی جنوبی داشتم روی اعتصاب کار می‌کردم؛ چون در اتحادیه‌ی بین المللی‌ای بودم که هیچ فردی با مهارت‌های لازم را نداشتند. من شش روز هفته، به مدت دوازده تا چهارده ساعت را در آرکانساس و اوکلاهوما و جورجیا کار می‌کردم. اگر زمانی

باقی می‌ماند، می‌خوااییدم.»

- زندگی شخصی‌ات چگونه می‌گذشت؟

- همسر و دو فرزند دارم. کار در جنبش‌های کاری همیشه ازدواج را نابود می‌کند. هیچ‌کدام از دوستانم دیگر با همسر اولشان در رابطه نیستند. بچه‌هایی هستند که من کار با آن‌ها را در سال ۱۹۷۳ شروع کردم، بعضی از آن‌ها مرده‌اند، بعضی از آن‌ها هم دو یا سه بار، و یکی از آن‌ها حتی پنج بار ازدواج کرده‌اند! این کار فقط آن‌ها را می‌خورد و به جلز و ولز می‌اندازد.

من هیچ‌وقت پیششان نبودم و هیچ نقش نداشتم. الان از این بابت حس بدی دارم. یک زمانی آنقدر احمق بودم که هیچ حس بدی نداشتم. متوجه نبودم که چه چیزهای خوبی دارم. الان رابطه‌ی نزدیکی با بچه‌هایم دارم؛ آن‌ها الان بزرگ شده‌اند. پسر مرا در سنین نوجوانی و وقتی یک بچه‌ی کوچک بود خیلی به‌خاطر نمی‌آورم؛ راستش من عکس‌های آن‌ها را همراه خودم داشتم. من حتی نمی‌دانستم که دختر دارم تا وقتی بیست سالش شد.

فکر نمی‌کنم این را زیر سؤال برده باشم، چون هرکس دیگری هم بود همین کار را می‌کرد. این بخشی از این فرهنگ بود. ازدواج‌های مرده و نوشیدنی خیلی شایع بودند. من اولین نفر در گروه همسخی‌های خودم بودم که مصرف نوشیدنی را کنار گذاشتم.

رابرت می‌گوید که اعتیاد دارد. نه فقط به کار کردن؛ به نوشیدنی، دارو، زن، قمار؛ تمام این‌ها سال را این‌طوری بوده است. «من از ۲ سپتامبر سال ۱۹۸۰ ساعت ۷:۴۰ عصر به بعد دیگر نوشیدنی مصرف نکردم. آن زمان، آخرین باری بود که نوشیدنی مصرف کردم. از بیدار شدن روی کف زمین درحالی‌که زبانم به فرش چسبیده و احساس اینکه یک کیسه گه هستم خسته شدم. ۱۳۲ بار هم سیگار را ترک کردم. مشکل این است که ۱۳۳ بار آن را دوباره شروع کردم. این اعتیادی است که هنوز نتوانسته‌ام آن را کنار بگذارم.»

چیزی که رابرت را به سمت تشکیل اتحادیه کشاند و چیزی که هنوز او را متعهد به آن نگه داشته است، فرصت بهبود دادن زندگی دیگران و کار کردن برای جامعه‌ای عادلانه‌تر و برابر است. «به این دلیل است که من هیچ‌وقت نه نمی‌گویم. همیشه کارهای بیشتری برای انجام دادن وجود دارد. فهرست بی‌عدالتی‌ها هیچ‌وقت کوتاه‌تر نمی‌شود. احساس خوشبختی می‌کنم که می‌توانم در ساختن دنیایی بهتر نقش داشته باشم.»

رابرت اکنون ظرفیت نه گفتن به خواسته‌های زیادی را دارد. جالب است - و شاید غیر تصادفی- که او متوجه شده که اسپوندیلیت آنکیلوز، همراه با جوش خوردن کامل دنده‌ها و مهره‌هایش، فواید نامنتظره‌ای را در ابراز عاطفی برایش به همراه داشته است.

«من از نظر ابراز خشم، نسبت به بقیه مزیت‌هایی دارم. من به زبان تسلط دارم. هیچ‌وقت سر کسی داد نمی‌زنم. مجبور نیستم داد بزنم چون می‌توانم با کنترل تنفسم، حرف‌هایم را بی‌نقص بزنم. یکی از چیزهای خوب درباره‌ی AS این است که دنده‌ها را منجمد می‌کند و دنده‌ها از جلو و پشت قفل می‌شوند.»

رابرت توضیح می‌دهد که وقتی افراد نگران می‌شوند و کنترل واکنش خشمشان را از دست می‌دهند، خیلی سطحی نفس می‌کشند و از عضلات بین دنده‌ها استفاده می‌کنند که حفره‌ی قفسه‌ی سینه را بزرگ می‌کند و به تبع آن، هوا را وارد ریه می‌کند. او به‌خاطر AS، نمی‌تواند این کار را انجام دهد.

«برای داشتن صدای قوی‌تر و کنترل بیشتر روی نحوه‌ی صحبت کردن، باید با دیافراگم نفس بکشید. شما در این شرایط نفس نمی‌کشید؛ سطحی نفس می‌کشید و دنده‌هایتان به سمت داخل و بیرون حرکت می‌کنند. محتویات دل و روده‌ام بالا و پایین می‌رفت چون مجبور بودم با دیافراگم تنفس کنم. در دیافراگم نسبت به بالای دنده‌ها، کنترل عضلانی خیلی بیشتری وجود دارد.»

این کار کنترل عاطفی بهتر را هم به‌همراه دارد و تأمین اکسیژن بیشتر برای بخش‌های عقلانی مغز را هم تضمین می‌کند.

- قبلاً من مجبور بودم روی این موضوع کار کنم. وقتی دنده‌هایم منجمد شدند، هیچ انتخابی نداشتم.

- این از همه جالب‌تر است. مربی‌های تنفس یوگا همیشه به ما می‌گویند که از طریق دیافراگم نفس بکشیم. این یک رفتار سالم است. AS، تو را مجبور به این کار کرد.

- این به من قدرت شفافیت می‌دهد. اکثر آدم‌ها وقتی سر شما داد می‌زنند، احتمالاً به این خاطر است که عصبانی هستند. آن‌ها به این شکل و به‌صورت کلامی می‌توانند خشمشان را ابراز کنند. من با این نوع نفس کشیدن، بایستی در قالب جمله‌های کوتاه‌تر صحبت کنم و می‌توانم کلمات را بخورم و به جای داد زدن، با صدای رسا صحبت کنم. کنترل داشتن روی تنفس این امکان را به شما می‌دهد تا مزاج و

خشم‌تان را هم بتوانید کنترل کنید؛ منظور من از کنترل کردن، استفاده از این شرایط برای دست یافتن به جایی است که می‌خواهید برسید.

همان‌طور که رابرت صحبت می‌کرد، من تحت تأثیر توانایی فوق‌العاده‌ی طبیعت در آموختن شدم؛ آموختن از طریق درس‌هایی که بیماری در بزرگسالی به انسان می‌دهد، که اگر در دنیایی بهتر بودیم باید در کودکی و در زمان سلامت می‌آموختیمشان.

یکی از تحقیقات به این احتمال جالب اشاره داشت که حتی التهاب دردناک آرتریت روماتوئید، می‌تواند نقش محافظتی داشته باشد: درمورد رابرت، التهاب مفصل رابطه‌ی معناداری با کاهش رویدادهای استرس‌آور یک هفته بعد از آن داشت. محققان گفتند: «نتایج این تحقیق، مفاهیم بالینی مهمی در خود دارند.» تأثیر متقابل و دینامیک بین رویدادهای متعارض اجتماعی و درد مفصل، سیستم هموستاتیکی را توصیف می‌کنند که در آن، تعامل اجتماعی منفی با بدتر شدن بیماری متعادل می‌شود. [۱۶]

به‌عبارتی، شعله‌ور شدن بیماری بیماران را به اجتناب از تعاملات استرس‌آور سوق می‌دهد. در اینجا است که بدن نه می‌گوید.

فصل ۱۴: تعادل خوب: بیولوژی روابط

یکی از بیمارانم که یک کودک ۷ ساله بود در برنامه‌ی عمل قلبی در بیمارستان کودکان کلمبیای بریتانیا گنجانده شده بود. او قبلاً هم دو عمل جراحی برای نقص قلبی مادرزادی داشته است. والدینش به‌خوبی با این روال آشنایی داشتند و درخواست کردند که یکی از قواعد اتاق عمل تغییر کند. فرزند آن‌ها قبلاً این شرایط را تجربه کرده بود که او را روی برانکارد بسته بودند و کلی غریبه با ماسک دور و برش بودند و سوند وریدی را که تزریق می‌کردند دست‌هایش را به زور نگه داشته بودند و به‌همین‌خاطر مضطرب و درگیر شده بود. آن‌ها می‌خواستند که این بار تا زمانی که داروی بیهوشی اثر کند و کاملاً به خواب برود، در کنار دخترشان باشند. گرچه کارکنان بیمارستان بر این باور بودند که اگر والدین آنجا باشند، کودک سماجت می‌کند و لجبازتر می‌شود، اما کوتاه آمدند. خوشبختانه این روش بیهوشی بدون هیچ مشکلی انجام شد.

طب سنتی بیمارستان، با بیرون کردن والدین، اهمیت روابط توأم با دلبستگی را به‌عنوان تنظیم‌کننده‌ی عواطف، رفتار و فیزیولوژی کودک نادیده می‌گیرد. حالت بیولوژیک کودک در شرایط حضور یا غیاب والدین کاملاً فرق می‌کند. خروجی عصبی شیمیایی، یعنی فعالیت الکتریکی مراکز عاطفی مغز، ضربان قلب، فشار خون و میزان سرم هورمون‌های مختلف مربوط به استرس، همه و همه کاملاً متفاوتند.

زندگی تنها در چهارچوب تعریف شده‌ی خاصی، درونی یا بیرونی، ممکن است. احتمال اینکه بتوانیم از قند خیلی بالا در جریان خونمان جان سالم بدر ببریم، بیشتر از تحمل سطح بالای تشعشع ساطع شده از انفجار هسته‌ای نیست. نقش خودنظم‌بخشی، چه عاطفی چه فیزیکی، قابل قیاس با نقش ترموستاتی است که ثابت ماندن دمای اتاق را علی‌رغم بالاترین درجه‌ی شرایط هوایی در بیرون از خانه تضمین می‌کند. وقتی که محیط خیلی سرد می‌شود، سیستم گرمایشی را روشن می‌کنیم. اگر هوا بیش‌ازحد گرم شود، از کولر استفاده می‌کنیم. در قلمرو حیوانات، خودنظم‌بخشی با ظرفیت حیوان گرم خون برای زنده‌ماندن در محیط‌های مختلف نشان داده می‌شود. این حیوانات نسبت به گونه‌های خونسرد تحمل بسیار بیشتری در برابر انواع شرایط هوایی گرم و سرد دارند؛ بدون اینکه سرما بخورند یا گرم‌ازده شوند. گونه‌ی دوم به طیف

زیستگاهی خیلی محدودتری محدود می‌شوند؛ چون ظرفیت خودنظم‌بخشی محیط درونی را ندارند.

بچه‌ها و نوزادان حیوان عملاً هیچ قابلیت‌ای برای خودنظم‌بخشی بیولوژیک ندارند. وضعیت بیولوژیک درونی آن‌ها -میزان گرما، سطح هورمون، فعالیت سیستم عصبی- کاملاً به روابطشان با افراد بزرگسال مراقبت‌کننده بستگی دارد. عواطفی مثل عشق، ترس یا خشم به‌عنوان نیاز به حمایت از خویشتن در عین حفظ روابط ضروری با والدین و دیگر افراد مراقبت‌کننده عمل می‌کنند. استرس روانی می‌تواند هرچیزی باشد که ادراک این موجودات نوپا را از روابط ایمن با بزرگسالان تهدید کند؛ چون هرنوع آشفتگی در روابط، آشوبی در محیط درونی ایجاد می‌کند.

روابط عاطفی و اجتماعی بعد از دوران کودکی هم تأثیرات بیولوژیک مهمی دارند. به گفته‌ی دکتر میرون هافر، دکتر وقت دیپارتمان روان‌پزشکی و نوروساینس در کالج پزشکی آلبرت انیشتین در نیویورک، در سال ۱۹۸۴: «خودنظم‌بخشی مستقل حتی در بزرگسالی هم وجود ندارد. در تنظیم روزانه‌ی سیستم‌های بیولوژیک درونی، تعاملات اجتماعی نقش مهم خود را در سراسر عمر انسان دارند.» [۱] پاسخ بیولوژیک ما به چالش‌های محیط، به‌طرز چشمگیری متأثر از بافت و مجموعه روابطی است که ما را به انسان‌های دیگر متصل می‌کند. همان‌طور که یکی از محققان برجسته به‌طرز شایسته‌ای عنوان کرد: «سازگاری به‌طور کامل درون فرد اتفاق نمی‌افتد.» [۲]

بشر در قالب یک گونه به‌صورت موجودی تنها تکامل پیدا نکرده است، بلکه به‌شکل حیوانی اجتماعی به تکامل رسیده که بقایش به پیوندهای عاطفی عمیق با خانواده و قبیله وابسته بود. پیوندهای اجتماعی و عاطفی بخش مکمل ترکیب‌بندی نورولوژیک و شیمیایی ما هستند. همه‌ی ما این را از روی تجربه‌ی روزمره‌ی تغییرات فیزیولوژیک خیلی زیاد بدنمان در تعامل با دیگران فهمیده‌ایم. عبارت «باز هم نان را سوزاندی»، بسته به اینکه با خشم گفته شود یا با لبخند، پاسخ بدنی کاملاً متفاوتی را برانگیخته می‌کند. وقتی به تاریخچه‌ی تکامل بشر و شواهد علمی موجود نگاه می‌کنیم، حتی تصور اینکه سلامت و بیماری به‌صورت جدا از شبکه‌های روانی عاطفی ادراک شوند، مسخره است. «فرض اصلی این است که مثل سایر حیوانات اجتماعی، وضعیت سلامت هموستاز فیزیولوژیک و بنیادین انسان نیز، نه‌تنها از محیط فیزیکی، بلکه از محیط اجتماعی هم تأثیر می‌گیرد.» [۳]

از این نگاه زیستی-روانی-اجتماعی، بیولوژی فرد، کارکرد روانی و روابط بین فردی و اجتماعی همه با هم کار می‌کنند و هرکدام روی

دیگری اثر می‌گذارند.

جوینس استاد ۴۴ ساله‌ای در شاخه‌ی زبان شناسی کاربردی است. او متوجه شده که استرس خودخواسته‌اش، عامل شروع نشانه‌های بیماری آسم در او است. «فکر کنم هربار که این اتفاق افتاد، در زمانی بود که مسئولیتی خارج از توانم را به دوش می‌کشیدم. گرچه تصور می‌کنم از پس آن‌ها برآمده‌ام، اما بدنم تا حدودی دارد می‌گوید که نمی‌توانم.

«من به مدت یک دهه عضو دانشکده‌ی دانشگاه بودم. چند سال، تنها عضو زن آنجا من بودم. حالا همه‌چیز تغییر کرده است؛ احساس می‌کنم نتیجه‌ی تلاش‌هایم به درد خورده است. اکنون چهار تا زن اینجا هستند؛ که این خیلی خوب است، اما من از درون همیشه خودم را مجبور کردم مسئولیت کارهای زیادی را به عهده بگیرم. من مجبور بودم خودم را ثابت کنم. آن‌ها هیچ‌وقت زنی را در دپارتمان من در سمت استادی دائم نگرفتند. در آنجا فضایی حاکم بود که به‌اندازه‌ی کافی برای نظرات زنان و اساتید زن هدایت‌کننده نبود.

من "بایدهای" زیادی را درونی‌سازی می‌کردم. خیلی سخت بود. اینکه نتوانی نه بگویی، مشکل من بود. برای من، نه گفتن به‌شکلی باور نکردنی به‌معنای تهی بودن بود، چیزی که من از آن خیلی می‌ترسیدم. من کارهای زیادی را انجام دادم تا صرفاً این تهی بودن را جبران کنم.»

در پاییز و زمستان گذشته، آسم جوینس به‌شدت سخت شد. او مجبور به استفاده از دوز بیشتر داروهای استنشاقی برای باز کردن مجاری هوا و مقابله با التهاب ریه‌هایش شد. «متوجه شدم بیماری‌ام با من کاری کرده است که می‌توانم نه بگویم. به‌عنوان بخشی از تبادل، قرار بود به بالتیمور بروم و گفتم که نمی‌توانم. این چندین بار برایم اتفاق افتاد. من خیلی چیزها را کنسل کردم و گفتم دچار حمله‌ی آسم هستم و نمی‌توانم این کارها را انجام دهم؛ البته من هنوز هم پشت چیزهایی پنهان می‌شوم. من نمی‌خواهم برعکس گذشته [که اصلاً نه نمی‌گفتم] فقط بگویم این کار را انجام نمی‌دهم.»

در بیماری آسم، برگرفته از ریشه‌ی یونانی «تنفس سخت»، برونشیل‌ها [\[۱۵۶\]](#)، که جریان هوای ناچیز در ریه‌ها هستند، به‌شکل برگشت‌پذیری باریک می‌شوند چون رشته‌های عضلانی که آن‌ها را احاطه می‌کنند به مرور سفت می‌شوند. همزمان با این شرایط، دیواره‌ی برونشیل‌ها

متورم و ملتهب می‌شود. تمام عناصر سیستم PNI در آسم درگیر می‌شوند: عواطف، عصب‌ها، سلول‌های ایمنی و هورمون‌ها. ترشحات عصبی می‌توانند مسیر هوا را در پاسخ به محرک‌های مختلفی مثل عواطف محدود کنند. سیستم ایمنی مسئول التهاب دیواره نایژه است؛ که این هم ویژگی دیگر مختص آسم است. تورم دیواره‌ای که مسیر هوا است و تجمع خرده‌های التهابی در نایژه‌ها، پیامدهای نهایی این شرایط هستند.

در بیماری آسم، دم نه، بلکه خروجی هوا از نایژه‌های باریک شده است که ایجاد مشکل می‌کند. یک بیمار آسمی در بازدم مشکل دارد و احساس می‌کند قفسه‌ی سینه‌اش سفت شده است. ریه‌ها سعی می‌کنند با فعال کردن رفلکس سرفه، مسیر هوای مسدود شده را باز کنند. در موارد حاد، بازدم‌های سخت صدای خس‌خس سینه را به همراه دارند؛ صدایی که از نایژه‌های باریک شده و از لب‌های غنچه شده برای سوت‌زدن ایجاد می‌شود. در موارد خفیف‌تر، تنها نشانه، یک سرفه‌ی آزار دهنده است. برای بعضی از افراد، آسم مزمن است و عده‌ای آسم را به‌صورت ادواری تجربه می‌کنند.

حمله‌های آسم، بسته به زمینه‌ی افراد، می‌توانند با هرچیزی اتفاق بیفتند؛ از آلرژی‌زها گرفته تا ورزش، دمای هوای سرد و داروهایی مثل آسپرین، گریه کردن و خندیدن، عفونت تنفسی ویروسی و برانگیختگی عاطفی. آسم یکی از اندک بیماری‌هایی است که طبق تشخیص پزشکی غالب، هردو عنصر مهم ذهن- بدن در آن دخیل‌اند.

صرف نظر از عامل برانگیزاننده‌ی آبی-آسپرین یا هوای سرد یا اضطراب- عواطف می‌توانند نقش اصلی را در مستعد کردن فرد ایفا کنند. استرس‌های عاطفی مزمن سیستم ایمنی را حساس می‌کنند؛ به‌طوری که نسبت به هر عامل برانگیزاننده‌ای واکنش بیش‌ازحد نشان می‌دهد.

نحوه‌ی دیگر تأثیر عواطف بر التهاب در بیماری آسم از طریق هورمون‌هاست. هورمون‌های گلوکوکورتیکوئید-هورمون‌های آستروئید ضد التهاب، که از همه مهم‌تر کورتیزول است- از طریق غدد فوق کلیوی روی سیگنال‌های سیستم هیپوتالاموس-غده‌ی هیپوفیز در مغز ترشح می‌شوند. پاسخ ضعیف کورتیزول توسط محور HPA معیوب، التهاب را تقویت می‌کند. تحقیقی که در دانشگاه تریر آلمان صورت گرفت نشان داد که بچه‌هایی که از بیماری التهاب پوستی درماتیت آتوپیک (اگزما، کهیر آلرژیک همراه با خارش) یا از آسم رنج می‌برند در پاسخ به استرس، کورتیزول کمی تولید می‌کنند. وقتی از این بچه‌ها خواستند تا داستانی تعریف کنند یا ریاضی ذهنی انجام دهند، افزایش غلظت

گلوکوکورتیکوئید در بزاقشان کمتر از همسنخی‌های سالم خود بود.[۴] درواقع، هورمون‌های کورتیزول شکلِ بشرساخته، بخش حیاتی درمان آسم هستند. بسیاری از تحقیقات درمورد افراد بزرگسال و بچه‌های آسمی، حاکی از رابطه‌ی نیرومندی بین سختی بیماری و وضعیت عاطفی ناشی از روابط هستند.[۵] محققانی که تعامل بین والدین و بچه‌های آسمی را مورد مطالعه قرار داده‌اند، الگوهای منحصربه‌فرد دلبستگی‌های ایمن را شناسایی داده‌اند. اضطراب جدایی در بچه‌های مبتلا به آسم، نه‌تنها در مقایسه با گروه کنترل سالم، بلکه در مقایسه با بچه‌هایی که از فیروز کیستی رنج می‌برند که نوعی بیماری ریه‌ی مادرزادی است، خیلی بیشتر مشاهده شده است.[۶] به‌عبارتی، سختی بیماری علت اضطراب نبود.

یکی از تحقیقات تحت شرایط آزمایش الگوهای تنفس کودکان آسمی را بین ۲ و ۳ سال قبل مورد مطالعه قرار داد و از گروه کنترل سالم هم جهت مقایسه در این تحقیق استفاده شد. در این آزمایش، تمام بچه‌ها به صداهای ضبط شده‌ی مادرشان و یک غریبه گوش می‌دادند. صرف نظر از تن صدا، بچه‌های آسمی به هنگام گوش دادن به صدای مادرشان، الگوهای تنفسی غیرنرمال بیشتری را نسبت به فرد غریبه تجربه می‌کردند. این نتیجه‌ی جالب، حاکی از تأثیر خاص عاطفی بر تنفس بود و این برعکس پیش‌بینی افراد است؛ چراکه اگر کودک مادر خود را فرد دلگرم کننده‌ای می‌دانست، نتایج اینگونه نمی‌شد. [۷]

در مطالعات آلمانی بچه‌های آسمی نسبت به هم‌تایان سالم خود بیشتر مستعد درگیر شدن در تعاملات منفی دوطرفه‌ی طولانی و تدریجی با مادر و پدرهایشان بودند. والدین آن‌ها نسبت به والدین سایر بچه‌ها، بیشتر مستعد بروز رفتارهای انتقادی بودند.[۸] در ارزیابی‌های عینی، وقتی بچه‌های آسمی احساس درماندگی می‌کردند و یا مورد سرزنش قرار می‌گرفتند، جریان هوا از ریه‌هایشان کمتر می‌شد که این، باریک شدن مسیر هوا را نشان می‌داد. کاهش جریان هوا در شرایط دیگری هم ثابت شد و این وقتی بود که از بچه‌های آسمی خواستند تا رویدادی از خشم یا ترس شدید را به‌خاطر بیاورند. استرس‌هایی که باعث آسم در کودک می‌شوند، لزوماً و به‌معنای دقیق کلمه توسط بیمار یا خانواده تشخیص داده نمی‌شوند. دکتر سالوادور

مینوچین از کلینیک راهنمای کودک فیلادلفیا، بر آسم و سایر بیماری‌های کودکان تحقیق کرده است. از نگاه او، کودکان خیلی حساس، مخصوصاً در مورد حالت‌های عاطفی والدینشان، نشانه‌های نیمه‌هشیاری را از محیط به‌دست می‌آورند. او خاطرنشان کرده که سیستم‌های خانوادگی‌ای که کودکان در آن مبتلا به بیماری می‌شوند، چهار ویژگی مشترک دارند: به دام افتادن، بیش‌ازحد حمایتی بودن (کنترل‌گر بودن)، مقرراتی بودن و فقدان حل تعارض. حس وظیفه‌شناسی و مشارکت در یک سیستم خانوادگی به دام افتاده از نظر آسیب‌شناختی بیش‌ازحد بالاست. این را می‌توانید در وابستگی روابط، مداخله در مرزهای شخصی، ادراک تمایز نیافته از خویشتن و سایر اعضای خانواده و مرزهای ضعیف ببینید.[۹]

یکی از درگیری‌های ناگهانی آسم اخیر جویس، که چند ماه بعد از رویداد اصلی ادامه پیدا کرد، بعد از یک دوره‌ی خانوادگی اتفاق افتاد. این اتفاق، که باعث شد جویس احساس کند توسط برادر بزرگ‌ترش مورد حمله قرار گرفته، عواطف مربوط به هراس و خشم سرکوب‌شده‌ی کودکی‌اش را به سطح آورد. او می‌گوید:

«کودکی‌ام با ترس از خشم گذشت. من هیچ‌وقت کتک نخوردم، اما خشم زیادی در خانواده‌ام، یعنی پدر و برادرم بود. مادرم هم همدست بود. او از من در برابر این خشم‌ها دفاع نمی‌کرد. این خشم لزوماً من را نشانه نمی‌گرفت، اما در اطراف من وجود داشت. من در تمام این اتفاقات احساس تنهایی و درماندگی می‌کردم. بخشی از ناتوانی من در نه گفتن، همیشه ترس از خوشایند نبودن و از قرار گرفتن در موقعیت‌های دشوار بوده است. حتی الان هم کنار آمدن با موقعیت‌های دشوار برایم خیلی سخت است. همیشه کمی خشم وجود داشت. پدرم خیلی حق به جانب بود. حالتی از آن در صورتش و لحنی هم در صدایش بود. همیشه مثل واکنش یک بچه به دنیا خیلی بی‌منطق بود. اصلاً شبیه یک فرد بالغ نبود.

من نمی‌توانستم او را تحمل کنم؛ از او می‌ترسیدم. هیچ‌وقت احساس امنیت نمی‌کردم. پدرم الان ۸۲ ساله است. او خیلی به دیگران نمی‌پرد چون خیلی پیر است. ولی برادرم آدم خیلی عصبی‌ای است؛ او همیشه به دیگران حمله می‌کند و شخصیت مخربی دارد.

فقط کافی است بگویم که این پاییز چه اتفاقی افتاد. آخر ماه نوامبر تولد پسر من است؛ پسر شش ساله‌ام و این اتفاق بزرگی است. والدینم

از سیاتل آمدند و برادر هم به ما پیوست. ما با هم شام خوردیم. او فقط با انتقاد و خشم به سمت من حمله می‌کرد. این اتفاق جمعه افتاد. شنبه تولد پسر من بود و من خیلی مضطرب بودم. صبح دوشنبه از خواب بیدار شدم و دیدم نمی‌توانم صحبت کنم، نمی‌توانم راه بروم و هیچ کار دیگری نمی‌توانستم انجام دهم.»

یک تحقیق جدید استرالیایی به اهمیت روابط اجتماعی مثبت در کاهش استرس اشاره داشت. از ۵۱۴ زنی که نیاز به بافت‌برداری سینه داشتند مصاحبه شد. چیزی در حدود نصف این افراد بعد از این مبتلا به سرطان تشخیص داده شدند و بقیه هم تومورهای خوش‌خیم داشتند. نتایج حاکی از تعامل مهم بین عوامل استرس‌آور بسیار کشنده و حمایت اجتماعی بود. خطر ابتلا به سرطان پستان در زنانی که رویدادی استرس‌آور را تجربه کرده بودند - که طبق ارزیابی عینی بسیار تهدید کننده است- و زنانی که فاقد حمایت عاطفی اجتماعی نزدیک بودند، نه برابر بیشتر بود. [۱۰]

محققین شگفت زده شدند. آن‌ها نوشتند که «یافته‌های به‌دست‌آمده مبنی بر تعامل بین رویدادهای بسیار مهلک و فقدان حمایت اجتماعی، با توجه به نبود اثر مستقل، تا حدی غیر منتظره بود.»

موضوع حیرت‌انگیزتر از این یافته، این است که بشنویم شناگرهای غیرحرفه‌ای بدون جلیقه نجات در معرض خطر غرق شدن نیستند؛ حداقل نه تا زمانی که در آب عمیق نرفته‌اند. خواننده از فصل ۱ احتمالاً به‌خاطر می‌آورد که دانشجویان پزشکی تحت استرس امتحان، فعالیت سیستم ایمنی‌شان کاهش یافته بود اما دانشجویی که از همه تنهاتر بود از همه آسیب‌پذیرتر بود. کارکرد فیزیولوژیک انسان‌ها - حتی در نظریه، چه برسد به عمل- غیرقابل تفکیک از پیوندهای عاطفی و اجتماعی است که به بقای ما کمک می‌کنند.

یک مطالعه‌ی طولی هفده ساله بر رزیدنت‌های ایالت آلامدای کالیفرنیا رابطه‌ی احتمالی بین پیوند اجتماعی افراد و حس تنهایی و شروع سرطان را مورد بررسی قرار می‌داد. در این تحقیق آینده‌نگر، هیچ‌یک از افراد بزرگسالی که در شروع ثبت نام کرده بودند سرطان نداشتند. عامل خطر زمینه اصلی برای زنان، انزوای اجتماعی بود، نه فقط انزوا بلکه حس انزوا. با توجه به اثر عواطف بر تنظیم هورمون‌ها، امر نامحتملی نیست که انزوا، اثر مهم و مستقیمی بر ابتلای این مجموعه سرطان‌ها داشته باشد. [۱۱] محققان سرطان پستان،

تخمندان و رحم زنان را در گروه مرتبط با هورمون جای دادند.

ما همیشه از نظر تأثیر فیزیولوژیک عوامل استرس‌آور اجتماعی و بین فردی یا سایر فشارهای خارجی، تجربه‌ی دقیقاً مشابه با یکدیگر را منعکس نمی‌کنیم. جدا از خلق‌وخوی مادرزادیمان، چه‌چیزی این تفاوت‌های فردی را توجیه می‌کند؟

عامل کلیدی رشد عاطفی است. اگر کودکی که در اولین مثال این فصل داشتیم، نیاز به عمل دیگری در سن ۲۵ سالگی داشته باشد، دیگر نیاز نیست موقع تزریق داروی بیهوشی، پدر و مادرش دست‌هایش را نگه دارند. او به‌اندازه‌ی کافی خودتنظیمی دارد تا فعالیت فرستنده‌های عصبی و هورمون‌های استرسش، بدون نزدیکی مستقیم والدینش از تعادل خارج نشوند. با این حال ما نمی‌توانیم این امر را مسلم بدانیم که به‌واسطه‌ی بزرگسالی تقویمی، به طور خودکار به استقلال عاطفی دست پیدا خواهیم کرد. در هر سنی که باشیم، واکنش ما به عوامل بالقوه‌ی استرس عمیقاً متأثر از میزان غلبه‌ی نیازهای دلبستگی، ترس‌ها و اضطراب‌هایمان بر کارکرد عاطفیمان است.

طبق نظریه‌ی سیستم خانواده، که دکتر مورای بوون، روان‌پزشک جدید آمریکایی ارائه کرده است، بیماری یک رویداد بیولوژیک ساده در یک انسان به‌تنهایی نیست. نگاه سیستمی به خانواده ارتباط متقابل و لحظه‌به‌لحظه‌ی کارکرد فیزیولوژیک افراد را می‌شناسد. این ارتباط درونی فیزیولوژیک، که در رابطه مادر و جنین بارز است، با تولد یا حتی بلوغ فیزیکی به اتمام نمی‌رسد. همان‌طور که دیده‌ایم، روابط اهمیت خود را به‌عنوان تنظیم‌کننده‌های بیولوژیک در سراسر طول عمر بشر حفظ می‌کنند.

یکی از مفاهیم بنیادی در نظریه سیستمی خانواده «تمایز» است؛ تمایز یعنی توانایی تماس داشتن با دیگران و درعین‌حال مستقل بودن از نظر کارکرد عاطفی. افراد تمایز نیافته، فاقد مرز عاطفی بین خود و دیگران هستند و همین‌طور فاقد مرزی که مانع مغلوب شدن فرایند تفکر توسط فرایند احساسی و عاطفیشان شود. چنین افرادی به‌صورت خودکار اضطراب دیگران را جذب می‌کنند و اضطرابی چشمگیر در خودشان به وجود می‌آید. [۱۲]

فرد تمایز یافته می‌تواند با پذیرش باز عواطف خودش پاسخ دهد؛ عواطفی که نه لزوماً هماهنگ با انتظارات دیگران هستند و نه در برابر آن‌ها مقاومت دارند. این افراد نه عواطفشان را پنهان می‌کند و از روی غریزه آن‌ها را تخلیه می‌کنند. دکتر مایکل کر، همکار سابق

موری بوون در حال حاضر مدیر مرکز خانواده دانشگاه جورج تاون از واشنگتن دی سی است. دکتر کر بین دو نوع تمایز یافتگی تمییز قائل می شود: تمایز عملکردی و تمایز اساسی. این دو نوع تمایز در ظاهر مشابه هم به نظر می آیند اما از نگاه سلامت و استرس، دو دنیای جداگانه هستند.

تمایز عملکردی به توانایی فرد در کار کردن بر اساس روابطش با دیگران اشاره دارد. برای مثال، من فقط زمانی می توانم کارم را به خوبی انجام دهم که دیگران -کارکنانم، همسرم، بچه هایم- بتوانند با تحمل کردن خلق بد من، عادت های غیرقابل اطمینان، فقدان نقش عاطفی و یا حتی رفتار توهین آمیزم، اضطراب های حل نشده ام را جذب کنند. اگر آن ها نقش هایی را که برایشان در نظر گرفته ام رد کنند، شاید من از هم بپاشم. این مثالی از تمایز عملکردی است. از طرفی، اگر توانایی ام در کار کردن، مستقل از این باشد که دیگران مجبور باشند امور عاطفی ام را برایم انجام دهند -یعنی اگر من بتوانم درگیر روابط با دیگران شوم و در عین حال به لحاظ عاطفی نسبت به آن ها و خودم باز عمل کنم- در این صورت تمایز اساسی دارم. هر چقدر یک فرد تمایز اساسی کمتری داشته باشد بیشتر مستعد تجربه ی استرس عاطفی و بیماری فیزیکی خواهد بود.

در پژوهشی بر استرس، سازگاری و مصونیت، ۱۴۰۰ دانشجوی دانشکده ی افسری در غرب به مدت چهار سال مورد پیگیری قرار گرفتند. آن ها از نظر روانی آزمایش شدند و مرتب از آن ها آزمایش خون می گرفتند تا آسیب پذیریشان در برابر ویروس اپشتین- بار را مطالعه کنند؛ ویروسی که عامل اصلی مونونوکلئوز عفونی است. آن هایی که بیشتر از همه در معرض ابتلا به این ویروس و یا ابتلا بیماری بالینی بودند، در این ویژگی ها مشترک بودند: آن ها بسیار بلند پرواز بودند؛ در مسائل آکادمیکشان دچار چالش بودند؛ پدرانی داشتند که به موفقیت های بالایی دست یافته بودند. [۱۳] در اینجا می توانیم رابطه ی بین استرس و نیاز ادراک شده به زندگی کردن در سطح انتظارات والدین را ببینیم؛ یعنی رابطه ی بین محیط بیولوژیک درونی و نیاز ممتد کودک به پذیرش.

در تحقیق دیگری، زنان متأهل با تعداد برابری از زنان مطلقه یا تنها همخوان شدند. در گروه زنان متأهل، کیفیت و رضایت رابطه ی زناشویی از طریق گزارشات شخصی مورد ارزیابی قرار گرفت. فعالیت سیستم ایمنی در نمونه های خون گرفته شده از هر شرکت کننده مورد

بررسی قرار گرفت. کیفیت زناشویی پایین رابطه‌ی قوی و مثبتی با پاسخ ایمنی ضعیف داشت. در گروه افراد مطلقه و یا تنها، دو عامل روانی که نزدیک‌ترین ارتباط را با کارکرد ایمنی ضعیف داشتند، زمان سپری شده از لحظه جدایی (هر چقدر شکست رابطه‌ی زناشویی نزدیک‌تر، سرکوبی سیستم‌ایمنی بیشتر) و میزان دلبستگی زن به همسر سابق (هر چقدر دلبستگی عاطفی بیشتر، عملکرد سیستم ایمنی بدتر) بودند. [۱۴] زنانی که بیشتر توانایی خودنظم‌بخشی داشتند و کمتر وابستگی عاطفی به رابطه‌ای داشتند که دیگر برایشان خوب نبود، سیستم ایمنی قوی‌تری هم داشتند. تمایز بیشتر به معنای سلامت بیشتر است.

شریکی که قدرت کمتری در رابطه دارد، سهم خیلی بیشتری از اضطراب مشترک را جذب می‌کند و به همین علت است که زنان به مراتب بیشتر از مردان تحت درمان اضطراب یا افسردگی قرار دارند (در اینجا موضوع قوت (strength) مطرح نیست بلکه موضوع قدرت (power) است: یعنی چه کسی نیازهای دیگری را برآورده می‌کند. این‌طور نیست که این زنان نسبت به همسرشان از نظر روانی تعادل کمتری دارند؛ گرچه دومی در سطح بالاتر مصداق پیدا می‌کند. چیزی که نامتعادل است، رابطه است، طوری که زنان استرس و اضطراب‌های همسرشان را جذب می‌کنند و درعین‌حال، استرس و اضطراب خودشان را هم دارند.

نانسی، همسر مردی با ابتلا به بیماری کولیت زخمی را به‌خاطر دارید که به‌خاطر برانگیختگی استرس ناشی از برخورد و سواسی و کنترل‌گرانه‌ی سخت همسرش از کوره دررفت. [۱۵۷] بیماری تیم، به مدت چند سال به‌شکل معقولی تحت کنترل بود. نانسی بخش زیادی از اضطراب تیم را به‌طرز مؤثری جذب کرده است، اما به بهای فدا کردن خودش. نانسی در حال حاضر به‌خاطر افسردگی و اضطراب تحت درمان است و به گفته‌ی خودش تقریباً جانش به لبش رسیده است. او می‌گوید: «من احساس می‌کردم بچه‌ی دیگری دارم چون او (تیم) به مراقبت خیلی بالایی نیاز دارد. اکنون می‌فهمم که در این مدت مسئولیت چهار تا بچه را به دوش کشیده‌ام. من والد هر دویمان هستم. برای سالیان سال نیازهای عاطفی خودم را سرکوب کرده‌ام؛ بدون اینکه اصلاً متوجه این موضوع باشم. الان تصورم هم برایم وحشتناک است که حتی از این موضوع آگاه نبودم؛ تا وقتی که یک فروپاشی کوچک را تجربه کردم.» اگر نانسی نقش تربیتی یک طرفه‌ی خودش را در رابطه ایفا می‌کرد، در این صورت شاید تیم درگیری ناگهانی کولیت را تجربه می‌کرد؛ مگر اینکه می‌آموخت مسئولیت عاطفی بیشتری را به سهم خودش به عهده بگیرد.

شریکی که مجبور است بیشتر نیازهای خودش را به‌خاطر رابطه سرکوب کند، بیشتر هم مستعد ابتلا به بیماری فیزیکی خواهد بود؛ از اینرو، مثلاً شیوع بیماری خودایمنی و سرطان نامرتبط با مصرف دود در بین زنان بیشتر است. دکتر کر می‌نویسد: «وجود رابطه بین بدن-ذهن و رابطه بین فرد-فرد به این معناست که این امکان وجود دارد که اضطراب در یک فرد، به‌صورت نشانه فیزیکی بیماری در فرد دیگری بروز پیدا کند. درست مثل موضوع ناکارآمدی‌های عاطفی، فرد مستعد بروز نشانه‌های بیماری، همسری است که بیشترین سازگاری را در پیش می‌گیرد تا سازش را در سیستم رابطه حفظ کند.» [۱۵]

هدف غایی طبیعت تقویت رشد فرد از وابستگی مطلق به سمت استقلال است؛ یا به‌معنای دقیق‌تر، به سمت وابستگی درونی فرد بزرگسال بالغی که در اجتماع زندگی می‌کند. رشد فرایند حرکت از نظم خارجی کامل به سمت خودنظم‌بخشی است؛ البته تا جایی که برنامه‌ریزی ژنتیک اجازه دهد. افرادی که خودنظم‌بخشی خوبی دارند، بیش از همه توانایی تعامل مثمر ثمر با دیگران را در جامعه دارند و توانایی پرورش بچه‌هایی که به افراد بزرگسال خود نظم یافته تبدیل می‌شوند. هرچیزی که در این برنامه‌ی طبیعی مداخله کند، فرصت ارگانیسم را برای بقای بلندمدت تهدید می‌کند. تقریباً از آغاز زندگی، شاهد تنش بین نیازهای مکمل برای امنیت و استقلال بوده‌ایم. رشد مستلزم تغییر تدریجی و متناسب با سن افراد، از نیاز به امنیت به سمت تلاش برای استقلال، و از دلبستگی به تفرد است. هیچ‌کدام به‌طور کامل از دست نمی‌روند و هیچ‌کدام قرار نیست به بهای از دست رفتن دیگری به دست بیایند. ظرفیت بالای خودنظم‌بخشی در بزرگسالی، نیاز بیشتر به استقلال -برای آزادی انتخاب‌های اصیل- را هم در پی دارد. هرچیزی که استقلال را تضعیف کند، به‌شکل منبع استرس تجربه می‌شود. هر زمان که فرد فاقد قدرت پاسخ دادن مؤثر به محیط اجتماعی یا فیزیکی باشد یا وقتی که حیوان یا انسان تحت آزمایش احساس درماندگی و تنهایی کند و هیچ انتخاب واقعی نداشته باشد -به‌عبارتی، وقتی که استقلال تضعیف شود- استرس تشدید می‌شود. با این حال، استقلال باید به شیوه‌ای به کار گرفته شود که روابط اجتماعی را، که بقا به آن وابسته است، چه با افراد صمیمی از نظر عاطفی چه با سایر افراد مهم زندگی -کارفرماها، همکاران، افراد دارای قدرت اجتماعی- مختل نکند. هر چقدر ظرفیت عاطفی برای

خودنظم‌بخشی در دوران نوزادی و کودکی کمتر رشد کند، در بزرگسالی، این فرد بیشتر برای حفظ هموستاز به روابط وابسته خواهد شد. هر چقدر این وابستگی بیشتر باشد، تهدید از دست دادن روابط یا ناامن شدن آن هم بیشتر می‌شود. بنابراین، آسیب‌پذیری در برابر استرس ذهنی و فیزیولوژیک متناسب با میزان وابستگی عاطفی خواهد بود.

برای به حداقل رساندن استرس ناشی از روابط به خطر افتاده، ممکن است فرد بخشی از استقلالش را رها کند. با این حال، این فرمولی برای سلامتی نیست چون فقدان استقلال به خودی خود علت استرس محسوب می‌شود. تسلیم کردن استقلال، میزان استرس را بالا می‌برد؛ حتی اگر در ظاهر این‌طور به نظر بیاید که این کار برای امنیت رابطه لازم است و حتی اگر با به‌دست آوردن امنیت از این طریق، از نظر ذهنی احساس آسودگی کنیم. اگر من شدیداً نیازهای عاطفی‌ام را سرکوب کنم تا مورد پذیرش دیگران باشم، این ریسک که مجبور شوم هزینه‌ی این کار را با بیماری، پیردازم بیشتر می‌شود.

روشی دیگر برای محافظت از خود در برابر استرس ناشی از روابط به خطر افتاده، خاموشی عاطفی است. فرد آسیب‌پذیر برای اینکه احساس امنیت کند، از دیگران دور می‌شود و در را به روی صمیمیت می‌بندد. این سبک مقابله‌ای مانع اضطراب و تجربه‌ی ذهنی استرس می‌شود، اما مانع تجربه‌ی فیزیولوژیک استرس، نه. صمیمیت عاطفی یک ضرورت روانی و بیولوژیک است. کسانی که دیواری در مقابل صمیمیت می‌سازند، افراد خودنظم‌بخشی نیستند و فقط از نظر عاطفی کاملاً سرد هستند. استرس آن‌ها از اینکه نیازهایشان برآورده نشود بسیار بالاست.

حمایت اجتماعی به بهبودی استرس فیزیولوژیک کمک می‌کند. وجود رابطه‌ی نزدیک بین سلامت و محیط اجتماعی به وفور نشان داده شده است. در مطالعه‌ی ایالت آلامندا، کسانی که از نظر اجتماعی بیشتر منزوی بودند، بیشتر هم مستعد انواع بیماری‌ها بودند. در سه تحقیق جداگانه بر افراد سالخورده مشخص شد که خطر مرگ و میر پنج ساله رابطه‌ی مستقیمی با یکپارچگی اجتماعی دارد: هرچقدر افراد از نظر اجتماعی رابطه‌ی بیشتری داشته باشند، خطر مرگ و میر هم در آن‌ها پایین‌تر است. گروهی از محققان به این نتیجه رسیده‌اند که: «پیوندها و حمایت اجتماعی، صرف نظر از ارتباط با سایر عوامل خطر، به سهم خود عوامل پیش‌بین نیرومندی برای میزان بیماری و مرگ و میر هستند.» [۱۶]

بنابراین برای افراد بزرگسال، تنظیم استرس بیولوژیک از یک طرف به تعادل ظریف بین امنیت اجتماعی و امنیت در روابط و از طرف دیگر

به استقلال اصیل بستگی دارد. هرچیزی که این تعادل را بهم بزند، چه فرد نسبت به این آگاه باشد یا نباشد، منبع استرس است.

فصل ۱۵: بیولوژی فقدان

راشل زنی لاغر اندام با قدی نزدیک به پنج فوت است که التهاب مفصل روماتیسمش برای اولین بار در شب جشن راش هاشانا عود کرد. او درحالی که روی مبل اتاق نشیمن خود نشسته است، در کنار عروسک خرس تدی که کنارش سرپا ایستاده است، کوچک به نظر می‌آید. ظاهراً گرسنه است، چیزی که یادآور نوزادی نارس با سوء تغذیه و محروم از عاطفه است.

«وقتی به دنیا آمدم، به‌خاطر تمام مایعات آمیوتیکی که ریه‌هایم را پر کرده بود، نفسم گرفته بود. چهار هفته‌ی اول زندگیم را در فرِ توستر (دستگاه) انکوباتور [۱۵۸] گذراندم. آن موقع‌ها یعنی در سال ۱۹۶۱، علم به این سطح از تشخیص نرسیده بود که نوزاد در دستگاه هم نیاز به لمس شدن دارد. بنابراین اولین ماه زندگی‌ام با سوزن و سقلمه و سیخونک گذشت. مادرم نمی‌آمد؛ چون مجبور بود از برادرم مراقبت کند. اگر پدرم می‌آمد... اوم، نمی‌دانم چی می‌شد!»

پیامد محرومیت عاطفی و لامسه در اولین ماه زندگی راشل می‌توانست جبران شود اگر که بعد از آن از روابطی غنی بهره‌مند می‌شد، اما این‌طور نشد. او تقریباً از زمان جنینی، در نیل به هدف مقدر شده برای زندگی‌اش ناکام ماند. مادرش امیدوار بود بارداری ازدواجشان را پابرجا نگه دارد، اما همسرش او را حتی قبل از تولد راشل ترک کرد. می‌توانید وضع روحی مادرش را تصور کنید، تنها و مسئول مراقبت از دو کودک به‌تنهایی، یکی کودک نوپا، برادر راشل و دیگری نوزاد تازه به دنیا آمده، راشل.

زیر فشار چنین شرایطی، اینکه مجبور باشی حضور خود را توجیه کنی، به طبیعت ثانویه‌ی راشل تبدیل شد؛ چون این طبیعت اولیه‌ی هیچ‌کسی نیست. انتظار اصلی او این است که ترک خواهد شد. او می‌گوید: «من باور دارم که هرکسی که من را بشناسد، ترکم می‌کند.» وقتی که در آخرین فصل تعطیلات چند دعوت‌نامه صرفاً برای ملاقات از افراد دریافت کرد، شگفت‌زده شد. درک این موضوع که کسی او را بدون اینکه هیچ انتظاری از او داشته باشد بخواهد، تقریباً برایش غیرممکن است.

راشل از زمان تشخیص ابتلا به آرتریت روماتوئید، درمان را شروع کرد. در نتیجه خیلی بیشتر از قبل احساسش را در هر لحظه می‌شناسد.

خشم احساسی است که راشل هنوز هم بیشترین مشکل را در تشخیص آن دارد. معمولاً وقتی که احساس نادیده گرفته شدن یا تحقیر شدن دارد، این خشم برانگیخته می‌شود؛ مثلاً همین اواخر وقتی مادرش به‌خاطر انتخاب درمانگرش او را به باد انتقاد گرفت. راشل می‌گوید: «مادرم نمی‌توانست بفهمد چرا من به جای اینکه پیش روانپزشکی بروم که بودجه‌اش از طرح پزشکی تأمین می‌شود، بخشی از مستمری رفاهی را برای پرداختن هزینه‌ی درمان استفاده می‌کنم. بنابراین من در اینجا کسی را پیدا کردم که می‌توانم با او ارتباط برقرار کنم و مادرم فقط به جنبه‌ی مالی موضوع توجه می‌کند.» هنوز هم راشل به جای اینکه با خونسردی بگوید که تصمیماتش به خودش مربوط هستند، بحث می‌کرد و از ادراک مادرش دفاع می‌کرد. این تبادل کینه‌توزانه، یک هفته بی‌اشتهایی و خصومت معطوف به خود را به همراه داشت.

وقتی پای ابراز وجود به میان می‌آید، راشل خشمش را می‌بلعد و سعی می‌کند خودش را توجیه کند، خودش را تسکین دهد و یا درگیر تعاملی شود با این منظور که دیگران را ترغیب کند تا شرایط او را درک کنند. این اثرات پاسخ‌های خودکار کودک آسیب‌پذیری هستند که عمیقاً تلاش می‌کند تا والدینش را با نیازهایش هماهنگ کند. اضطراب و ترس از طرد شدن، او را وادار می‌دارد تا هر نوع عاطفه‌ای را که شاید باعث طرد شدن شود، سرکوب کند. از طرفی، خرگوش خانگی راشل شدیداً به حالت‌های عاطفی خودش حساس است. وقتی راشل خشمگین می‌شود، خرگوش او هم از نزدیک شدن به راشل امتناع می‌کند. «زمانی که بدانم عصبانی هستم، او را تنها می‌گذارم. وقتی عصبانی هستم، ولی خودم از این موضوع آگاه نیستم او نمی‌گذارد لمسش کنم؛ او به من می‌فهماند و من روی خودم کار می‌کنم و مطمئن می‌شوم که از چیزی عصبانی هستم.» گرچه این برای عده‌ای عجیب به نظر می‌رسد، اما توضیح این موضوع آسان است. آدم‌ها و حیوانات خانگی‌شان به واسطه‌ی ساختارهای مغزی مشترکی با هم ارتباط برقرار می‌کنند که قبل از رشد قشر قدامی انسان، با سیستم زبان و منطق آن شکل می‌گیرد. حیوانات و انسان‌ها از طریق سیستم‌های لیمبیک مخصوص به خود، یعنی بخش‌های عاطفی مغز با هم ارتباط برقرار می‌کنند. برخلاف انسان‌ها، حیوانات به‌شدت به پیام‌های ارسال شده از مغز لیمبیک -هم خودشان و هم صاحبشان- حساس هستند. خرگوش در خشم ناخودآگاه راشل، تهدیدی را حس می‌کند.

چطور می‌شود که یک انسان برای اینکه بفهمد نگران است، به یک خرگوش نیاز داشته باشد؟ جوابش ساده است: شرایط کودکی. هیچ نوزادی با

میل به سرکوب کردن ابراز عواطفش متولد نمی‌شود، بلکه کاملاً برعکس. هر کسی که تلاش کرده تا نوزاد را مجبور به خوردن غذایی کند که دوست ندارد یا کودک نوپایی را مجبور کرده به زور دهانش را باز کند -آن هم وقتی که میلی به غذا ندارد- می‌تواند ظرفیت ذاتی یک فرد جوان را برای مقاومت در برابر اجبار و ابراز ناخوشنودی تصدیق کند. بنابراین چرا به مرور عادت می‌کنیم غذایی که دوست نداریم بخوریم یا طبق احساساتی که والدینمان نمی‌خواهند (یا می‌خواهند!) عمل کنیم؟ این‌ها نه از گرایش‌های طبیعی ما، بلکه از نیاز ما به بقا نشأت می‌گیرند.

تنها بعضی از ابعاد تجربیات کودکی در دسترس بازیابی هشیار هستند. برای مثال، راشل حس طرد شدگی و تحقیر را از روزی به‌خاطر می‌آورد که با کمی فاصله پشت سر پدر و برادرش راه می‌رفت و آن‌ها در آغوش هم بودند. او از تاریخچه‌ی تولدش هم به‌خوبی آگاه است؛ گرچه نمی‌تواند این را مستقیماً به‌خاطر بیاورد. با این حال، حتی بدون این اطلاعات هم دلایل قابل اطمینانی درباره‌ی تجربه‌ی اوایل کودکی او داریم: احساس ناامیدی از صمیمیت، التماس همیشگی‌اش برای درک شدن توسط مادرش -علی‌رغم تقریباً چهل سال تلاش بیهوده- و پشت‌گرمی‌اش به خرگوش به‌عنوان حسگر خشم. این رفتارها معرف سیستم حافظه‌ی بی‌نهایت دقیق هستند، چیزی که در مغز انسان در مراحل اولیه‌ی رشدش نقش می‌بندد. این سیستم حافظه، راهنمای رفتار او در تمام دوران زندگی‌اش بوده و درنهایت مسیر را برای شروع بیماری خود ایمنی آماده کرده است.

بیولوژی بیماری بالقوه در اوایل زندگی شکل می‌گیرد. مکانیسم‌های مغز برای پاسخ به استرس، توسط تجربیاتی برنامه‌ریزی می‌شوند که در دوران نوزادی شروع شده و تبدیل به‌خاطرات ضمنی و ناهشیاری شده‌اند که بر تلقی‌ها و رفتارهای ما نسبت به خودمان، دیگران و دنیا تأثیر می‌گذارند. سرطان، ام‌اس، آرتریت روماتوئید و دیگر امراضی که مورد آزمایش قرار داده‌ایم، ابتلای جدید و ناگهانی به بیماری در زندگی بزرگسالی نیستند، بلکه حاصل فرآیندهای طول عمر هستند. تعاملات انسانی و نقش‌پذیری بیولوژیک که این فرآیندها را شکل داده‌اند، در دوره‌هایی از زندگی‌مان که هیچ حافظه‌ی هشیاری برایشان نداریم اتفاق افتاده‌اند.

تعامل نارضایت‌بخش عاطفی بین فرزند-والد، موضوع یکصد و اندی مصاحبه‌ی جامع است که برای تألیف این کتاب انجام داده‌ام. این

بیماران از طیفی از انواع بیماری‌ها رنج می‌برند، اما تهدیدهای شایع در داستان‌شان، فقدان اولیه یا روابط اولیه‌ای هستند که از نظر عاطفی به‌طرز چشمگیری نارضایت‌بخش بوده‌اند. برحسب تعداد قابل ملاحظه‌ای از مطالعات گزارش شده در ادبیات پزشکی و روانشناسی هم، محرومیت عاطفی مربوط به اوایل کودکی در تاریخچه‌ی افراد بزرگسال مبتلا به بیماری‌های جدی به اثبات رسیده است.

طبق گزارشات، در یک تحقیق ایتالیایی، زنان مبتلا به سرطان اندام تناسلی نسبت به گروه کنترل احساس نزدیکی کمتری به والدینشان داشته‌اند. آن‌ها از نظر عاطفی نیز کمتر برون‌گرا بودند.[۱]

یک تحقیق گسترده‌ی اروپایی به مقایسه‌ی ۳۵۷ بیمار سرطانی با ۳۳۰ فرد گروه کنترل پرداخت. زنان مبتلا به سرطان به‌مراتب کمتر مستعد به‌خاطر آوردن خانه‌های کودکان‌شان همراه با احساسات مثبت بودند. درصد بالایی از بیماران سرطانی -یعنی چیزی تا حدود چهل درصد از آن‌ها- مرگ والد خود قبل از سن ۱۷ سالگی را تجربه کرده بودند. نسبت فقدان والد در آن‌ها دو و نیم برابر بیشتر از گروه کنترل بود.[۲]

قبلاً درباره‌ی پیگیری سی‌ساله‌ی دانشجویان پزشکی جان هاپکینز صحبت کردیم. این فارغ التحصیلان که مصاحبه‌های اولیه‌شان در دانشکده‌ی پزشکی نشان می‌داد در کودکی، نزدیکی و صمیمیتشان با والدین کمتر از حد نرمال بوده، بیشتر در معرض خطر بودند. این افراد تا اواسط زندگی‌شان بیشتر مستعد اقدام به خودکشی یا ابتلا به بیماری‌های روانی و یا داشتن فشار خون بالا، بیماری اکلیل و یا سرطان بودند. در تحقیقی مشابه بر دانشجویان کارشناسی هاروارد درباره‌ی ادراکشان از مراقبت والدین مصاحبه شد. ۳۵ سال بعد، وضعیت سلامت این افراد مورد بررسی قرار گرفت. تا اواسط زندگی‌شان، تنها یک چهارم از دانشجویانی که ادراک مثبت بالایی را نسبت به مراقبت والدین گزارش داده بودند، در معرض خطر بودند. در مقایسه با این‌ها، تقریباً نود درصد از کسانی که پرورش عاطفی والدینشان را منفی می‌دیدند، بیمار بودند. محققان به این نتیجه رسیدند: «در ارزش‌یابی‌های ساده و روشن مشخص شد که احساس مورد محبت قرار گرفتن رابطه‌ی معناداری با وضعیت سلامت دارد.»[۳]

اولین تجربه‌ی نوزاد تازه متولد شده در دنیا، تماس از طریق لامسه است. ما برای اولین بار از این طریق عشق دریافت می‌کنیم. مادران

پستانداران همیشه تحریک لامسه را برای فرزندشان فراهم می‌کنند؛ مثلاً خرگوش‌ها با لیسیدن بچه‌هایشان و نخستی‌ها با نوازش بچه‌هایشان. اشلی مونتگ در کتاب بی‌نظیرش به نام لمس کردن: اهمیت پوست انسان می‌نویسد: «لمس در شکل‌های مختلف، از اهمیت ویژه‌ای برای رشد فیزیکی و رفتاری سالم نوزاد تازه متولد و یا جوان برخوردار است. محتمل به نظر می‌رسد که برای انسان‌ها، تحریک لامسه، اهمیتی بنیادین برای رشد روابط سالم عاطفی و احساسی دارد؛ اینکه لیسیدن به معنای واقعی و نمادین خود با عشق رابطه‌ی نزدیکی دارد به طور خلاصه، فرد عشق را نه تنها با آموزش، بلکه با محبت یاد می‌گیرد.»

از روی آزمایشات حیوانی مشخص شده است که لمس فیزیکی باعث تولید هورمون رشد می‌شود و کسب وزن بهتر و رشد بهتر را در پی دارد. این یافته‌ها درمورد انسان نیز مصداق پیدا می‌کنند. در تحقیقی بر نوزادان نارس، نوزادان دستگاہی را به دو گروه تقسیم کردند. تمام شرایط غذایی و سایر شرایط در آن‌ها مشابه بود، جز یک متغیر: یک گروه، در بازه‌ی زمانی دو هفته‌ای، سه بار در روز به مدت پانزده دقیقه تحریک لمسی دریافت می‌کردند. فراهم کردن این شکل از تحریک برای این نوزادان، سرعت چشمگیر اضافه وزن، افزایش محیط سر و شاخص‌های رفتاری ارتقا یافته را به همراه داشت. [۴] فقدان لمس -که راشل تجربه کرده بود- رشد فیزیکی‌اش را تحلیل برد و همزمان، اولین ذهنیت را چنین به او القا کرد که خوشایند یا دوست‌داشتنی نیست. رویدادهای بعدی زندگی این اثرات اولیه را تقویت کرد.

تعامل با دنیا رشد فیزیولوژیک و روان‌شناختی ما را برنامه‌ریزی می‌کند. تماس عاطفی به‌اندازه‌ی تماس فیزیکی مهم است. این دو کاملاً شبیه به هم‌اند؛ چیزی که به هنگام صحبت کردن از تجربه‌ی عاطفی حس لمس شدن، متوجه می‌شویم. ارگان‌های حسی ما و مغز ما، واسطی را فراهم می‌کنند که روابط از طرق آن، تکامل ما را از نوزادی تا بزرگسالی شکل می‌دهند. تعامل اجتماعی-عاطفی قطعاً بر رشد مغز انسان اثر می‌گذارد و از لحظه‌ی تولد، لحن، فعالیت و رشد ابرسیستم سایکونورواایمونودوکراین (PNI) را تنظیم می‌کنند. شکل‌های منحصربه‌فرد ما در برخورد با استرس روانی و فیزیکی، در سال‌های اولیه‌ی زندگیمان تعیین می‌شوند.

عصب‌شناسان دانشگاه هاروارد میزان کورتیزول بچه‌های یتیمی را مورد مطالعه قرار دادند که در انستیتوهای نگهداری از کودکان بزرگ شده‌اند و به شدت مورد غفلت بوده‌اند؛ انستیتوهایی که در رومانی در رژیم چائوشسکو تأسیس شده بودند. در این امکانات، نسبت فرد

مراقبت‌کننده به کودک، یک به بیست بود. جز در مراحل اولیه‌ی مراقبت، به ندرت بچه‌ها را بغل یا لمس می‌کردند. آن‌ها حرکتهایی شبیه به در آغوش گرفتن خویشتن و ژست افسرده‌ی مختص کودک طرد شده، از نوع انسان یا نخستی را به نمایش می‌گذاشتند. در آزمایشات بزاق دهان، میزان کورتیزول آن‌ها غیرنرمال بود و این حاکی از این است که محورهای غده هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیوی از قبل مشکل دارند. [۵] همان‌طور که دیده‌ایم، اختلال محور HPA در بیماری خودایمنی، سرطان و سایر امراض ذکر شده است.

با حس ششم به راحتی می‌فهمیم که چرا بدرفتاری، تروما و یا غفلت زیاد در کودکی، پیامدهای منفی دارند، اما چرا بسیاری از افراد دچار بیماری‌های ناشی از استرس می‌شوند؛ بدون اینکه مورد بدرفتاری قرار گرفته باشند و یا دچار تروما شده باشند؟ این افراد رنج می‌برند نه به این دلیل که چیزی منفی به آن‌ها وارد شده است، بلکه به این خاطر که چیز مثبتی از آن‌ها دریغ شده است. همان‌طور که دکتر مایرون هافر، رئیس بخش روان‌زیست‌شناسی رشدی [۱۵۹] از دانشگاه کلمبیا، در ویراست ویژه‌ی ژورنال پزشکی روان‌تنی در سال ۱۹۹۶ نوشت: «این پارادوکس همچنان وجود دارد که چطور نبود چیزی یا کسی باعث این پریشانی‌ها می‌شود... . بایستی نوعی بیولوژی فقدان وجود داشته باشد و ما باید آن را پیدا کنیم.» [۶]

اینکه چطور نبود چیزی یا کسی باعث پریشانی‌های فیزیولوژیک می‌شود، زمانی که بحث مربوط به استرس را مرور کنیم روشن‌تر خواهد شد. تمام عوامل استرس‌زا حاکی از نبود واقعی یا تهدید به نبود ویژگی‌های ضروری در محیط هستند؛ ویژگی‌هایی که ارگانیسم به‌عنوان ضرورت بقا درک می‌کند. اس. لوین وایچ. اورسین در کتاب استرس چیست؟ می‌نویسند: «محرک استرس نشان می‌دهد که چیزی گم شده و یا در شرف گم شدن است و اینکه این چیز، رابطه‌ی زیادی با ارگانیسم دارد و برای آن بسیار مطلوب است.» [۷]

برای هر موجود خونگرم کوچکی، زندگی بدون والد غیر ممکن می‌شود. کودک انسان، به دلایلی ورای نیازهای آنی فیزیکی، به‌مراتب طولانی‌تر از هرگونه‌ی دیگری به افراد بزرگسال نیاز دارد. والدین مراقبت‌کننده چیزی بیشتر از فراهم‌کنندگان صرف غذا، پناهگاه، اطلاعات مربوط به مهارت‌های زندگی و حمایت در برابر شکارچیان هستند. همان‌طور که مثال ناراحت‌کننده بچه‌های یتیم رومانی نشان داد، والدین تنظیم‌کننده‌های بیولوژیک سیستم‌های فیزیولوژیک و عاطفی نابالغ کودک نیز هستند. عشق والد صرفاً یک تجربه‌ی عاطفی گرم

و خوشایند نیست، بلکه شرایط بیولوژیک لازم برای رشد فیزیولوژیک و روانی سالم هم هست. عشق و توجه والد، گرداننده‌ی مطلوب‌ترین بلوغ مدارات مغز، سیستم PNI و محور HPA نیز هست.

مغز نوزاد انسان تازه متولد شده نسبت به مغز فرد بزرگسال و سایر پستانداران، کوچک‌تر و کمتر بالغ است. برحسب مقایسه، اسب در روز اول زندگی‌اش می‌دود؛ فعالیتی که ما تا یک سال و نیم بعد از تولد برای انجام آن فاقد مدار عصبی لازم، مهارت‌های بصری-مکانی و هماهنگی عضلات هستیم. علت آناتومیک ساده برای ورود به دنیایی که تا این اندازه از نظر نورولوژیکی پرچالش است اندازه‌ی سرمان است. در لحظه‌ی تولد، سر نوزاد انسان بیش‌ترین قطر را در بدن دارد. این بخشی است که از همه بیشتر مستعد این است که در مجرای مغز قرار بگیرد. همزمان با اینکه سر انسان رشد می‌کند و ظرفیت‌های کنترل یدی و عقلانی بسیار پیچیده مغز را در خود جای می‌دهد، لگن خاصره هم باریک می‌شود و امکان حرکت متعادل‌تر با دو پا را فراهم می‌کند. با لگن خاصره‌ی اسب نمی‌توان با دو پا راه رفت. بنابراین، بزرگی اندازه‌ی سر، همزمان با لگن خاصره‌ی باریک تکامل پیدا می‌کند. اگر مغزمان در انتهای شکل‌گیری، در زمان حاملگی مادرمان خیلی بزرگ‌تر می‌شد هیچ‌کس به دنیا نمی‌آمد.

سه چهارم رشد [۱۶۰] مغز و تقریباً نود درصد از تکامل [۱۶۱] آن، بعد از تولد و عمدتاً در سه سال اول زندگی اتفاق می‌افتد. از بین مغز پستانداران، فقط مغز انسان است که بلافاصله بعد از تولد و بیرون از رحم، همچنان مثل درون رحم و با همان نسبت، به رشد خود ادامه می‌دهد. در ماه‌های اول و بعد از آن، رشد بسیار سریع و پیچیده پیوندهای عصبی یا سیناپس‌ها را داریم. ما طی چند دوره، میلیون‌ها سیناپس جدید را در یک لحظه شکل می‌دهیم. روی دادن هر گونه فرایند رشدی، نه‌تنها به پتانسیل ژنتیک ارثی، بلکه به شرایط محیطی هم بستگی دارد. بهترین و مقاوم‌ترین نژاد گندم، در خاک بی آب و علف و خشک رشد نمی‌کند. چندین دهه تحقیقات عصب‌شناختی نشان داده است که شرط ضروری رشد مغز انسان، تعامل عاطفی غنی با والد است. تعاملات عاطفی، با فرآیندهای پیچیده‌ای که مستلزم آزادی مواد شیمیایی طبیعی هستند، رشد سلول‌ها و مدارهای عصبی را تحریک کرده و یا مانع آن می‌شوند. بگذارید مثال ساده‌تری برایتان بیاوریم؛ وقتی نوزادی رویدادهای نشاط‌آوری را تجربه

می‌کند، اندروفین - «مواد شیمیایی پرثمر» که مواد افیونی طبیعی مغز هستند- آزاد می‌شود. اندروفین‌ها رشد و پیوند سلول‌های عصبی را تقویت می‌کنند. برعکس، در مطالعات حیوانی، سطح بالا و مزمن هورمون‌های استرس مثل کورتیزول، باعث می‌شوند که مراکز مهم مغز کوچک شوند. مدارهای عصبی و مواد شیمیایی عصبی مغز در واکنش به ورودی حاصل از محیط توسعه پیدا می‌کنند. اگر که نوزادی با چشم‌های کاملاً سالم را از هنگام تولد به مدت پنج سال به اتاقی تاریک محدود کنند، برای همیشه کور خواهد شد؛ چون مدارات بینایی به تحریک امواج نور برای رشد نیاز دارند. رقابت «داروینی» بقای نوروها و سیناپس‌شان را تعیین می‌کند: کسانی که به آن عادت دارند زنده می‌مانند و رشد می‌کنند؛ کسانی که از تحریک محیطی مناسب محروم هستند، یا تحلیل می‌روند، یا می‌میرند و یا رشد خوبی نخواهند داشت.

هدف بنیادین رشد انسان ظهور انسانی خودکفا و خودنظم‌بخش است که بتواند به اتفاق انسان‌های دیگر در بافتی اجتماعی زندگی کند. چیزی که برای رشد سالم عصبی-زیستی خودنظم‌بخشی در کودک حیاتی است، رابطه با والد است؛ به‌طوری که والدین احساسات کودک را ببینند و درک کنند و بتوانند به‌شکلی هم‌نوا و با همدلی به نشانه‌های عاطفی کودک پاسخ دهند. عواطف، حالت‌هایی از برانگیختگی فیزیولوژیک هستند؛ چه مثبت (من بیشتر از این می‌خواهم) و چه منفی (من کمتر از این می‌خواهم). نوزادها و بچه‌های کوچک، ظرفیت نظم‌بخشی حالت‌های عاطفی خود را ندارند و از این‌رو، اگر به‌واسطه‌ی تعامل با والد نظم‌بخشیده نشوند، از نظر فیزیولوژیک در معرض خطر خستگی مفرط و حتی مرگ خواهند بود. بنابراین، نزدیکی با والد، به محافظت از نظم فیزیولوژیک نوزاد کمک می‌کند.

خودنظم‌بخشی، فعالیت‌های هماهنگ نواحی مغزی مجزای آناتومیک، همراه با سلطه‌ی بی‌خطر نواحی فوقانی و جدیداً تکامل‌یافته مغز بر نواحی تحتانی را می‌طلبد. پیرترین بخش مغز - و ضروری‌ترین آن برای زندگی - ساقه‌ی مغز است؛ جایی که تکانه‌های نخستین بقای «مغز خرنده» شکل می‌گیرند و جایی که کارکردهای خودکار پایه کنترل می‌شوند، چیزهایی مثل گرسنگی، تشنگی، سائق‌های قلبی عروقی و دمای بدن. جدیدترین بخش مغز انسان، نئوکورتکس، در قسمت جلویی مغز است. کورتکس به‌معنای پوسته است، مثلاً در پوسته‌ی درخت و به دیواره‌ی باریک ماده‌ی خاکستری اشاره دارد که ماده‌ی سفید مغز را می‌پوشاند. این کورتکس که تا حد زیادی از بدنه‌های سلولی

سلول‌های عصبی تشکیل شده است، بیشترین فعالیت بسیار تکامل‌یافته‌ی مغز انسان را پردازش می‌کند. این کورتکس جلوی مغزی پاسخ ما را به دنیا شکل می‌دهد؛ نه از منظر سائق‌های اولیه، بلکه از جنبه‌ی اطلاعات آموخته شده درباره‌ی چیزی که دوستانه، خنثی و یا خصمانه است و یا آنچه که از نظر اجتماعی مفید و یا غیرمفید است. کارکردهایش شامل کنترل تکانه، هوش اجتماعی-عاطفی و انگیزه می‌شود. بخش زیادی از کارهای نظم دهنده‌ی کورتکس، نه فقط شروع رفتارها، بلکه بازداري تکانه‌هایی است که در مراکز تحتانی مغز برانگیخته می‌شوند.

واسطه‌ی بین فرآیندهای نظم‌بخشی کورتکس و کارکردهای پایه‌ای مربوط به بقای ساقه مغز، سیستم عاطفی لیمبیک است. سیستم لیمبیک ساختارهایی را در بر می‌گیرد که بین کورتکس و ساقه‌ی مغز قرار دارند و درعین‌حال، بخش‌هایی از کورتکس را هم در بر می‌گیرد. سیستم لیمبیک برای بقا ضروری است. بدون آن، ظرفیت نظم‌بخشی و فکری کورتکس شبیه مغز ابله‌ی دانا عمل می‌کند: رابطه‌ی بین دانش فکری و دانش واقعی دنیا قطع می‌شود.

عواطف دنیا را برایمان تفسیر می‌کنند. آن‌ها کارکرد ارسال پیام دارند و به ما درباره‌ی حالت‌های درونی که خود متأثر از داده‌های دنیای بیرون هستند، می‌گویند. عواطف پاسخ به محرک‌های موجودی هستند که به واسطه‌ی خاطره تجربیات گذشته به جریان می‌افتند و آینده را بر اساس ادراکمان از گذشته پیش‌بینی می‌کنند.

ساختارهای مغزی که مسئول تجربه و تنظیم عواطف هستند، چه در قسمت کورتکس و چه در میانه‌ی مغز، در پاسخ به داده‌های حاصل از والدین رشد پیدا می‌کنند؛ همان‌طور که مدارات بصری در پاسخ به نور شکل می‌گیرند. سیستم لیمبیک با خواندن و گنجاندن پیام‌های عاطفی والد شکل می‌گیرد. مراکز حافظه، هشیار یا ناهشیار، برای تثبیت و تفسیر آینده دنیا، به تعامل با والد وابسته هستند. مدارهایی که مسئول ترشح انتقال دهنده‌های عصبی مهم هستند مثل سروتونین، نوراپینفرین و دوپامین - که برای ثبات خلق‌و‌خو، برانگیختگی، انگیزه و توجه ضروری هستند - تحریک شده و در کورتکس، رابطه‌ی کودک با افراد مراقبت‌کننده هماهنگ می‌شود. در مغز میمون‌های نوزاد، عدم تعادل جدی این مواد عصب‌شیمیایی گوناگون، تنها بعد از چند روز جدایی از مادرشان ارزیابی شده است.

احساس کودک نسبت به دنیا در تعامل والد- فرزند شکل می‌گیرد: خواه این احساس، دنیایی از عشق و پذیرش باشد؛ خواه دنیایی از بی

تفاوتی حاکی از غفلت، که فرد در آن باید ریشه بدواند و به خودش چنگ بیندازد تا نیازهایش برآورده شوند و یا بدتر از آن، دنیایی از خصومت که فرد مجبور است برای همیشه بیش هشیاری مضطربانه را حفظ کند. روابط آینده مدارهایی عصبی به عنوان الگو خواهند داشت که در روابطمان با اولین افراد مراقبت کننده زندگیمان شکل می گیرند. ما در صورتی خودمان را می فهمیم که احساس کنیم دیگران ما را می فهمند، وقتی عاشق خودمان می شویم که عشق را در عمیق ترین سطوح ناهشیار درک کنیم و با اوج شفقت در هسته مان طوری از خودمان مراقبت می کنیم که در کودکی خودمان را درک می کردیم. به هم خوردن روابط مبتنی بر دلبستگی در نوزادی و بچگی می تواند پیامدهای بلند مدتی برای سیستم پاسخ به استرس مغز و برای سیستم ایمنی داشته باشد. تعداد بالایی از آزمایشات حیوانی حاکی از رابطه ی نیرومند بین از هم پاشیدگی دلبستگی اولیه و ظرفیت نامتعادل پاسخ به استرس در بزرگسالی هستند. هسته ی اصلی این تحقیق این است که دلبستگی مختل شده در نوزادی، به پاسخ مفرط به استرس فیزیولوژیک در بزرگسالی منتهی می شود. برعکس این، تعاملات مبتنی بر دلبستگی رشد دهنده در نوزادی واکنش تنظیم شده ی بهتری به استرس بیولوژیک در بزرگسالی را فراهم می کنند.

برای برآورده شدن نیازهای دلبستگی در انسان ها، چیزی بیش از نزدیکی و لمس فیزیکی لازم است. چیز دیگری که به همین اندازه ضروری است، پیوند عاطفی غنی [۱۶۲] و به خصوص، کیفیت همنوایی [۱۶۳] است. همنوایی (فرایندی که طی آن، والد با نیازهای عاطفی کودک همنوا می شود) فرایند ظریفی است. این فرایند عمیقاً غریزی است، اما وقتی والد تحت استرس است و یا از نظر عاطفی، مالی و یا به هر دلیل دیگری پریشان است، به راحتی به هم می خورد. در صورت دیگری هم ممکن است این همنوایی وجود نداشته باشد و آن وقتی است که والد، هیچ وقت این همنوایی را در کودکی اش دریافت نکرده باشد. دلبستگی و عشق قوی در بسیاری از روابط والد- فرزند وجود دارد، اما بدون همنوایی است. کودکانی که در روابط غیرهمنوا هستند، شاید احساس عشق کنند، اما در سطحی عمیق تر، تجربه ی این را ندارند که از بابت چیزی که هستند، مورد قدردانی قرار بگیرند. آن ها یاد می گیرند که تنها جنبه ی قابل قبولشان برای والدین را به آن ها نشان دهند و آن واکنش های عاطفیشان را که والد طرد می کند، سرکوب کنند و حتی یاد می گیرند خودشان هم خودشان را برای داشتن چنین پاسخ هایی طرد کنند.

نوزادانی که افراد مراقبت‌کننده از آن‌ها به هر دلیلی بیش‌ازحد تحت استرس هستند، تا جایی که نمی‌توانند تماس توأم با هم‌نوایی لازم را با آن‌ها داشته باشند، با گرایش مزمن به این احساس که در عواطفشان تنها هستند، با داشتن این تصور -درست یا غلط- که هیچ‌کس نمی‌تواند در احساس آن‌ها شریک باشد و اینکه هیچ‌کس نمی‌تواند آن‌ها را بفهمد، بزرگ می‌شوند. ما در اینجا از فقدان عشق والدی یا از جدایی فیزیکی بین والد و کودک صحبت نمی‌کنیم، بلکه از خلأ دیده شدن، فهمیده شدن، همدلی و درک شدن عواطف در ادراک کودک صحبت می‌کنیم. پدیده‌ی نزدیک بودن از نظر فیزیکی و درعین‌حال جدا بودن از نظر عاطفی، جدایی تقریبی نامیده شده است. جدایی تقریبی زمانی اتفاق می‌افتد که تماس هم‌نوا بین والد و فرزند وجود نداشته باشد و یا به‌خاطر استرس والد -که او را از داشتن رابطه دور می‌کند- متوقف شده باشد.

نمونه‌ای از این گسست هم‌نوایی وقتی اتفاق می‌افتد که درحالی‌که والد و فرزند بهم زل زده‌اند و تعامل عمیقاً خوشایندی را به وجود آورده‌اند، ابتدا والد رویش را از کودک برگرداند. گسست هم‌نوایی دیگر وقتی اتفاق می‌افتد که والد اصرار دارد کودکش را که در حال استراحت است، به هیجان وا دارد؛ صرفاً چون خودش مشارکت دو طرفه را می‌خواهد، درحالی‌که کودک در آن لحظه بعد از آن شدت تعامل، به کمی استراحت نیاز دارد.

به گفته‌ی روانشناس، نظریه پرداز و محقق UCLA، آلن شور، آزمایشات نخستین نشان می‌دهد که «حتی اگر مادر در ظاهر حضور داشته باشد، اما از جنبه‌ی روانی در دسترس نباشد، نوزاد ممکن است واکنش‌هایی مبتنی بر جدایی سخت را متحمل شود. از نظر من، جدایی تقریبی پدیده‌ی شایع و نیرومندی در رشد اولیه شخصیت است.» [۸]

در جدایی‌های تقریبی، والدین حضور فیزیکی دارند اما حضور عاطفی ندارند. این نوع تعامل بین والد-فرزند در جامعه‌ی بیش‌ازحد استرسی ما، بیش از پیش به هنجار تبدیل شده است. میزان استرس فیزیولوژیکی که کودک در جدایی تقریبی تجربه می‌کند، با میزان استرسی که در جدایی فیزیکی تجربه می‌کند برابر است. جدایی تقریبی بر سطح فیزیولوژیک ناهشیار کودک تأثیر می‌گذارد، نه بر میزان فکری-احساسی هشیار او. بعدها وقتی که کودک در سن بزرگسالی تجربه‌ی کودکی‌اش را مرور می‌کند، این وضعیت به‌خاطرش نمی‌آید، اما این تجربه به‌شکل بیولوژی فقدان تثبیت می‌شود.

تجربه‌ی جدایی تقریبی بخشی از برنامه‌ریزی روانی فرد می‌شود: افرادی که در کودکی به این روش تعلیم دیده‌اند، در بزرگسالی بیشتر مستعد انتخاب روابطی هستند که پویایی‌های مکرر جدایی نزدیک را مجدداً به نمایش می‌گذارند. مثلاً ممکن است پارتنرهایی را انتخاب کنند که آن‌ها را نمی‌فهمند، نمی‌پذیرند و از آن‌ها بابت چیزی که هستند قدرشناسی نمی‌کنند. بنابراین، استرس‌های فیزیولوژیک حاصل از جدایی نزدیک در زندگی بزرگسالی هم همچنان تکرار می‌شود و باز هم، معمولاً بدون آگاهی هشیار[۱۶۴].

فصل ۱۶: رقص نسل‌ها

با توجه به مطالب ارائه شده در فصل‌های قبل، این‌طور به نظر می‌رسد که والدین بابت ابتلای فرزندانشان به بیماری در آینده، سزاوار سرزنش هستند. این نتیجه‌گیری کاملاً برعکس نیت من و به‌کل، خارج از همسویی با شواهد علمی است. سبک‌های تربیتی بازتاب میزان کم و زیاد عشق و محبت در قلب مادر و پدر نیستند. بلکه عوامل عادی بیشتری در آن دخیل هستند. عشق والدین به دلایلی کاملاً منطقی بی‌نهایت است: پرورش [۱۶۵] فداکارانه‌ی کوچک‌ترها، در سیستم دلبستگی مغز پستاندار ریشه دارد.

اگر احساسات محبت‌آمیز والدین محدود می‌شود، فقط به این خاطر است که خود والد از آسیب عمیق‌تری رنج می‌برد. در کارم با معتادان در قسمت شرقی مرکز شهر ونکوور، خیلی از مردان و زنان معتاد به مواد را درمان می‌کنم. آن‌ها علی‌رغم اینکه خیلی سرد و بی‌روح به نظر می‌رسند - با وجود سوابق جنایی، اعتیاد ممتد به دارو، ابتلا به HIV و زندگی‌های پرچالش و با جایگاه اجتماعی پایین - عمیق‌ترین دردی که همگی دارند، مربوط به فرزندانشان می‌شود که یا آن‌ها را ترک کرده‌اند یا از آن‌ها گرفته شده‌اند. بدون استثنا، خود آن‌ها هم در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته و یا مطرود شده‌اند. وقتی تربیت نمی‌تواند پذیرش بی‌قیدوشرط را به کودک منتقل کند، به این خاطر است که کودک، عشق والدین را نه از طریق خواسته‌های والدینی، بلکه عشق آن‌ها را آن‌طور که از شخصیت والدین تجزیه می‌شود دریافت می‌کند. وقتی والد زیر فشار استرس باشد، اضطراب‌های حل نشده‌ای را مخفی کند و یا به‌خاطر نیازهای عاطفی برآورده نشده‌اش برانگیخته شود، در این‌صورت کودک مستعد این خواهد بود که خودش را در شرایط ترک تقریبی ببیند و این ربطی به نیت والد ندارد.

خوب یا بد، بخش زیادی از نگرش‌های تربیتی و پاسخ‌هایمان می‌بایست با تجربیات خودمان در کودکی ارتباط داشته باشند. این موضوع که شیوه‌های تربیتی، بازتاب شرطی شدن اوایل کودکی والد هستند، هم در مشاهدات حیوانی و هم در تحقیقات پیچیده و روان‌شناختی انسان‌ها بارز است.

میمون‌های آزمایشگاهی، به دلیل اندازه‌ی نسبتاً کوچکشان و سهولت مراقبت از آن‌ها، گونه‌ای از نخستی‌های مورد علاقه‌ی محققان روان‌شناختی هستند. در دسته‌ای از این میمون‌ها (حدود بیست درصدشان) «واکنشگرهای قوی‌ای» وجود دارند که بیشتر از بقیه، مستعد به نمایش گذاشتن رفتارهای افسرده به هنگام جدایی از مادر خود هستند و همین‌طور، مستعد فعال‌سازی بیشتر و طولانی‌تر محور HPA، برانگیختگی بیش‌ازحد سیستم عصبی سمپاتیک و سرکوبی عمیق فعالیت ایمنی. از منظر انسانی، اسم این واکنشگرهای قوی را «حیواناتی ذاتاً خیلی حساس» می‌گذاریم. آن‌ها نیز مانند مشابه انسانیشان، گرایش دارند تا به سلسله مراتب اجتماعی ظاهر شوند. فرزندشان از نظر رفتار، واکنشگری و موقعیت اجتماعی شبیه آن‌هاست.

تحقیقات نشان داده‌اند که با تغییر محیط، می‌توان جلوی سرنوشت فطری واکنشگر قوی را گرفت. با این کار، تغییرات مثبتی نصیب نسل‌های آتی خواهد شد: این حیوانات اگر توسط مادری حمایت‌گر تربیت شوند، هیچ نشانه‌ای از اختلال رفتاری معمول بروز نمی‌دهند. ولی این‌ها نشانه‌های رشد رفتاری پیش‌رس را بروز دادند و در بزرگسالی از عهده‌ی رأس سلسله مراتب برآمدند. جنس زن، اینگونه سبک مادرانه‌ی مختص مادری حمایت‌گر را اختیار کرد.^[۱]

اگر بخواهیم دقیق‌تر بگوییم، این مشاهدات مربوط به رفتارهای آموخته شده نیستند. در کل، شباهت‌های والد-فرزند در رویکرد حمایتی، چه در حیوانات و چه در انسان‌ها، بازتاب یادگیری شناختی نیست. انتقال بین نسلی سبک والدی تا حد زیادی مربوط به رشد فیزیولوژیک است؛ اینکه چطور مدارهای لیمبیک مغز در کودکی برنامه‌ریزی می‌شوند و چطور پیوند درون ابرسیستم PNI به وجود می‌آید. همان‌طور که در فصل قبل بحث کردیم، مغز عاطفی کودک تحت تأثیر مغز عاطفی والد شکل می‌گیرد. کودک سبک والدی مادر و پدرش را با تقلید یاد نمی‌گیرد، مگر فقط تا اندازه‌ی کمی. بزرگ‌ترین تأثیر بر سبک تربیتی (والدگری) آتی کودک، تأثیر رشد مدارهای عاطفی و دلبستگی در بافت رابطه‌اش با والدینش است. همین موضوع درباره‌ی رشد سیستم پاسخ به استرس کودک هم صدق می‌کند.

یک آزمایش حیوانی چشمگیر کافی است تا این اصل را نشان دهد. آرام بخش‌هایی مثل والیوم و آتیوان به طبقه‌ای از داروها به نام بنزودیازپاین‌ها تعلق دارند. مثل تمام عامل‌های داروشناختی که بر کارکرد ذهن اثر می‌گذارند، این‌ها هم جواب می‌دهند؛ چون

حیطه‌های خاصی از مغز، گیرنده‌هایی برای مواد آرام بخش طبیعی مشابه دارند که تولید خود مغز است. آمیگدال که ساختاری الماسی شکل در قسمت لب گیجگاهی مغز دارد، یکی از تنظیم‌کننده‌های اصلی پاسخ به ترس و اضطراب است. آمیگدال مجهز به گیرنده‌های بنزودیازپاین طبیعی است که وقتی فعال می‌شود، واکنش‌های ناشی از ترس را در ما آرام می‌کند. در پژوهش در مقایسه با موش‌های بالغی که حمایت کمتری دریافت می‌کردند، موش‌های بالغی که مادرشان آن‌ها را نوازش می‌کرد و مرتبشان می‌کرد، آمیگدال گیرنده‌های بنزودیازپاین خیلی بیشتری داشت. مراقبت مادرانه در نوزادی بر فیزیولوژی تنظیم اضطراب در مغز بزرگسال تأثیر می‌گذاشت. این تفاوت‌ها با عوامل ژنتیک قابل توضیح نیستند. [۲]

گرچه رشد روانی انسان‌ها خیلی پیچیده‌تر از حیوانات است، اما انتقال میان نسلی رفتار والدانه و استرس نیز یک قاعده‌ی کلی است. این شبیه رشد پاسخ به استرس در کودک است. همان‌طور که گروهی از محققان کانادایی عنوان کرده‌اند: «مراقبت مادرانه در نوزادی، با تغییر دادن رشد سیستم‌های عصبی و به تبع آن تعدیل ترس، در «برنامه‌ریزی» واکنش‌های رفتاری فرزند به استرس نقش دارد. [۳]» خلاصه اینکه، مادران مضطرب بیشتر مستعد تربیت فرزندان مضطرب در نسل‌های بعدی هستند.

محققان نمره‌هایی را برای ارزیابی کیفیت پیوند والد- فرزند لحاظ کرده‌اند. نمره‌های پیوند والدی، در سه نسل ارزیابی شدند: بین مادران بزرگسال و مادرانشان و بین همین مادران بزرگسال و دخترانشان. ارزیابی پیوند بین مادرها و دخترها در این نسل‌ها همسو بود. [۴]

در کودکان بالغ بازمانده‌های هلوکاست که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بودند، آشفتگی محور HPA و تولید کورتیزول را داشتیم. هر چقدر که PTSD والدین جدی‌تر بود، نقص در مکانیسم کورتیزول کودکانشان نیز بیشتر بود. [۵]

مری اینسوورث، شریک قدیمی جان بالبی و بعدها استاد روانشناسی رشد در دانشگاه ویرجینیای شارلوتسویل، روشی را برای ارزیابی الگو و کیفیت دلبستگی‌های والد- فرزند ابداع کرد. محققان، تعاملات والد- فرزند را در سال اول زندگی کودک در خانه مورد مشاهده قرار دادند و ادراکشان را ثبت کردند. طی یک سال، هر زوج نوزاد- مادر برای یک آزمایش مختصر به نام «وضعیت غریب» [۱۶۶] به آزمایشگاه آورده

شدند. در این روش ۲۰ دقیقه‌ای، چند بار نوزاد را در موقعیت‌های مختلف قرار دادند: موقعیت همراه با مادر، همراه با مادر و یک غریبه، همراه با یک غریبه و خودش تنها به مدت ۳ دقیقه. ایده این بود (و هنوز هم هست) که جدا کردن کودک یکساله از شخص دلبسته‌ی زندگی‌اش در محیطی غریبه، بایستی سیستم دلبستگی نوزاد را فعال کند. در این صورت، باید بتوانیم پاسخ‌های نوزاد را در زمان جدایی و پیوند دوباره مورد مطالعه قرار دهیم. مفیدترین ارزیابی‌ها در بخش پیوند دوباره‌ی این پارادایم به‌دست آمد. [۶]

مشخص شد که پاسخ نوزاد به مادر بازگشته، برحسب اینکه مادر در سال اول زندگی‌اش چه تعاملی با او داشته، برنامه‌ریزی شده بود. نوزادانی که توجه توأم با همنوایی را از مادرشان در خانه دریافت کرده بودند، نشانه‌هایی از دلتنگی برای مادرشان را در زمان جدایی بروز دادند. آن‌ها با تماس فیزیکی از مادر بازگشته‌ی خود استقبال کردند، به راحتی آرام شدند و سریع به بازی خودانگیخته‌شان برگشتند. این الگو «ایمن» نامیده شد. چند الگوی ناایمن هم وجود داشت که اکثرشان اجتنابی، مردد یا نابسامان نامیده شدند. نوزادان اجتنابی، هیچ ناراحتی‌ای در زمان جدایی از مادر نشان ندادند و به هنگام پیوند دوباره، از مادر اجتناب می‌کردند و یا او را نادیده می‌گرفتند. این رفتار حاکی از اتکا به خویشتن اصیل نبود بلکه شبه-استقلالی بود که برای مثال در بیماران روماتیسمی مطرح کردیم: این باور که آن‌ها باید تنها به خودشان متکی باشند؛ چراکه تلاش برای به‌دست آوردن کمک از والدین برایشان بی‌ثمر بود. با این حال، این نوزادان اجتنابی وقتی والدشان برمی‌گشت، از درون دچار استرس فیزیولوژیک می‌شدند و این را با تغییرات ضربان قلب ارزیابی کرده بودند. نوزادانی که در طبقه‌ی ناایمن قرار داشتند، در معرض تربیت غیرهمنوا در خانه بودند. آن‌ها پیام‌های مبهمی از نبود عاطفی مادر یا پیام‌هایی آمیخته از تماسی که یکی در میان با فاصله بود دریافت کرده بودند.

طی یک سال، نوزادان پاسخ‌های ارتباطی‌ای را به نمایش می‌گذاشتند که شخصیت و رفتارهای آتی‌شان را ترسیم می‌کرد. آزمایش وضعیت غریب، صدها بار و در کشورهای مختلف تکرار شد. مشاهدات در این یک سال، نشانه‌ی پیشرفته و دقیقی از رفتار در نوجوانی هستند؛ خصایصی مثل بلوغ عاطفی، روابط با همسالان و عملکرد دانشگاهی. در تمام این ارزیابی‌ها، بچه‌هایی که در نوزادی دلبستگی ایمن داشتند، نسبت به بچه‌هایی با دلبستگی ناایمن، به‌صورت پیوسته نمره‌های بهتری گرفته بودند.

با این اوصاف، همان‌طور که دنیل سیگل در کتاب خود، ذهن در حال رشد، توضیح می‌دهد، حیاتی‌ترین یافته در ارتباط با انتقال بین نسلی تربیت، این بود که عملکرد نوزاد در وضعیت عجیب را می‌توان حتی قبل از تولد بچه، خیلی دقیق پیش‌بینی کرد.

پروفسور مری مین از دانشگاه کالیفرنیا، برکلی، دانشجوی سابق دکتر اینسوورث، ابزاری دقیق برای ارزیابی الگوهای ارتباطی مبتنی بر دلبستگی کودکی فرد بزرگسال با والدینش طراحی کرد. فن او در وهله اول، نه به چیزی که فرد در پاسخ به سؤالات گفته بود، بلکه به اینکه چطور آن را گفته بود می‌پردازد. الگوهای صحبت افراد و کلیدواژه‌هایی که برحسب اتفاق از آن‌ها استفاده می‌کنند، در مقایسه با آنچه که آگاهانه انتقال می‌دهند، توصیف‌کننده‌های معنادارتری درمورد کودکی‌شان هستند. معنای مد نظر واژه‌ها، تنها بازتاب باورهای آگاهانه فرد صحبت‌کننده هستند که معمولاً خاطراتی دردناک از دل آن‌ها بیرون می‌آید. داستان واقعی از طریق الگوهای روایتی گفته می‌شود و این الگوها می‌توانند سلیس باشند یا شکسته بسته، با جزئیات باشند یا با تعداد کمی واژه، منسجم باشند یا دارای تناقض درونی همراه با لغزش‌های فرویدی، که این «تناقض‌ها یا لغزش‌ها» از گفتار پیش خود [۱۶۷] یا نتیجه‌ناپذیر بودن واضح پرده برمی‌دارند.

آزمون ساخته شده توسط مری مین، مصاحبه‌ی دلبستگی بزرگسالی (AAI) نامیده می‌شود. درست مثل پاسخ‌های نوزادان در وضعیت عجیب، روایت افراد بزرگسال هم می‌تواند در راستای مسیری طبقه‌بندی شود که بازتاب تجربه‌ی میزان امنیت‌شان در تعاملات اولیه با والدین است. مشخص شده که AAI جدی‌ترین پیش‌بین میزان دلبستگی نوزاد به والدینش است. به عبارتی، آنچه که فرد بزرگسال در جریان مصاحبه دلبستگی، به صورت ناخودآگاه درباره‌ی کودکی‌اش فاش می‌کند، پیش‌بین الگوهای دلبستگی خودش با بچه‌هایش خواهد بود. بنابراین، AAI‌هایی که قبل از تولد نوزاد با والد صورت گرفته‌اند، می‌توانستند به‌طور دقیق پیش‌بینی کنند که نوزاد در وضعیت عجیب طی یک سال آتی زندگی، چه رفتاری خواهد داشت. به علاوه، مشخص شده است که وقتی این بچه‌ها طی دو دهه بعد، مورد پیگیری قرار می‌گیرند، عملکردشان در وضعیت عجیب، به‌طور دقیق پیش‌بین الگوهای روایتی خودشان در مصاحبه دلبستگی بزرگسالی است.

بنابراین، روایت فرد بزرگسال از کودکی خودش در AAI معمولاً پیش‌بینی می‌کند که او چطور از فرزند خودش در آینده حمایت خواهد کرد و به تبع آن، کودکش طی یک سال اول زندگی در وضعیت عجیب چه پاسخی خواهد داد و رفتار کودک در وضعیت عجیب پیش‌بین نوع روایتی است که

او به نوبه‌ی خود بیست سال بعد درباره‌ی کودکی‌اش خواهد گفت!

به‌طور خلاصه، والدگری، رقص نسل‌هاست. هرچیزی که بر یک نسل تأثیر گذاشته اما به طور کامل حل و فصل نشده است، به نسل بعدی منتقل می‌شود. لنس مارو، روزنامه‌نگار و نویسنده، در کتابش، قلب، که روایتی پرپیچ و خم و زیبا از رویارویی‌هایش با فناپذیری است و بیماری قلبی تقریباً کشنده‌اش او را به سمت نوشتن این کتاب هل داد، طبیعت چند نسلی استرس را به اجمال این‌طور بیان کرده است: «نسل‌ها جعبه‌هایی درون جعبه‌های دیگر هستند: درون خشونت مادرم می‌توانید جعبه‌ی دیگری را پیدا کنید که خشونت پدر بزرگم در آن هست و درون این جعبه (حدس می‌زنم اما مطمئن نیستم) می‌توان جعبه‌ی دیگری با چند انرژی سیاه و رمزآلود پیدا کرد؛ داستان‌هایی درون داستان‌های دیگر که در طول زمان از هم فاصله می‌گیرند.»

وقتی که درک کنی تاریخچه‌ی خانوادگی چطور به نسل‌های پیشین برمی‌گردد، سرزنش به مفهومی بی‌معنا تبدیل می‌شود. جان بالبی، روان‌پزشک بریتانیایی که کارهایش نوری علمی به اهمیت سرنوشت ساز دلبستگی در نوزادی و بچگی تاباند، نوشته است: «با فهمیدن این موضوع، هر نوع گرایشی به تلقی والد به‌عنوان شخصیت منفی، خیلی سریع از بین می‌رود.» ما چه‌کسی را متهم می‌کنیم؟

اگر پی ببریم که استرس به‌صورت فرانسلی منتقل می‌شود بهتر می‌فهمیم که چرا این همه تاریخچه که در این کتاب ارائه شده، از خانواده‌هایی با چندین نسل بیماری یا از چند عضو یک نسل با ابتلا به بیماری‌هایی عمیقاً بی‌شبهت و ظاهراً نامرتبب صحبت می‌کنند. نمونه‌هایی تصادفی از این تاریخچه‌ها را در ادامه خواهیم گفت:

ناتالی: ام‌اس. بزرگ‌ترین برادرش یک فرد معتاد بود که در اثر سرطان گلو از دنیا رفت. خواهر کوچک‌ترش، مبتلا به اسکیزوفرنی است. خاله‌ها و دایی‌هایش معتاد بودند. پدر بزرگ مادری‌اش معتاد بود. همسرش، بیل، در اثر سرطان روده از دنیا رفت. پسرش اختلال نقص توجه (بیش‌فعالی) دارد و درگیر اعتیاد به مواد است.

ورونیکا: ام‌اس. او باور دارد که مادرش او را در تجاوز یکی از محارمش آبلان شده است. در خانواده‌ای که او را به فرزند خواندگی

گرفته‌اند، پدر بزرگ مادری‌اش معتاد بود و مادر بزرگ مادری‌اش در دهه‌ی ۶۰ زندگی‌اش مبتلا به آلزایمر شد. درمورد مسائل پزشکی دیگر هم، پدرش فشار خون بالا با حمله زود هنگام دارد.

سو رادریگز: ALS. پدرش در اثر بیماری کبدی ناشی از مصرف زیاد نوشیدنی از دنیا رفت. یکی از عمه‌هایش به‌خاطر آنوریسم مغزی و دیگری در آتش سوزی خانه از دنیا رفتند.

آنا: سرطان پستان. هم مادرش و هم مادر بزرگ مادری‌اش در اثر سرطان پستان از دنیا رفتند، اما نه با انتقال ژنتیک. آنا ژن سرطان پستان را از سمت پدری‌اش به ارث برده است. او دو خواهر دارد: یکی با اعتیاد زندگی می‌کند و دیگری بیماری ذهنی دارد.

گابریل: اسکرودرمی، با ویژگی‌های آرتریت روماتوئید. والدینش معتاد بودند. برادرش، کولکتومی برای سرطان روده داشته و خواهرش اخیراً مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شده است.

ژاکلین دو پره: ام. اس. مادر بزرگش به‌خاطر مرگ فرزندان دیگر خانواده، موقع تولد مادر ژاکلین دچار تروما شده بود. مادر ژاکلین قبل از او در اثر سرطان فوت کرد و پدرش مبتلا به بیماری پارکینسون بود.

رونالد رگان: سرطان کولون، بیماری آلزایمر. پدر و برادرش معتاد بودند. همسر دومش مبتلا به سرطان پستان بود. دخترش در اثر ملانوم بدخیم متاستاتیک از دنیا رفت.

از فصل ۱، نامه‌ی پر از خصومت متخصص روماتیسم را در پاسخ به مقاله من درباره مری به‌خاطر دارید. من عنوان کرده بودم که تجربیات کودکی مری در ارتباط با تجاوز و طرد، الگوی مقابله‌ای سرکوبی را به وجود آورده و اینکه اسکرودرمی تا حدی پیامد این تاریخچه بود. این متخصص گفت که اسکرودرمی یک بیماری ارثی است و بحث‌های من هیچ اعتباری ندارند. او این‌طور نوشت: «این ستون تأثیر گمراه‌کننده‌ای روی مردم عادی می‌گذارد و به اشتباه مسئولیت بیماری اسکرودرمی را به گردن قربانیان این بیماری و خانواده‌هایشان می‌اندازد.» اکنون شاهد این هستیم که «به گردن انداختن این مسئولیت» - که منظور متخصص روماتیسم از عبارت مسئولیت، مسئولیت سرزنش

بود- موضوع اصلی ما نیست. موضوع اصلی، انتقال غیر عمدی استرس و اضطراب بین نسل‌هاست.

یکی دیگر از بیمارانم، کیتلین، نیز در اثر اسکرودرما از دنیا رفت. سیر بیماری او خیلی سریع‌تر از مری بود؛ چون او کمتر از یک سال بعد از تشخیص مرد. من کیتلین را فقط در آخرین ماه‌های زندگی‌اش توانستم خوب بشناسم. اگرچه من بچه‌هایش را به دنیا آورده بودم و تا آخر دکترشان بودم، اما تا زمان تشخیص ابتلا به اسکرودرمی، برای مشکلات پزشکی خودش یک پزشک زن داشت.

مثل مری، کیتلین هم انسانی مهربان و آرام بود و به فکر همه بود جز خودش. وقتی حالش را می‌پرسیدی، پاسخش همیشه همراه با لبخندی گرم و متواضع بود و با این منش، از شنونده در برابر دردهای بدنی و عاطفی‌اش مراقبت می‌کرد. او به سرعت مکالمه را به سمت موضوعی با علاقه‌ی شخصی دیگران سوق می‌داد و از مشکلات خودش دور می‌کرد.

آخرین گفتگویم با کیتلین را بر تخت‌خواب بیمارستان فراموش نمی‌کنم. ریه‌ها و قلبش به‌سختی کار می‌کردند. کمتر از ۲۴ ساعت از مرگش باقی مانده بود. از او پرسیدم چه احساسی دارد. او بلافاصله توجه من را به سمت خودم جلب کرد و پرسید در زندگی من چه اتفاقاتی افتاده است. من با یأس جواب دادم که ستون پزشکی هفتگی که برای روزنامه هفتگی در آن مطلب می‌نوشتم، آن روز صبح توسط ویراستارها متوقف شده است. از روی همدلی، قیافه‌اش کمی غمگین شد و با خودش زمزمه کرد: «اوه، این چقدر برای وحشتناک است. تو خیلی نوشتن را دوست داری.» در سن ۴۲ سالگی، با چهار تا بچه و همسر، درحالی‌که در آستانه‌ی مرگ در اثر این بیماری ناتوان‌کننده بود، حتی یک کلمه هم درباره‌ی اینکه خودش چه احساس وحشتناکی دارد چیزی نگفت.

همسرش، رندی، در جریان مصاحبه‌ی اخیرش گفت: «شاد بودن، همیشه با محبت بودن، صرف نظر از اینکه حالش خوب بود یا بیمار بود، بخش دیرینه طبیعت او بود.» به گفته‌ی رندی، کیتلین به‌خصوص وقتی که نگران بود، عواطف زیادی را بروز نمی‌داد. دو مورد بود که او به ندرت درباره‌شان صحبت می‌کرد: بیماری لاعلاجش و دوران کودکی‌اش. «اگر به‌صورت اتفاقی چیزی از بچگی‌اش می‌گفت، درباره‌ی دوره‌های خوبی بود که به ندرت تجربه کرده بود.»

از نگاه رندی، نشانه‌ها این‌طور می‌گفتند که زمان‌های خوب در کودکی همسرش، تک‌توک بوده است. پدرش، که تاجر موفقی بوده، یک آدم

جدی، خشک و مستبد بود که حرفش قانون بود. او از کیتلین، فرزند بزرگ‌تر از بین دو فرزندش، خیلی انتقاد می‌کرد. «به نظر من او احساس می‌کرد که وقتی والدینش او را باردار شده‌اند، این موضوع برایشان خیلی ناراحت کننده بوده است. به نظرم او خیلی زود وارد زندگی‌شان شده بود و آن‌ها واقعاً او را نمی‌خواستند.»

حرف او به دل من نشست. کیتلین حامی جنبش مخالفت با سقط جنین بود؛ البته نه از نوع متخاصم و تندرو. او می‌دانست که من از حق انتخاب زن میان نگه داشتن فرزند یا سقط آن، حمایت می‌کنم. چون ما رابطه‌ی محترمانه‌ی دو طرفه‌ای با هم داشتیم، یک بار برایم نامه‌ای نوشت تا من را وا دارد که دست از ارجاع بیماران به کلینیک‌های سقط جنین دست بردارم. او در آن نامه گفت: «اگر سقط جنین در زمانی که من جنین بودم قانونی بود، من سقط شده بودم.» به گفته‌ی رندی، او عمیقاً احساس خواستنی نبودن داشت.

در اواخر بیماری کیتلین اتفاقی افتاد که هنگام صحبت درباره‌ی آن، اشک از چشمان رندی سرازیر شد. «با تمام قرص‌هایی که قرار بود مصرف کند، در آشپزخانه نشسته بودیم. او احساس بدبختی می‌کرد. یک دفعه زد زیر گریه. کیتلین گفت: «اوه، کاش مادر داشتم» و مادرش چند ساختمان آن طرف‌تر زندگی می‌کرد. آن‌ها از نظر عاطفی آنقدر به هم نزدیک نبودند که مادرش به او سر بزند و او را تسلی دهد و بهش کمک کند یا او را در آغوش بگیرد. ما در آن زمان خدمتکاری داشتیم که در آن لحظه داشت یخچال را تمیز می‌کرد. به حدی تحت تأثیر قرار گرفته بود که جلو آمد و کیتلین را بغل کرد. من با خودم فکر کردم که چقدر شرم‌آور است؛ این آدمی که تازه کیتلین را شناخته است، بیشتر از مادرش برای او دلسوزی می‌کند.

اما من نمی‌خواهم که والدین را هم سرزنش کنم. وقتی به تاریخچه‌ی خانوادگی‌شان نگاه می‌کنید ... خب، پدر مادرش، وقتی که مادرش یک دختر بچه بود، خانواده را ول کرد و رفت. او پدر نداشت و مادرش (مادر بزرگ کیتلین) مجبور بود به‌تنهایی و با زحمت گذران زندگی کند.» نگاه رندی به کودکی کیتلین در مصاحبه‌ی متعاقب آن با برادرش تأیید شد. برادرش می‌گفت: «حمایت عاطفی و مهر و محبت کمی در خانواده‌ی ما بود. پدرمان با ما بدرفتاری می‌کرد و مادرمان هم نگران بود. مادرم آدم خیلی خوبی بود، یک انسان بزرگ، اما هیچ‌وقت

از پس این مسائل بر نیامد. پدرم سلطه‌جو بود. فکر نکنم بیشتر از پنج شش سال سن داشتیم، وقتی که هر شنبه برای نظافت ما را به زیرزمین می‌فرستاد. تا زمانی که کار را انجام نداده بودیم، اجازه نداشتیم بالا بیاییم. وقتی که ما آنجا بودیم، چکمه‌های ارتشی پدرم را هم واکس می‌زدیم. آن‌ها باید می‌درخشیدند.»

برادر کیتلین درباره‌ی او می‌گفت: «او روحیه‌ی خیلی لطیفی داشت، اما از نظر پدرم او تنها یک احمق بود. صرف این که به دانشگاه رفت، او (پدرم) را ادب کرد. او برای هیچ‌کدام از کارهای کیتلین ارزشی قائل نبود. کیتلین در گروه La Leche League (گروهی که شیر دادن از پستان را تبلیغ می‌کند) بود. پدرم این را مسخره می‌کرد و می‌گفت: "کیتلین تا کی به این بچه‌ها از پستان شیر خواهد داد؟ تا وقتی که به یک نوجوان تبدیل شوند؟"»

برادر کیتلین بعد از سال‌ها تحمل این احساس که تحت سلطه‌ی دیگری است، احساسی که تا بزرگسالی هم همراهش بود، درنهایت رابطه‌اش با پدرش را قطع کرد و دیگر نخواست با او صحبت کند. «کیتلین خیلی دغدغه داشت وقتی من از خانواده جدا شدم. او نمی‌توانست بفهمد چرا این کار را کردم. من سعی کردم به او بگویم که این بهترین کاری بود که می‌توانستم انجام دهم، که من برای این کار بهتر بودم، اما او حرفم را نگرفت.»

برادر کیتلین هم وقتی رویدادی مشابه با حرف‌های رندی را می‌زد به گریه افتاد. «کیتلین در بستر مرگ، یک روز قبل از مرگش -این تصاویر سخت است- به همسر من که کنارش نشسته بود و دست‌هایش را گرفته بود گفت که: «دوست داشتم مادری مثل تو می‌داشتم. من مادر ندارم.» من نظر خوبی نسبت به مادرم داشتم، اما او مادر خوبی نبود. او با محبت نبود.»

برادر کیتلین هم جزئیاتی را از تاریخچه‌ی خانوادگی‌شان برملا کرد که یک بار دیگر طبیعت چند نسلی رنج را نشان می‌داد. فهمیدن حقیقت آنچه که برای پدر بزرگ اتفاق افتاده بود، برای کیتلین و برادرش یک شوک بود. دایی‌ای که برای تشییع جنازه‌ی مادر بزرگ کیتلین سر و کله‌اش پیدا شد، به آن‌ها گفت که پدر بزرگشان وقتی که مادر کیتلین بچه بوده نمرده -داستانی که خانواده تصور می‌کردند- بلکه همسرش را ترک کرده و بعداً از او جدا شده است.

در طول زندگی کیتلین و برادرش به آن‌ها گفته بودند که پدر بزرگشان ناگهان از دنیا رفته است. «وقتی ما از مادرم می‌پرسیدیم که چه اتفاقی برای پدرش افتاده، او همیشه می‌گفت که وقتی هفت ساله بوده پدرش در اثر حمله‌ی قلبی از دنیا رفته است. مادربزرگ هم همین جواب را به ما می‌داد. ما خیلی ناراحت می‌شدیم؛ چون مادربزرگمان را خیلی دوست داشتیم و نظر خوشی درباره‌اش داشتیم. دانستن این حقیقت برای ما و رابطه‌مان با او خیلی زیاد بود، اما این چیزی است که همیشه بوده. در خانواده‌ی ما، کسی درباره‌ی موضوعات دشوار صحبت نمی‌کند؛ همه آن را پنهان می‌کنند.»

با این اوصاف، این دروغ‌ها که از روی سادگی گفته می‌شد، هیچ‌وقت از کودک در برابر درد حمایت نمی‌کنند. چیزی در ما انسان‌ها هست که وقتی دروغ می‌گوییم، می‌فهمد؛ حتی اگر این آگاهی هیچ‌وقت به سطح هشیاری نرسد. دروغ شنیدن به معنای دور ماندن از دیگری است. دروغ اضطراب محرومیت و طرد را به وجود می‌آورد. درمورد کیتلین هم، این کار فقط می‌توانست ادراک از خواستنی نبودن را تقویت کند؛ چیزی که به‌خاطر خشک بودن پدر و غیاب عاطفی مادر جریان داشت.

کمتر از یک سال بعد از شروع بیماری اسکرودرمی، کیتلین از طردی اساسی از طرف خانواده رنج می‌برد و این مربوط به اخراجش از کسب‌وکار خانوادگی می‌شد. برادرش می‌گوید: «خواهرم هیچ‌وقت اهل حساب‌کتاب نبود. در آن زمان اخراج شدنش غیرعادی به نظر نمی‌رسید.» کیتلین ظاهراً با ادراک طردشدگی، عمیقاً آسیب دیده بود. او هرگز درمورد این با کسی صحبت نکرد؛ جز با برادرش کمی قبل از مرگش؛ و همیشه اصرار داشت که برادرش باید به خانواده برگردد. «او احساس می‌کرد که این دین او و وظیفه‌ی او است که همه‌چیز را درست کند. این تنها چیزی بود که کیتلین انجام می‌داد؛ اینکه سعی کند همه‌چیز را بهتر کند.»

کیتلین نقش خاصی را در این سیستم خانوادگی به عهده گرفته بود، نقشی که نسل تاریخچه‌ی خانوادگی برایش به میراث گذاشته بود. مادر خودش از همان سنین کودکی از تربیتی هم‌نوا محروم بود؛ چون همان‌طور که احتمالاً حدس می‌زنیم، مشکلات خانوادگی از لحظه‌ای که پدربزرگ، همسر و بچه‌ها را طرد کرده بود شروع نشدند. به همان اندازه هم مطمئن هستیم که تربیت خیلی جدی و سخت پدر کیتلین ریشه در کودکی سخت خودش داشته است. وجود کلی نیاز عاطفی برآورده نشده در والدین، باعث شد او مایوس شود از اینکه خودش را دوست داشتنی

ببیند و به تبع آن، خودش را برای ایفای نقش یک فرد مراقبت، کننده‌ی مهربان، آرام و صبوری آماده کرد که هیچ‌وقت عصبانی نمی‌شد و هرگز عرض وجود نکرد. به این شکل است که پاسخ‌های سازگار کودک به خواسته‌های ادراک شده از والدین، در صورت تکرار زیاد، به خصیصه‌ای در شخصیت فرد تبدیل می‌شوند.

کیتلین با موفقیت از پس این نقش برآمد، اما به بهای سلامت خودش. هزینه‌ی این نقش، یک عمر استرس بود. نقش او و زندگی‌اش، با یک بیماری خود ایمنی به سرعت کشنده، طی یک سال طردی عمیق خاتمه پیدا کرد و او دیگر بهبودپذیری نداشت تا بتواند با آن کنار بیاید.

هانس سلیه، پایه‌گذار تحقیقات مربوط به استرس، مفهوم «انرژی سازگاری» را مطرح کرد. «این طوری است که انگار ما ذخیره‌های انطباق پذیری [۱۶۸] یا انرژی انطباق [۱۶۹] را در کل بدن پنهان کرده‌ایم. فقط وقتی که همه انطباق پذیریمان را به طور کامل استفاده کرده باشیم، خستگی مفرط تغییرناپذیر و کلی و مرگ اتفاق می‌افتد.» [۷] البته، پیری فرایند نرمالی است که ذخیره‌های انرژی انطباق از آن طریق تحلیل می‌روند. اما از نظر فیزیولوژیک، استرس هم ما را پیر می‌کند؛ همان‌طور که زبان تشخیص می‌دهد وقتی افراد از «پیر شدن یک شبه» صحبت می‌کنند. بخش زیادی از انرژی انطباق کیتلین در سراسر زندگی‌اش از حمایت خویشتن به سمت مراقبت از دیگران هدایت شده بود. کارایی او برحسب پویایی خانواده در دوران کودکی‌اش تعیین شده بود. زمانی که بیماری‌اش شروع شد، او همه‌ی انرژی‌اش را مصرف کرده بود.

محوریت درک استرس، سلامت و بیماری، مفهوم انطباق‌خواهی [۱۷۰] است. انطباق‌خواهی، ظرفیت پاسخ به عوامل استرس‌آور خارجی بدون سختگیری، با انعطاف و خلاقیت، بدون اضطراب زیاد و بدون غرق شدن در عواطف است. افرادی که سازگار نیستند، ظاهراً تاجاییکه هیچ‌چیزی آن‌ها را آشفته نکند کارایی خوبی دارند، اما در مواجهه با فقدان یا مشکل، با ناکامی و درماندگی در سطوح مختلف واکنش نشان می‌دهند. آن‌ها یا خودشان را سرزنش می‌کنند یا دیگران را. انطباق‌خواهی فرد تا حد زیادی به میزان تمایز و انطباق‌خواهی نسل‌های پیشین در خانواده‌اش و نیز به اینکه چه عوامل استرس‌آور بیرونی‌ای می‌توانند روی خانواده اثر گذاشته باشند بستگی دارد. برای مثال، دوران «افسردگی بزرگ» دوره‌ی سختی برای میلیون‌ها انسان بود. تاریخچه‌ی چند نسلی خانواده‌های خاص، به بعضی‌ها این فرصت را داد تا سازگار شوند و از عهده‌ی امور بر بیایند، درحالی‌که بعضی از خانواده‌ها در مواجهه با کمبودهای اقتصادی از نظر روانی از هم پاشیدند.

به گفته‌ی دکتر مایکل کر، افراد و خانواده‌های شدیداً سازگار، به طور میانگین بیماری جسمی کمتری دارند و بیماری‌هایی هم که اتفاق می‌افتند شدت خفیف تا متوسطی دارند:

«چون یکی از متغیرهای مهم در ابتلا به بیماری جسمی، میزان انطباق‌خواهی فرد است و به این دلیل که میزان انطباق‌خواهی برحسب فرایند عاطفی چند نسلی تعیین می‌شود، به همین دلیل بیماری جسمی هم مثل بیماری عاطفی، نشانه‌ای از یک فرایند ارتباطی است که تا ورای مرزهای هر «بیماری» بسط پیدا می‌کند. به عبارتی، بیماری جسمی، اختلال سیستم عاطفی خانوادگی است که نسل‌های کنونی و گذشته را شامل می‌شود.» [۸]

بچه‌هایی که به افراد مراقبت‌کننده از والدین خود تبدیل می‌شوند، برای یک عمر سرکوبی آماده می‌شوند و این نقش‌هایی که به بچه‌ها محول می‌شود، به نیازهای کودکی برآورده نشده‌ی خود والدین -و نسل‌های پیشین- ربط دارد. محققان دانشگاه مک گیل خاطرنشان کرده‌اند که: «برای به مخاطره افتادن بچه‌ها، نیاز نیست حتماً آن‌ها را کتک بزنید.» [۹] همزیستی نادرست بین والد و کودک منشأ بسیاری از آسیب‌ها است.

پاسخ‌های سازگار همیشگی کودک به سیستم خانوادگی تبدیل به خصایصی می‌شوند که طی گذر زمان، با «شخصیت» او یکی دانسته می‌شوند. قبلاً گفته‌ایم که شخصیت باعث بیماری نمی‌شود؛ استرس این کار را می‌کند. وقتی از شخصیت مستعد بیماری صحبت می‌کنیم، تنها از این لحاظ است که بعضی ویژگی‌های خاص -مخصوصاً سرکوبی خشم- میزان استرس را در زندگی فرد بالا می‌برند. اکنون می‌بینیم که مفاهیمی مثل «شخصیت روماتوئیدی» یا «شخصیت سرطانی»، به دلیل دیگری گمراه‌کننده هستند: «این مفاهیم بر این فرض مبتنی هستند که هر فردی، یک هویت مجزا دارد و این موضوع را در نظر نمی‌گیرند که او در سیستم خانوادگی چند نسلی قرار دارد و توسط آن شکل گرفته است.» همان‌طور که دکتر کر عنوان می‌کند، برای مثال، صحبت کردن از موقعیت سرطانی به جای شخصیت سرطانی می‌تواند خیلی روشن‌کننده‌تر باشد. مفهوم شخصیت سرطانی، اگرچه قطعاً تا حدودی اعتبار دارد، اما مبتنی بر نظریه‌های فردی عملکرد انسانی است. مفهوم موقعیت سرطانی بر نظریه‌ی سیستمی عملکرد انسانی مبتنی است. درون یک سیستم خانوادگی، عملکرد هر فردی متأثر از عملکرد افراد دیگر است و برحسب آن تنظیم می‌شود. [۱۰]

اگر افراد را بخشی از یک سیستم خانوادگی چند نسلی در نظر بگیریم، در این صورت خانواده‌ها و افراد بخشی از یک کل بزرگ‌تر هم

هستند: فرهنگ و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند. کارکرد بشر، مثل زنبوری در یک کندو، دیگر نمی‌تواند جدا از بافت اجتماعی بزرگ‌تر باشد. بنابراین متوقف شدن در یک سیستم خانوادگی کافی نیست؛ طوری که انگار سلامت اعضایش را تعیین کرده بدون اینکه نیروهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی‌ای که زندگی خانواده را شکل می‌دهند در نظر بگیرد.

سرطان و انواع بیماری‌های خودایمنی تا حدی بیماری‌های تمدن هستند. گرچه جامعه‌ی صنعتی سازمان‌یافته طبق مدل سرمایه‌داری، انواع مشکلات را برای بسیاری از اعضای آن حل کرده است، مثل خانه، تأمین غذا و بهداشت عمومی، اما فشارهای جدید بيشماری هم در پی داشته است؛ حتی برای آن دسته از افرادی که نیازی به کشمکش برای چیزهای ابتدایی حیات خود ندارند. ما اکنون این استرس‌ها را به‌عنوان پیامدهای ناگزیر زندگی بشری بدیهی می‌دانیم؛ طوری که انگار زندگی انسان در شکلی انتزاعی، جدا از انسان‌هایی که آن را زندگی می‌کنند وجود داشته است. با نگاه به افرادی که به تازگی تمدن شهری را تجربه می‌کنند، برایمان روشن‌تر می‌شود که مزایای «پیشرفت»، صرف نظر از رضایت عاطفی و معنوی، هزینه‌های پنهانی را هم از نظر تعادل فیزیولوژیک می‌طلبد. هانس سلیه نوشت: «ظاهراً در جامعه‌ی زولو، استرس شهر نشینی، رویداد فشار خون را بیشتر و افراد را مستعد حوادث قلبی کرده است. در بدونز و سایر کشورهای عربی بادیه نشین، بعد از استقرار در شهر کویت، زخم کولیت گزارش شده است که احتمالاً نتیجه شهری شدن است.» [۱۱]

اثر اصلی گرایش‌ات اخیر بر خانواده‌هایی که زیر نظر سیستم رایج اجتماعی اقتصادی هستند، گرایشاتی که با حرکت کنونی به سمت «جهانی شدن» تسریع شده است، تضعیف ساختار خانواده و قطع پیوندهایی است که در گذشته حسی از معنا و تعلق را برای بشر به همراه داشتند. نسبت به مسیر تکامل بشر، بچه‌ها زمان کمتری را در کنار افراد بزرگسال شان که حمایت کننده هستند سپری می‌کنند. رشته‌های پیوند که قبلاً اساس آن در خانواده بسط یافته، روستا، اجتماع و همسایه بود با نهادهایی مثل مهد کودک و مدرسه جایگزین شده؛ جایی که بچه‌ها بیشتر به سمت همسالان خود گرایش دارند تا والدین و جایگزین قابل اعتماد والدین. حتی خانواده‌ی هسته‌ای که ظاهراً واحد اساسی ساختار اجتماعی است، تحت فشاری غیرقابل تحمل قرار گرفته است. در بسیاری از خانواده‌های امروزی، هر دو والد مجبورند کار کنند تا ضروریات پایه‌ای زندگی را تضمین کنند؛ چیزی که چند دهه قبل با یک حقوق قابل تأمین بود. هانس سلیه پیشگو گفته است: «جدایی نوزاد

از مادر و هرنوع جدایی که احتمال کمی برای تماس بین فردی باقی بگذارد، شکل‌های بسیار رایج محرومیت حسی هستند. این‌ها درواقع عوامل اصلی بیماری هستند.»

میچ آل‌بوم، در کتاب سه شنبه‌ها با موری، می‌نویسد که موری شوارتز، استاد سابقش که به بیماری لاعلاج ALS مبتلاست، مصمم به اثبات این امر بود که واژه «در حال مرگ» مترادف با «به درد نخور بودن» نیست. سؤال کنونی این است که چرا کسی نیاز به اثبات این موضوع دارد. هیچ انسانی به‌دردنخور نیست، چه نوزاد درمانده و چه بیمار درمانده یا یک فرد بزرگسال در حال مرگ. نکتهٔ اثبات این نیست که افراد در حال مرگ می‌توانند مفید باشند، بلکه رد این مفهوم بی‌پایه و اساس است که انسان‌ها برای اینکه با ارزش به نظر برسند، نیاز دارند مفید باشند. موری در سنین جوانی یاد گرفت که ارزشش به توانایی برآوردن نیازهای دیگران بستگی دارد. همین پیام، که افراد زیادی را در اوایل زندگی‌شان رنجانده است، با نظام اخلاقی جامعه‌ی ما به‌شدت تقویت می‌شود. افراد به‌کرات با این حس روبرو می‌شوند که تنها در صورت داشتن نقش سودمندانه مورد ارزش هستند و در صورتی که ثروت اقتصادیشان را از دست دهند، دور انداختنی می‌شوند.

جدایی ذهن و بدن که فعالیت پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد نیزایدئولوژی غالب فرهنگ ما است. ما معمولاً به ساختارها و فعالیت‌های اجتماعی اقتصادی به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده بیماری یا سلامت فکر نمی‌کنیم. این‌ها معمولاً بخشی از معادله به حساب نمی‌آیند. با این حال، داده‌های علمی مسلم هستند: روابط اجتماعی اقتصادی، تأثیر چشمگیری بر سلامت دارند. برای مثال، گرچه رسانه و حرفه‌ی پزشکی -با الهام از تحقیقات داروشناختی- به‌طور خستگی‌ناپذیری این باور را ترویج می‌دهند که بعد از فشار خون و سیگار، کلسترول بالا بیشترین خطر را برای بیماری قلبی به همراه دارد، اما شواهد نشان می‌دهند که فرسودگی شغلی مهم‌تر از هرعامل خطر دیگری است. به‌علاوه، استرس به‌طورکلی، و فرسودگی شغلی به طور اخص، عوامل دخیل مهمی هستند، هم در فشار خون بالا و هم در میزان بالای کلسترول.

روابط اقتصادی بر سلامت تأثیر می‌گذارند؛ چون روشن است که افرادی با سطح درآمد بالاتر، بهتر می‌توانند از پس رژیم غذایی سالم‌تر، شرایط زندگی و کاری و فعالیت‌های کاهش‌دهنده‌ی استرس بر بیایند. دنیس رافائل، دانشیار دانشکده سیاست و مدیریت سلامت از دانشگاه یورک در تورنتو، اخیراً تحقیقش را درباره‌ی تأثیرات اجتماعی بر بیماری‌های قلبی در کانادا و جاهای دیگر به چاپ رسانیده است. او

این‌طور نتیجه‌گیری کرده است: «یکی از مهم‌ترین شرایط زندگی که تعیین می‌کند افراد سالم بمانند یا بیمار شوند درآمدشان است. به‌علاوه، سلامت کلی جامعه آمریکای شمالی بیشتر بر اساس توزیع درآمد بین اعضای آن تعیین می‌شود تا ثروت کلی جامعه. بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهند که به جای عوامل خطر مربوط به پزشکی و سبک زندگی، مقتضیات اجتماعی-اقتصادی علت اصلی بیماری قلبی عروقی هستند و این شرایط در اوایل زندگی بسیار حائز اهمیت است.» [۱۲]

عنصر کنترل به عنوان عامل سلامت، از جنبه موقعیت اجتماعی و شغلی کمتر از بقیه (عناصر مؤثر در استرس) مسلم و روشن است اما از اهمیت یکسانی برخوردار است. چون استرس با از بین رفتن حس کنترل تشدید می‌شود، افرادی که کنترل بیشتر روی کار و زندگی را تمرین می‌کنند، از سلامت بیشتری بهره می‌برند. این اصل در تحقیق کاخ سفید بریتانیا نشان داده شد که نشان می‌داد خدمه‌ی شهری نسبت به مافوقشان، علی‌رغم درآمدهای تقریباً برابر، در معرض خطر بیشتری برای بیماری قلبی قرار دارند. [۱۳]

ما با شناخت الگوی چند نسلی برای رفتار و برای بیماری و نیز، شناخت تأثیرات اجتماعی که خانواده و زندگی انسان را شکل می‌دهند، از نگرش بی‌فایده و غیر علمی سرزنش گذر می‌کنیم. کنار گذاشتن سرزنش ما را در مسیر انتخاب ضروری مسئولیت آزاد می‌گذارد؛ موضوعی که در فصل‌های پایانی در مورد التیام به آن می‌پردازیم.

فصل ۱۷: بیولوژی باور

نگاه‌های علمی بروس لیپتون، زیست شناس مولکولی، استاد سابق دانشگاه استنفورد در کالیفرنیا، مفاهیم پرمغزی برای درک بیماری، سلامت و التیام در بر دارند. او در صحبت‌های علنی‌اش، مثلاً در مصاحبه‌های فردی دوست دارد که در قالب سؤال، یک توپ منحنی علمی را به سمت حضار پرتاب کند: «مغز هر سلول چیست؟» پاسخی که به صورت معمول دریافت می‌کند - و چیزی که از طرف مصاحبه‌اش - هم دریافت کرد این است: «البته که هسته.» البته، هسته مغز سلول نیست. مغز ارگان تصمیم‌گیری ما است و مغز است که به صورت میانجی بین ما و محیط عمل می‌کند. در زندگی هر سلول، هسته نه، بلکه غشای سلولی است که کارایی‌های قابل قیاس با فعالیت‌های مغز را محقق می‌کند.

در رشد جنینی انسانی، هم سیستم عصبی و هم پوست در بافتی یکسان یعنی اکتودرم ریشه دارند. هر سلولی به صورت جداگانه از غشای خود به عنوان پوست و سیستم عصبی استفاده می‌کند. غشا هم مثل پوست، محیط داخلی سلول را احاطه کرده و از آن محافظت می‌کند؛ در آن واحد، بر سطح خود، میلیون‌ها گیرنده مولکولی دارد که به صورت ارگان حسی سلول عمل می‌کند: پیام‌های دریافت شده از محیط خارجی سلول را می‌بیند، می‌شنود، احساس می‌کند و -مثل مغز- تفسیرشان می‌کند. این کار، مبادله‌ی مواد و پیام‌ها را با محیط نیز تسهیل می‌کند. تصمیم‌گیری سلول هم در هسته نه، بلکه در غشا اتفاق می‌افتد؛ جایی که ماده‌ی ژنتیک سلول قرار دارد.

به محض اینکه این واقعیت زیست‌شناختی بنیادین را درک کنیم، می‌توانیم این فرض عامه‌ی قدیمی را ببینیم که ژن‌ها در رفتار بشر و سلامت‌ش بسیار تعیین‌کننده هستند. انسان‌ها معمولاً به خاطر این باور نادرست بخشوده می‌شوند. ابراز ترس آمیخته با احترام، با ریشه‌ی تقریباً مذهبی برخی از دانشمندان و سیاستمداران و پیشگویی‌های پیشرفت‌های چشمگیر پزشکی، با اعلان‌هایی در سال ۲۰۰۰ مواجه شد مبنی بر این که محققان به کشف ژنوم انسانی یعنی طرح کلی ژنتیک برای بدن انسان نزدیک شده‌اند. رئیس‌جمهور، بیل کلینتون در جشن کاخ سفید - که به یاد آتش‌بس موقت بین دو گروه از محققانی برگزار شده بود که برای تکمیل این ژنوم با هم در رقابت بودند - گفت:

«امروزه، ما زبانی را یاد می‌گیریم که خدا زندگی را در آن خلق کرده است.» دکتر استفان ورن، متخصص ژنتیک پزشکی و ویراستار ژورنال آمریکایی ژنتیک بشر، با شور و هیجان می‌گفت: «من عمیقاً احساس می‌کنم این انقلابی در پزشکی است؛ چون ما نه تنها آنچه را که باعث بیماری می‌شود، بلکه آنچه مانع بیماری می‌شود را هم خواهیم شناخت.»

نتایج فعلی پروژه‌ی ژنوم به طور حتم مایوس‌کننده است. گرچه اطلاعات علمی کارشده‌اش فی نفسه مهم هستند، اما سخت می‌توانیم انتظار داشته باشیم که این برنامه‌ی ژنوم در آینده‌ای نزدیک به مزایای گسترده‌ای برای سلامت منتهی شود.

اول اینکه مشکلات فنی خیلی زیادی هست که باید رفع و رجوع شوند. وضعیت کنونی دانش ما نسبت به شکل‌بندی ژنتیک بشر را می‌توان تشبیه کرد به استفاده از کپی فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد فشرده، به‌عنوان «مدلی» که نمایشنامه‌های ویلیام شکسپیر یا رمان‌های چارلز دیکنز از آن خلق شدند. همه‌ی چیزی که برای تکرار کار آن‌ها درحال‌حاضر وجود دارد، این است که حرف اضافه‌ها، قواعد گرامری و اشاره‌های فونتیک را پیدا کنیم و سپس بفهمیم که چطور این دو نویسنده به طرح داستان، دیالوگ‌ها و صنعت ادبی باشکوهشان دست پیدا کردند. یکی از متفکرترین گزارشگران علم گفت: «ژنوم یک برنامه‌ریزی بیولوژیک است، اما تکامل غفلت کرده و حتی نتوانسته نقطه‌گذاری را فراهم کند و نشان دهد ژن‌ها کجا متوقف می‌شوند و کجا شروع می‌شوند، و هیچ یادداشت مفیدی درباره‌ی اینکه هر ژن چه کاری باید انجام دهد، به جا نگذاشته است.»

دوم اینکه، بر عکس بنیادگرایی ژنتیک که درحال‌حاضر بر تفکر پزشکی و آگاهی عموم اثرگذار است، ژن به‌تنهایی نمی‌تواند ویژگی‌های روان‌شناختی پیچیده، رفتارها، سلامت و یا بیماری بشر را توضیح دهد. ژن‌ها صرفاً کد هستند. آن‌ها به‌صورت مجموعه قوانین و به‌عنوان الگویی بیولوژیک برای سنتز پروتئین‌هایی عمل می‌کنند که ساختار و کارکردهای مختص هرسلول را به آن می‌بخشند. آن‌ها مثل قبل، طرح‌های معماری و مکانیکی زنده و پویایی هستند. اینکه این طرح عملی شود، به چیزی فراتر از خود ژن بستگی دارد. ژن‌ها در بافت ارگانیسم‌های زنده وجود داشته و کار می‌کنند. فعالیت‌های سلول‌ها، نه برحسب ژن‌ها در هسته‌شان، بلکه برحسب مقتضیات کل ارگانیسم -و با تعامل این ارگانیسم با محیطی که در آن باید زنده بماند- تعریف می‌شوند. ژن‌ها توسط محیط روشن و یا خاموش می‌شوند. به این دلیل است که بیشترین تأثیر بر رشد انسان، سلامت و رفتار، تأثیر محیط حمایت‌گر است.

تقریباً هر فردی که گیاهان یا حیوانات را پرورش می‌دهد، هرگز درباره‌ی نقش ابتدایی سلامت اولیه در نحوه‌ی ظهور استعداد ژنتیک و پتانسیل آن چون و چرا نمی‌آورد. بنا به دلایلی که خیلی با علم سر و کار ندارد، بسیاری از افراد در درک همین مفهوم، وقتی که صحبت از تکامل بشر می‌شود مشکل دارند. این فلج فکری کلاً استعاری است؛ چون از بین تمام گونه‌های حیوانی، انسان است که کارکردش در بلن مدت به‌طرز چشمگیری توسط محیط اولیه تنظیم می‌شود.

با توجه به کمبود شواهد مبتنی بر نقش تعیین‌کننده‌ی عوامل ژنتیک در بسیاری از سؤالات مرتبط با بیماری و سلامت، پس چرا این همه الم شنگه برای این پروژه‌ی ژنوم؟ چرا بنیادگرایی ژنتیک همه‌جاگیر شده است؟

ما موجوداتی اجتماعی هستیم و علم نیز مثل تمام مقررات، ابعاد ایدئولوژیک و سیاسی خودش را دارد. همان‌طور که هانس سلیه خاطر نشان کرد، فرضیات تأیید نشده‌ی این دانشمند معمولاً چیزی را که کشف خواهد شد محدود کرده و آن را تعریف می‌کند. پذیرفتن این نگاه که بیماری‌ها، چه ذهنی و چه جسمی، در وهله‌ی اول ژنتیکی هستند، این امکان را به ما می‌دهد تا از سؤالات ناراحت‌کننده درباره‌ی طبیعت جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنیم اجتناب کنیم. اگر علم این شرایط را برای ما فراهم کند تا فقر و یا توکسین ساخت بشر یا فرهنگ اجتماعی جنون‌آمیز و استرس‌آور را به‌عنوان عوامل دخیل در بیماری نادیده بگیریم، در این‌صورت می‌توانیم تنها به این پاسخ‌های ساده فکر کنیم: پاسخ‌های داروشناختی و بیولوژیک. چنین رویکردی به توجیه و حفظ ارزش‌ها و ساختارهای اجتماعی رایج کمک می‌کند. البته این می‌تواند منفعت هم داشته باشد. ارزش سهام در سلرا، یک کمپانی خصوصی که در پروژه ژنوم شرکت دارد بین سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ تا ۱۴۰۰ درصد بالا رفت.

جاروجنجال مربوط به ژنوم نه‌تنها علم ضعیفی است بلکه به‌عنوان علم کلام، شک برانگیز است. در کتاب داستان آفرینش مبدأ، خدا ابتدا جهان را، بعد طبیعت را درست می‌کند و بعد بشر را از ماده‌ی زمان به وجود می‌آورد. حتی اگر بیل کلینتون نمی‌دانست، اما خدا می‌دانست که از همان ابتدا انسان‌ها هیچ‌وقت جدا از محیط فهمیده نمی‌شوند.

محیط ارگانیزم انسان، محیطی فیزیکی و روانی-عاطفی است که دانش ما را از تعاملمان با دنیا در طول عمرمان شکل داده و بر آن تأثیر

می‌گذارد. محیط هر سلول هم، پیرامون نزدیک سلول است، که مواد پیام‌رسانی را از آن دریافت می‌کند؛ موادی که ریشه در سلول‌های نزدیک دارند، یعنی در قسمت‌های انتهایی عصب که از دور و در ارگان‌های دوری کنترل می‌شوند که مواد شیمیایی را در سیستم گردش خون تولید می‌کنند. این مواد حاوی اطلاعات به گیرنده‌هایی بر سطح سلول متصل هستند. پس در غشای سلول -بسته به اینکه سلول در آن لحظه چقدر پذیرنده است- مواد مؤثری تولید می‌شوند که به سمت هسته می‌روند و به ژن فرمان می‌دهند تا پروتئین‌های خاص را سنتز کند تا کارکردهای خاصی را انجام دهند. به گفته‌ی بروس لیپتون، این ترکیب‌های پروتئینی گیرنده (افکتور) -که پروتئین‌های ادراکی نامیده می‌شوند- به صورت «کلیدهای» عمل می‌کنند که کارکرد سلول را با محیطش تلفیق می‌کنند:

«گرچه پروتئین‌های ادراکی از طریق مکانیسم‌های ژنتیک مولکولی ساخته می‌شوند، اما فعال‌سازی فرایند ادراکی از طریق سیگنال‌های محیط، کنترل و یا آغاز می‌شوند. در تحقیقات اخیر، تأثیر کنترل کنندگی محیط بر سلول‌های ساقه تأیید شده است [۱۷۱]. سلول‌های ساقه سرنوشت خودشان را کنترل نمی‌کنند. تمایز سلول‌های ساقه بر محیطی مبتنی است که سلول، خودش را در آن پیدا می‌کند. به عنوان مثال، می‌توان سه محیط کشت بافت متفاوت را به وجود آورد. اگر سلول ساقه در کشت شماره یک قرار داشته باشد، می‌تواند یک سلول استخوانی شود. اگر همین سلول ساقه، در کشت دو گذاشته شود، تبدیل به سلول عصبی می‌شود و یا اگر در ظرف کشت شماره سه قرار بگیرد سلول به صورت سلول کبد عمل می‌آید. سرنوشت این سلول برحسب تعامل با محیط کنترل می‌شود، نه طبق برنامه‌ی ژنتیکی مستقل.» [۱]

نکته‌ی کلیدی در توضیح هوشمندانه‌ی دکتر لیپتون درباره‌ی فعالیت بیولوژیک این است که در هر زمانی، سلول‌ها -مثل کل ارگانیسم انسان- می‌توانند یا در حالت دفاعی باشند یا در حالت رشد، اما در هر دو حالت نه. ادراک ما از محیط در حافظه‌ی سلولی ذخیره می‌شود. وقتی تأثیرات محیط اولیه به شکل مزمنی استرس‌آور باشند، سیستم عصبی در حال رشد و سایر ارگان‌های ابرسیستم PNI مدام این پیام‌های الکتریکی، هورمونی و شیمیایی را دریافت می‌کنند که دنیا ناایمن و حتی متخاصم است. این ادراکات در سلول‌های ما در سطح مولکولی برنامه‌ریزی می‌شوند، تجربیات اولیه‌ی موضع بدن را به سمت دنیا شرطی‌سازی کرده و باورهای ناخودآگاه فرد در مورد خودش را در رابطه با دنیا تعیین می‌کنند. دکتر لیپتون این فرایند را بیولوژی باور می‌نامد. خوشبختانه، تجربه‌ی انسانی و پتانسیل همواره

در حال شکوفایی بودن بشر تضمین می‌کنند که بیولوژی باور، گرچه ریشه‌ی عمیق فیزیولوژیک دارد، اما غیرقابل تغییر نیست.

ما شاهد این بوده‌ایم که استرس نتیجه‌ی تعامل بین عامل استرس‌آور و سیستم پردازشگر است. این دستگاه پردازشگر سیستم عصبی انسان است که تحت تأثیر مراکز عاطفی مغز عمل می‌کند. بیولوژی باور که در اوایل زندگی‌مان در این دستگاه پردازشگر القا شده است، بر پاسخ‌های ما به استرس در کل زندگی‌مان تأثیر سرنوشت سازی می‌گذارد. آیا ما عوامل استرس را می‌شناسیم؟ تهدیدهای بالقوه برای سعادت‌مان را بزرگ می‌کنیم یا آن‌ها را به حداقل می‌رسانیم؟ آیا خودمان را موجوداتی تنها حس می‌کنیم؟ یا درمانده؟ یا به‌عنوان کسی که هرگز به کمک نیاز ندارد؟ کسی که هرگز مستحق کمک نیست؟ به‌عنوان کسی که موجودی خواستنی است؟ یا کسی که مجبور است کاری انجام دهد تا مورد محبت دیگران باشد؟ به‌عنوان کسی که به‌شکل یأس‌آوری خواستنی است؟ این‌ها باورهای ناهشیاری هستند که در سطح سلولی نهفته‌اند. این‌ها رفتارهای ما را کنترل می‌کنند، صرف نظر از اینکه ما در سطح هشیارمان چه فکری می‌کنیم. این‌ها یا ما را در حالت‌های دفاعی خاموش نگه می‌دارند، یا اینکه شرایطی را برایمان فراهم می‌کنند که نسبت به رشد و سلامت، باز عمل کنیم. در اینجا به‌شکلی دقیق‌تر به برخی از این ادراکات غیر منطقی نگاهی می‌اندازیم.

۱. من باید قوی باشم

ایریس، به‌عنوان هنرمند و خواننده‌ای پراشتیاق، بسیار متفکر است. حدود ده سال قبل، در سن ۴۲ سالگی، مبتلا به SLE (لوپوس) تشخیص داده شد. ایریس در اروپا بزرگ شد و در اوایل دهه‌ی دوم زندگی، همراه خانواده‌اش به ایالات متحده مهاجرت کرد. پدرش مستبد و غیرقابل پیش‌بینی بود و مادرش هم، به گفته‌ی خودش، اصلاً جدا از پدرش وجود نداشت.

ایریس می‌گوید: «من به این نظریه (وقتی ذهن کم می‌آورد بدن نه می‌گوید) فکر کرده‌ام. این را قبلاً شنیده‌ام و با این اصل موافق بودم. فقط درباره‌ی خودم دوست ندارم به این فکر کنم.»

من از او پرسیدم: «چرا؟»

- این نظریه به این معنا است که شما به‌اندازه‌ی کافی قوی نیستید... شما نمی‌توانید کارهایی که قوی بودن را می‌طلبند انجام دهید.»

این حرف‌ها یک بیمار مبتلا به سرطان تخمدان را به‌خاطر آورد که از نظریه‌ی من متنفر بود؛ چون باعث می‌شد او خودش را شبیه یک آدم ترسو حس کند.

- چه اتفاقی می‌افتد اگر آدم به‌اندازه‌ی کافی قوی نباشد؟ من اگر سعی می‌کردم یک وزنه‌ی ده‌هزار پوندی را بلند کنم و کسی می‌گفت: «به‌اندازه‌ی کافی برای این کار قوی نیستی.» قبول می‌کردم.

- من اگر در این شرایط بودم می‌گفتم: «تو کی هستی؟ یک احمق؟»

- نکته همینجا است. گاهی اوقات مشکل این نیست که ما فاقد قدرت هستیم، بلکه توقعاتی که از خودمان داریم، غیر ممکن هستند. پس چه چیز اشتباهی هست در اینکه به‌اندازه‌ی کافی قوی نباشی؟

باور هسته‌ای به اینکه باید به‌اندازه‌ی کافی قوی باشیم، خصیصه‌ی بسیاری از کسانی که مبتلا به بیماری مزمن هستند، یک مکانیسم دفاعی است. در بچه‌ای با این ادراک که والدینش نمی‌توانند از نظر عاطفی از او حمایت کنند، این نگرش راحت‌تر شکل می‌گیرد که «من می‌توانم خودم به‌تنهایی از پس هرکاری بر بیایم.» در غیر این‌صورت ممکن است احساس طرد شدن کند. یک راه برای اینکه این کودک احساس طرد شدن نکند، این است که هرگز درخواست کمک نکند، هرگز «ضعف» را نپذیرد؛ باور داشته باشد که «من به‌اندازه‌ی کافی قوی هستم که تمام فراز و نشیب‌ها را تحمل کنم.»

ایریس به راحتی پذیرفت و متوجه شد که وقتی دوستانش برای مشکلاتشان پیش او می‌آیند، او آن‌ها را قضاوت نمی‌کند و یا به ضعیف بودن متهم نمی‌کند. آن‌ها با خیال راحت به او تکیه می‌کنند و او را فردی دلسوز و حمایتی می‌بینند. روشن بود که استاندارد دوگانه‌ی او -انتظارات بالاتر از خودش در مقایسه با دیگران- هیچ ارتباطی به «قوت» نداشت. این به فقدان «قدرت» مربوط می‌شد؛ چیزی که در کودکی تجربه می‌شود. بچه‌ای که قدرتی ندارد، می‌تواند قوی‌تر از چیزی باشد که باید باشد.

۲. من حق ندارم خشمگین باشم

شیزوکو ۴۹ ساله و مادر دو فرزند بالغ است. او در ۲۱ سالگی، کمی بعد از رفتن به کانادا به‌عنوان دانشجوی خارجی، مبتلا به آرتریت

روماتوئید تشخیص داده شد. مادرش وقتی که او چهار ساله بود از دنیا رفت و پدرش بعد از آن با خاله‌اش ازدواج کرد. او می‌گوید: «نامادری‌ام بیشتر از بچه‌ها عاشق کار بود.» پدرش تمام نیازها و خواسته‌های مادی او را برآورده می‌کرد، اما اغلب اوقات از خانه دور بود. شوزیکو پنج سال قبل، از همسرش که از نظر عاطفی از هم دور بودند جدا شد. «ازدواج من وحشتناک بود. وقتی که با همسرم زندگی می‌کردم همیشه خسته بودم و به‌تنهایی بچه‌ها را بزرگ می‌کردم. (خستگی مفرط نشانه‌ی معمول بیماری‌های روماتیسمی‌است.) قبل از ساعت سه بعدازظهر، روی کاناپه دراز می‌کشیدم و همسرم همیشه شکایت می‌کرد که تو هیچ‌کاری انجام ندادی، هیچی. او می‌گفت که من دارم از او به‌عنوان بلیط غذای رایگان سوءاستفاده می‌کنم.»

- هیچ‌وقت احساس خشم نکردی؟
- البته. همیشه نسبت به او خشمگین بودم.
- هیچ‌وقت خشم را ابراز کردی؟
- نه. نامادری‌ام من را این‌طوری تربیت کرد؛ فکر می‌کنم قرار نیست من خشمگین باشم.

۳. اگر خشمگین باشم دوست داشتنی نخواهم بود

- آلن، مبتلا به سرطان مری، از ازدواجش ناشاد بود. به‌عنوان خواننده شاید این ادراک او را به‌خاطر بیاورید:
- همسرم نمی‌توانست رومانتیک، صمیمی و هرچیزی که من نیاز داشتم باشد.
 - نارضایتی‌ات را چطور نشان می‌دادی؟ آیا هیچ‌وقت نسبت به این موضوع خشمگین می‌شدی؟ اصلاً آیا خشمی را احساس کردی؟
 - توضیح دادنش برایم سخت است؛ چون درحال حاضر من همیشه خشمگین هستم. ما الان خیلی بیشتر درباره‌ی این موضوع صحبت می‌کنیم.
 - قبل از تشخیص سرطان، چه اتفاقی برای این خشم افتاد؟
 - نمی‌دانم. می‌دانم منظور شما چیست، و احتمالاً درست است.

- کجا یاد گرفتی که خشم را سرکوب کنی؟

- سؤال خوبی است. فکر نکنم این سؤال را به اندازه‌ی کافی تحلیل کرده باشم. من فکر می‌کنم این از میل من به دوست داشته شدن نشأت می‌گیرد. اگر خشمگین باشی، انسان‌ها دوستت ندارند.

۴. من مسئول کل دنیا هستم

لزلی، مددکار اجتماعی ۵۵ ساله نیز بیماری‌اش -کولیت زخمی- را به عوامل استرس‌آور در رابطه نسبت می‌دهد. «این بیماری در ازدواج اولم شروع شد. استرس زیادی داشتم و این به زمانی برمی‌گردد که همه‌چیز در بدترین حالت بود. من مدتی طولانی حالم بد بود. حالا گاهی وقت‌ها خونریزی دارم، اما خیلی کم است.»

«رابطه‌ام با همسر اولم همیشه پر از فراز و نشیب بوده است. فکر کنم او نمی‌خواست هیچ نقشی داشته باشد. رابطه‌ی ما هیچ‌وقت مشارکتی نبود. من مجبور بودم به او هم فکر کنم. این وضعیت واقعاً دیوانه کننده بود؛ چون مجبور بودم به تنهایی برای چیزهایی که باید با هم انجام می‌دادیم فکر کنم. من بودم که باید فیلمی را انتخاب می‌کردم که هر دویمان دوست داشته باشیم، جایی را انتخاب می‌کردم که هر دویمان بتوانیم برویم و شاد باشیم.»

- این نقش تو را نگران نمی‌کرد؟

- البته که می‌کرد.

- با این خشم چه کردی؟

- آن را بلعیدم. نمی‌توانستم با او جر و بحث کنم، چون بعدش او می‌گفت: «می‌بینی ازدواجمان چقدر بد است؟» مخالفت با او نشانه‌ای از بد بودن رابطه بود.

«من باید خیلی مراقب می‌بودم. وقتی قرار گذاشتن با او، همسر فعلی‌ام را شروع کردم، هر وقت من سر چیزی جروب‌بحث می‌کردم، شروع می‌کردم به خندیدن. به او می‌گفتم که لذت می‌برم از اینکه ما می‌توانیم با هم جروب‌بحث کنیم و متفاوت باشیم و او از من دور

نمی‌شود. من قطعاً نسبت به ترک افراد، نسبت به رها کردن و رفتن ترس‌هایی داشتم.»

بعد از شروع اولیه‌ی نشانه‌های بیماریش چند ماه طول کشید تا زلی به سراغ کمک پزشکی برود. «من آماده نبودم تا آسیب‌پذیری‌ام را در داشتن مشکل بپذیرم. این تا حد زیادی به کمال گرایی من مربوط می‌شد، اینکه می‌خواستم تمام و کمال باشم و اینکه هیچ چیز اشتباهی نداشته باشم.» وقتی زلی نه ساله بود، پدرش در اثر حمله‌ی قلبی ناگهان از دنیا رفت و دو سال بعد، برادرش را هم به یکباره به‌خاطر آنوریسم مغزی از دست داد. «بعد از این ماجرا، من هر شب یک مراسم وسواسی داشتم، یک روتین که مطمئن شوم کسی نمی‌میرد. "نمیرید، نمیرید." من از این راه کنترل می‌کردم که افراد زندگی‌ام نمیرند.»

«یک روز داشتم با روان‌پزشکم صحبت می‌کردم. من گفتم که دیگر این مراسم را رها کرده‌ام و نمی‌دانم اصلاً چی شد. این شبیه یک تجربه‌ی «آهان»^[۱۷۲] بود؛ ناگهان این به ذهنم رسید: «می‌دانم چی شد. یک مددکار اجتماعی شدم و اکنون دارم سعی می‌کنم که دنیا را نجات دهم! وقتی داشتم سعی می‌کردم دنیا را نجات دهم و موفق نمی‌شدم، استرس زیادی به من وارد می‌شد. دو یا سه سال قبل در مرخصی بودم. درنهایت متوجه شدم که نمی‌توانم دنیا را نجات دهم. حتی وردی دارم که من و روان‌پزشک با هم به دست آوردیم: "من باید یک راهنما باشم، نه خدا." این روی من جواب می‌دهد.»

- بنابراین تو فکر می‌کردی کل آشفتگی وحشتناک دنیای خارج از اینجا تقصیر تو بوده است؟
- در یک نقطه، به این باور رسیده بودم که چه تقصیر من باشد چه نباشد، من باید این وضعیت را درست کنم.
- این چطور خودش را در کارت نشان داد؟
- خب، اگر والدینم، منظورم مراجعین است، به‌خوبی عمل نمی‌کردند من احساس می‌کردم که دانش کافی ندارم. نیاز داشتم که بیشتر بدانم و مهارت‌های بهتری داشته باشم. نیاز داشتم راه حل درست را پیدا کنم، سخت‌تر کار کنم، بیشتر مطالعه کنم و به کارگاه‌های آموزشی بروم.
- نیازی به جستجوی زیاد معنای جایگزینی فرویدی زلی درمورد واژه‌ی «والدین» به جای کلمه‌ی «مراجع» نیست. او بعد از مرگ پدر و برادر

بزرگ‌ترش، نه‌تنها همراه و مایه تسلی اصلی مادرش شد، بلکه روشن شد که از زمان تولدش این نقش را داشته است.

«مامان من می‌خواست که من شاد باشم. او همیشه این دغدغه را داشت که من باید شاد باشم. این همان چیزی بود که من همیشه برای به دست آوردنش تلاش می‌کردم. در کودکی سعی می‌کردم شاد باشم. نمی‌دانستم افسردگی چیست؛ حتی نمی‌دانستم احساسات بد چه چیزی هستند.

مادرم قبلاً می‌گفت که من بچه‌ی مهربانی هستم، اما برادرم نه. من به حدی مهربان بودم که او نصفه شب من را از خواب بیدار می‌کرد، برای مدتی با من بازی می‌کرد و من را به تختم برمی‌گرداند و من دوباره به خواب می‌رفتم.»

خب چرا این کار را می‌کرد؟

حدس می‌زنم به این خاطر که تنها بود یا نیاز به توجه داشت.

پس تو از نوزادی مجبور بودی کار کنی.

ازدواج مادرم با پدرم ازدواج وحشتناکی بود. آن‌ها با هم دعوا و مرافعه داشتند. این خیلی بد بود، تا زمانی که او مرد. کار من این بود که مادرم را شاد کنم.

۵. من می‌توانم از پس همه‌چیز بر بیایم

دان، که یک کارمند دولتی ۵۵ ساله است، به‌خاطر سرطان روده بخشی از کولونش (روده بزرگ) را برداشتند. یکی از استرس‌های مزمنی که او داشت، وسواسش به وظیفه‌شناسی افراطی در زندگی حرفه‌ایش بود. او می‌گوید: «موضوعات مربوط به فشار کار می‌توانند من را خشمگین کنند. نمی‌دانم آیا «خشم» واژه‌ی درستی است یا نه، شاید باید بگویم «درمانده». اینکه نتوانم آن حجم از کار روی میزم را در آن زمان انجام دهم.»

- چطور با این موضوع برخورد می‌کردی؟

- عصبی می‌شدم و سعی می‌کردم با پیاده‌روی خونسردی‌ام را حفظ کنم؛ بعدش برمی‌گشتم و دوباره درگیر کار می‌شدم و آن را انجام می‌دادم.

- خب چرا به سراغ کسی که این حجم از کار را به تو محول کرده بود نمی‌رفتی و به او خاطرنشان نمی‌کردی که انجام این همه کار برای

یک نفر سخت است؟

- هرگز این کار را نکردم. به این دلیل که من می‌توانم از پس هرکاری بر بیایم. تصمیم من این بود که فردی در آن بخش باشم که بیشترین پوشه‌ها را به بهترین شکل به اتمام می‌رساند.

- چرا؟

- به چند دلیل. یکی غریزه‌ی رقابت. دوم اینکه من دستمزد خوبی دریافت می‌کنم؛ بنابراین باید کارم را به نحو احسن انجام دهم. رویکردی که من همیشه در پیش گرفته‌ام این بوده است که: «شما به من کار می‌دهید و من آن را انجام می‌دهم. اگر کار بیشتری به من دهید، من بیشتر کار می‌کنم و اگر کار کمتری به من محول کنید من هم کار کمتری انجام می‌دهم.»

- و اگر آن‌ها تعداد کارمندان را کمتر کنند و افراد باقیمانده مجبور باشند همین میزان کار را انجام دهند، آن وقت چه می‌شود؟

- من کار بیشتر انجام می‌دهم. درواقع، آنچه که معمولاً انجام داده‌ام، این بوده است که به سراغ افراد دیگری بروم که از فشار کاریشان شکایت دارند، و کار را از آن‌ها بگیرم. همیشه کمی احساس گناه در من بود؛ اینکه می‌توانستم درمورد این پوشه یا آن پوشه بهتر کار کنم. همیشه این احساس را داشتم که کار بیشتری بود که می‌توانستم انجام دهم. من در نشان دادن این تصویر از خودم، که می‌توانم نسبت به بقیه کار بیشتری را در زمان کمتری انجام دهم، افتخار می‌کردم.

- بین این موضوع و کودکی‌ات ارتباطی وجود دارد؟

- بخشی از این به مادرم بر می‌گردد. اگر من کارنامه‌ام را با سه تا A و سه تا B به خانه می‌آوردم، به من می‌گفت: «چرا هر شش تا را A نگرفتی؟» هیچ‌کدام از کارهایم به‌اندازه‌ی کافی خوب نبود. او همیشه به‌صورت خودکار فرض را بر این می‌گذاشت که من درنهایت در زمینه‌ای حرفه‌ای خواهم شد. اینکه من زندگی‌ام را به‌عنوان کارگر ساختمانی شروع کردم، یک یأس بزرگ برای مادرم بود.

۶. من خواستنی نیستم - من دوست داشتنی نیستم

گیلدا رندر در تمام عمر این ادراک را نسبت به خودش داشت که خواستنی نیست. نشانه‌ی عمق یأس روانی گیلدا در چند تا یادداشت بارز

بود که همسرش، گن ویلدر بعد از مرگش پیدا کرد. در یکی از این یادداشت‌ها با عنوان «سؤالات دست راست- پاسخ‌های دست چپ»، سؤالات با دست راست گیلدا نوشته شده بودند و پاسخ‌ها با دست چپ. این فن و عنوان خیلی معنادار هستند: سمت راست مغز ما یعنی سمت کل‌نگرانه و عاطفی‌مان سمت چپ را کنترل می‌کند. یکی از سؤالات دست راستی می‌پرسد: «آیا سرطان مادر درونت است؟» پاسخ دست چپ: «او نمی‌خواهد که من وجود داشته باشم.»

۷. من وجود ندارم مگر اینکه چیزی انجام دهم. من باید وجودم را توجیه کنم

جوینس، استاد دانشگاه و مبتلا به آسم، درباره‌ی احساس وحشتناکش از پوچی صحبت می‌کرد؛ زمانی که کارهای زیادی برای انجام دادن نداشت. من از او پرسیدم این برایش چه معنایی دارد.

«پوچی در من به این ترس مربوط می‌شود که اگر امور و خواسته‌ها را محقق نکنم، واقعاً وجود ندارم. من در کودکی بخشی از یک معادله‌ی کل نبودم. تمام فشارهای عصبی که برای پدر و مادرم اتفاق می‌افتادند، و برای پدر و برادرم، من بخشی از آن‌ها نبودم. من هشت سال کوچک‌تر و یک دختر بودم؛ یک دختر بچه‌ی تمام و کمال. همه‌ی این چیزها جریان داشت. حسی که وجود داشت، این بود که تو وجود نداری مگر اینکه کاری در دنیا انجام دهی.»

۸. من برای اینکه استحقاق مراقبت را داشته باشم باید خیلی مریض شده باشم

آنجلا دو سال قبل، در سن ۴۵ سالگی، مبتلا به سرطان رحم تشخیص داده شد. قبل از این، او با مشکل اعتیاد، بی‌اشتهایی- پراشتهایی، افسردگی و فیبرومالاریا دست و پنجه نرم می‌کرد. در نقطه‌ای از زندگی‌اش برای کم کردن وزن، تحت عمل جراحی بای پاس [۱۷۳] روده قرار گرفت. او ۱۵۰ پوند در یک سال از دست داد، اما خیلی زود دوباره این وزن به او برگشت، چون نه میزان استرسش تغییری کرده بود و نه عادات خوردنش. من در خانه‌ی امید، مرکز مشاوره و حمایت در ونکوور برای افرادی که غده‌ی بدخیم و یا انواع بیماری‌های مزمن را دارند، با آنجلا مصاحبه کردم.

«من احساس می‌کنم سرطان برای من یک هدیه بود؛ چون من را از آژانس Revenue Canada بیرون کشید. من در بیست سال گذشته ویراستار بودم

و از کارم تنفر داشتم. از همان زمان کودکی، وقتی مواجهه و تعارضی وجود داشت، نمی‌توانستم شخصاً آن را به عهده نگیرم. آدم‌ها وقتی تحت حساب‌رسی قرار می‌گیرند، نگران می‌شوند و تمام نفرتشان را از دولت و مالیات به شما فرافکنی می‌کنند و من این را قبول می‌کردم.»

- چرا سرطان باعث شد از کاری که متنفر بودی و برایت بد بود بیرون بیایی.

- من اکثر وقت‌ها افسرده بودم و احساس می‌کردم هیچ انتخابی ندارم. من از هفده سالگی کار می‌کردم. می‌دانستم که در کارهای دیگر، اگر خیلی بیمار باشی تو را نمی‌پذیرند. من خیلی بیمار بودم. در این دولت، شما شبیه یک دندان‌درد در چرخ هستید. صدها فرد دیگر هستند که همان کار شما را انجام می‌دهند؛ طوری که اگر کار شما انجام نشود، آن‌ها می‌توانند این کار را به کس دیگری بسپارند. به این دلیل است که من بدون هیچ ترسی، آنجا ماندم.

- سرطان چطور توانست تو را از آنجا بیرون بکشد؟

- بعد از تشخیص سرطان، به خانگی امید رفتم و با مشاورین آنجا صحبت کردم. آنجا من را تشویق کردند که احساساتم و زندگی‌ام را مرور کنم. من متوجه شدم که همیشه داشتم تلاش می‌کردم تا برازنده‌ی چیزی باشم که واقعاً مناسب من نبوده است.

- آیا آنجا عنوان کتاب من را به شما گفتند؟

- خب؛ بله. بدن من هم نه گفت. من عملاً به مدت دو سال خونریزی اساسی داشتم و از من بارها آزمایش می‌گرفتند. آن‌ها دو بار بافت‌برداری انجام دادند؛ در بافت برداری دوم، سلول‌های سرطانی پیدا کردند. وقتی که دکتر واژه‌ی سرطان را بهم گفت، غریزه‌ام، در یک میلی ثانیه گفت Revenue Canada. این کاملاً برایم روشن بود. من در بیست سال گذشته این پیام را دریافت کرده بودم، اما آن را نادیده می‌گرفتم.

- این همان چیزی است که من دارم می‌پرسم. چرا سرطان باعث شد این کار را انجام دهی؟

- چون این یک چیز واقعی بود. همه‌ی این‌ها توی ذهن من بود که اختلالات مربوط به خلق کافی نیستند؛ اینکه پراشتهایی کافی نیست. خب، هر کسی به اختلالات ذهنی طوری نگاه می‌کند که انگار مشکل از شما نیست. کلی قضاوت درباره‌ی آن وجود دارد.

- اما در اینجا مغزی وجود دارد؛ یک ارگان فیزیکی. اختلال خلقی هم مثل سرطان رحم، فیزیولوژیک است.
- من با شما موافقم. اما اینجا موضوع مربوط به قضاوت خود من از آن می‌شود؛ چون چیزی را باور داشتم که خانواده‌ام و جامعه‌ام مرا نسبت به آن شرطی کرده بودند. فقط، این حقیقت که افسرده بودم و کارم من را بیمار کرده بود در ذهن خودم کافی نبود. من خیلی دغدغه‌ی این را داشتم که دیگران - و از همه مهم‌تر خانواده‌ام - چه فکری می‌کنند.

سیستم حمایتی که آنجلا از زمان تشخیص سرطان‌اش پیدا کرده، او را قادر ساخته تا با مسائلش رو در رو شود. «من امنیتی را احساس می‌کنم که قبلاً هرگز احساس نکرده بودم؛ مخصوصاً وقتی که آن‌همه‌چیز را در جدایی از Revenue Canada تجربه می‌کردم؛ و من را کلی تشویق کردند تا کارهایی را که عاشقشان هستم انجام دهم، کارهایی را انجام دهم که برایشان اشیا دارم.»

گرچه درمورد بشر، هرچیزی ممکن است، اما پذیرفتن این موضوع سخت است که هنریتا، واقعاً نمی‌خواسته دخترش وجود داشته باشد یا اینکه مادر لزل، کاملاً آگاهانه می‌خواست که پسرش مسئولیت شادی او را داشته باشد و یا اینکه والدین آلن می‌خواستند به او القا کنند که او فقط وقتی دوست داشتنی است که عصبانی نباشد. بسیاری از والدین، احساس عشق بی‌قید و شرط نسبت به فرزندشان دارند و این چیزی است که آن‌ها امیدوارند به فرزندشان منتقل کنند. دانستن این مهم است، اما این چیزی نیست که اهمیت داشته باشد. چیزی که مهم است ادراکات ناهشیار کودک، بر اساس عمیق‌ترین تفسیرهایش از تعاملش با دنیا است. این تفسیرها که در سطح سلولی نهفته‌اند، بیولوژی باور را می‌سازند که بخش زیادی از احساساتمان، کارهایی که انجام می‌دهیم و نوع واکنشمان به رویدادها را پوشش می‌دهد.

یکی از عوامل اساسی دخیل در پیدایش بسیاری از بیماری‌ها -مثل تمام مثال‌هایی که آوردیم- فشار زیاد استرسی است که باورهای ناهشیار به ما القا می‌کنند. وقتی التیام پیدا کنیم، لازم است کار دردناکی را انجام دهیم که رفته‌رفته سنگین‌تر شده، و آن این است که بیولوژی باوری را که در اوایل زندگی به‌دست آورده‌ایم معکوس کنیم. صرف نظر از وجود هر نوع درمان خارجی‌ای، عامل التیام در درون قرار دارد. محیط درونی است که باید تغییر کند. دست یافتن به التیام و تجربه‌ی کامل آن، جستجو و سفر به مرکز بیولوژی باور خودمان را می‌طلبد. این به‌معنای تفکر مجدد و شناخت مجدد زندگی‌هایمان است. منظور از شناخت مجدد دانستن دوباره است.

صرف نظر از هر سمت و سوی درمانی که افراد انتخاب کنند (پزشکی مرسوم با یا بدون التیام مکمل، رویکردهای جایگزین مثل انرژی درمانی یا فنون مختلف ذهن- بدن، فعالیت‌های شرقی باستان مثل طب‌ایورودا یا یوگا یا طب سوزنی چینی، فعالیت‌های جهانی فنون مراقبه، روان درمانی و التیام غذایی) کلید التیام، انتخاب فعالانه، آزاد و آگاهانه فرد است. برای دست یافتن به ظرفیت ذاتی بشر برای آزادی، که در بسیاری از آموزه‌ها، کتاب‌ها و سایر منابع عنوان شده است، شیوه‌های متفاوت زیادی وجود دارد. رهایی از شرایط خارجی تحمل‌ناپذیر و پراسترس ضروری است، اما این فقط زمانی ممکن است که اول از همه خودمان را از استبداد بیولوژی باور نهادینه شده در وجودمان رها کنیم.

فصل ۱۸: قدرت تفکر منفی

کارن گلن، سرطان شناس و نکووری، استعاره‌های مرتبط با مبارزه را که معمولاً برای سرطان استفاده می‌شوند، قبول ندارد. او می‌گوید:

«مفهوم مد نظر این است که با هرچیزی در اندازه‌ی کافی می‌توانید آن را کنترل کنید، با هرچیزی در اندازه‌ی کافی می‌توانید آن را بیرون کنید. این به این معناست که این تماماً یک نبرد است، اما من فکر نمی‌کنم این نوع نگاه مفید باشد. اول اینکه، از نظر فیزیولوژی معتبر نیست. دوم اینکه، حتی فکر نمی‌کنم از نظر روان‌شناختی هم سالم باشد.»

«چیزی که برای بدنمان اتفاق می‌افتد صرفاً جریان است؛ ورودی هست و خروجی هست و شما نمی‌توانید تمام ابعاد آن را کنترل کنید. ما باید این جریان را بشناسیم، بدانیم چیزهایی هستند که می‌توانیم بر آن‌ها تأثیر بگذاریم و چیزهایی هم هستند که نمی‌توانیم. این یک نبرد نیست، پدیده‌ی هل دادن-کشیدن برای دست یافتن به تعادل و هماهنگی، پدیده‌ی ورز دادن تمام نیروهای متعارض در یک خمیر است.»

چیزی که ما از آن با عنوان نظریه‌ی نظامی‌وار بیماری یاد می‌کنیم، بیماری را یک نیروی متخاصم در نظر می‌گیرد، چیزی خارجی که ارگانیزم باید با آن مبارزه کند و آن را شکست دهد. این دیدگاه حتی در درمان عفونت‌های حاد که می‌توانیم میکروارگانیزم‌های مهاجم به بدن را شناسایی کنیم و آن‌ها را با آنتی بیوتیک بکشیم، سؤال مهمی را بدون پاسخ می‌گذارد: «چرا یک نوع باکتری یا ویروس فردی را زنده نگه می‌دارد، اما فرد دیگر را از پا در می‌آورد؟» ارگانیزمی مثل استرپتوکوک، که مسئول بیماری گوشت‌خواری است، درون افراد زیادی زندگی می‌کند اما فقط در تعداد کمی از انسان‌ها عامل بیماری می‌شود؛ یا اینکه می‌تواند در یک زمان درون فردی وجود داشته باشد بدون اینکه او را بیمار کند، اما در زمان دیگری، حمله‌ی مرگباری را در زندگی فرد ترتیب دهد. این تفاوت را چه چیزی توجیه می‌کند؟

قرن نوزدهم بحث‌های داغی را در ارتباط با این موضوع به خود دید؛ بحثی که برای چند دهه بین دو شخصیت برجسته در تاریخچه پزشکی صورت گرفت، میکروبیولوژیست پیشگام، لوئی پاستور و فیزیولوژیست کلاود برنارد. پاستور تأکید داشت که کشندگی میکروب، مسیر بیماری را مشخص می‌کند و برنارد تأکید داشت که آسیب‌پذیری بدن میزبان، بیش از هرچیزی مسئول است. پاستور در بستر مرگ حرفش را پس گرفت. او گفت (به

فرانسوی): «Legerm n'est rien, c'est la terrain qui est tout» یعنی: «حق با برنارد است. میکروب هیچی نیست. زمینه (یعنی بدن انسان) همه چیز است.»

پاستور در حال مرگ، شاید در مسیر مخالف تغییر موضع داده باشد، اما شاید هم نگاهی به سمت آینده داشته است. از زمان او و به خصوص با ظهور عصر آنتی‌بیوتیک در میانه‌ی قرن نوزدهم، تقریباً فراموش کرده‌ایم که قلمرو بیماری، انسانی خاص در زمان خاصی از تاریخچه‌ی زندگی‌اش است. جورج آنجل، محقق یگانگی ذهن-بدن در پزشکی، در سال ۱۹۷۷ این سؤال را مطرح کرد: «چرا این بیمار «الان» به این بیماری مبتلا شده است؟» [۱] با هر نیت و هدفی که باشد، فعالیت پزشکی مدرن، نگاه ساده‌انگارانه‌ی «علت و معلول» را در پیش گرفته است. وقتی که هیچ عامل خارجی روشنی پیدا نیست -مثل بسیاری از بیماری‌های جدی- این جریان، خودنمایی می‌کند و حرف از وجود علت ناشناخته به میان می‌آید. رایج‌ترین عبارت در متون درسی پزشکی داخلی «بیماری با علت ناشناخته» است.

وقتی تواضع علمی را بپذیریم، مدل علت و معلولی بیماری، خودش منشأ بد فهمی است. این مدل نمی‌تواند مسیر تبدیل سلامت به بیماری یا نحوه تبدیل بیماری به سلامت را توصیف کند. سنت صوفی، داستان مشهور احمق و فرزانه قرن بیستم، ملانصرالدین را برایمان تعریف می‌کند که چهار دست و پا در نور خیابان دنبال چیزی می‌گردد. همسایه‌هایش می‌پرسند: «به دنبال چه می‌گردی؟» او می‌گوید: «کلیدم.» همه‌ی همسایه‌ها همراه با او می‌گردند و تمام منطقه‌ی نزدیک لامپ را با دقت و حساب شده می‌گردند. هیچ‌کس کلید را پیدا نمی‌کند. در نهایت یک نفر می‌پرسد: «نصرالدین کلیدهایت را کجا گم کردی؟» «در خانه‌ام.» «پس چرا اینجا به دنبالش می‌گردی؟» «چون اینجا زیر نور لامپ بهتر می‌توانم ببینم.» جستجوی علت‌های مجزا مثل میکروب و ژن می‌تواند آسان‌تر باشد (و از نظر مالی مقرون به صرفه)، اما مادامی‌که دیدگاه فراخ‌تر را نادیده بگیریم، بیماری‌ها همیشه آسیب‌شناسی نامعلومی دارند. جستجو در بیرون، جایی که نور لامپ هست، ما را به کلید سلامتی نمی‌رساند. ما باید به دنبال درون باشیم، جایی که تاریک و مبهم است.

هیچ بیماری‌ای یک علت مجزا ندارد. حتی وقتی خطرات مهمی را می‌توانیم شناسایی کنیم -مثل ارثی بودن بیولوژیک درمورد بعضی از بیماری‌های خود ایمنی یا سیگار درمورد سرطان ریه- باز هم این آسیب‌پذیری‌ها به صورت مجزا وجود ندارند. شخصیت نیز خودش به تنهایی

علت بیماری نیست: صرفاً در اثر سرکوب کردن خشم سرطان نمی‌گیریم و یا از زیادی خوب بودن، ALS نمی‌گیریم. مدل سیستمی تشخیص می‌دهد که بسیاری از فرآیندها و عوامل در کنار هم در شکل‌گیری بیماری یا در ایجاد سلامت نقش دارند. ما در این کتاب، مدل «زیستی- روانی- اجتماعی- پزشکی» را نشان داده‌ایم. طبق نگاه زیستی- روانی- اجتماعی، بیولوژی فرد بازتاب تاریخچه‌ی ارگانیسم انسان در تعامل همیشگی‌اش با محیط است و نیز بازتاب تبادل همیشگی انرژی‌ای که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در آن، به‌اندازه‌ی عوامل روانی سرنوشت‌ساز هستند. همان‌طور که دکتر گلمن عنوان می‌کند، التیام پدیده‌ی دست یافتن به تعادل و هماهنگی است.

ما نمی‌توانیم همیشه به خودمان یادآوری کنیم که واژه‌ی التیام برگرفته از منشأ قدیمی به‌معنای کامل [۱۷۴]- و به تبع آن، معادل تمامیت و سلامت‌مان است. التیام یافتن یعنی اینکه کامل شویم. اما چطور می‌توانیم از چیزی که همین الان هستیم کامل‌تر باشیم؟ یا اینکه چطوری است که ما هیچ‌وقت نمی‌توانیم کمتر از کامل باشیم؟

چیزی که کامل است، به دو طریق ممکن می‌تواند ناقص شود: اینکه یا بتوانیم چیزی را از آن کم کنیم یا هماهنگی درونی‌اش به قدری به هم ریخته باشد که بخش‌هایی که با هم کار می‌کردند، دیگر کار نکنند. همان‌طور که دیده‌ایم، استرس به هم خوردن تعادل درونی فرد در پاسخ به تهدیدی ادراک شده است؛ مثلاً تهدید به دریغ‌نازی ضروری. گرسنگی جسمی می‌تواند چنین محرومیتی باشد، اما در جامعه‌ی ما، تهدید معمولاً روانی است؛ مثلاً توقف غذای عاطفی یا اختلال در هماهنگی روانی.

زنی که مبتلا به سرطان تخمدان بود می‌گفت: «من نمی‌توانم بفهمم که چرا سرطان دارم. من زندگی سالمی داشتم، تغذیه‌ی خوبی هم داشتم و به‌طور مرتب ورزش می‌کردم. همیشه به‌خوبی از خودم مراقبت کرده‌ام. اگر بنا باشد تصویری از سلامت ارائه دهیم، آن من هستیم.» حیطه‌ای که او نادیده می‌گرفت، برایش نامحسوس بود: استرس مربوط به سرکوبی عاطفی. نهایت تلاش‌های استادانه و آگاهانه‌اش برای مراقبت درست از خودش، به حیطه‌ای که او از وجودش خبر نداشت بسط پیدا نکرد. به این دلیل است که دانش و بینش قدرت تغییر دارند و اینکه بینش خیلی بیشتر از نصیحت به افراد کمک می‌کند. اگر این قابلیت را به‌دست آوریم تا با صداقت، دلسوزی و نگاهی شفاف خودمان را کنکاش کنیم، در این‌صورت می‌توانیم چیزهایی را که برای مراقبت از خودمان نیاز داریم شناسایی کنیم. ما حتی می‌توانیم حیطه‌هایی

از خودمان را که قبلاً در تاریکی پنهان شده بودند، ببینیم.

پتانسیل تمامیت برای سلامت در تمام ما وجود دارد؛ همان‌طور که پتانسیل بیماری و ناهماهنگی وجود دارد. بیماری یک ناهماهنگی است. به معنای دقیق‌تر، جلوه‌ای از ناهماهنگی درونی است. اگر بیماری را چیزی خارجی و بیرونی بدانیم، ممکن است درنهایت در مقابل خودمان جنگ به پا کنیم. اولین قدم در دنبال کردن مسیر سلامت، این است که دلبستگی‌مان را به چیزی که تفکر مثبت می‌نامیم، کنار بگذاریم. زمان‌های زیادی بود که در جریان کار مراقبت موقتی، با افراد ملولی می‌نشستم که سردرگمیشان را از داشتن سرطان ابراز می‌کردند. مردی که در اواخر دهه‌ی چهارم زندگی‌اش بود بهم گفت: «من همیشه فردی با تفکر مثبت بودم. هیچ‌وقت خودم را تسلیم افکار بدبینانه نکردم. پس چرا باید سرطان بگیرم؟»

من قدرت تفکر منفی را به عنوان پادزهر خوشبینی لاعلاج، توصیه کرده‌ام. این را هم، همین الان اضافه کنم که این صرفاً یک شوخی است. «چیزی که من به آن باور دارم قدرت تفکر است.» به محض اینکه واژه‌ی تفکر را به صفت مثبت محدود کنیم، بخش‌هایی از واقعیت را که به نظرمان «منفی» می‌آیند، نادیده می‌گیریم. اینگونه است که بیشتر کسانی که از تفکر مثبت حمایت می‌کنند، ظاهراً مؤثر هستند. تفکر مثبت اصیل با در نظر گرفتن تمام واقعیت‌مان شروع می‌شود. این تفکر را این اطمینان به جلو می‌برد که ما می‌توانیم برای مواجهه با تمام حقیقت به خودمان اعتماد کنیم، حالا این حقیقت هرچه می‌خواهد باشد.

همان‌طور که دکتر مایکل کر خاطرنشان می‌کند، خوشبینی و سواستی یکی از راه‌هایی است که انسان‌ها اضطرابشان را به آن می‌دوزند تا از مواجهه با آن اجتناب کنند. این شکل از تفکر مثبت، مکانیسم مقابله‌ی کودک آسیب دیده است. چنانچه این کودک در بزرگسالی همچنان آسیب دیده باشد و در عین حال از آن آگاه نباشد، این مکانیسم دفاعی باقی‌مانده از کودکی، تبدیل به مبنای زندگی‌اش می‌شود. شروع علائم یا تشخیص بیماری به رسیدگی دوجانبه کمک می‌کند: این بیماری چه چیزی را درباره‌ی گذشته و حال به من می‌گوید و چه کمکی در آینده می‌کند؟ بسیاری از رویکردها تنها بر نیمه‌ی دوم این جفت التیام تمرکز می‌کنند؛ بدون اینکه تمام آنچه را که از ابتدا به

ظهور بیماری منتهی شده است، در نظر بگیرند. این روش‌های «مثبت» قفسه‌های کتاب و امواج رادیویی را پر می‌کنند.

برای التیام یافتن، جمع کردن قوت تفکر منفی ضروری است. تفکر منفی، نگاه تیره و بدبینانه‌ای نیست که خودش را در جامه‌ی «واقع‌گرایی» نشان می‌دهد. بلکه تمایل به این سمت است که چیزهایی را هم که کار نمی‌کنند، به حساب بیاوریم. چه چیزی در تعادل نیست؟ چه چیزی را نادیده گرفته‌ام؟ بدنم دارد به چه چیزی نه می‌گوید؟ اگر این سؤال‌ها را از خودمان نپرسیم، استرس‌هایی که مسئول فقدان تعادل ما هستند، همچنان پنهان باقی می‌مانند. حتی مهم‌تر از این، مطرح نکردن این سؤالات، خودش منشأ استرس است. اول اینکه، «تفکر مثبت» بر این باور ناخودآگاه مبتنی است که ما به اندازه‌ی کافی قوی نیستیم که کنترل واقعیت را به دست بگیریم. اینکه اجازه می‌دهیم این ترس بر ما غالب شود، حالتی از دلهره کودکی را در پی دارد. صرف نظر از اینکه این دلهره هشیار باشد یا نه، حالتی از استرس است. دوم اینکه فقدان اطلاعات لازم درباره‌ی خودمان و موقعیت‌مان یکی از منابع اصلی استرس و یکی از فعال کننده‌های نیرومند پاسخ غده‌ی هیپوتالاموس- غده هیپوتیز- غدد فوق کلیوی (HPA) به استرس است. سوم اینکه، استرس با بالا رفتن کنترل مستقل و خودمختار ضعیف می‌شود.

شما مادامی‌که تحت فرمان پویایی رابطه، حس گناه یا نیاز دلبستگی، عطش موفقیت، ترس از کارفرما و یا ترس از کسالت باشید، نمی‌توانید خود مختار باشید. علتش ساده است: تا زمانی که تحت امر هرچیزی باشید، خودمختاری غیر ممکن است. مثل برگی که باد آن را به این سو و آن سو می‌کشانند، فرد تحت امر هم توسط نیروهایی قدرتمندتر از خودش کنترل می‌شود. این فرد، حتی اگر باور داشته باشد که او خودش سبک زندگی پراسترسش را «انتخاب» کرده است و حتی اگر از فعالیت‌هایش لذت ببرد، باز هم میل خودمختارش درگیر نمی‌شود. انتخاب‌هایی که می‌کند، به ریسمان‌هایی نامحسوس وصل هستند. حتی اگر این فقط تحت اختیار خودش باشد هم، او همچنان نمی‌تواند نه بگوید. درنهایت وقتی از خواب بیدار می‌شود، سرش را مثل پینوکیو تکان می‌دهد و می‌گوید: «چقدر احمق بودم که یک آلت دست بودم.»

جوینس، سخنران دانشگاه و مبتلا به آسم، نه گفتن برایش غیرممکن است. ریه‌هایش به جای او نه می‌گویند. ترس او از نه گفتن، ترس از دیگران نیست، بلکه ترس از حس تهی بودن است که وقتی خودش را به سمت جلو هل نمی‌دهد آن را احساس می‌کند. او می‌گوید: «حس تهی بودن

به ترس من از این مربوط می‌شود که اگر خواسته‌ها را محقق نکنم، واقعاً وجود ندارم.» اگر از قدرت تفکر منفی‌اش کمک می‌خواست، می‌توانست این خلأ ترسناک درون خودش را بپذیرد. در این صورت، به جای اینکه تلاش کند تا این خلأ را با کارهای مثبت پر کند، تجربه‌ی آن خلأ را کشف می‌کرد.

میشل، که در سن ۳۹ سالگی مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شد، در گذشته با عادت همیشگی خیالبافی به دنبال تسکین بود. او وقتی ناشادی کودکی‌اش را به‌خاطر می‌آورد، گفت: «جای تعجب ندارد که من در دنیایی فانتزی زندگی می‌کردم. این دنیا امن‌تر است. در آنجا شما قواعد خودتان را می‌سازید و می‌توانید تا اندازه‌ای که دلتان می‌خواهد، آن را حمایتی و شاد بسازید، اما دنیای بیرون کاملاً متفاوت است.»

یکی از تحقیقاتی که انجام آن بیش از تقریباً دو سال طول کشید، نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان پستان، با گرایش به مشغول شدن با خیال‌پردازی‌های دوست‌داشتنی، پیش‌آگهی ضعیف‌تری داشتند نسبت به افراد مشابهشان که بیشتر به واقعیت متکی بودند و همین‌طور، زنانی که احساسات منفی کمتری را گزارش می‌دادند. [۲]

طبق گزارش دیگری از زنان مبتلا به سرطان پستان عود کننده، «بیمارانی که در مسیر استرس روانی، آن را کم گزارش دادند و کسانی که دیگران آن‌ها را «سازگار» ارزیابی می‌کردند، طی یک سال پیگیری بعد از آن، بیشتر مستعد مرگ بودند.» [۳]

این یافته‌ی تکراری که افرادی با الگوهای فکری شادتر و کم در دستر ممکن است از بیماری بیشتری رنج ببرند، ظاهراً عقل سلیم را به چالش می‌طلبد. باور کلی بر این است که عواطف مثبت می‌بایست به سمت تندرستی هدایت کننده باشند. گرچه این درست است که لذت و رضایت اصیل، سلامت جسمی را تقویت می‌کنند، اما حالت‌های «مثبتی» از ذهن که به منظور همخوان کردن ناراحتی روانی شکل گرفته‌اند، مقاومت در برابر بیماری را کاهش می‌دهند.

مغز فعالیت تمام ارگان‌ها و سیستم‌های بدن را پوشش داده و یکپارچه می‌کند و همزمان تعاملاتمان را با محیط هماهنگ می‌کند. این کارکرد تنظیم کننده، به شناختی روشن از تأثیرات منفی، سیگنال‌های خطر و نشانه‌های رنجوری درونی بستگی دارد. در بچه‌هایی که

محیطشان به شکل مزمنی پیام‌های مختلفی می‌فرستد، در سیستم در حال رشد مغز، نقصی اتفاق می‌افتد؛ ظرفیت مغز برای ارزیابی محیط از بین می‌رود، مثلاً قابلیت تمیز آنچه که غنی است از چیزی که سمی است. افرادی که به این شکل آسیب دیده‌اند -مثل تجربه‌ی میشل در کودکی- بیشتر مستعد تصمیم‌گیری‌هایی هستند که به استرس بیشتر منتهی می‌شود. هر چقدر که این افراد بیشتر تلاش کنند اضطرابشان را با «افکار مثبت»، انکار و خیال‌پردازی همخوان کنند، تأثیر استرس روی آن‌ها طولانی‌تر خواهد بود و بیشتر به آن‌ها آسیب خواهد زد. مثلاً وقتی کسی فاقد قابلیت احساس گرما باشد، خطر سوختگی بالا می‌رود.

غیرقابل اجتناب است که تفکر منفی از نوع صادقانه، به شکل‌هایی از درد و تعارض منتهی می‌شود که از آن‌ها دوری می‌کردیم. جور دیگری نمی‌تواند باشد. نیاز شدید کودک به اجتناب از درد و تعارض، مسئول خصیصه‌ی شخصیتی و سبک مقابله‌ای است که بعدها او را در بزرگسالی مستعد بیماری خواهد کرد. ناتالی، با بیماری ام‌اس، همسری معتاد و از نظر عاطفی بدرفتار را تحمل می‌کرد. او در دوره‌ی نقاقت همسرش بعد از دو عمل سرطان، خالصانه از او پرستاری کرد و درخواست‌های غیر معقولش را تحمل می‌کرد. همسرش به او خیانت هم کرد، اما حتی سال‌ها بعد از مرگ همسرش، او هنوز هم نمی‌تواند به انتظارات دیگران نه بگوید. «پنج سال در مسیر رو به پایین هستم و هنوز یاد نگرفته‌ام که باید مسیر را برای خودم هموار کنم. بدن من مدام به من نه می‌گوید و من همچنان راه خودم را می‌روم. من یاد نمی‌گیرم.» و اما توضیح ناتالی؟ «پرستار درونم اجازه‌ی توقف به من نمی‌دهد.» این داستانی است که او برای خودش تعریف می‌کند؛ انگار واقعاً پرستاری قدرتمند در او وجود داشته که رفتارش را کنترل می‌کرده است. وقتی ناتالی نه نمی‌گوید، احتمالاً احساس استرس می‌کند و از درگیری ناگهانی با بیماری ام‌اس رنج می‌برد. اما برای اینکه خودش را از این استرس رها کند، باید این واقعیت دردناک را بپذیرد که فقط انتخاب‌های خودش [بر اساس ادراکات کودکی‌اش] هستند که او را از مطالبه‌ی نیازهایش ناتوان می‌کنند.

بسیاری از افراد، به‌خاطر افسانه‌ی داشتن «کودکی شاد» -که احساس می‌کنند به آن‌ها تحمیل شده و دو دستی به آن چسبیده‌اند- از خودشناسی و رشد فردی باز می‌مانند. کمی تفکر منفی به این افراد قدرت می‌دهد تا این خود فریبی را، که آن‌ها را در الگوهای رفتاری

خود مخرب غرق می‌کند، ببینند.

جین، منشی حقوقی ۳۵ ساله، در سن ۲۴ سالگی مبتلا به بیماری ام‌اس تشخیص داده شد و از ضعف بدنی، سرگیجه، خستگی مفرط، مشکلات مثانه و درنهایت از فقدان موقتی بینایی رنج می‌برد. او تقریباً یک سال را در نهادهای پزشکی، در بیمارستان مراقبت‌های حاد و بعداً در مرکز تسهیلات توان‌بخشی گذراند. چند مورد عود بیماری بعد از آن خیلی خفیف‌تر بوده است.

جین در سن نوزده سالگی ازدواج کرد. اولین همسرش بزرگ‌تر از خودش و کنترل‌گر و بدرفتار بود.

«بیشتر از نظر عاطفی و لفظی بود، اما درنهایت رفتار فیزیکی هم داشت. او من را کتک می‌زد و این موقع بود که او را ترک کردم. او معمولاً مکالمات تلفنی من با دوستانم را ضبط می‌کرد. من دو تا شغل داشتم؛ شب‌ها موسیقی کار می‌کردم و طی روز، در مهدکودک کار می‌کردم. درنهایت، چک‌های حقوقی‌ام را تحویل دادم. کار کردن در این گروه را دوست نداشتم. مسافرت‌های خیلی زیادی داشت و من تنها بودم.

در بیشتر طول زندگی‌ام، اختلال خوردن داشتم. وقتی بیمارستان رفتم، وزنم ۸۹ پوند بود و قدّم ۵۶ پا بود. من بی‌اشتهایی عصبی داشتم. یک روز همسرم را ترک کردم و درنهایت به بیمارستان رفتم.»

- پنج سال تحمل مرد بدرفتار خیلی بزرگ‌تر از خودت نمی‌تواند تصادفی باشد. من باور دارم که این شرایط چیزهای زیادی درباره‌ی خانواده مبدأ تو برای گفتن دارد.

- نمی‌توانستم بیشتر از این مخالفت کنم. خانواده‌ی من دورترین رابطه را با بدرفتاری داشتند. من یک خانواده‌ی فوق‌العاده حمایتی دارم. دو برادر و یک خواهر و والدینی که به مدت ۵۵ سال ازدواج شادی داشتند. هیچ‌وقت جز با مراقبت و عشق و لطافت با من رفتار نکردند.

- من درباره‌ی خانواده‌ات از واژه‌ی «بدرفتار» استفاده نکردم. من گفتم که داستان چیزهای زیادی درباره‌ی خانواده مبدأ تو به ما می‌گوید.

- اوه! [بعد از یک مکث طولانی] نمی‌دانم. این به شما چه می‌گوید؟

- اول از همه بگذار ازت بپرسم که آیا در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌ای؟

- نه. البته وقتی که حدوداً یازده ساله بودم یکی از شرکای پدرم مرا لمس کرد که برایم خوشایند نبود. ما با بقیه اردو زده بودیم. من این را به والدینم گفتم. البته همان موقع به آن‌ها نگفتم، سال‌ها بعد این را گفتم.
- ما دور آتش نشسته بودیم و من شلوارک پوشیده بودم. او به من گفت که چه دختر زیبایی هستی و هندوانه زیر بغلم گذاشت. دستش را بالا آورد و من را لمس کرد. فکر کنم نیم ساعت بیشتر نشد، اما وقتی شروع به لمس کردن من کرد، آن وقت من بهانه آوردم و آنجا را ترک کردم و می‌دانستم که از این بابت نگران هستم.
- این خیلی برای من مبهم است. من تقریباً به خودم شک کردم. حتی همین الان که دارم برایتان تعریف می‌کنم، انگار اتفاق خاصی نبوده، اما در ذهن من نقش بسته است. حسی که نسبت به این موضوع داشتم را به‌خاطر می‌آورم، حس ناپاکی، چندش، یک حس وحشتناک.
- اگر یک دختر یازده ساله داشتی و چیزی مشابه این برایش اتفاق می‌افتاد، دوست داشتی او چکار کند؟
- وای. مطمئناً دلم نمی‌خواهد او بعد از چند سال این‌ها را به من بگوید.
- چرا؟
- چون اول از همه می‌خواهم این توانایی را داشته باشم که با او درباره‌ی این‌ها صحبت کنم و به او کمک کنم تا تمام احساساتش را درک کند.
- و اگر به تو نگفته بود چه؟
- فکر می‌کنم ترسیده به من بگوید. نمی‌دانم چه فکری خواهم کرد.
- در این هنگام جین داشت جلوی اشک‌هایش را می‌گرفت، اما می‌خواست که به مصاحبه ادامه دهد.
- آیا بچگی‌ات را شاد به‌خاطر می‌آوری؟
- البته.
- درباره‌ی کم اشتباهی عصبی بهم بگو.

- فکر کنم حدود پانزده سالم بود. من هیچوقت برچسب کم اشتهاهی عصبی نداشتم تا بعدها، وقتیکه دچار پر اشتهاهی روانی شدم. نه‌ارم را دور می‌ریختم و هیچوقت صبحانه نمی‌خوردم. خیلی لاغر و استخوانی بودم. والدینم خیلی نگران بودند.
- می‌دانی در ذهنت چه می‌گذشت؟
- بخش زیادی از آن، مربوط به احساس عدم امنیت درباره‌ی تصویر بدنی بود که تمام دخترهای نوجوان دچار آن می‌شوند. یادم نمی‌آید به این فکر کرده باشم که چاق بوده باشم؛ هیچوقت هم نبودم. فقط فکر می‌کردم که اگر لاغرتر باشم، بیشتر مورد پسند دیگران خواهم بود. ارزش نفسم به این بستگی داشت که دیگران من را دوست داشته باشند. می‌خواستم همه من را دوست داشته باشند.
- فکر می‌کنم نحوه‌ی کارکردش این‌طوری است که ارزش نفس ریشه در این دارد که فرد چقدر از طرف والدینش احساس ارزشمندی داشته باشد.
- من احساس می‌کردم اگر همیشه نمره‌ی A بگیرم، آن‌ها من را دوست ندارند. خواهر بزرگ‌تری دارم که در آن زمان برای والدینم جهنم به پا می‌کرد و همه‌ی توجه‌ها را معطوف خودش می‌کرد. خواهرم اختلال خونریزی هم داشت؛ پس وقتی کوچک‌تر بود تمام حواس‌ها به سمت او بود. او در بیمارستان بستری شد و خانواده برای مدت‌های طولانی فکر می‌کردند او مبتلا به لوسمی است.
- خب اجازه بده این گذشته را یک بار دیگر برایت بگویم. تو بچه‌ای بودی که اگر نمره‌ی A نمی‌گرفت، احساس دوست داشته شدن توسط والدینش نمی‌کرد؛ کسی که در سن یازده سالگی در معرض پیشروی جنسی نادرست قرار گرفته، او نسبت به این موضوع احساس بیماری می‌کرده اما به والدینش نگفته. در سن پانزده سالگی دچار بی‌اشتهاهی شده است. آن‌وقت می‌گویی بچگی «کاملاً شادی» داشتی؟ چه چیز اشتباهی در این تصویر وجود دارد؟
- جین می‌خندد. «خب، چون وقتی که سال‌های نوجوانی‌ام را مرور می‌کنم، جهنم نبود. واقعاً نبود. فقط اختلال خوردن کم کم عرض وجود کرد.»
- متوجه شدی که از سؤال من اجتناب می‌کنی؟
- چه چیز اشتباهی در این تصویر هست؟ کودکی شادی به نظر نمی‌آید. اما فکر هم نمی‌کنم کودکی ناشادی داشته‌ام.
- بیرون کردن خاطرات تاریک‌تر، از مجموعه خاطرات کودکی، کاری که جین انجام می‌داد، معمول است. در تحقیقی، ادراک بیماران مبتلا به

اماس را با ادراک گروه کنترل فاقد اماس مقایسه کردند. در این تحقیق از سوژه‌ها خواستند که زندگی درون خانه‌شان را در کودکی به صورت ناشاد، نسبتاً شاد و خیلی شاد رتبه بندی کنند. [۴] بیش از هشتاد درصد هر دو گروه عنوان کردند که زندگی‌هایشان یا نسبتاً شاد و یا خیلی شاد بوده است. به نظر می‌رسد که اکثریت هر دو گروه به نسبتی کمابیش مشابه، گذشته را طوری به‌خاطر می‌آوردند که گویی در سرزمین اوز[۱۷۵] زندگی می‌کردند. اما وقتی این افراد درباره‌ی عواطف و زندگیشان حرف می‌زدند، مثل جین در اینجا، به ندرت پیش می‌آمد که این تصاویر ایده آل از کودکی بدون تغییر بماند.

- کم‌اشتهایی عصبی، شیوه‌ی من برای احساس نکردن احساساتم بود. اما در این مورد که چرا به این شکل با آن برخورد می‌کردم، نمی‌دانم.
- شاید چون می‌دیدم که والدین از رفتارهای خواهرت رنج می‌برند و احساس می‌کردی باید از آن‌ها مراقبت کنی. تو نقش فرد مراقبت‌کننده را به عهده گرفتی. هنوز هم داری از دیگران مراقبت می‌کنی؛ حتی وقتی که اصلاً نسبت به این آگاه نیستی... والدین، خواهر و برادرهایت و همسرت.

- یا شاید همه‌ی آن‌ها. درمورد همسرم، اگر او عصبانی یا نگران باشد، اولین چیزی که به ذهن من می‌رسد این است که چطور می‌توانم مشکلش را حل کنم. و ناراحتی‌اش حتی به من مربوط نمی‌شود، اما به‌صورت خودکار اتفاق می‌افتد. درست همین الان هم من دارم روی درمان سرطان پروستات او کار می‌کنم. [۱۷۶] به نظرتان من آدم زرنگی نیستم؟

- تو آن را انجام نخواهی داد. اما شاید خودت را درگیر بیماری ناگهانی کنی.
- من سال گذشته، وقتی بیماری‌اش را تشخیص دادند، این کار را کردم و وقتی مادر همسرم بیمار شد و بعدش هم مرد، مجدداً درگیر شدم؛ من به قدری نگران او بودم که از خودم غفلت کردم و نتوانستم از خودم مراقبت کنم. درست غذا نمی‌خوردم و به‌اندازه‌ی کافی استراحت نداشتم؛ هنوز هم همین رویه را درمورد والدینم ادامه می‌دهم. من از آن‌ها در برابر هرچیزی که نگران باشم مبدا به آن‌ها آسیب بزنم، محافظت می‌کنم. هیچ‌وقت با آن‌ها درباره‌ی همه‌ی داستان اختلال خوردن صحبت نکرده‌ام. درگیری با اماس را همیشه به آن‌ها نمی‌گویم. من سعی می‌کنم آن را کم‌اهمیت جلوه دهم، چون آن‌ها خیلی نگران می‌شوند.

به وفور اتفاق می‌افتد که مجموعه‌ی خاطرات فرد بزرگسال از زندگی در خانواده مبدأ، بهای پنهانی را که در کودکی مجبور بوده برای به‌دست آوردن تأیید و پذیرش والدینش بپردازد، به حساب نمی‌آورند. پاملا والین، یک روزنامه‌نگار کانادایی که در سال ۲۰۰۱ مبتلا به سرطان روده تشخیص داده شد، بهترین تصویر را از این حالت در زندگی نامه‌اش، چون شما خواستید، به تصویر می‌کشد. در نوشته‌هایش شکاف بین خاطرات بزرگسالی و واقعیت عاطفی بچگی‌اش را می‌بینیم. او ابتدای اثرش به خواننده هشدار می‌دهد: «من همین الان به شما هشدار می‌دهم. آنچه که در ادامه می‌خوانید، شاید به نظر شما یک سفرنامه درمورد یک شهر یا تبلیغات پولی برای این خانواده باشد، اما تا جایی که به من مربوط می‌شود، حقیقت است. من احساس می‌کنم کودکی تقریباً تمام وکمالی داشته‌ام.» تطبیق دادن این نگاه ایده‌آل با بعضی از صحنه‌هایی که خانم والین -که در حال حاضر، مأمور عالی‌رتبه‌ی کانادایی در نیویورک است- صادقانه توصیف می‌کند غیرممکن است.

در یک قسمت، پاملا به‌خاطر می‌آورد که به‌شکل مزمنی از خواهر بزرگ‌ترش می‌ترسید. خشم فروخورده‌اش نسبت به او، به چنان نقطه‌جوشی رسید که یک بار از روی انتقام، بازوهای خواهرش را زخمی کرد. «هنوز هم جای آن زخمی که من عمداً روی بازوهایش گذاشتم پیدا است؛ آن هم درست روز قبل از یک روز تاریخی باشکوه که او قرار بود پیراهن بی‌آستین جدیدش را بپوشد. او مجبور شد یک شال قرص بگیرد تا آن اثر زشت انتقام را پنهان کند.» خانم والین می‌گوید که تا به امروز، بنی را بابت القای ترس از تاریکی سرزنش می‌کند. بنی، برای خلاص شدن از دست پاملا، وقتی نامزدش داشت برای دیدنش می‌آمد، خواهر کوچک‌ترش را تا اتاق خواب تعقیب کرد، کلید لامپ را خاموش کرد و در را محکم بست. «او خیلی خوب می‌دانست که من به‌حدی از فکر ارواح زیر تختم می‌ترسم که نمی‌توانم توی اتاق تاریک راهم را پیدا کنم و لامپ را روشن کنم و همه‌ی این‌ها تضمین می‌کرد که من، کل آن عصر را درحالی‌که قرار است از ترس به خودم بلرزم، دور از چشم او باشم و سر راهش نباشم.» پاملا این داستان را با حالتی از خوش‌رویی تعریف می‌کند. برعکس، در اینجا، نوعی «سندروم خاطره‌ی غلط» وجود دارد: در سطح هشیار، افراد معمولاً تنها بخش‌های شاد کودکی را به‌خاطر می‌آورند. حتی وقتی رویدادهای آزاردهنده به‌خاطر آورده می‌شوند، ابعاد عاطفی این رویدادها فروخورده می‌شود. عشق والدینی به‌خاطر آورده می‌شود، اما احساسات کودک نسبت به فهمیده نشدن یا عدم حمایت عاطفی نه. درمورد پاملا، کودکی که برای اقرار به والدینش،

درمورد ترس و خشم از زندانی شدن، آن هم تنها و در اتاقی تاریک، احساس امنیت نمی‌کند و در این صورت، هیچ خاطره‌ای هم از احساساتش ندارد. این فقدان امنیت در داستان دردناک‌تری از پاملا تأیید شد؛ چیزی که در دوران نوجوانی او اتفاق افتاد، وقتی که برای شرایط آزاردهنده‌اش در کلاس درس، به دنبال کمک و مداخله‌ی مادرش بود. مادر پاملا معلم مدرسه‌ای بود که دخترانش در آنجا درس می‌خواندند.

«مادرم فقط یک بار سرزنشم کرد. یکی از معلمان مدرسه‌ی ابتداییمان توی کلاس داشت ما را اذیت می‌کرد و مادرم نمی‌خواست تهمت‌های من علیه یکی از همکاران محترمش را باور کند. او می‌گفت [و من تصور می‌کنم این بازتاب فرهنگ آن زمان بوده] که من باید به دختران دیگر توضیح دهم که ما باید طوری توی کلاس بنشینیم که گروه‌بندی شدن ناخواسته‌ی آن معلم غیرممکن شود. ما همین کار را کردیم و بعدش فقط منتظر پایان سال بودیم تا بتوانیم به کلاس بعدی برویم و از دسترس این معلم دور شویم، اما به نظر می‌رسید که همه‌ی ما از این تجربه بدون زخم‌های عاطفی جان سالم به در بردیم.»

مشکل در عبارت «به نظر می‌رسد که جان سالم به در بردیم» نهفته است. زخم‌های عاطفی معمولاً قابل دیدن هستند، اما زخم‌ها از هر نوع که باشند، نسبت به بافتی که جای آن‌ها را می‌گیرد کمتر قوی و منعطف هستند: آن‌ها مکان‌های نهفته دردها و آشفتگی‌های آینده باقی می‌مانند، مگر اینکه آن‌ها را تشخیص دهیم و به سمتشان برویم.

تنها اشاره‌ی پاملا به اینکه در کودکی، کسی او را نشیده است، بیان ضمنی او در کتابش است که «صحبت کردنِ باز با والدین، معمولاً برای بچه‌ها سخت است». هیچ حرفی از احساس ناکامی بچه نمی‌زند؛ ناکامی او زمانی که افراد بزرگسال مهم زندگی‌اش نمی‌دانند چطور باید به حرف‌هایش گوش دهند. به طور کلی، او اصرار دارد که «هیچ دیو شخصی‌ای ندارد که آن را از خودش دور کند»؛ مطلبی که نمونه‌ی اعلا‌ی انکار اضطراب، خشم و عاطفه‌ی منفی است و تحقیقات مربوط به بیماران سرطانی، به‌شکلی همسو آن را گزارش داده‌اند.

همخوان شدن -مثلاً با خیال‌پردازی- کودک را قادر می‌کند تا تجربیاتی را تحمل کند که در صورت دیگر، واکنش‌هایی را به همراه دارد که او را به دردسر می‌اندازند. این نوع گسست، زمانی اتفاق می‌افتد که فرد خاطرات هشیار رویدادهای گذشته را حفظ می‌کند، اما رزونانس عاطفی وحشتناکشان را نه. این، موضوع بسیاری از «کودکی‌های شاد» را روشن می‌کند، مثل چیزی که آیریس مبتلا به SLE تأکید

- دارد، اینکه علی‌رغم استبداد پدرش و نبود عاطفی مادرش، کودکی شادی داشت.
- پدرم کنترل کمی روی خلقش داشت و وقتی عصبانی می‌شد، اصلاً نمی‌فهمیدی چه اتفاقی قرار است بیفتد. می‌توانست ظرف‌ها را اینور و آنور پرتاب کند یا حتی کسی را بزند.
 - تو هیچ‌وقت از او کتک خوردی؟
 - هیچ‌وقت. من عزیز دردانه‌ی پدرم بودم.
 - چطور به این موقعیت دست پیدا کردی؟
 - من ناپدید می‌شدم. این توانایی را اوایل زندگی به‌دست آوردم.
 - در کودکی احساس ناشادی می‌کردی؟
 - ناشاد؟ نه.
 - یک کودک در چنین موقعیتی چطور می‌تواند احساس ناراحتی یا ناشادی نسبت به چیزی نداشته باشد؟
 - معمولاً بی‌حس می‌شوی.
 - پس تو واقعاً نمی‌دانی که احساس ناراحتی یا ناشادی داشتی یا نه؛ چون بی‌حس می‌شدی.»
 - درست است. من خیلی از موانع بزرگ کودکی‌ام را به‌خاطر نمی‌آورم.
 - چرا یک انسان باید بی‌حس شود؟ چرا پیش کسی نرفتی که با او صحبت کنی؟ مادرت چطور؟
 - «خب، نه. من نمی‌توانستم با مادرم صحبت کنم به یک دلیل، چون نمی‌خواستم او بداند من ناشادم. دلیل دیگرش هم این است که او عملاً به‌عنوان هویتی جدا از پدرم وجود نداشت. او فرد خنثی‌ای بود.
 - بچه زبان خیلی کمی دارد. من بی‌حس بودم؛ از طرفی هم در بی‌حسی خودم شاد بودم.
 - او؟

- من با عروسک‌هایم بازی می‌کردم. خب، هیچ‌وقت به این فکر نمی‌کردم. من عروسک‌هایم را می‌جویدم!
- منظورت از اینکه آن‌ها را می‌جویدی چیست؟
- آن‌ها عروسک‌های پلاستیکی بودند و من انگشت‌ها و پنجه‌ی پاهایشان را می‌جویدم!
- تو از روی خشم سرکوب‌شده‌ات، آن‌ها را تکه‌تکه می‌کردی. به این فکر کن: ما چه زمانی مجبوریم خود را نسبت به امور بی‌حس کنیم [۱۷۷]؟
- وقتی که درد داریم.
- درنهایت، وقتی به‌اندازه‌ی کافی خودت را نسبت به همه‌چیز بی‌حس کنی، می‌توانی تصور کنی که شاد هستی. تو شاد هستی؛ فقط به این دلیل که بخش بزرگی از واقعیت را بی‌حس کرده‌ای. این یعنی تو زندگی را کامل زندگی نکرده‌ای.
- موافقم.
- در پایان، به دارلین بر می‌گردم؛ کارگزار بیمه که سرطان تخمدانش کاملاً ناخواسته طی معاینات نازایی تشخیص داده شد. هیچ‌چیزی توی زندگی‌اش نبود که او آن را حتی فقط کمی دردناک توصیف کند. تنها تجربه‌ی منفی زندگی‌اش، آن‌طور که خودش می‌گفت، سرطان تخمدان و عود غیرمنتظره‌ی آن، علی‌رغم تشخیص و درمان در مراحل اولیه بوده است. از نظر او، پیش آگهی اولیه، «جشن»، و عود آن «ویران‌کننده» بود.
- «من همیشه می‌خواستم زندگی‌ام را تحت کنترل داشته باشم و همیشه از خودم مراقبت کرده‌ام. تغذیه‌ی خوبی داشتم، ورزش کرده‌ام و ظاهر خوبی دارم. هیچ‌وقت هیچ عادت بدی نداشتم.» او معتقد است تنها عامل خطری که زندگی‌اش داشته نازایی بوده. دارلین زندگی‌اش را طوری خوب توصیف می‌کند که از نظر من به حدی خوب می‌آید که نمی‌تواند حقیقت داشته باشد. او حتی یک رویداد ناشاد را در تمام کودکی‌اش نمی‌تواند به‌خاطر بیاورد؛ حتی یک لحظه ترس، خشم، اضطراب یا تأسف.
- «بین سه فرزند دختر خانواده، من دختر بزرگ‌تر بودم. هر سه تای ما به‌طرز باور نکردنی‌ای با هم صمیمی بودیم، مثل مادر و پدرم، که هنوز با هم زندگی می‌کنند و تندرست هستند. مهم‌تر از این‌ها، با خانواده‌ی همسر هم خیلی صمیمی هستیم. من از نعمت خانواده و همین‌طور از نعمت داشتن دوستان خیلی خوب و عمیق برخوردارم که بعضی از آن‌ها را از پنج سالگی داشته‌ام. خانواده و دوستانم منبع

الهام بزرگی برای من بوده‌اند. من فکر می‌کنم از این نظر خیلی خوش شانس بوده‌ام.»

در سال ۱۹۹۱، تخمدان سرطانی سمت راست دارلین برداشته شد. تخمدان سمت چپش را داشت و امیدوار بود که در آینده بچه دار شود. او یک سال بعد باردار شد.

«ما همه درباره‌ی این موضوع پنج ساله صحبت می‌کنیم و من این را پشت سر گذاشتم. پنج سال و نیم بعد از اوفورکتومی بود و آن زمان پسر چهار ساله بود که این نشانه‌ها در من ظاهر شد؛ چیزی که به نظرم بی‌آزار می‌آمد: خسته بودم، وزن از دست دادم (البته فقط پنج پوند، که چیز مهمی نبود)، یک کودک نوپا داشتم، یک شغل و کارهای پرمشغله‌ی خانه. قسمت تحتانی پشتم درد می‌کرد و من باز هم به این فکر می‌کردم که دارم با یک کودک نوپا دست و پنجه نرم می‌کنم و سعی می‌کنم که لباس برفی‌اش را تنش کنم و در بیاورم.»

در سال ۱۹۹۶، وقتی دوباره بیماری تشخیص داده شد و متاستاز کرده بود، ما داغان شدیم و این پیش آگهی خیلی متفاوت بود، چون به تخمدان دیگر، رحم و به نقطه‌هایی از پایین شکم سرایت کرده بود.

- با توجه به تاریخچه‌ی گذشته سرطان تخمدان، کنجکاوم که چرا این نشانه‌ها زودتر به تو هشدار ندادند. برای دوستی با تاریخچه و نشانه‌های بیماری خودت، چه نصیحتی می‌توانی داشته باشی؟

- اوه، خب. درمورد دوستانم، اگر مثلاً مشکل رشد ناخن پا را از درون داشته باشند، من به آن‌ها می‌گویم که پیش پزشک زنان بروند.

- این تفاوت در رفتار با خودت و رفتارت در برابر دیگران، یکی از سر نخ‌هایی است که به من دادی و آن اینکه شاید همه‌ی زندگی‌ات آن‌طور که تصور می‌کنی نبوده است. سر نخ دیگر مربوط به وقتی است که در توصیف روابطت گفتی: «فکر می‌کنم خیلی خوش‌شانس بوده‌ام.» عبارت «من فکر می‌کنم» یک وصف کننده است؛ این برای من به معنای تردید است. این بازتاب بحث درونی است. شاید چیزی که فکر می‌کنی، آن چیزی نیست که احساس می‌کنی؛ وگرنه با تأکید می‌گفتی که احساس خوشبختی می‌کنی.

این را هم خاطرنشان کنم که زمانی که درمورد دردها و ناراحتی‌های صحبت می‌کنی، لبخند می‌زنی؛ طوری که انگار تلاش می‌کنی تأثیر واژه‌های را متعادل‌تر کنی. چطور و چرا یاد گرفتی که این کار را کنی؟ من همیشه عکس‌العمل طبیعی لبخند زدن را در افراد می‌بینم؛

وقتی که دربارهی درد جسمی یا دربارهی رویدادها و تصادفات یا افکار دردناک صحبت می‌کنند. با این حال، نوزاد وقتی متولد می‌شود به هیچ وجه توانایی پنهان کردن احساساتش را ندارد. اگر نوزاد ناراحت یا ناشاد باشد گریه می‌کند، ناراحتی‌اش را نشان می‌دهد، خشمش را نشان می‌دهد. هر کاری که برای پنهان کردن درد یا ناراحتیمان انجام می‌دهیم، یک پاسخ آموختنی است. اینکه در شرایط خاصی عواطف منفیمان را پنهان کنیم منطقی است، اما بسیاری از ما همیشه این کار را انجام می‌دهیم و به‌صورت خودکار هم این کار را می‌کنیم.

افراد -و بعضی‌ها بیشتر- به دلیلی آموزش می‌بینند تا نادانسته از نیازهای عاطفی دیگران مراقبت کرده و به نیازهای خودشان خیلی کمرنگ‌تر می‌پردازند. آن‌ها درد و ناراحتیشان را حتی از خودشان هم پنهان می‌کنند.

دارلین با دقت گوش می‌داد. او نه موافقت می‌کرد و نه مخالفت. «دیدگاه جالبی است. ما قطعاً باید در گروه حمایتی سرطان تخمدان این موضوع را مطرح کنیم. در این لحظه من نمی‌دانم چطور باید به این موضوع پاسخ بدهم و فکر نمی‌کنم شما هم به یک پاسخ سریع نیاز داشته باشید. این شهودی و بسیار تفکر برانگیز است. بابت این از شما ممنونم.»

پرورش شجاعت داشتن تفکر منفی، این امکان را به ما می‌دهد تا خودمان را آن‌طور که واقعاً هستیم ببینیم. در بسیاری از بیماری‌هایی که مطرح کرده‌ایم، همسویی قابل ملاحظه‌ای در سبک زندگی این افراد وجود دارد، مثل سرکوبی خشم، انکار آسیب‌پذیری، «بیش استقلال جبرانی». هیچ‌کس این خصایص را دانسته انتخاب نمی‌کند و آگاهانه آن‌ها را در خود پرورش نمی‌دهد. تفکر منفی به درک شرایط زندگی و اینکه ادراک ما از محیط چطور در شکل گرفتن این خصایص نقش داشته کمک می‌کند. روابط خانوادگی‌ای که از نظر عاطفی رو به تحلیل است، تقریباً در هر طبقه‌ای از بیماری اساسی -از بیماری عصب‌شناختی حاد شونده گرفته، تا سرطان و بیماری خودایمنی- به‌عنوان عوامل خطر شناسایی شده‌اند. در اینجا هدف، سرزنش والدین یا نسل‌های پیشین و یا همسر نیست، بلکه می‌خواهیم باورهایی را که برای سلامتمان مضر هستند دور بریزیم.

«قدرت تفکر منفی» حذف عینک خوش‌بینی را می‌طلبد. کلید ماجرا، سرزنش دیگران نه، بلکه پذیرفتن مسئولیت روابط خویشتن است. باید از افراد مبتلا به بیماری‌های تازه تشخیص داده شده، بخواهیم که به‌عنوان راهی برای درک بیماری، روابطشان را بررسی کنند. برای افرادی که عادت به ابراز احساسات و عادت به شناخت نیازهای عاطفیشان ندارند، اعتماد به نفس پیدا کردن و یافتن واژه‌هایی برای

نزدیک شدن به عزیزان زندگیشان، حرف‌هایی که هم از روی دلسوزی باشد و هم قاطعانه ابراز شود، بسیار دشوار است. این مشکل جایی بزرگ‌تر می‌شود که این افراد برای دریافت حمایت، از همیشه آسیب‌پذیرتر و وابسته‌تر به دیگران شده‌اند.

پاسخ آسانی برای این دو راهی وجود ندارد، اما حل نکردن آن هم منشأ جاری استرس می‌شود، که این باز به نوبه‌ی خود بیماری‌های بیشتری را در پی خواهد داشت. صرف نظر از اینکه بیمار چه تلاشی برای خودش می‌کند، نمی‌توانیم بار روانی‌ای که با خودش حمل می‌کند را بدون ارزیابی روشن و دلسوزانه درباره‌ی مهم‌ترین روابط زندگی‌اش از روی دوشش برداریم.

همان‌طور که دیده‌ایم، انتظارات و نیت دیگران نیست که به‌عنوان عامل استرس‌زا تلقی می‌شود، بلکه ادراکی که ما از آن‌ها داریم این کار را می‌کند. جین، فردی مبتلا به ام‌اس، به‌خاطر نگرانی از سرطان پروستات همسرش و مسلم دانستن مسئولیت برای خودش درمورد پیگیری مراقبت‌های پزشکی مناسب برای او، درگیر بیماری شد. اد آزرده خاطر بود از اینکه جین او را کنترل می‌کند، اما نمی‌توانست احساساتش را با او در میان بگذارد. این باور جین، که او باید مسئول اد باشد - و این باور اد، که جین مصمم به کنترل اوست - ادراکاتی مبتنی بر مدل‌های ارتباطی هستند که هرکدام در کودکی شکل گرفته‌اند.

هانس سلیه گفت: «بسیاری از تنش‌ها و ناکامی‌های ما در نیاز وسواسی ما به رفتار کردن در نقش کسی که نیستیم ریشه دارند.» قدرت تفکر منفی، قوت پذیرش این موضوع را می‌طلبد که ما آن‌طور که فکر می‌کنیم قوی نیستیم. تصور ما از خویشتن به‌عنوان کسی که همواره قوی است، برای پنهان کردن ضعفمان شکل گرفته است؛ ضعف نسبی کودک. شکننده بودنمان چیزی نیست که از آن شرمسار باشیم. یک فرد می‌تواند قوی باشد و درعین‌حال به کمک نیاز داشته باشد؛ می‌تواند در حیطه‌هایی از زندگی‌اش قدرتمند باشد و در حیطه‌هایی هم درمانده و سردرگم. ما نمی‌توانیم آن‌طور که فکر می‌کردیم، از پس همه‌ی کارها بر بیاییم. همان‌طور که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری به آن پی برده‌اند، و گاهی خیلی هم دیر، تلاش برای زندگی کردن مطابق با تصورمان از خود به‌عنوان فردی قوی و آسیب‌ناپذیر، باعث استرس شده و هماهنگی درونی را بهم می‌ریزد. «من می‌توانم از پس هرچیزی بر بیایم» توصیف دان مبتلا به سرطان روده، از موقعیت خود قبل از بیماری‌اش بود. «من نمی‌توانستم به همه‌ی زنان مبتلا به سرطان تخمدان کمک کنم و نمی‌توانستم هر نامه‌ای که دریافت می‌کردم را

بخوانم چون اشک‌هایم سرازیر می‌شد» چیزی بود که گیلدا رندر بعد از عود بیماری‌اش متوجه شد.

اگر تفکر منفی را یاد بگیریم، دیگر عاطفه‌ی فقدان را کمرنگ جلوه نمی‌دهیم. در تعداد زیادی از مصاحبه‌هایی که برای این کتاب صورت گرفته است، افراد آسیب‌ها و استرس‌هایشان را با واژه‌ها و عبارت‌هایی از این دست توصیف می‌کردند که «فقط یک ذره هست» یا «شاید باشد» یا «ممکن است باشد». ورونیکا را به‌خاطر بیاورید، فردی مبتلا به بیماری‌ام. اس، که استرس‌های فزاینده‌ای که به‌خاطر جدایی از نامزد معتادش، فقر مالی و سایر رویدادهای سخت زندگی داشت را نادیده می‌گرفت و آن‌ها را این‌طور توصیف می‌کرد که «این‌ها لزوماً بد نیستند».

من طبق عمیق‌ترین واقعیت‌های خودم زندگی می‌کنم یا برای محقق ساختن انتظارات دیگران؟ چقدر از باورهایم و کارهایی که انجام داده‌ام واقعاً خود من هستند و چقدر از این‌ها در خدمت تصورم از خودم است، تصویری که در اصل با این باور شکل گرفت که این‌ها برای خوشحال کردن والدینم لازم است؟ مگدا، که دردهای شکمی سختی داشت، برخلاف میل خودش پزشک شد؛ نه به این خاطر که مادر و پدرش آشکارا از او می‌خواستند یا حتی اصلاً چنین چیزی را درخواست کرده بودند، بلکه چون باور آن‌ها را در خودش شکل داده بود و او تا زمانی که به‌اندازه‌ای بزرگ شد که بتواند تصمیم بگیرد چه چیزی از زندگی می‌خواهد، به این کار مشغول بود. دنیس کی، کسی که در اثر بیماری ALS از دنیا رفت، می‌گفت: «تقریباً تمام دستاوردهایم در مسیری بود که ربطی به آرمان‌های خودم نداشت، بلکه در مسیر آرمان‌های پدرم بود.»

بتی فورد، بانوی اول سابق ایالات متحده نوشت: «من نصف مادرم هم نبودم. مادرم زنی فوق‌العاده، قوی، مهربان و بانظم بود و هیچ‌وقت کمکش را از من دریغ نکرد. او یک کمال‌گرا نیز بود و سعی می‌کرد فرزندانش را هم در مسیر کمال برنامه‌ریزی کند.» [۵] قدرت تفکر منفی این فرصت را برای خانم فورد فراهم می‌کرد تا از خودش بپرسد که برنامه‌ریزی تربیت فرزند در مسیر کمال واقعاً چقدر مهربانانه است؟ اگر او تفکر منفی را به بتی می‌آموخت، بتی به جای فرار از قضاوت‌های شخصی به‌خاطر معتاد بودن و یک عمر استرس که در نهایت باعث سرطان پستان‌اش شد، می‌توانست استانداردهای غیرممکن کمال‌گرایی را رد کند. شاید او می‌توانست این را با هیجان بگوید که: «من نصف مادرم هم نیستم و نمی‌خواهم حتی یک چهارم زنی باشم که او بود. من فقط می‌خواهم خودم باشم.»

لورا، زنی مبتلا به ALS، احساس گناه می‌کرد از این بابت که وقتی خدمتکار خانه در تعطیلات بود مهمان‌های تخت خواب و صبحانه

نمی‌خواست. با این حال، کارهای میزبانی را انجام داد؛ چون ترسش از احساس گناه بیشتر از ترس استرس مراقبت از مهمان‌های ناتوان بود.

اد، فردی مبتلا به سرطان، پروستات می‌گفت: «من همیشه سعی می‌کنم به آدم‌ها کمک کنم.» وقتی از او می‌پرسیدی اگر نکنی چه می‌شود؟ می‌گفت: «احساس بدی پیدا می‌کنم. احساس گناه.» برای بسیاری از افراد، احساس گناه نشانه‌ای است بر این که آن‌ها انتخاب شده‌اند تا کاری برای خودشان انجام دهند. یکی از تجویزهای من به بسیاری از کسانی که شرایط پزشکی جدی دارند، این است که به آن‌ها می‌گویم اگر احساس گناه نکنند احتمالاً چیزی دور از تعادل وجود دارد. آن‌ها هنوز هم نیازها، عواطف و علایق خودشان را در اولویت آخر می‌گذارند. قدرت تفکر منفی این امکان را به افراد می‌دهد که احساس گناه را بپذیرند، نه اینکه از آن فاصله بگیرند. اد می‌توانست بگوید: «آیا من احساس گناه می‌کنم؟ این عالی است. خدا را شکر! این به این معنا است که من احتمالاً کار درستی انجام داده‌ام که از طرف خودم برای ایجاد یک تغییر بوده.»

اد درباره‌ی همسرش جین، که دلواپسی مادرانه داشت می‌گفت: «بزرگ‌ترین چیز، عامل کنترل است. من نسبت به این انزجار دارم.» و وقتی از او می‌پرسیدی که چطور با این موضوع کنار می‌آید، می‌گفت: «من پنهانش می‌کنم.» قدرت تفکر منفی اد را قادر ساخت تا احساس گناهی که داشت را بپذیرد؛ احساسی ناشی از این که در برابر مداخله‌ی همسرش در تصمیمات شخصی او از خودش دفاع می‌کرد؛ صرف نظر از اینکه چقدر تصمیماتش خوب بودند. روزی درمانگری به من گفت: «اگر با انتخاب بین احساس گناه و احساس انزجار روبرو شوی، هر بار احساس گناه را انتخاب کن.» این خردی است که من به خیلی‌ها منتقل کرده‌ام. بین امتناع، که حس گناه را به شما تحمیل می‌کند و تسلیم، که انزجار در پی دارد، حس گناه را انتخاب کنید. انزجار خودکشی روح است.

تفکر منفی به ما اجازه می‌دهد تا به سهم خودمان و قاطعانه به چیزی که تأثیر ندارد نگاه کنیم. ما در مطالعات بی‌شماری دیده‌ایم که متفکرین مثبت‌گرای و سواسی بیشتر مستعد ابتلا به بیماری هستند و کمتر جان سالم بدر می‌برند. تفکر مثبت اصیل -یا به شکل عمیق‌تر، وجود مثبت- به ما قدرت دانستن این موضوع را می‌دهد که هیچ‌چیزی برای ترس از حقیقت وجود ندارد.

محقق مولکولی، کندیس پرت می‌نویسد: «سلامت صرفاً فکر کردن به افکار شاد نیست. گاهی اوقات بزرگ‌ترین محرک التیام می‌تواند ناشی از

فعالیت سریع و ناگهانی [۱۷۸] سیستم ایمنی با طغیان خشم عمیقاً فرو خورده باشد.» [۶]
خشم [۱۷۹] یا تجربه‌ی سالم آن یکی از هفت عنصر التیام [۱۸۰] است. هر یک از این هفت عنصر به یکی از باورهای غیر منطقی نهفته‌ای می‌پردازند که مستعد بیماری هستند و التیام را تحلیل می‌برند. در فصل پایانی، به این‌ها می‌پردازیم.

فصل ۱۹: هفت عنصر التیام

هم شروع ملانوم بدخیم و هم توانایی بدن برای نجات پیدا کردن از این بیماری، با سیستم ایمنی ارتباط پیدا می‌کند. علی‌رغم پیش آگهی بالقوه مرگبار، موارد زیادی از تسکین خود به خود در این بیماری ثبت شده است؛ مثلاً اینکه سرطان بدون درمان پزشکی خودبه‌خود ناپدید می‌شود. گرچه این فقط یک درصد از تمام سرطان‌ها را توجیه می‌کند، اما ملانوم بدخیم، درمورد یازده درصد تسکین خودبه‌خودی سرطان پیش‌بینی‌های لازم را می‌کند.^[۱]

ژورنال سرطان موردی از التیام خود به خودی را درمورد مردی ۷۴ ساله گزارش داده است. سرطان این مرد در خال گوشتی مشکوکی که در سال ۱۹۶۵ از جداره قفسه‌ی سینه‌اش برداشته شد، مشخص شد. هفت سال بعد همین خال روی قفسه‌ی سینه‌اش در شکل تعداد بی‌شماری خال کوچک ظاهر شد. ضایعات جدید نتیجه‌ی انتشار موضعی ملانوم اصلی بود. با این حال، این بیمار از همه‌ی درمان‌ها امتناع کرد. هشت ماه بعد، یک ملاقات پیگیری نشان داد که تومورهای کوچکی که آن ناحیه را گرفته بودند کوچک‌تر و کم‌رنگ‌تر شده بودند. این بیمار اجازه داد که بافت‌برداری کوچکی روی او انجام دهند. در آن قسمت تغییر رنگ دیده می‌شد اما خبری از سرطان نبود. سال بعد، نشانه‌های بالینی بیشتری از التیام مشاهده شد.

یافته‌های ایمنی‌شناختی روشن کننده بودند. سه چیز اتفاق افتاده بود: اول اینکه، لنفوسیت‌ها به تومور حمله کرده بودند، بعد سلول‌های بزرگ‌تری به نام ماکروفاژ به معنای واقعی، به از بین بردن ملانوم کمک کردند. درنهایت، هجوم پادتن‌ها را داشتیم که این‌ها هم در ویران کردن غده‌ی بدخیم نقش داشتند. بدن این مرد به منابع ایمنی باور نکردنی‌ای برای شکست دادن سرطان مجهز بود.

تسکین خودبه‌خودی دو پرسش مهم را به همراه دارد: چرا در برخی افراد این منابع به اندازه‌ای قدرتمند نیستند که سلول‌های سرطانی را همان ابتدا، قبل از رشد بالینی ملانوم از بین ببرند و چه چیزی سیستم ایمنی را در بعضی از افراد قادر می‌سازد تا این سرطان بالقوه کشنده را حتی بعد از رشد آن شکست دهند؟ ما همین سؤالات را در ارتباط با بیماری‌های دیگری که در افراد مختلف پیامدهای کاملاً

متفاوتی دارند هم پرسیده‌ایم؛ البته علی‌رغم اینکه در آسیب‌هایشان، شباهت‌های ظاهری دیده شده است. در یک مجموعه تحقیقات سه‌گانه، محققان سان فرانسیسکو، الگوی نوع C عواطف منفی سرکوب‌شده را در بیماران مبتلا به ملانوم مورد مطالعه قرار دادند. در یک پیگیری هجده ماهه، همبستگی قوی‌ای بین سرکوبی و احتمال عود بیماری یا مرگ پیدا کرده‌اند. سلول‌های کشنده‌ی طبیعی (NK) به سلول‌های غیر نرمال حمله می‌کنند و به تبع، مسیر دفاعی را در برابر سرطان فراهم می‌کنند. سلول‌های NK قابلیت به اثبات رسیده‌ای برای جذب ملانوم‌ها دارند. آن‌ها در افرادی که از نظر عاطفی سرکوب شده‌اند، درست مثل افراد مبتلا به بیماری سرطان پستان، کمتر فعال هستند.

یکی از تحقیقات به مطالعه‌ی ضخامت ملانوم اصلی در ارتباط با شخصیت پرداخته است. ضخامت سرطان در اولین بافت‌برداری، با پیش‌آگهی همبستگی دارد: هر چقدر ضایعه ضخیم‌تر باشد، چشم‌انداز هم ناخوشایندتر خواهد بود. نمره‌ی بالاتر در مقیاس مقابله‌ای ملانوم نوع C، با ضایعات ضخیم‌تر ارتباط داشت: «ویژگی‌های مقابله‌ای ملانوم نوع C، پذیرفتن ملانوم توسط بیمار، داشتن دغدغه‌ی بیشتر برای اعضای خانواده تا خویشتن، تلاش برای فکر نکردن به آن، مقابله کردن با پشتکاری و تلاش برای پرمشغله بودن، درون‌ریزی احساسات و قوی و توانا به نظر رسیدن در انجام امور هستند.» [۲]

این یافته‌های سان فرانسیسکو نتیجه‌گیری مطالعه قدیمی‌تر سال ۱۹۷۹ را تأیید می‌کرد، که آن دسته از بیماران ملانوم که شرایط سخت‌تری برای سازگار شدن با این تشخیص دارند -به‌عبارتی، پاسخشان کمتر مبتنی بر پذیرش و رضایت است- کمتر هم مستعد رنج بردن از عود بیماری هستند. [۳]

یک تحقیق آزمایشی که در UCLA، دانشکده پزشکی و توسط روان‌پزشک، اف.ای. فاووزی صورت گرفت حاکی از این است که حتی حمایت روان‌شناختی اندک هم می‌تواند تفاوت ایجاد کند. ۳۴ نفر مبتلا به ملانوم مرحله ۱ قیاسی به ترتیب در واحدهای آزمایش و کنترل این تحقیق عضو شدند. «مداخله‌ی فاووزی بسیار ناچیز بود. این مداخله شامل شش جلسه‌ی گروهی با ساختار، هربار به مدت یک ساعت و نیم و طی بازه زمانی شش هفته‌ای می‌شد. جلسات گروهی این موارد را ارائه می‌داد: [۱] آموزش درباره‌ی ملانوم و توصیه‌های غذایی پایه‌ای، [۲] فنون مدیریت

استرس، [۳] ارتقاء مهارت‌های مقابله و [۴] حمایت روان‌شناختی از طرف کارکنان و سایر اعضای گروه. شش سال بعد، ده نفر از ۳۴ بیمار این گروه که حمایت روان‌شناختی دریافت نکرده بودند، از دنیا رفتند و سه تای دیگر، بیماریشان عود کرده بود. در گروه حمایتی، تنها سه نفر از دنیا رفتند و چهار نفر عود بیماری را تجربه کردند. [۴] در اوایل این تحقیق، در بیماران گروه حمایتی، کارکرد ایمنی بهبود یافته ثابت شده بود. [۵]

کاملاً روشن است که افراد مبتلا به ملانوم و سرطان‌های دیگر، توانایی تغییر فرایند بدخیم را می‌توانند در خود تقویت کنند؛ اگر که به آن‌ها کمک شود تا خودشان را بهتر بفهمند و خود پذیراتر باشند و در سبک‌های مقابله‌ای عاطفیشان قاطع‌تر شوند. هرپته، نویسنده‌ی پنجاه ساله، بر این باور است که تصمیمش برای جنگیدن با سرطان به شیوه‌ی خودش، مثلاً با روان‌درمانی فشرده بود که مسئول کاهش ملانوم بدخیم ساق پای راستش است.

«من به دکترها خیلی اعتماد نداشتم. من تحقیق کردم و این کلینیک جایگزین در تیجوانا را پیدا کردم. آن‌ها ملانوم را با تلقی کردنش به‌عنوان یک بیماری مرتبط با کل بدن درمان می‌کردند و این اولین چیزی بود که من خیلی دوست داشتم. عمل ساق پا و عدم پیگیری به من حس خوبی نمی‌داد. به مکزیک رفتم و در آنجا من را با مجموعه‌ی کاملی از امور درمان کردند، از جمله واکسن، رژیم غذایی، تقویت‌کننده‌ها و پوره‌های گیاهی که برای سوزاندن ساق پا استفاده می‌کنند. ابتدا هر ماه و بعد هر سه ماه و بعدش هر شش ماه بر می‌گشتم، اما به مرور متوجه شدم که در روش برخورد من با مسائل چیز اشتباهی وجود دارد. به‌عنوان مبتدی، در کانادا GP (پزشک عمومی) نداشتم. من در برابر اختیارات پزشکان مقاومت می‌کردم، اما اینجا درمان پزشکان مکزیک را قبول کردم.

درنهایت متوجه شدم که حداقل باید GP داشته باشم و این درواقع مربوط به زمانی است که شما را ملاقات کردم. شما من را اصلاً نمی‌شناختید، اما به محض اینکه از بیماری ملانوم حرف زدم گفتید: "تو می‌دانی که برای بیماران ملانوم، یک نیمرخ روان‌شناختی وجود دارد، درست است؟" تا آن لحظه هیچ‌کس درباره‌ی این حرفی نکرده بود، اما وقتی شما موضوع را این‌طوری توصیف کردید من کاملاً با این تصویر جور بودم. این را هم به من گفتید که باید عمل کنم و شما می‌توانید این کار را برایم انجام دهید، اما خود این عمل جراحی

ممکن است به تنهایی کمکی نکند؛ مگر اینکه من هم به نوبه‌ی خودم با ناتوانی‌ام در برخورد با احساسات و سایر مشکلاتم کنار بیایم.

بنابراین به مدت شش ماه تحت درمان قرار گرفتم. خیلی فشرده بود. بعدش عمل جراحی انجام دادم. جراح پلاستیک با دیدن من شوکه شد؛ چون همان‌طور که به من گفته بود بافت‌برداری‌ای که ابتدا انجام داده بودم، نشان داده بود که من ملانوم بدخیم پیشرونده دارم؛ خیلی پیشرفته و خیلی جدی. او بدترین‌ها را انتظار داشت و بعد، وقتی عمل را انجام داد، متوجه شد که فقط یک تغییر رنگ غیر نرمال بافت است و دیگر ملانومی نیست.»

برایم سؤال بود که درمان مکزیک باعث این تفاوت شده یا درمانی که هرите متحمل شد. اگرچه من با جزئیات حکومت مکزیک آشنا نبودم اما احتمالاً برای تحریک سیستم ایمنی، واکسن BCG داشت؛ رویکردی که در بعضی از موارد، با موفقیت در برابر ملانوم عمل کرده است. هرите بر این باور است که این اتفاق می‌تواند ترکیبی از همه‌چیز باشد. «من فکر می‌کنم درمان مکزیک داشت جواب می‌داد، اما پاهایم گزگز می‌کرد و من احساس می‌کردم هنوز چیزی آنجا هست: گزگز و تیرگی زیر پوست.»

- چه چیزی را در این درمان پیدا کردی؟

- من مجبور شدم درست به نقطه‌ی اول برگردم. وقتی که نوزاد نوپایی بودم مادرم از دنیا رفت. ما سه تا دختر بچه‌ی زیر چهار سال بودیم و من بچه‌ی وسطی بودم و دو تایمان هنوز پوشک داشتیم. خواهر کوچک‌ترم هشت ماهه بود و خیلی دل پیچه داشت. هیچ‌کدام از ما توجه زیادی دریافت نکردیم، اما به این خواهرم کمی بیشتر از ما توجه می‌کردند. ما را اینور و آنور می‌بردند؛ چون پدرم نماینده‌ی فروش بود. طی یک سال با کسی که خیلی شبیه مادرم بود ازدواج کرد. او جادوگر بدجنس غرب بود. او هم مشکلات خودش را داشت. رفتارش با ما وحشتناک بود. در نهایت هم ما را به صومعه‌ی فرانسوی-کانادایی فرستاد.

او بچه‌ها را دوست نداشت. خود او بزرگ‌ترین فرزند یک خانواده با چهارده تا بچه بود و همه خواهر و برادرهای کوچک‌ترش را بزرگ کرده بود. برای رهایی از آن خانه نمی‌توانست بیشتر از این منتظر بماند. منشی سفارت کانادا در کوستاریکا شد. زن خیلی بشاشی بود، اما در سن ۳۳ سالگی داشت به یک دختر پیر تبدیل می‌شد. یک سال که از فوت مادرم گذشته بود ظاهراً پدرم از هر زن انگلیسی زبان کوستاریکایی،

که سر راهش قرار می‌گرفت درخواست ازدواج می‌کرد و همه‌ی آن‌ها نه گفته بودند. او بله گفت؛ البته بچه‌ها را نمی‌خواست، بچه‌ها را اصلاً دوست نداشت اما با شیطان عهد بسته بود. و اما پدرم؟ او سال اول ازدواجشان فقط ۵۲ روز خانه بود و اینجا این زن بود با سه تا دخترچه، که همه بیماری‌های واگیردار را یکی پس از دیگری می‌گرفتند و قرنطینه می‌شدند. من بی‌تردید سهمی برای او را در این ماجرا می‌بینم.

یادم هست که از روی شعرهای فرانسوی رونویسی می‌کردم و آن‌ها را وقتی که او توی حمام داشت دوش می‌گرفت، بیرون در حمام می‌گذاشتم. او هیچ‌وقت جواب آن‌ها را هم نداد. هیچ‌وقت بابت آن‌ها تشکر نکرد.

- پس داشتی تلاش می‌کردی تا با او رابطه برقرار کنی.

- بله؛ و البته هیچ‌وقت نتیجه‌ای نداد. خواهرهایم از او می‌ترسیدند. او در اتاق خوابش در را قفل می‌کرد و ما را با خدمتکارها تنها می‌گذاشت. یادم هست وقتی نیاز به چیزی داشتیم -و این چیزی است که بارها و بارها اتفاق افتاد- هر سه تای ما یواشکی نزدیک اتاق خوابش می‌رفتیم و چند بار می‌گفتیم «مم». درنهایت هم بعد از بیست دقیقه یا حتی بیشتر، بدون اینکه شجاعتش را پیدا کنیم که بگوییم «مامان»، همانجوری که آمده بودیم بر می‌گشتیم. معنی‌اش این است که ما نمی‌توانستیم هیچ‌چیزی درخواست کنیم. این چیزی است که من یاد گرفتم. من یاد گرفتم که نیاز به چیزی نداشته باشم، چیزی نخواهم، چیزی درخواست نکنم، چون او آنجا نبود و وقتی ما این کارها را می‌کردیم مضحک می‌شدیم.

یکی از اولین خاطره‌هایم به زمانی برمی‌گردد که حدوداً سه یا چهار ساله بودم؛ نشسته بودم و خودم تنهایی داشتم با عروسکی بازی می‌کردم. از بازی لذت می‌بردم، اما معنی‌اش این بود که هیچ ارتباطی وجود ندارد. هیچ‌کسی اطرافم نبود. من کاملاً تنها بودم. همه‌چیز امن بود، اما حس شادی هم نبود و من فقط یاد گرفته بودم که از خودم مراقبت کنم.

- با تنها بودن.

- بله، با تنها بودن و بدون احساس تماس با کسی. چیزهای دیگری هم هست که یکی یکی به ذهنم می‌رسد. برای یک مدت طولانی، این تصویر

را داشتیم که انگار روی ابرها دراز کشیده‌ام. من روی بستری از ابرها در زیر آسمانی خاکستری و بی‌رنگ بودم و نور خورشید بهم می‌تابید، اما سردم بود. شکلی از تنهایی به‌معنای واقعی، که حتی همین اشعه که می‌توانست نماد عشق باشد وجود نداشت. من یاد گرفتم که برای زنده ماندن نباید چیزی را احساس کنم.

این تجربیات -یا نتیجه‌گیری‌هایی که هریته از آن‌ها داشت- او را در زندگی یا در روابطش تنها کرد؛ روابطی که به جای رشد دادن، او را تحلیل بردند. هدف از درمان فشرده برای او رشد حس شایستگی عاطفی بود. شایستگی عاطفی، استعدادی است که ما را قادر می‌کند تا در رابطه با محیط قرار بگیریم؛ رابطه‌ای مسئولانه، بدون قربانی و بدون آسیب زدن به خویشتن. [۱۸۱] این، زمینه‌ی درونی و ضروری برای مواجهه با استرس‌های ناگزیر زندگی، برای اجتناب از به وجود آوردن استرس‌های الکی و برای کمک به پیش‌برد فرایند التیام است. تعداد کمی از ما انسان‌ها، با حس شایستگی عاطفی تقریباً کامل پا به بزرگسالی می‌گذاریم. فهمیدن فقدان این نمی‌تواند دلیلی برای خود قضاوتی باشد، بلکه تنها اقدام به رشد و تغییر بیشتر را می‌طلبد. تعقیب هفت بخش التیام به ما کمک می‌کند تا در شایستگی عاطفی رشد کنیم.

۱. پذیرش [۱۸۲]

پذیرش رغبت به تشخیص و پذیرفتن امور است، همان‌طوری که هستند. شجاعت پذیرفتن تفکر منفی روی فهم ما تأثیر می‌گذارد، بدون اینکه باعث شود این نوع تفکر، رویکردمان را به آینده تعریف کند. پذیرش به این معنا نیست که در برابر هر شرایطی که ما را ناراحت می‌کند، تسلیم شویم، بلکه امتناع از انکار چیزهایی است که در حال حاضر برایمان اتفاق می‌افتند. پذیرش این باور عمیق را که به‌اندازه‌ی کافی باارزش نیستیم یا به‌اندازه‌ی کافی خوب نیستیم که کامل باشیم، به چالش می‌کشد.

پذیرش به‌معنای رابطه‌ی همدلانه با خویشتن نیز هست. این مفهوم به‌معنای رها کردن استاندارد دوگانه‌ای است که، همان‌طور که دیده‌ایم، معمولاً مشخصه‌ی رابطه‌مان با دنیاست.

من به‌عنوان یک پزشک، رنج‌های بشری زیادی را دیده‌ام. شاید تلاش برای انتخاب اینکه کدام بیمار از همه بیشتر رنج کشیده است، بی

ثمر باشد. با این حال، اگر قرار باشد چنین انتخابی داشته باشم، در لحظه می‌دانم کدام بیمار را انتخاب خواهم کرد؛ بیماری که داستانش هرگز در هیچ یک از فصل‌های این کتاب گنجانده نشد. بیماری‌اش تقریباً در تمام فصل‌های کتاب آمده است. من اسم او را کورین می‌گذارم. او در اوایل دهه‌ی پنجم زندگی است و تشخیص‌های زیر را داشته: دیابت نوع دو، چاقی بیمارگونه، سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر، افسردگی، بیماری قلبی عروقی با دو حمله‌ی قلبی، فشار خون بالا، لوپوس، فیبرومیالژیا، آسم و اخیراً سرطان روده. کورین می‌گوید: «من به اندازه‌ی کافی تحت درمان قرار گرفته‌ام؛ دیگر نیاز نیست صبحانه بخورم؛ فقط باید همه‌ی این قرص‌ها را بخورم. فقط در یک وعده‌ی صبحانه، سیزده تا قرص باید بخورم.»

کورین به مدت بیست سال بیمار من بود. بخش زیادی از آنچه که یاد گرفته‌ام، از او و بیماران دیگری بوده که مثل کورین داستان‌هایشان را با من به اشتراک گذاشته‌اند. کورین در کودکی، هر نوع محرومیت و بی‌حرمتی بی حد و مرز و خارج از تصویری را تجربه کرده است. در بزرگسالی، نه تنها برای همسر، بچه‌ها، خواهر و برادرها و دوستان، بلکه برای هر کسی که به خانه‌اش راه داده، یک فرد مراقبت کننده‌ی همیشگی بوده است. تا همین اواخر، نه گفتن برای او غیرممکن بود. حتی همین حالا هم علی‌رغم وضعیت سلامت وخیمش و علی‌رغم این موضوع که فقط با موتور وسپا (روروک موتوری) می‌تواند به اطراف برود، باز هم این موضوع برایش دردناک است.

- من خودم را یک قطره‌ی بزرگ می‌بینم، بدون هیچ شکلی. می‌توانم هاله‌های افراد را ببینم. هاله‌ی خودم مشکی و خاکستری است و هیچ تعریفی برایش وجود ندارد. این طوری است که انگار به کسی در مه نگاه می‌کنید و می‌توانید بخشی از طرح کلی را ببینید، اما نمی‌توانید آن را کامل ببینید.
- اگر با کسی برخورد می‌کردی که در شکل دادن مرزها مشکل داشت آیا او را به عنوان یک قطره‌ی بزرگ نادیده می‌گرفتی؟
- نه. من افرادی را می‌شناسم که اضافه وزن دارند و آن‌ها را در طبقه‌ی قطره‌های بزرگ قرار نمی‌دهم. این بیشتر به تصورم نسبت به خودم بر می‌گردد که به عنوان یک انسان چه کسی هستم. در مورد مسائل عاطفی، خودم را ژله می‌بینم (ژله در اینجا استعاره از تزلزل در چیزهاست).
- پس الان چه کسی دارد با من صحبت می‌کند؟ آیا یک قطره‌ی بزرگ دارد با من صحبت می‌کند؟ دیدن خودت در خانه به عنوان یک شخص واقعی

برایت معنایی دارد؟

- فکر می‌کنم فقط کمی. نه؛ نمی‌توانم بگویم صد درصد.
- پس بیا این «کمی» را بررسی کنیم.
- این «کمی» می‌خواهد که کنترل را در دست داشته باشد و اجازه ندهد دیگران برایش تصمیم گرفته و بدون رضایت خودش برایش انتخاب کنند.
- چه چیز دیگری می‌توانی درباره‌ی خودت بگویی؟ ارزش‌هایت چیست؟
- اینکه من با همه هم‌خوابه نمی‌شوم، دیگران را فریب نمی‌دهم، دروغ نمی‌گویم، از قانون زمین پیروی می‌کنم و سعی می‌کنم بهترین کسی باشم که می‌توانم برای دیگران باشم.
- آیا این‌ها، فقط به این خاطر است که نمی‌دانی چطور باید نه بگویی، یا به‌خاطر یک توجه و مراقبت اصیل است؟
- هر دو. بخش زیادی از این‌ها، توجه اصیل است.
- پس چطور می‌گویی فقط یک قطره‌ی بزرگ هستی؟
- وقتی که می‌خواهم به مادرم نه بگویم، مثل ژله می‌شوم. همین چند روز قبل، نتوانستم به او بگویم: «نه، بهتر است تابستان بیایی، الان نه.» من نتوانستم این را به او بگویم. نتوانستم این تصمیم را بگیرم.
- اگر کس دیگری به تو می‌گفت که در چنین تصمیماتی مشکل دارد، به او چه می‌گفتی؟
- به او می‌گفتم که در گفتن مسائلت به مادرت مشکلات زیادی داری و اینکه باید قوی‌تر باشی.
- بدون اینکه لزوماً به او بگویی چه‌کاری برایش بهتر است، چه‌چیزی درباره‌ی او می‌فهمیدی؟
- می‌فهمیدم که او می‌ترسد از اینکه اگر روی خواسته‌اش پافشاری کند، شاید طرد شود.
- اگر نمی‌توانی این را درباره‌ی خودت بگویی، صرفاً به این خاطر است که آن توجه دلسوزانه را به خودت نداری؛ توجهی که به‌صورت خودکار به دیگران داری. تو نمی‌توانی خودت را مجبور کنی که نه بگویی، تا زمانی که یاد نگیری چطور باید این کار را انجام دهی، اما

حداقل می‌توانی به فردی که در نه گفتن مشکل دارد توجه دلسوزانه نشان دهی.

بیا این قید و بندی را که برای خودت درست کردی، بررسی کنیم. از یک طرف نمی‌دانی چطور باید نه بگویی. از طرفی، بابت اینکه نمی‌توانی نه بگویی، خودت را محکوم و قضاوت می‌کنی. درنهایت خودت را یک قطره‌ی بزرگ می‌دانی. تو با توجه دلسوزانه می‌توانی خودت را به وضوح دیگران ببینی: کسی که ترسیده است؛ و این را نه به‌عنوان قضاوت، بلکه به‌عنوان مشاهده‌ی دلسوزانه خواهی دید، اینکه این فرد واقعاً ترسیده است. این فرد واقعاً آسیب دیده است. او (من) در نه گفتن خیلی مشکل دارد (دارم) چون این، خطر آنی‌ترد را به همراه دارد.

تو نمی‌توانی خودت را مجبور به نه گفتن کنی، همان‌طور که دیگران را نمی‌توانی وادار به این کار بکنی، اما می‌توانی نسبت به خودت با شفقت و دلسوزی رفتار کنی.

- من دست دیگری را خواهم گرفت و به او کمک می‌کنم تا نه بگوید، اما به خودم کمک نمی‌کنم که بتوانم نه بگویم.

- و اگر او نمی‌دانست چطور باید نه بگوید، تو دست او را می‌گرفتی. به او می‌گفتی: ببین، من می‌فهمم که این کار واقعاً برایت سخت است؛ می‌دانم که آماده نیستی.

- اما این را درباره‌ی خودم نمی‌گویم. از دست خودم عصبانی می‌شوم.

- چیزی که از همه بیشتر به تو کمک می‌کند، به نظر من کیفیت توجه دلسوزانه نسبت به خودت است. تو می‌توانی روی این کار کنی.

- آیا این کار، انرژی‌ای را که احساس می‌کنم از من گرفته به من برمی‌گرداند؟

- بخش زیادی از انرژی تو صرف مراقبت از دیگران می‌شود و بخش زیادی از آن صرف قضاوت کردن خودت. این همه سخت‌گیری نسبت به خودت انرژی زیادی را از تو می‌گیرد.

واقعیت عینی این است که تو با مشکلات پزشکی زیادی مواجه هستی. تو در معرض خطر قرار داری و این هیچ جای تردیدی ندارد. من نمی‌دانم چه چیزهایی اتفاق خواهد افتاد. اما با وجود تمام آنچه که باید با آن سر کنی؛ هر چقدر نسبت به خودت دلسوزتر باشی و با شفقت بیشتری رفتار کنی، راحت‌تر می‌توانی بهترین فرصت ممکن را برای خودت فراهم کنی.

«کنجکاو دلسوزانه» نسبت به خویشتن به معنای دوست داشتن هرچیزی درمورد خودمان نیست، بلکه به معنای بررسی خودمان با همان پذیرش غیر قضاوتگرانه‌ای است که درباره‌ی دیگران داریم، درباره‌ی افرادی که رنج دیده‌اند و نیاز به کمک دارند.

۲. آگاهی [۱۸۳]

تمام افرادی که به دنبال التیام هستند -یا می‌خواهند سالم بمانند- باید توانایی ازدست‌رفته برای حقیقت‌شناسی عاطفی خود را دوباره به دست بیاورند؛ چیزی که اولیور ساکس عصب‌شناس در کتاب خود به نام مردی که همسرش را با کلاه اشتباه گرفت به شکل خارق‌العاده‌ای آن را به تصویر کشیده است. ساکس حکایتی را نقل می‌کند درباره‌ی گروهی از بیماران زبان‌پریش که به سخنرانی رئیس جمهور وقت، رونالد رگان که از تلویزیون پخش می‌شد واکنش نشان می‌دادند.

زبان‌پریشی [۱۸۴] از دست دادن توانایی صحبت کردن یا فهمیدن زبان گفتار است. این بیماری، نتیجه‌ی آسیب رسیدن به کانون مغز است؛ مثلاً در نتیجه یک ضربه. «او آنجا بود، آن جادوگر پیر، آن هنرپیشه، با سخنوری ماهرانه‌اش، با نمایشش، با جذبه عاطفی‌اش؛ و همه‌ی بیماران از خنده روده‌بر شده بودند. خب، همه نه؛ بعضی‌ها متحیر شده بودند، بعضی‌ها خشمگین، یکی دو نفر هم نگران، اما اکثراً سرگرم شده بودند. رئیس جمهور مثل همیشه داشت حرکت می‌کرد، اما ظاهراً بیشتر داشت بقیه را به خنده می‌آورد. آن‌ها به چه چیزی می‌توانستند فکر کنند؟ آیا نمی‌توانستند او را بفهمند؟ یا شاید همه او را خیلی خوب می‌فهمیدند؟» [۶]

بیماران زبان‌پریش ساکس، به بروز ناهشیار عاطفه‌ی نوع ۲ رگان -لحن، زبان بدن، حالت چهره- واکنش نشان می‌دادند. آن‌ها عواطف او را با پیام گفتاری‌اش ناهماهنگ می‌دیدند: به عبارتی، تشخیص می‌دادند که او -آگاهانه یا ناآگاهانه- تظاهر می‌کند. آن‌ها واژه را نه، بلکه واقعیت عاطفی را می‌فهمیدند؛ واقعیتی را که رگان می‌توانست در ذهن خودش مجسم کند و در القای آن به افرادی که مثل خودش از لحاظ عاطفی خاموش بودند خبره بود. یکی از بیماران ساکس می‌گفت: «او یا دچار آسیب مغزی شده است یا اینکه دارد چیزی را پنهان می‌کند.» حرف‌های زندگی‌نامه‌نویس رگان را به‌خاطر بیاورید: احساسات او با چیزی که می‌گوید فرق دارد.

حیوانات و انسان‌های جوان در کسب نشانه‌های عاطفی واقعی بسیار شایسته هستند. اگر همزمان که زبان را فرا می‌گیریم، این توانایی را

از دست بدهیم، فقط به این خاطر است که پیام‌های گیج کننده‌ای را از دنیای آنی‌مان دریافت می‌کنیم. حرف‌هایی که می‌شنویم یک چیز را به ما می‌گویند، داده‌های عاطفی چیز دیگری می‌گویند. اگر این دو در تعارض با هم باشند، یکی از این‌ها سرکوب خواهد شد. به همین طریق، وقتی چشمان کودکی از هم فاصله می‌گیرند، مغز تصویر را از یک چشم پنهان می‌کند تا از دید دوتایی جلوگیری کند. چشم خاموش، تا زمانی که درست شود کور خواهد بود. ما هوش عاطفیمان را سرکوب می‌کنیم تا از جنگ مداوم با افراد حیاتی زندگیمان اجتناب کنیم، جنگی که احتمالاً در آن برنده نخواهیم بود؛ و به محض اینکه هوش کلامی به‌دست می‌آوریم، شایستگی عاطفیمان را هم از دست می‌دهیم. به نظر می‌رسد زبان‌پریشی فرایند معکوسی دارد. درحالی‌که فرد نابینا توانایی فوق‌العاده‌ای در شنیدن به‌دست می‌آورد، یک فرد زبان‌پریش، توانایی بالایی برای ادراک واقعیت عاطفی به‌دست می‌آورد.

در ماه می سال ۲۰۰۰، گروهی از محققان روان‌پزشک در روزنامه‌ی طبیعت گزارش دادند: «انسان‌ها معمولاً در شناسایی دروغ از طرز رفتار فرد دروغگو خوب عمل نمی‌کنند، مگر به‌صورت تصادفی؛ حتی وقتی که نشانه‌های فریب کاملاً از حالت چهره و لحن صدا مشخص باشد. افرادی که نمی‌توانند حرف‌ها را بفهمند، در فهمیدن دروغ‌های مربوط به عواطف بهتر عمل می‌کنند.»

آگاهی کامل به این معنا است که توانایی از دست رفته‌ی خود را برای ادراک واقعیت عاطفی به‌دست بیاوریم و برای رهایی از این باور فلج کننده، که ما برای رودررویی با حقیقت زندگیمان به‌اندازه‌ی کافی قوی نیستیم آماده باشیم. هیچ جادویی وجود ندارد. فرد نابینا یاد می‌گیرد توجه بیشتری به صداها داشته باشد. یک زبان‌پریش یاد می‌گیرد به واکنش‌های درونی خودش به حرف‌ها توجه کند، چون بخش‌های شناختی مغز دیگر نمی‌توانند محتوای پیام را به او بگویند. این واکنش‌های درونی و این احساسات غریزی چیزهایی هستند که با بزرگ‌تر شدنمان از دست داده‌ایم.

واضح است که برای یادگیری مجدد ادراک عاطفی نیازی به از دست دادن مهارت‌های زبانی نداریم. با این‌همه، برای شکل دادن آگاهی باید تمرین کنیم، به حالت درونیمان توجه مداوم داشته باشیم و یاد بگیریم که بیش از چیزی که حرف‌ها می‌گویند -حرف‌های خودمان یا دیگران- به این ادراکات درونی اعتماد کنیم. لحن صدا چیست؟ زیر و بم صدا چگونه؟ چشم‌ها باریک می‌شوند یا گشاد؟ آیا لب‌خند خودمانی

است یا جدی؟ چه احساسی داریم؟ چه زمانی این حالت را احساس می‌کنیم؟

آگاهی به معنای یادگیری نشانه‌های استرس در بدن خودمان نیز هست. اینکه وقتی ذهن نشانه‌ها را از دست می‌دهد، بدنمان چطور به ما خبر می‌دهد. هم در مطالعات انسانی و هم حیوانی مشاهده شده است که پاسخ به استرس فیزیولوژیک، نسبت به آگاهی هشیار یا رفتار مشاهده شده، معیار دقیق‌تری از تجربه واقعی ارگانیزم است. به گفته‌ی هانس سلیه، «غده‌ی هیپوفیز، قاضی به مراتب بهتری برای استرس است تا هوش. درعین‌حال، اگر بدانید به دنبال چه چیزی هستید، می‌توانید شناسایی پیام‌های خطر را خیلی بهتر یاد بگیرید.»

سلیه در کتاب استرس زندگی، پیام‌های خطر فیزیولوژیک را تدوین کرده است. او از نشانه‌های جسمی مثل صدای تاپ‌تاپ قلب، خستگی، تکرر ادرار، سردرد، پشت درد، اسهال یا خشکی دهان، نشانه‌های عاطفی مثل تنش عاطفی یا گوش‌به‌زنگی زیاد، اضطراب، فقدان شور زندگی و نشانه‌های رفتاری مثل تهییج پذیری یا تحریک‌پذیری غیرطبیعی و گرایش به واکنش بیش‌ازحد، فهرستی تهیه کرد. ما می‌توانیم یاد بگیریم که نشانه‌ها را نه فقط به‌عنوان مشکلاتی که باید بر آن‌ها غلبه کنیم، بلکه به‌عنوان پیام‌هایی که باید به آن‌ها توجه کنیم بفهمیم.

۳. خشم [۱۸۵]

شخصیت وودی آلن در یکی از فیلم‌هایش به نام من در عوض تومور را پرورش می‌دهم می‌گوید: «من هیچ‌وقت عصبانی نمی‌شوم». حقیقت این نکته‌ی خنده‌دار که در مطالعات بیشماری در ارتباط با بیماران سرطانی وجود دارد، در سراسر این کتاب به چشم می‌خورد. به این موضوع هم پی برده‌ایم که سرکوبی خشم، عامل خطر اصلی بیماری است؛ چراکه استرس فیزیولوژیک را در ارگانیزم بالا می‌برد.

علاوه بر اینکه سرکوبی خشم، زمینه‌ی بیماری را فراهم می‌کند بلکه از طرفی ثابت شده که تجربه‌ی خشم هم به التیام کمک کرده و یا حداقل طول عمر را بیشتر می‌کند. افراد مبتلا به سرطان که توانسته‌اند خشمشان را مثلاً بر پزشکانشان خالی کنند، بیشتر از همتایان خود که آرام‌تر بودند عمر کرده‌اند. در آزمایشات حیوانی هم ثابت شده که ابراز خشم از نظر فیزیولوژیکی، استرس کمتری به همراه داشته تا سرکوب کردن خشم. درمورد موش‌های حبس شده در قفس، آن‌هایی که با بقیه می‌جنگند، در مقایسه با موش‌های رام‌تر، رشد کندتر تومورها را شاهد بوده‌ایم.

تحقیقات به کنار، ما دیده‌ایم که هر یک از افراد مصاحبه شونده در فصل‌های قبلی، به مشکلاتی در ارتباط با انتقال خشم اقرار کرده‌اند؛ صرف نظر از نوع بیماری یا امراضشان. شیزوکو، فردی مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌گفت: «من فکر می‌کنم نامادری‌ام مرا طوری تربیت کرد که انگار من نباید عصبانی شوم.» مگدا، فردی با دردهای شکمی سخت، می‌گفت: «من ابراز خشم غیرمنطقی‌ام را دور می‌زدم.»

در اینجا موضوع خشم گیج‌کننده شده و سؤالات زیادی را به وجود آورده است. ما چطور می‌توانیم افراد را تشویق کنیم که عصبانی باشند، درحالی‌که بچه‌هایی را می‌بینیم که از انفجار خشم والدینشان رنج می‌برند؟ ما در تاریخچه‌ی بسیاری از بیماران شاهد الگوی مشابهی بوده‌ایم: والدی که از کوره درمی‌رود-کودک سرکوب‌شده. آیا پدر مگدا باید خشمش را پنهان می‌کرد؟ دونا، که برادرش جیمی را در اثر بیماری ملانوما بدخیم از دست داد می‌گفت: «من همیشه به تمام وقت‌هایی که پدرم صدایش را بالا می‌برد فکر می‌کردم. صدایش، جیغ زدن‌ها و دادوهوارهایش را به‌خاطر می‌آوردم و با خودم فکر می‌کردم که آدم نباید این‌طوری زندگی کند. این چیزی نیست که ما می‌بایست تجربه می‌کردیم.»

در ظاهر، یک جور پارادوکس است. اگر ابراز خشم چیز خوبی باشد، پس پدر مگدا و پدر جیمی و دونا درواقع داشتند به‌شکل سالمی رفتار می‌کردند. با این‌همه، اثر خشمشان بر خودباوری و سلامت فرزندانشان مخرب بود. سرکوب کردن خشم می‌تواند پیامدهای منفی‌ای به همراه داشته باشد، اما آیا این به این معناست که ما باید آن را ترغیب کنیم حتی اگر به بقیه آسیب بزند؟

این معما پیچیده‌تر می‌شود. این طغیان عنان‌گسیخته‌ی عصبانیت نه‌تنها برای فرد دریافت‌کننده یا مشاهده‌کننده آسیب‌زننده است، بلکه می‌تواند برای خود فردی که از کوره درمی‌رود هم خطرناک باشد. انفجار خصومت [۱۸۶] ممکن است باعث حملات قلبی شود. به طور کلی، فشار خون بالا و بیماری قلبی در افرادی که خصومتشان [۱۸۷] را در خود می‌ریزند، بیشتر اتفاق می‌افتد. مطالعه‌ای بر تقریباً دویست مرد و زن، که در سال ۲۰۰۰ در دانشکده پزشکی جانز هاپکینز، در بالتیمور انجام شد نشان داد که خصومت و میل به تسلط، عوامل خطر مستقل معناداری برای بیماری اکلیلی (کرونری) هستند. [۷] حجم زیادی از تحقیقات بین خصومت و فشار خون بالا و بیماری اکلیلی رابطه پیدا کرده‌اند.

از آنجایی که تا الان دیگر می‌توانیم به راحتی استنباط کنیم، رابطه‌ی بین خصومت و بیماری قلبی عروقی، کارکردی از دستگاه ایمنی-

روانی- عصبی است. عصب‌های سمپاتیک در حالت خصومت فعال می‌شوند. باریک شدن رگ‌های خونی، با فعالیت مفرط «مبارزه یا گریز» سمپاتیک، که فشار خون را بالا می‌برد و ذخیره‌ی اکسیژن برای قلب را کاهش می‌دهد، اتفاق می‌افتد. هورمون‌هایی که در مواقع پاسخ به استرس در حالت خصومت ترشح می‌شوند، میزان لیپید مثل کلسترول سرم را افزایش می‌دهند. این‌ها مکانیسم‌های خون‌لختگی را هم فعال می‌کنند و به تبع آن، خطر بسته شدن شریان‌ها را هم افزایش می‌دهند.

ژورنالیستی به نام لنس مارو، در خاطره‌ای از بیماری قلبی نوشت: «من مطمئنم که خصومت کورکورانه [۱۸۸] و همین‌طور ژنتیک، من را به این وضعیت قلبی گرفتار کرد.» خصومت کورکورانه‌ای که بعداً باعث حملات قلبی مارو شد، طغیان انفجاری تمام خشمی [۱۸۹] بود که در کودکی در خانواده‌ی مبدأ خود یاد گرفته بود آن را سرکوب کند.

با این حساب، چطور می‌توان این دو راهی را حل کرد؟ اگر ابراز خشم آسیب‌رسان است و سرکوبی آن هم آسیب‌رسان است، پس چطور امیدوار باشیم که به سلامت و التیام دست پیدا کنیم؟

سرکوبی خشم و نمایش بی‌حساب و کتاب آن، هر دو نمونه‌هایی از «تخلیه‌ی غیر نرمال عواطف» هستند که ریشه‌ی بیماری است. اگر مشکل سرکوبی [۱۹۰] فقدان تخلیه عواطف است، نمایش آن هم درواقع سرکوبی [۱۹۱] و شکل غیرنرمالی از تخلیه را شامل می‌شود که جایش را به تخلیه بی حساب و کتاب و افراطی می‌دهد. من در این دو شیوه‌ی به ظاهر متضاد مقابله، گفتگوی جذابی با آلن کالپین، پزشک و روان‌درمانگر از تورنتو داشتم. او خاطرنشان می‌کند که هم سرکوبی و هم خصومت نشان دادن ترس از تجربه کردن اصیل خشم را نشان می‌دهند.

درست همان موقع که خشم اصیل کاملاً برای من صدق می‌کرد، توصیف کالپین از این مرا شگفت زده کرد. با توضیحات او متوجه شدم که از نظراتی که معمولاً درباره‌ی این عاطفه دریافت می‌کنم، سردرگم شده‌ام. او می‌گوید خشم سالم توانمندساز و آرامش‌بخش است. تجربه‌ی واقعی خشم یک تجربه‌ی فیزیولوژیک بدون نمایش بازی کردن است. این تجربه یک موج قدرتی است که همراه با آماده شدن برای حمله، سیستم متحمل می‌شود. همزمان با تجربه‌ی آن، تمام اضطراب به طور کامل از بین می‌رود.

«وقتی در حال تجربه‌ی خشم سالم هستید، هیچ‌چیزی را خیلی بزرگ [۱۹۲] نمی‌بینید. چیزی که می‌بینید کاهش تمام تنش‌های عضلانی است.

دهانتان بیشتر باز می‌شود چون آرواره‌ها نرم‌تر هستند، شدت صدا پایین‌تر است چون تارهای صوتی نرم‌تر هستند. شانه‌هایتان افتاده می‌شود و می‌بینید که تمام نشانه‌های تنش عضلانی رفته‌رفته محو می‌شوند.»

شکل درمان دکتر کالپین همسو با مسیری است که ابتدا دکتر حبیب دوانلو [۱۹۳] از دانشگاه مک‌گیل مونترآل آن را پیاده کرد. دوانلو در جلسات درمانی با مراجعان، در حین مواجهه‌ی درمانی ویدئویی ضبط می‌کرد تا مراجعان خودشان بتوانند بعداً ابراز بدنی عواطفشان را ببینند. کالپین هم بعضی از جلسات روان‌درمانی‌اش را ضبط می‌کند.

«یکی از مراجعانم در نواری که از او ضبط کرده‌ام، جریان قدرتمند الکتریسیته را توصیف می‌کند که بدنش متحمل می‌شود - و همان‌طور که اتفاق می‌افتند درباره‌شان صحبت می‌کند- اما ظاهراً او فقط آنجا نشسته و آن را توصیف می‌کند. اگر این ویدئو را بدون صدا تماشا کنید، فقط فردی را می‌بینید که کاملاً متمرکز و آرام به نظر می‌رسد، اما شاید حتی نتوانید حدس بزنید این فرد عصبانی بوده است.»

اگر خشم سالم آرامش بخش باشد پس خصومت ناسالم چیست؟ من وقتی عصبانی هستم، صورتم سفت می‌شود، عضلاتم کشیده می‌شوند و مطمئنم که به هرشکلی به نظر می‌رسد، جز اینکه آرام باشم. در اینجا دکتر کالپین یک تمایز اساسی را مطرح می‌کند: «سؤال این است که افراد به هنگام تجربه‌ی خصومت عملاً چه چیزی را تجربه می‌کنند؟ پرسیدن این سؤال از افراد می‌تواند جذاب باشد. اگر واقعاً این سؤال را از آن‌ها بپرسید، اکثر آن‌ها از اضطراب حرف می‌زنند. اگر از منظر جسمی و فیزیولوژیکی بپرسید که هنگام احساس خصومت، چه چیزی را در بدنشان تجربه می‌کنند اکثراً به شکلی، اضطراب را توصیف می‌کنند.»

من گفتم: «درست است، گرفتن صدا، تنفس سطحی، کشیدگی عضلات، نشانه‌های اضطراب هستند نه خشم.»
- دقیقاً. آن‌ها خشم را به‌صورت فیزیولوژیک تجربه نمی‌کنند، فقط در ظاهر نمایش داده می‌شود.

نمایش خصومت مکانیسم دفاعی در برابر اضطرابی است که کودک همیشه آن را همراه با خشم تجربه می‌کند. خشم باعث اضطراب می‌شود چون همراه احساسات مثبت وجود دارد، همراه با عشق و میل به رابطه داشتن، اما چون خشم به انرژی تهدیدکننده (درگیرکننده) منتهی می‌شود؛ به همین‌خاطر تهدیدی برای دلبستگی به حساب می‌آید. بنابراین حتی بدون شرایط خارجی، یعنی امر والدین که مقابل ابراز خشم هست هم

چیزی اساساً محرک اضطراب درباره‌ی تجربه خشم وجود دارد. آلن کالپین می‌گوید: «تکانه‌های پرخاشگری» [۱۹۴] به‌خاطر احساس گناه سرکوب می‌شوند و این حس گناه تنها به دلیل وجود همزمان عشق و وجود احساسات مثبت وجود دارد. بنابراین خشم به‌تنهایی و در خلأ وجود ندارد. این خشم برای فردی که احساسات پرخاشگرانه‌ای را نسبت به یکی از عزیزانش تجربه می‌کند، به‌طرزی باورنکردنی محرک اضطراب و عامل احساس گناه در او می‌شود.»

به‌طور طبیعی، هر چقدر که والدین بیشتر تجربه‌ی خشم را منع و یا ممنوع کنند، کودک اضطراب بیشتری را تجربه خواهد کرد. در تمام مواردی که خشم کاملاً سرکوب می‌شود یا سرکوبی مزمن جای خود را به طغیان انفجاری خصومت می‌دهد، تاریخچه‌ی اولیه کودک نشان داده که علتش این است که والدین نتوانستند خشم طبیعی کودک را بپذیرند.

چنانچه فردی به‌صورت ناآگاه از قدرت تکانه‌های پرخاشگرانه‌اش بترسد، شکل‌های مختلفی از مکانیسم دفاعی را در اختیار می‌گیرد. یکی از طبقه‌بندی‌های مکانیسم دفاعی، تخلیه است که از طریق آن، به وضعیت اوایل کودکی برمی‌گردیم تا با نمایش دادن خشم بتوانیم با افزایش تدریجی و غیرقابل تحمل آن کنار بیاییم. «می‌دانید، نمایش دادن، دادوبیداد کردن، جیغ زدن و حتی کتک زدن، همه‌ی این کارهایی که انسان انجام می‌دهد، درواقع نوعی مکانیسم دفاعی در برابر تجربه‌ی خشم هستند. این (تخلیه) یک مکانیسم دفاعی در برابر نگه داشتن خشمی در درون است که فرد عمیقاً آن را احساس می‌کند. تخلیه، از فرد در برابر خشمی که واقعاً تجربه می‌کند دفاع می‌کند.»

روش دیگری که برای اجتناب از تجربه‌ی خشم وجود دارد، سرکوب است. بنابراین سرکوب و تخلیه دو روی یک سکه هستند. هر دوی آن‌ها حاکی از ترس و اضطراب هستند و به این دلیل هر دو، پاسخ به استرس فیزیولوژیک را به همراه دارند صرف نظر از چیزی که آگاهانه احساس می‌کنیم یا نمی‌کنیم.

مشکل فلج‌کننده‌ی اکثر افراد در ارتباط با خشم نسبت به عزیزانشان به‌وفور در مصاحبه‌ها دیده می‌شود. جین که نمی‌تواند درباره‌ی آزار و اذیتی که در سن یازده سالگی تجربه کرده با والدینش صحبت کند، به جای قبول خشمش، رابطه‌اش با آن‌ها را آرمانی می‌کند. همسرش اد، از رفتار کنترل‌گرانه‌ی همسرش احساس نفرت فرساینده‌ای می‌کند، اما نمی‌تواند خشمش را به‌صورت آزاد و مستقیم تجربه کند.

جیل، پسری مبتلا به سرطان تخمدان، از دست پزشکان عصبانی است که نتوانسته‌اند بیماریش را تشخیص بدهند، اما از همسرش کریس عصبانی نیست که نتوانسته درد و کاهش وزنش را طی چند ماه بفهمد. لزی، مبتلا به کولیت زخمی، خشمش را نسبت به همسر اولش می‌بلعید. «اصلاً جای سؤال ندارد. من نمی‌توانستم با او بجنگم، چون درنهایت او می‌گفت: می‌دانی چیست؟ ازدواج ما خوب نیست.» او درحال حاضر خوشحال است از این بابت که ازدواجی کرده که در آن، تجربه‌ی خشم، رابطه را تهدید نمی‌کند.

اضطراب ناشی از خشم و سایر عواطف منفی، مثل غم و یا طرد عمیقاً در بدن نهفته می‌شوند. درنهایت از طریق پیوندهای عرضی مضاعف و بی‌نهایت سفت و سخت سیستم PNI، که رشته‌های پیوندی بدن-ذهن هستند به‌شکل تغییرات بیولوژیک در می‌آیند. این مسیری است که به بیماری ارگانیک منتهی می‌شود. چنانچه جلوی خشم گرفته شود، درواقع سیستم ایمنی مهار می‌شود. یا چنانچه انرژی پرخاشگرانه‌ی خشم به سمت درون معطوف شود، سیستم ایمنی مختل می‌شود. در این صورت، مکانیسم‌های دفاعی فیزیولوژیک ما دیگر از ما محافظت نمی‌کنند و یا شاید حتی طغیان کرده و به بدن حمله کنند.

روان درمانگر، لویی‌س اورمونت، که در درمان گروهی افراد مبتلا به سرطان بر ابراز خشم آن‌ها کار کرده است، می‌گوید: «دانستن این موضوع که سرطان بیش از اینکه یک بیماری باشد، اختلالی در پیام‌های بیوشیمیایی بدن است موضوع ارزشمندی است. تغییر دادن این پیام‌ها به منزله‌ی ایجاد تأثیر بر مکانیسم‌های دفاعی ایمنی‌شناختی بدن است. در نتیجه، هرشکلی از مداخله که به منظور بازگرداندن بدن به وضعیت سلامت جسمی طراحی شده است، باید از ابزارهای فیزیکی بیشتری استفاده کند. چون عواطف به‌شکل برجسته‌ای بر سیستم بیوشیمی تأثیر می‌گذارند، پس یکی از راه‌های تأمین درمان ایمنی، فراهم کردن روان درمانی برای بیماران است.» [۸]

به افراد مبتلا به سرطان یا بیماری خود ایمنی همراه با خستگی مزمن یا فیبرومیالژیا یا بیماری عصبی تضعیف کننده، معمولاً استراحت کردن، تفکر مثبت و یا پایین آوردن میزان استرس توصیه می‌شود. این‌ها همه توصیه‌های خوبی هستند، اما چنانچه یکی از منابع اصلی استرس -درونی سازی خشم- به‌وضوح شناسایی و به آن پرداخته نشود، انجام آن‌ها غیر ممکن خواهد بود.

خشم نمایش خصمانه را ایجاب نمی‌کند. خشم در درجه اول تجربه‌ی یک فرایند فیزیولوژیک است. دوم اینکه، ارزش شناختی دارد؛ یعنی

اطلاعات ضروری را فراهم می‌کند. چون خشم در خلأ وجود ندارد، پس چنانچه احساس خشم داشته باشم، این احساس می‌بایست در پاسخ به ادراکی از سمت من ایجاد شده باشد. شاید احساس خشم پاسخی به فقدان یا تهدید فقدان در یک رابطه‌ی فردی باشد یا شاید هم نشانه‌ای از حمله‌ی واقعی یا تهدیدکننده به مرزهایم باشد. چنانچه به خودم اجازه بدهم که خشمم را تجربه کنم و به این فکر کنم که چه چیزی خشم مرا برانگیخته کرده، در این صورت بدون آسیب‌زدن به دیگران می‌توانم قدرت زیادی به‌دست بیاورم. من بسته به شرایط، انتخاب می‌کنم که یا خشمم را یا به نحوی ابراز کنم و یا آن را رها کنم. کلید ماجرا این است که تجربه‌ی آن را سرکوب نکنم. من انتخاب می‌کنم که خشمم را در صورت لزوم، در قالب حرف و یا در عمل بروز دهم، اما نیازی نیست به‌شکلی خارج از کنترل و به‌صورت خصومت غیرقابل کنترل آن را نمایش دهم. مسئولیت خشم سالم، با فرد است؛ نه عواطف عنان گسیخته. درمانگری به نام جوآن پترسون، کسی که در جزیره‌ی گابریولا در کلمبیای بریتانیا کارگاه برگزار می‌کند می‌گوید: «خشم انرژی‌ای است که مادر طبیعت به ما به‌عنوان بچه‌های کوچک خود می‌بخشد تا به سمت جلو حرکت کنیم و بگوییم من مهم هستم. تفاوت بین انرژی سالم خشم و انرژی مخرب خشونت عاطفی و فیزیکی، در این است که خشم به مرزها احترام می‌گذارد. حرکت کردن به سمت جلو، به مرزهای دیگران آسیبی نمی‌زند.»

۴. خودمختاری [۱۹۵]

بیماری نه‌تنها تاریخچه‌ای دارد، بلکه تاریخچه‌ای را بیان می‌کند. بیماری محصول تاریخچه‌ای طولانی از کشمکش برای خویشتن است. از یک نگاه ساده‌ی زیست‌شناختی، به نظر می‌رسد که هدف غایی طبیعت باید بقای ارگانیسم فیزیکی باشد. با این حال، ظاهراً وجود روانی خودمختار و خودتنظیم‌گر هدف بالاتر طبیعت است. ذهن و روح می‌توانند از یک آسیب فیزیکی سخت گذر کنند، اما بارها و بارها شاهد این هستیم که وقتی تمامیت روانی و آزادی به مخاطره می‌افتند، بدن فیزیکی کم‌کم مغلوب می‌شود.

جیسون از پنج سالگی دیابت وابسته به انسولین داشت. دیابت [۱۹۶] اسم خود را از واژه‌ی یونانی «ادرار شیرین» می‌گیرد؛ چون در این بیماری، شکر زیادی که در جریان خون به سمت مجرای ادرار وجود دارد، توسط کلیه‌ها جدا می‌شود. در دیابت، سلول‌های غده‌ای پانکراس

(لوزالمعده) نمی‌توانند انسولین کافی تولید کنند؛ هورمونی که لازم است تا شکر موجود در غذای هضم شده بتواند وارد سلول‌ها شود. جدای از خطرات فیزیولوژیکی آنی مربوط به سطح گلوکز بالا، دیابت برای بسیاری از ارگان‌های بدن، آسیب بالقوه‌ای در پی خواهد داشت.

جیسون ۲۳ ساله در حال حاضر به‌خاطر آسیب عروقی ناشی از دیابت، چشم راستش نمی‌بیند. او از ضعف عضلات قلب، نشستی دریاچه قلب و نقص کارکرد کلیه هم رنج می‌برد. گاهی به‌خاطر التهاب عصب برگشت پذیر به نام نوروپاتی دیابتی حتی نمی‌تواند راه برود. جیسون و مادرش، هیتز، به مدت ده سال بیمار من بودند. در دوازده ماه گذشته، او بارها مجبور بود به‌خاطر بحران‌های پزشکی مثل از کار افتادن قلب و مننژیت به اورژانس برده شود. شاید او زمان زیادی برای زنده ماندن نداشته باشد. طبق نظر متخصص پزشکی داخلی‌اش، پیش‌آگاهی‌اش تحت مراقبت است.

هیتز در شرایط مزمن اضطراب و خستگی مفرط آمیخته با انزجار به سر می‌برد که به عقیده‌ی خودش، نتیجه‌ی امتناع لجوجانه‌ی جیسون از مراقبت کردن از خودش در زمینه‌ی نوع تغذیه، توجه کافی به وضعیت انسولینش، مراجعه برای نوبت‌های پزشکی و داشتن سبک زندگی سالم است. البته برای یک مادر، این چیزها خیلی زیاد هستند. تجربه‌ی او این بوده است که وقتی مسئولیتی ندارد، جیسون بیمار می‌شود. او سال‌های زیادی را با این احتمال خیلی نزدیک زندگی کرده که اگر دست از مراقبت جیسون بر می‌داشت، حتی به مدت یک روز، در این صورت جیسون به کما می‌رفت یا حتی بدتر از این می‌شد.

آخرین بستری شدن جیسون در پی یک دوره‌ی چند هفته‌ای استفراغ بود که او را به‌شدت ضعیف کرده بود، آب بدنش را از دست داده بود و تشنج می‌کرد. یک روز جیسون دچار حمله‌ی دیگری شد و هیتز کنارش بود. او می‌گوید: «پرستارها، رزیدنت‌ها و متخصص‌ها خیلی سریع آمدند. جیسون تند تند پلک می‌زد و زانوها و پاهایش تکان می‌خوردند. درحالی‌که به‌صورت ایستاده نشسته بود و چشم‌هایش باز بودند و به من زل زده بود آن‌ها از طریق IV (داخل وریدی) در بازوهایش، به او دارو تزریق کردند. او با صدای بلند گفت: «بگذار بروم!» اما من نمی‌توانستم اجازه دهم برود. اجازه نمی‌دهم پسر من بمیرد.»

جیسون این اتفاق را به‌خاطر نمی‌آورد. او می‌گوید: «امکان ندارد من چنین چیزی گفته باشم.»
من پرسیدم: «فکر می‌کنی منظورت چه بوده است؟»

- اولین چیزی که به ذهنم خطور می‌کند، این است که بگذار بروم. این «بگذار بروم» به این معنا نبود که بگذار بمیرم، فقط منظورم این بود که از این همه سلطه‌جویی دست بردار. بیخیال شو. اجازه بده کاری را که دوست دارم انجام بدهم. این زندگی من است. من اشتباهات خودم را خواهم داشت، اما مادرم باید بگذارد من مسیر خودم را بروم؛ حتی اگر اشتباه باشد. داشتن دیابت و کسی که سعی کند کنترل کند بخش بزرگی از زندگی من بوده است.»

انگیزه‌ی مادر جیسون هر چه که بوده است، صرف نظر از اینکه جیسون چقدر از مراقبت‌های مادرش سوءاستفاده کرده، به‌هرحال تجربه‌ی بارز جیسون فقدان خودمختاری است. او توانایی این را ندارد که آزادانه حقوقش را مطالبه کند. اشتیاق او به خویشتن خودمختار و خشمش نسبت به مادرش، شکلی از مقاومت را به خود گرفته است؛ مثلاً مقاومت در برابر سلامت جسمی‌اش. او به هیتلر گفت: «این شبیه یک جور تنگی نفس است. هر کاری که می‌کردم اشتباه بود. وقتی گفتم بگذار بروم، منظورم این بود که عقب بکش. بگذار طوری که دوست دارم زندگی کنم. من می‌خواهم به روش خودم زندگی کنم و البته که اشتباهاتی هم خواهم داشت؛ همه در زندگیشان اشتباهاتی دارند. من هیچ‌وقت برای اینکه اشتباهات خودم را داشته باشم، احساس انتخاب و آزادی نداشتم.»

اگر از تاریخچه‌ی جیسون و هیتلر تنها یک درس برای آموختن داشته باشیم -درست مثل تمام تاریخچه‌های فردی و تمام مطالعاتی که در این کتاب به آن‌ها پرداخته‌ایم- آن درس این است که افراد از اینکه به مرزهایشان تعرض شود، رنج می‌کشند. هیتلر با رفتاری که با جیسون داشت -اینکه در تمام زندگی‌اش با او شبیه یک بچه رفتار کرد و مسئولیت‌هایش را به عهده گرفت- درواقع او را از فردیت حقیقی‌اش دور کرده است. جیسون هم با واکنش نشان دادن شبیه یک کودک به این وضعیت کمک کرده است.

در تحلیل نهایی، خود بیماری پرسشی را در ارتباط با مرزها به همراه دارد. وقتی به این تحقیق نگاه می‌کنیم که پیش‌بینی می‌کند چه‌کسی مستعد بیماری است، متوجه می‌شویم که افرادی که بیشتر در معرض خطر قرار دارند، کسانی هستند که سخت‌ترین تعرض را به مرزهایشان تجربه کرده‌اند؛ قبل از اینکه بتوانند معنای خودمختاری خویشتن را شکل دهند. در سال ۱۹۹۸، ژورنال آمریکایی پزشکی پیشگیرانه، نتایج مطالعه‌ی تجربیات ناخوشایند کودکی (ACE) را به چاپ رساند. بیش از ۹۵ شرکت کننده‌ی بالغ در این طرح تحقیقی شرکت

کردند. عوامل استرس‌زای کودکی مثل بدرفتاری جنسی یا عاطفی، خشونت، سوء مصرف مواد و یا بیماری روانی در خانواده، با رفتارهای پرخطر در بزرگسالی و پیامدهای مرتبط با سلامت و مرگ همبستگی داشتند. بین ناکارآمدی در خانوادگی مبدأ و وضعیت سلامت بزرگسال، رابطه تدریجی قوی‌ای وجود داشت؛ به این معنا که هر چقدر بیشتر در کودکی در معرض ناکارآمدی بوده باشیم، وضعیت سلامتمان در بزرگسالی بدتر خواهد بود و احتمال مرگ زود هنگام در اثر سرطان، بیماری قلبی، آسیب و چیزهای دیگر افزایش خواهد یافت.[۹]

معمولاً در زندگی کودکان، بیشتر از اینکه به مرزهایشان تعرض شود، موضوع اینجاست که اصلاً این مرزها شکل نمی‌گیرند. بسیاری از والدین نمی‌توانند به کودکانشان در شکل دادن مرزها کمک کنند؛ چون خود آن‌ها هیچ‌وقت نتوانسته‌اند در سال‌های تعیین‌کننده‌ی زندگی خودشان این کار را بکنند. ما فقط می‌توانیم کاری را که بلدیم انجام دهیم.

کودک بدون داشتن مرزی روشن بین خودش و والدینش، در تله‌ی این رابطه گرفتار می‌ماند. این تله بعدها الگویی برای شیوه‌ی ارتباط او با بقیه‌ی دنیا می‌شود. تله -چیزی که دکتر کر، اسم آن را فقدان تمایز نامید- روابط صمیمی فرد را تحت سلطه قرار می‌دهد. این تله می‌تواند دو شکل به خودش بگیرد، انزواطلبی و مقاومت غم‌انگیز و محکوم به شکست در برابر اختیار (مثل مورد جیسون) و یا مراقبت مزمن و وسواسی از دیگران (مثل هیتلر). در بعضی از انسان‌ها، بسته به اینکه در آن لحظه با چه کسی در تعامل هستند، این دو در کنار هم وجود دارند. از آنجایی که درهم‌ریختگی ایمنی -که باعث بیماری هم می‌شود- انعکاسی از ناتوانی در تمیز خویشتن از غیرخویشتن است، به همین دلیل التیام باید ایجاد و یا اصلاح مرزهای خویشتن خودمختار را در بر داشته باشد.

درمانگر و رهبر گروهی، جیسون پترسون، مدیر آموزش در سمینارهای PD، مرکز التیام کل‌نگرانه و رشد روان‌شناختی در گفتگوی اخیرش در جزیره گابرولا گفت: «داشتن مرز و خودمختاری، لازمه‌ی التیام است. ما با بدنمان زندگی را تجربه می‌کنیم. اگر نتوانیم تجربه‌ی زندگی‌مان را روشن بیان کنیم، بدنمان درباره‌ی چیزی که ذهن و دهانمان نمی‌توانند انجام دهند، صحبت می‌کند.»

دکتر پترسون می‌گوید، «مرز شخصی تجربه‌ی جدی خودم یا دیگران است. من نمی‌خواهم از واژه‌ی پیش‌حمله استفاده کنم؛ صرفاً به این‌خاطر که واژه‌ی جدیدی است، اما آنجا که جان به لب می‌رسد ابراز جدی را داریم. ما مرزها را نه تنها به صورت کلامی منتقل

می‌کنیم، بلکه به عقیده‌ی من، ابراز جدی‌ای را داریم که غیرکلامی است.» دکتر پترسون در کتاب خود به نام خشم، مرزها و امنیت این مفهوم را با جزئیات بیشتری توضیح می‌دهد: «مرزها غیرقابل رؤیت هستند؛ در نتیجه، دریافت درونی و هشیاری‌اند که تعریف می‌کند من چه کسی هستم. این فرایند با این پرسش شروع می‌شود: «من در زندگی و روابطم چه چیزی می‌خواهم، چه چیزی را بیشتر و چه چیزی را کمتر می‌خواهم، یا چه چیزی را نمی‌خواهم، چه چیزهایی حدود تعیین شده من هستند؟» در این خود توصیفی، چیزی را که برایمان ارزشمند است و در این لحظه‌ی خاص زمانی، از مکان خویش ارجاعی درونی در زندگی می‌خواهیم تعریف می‌کنیم؛ موقعیت کنترل از درون خودمان است.»

پس خودمختاری شکل دادن یک مرکز کنترل درونی است.

۵. دلبستگی [۱۹۷]

دلبستگی پیوند ما با دنیا است. توانایی باز بودن، خودپروری و سلامت را در اولین روابط دلبستگی به دست می‌آوریم و یا از دست می‌دهیم. در این پیوندهای دلبستگی اولیه است که یاد می‌گیریم خشم را تجربه کنیم و یا از آن بترسیم و سرکوبش کنیم. در اینجا است که درکمان را از خودمختاری شکل دادیم و یا از ضعف آن رنج بردیم. پیوند برای التیام نیز حیاتی است. تحقیقات یکی پس از دیگری همگی حاکی از این هستند که افراد فاقد تماس اجتماعی - افراد تنها - بیشتر از همه در معرض خطر بیماری هستند. افرادی که از حمایت عاطفی ناب بهره می‌برند، صرف نظر از نوع بیماری، پیش آگهی بهتری دارند.

درک، مردی ۷۱ ساله، از چهارده سال قبل، یعنی از وقتی که غده‌ی کوچکی روی پروستاتش پیدا شد هر سال چندین آزمایش PSA انجام داده است. دو سال قبل، بافت‌برداری انجام داد که سلول‌های سرطانی را نشان داد.

- سرطان‌شناس مرا ترساند و به من گفت که ریسک بیماری‌ام بالاست. به همین خاطر موافقت کردم که به مدت شش ماه درمان هورمونی دریافت کنم که تومور را کم می‌کند. این درمان، تستوسترون شما را به طور کامل می‌کشد. هر سه ماه باید تزریق داشته باشید. بعد از درمان هورمون، سرطان‌شناس خواست که پرتودرمانی را به مدت هفت هفته شروع کند. من این را نمی‌خواستم و گفتم نه، چون در این مورد خیلی مطالعه کرده بودم. پرتودرمانی و جراحی به طور موقت مشکل را حل می‌کنند، اما بعد از سه تا پنج سال معمولاً بیماری برمی‌گردد.

پرتودرمانی علاوه بر سلول‌های بد، خیلی از سلول‌های خوب بدن را هم از بین می‌برد.

- وقتی این تشخیص را شنیدی از نظر عاطفی چطور بودی؟

- خب، این مشکل همیشه با من بود. من به هیچ‌کس نگفتم. حتی به هیچ‌کدام از دوستانم هم نگفتم. همه‌چیز را توی خودم ریختم و البته همسر و دو دخترم هم می‌دانستند.

من قبلاً آدم گوشه‌گیری بودم. خیلی درون‌گرا بودم. الان اما خیلی باز هستم. آدم‌های زیادی را در اطرافم دوست دارم. قبلاً این‌طوری نبودم. از اینکه یک غاری برای خودم داشته باشم و درش هم قفل باشد و بتوانم همه‌ی عمرم را آنجا زندگی کنم خیلی احساس خوشحالی می‌کردم. الان اولویت‌هایم تغییر کرده‌اند. قبلاً برای سرگرمی لوکوموتیوهای بخاری می‌ساختم. شانزده ساعت در روزم را در کارگاه صرف انجام این کار می‌کردم و کاملاً شاد بودم. الان از وقتی که سرطان گرفتم، یعنی دو سال است که دیگر به کارگاهم نرفته‌ام.

الان به افراد بیشتری در زندگی‌ام نیاز دارم. افراد سرطانی از هم حمایت می‌کنند و این چیزی است که ما به آن نیاز داریم؛ صحبت کردن درباره‌ی بیماری. همه‌ی ما در بقیه‌ی زندگی‌مان درباره‌ی این موضوع صحبت خواهیم کرد. این ظاهراً همان چیزی است که باید انجام دهیم.

- فکر می‌کنی نوع بشر به‌طور کلی برای انتقال عواطف و صحبت کردن درباره‌ی مشکلاتش، سرطان یا هرچیز دیگری به حمایت و فرصت نیاز ندارد؟ چرا فکر می‌کنی سرطان باید این درس را به تو بدهد؟

- خود من به این موضوع فکر کردم. وقتی برای اولین بار بیماری‌ام را تشخیص دادند، یک دیوار در اطراف خودم درست کردم و نمی‌گذاشتم کسی داخل شود؛ چون در آنجا احساس امنیت می‌کردم. این اشتباه بود. به مدت یازده ماه، همه‌ی انرژی‌ام را صرف مبارزه با سرطان کردم. درنهایت، وقتی فهمیدم که سرطان از بین رفته است، این دیوار را شکستم و با دیگران درباره‌ی تجربه‌ام صحبت کردم؛ اینکه من سرطان داشتم و از آن عبور کردم. از این موضوع به خودم می‌بالم.

- تو وقتی توانستی این موضوع را با دیگران در میان بگذاری که آن بیماری را شکست داده بودی؛ نه زمانی که داشتی با آن مبارزه می‌کردی و بیشتر از هر زمان دیگری به حمایت نیاز داشتی. چرا همسرت را دور نگه داشتی؟

- من هیچ وقت حمایت او را احساس نکردم. البته الان دیگر می دانم که او از من حمایت می کرد، اما او را وارد زندگی ام نکردم. این دیوار را اطراف خودم کشیدم و هیچ کسی را داخل آن راه ندادم.

- گاهی وقت ها اینکه احساس ناخشنودی یا عصبانیت داشته باشیم، راحت تر است تا اینکه به خودمان اجازه دهیم میل شدید به برقراری تماس را تجربه کنیم؛ چیزی که از ابتدا به خاطر یأس، باعث خشم ما شده است. در پس تمام خشممان، نیاز عمیقاً ناکامی به داشتن رابطه‌ی صمیمانه نهفته است. التیام هم دست یافتن مجدد به آسیب پذیری را می طلبد و هم به صورت ضمنی آن را القا می کند؛ آسیب پذیری ای که باعث شده ما از همان ابتدا از نظر عاطفی خاموش شویم. ما دیگر بچه های وابسته و درمانده نیستیم. دیگر نیاز نیست از آسیب پذیری عاطفی بترسیم. ما می توانیم به خودمان این اجازه را بدهیم که به نیاز انسانی دوطرفه و همه جانبه برای رابطه افتخار کنیم و این باور دیرینه را که به صورت ناخودآگاه، بار زیادی برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن بار به همراه دارد، به چالش بکشیم: این باور که ما دوست داشتنی نیستیم. به دنبال رابطه بودن، برای التیام ضروری است.

۶. تأیید [۱۹۸]

ورای پذیرش و آگاهی، ورای تجربه‌ی خشم و ظهور خودمختاری و در کنار بالیدن به توانمندیمان برای دلبستگی و جستجوی آگاهانه برقراری تماس، تأیید را داریم: تأیید، اعلام این موضوع به خودمان و دنیا است که ما هستیم و ما همان چیزی هستیم که هستیم. در سراسر این کتاب، به کرات شاهد افرادی با این عقیده بوده ایم که اگر اقدامی نکنند، فقط تهی بودن، یک خلأ وحشتناک را تجربه می کنند. ما در ترس هایمان به غلط واقعیت را با ناآرامی، بودن را با فعالیت و معنا را با دستاورد برابر می دانیم. ما فکر می کنیم خودمختاری و آزادی، به معنای آزادی عمل برای انجام دادن، عمل کردن و یا واکنش نشان دادن به هر شکلی است که دوست داریم. تأیید در معنای خود ابرازی، چیزی عمیق تر از خودمختاری محدود در اقدام است. تأیید اظهار بودن است؛ ارزش گذاری مثبت خودمان به عنوان چیزی مستقل از تاریخچه مان، شخصیت مان، توانایی ها و یا ادراکمان از دنیا است. تأیید این باور هسته ای را که ما باید وجودمان را به نحوی توجیه کنیم، به چالش می کشد.

تأیید نه اقدام را می‌طلبید و نه واکنش را. «بودن» است صرف نظر از اقدام.

بنابراین تأیید می‌تواند نقطه مقابل اقدام باشد، نه تنها در معنای دقیق امتناع از انجام چیزی که دوست نداریم، بلکه رها شدن از نیاز مبرم به اقدام است.

۷. تصدیق [۱۹۹]

وقتی چیزی را تصدیق می‌کنیم یعنی حرف مثبتی درباره‌ی آن می‌زنیم؛ به سمت چیز با ارزشی می‌رویم. دو ارزش اساسی وجود دارد که در التیام و حفظ تمامیت‌مان به ما کمک می‌کند، اگر که برایمان قابل احترام باشند.

اولین ارزش خویشتن‌خلاقانه‌ی خودمان است. بعد از گذشت چند سال از پزشکی‌ام به قدری درگیر و معتاد به کار شده بودم که به خودم و عمیق‌ترین خواسته‌هایم توجهی نداشتم. در همان لحظات، اندکی هم که به خودم استراحت می‌دادم، متوجه کمی بی‌قراری درونم بودم، یک پریشان‌حوالی غیرقابل درک. زمزمه‌ی خفیف یک واژه توی سرم می‌پیچید: نوشتن. در ابتدا نمی‌توانستم بگویم که این ضربان قلبم بود یا نوعی الهام. هرچقدر بیشتر گوش می‌دادم، این پیام بلندتر می‌شد: من نیاز به نوشتن دارم، به ابراز خودم از طریق زبان مکتوب، نه فقط جوری که دیگران من را بشنوند، بلکه طوری که خودم هم بتوانم صدای درونم را بشنوم.

به ما آموخته‌اند که خدایان بشر را در شکل خودشان آفریده‌اند. هر کسی میل به خلق کردن دارد. ابراز آن می‌تواند از طریق کانال‌های زیادی اتفاق بیفتد: از طریق نوشتن، هنر و یا موسیقی، از طریق نوآوری در کار و یا به هر شیوه‌ی دیگری که برای هرکسی منحصر به فرد است، این خلق کردن می‌تواند از طریق آشپزی کردن باشد یا باغبانی یا هنر گفتمان اجتماعی. نکته‌ی اصلی این است که برای این میل و اشتیاق ارزش قائل شویم. انجام این کار به التیام خودمان و دیگران کمک می‌کند؛ انجام ندادن آن بدن و روحمان را از بین می‌برد. من وقتی که نمی‌نوشتم، در سکوت خفه می‌شدم.

هانس سلیه می‌گوید: «آنچه که در ما هست باید بروز داده شود؛ در غیر این صورت یا در مکان اشتباهی منفجر می‌شویم و یا درماندگی ما را به شکل ناامیدانه‌ای احاطه می‌کند. هنر بزرگ ابراز هستی‌مان از طریق کانال‌های خاص و در سرعت خاصی است که طبیعت برایمان مقدر

ساخته است.»

دومین تصدیق بزرگ خویشتن جهانی است؛ ارتباطمان با همه چیز. این فرض که ما منزوی، تنها و بدون تماس با دیگران هستیم، امری سمی است اما -صرف نظر از اینکه زندگی چقدر با بی‌رحمی و دائماً این سایه‌ی تاریک را به ما نشان داده است- چیزی بیش از یک توهم تلخ هم نیست. این بخشی از بیولوژی آسیب شناختی باور را شکل می‌دهد.

از نظر جسمی، به راحتی می‌توانیم ببینیم که دریافتمان درباره‌ی جدایی از دنیا غلط است: ما از خاک به خاک نمی‌رویم؛ ما از خاک حیات گرفته‌ایم. ما بخشی از جهان با خودآگاهی موقتی هستیم، اما هیچ‌وقت جدا از آن نیستیم. برحسب شانس و تصادف نیست که واژه‌ی «جستجو کردن» تا این اندازه در ارتباط با امور معنوی استفاده می‌شود.

بسیاری از افراد در مواجهه با بیماری تقریباً به‌صورت شمی و معمولاً به‌شکلی عجیب در جستجوی خویشتن معنویشان می‌روند. آنا، فردی مبتلا به سرطان پستان، یهودی متولد شد و با مذهب اجدادش بزرگ شد. او اکنون برای تأمین غذای روحش به کلیسای جامع کاتولیک می‌رود. «محبوب من خدا است و به‌همین‌خاطر است که من قوی مانده‌ام. من به کلیسا می‌روم و ارتباط برقرار می‌کنم. من می‌دانم که عاشق خدا هستم. من در محراب خدمت می‌کنم. اولین باری که این کار را انجام دادم شمایل عیسای مصلوب و دو شمع گرفتم و کشیش به من گفت: «تو محراب هستی.» من همیشه، به‌خصوص در زمان‌هایی که احساس خیلی بدی دارم، به خودم می‌گویم که من محراب هستم. و کشیش به من گفت که اگر تو محراب خدا در اینجا، در این کلیسا هستی، پس همیشه محراب خدا هستی. تو محبوب او هستی.»

از طرف دیگر، لیلین، زنی مبتلا به آرتروز که با او مصاحبه کردم، از مذهب پرسبیتی [۲۰۰] به یهودیت درآمده است. او در یک خانواده‌ی بومی اسکاتلندی به‌شدت کنترل‌گر و سرکوب‌گر بزرگ شده است. او در اعتقادات یهودی‌اش، این آزادی را که خودش باشد و لذت زندگی‌ای را که برای مدت‌های طولانی از آن محروم بوده است پیدا کرده است. او هنوز هم کاملاً احساس آزادی نمی‌کند: وقتی برادرش برای دیدن او می‌آید او شمع‌های منورا و روز یکشنبه را قایم می‌کند. اما نسبت به همیشه بیشتر در صلح است. او می‌گوید: «من احساس می‌کردم که برای التیام یافتن، باید بندگی معنوی را کنار بگذارم.»

افراد دیگری که با آن‌ها صحبت کرده‌ام، یا دوباره اعتمادشان به اعتقادات دیرینه را تصدیق کرده‌اند، یا مراقبه می‌کنند و یا با طبیعت راز و نیاز می‌کنند. هرکدام از آن‌ها به دنبال راه خودشان به سمت نور و روشنایی از درون و بیرون می‌گردند. برای خیلی‌ها، این جستجوی ساده‌ای نیست. صرف نظر از اینکه کلید ماجرا را از دست داده‌ایم یا نداده‌ایم، مثل ملأ نصرالدین، همه‌ی ما ترجیح می‌دهیم از زیر نور خیابان، جایی که بتوانیم ببینیم شروع کنیم. یکی از معلمان بزرگ می‌گفت: «بگردید، پیدا خواهید کرد.» خود جستجو، یافتن است؛ چون انسان تنها مشتاقانه به دنبال چیزی می‌رود که از قبل می‌داند وجود دارد.

بسیاری از انسان‌ها حتی بدون باز بودن در برابر نیازهای معنوی خودشان، دست به کارهای روان‌شناختی زده‌اند. عده‌ای هم فقط با روش‌های معنوی -در جستجوی خدا یا خویشتن جهانی- و بدون پی بردن به اهمیت یافتن و رشد خویشتن فردی به دنبال التیام هستند. التیام بر سه ستون استوار است: بدن، روان و پیوند معنوی. نادیده گرفتن هر یک از این‌ها به معنای رفتن به سمت عدم تعادل و ناراحتی است. وقتی صحبت از التیام است، اگر تنها به دنبال مکان‌های راحت باشیم، معمولاً چیزی را پیدا می‌کنیم که ملانصرالدین و همسایه‌هایش زیر نور خیابان پیدا کردند: هیچی. ملأ نصرالدین در نقش یک احمق، این را نمی‌دانست، اما در نقش انسان فرزانه و معلم می‌دانست. در همه‌ی ما، یک ملأ نصرالدین احمق و یک ملأ نصرالدین فرزانه وجود دارد.

.1. Hans Selye, *The Stress of Life*, rev. ed. (New York: McGraw-Hill, 1978), 4.

.2. M. Angell, "Disease as a Reflection of the Psyche," *New England Journal of Medicine*, 13 June 1985.

.3. Interview with Dr. Robert Maunder.

.4. Plato, Charmides, quoted in A. A. Brill, *Freud's Contribution to Psychiatry*, (New York, W.W. Norton, 1944), 233.

فصل ۲: آن دختر بچه بیش‌ازحد خوب بود

.1. G. M. Franklin, "Stress and Its Relationship to Acute Exacerbations in Multiple Sclerosis," *Journal of Neurological Rehabilitation* 2, no. 1 (1988).

.2. I. Grant, "Psychosomatic-Somatopsychic Aspects of Multiple Sclerosis," in U. Halbriech, ed., *Multiple Sclerosis: A Neuropsychiatric Disorder*, no. 37, Progress in Psychiatry series (Washington/London: American Psychiatric Press).

.3. V. Mei-Tal, "The Role of Psychological Process in a Somatic Disorder: Multiple Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 32, no. 1 (1970), 68.

.4. G. S. Philippopoulous, "The Etiologic Significance of Emotional Factors in Onset and Exacerbations of Multiple Sclerosis," *Psychosomatic Medicine* 20 (1958): 458-۷۴.

.5. Mei-Tal, "The Role of Psychological Process ...," ۷۳.

.6. I. Grant, "Severely Threatening Events and Marked Life Difficulties Preceding Onset or Exacerbation of Multiple

Sclerosis," Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 52 (1989): 8–13. Seventy-seven per cent of the MS group, but only 35 per cent of the control group, experienced marked life adversity in the year prior to the appearance of disease. "The excess in marked life stress was most evident in the 6 months before onset.... 24 of 39 multiple sclerosis patients (62 per cent) reported a severely threatening event, as compared with six of 40 controls (15 per cent).... Significantly more patients than controls experienced marital difficulties (49 per cent vs. 10 per cent).... Eighteen of 23 first cases and 12 of 16 relapsing cases reported ".marked adversity

.J. D. Wilson., ed., Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th ed. (New York: McGraw-Hill, 1999), 2039 .7

L. J. Rosner, Multiple Sclerosis: New Hope and Practical Advice for People with MS and Their Families (New York: Fireside .8
.Publishers, 1992), 15

E. Chelmicka-Schorr and B. G. Arnason, "Nervous System–Immune System Interactions and Their Role in Multiple Sclerosis," .9
.Annals of Neurology, supplement to vol. 36 (1994), S29-S32

.Elizabeth Wilson, Jacqueline du Pré (London: Faber and Faber, 1999), 160 .10

.Hilary du Pré and Piers du Pré, A Genius in the Family: An Intimate Memoir of Jacqueline du Pré (New York: Vintage, 1998) .11

.Wilson, Jacqueline du Pré .12

فصل ۳: استرس و شایستگی عاطفی

.Selye, The Stress of Life, xv .1

.Ibid., 414 .2

.Ibid., 62 .3

.Ibid., 150 .4

E. M. Sternberg (moderator), "The Stress Response and the Regulation of Inflammatory Disease," *Annals of Internal Medicine* .5
.17, no. 10 (15 November 1992), 855

A. Kusnecov and B. S. Rabin, "Stressor-Induced Alterations of Immune Function: Mechanisms and Issues," *International Archives* .6
of Allergy and Immunology 105 (1994), 108
.Selye, *The Stress of Life*, 370 .7

S. Levine and H. Ursin, "What Is Stress?" in S. Levine and H. Ursin, eds., *Psychobiology of Stress* (New York: Academic Press), .8
.17

W. R. Malarkey, "Behavior: The Endocrine-Immune Interface and Health Outcomes," in T. Theorell, ed., *Everyday Biological Stress* .9
.Mechanisms, vol. 22, (Basel: Karger, 2001), 104–۱۱۵

M. A. Hofer, "Relationships as Regulators: A Psychobiologic Perspective on Bereavement," *Psychosomatic Medicine* 46, no. 3 .10
(May–June 1984), 194

Ross Buck, "Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness: A Developmental-Interactionist View," in .11
.J. Pennebaker and H. Treve, eds., *Emotional Expressiveness, Inhibition and Health* (Seattle: Hogrefe and Huber, 1993), 38
.Ibid .12

فصل ۴: زنده‌به‌گور شدن

Suzannah Horgan, *Communication Issues and ALS: A Collaborative Exploration* (Thesis submitted to the Division of Applied .1

.(Psychology, University of Alberta, Calgary, 2001

.Wolfgang J. Streit and Carol A. Kincaid-Colton, "The Brain's Immune System," Scientific American 273, no. 5 (November 1995) .2

W. A. Brown and P. S. Mueller, "Psychological Function in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis," Psychosomatic .3
Medicine 32, no. 2 (March–April 1970), 141–52. The countervailing study is by J. L. Houpt et al., "Psychological Characteristics of
.Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis," Psychosomatic Medicine 39, no. 5, 299–۳۰۳

A. J. Wilbourn and H. Mitsumoto, "Why Are Patients with ALS So Nice?" presented at the ninth International ALS Symposium on .4
.ALS/MND, Munich, 1998

.Ray Robinson, Iron Horse: Lou Gehrig in His Time (New York: W. W. Norton & Company, 1990) .5

.Michael White and John Gribbin, Stephen Hawking: A Life in Science (London: Viking, 1992) .6

.Dennis Kaye, Laugh, I Thought I'd Die (Toronto: Penguin Putnam, 1994) .7

.Evelyn Bell, Cries of the Silent (Calgary: ALS Society of Alberta, 1999), 12 .8

.Lisa Hobbs-Birnie, Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez (Toronto: Macmillan Canada, 1994) .9

.Jane Hawking, Music to Move the Stars (London: Pan/Macmillan, 1993) .10

Christiane Northrup, Women's Bodies, Women's Wisdom: Creating Physical and Emotional Health and Healing(New York: .11
.Bantam Books, 1998), 61

فصل ۵: هرگز به اندازه‌ی کافی خوب نبود

Jill Graham et al., "Stressful Life Experiences and Risk of Relapse of Breast Cancer: Observational Cohort Study," British.1

D. E. Stewart et al., "Attributions of Cause and Recurrence in Long-Term Breast Cancer Survivors," *Psycho-Oncology* (March–April 2001) .2

Sandra M. Levy and Beverly D. Wise, "Psychosocial Risk Factors and Disease Progression," in Cary L. Cooper, ed., *Stress and Breast Cancer* (New York: John Wiley & Sons, 1988), 77–96 .3

M. Wirsching, "Psychological Identification of Breast Cancer Patients Before Biopsy," *Journal of Psychosomatic Research* 26 .4
(1982), cited in Cary L. Cooper, ed., *Stress and Breast Cancer* (New York: John Wiley & Sons, 1993), 13

.C. B. Bahnson, "Stress and Cancer: The State of the Art," *Psychosomatics* 22, no. 3 (March 1981), 213 .5

S. Greer and T. Morris, "Psychological Attributes of Women Who Develop Breast Cancer: A Controlled Study," *Journal of Psychosomatic Research* 19 (1975), 147–53 .6

C. L. Bacon et al. "A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast," *Psychosomatic Medicine* 14 (1952): 453–60, paraphrased .7
".in Bahnson, "Stress and Cancer

.Sandra M. Levy, *Behavior and Cancer* (San Francisco: Jossey-Bass, 1985), 166 .8

.Betty Ford, *Betty: A Glad Awakening* (New York: Doubleday, 1987), 36 .9

فصل ۶: تو هم بخشی از این هستی، مامان

.Betty Krawczyk, *Lock Me Up or Let Me Go* (Vancouver: Raincoast, 2002) .1

.Betty Shiver Krawczyk, *Clayoquot: The Sound of My Heart* (Victoria: Orca Book Publishers, 1996) .2

فصل ۷: استرس، هورمون‌ها، سرکوبی و سرطان

- .D. M. Kissen and H. G. Eysenck, "Personality in Male Lung Cancer Patients," *Journal of Psychosomatic Research* 6 (1962), 123 .1
- T. Cox and C. MacKay, "Psychosocial Factors and Psychophysiological Mechanisms in the Aetiology and Development of .2
.Cancers," *Social Science and Medicine* 16 (1982), 385
- R. Grossarth-Maticek et al., "Psychosocial Factors as Strong Predictors of Mortality from Cancer, Ischaemic Heart Disease and .3
.Stroke: The Yugoslav Prospective Study," *Journal of Psychosomatic Research* 29, no. 2 (1985), 167–۷۶
- C. B. Pert et al., "Neuropeptides and Their Receptors: A Psychosomatic Network," *The Journal of Immunology* 135, no. 2 (August .4
.1985)
- .Candace Pert, *Molecules of Emotion: Why You Feel the Way You Feel* (New York: Touchstone, 1999), 22–۲۳ .5
- .E. R. De Kloet, "Corticosteroids, Stress, and Aging," *Annals of New York Academy of Sciences*, 663 (1992), 358 .6
- .Rajesh K. Naz, *Prostate: Basic and Clinical Aspects* (Boca Raton: CRC Press, 1997), 75 .7
- J. K. Kiecolt-Glaser and R. Glaser, "Psychoneuroimmunology and Immunotoxicology: Implications for Carcinogenesis," .8
.Psychosomatic Medicine 61 (1999), 271–۷۲
- C. Tournier et al., "Requirement of JNK for Stress-Induced Activation of the Cytochrome c-Mediated Death Pathway," *Science* .9
.288 (5 May 2000), 870–۷۴
- W. Jung and M. Irwin, "Reduction of Natural Killer Cytotoxic Activity in Major Depression: Interaction between Depression and .10
.Cigarette Smoking," *Psychosomatic Medicine* 61 (1999), 263–۷۰
- ,H. Anisman et al., "Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 2. Disease," *Canadian Medical Association Journal* 155 .11

- .no. 8 (15 October 1996) .12
- .Levy, Behavior and Cancer, 146-۴۷ .12
- C. Shively et al., "Behavior and Physiology of Social Stress and Depression in Female Cynomolgus Monkeys, Biological .13
Psychiatry 41 (1997), 871-۸۲
- M. D. Marcus et al., "Psychological correlates of functional hypothalamic amenorrhea," Fertility and Sterility 76, no. 2 (August .14
2001), 315
- .J. C. Prior, "Ovulatory Disturbances: They Do Matter," Canadian Journal of Diagnosis, February 1997 .15
- .J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients (New York: The Free Press, 1981), 46 .16
- .B. A. Stoll, ed., Prolonged Arrest of Cancer (Chichester: John Wiley & Sons, 1982), 1 .17
- .Levy, Behavior and Cancer, 146 .18
- .C. L. Cooper, ed., Stress and Breast Cancer (Chichester: John Wiley & Sons, 1988), 32 .19
- .Ibid .20
- .Ibid., 31-۳۲ .21
- .Ibid., 123 .22
- .J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients, 45 .23
- .L. Elit, "Familial Ovarian Cancer," Canadian Family Physician 47 (April 2001) .24
- .Gilda Radner, It's Always Something (New York: Simon and Schuster, 1989) .25

فصل ۸: نتیجه‌ی خوبی از این شرایط به دست می‌آید

- G. L. Lu-Yao et al., "Effect of Age and Surgical Approach on Complications and Short-Term Mortality after Radical Prostatectomy .1
.—A Population-Based Study," *Urology* 54, no. 2 (August 1999), 301–Y
- .Larry Katzenstein, "Can the Prostate Test Be Hazardous to Your Health?" *The New York Times*, 17 February 1999 .2
.Study discussed in the periodical *Cancer*, 1997, cited in *ibid* .3
- C. J. Newschaffer et al., "Causes of Death in Elderly Cancer Patients and in a Comparison Nonprostate Cancer Cohort," *Journal* .4
.of the National Cancer Institute 92, no.8 (19 April 2000), 613–Y Y
.The *Journal of the American Medical Association*, 5 May 1999 .5
- .S. M. Levy, ed., *Biological Mediators of Behavior and Disease: Neoplasia* (New York: Elsevier Biomedical, 1981), 76 .6
- T. E. Seeman and B. S. McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics on Neuroendocrine Regulation," *Psychosomatic* .7
.Medicine 58 (September-October 1996), 462
- .D. France, "Testosterone, the Rogue Hormone, Is Getting a Makeover," *The New York Times*, 17 February 1999 .8
- U. Schweiger et al., "Testosterone, Gonadotropin, and Cortisol Secretion in Male Patients with Major Depression," *Psychosomatic* .9
.Medicine 61 (1999), 292–9F
- .Naz, *Prostate*, 14 .10
- .Roger S. Kirby et al., *Prostate Cancer* (St. Louis: Mosby, 2001), 29 .11
.Ibid., 15 .12
- .Levy, *Biological Mediators* ..., YF .13
- .Naz, *Prostate*, 17 .14

R. P. Greenberg and P. J. Dattore, "The Relationship between Dependency and the Development of Cancer," Psychosomatic .16
.Medicine 43, no. 1 (February 1981)

.New England Journal of Medicine 340: 884–87, cited in The Journal of the American Medical Association (5 May 1999), 1575 .17

.Andrew Kirtzman, Rudy Giuliani: Emperor of the City (New York: HarperPerennial, 2001) .18

.Lance Armstrong, It's Not about the Bike: My Journey Back to Life (New York: Berkley Books, 2001) .19

.A. Horwich, ed., Testicular Cancer: Investigation and Management (Philadelphia: Williams & Wilkins, 1991), 6 .20

فصل ۹: آیا «شخصیت سرطانی» هم داریم؟

.Levy, Behavior and Cancer, 19

W. Kneier and L. Temoshok, "Repressive Coping Reactions in Patients with Malignant Melanoma as Compared to Cardiovascular .2
.Patients," Journal of Psychosomatic Research 28, no. 2 (1984), 145–۵۵

L. Temoshok and B. Fox, "Coping Styles and Other Psychosocial Factors Related to Medical Status and to Prognosis in Patients .3
with Cutaneous Malignant Melanoma," in B. Fox and B. Newberry, eds., Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and
.Immunity (New York: C.J. Hogrefe, 1984), 263

.Levy, Behavior and Cancer, 17 .4

G. A. Kune et al., "Personality as a Risk Factor in Large Bowel Cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study," .5
.Psychological Medicine 21 (1991): 29–۴۱

C. B. Thomas and R. L. Greenstreet, "Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, .6
.Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor," Hopkins Medical Journal 132 (January 1973), 38

فصل ۱۰: راه حل ۵۵ درصدی

Malcolm Champion et al., eds., Optimal Management of IBD: Role of the Primary Care Physician (Toronto: The Medicine Group, .1
.2001)

G. Moser et al., "Inflammatory Bowel Disease: Patients' Beliefs about the Etiology of Their Disease—A Controlled Study," .2
Psychosomatic Medicine 55 (1993), 131, cited in R. Maunder, "Mediators of Stress Effects in Inflammatory Bowel Disease: Not the
.Usual Suspects," Journal of Psychosomatic Research 48 (2000), 569–۷۷

G. L. Engel, as paraphrased in G. F. Solomon et al., "Immunity, Emotions, and Stress," Annals of Clinical Research 6 (1974), 313– .3
.۲۲

G. L. Engel, "Studies of Ulcerative Colitis III: The Nature of the Psychological Process," American Journal of Medicine 19 (1955), .4
31, cited in A. Watkins, ed., Mind-Body Medicine: A Clinician's Guide to Psychoneuroimmunology (New York: Churchill Livingstone,
.1997), 140

D. A. Drossman, "Presidential Address: Gastrointestinal Illness and the Biopsychosocial Model," Psychosomatic Medicine 60 .5
(1998): 258–۶۷

S. R. Targan, "Biology of Inflammation in Crohn's Disease: Mechanisms of Action of Anti-TNF-Alpha Therapy," Canadian Journal .6
.of Gastroenterology: Update on Liver and Inflammatory Bowel Disease, vol. 14, supplement C (September 2000)

,H. Anisman et al., "Neuroimmune Mechanisms in Health and Disease: 1: Health," Canadian Medical Association Journal 155 .7

.no. 7 (1 October 1996), 872

.Drossman, "Presidential Address," 265 .8

S. Levenstein et al., "Stress and Exacerbation in Ulcerative Colitis: A Prospective Study of Patients Enrolled in Remission," .9

.American Journal of Gastroenterology 95, no. 5, 1213-20

Noel Hershfield, "Hans Selye, Inflammatory Bowel Disease and the Placebo Response," Canadian Journal of Gastroenterology .10

.11, no. 7 (October 1997): 623-24

فصل ۱۱: همه چیز در ذهن اوست

Y. Ringel and D. A. Drossman, "Toward a Positive and Comprehensive Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome," <Medscape/ .1

.gastro/journal> 2, no. 6 (26 December 2000)

.Drossman, "Presidential Address," 259 .2

.Ibid .3

E. A. Mayer and H. E. Raybould, "Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders," Gastroenterology 99 .4

.(December 1990): 1688-1704

.Drossman, "Presidential Address," 263 .5

Lin Chang, "The Emotional Brain, in Diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome," (Oakville: Pulsus Group, 2001), 2. .6

.Highlights from a symposium held during Canadian Digestive Diseases Week, Banff, Alberta, 26 February 2001

J. Lesserman et al., "Sexual and Physical Abuse History in Gastroenterology Practice: How Types of Abuse Impact Health .7

.Status," Psychosomatic Medicine 58 (1996), 4-15

.M. D. Gershon, *The Second Brain: The Scientific Basis of Gut Instinct* (New York: HarperCollins, 1998), xiii .9

".Mayer and Raybould, "Role of Visceral Afferent Mechanisms in Functional Bowel Disorders .10

"... Lin Chang, "The Emotional Brain .11

.Drossman, "Presidential Address," 262 .12

L. A. Bradley et al., "The Relationship between Stress and Symptoms of Gastroesophageal Reflux: The Influence of .13

.Psychological Factors," *American Journal of Gastroenterology* 88, no.1 (January 1993), 11–۱۸

W. J. Dodds et al., "Mechanisms of Gastroesophageal Reflux in Patients with Reflux Esophagitis," *New England Journal of* .14

.Medicine 307, no. 25 (16 December 1982), 1547–۵۲

D. A. Drossman et al., "Effects of Coping on Health Outcome among Women with Gastrointestinal Disorders," *Psychosomatic* .15

.Medicine 62 (2000), 309–۱۷

فصل ۱۲: من اول از همه خواهم مرد

M. J. Meaney et al., "Effect of Neonatal Handling on Age-Related Impairments Associated with the Hippocampus," *Science* 239 .1

.(12 February 1988), 766–۶۸

D. A. Snowdon et al., "Linguistic Ability in Early Life and the Neuropathology of Alzheimer's Disease and Cerebrovascular .2

.Disease: Findings from the Nun Study," *Annals of the New York Academy of Sciences* 903 (April 2000), 34–۳۸

.Victoria Glendinning, *Jonathan Swift: A Portrait* (Toronto: Doubleday Canada, 1998) .3

.David Shenk, *The Forgetting: Alzheimer's: The Portrait of an Epidemic* (New York: Doubleday, 2001) .4

- .D. A. Snowdon, "Aging and Alzheimer's Disease: Lessons from the Nun Study," Gerontologist 38, no. 1 (February 1998), 5-6 .5
 - V.A. Evseev et al., "Dysregulation in Neuroimmunopathology and Perspectives of Immunotherapy," Bulletin of Experimental .6
.Biological Medicine 131, no. 4 (April 2001), 305-308
 - M. F. Frecker et al., "Immunological Associations in Familial and Non-familial Alzheimer's Patients and Their Families," Canadian .7
.Journal of Neurological Science 21, no. 2 (May 1994), 112-119
 - M. Popovic et al., "Importance of Immunological and Inflammatory Processes in the Pathogenesis and Therapy of Alzheimer's .8
.Disease," International Journal of Neuroscience 9, no. 3-4 (September 1995), 203-216
 - F. Marx et al., "Mechanisms of Immune Regulation in Alzheimer's Disease: A Viewpoint," Arch Immunol Ther Exp (Warsz) 47, no. .9
.4 (1999), 204-209
 - J. K. Kiecolt-Glaser et al., "Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology," Annual .10
.Review of Psychology 53 (2002), 83-107
 - .Edmund Morris, Dutch: A Memoir of Ronald Reagan (New York: Modern Library, 1999) .11
 - .Michael Korda, Another Life (New York: Random House, 1999) .12
- فصل ۱۳: خویشتن یا غیرخویشتن: آشفتگی سیستم ایمنی**
- C. E. G. Robinson, "Emotional Factors and Rheumatoid Arthritis," Canadian Medical Association Journal 77 (15 August 1957), .1
.344-45
 - B. R. Shochet et al., "A Medical-Psychiatric Study of Patients with Rheumatoid Arthritis," Psychosomatics 10, no. 5 (September- .2
.October 1969), 274

- .John Bowlby, Attachment, 2nd ed. (New York: Basic Books, 1982), 377 .3
- R. Otto and I. R. Mackay, "Psycho-Social and Emotional Disturbance in Systemic Lupus Erythematosus," Medical Journal of .4
.Australia, (9 September 1967), 488-93
- .John Bowlby, Loss (New York: Basic Books, 1980), 69 .5
- .Bowlby, Attachment, 68 .6
- .Michael Hagmann, "A New Way to Keep Immune Cells in Check," Science, 1945 .7
- .P. Marrack and J. W. Kappler, "How the Immune System Recognizes the Body," Scientific American, September 1993 .8
- G. F. Solomon and R. H. Moos, "The Relationship of Personality to the Presence of Rheumatoid Factor in Asymptomatic .9
.Relatives of Patients with Rheumatoid Arthritis," Psychosomatic Medicine 27, no. 4 (1965), 350-60
- M. W. Stewart et al., "Differential Relationships between Stress and Disease Activity for Immunologically Distinct Subgroups of .10
.People with Rheumatoid Arthritis," Journal of Abnormal Psychology 103, no. 2 (May 1994), 251-68
- D. J. Wallace, "The Role of Stress and Trauma in Rheumatoid Arthritis and Systemic Lupus Erythematosus," Seminars in .11
.Arthritis and Rheumatism 16, no. 3 (February 1987), 153-67
- S. L. Feigenbaum et al., "Prognosis in Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study of Newly Diagnosed Adult Patients," The .12
.American Journal of Medicine 66 (March 1979)
- J. M. Hoffman et al., "An Examination of Individual Differences in the Relationship between Interpersonal Stress and Disease .13
.Activity Among Women with Rheumatoid Arthritis," Arthritis Care Research 11, no. 4 (August 1998), 271-79
- J. M. Hoffman et al., "Examination of Changes in Interpersonal Stress as a Factor in Disease Exacerbations among Women .14

.with Rheumatoid Arthritis," Annals of Behavioral Medicine 19, no. 3a (Summer 1997), 279-۸۶

L. R. Chapman, et al., "Augmentation of the Inflammatory Reaction by Activity of the Central Nervous System," American .15

.Medical Association Archives of Neurology 1 (November 1959)

"... Hoffman, "Examination of Changes in Interpersonal Stress .16

فصل ۱۴: تعادل خوب: بیولوژی روابط

".Hofer, "Relationships as Regulators .1

.Buck, "Emotional Communication, Emotional Competence, and Physical Illness," 42 .2

"... Seeman and McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics .3

E. Pennisi, "Neuroimmunology: Tracing Molecules That Make the Brain-Body Connection," Science 275 (14 February 1997), 930- .4

.۳۱

G. Affleck et al., "Mood States Associated with Transitory Changes in Asthma Symptoms and Peak Expiratory Flow," .5

.Psychosomatic Medicine 62, 62-۶۸

D. A. Mrazek, "Childhood Asthma: The Interplay of Psychiatric and Physiological Factors," Advances in Psychosomatic Medicine .6

.14 (1985), 16-۳۲

.Ibid., 21 .7

I. Florin et al., "Emotional Expressiveness, Psychophysiological Reactivity and Mother-Child Interaction with Asthmatic Children," .8

.in Pennebaker and Treve, Emotional Expressiveness, Inhibition and Health, 188-۸۹

",S. Minuchin et al, "A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, Family Organization and Family Therapy .9

.Archives of General Psychiatry 32 (August 1975), 1031-38

M. A. Price et al., "The Role of Psychosocial Factors in the Development of Breast Carcinoma. Part II: Life Event Stressors, .10
.Social Support, Defense Style, and Emotional Control and Their Interactions," Cancer 91, no. 4 (15 February 2001), 686-97

P. Reynolds and G. A. Kaplan, "Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study," .11
.Behavioral Medicine, (Fall 1990), 101-10

For a full discussion of differentiation, see Michael E. Kerr and Murray Bowen, Family Evaluation: An Approach Based on .12
.Bowen Theory (New York: W. W. Norton & Company, 1988), chapter 4, 89-111

.S. E. Locke, "Stress, Adaptation, and Immunity: Studies in Humans," General Hospital Psychiatry 4 (1982), 49-58 .13

J. K. Kiecolt-Glaser et al., "Marital Quality, Marital Disruption, and Immune Function," Psychosomatic Medicine 49, no. 1 .14
(January-February 1987)

.Kerr and Bowen, Family Evaluation, 182 .15

.Seeman and McEwen, "Impact of Social Environment Characteristics ...," 459 .16

فصل ۱۵: بیولوژی فقدان

L. Grassi and S. Molinari, "Early Family Attitudes and Neoplastic Disease," Abstracts of the Fifth Symposium on Stress and .1
Cancer, Kiev, 1984; cited in H. J. Baltrusch and M. E. Waltz, "Early Family Attitudes and the Stress Process—A Life-Span and
Personological Model of Host-Tumor Relationships: Biopsychosocial Research on Cancer and Stress in Central Europe," in Stacey
.B. Day, ed., Cancer, Stress and Death (New York: Plenum Medical Book Company, 1986), 275

- L. G. Russek et al., "Perceptions of Parental Caring Predict Health Status in Midlife: A 35-Year Follow-up of the Harvard Mastery .3
Stress Study," Psychosomatic Medicine 59 (1997), 144-49
.M. A. Hofer, "On the Nature and Consequences of Early Loss," Psychosomatic Medicine 58 (1996), 570-80 .4
.Kisses and Chemistry Linked in Rats," The Globe and Mail (Toronto) 17 September 1997" .5
".Hofer, "On the Nature and Consequences of Early Loss .6
S. Levine and H. Ursin, "What is Stress?" in S. Levine and H. Ursin, eds., Psychobiology of Stress, (New York: Academic Press, .7
.1972), 17
Allan Schore, Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development (Mahwah: Lawrence .8
.Erlbaum Associates, 1994), 378
- فصل ١٦: رقص نسلها**
- M. Marmot and E. Brunner, "Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life," in T. Theorell, ed., Everyday .1
.Biological Stress Mechanisms, vol. 22 (Basel: Karger, 2001), 89-90
C. Caldji et al., "Maternal Care During Infancy Regulates the Development of Neural Systems Mediating the Expression of .2
.Fearfulness in the Rat," Neurobiology 95, no. 9 (28 April 1998), 5335-40
C. Caldji et al., "Variations in Maternal Care in Infancy Regulate the Development of Stress Reactivity," Biological Psychiatry 48, .3
.no. 12, 1164-74
L. Miller et al., "Intergenerational Transmission of Parental Bonding among Women," Journal of the American Academy of .4

- .Child and Adolescent Psychiatry 36 (1997), 1134–۳۹
- R. Yehuda et al., "Cortisol Levels in Adult Offspring of Holocaust Survivors: Relation to PTSD Symptom Severity in the Parent and .5
Child," Psychoneuroendocrinology 27, no. 1–۲ (۲۰۰۱), ۱۷۱–۸۰
- .D. J. Siegel, The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience (New York: The Guilford Press, 1999), 73 .6
- .Selye, The Stress of Life, 81 .7
- .Kerr and Bowen, Family Evaluation, 259 .8
- "... Caldji, "Variations In Maternal Care in Infancy .9
- M. Kerr, "Cancer and the Family Emotional System," in J. G. Goldberg, ed., Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients .10
(New York: The Free Press, 1981), 297
- .Selye, The Stress of Life, 391 .11
- D. Raphael, Social Justice Is Good for Our Hearts: Why Societal Factors—Not Lifestyles—Are Major Causes of Heart Disease in .12
Canada and Elsewhere (Toronto: CSJ Foundation for Research and Education, 2002), xi; report available at [http://
www.socialjustice.org](http://www.socialjustice.org)
- M. G. Marmot et al., "Inequalities in Death—Specific Explanations of a General Pattern," Lancet 3 (1984), 1003–6, cited in M. .13
Marmot and E. Brunner, "Epidemiological Applications of Long-Term Stress in Daily Life," in T. Theorell, ed., Everyday Biological
.Stress Mechanisms, 83

فصل ۱۷: بیولوژی باور

B. H. Lipton, "Nature, Nurture and Human Development," Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 16, no. 2 .1
(2001), 167-٨٠.

فصل ١٨: قدرت تفكر منفى

.Kerr and Bowen, Family Evaluation, 279 .1

Mogens R. Jensen, "Psychobiological Factors Predicting the Course of Breast Cancer," Journal of Personality 55, no. 2 (June .2
1987), 337.

.Levy, Behavior and Cancer, 165 .3

S. Warren et al., "Emotional Stress and the Development of Multiple Sclerosis: Case-Control Evidence of a Relationship," Journal .4
of Chronic Disease 35 (1982), 821-٣١.

.Ford, A Glad Awakening .5

.Candace B. Pert, Molecules of Emotion, 193 .6

فصل ١٩: هفت عنصر التيام

A. J. Bdurtha et al., "A Clinical, Histologic, and Immunologic Study of a Case of Metastatic Malignant Melanoma Undergoing .Spontaneous Remission," Cancer 37 (1976), 735-٤٢

Rogentine et al., cited in B. Fox and B. Newberry, eds., Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity (New York: .2
.C. J. Hogrefe, 1984), 259.

.Ibid., 267 .3

F. I. Fawzy et al., "Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective .4

- State on Recurrence and Survival 6 Years Later," Archives of General Psychiatry 50 (1993), 681–89; cited in Michael Lerner, .Choices in Healing (Cambridge, Mass.: The MIT Press, 1994), 159
- F. I. Fawzy et al., "A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients: Changes over Time in Immunologic Measures," .5
 .Archives of General Psychiatry 47 (1990), 729–35
- .Oliver Sacks, The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales (New York: HarperPerennial, 1990) .6
- A. F. Siegman et al., "Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease," Psychosomatic Medicine 62 .7
 .(2000), 248–57
- L. R. Ormont, "Aggression and Cancer in Group Treatment" in Jane G. Goldberg, ed., The Psychotherapy of Cancer Patients (New .8
 .York: The Free Press, 1981), 226
- V. J. Felitti et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in .9
 .Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Preventative Medicine 14, no. 4 (1998), 245–58

منابعی برای مطالعهی بیشتر

در ادامه، برای خوانندگان مشتاق به التیام یا پیشگیری از بیماری، فهرست کوتاهی از منابع را ارائه داده‌ایم. این فهرست بر برنامه‌هایی متمرکز شده است که به فهم و کاهش استرس یا به شناسایی و رهایی از سلطه‌ی زیست‌شناسی نهادینه شده باور می‌پردازند. بسیاری از گروه‌های حمایتی محلی و ملی از امراض خاص مثل ام.اس، ALS، آرتروز، فیبرومیالژیا، خستگی مزمن، سرطان پستان، سرطان تخمدان و در اینجا گنجانده نشده‌اند.

۱. شروع سفر التیام: پاسخ فعال به بحران سرطان

برنامه‌ای توسط دکتر آلاستیر جی. کانینگام، کسی که خودش از بیماری سرطان جان سالم به‌در برده است، تهیه شده است. او استاد بیوفیزیک پزشکی و روان‌پزشکی در دانشگاه تورنتو و محقق نامدار جهانی در روان-سرطان‌شناسی [۲۰۱] است. او مدرک دکترای زیست‌شناسی سلولی و روان‌شناسی دارد و در حیطه‌ی تحقیقاتش درباره‌ی التیام و یافته‌هایش، سخنرانی‌های جامعی در ایالات متحده آمریکا، کانادا، اروپا، استرالیا و نیوزلند داشته است. سفر التیام بر مبنای کار دکتر کانینگام با بیماران سرطانی در انستیتوی سرطان اونتاریو به مدت بالغ بر بیست سال نوشته شده است. رویکرد او اکتشاف استرس، آرام‌سازی، خیال‌پردازی روانی هدایت‌شونده، مدیریت فکر و سایر فنون را در بر می‌گیرد.

تحقیقات دکتر کانینگام، رابطه‌ی قوی بین بیش‌تر زنده ماندن بیماران سرطانی را با درگیری در فعالیت‌های خودیاری روانی نشان می‌دهد. گرچه او در سطح جامعی بر سرطان کار کرده است، اما من شک ندارم که فنون او به افرادی با بیماری‌های دیگر که در کتاب وقتی بدن نه می‌گوید مورد بحث قرار گرفته‌اند هم کمک می‌کند. سفر التیام در مجموعه‌ای از نوارهای ویدئویی، نوارهای صوتی و کتاب در سطح بین الملل موجود است. وب سایت:

<http://www.beginningyourhealingjourney.org>

۲. انستیتوی کانادایی استرس [۲۰۲]

این انستیتو (CIS) که در سال ۱۹۷۹ توسط دکتر هانس سلیه تأسیس شد، برنامه‌های آموزشی درباره‌ی استرس را برای انستیتوها و کمپانی‌ها اجرا می‌کند، سخنران فراهم می‌کند و ارزیابی و مشاوره‌ی استرس به افراد ارائه می‌دهد. تله-کلاس هم دارد و به‌صورت تلفنی صورت می‌گیرد. مدیر CIS، دکتر ریچارد ارل، همکار سابق و نزدیک دکتر سلیه در دانشگاه مک گیل است. وب سایت:

<http://www.stresscanada.org>

۳. شبکه‌ی خبری سلامت (The Health News Network)

مرکز منابع آنلاین برای مطالعه ذهن و بدن در سلامت و بیماری، مدیریت استرس و پیشگیری از بیماری. بحث‌های جامعی از انواع موضوعاتی که در کتاب وقتی بدن نه می‌گوید و فهرستی بلند از لینک بیماری‌ها و امراض خاص در اینجا موجود است. وب سایت:

<http://www.healthnewsnet.com>

۴. The Landmark Forum

The Landmark Forum برنامه‌ای است که در بسیاری از کشورها وجود دارد و توسط The Landmark Education Corporation اجرا می‌شود. من به‌شخصه در آن شرکت کرده‌ام. The Landmark Forum تنها برنامه و قدرتمندترین برنامه‌ای است که برای حل‌وفصل بیولوژی تثبیت‌شده‌ی باور می‌شناسم. تکنیک آن‌ها در جهت کمک کردن به افراد است تا با تکمیل گذشته به زمان حال بیایند؛ یعنی از ضروریات، ادراکات و انگیزه‌های حاصل از تفسیرهای اولیه‌مان، از تجربیات کودکی رها شویم. همان‌طور که در سراسر کتاب می‌بینید، این تفسیرهای تثبیت‌شده و درعین‌حال ناهشیار ما هستند که علت اصلی و عامل بسیاری از بیماری‌های مزمن‌اند. رویداد Landmark اولیه، یک کارگاه سه روزه است که بعد از آن هم سمینار عصرانه‌ی هفتگی را داریم. من از صمیم قلب، این را به افراد -در هرمرحله از زندگیشان که هستند- به‌عنوان یک تجربه ضروری و آموزشی و تحول‌آفرین در کاهش و حذف استرس‌های خود خواسته که در این کتاب درباره‌ی اش صحبت کرده‌ام، توصیه می‌کنم. وب سایت:

<http://www.landmarkeducation.com>

۵. سمینارهای pd، جزیره‌ی گابریولا و کلمبیای بریتانیایی

سازمانی که وقف رشد شخصی و التیام شده است و بر سمینارهای pd، جزیره گابریولا، کلمبیای بریتانیا استوار است. این سازمان توسط دو پزشک به نام‌های بنت وانگ و جاک مک کین تأسیس شده است که به گسترش درکی از سلامت که ورای مدل قدیمی غربی باشد، احساس نیاز می‌کردند. برنامه‌های شبانه‌روزی برای رشد شخصی و حرفه‌ای که توسط سمینارهای pd اجرا می‌شود، از نظر وقفه‌ی زمانی از چند روز تا چند هفته متغیر هستند و مجموعه‌ی وسیعی از رویکردها را ارائه می‌دهند؛ از مدیتیشن و درمان حیطةی فکری و موسیقی و نوشتن و حرکت گرفته تا ابراز خشم و یادگیری مرزها و انرژی و آموزش تنفس. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری مزمن یا استرس مزمن، حداقل از یکی از برنامه‌های pd بهره برده‌اند. وب سایت:

<http://www.pdseminars.com>

۶. دکتر بروس لیپتون

کار بیولوژیست هسته‌ای، دکتر بروس لیپتون، کمکی به پل زدن بین علوم پایه و روان شناسی رشد بوده است. دکتر لیپتون، دانشیار سابق آناتومی دانشکده پزشکی دانشگاه ویسکونسین، به ما نشان داده است که بیولوژیِ باور، چگونه در سطح سلولی صرف تثبیت شده است. او فنونی را نیز توسعه داده است که به افراد کمک می‌کنند تا خود را از برنامه‌ریزی روانی بیولوژیکی اولیه رها کنند. اطلاعات مربوط به این سخنرانی‌های ویدئویی پویا، در وب سایت ایشان موجود است:

<http://www.brucelepton.com>

من این کتاب را مدیون لطف افراد زیادی هستم، عده‌ای که بیماران سابق من بودند و عده‌ای که به تازگی ملاقات کرده‌ام، کسانی که با گشاده‌رویی تاریخچه‌ی زندگیشان را با من به اشتراک گذاشتند، رنج‌هایشان را و روحشان را، تا خواننده بتواند آنچه را که آن‌ها ناگزیر با تجربیات دردناکشان آموخته‌اند، با خواندن بیاموزد.

دیان مارتین از این کار حمایت کرد؛ چون چیزی بیش از صرف ادای چند واژه بر سر سفره‌ی شام چهار سال قبل بود. او بر نسخه‌ی دست‌نویس بسیار طولانی این کتاب با علاقه و اشتیاق برای نویسنده و خواننده کار کرد تا هردوی این‌ها بتوانند از راهنمایی هوشمندانه و تخصصی او بهره ببرند. همچنین از تام میلر، خالق جان، ویلی و پسرانش در نیویورک سپاس‌گزارم؛ کسی که احتمالاً طرح کتابم را که بقیه‌ی ناشرین ایالات متحده آن را صرفاً «یک کتاب دیگر درباره‌ی استرس» می‌دیدند، تشخیص داد.

سرا اومارا سالیوان در ویرجینیا، منتقد/ویراستار/همکار و دوست راه دور من، که خدا او را از بهشت برایم فرستاده است، از بخت خوب، از طریق اینترنت کاملاً سرزده پیدا شد و با استادی‌اش، نوشتن کتاب را -و شاید همه‌ی زندگی را- برایم بسیار آسان‌تر کرد. این اثر بدون کمک او نمی‌توانست به این شکلی که اکنون درآمده است، در دسترس خواننده قرار بگیرد.

مباشرم، دنیس بوکوفسکی، تضمین کرده است که اثر وقتی بدن نه می‌گوید حداقل در پنج کشور و به چند زبان به چاپ خواهد رسید. او حتی در مراحل پایانی، راهنمایی‌های در زمینه‌ی ویراستاری ارائه داد که نسخه‌ی دست‌نویس را به چیزی تبدیل کرد بسیار نزدیک‌تر به آنچه که در اصل، هدف من بود. هیتلر دانداس و السا دلوسا، در تنظیم بیش از دویست ساعت مصاحبه، خالصانه به من کمک فنی اساسی کردند.

همسرم و شریک روحم، ری، منتقد جدی و حامی متعهد و خردمندی در این راه بود. میزان سپاسگزاری‌ام به شجاعت عاطفی، عشق و خردش در این کتاب نمی‌گنجد. خیلی بیشتر از چیزی که من پاس می‌دارم در زندگی‌ام هست و این‌ها را مدیون همین ویژگی‌های او هستم.

گابور ماته، پزشکی از ونکوور، نویسنده‌ی کتاب پرفروش مربوط به اختلال نقص توجه ذهن‌های پراکنده و نویسنده‌ی همراه گوردون نوفلد برای کتاب دو دستی به بچه‌هایتان بچسبید: چرا والدین مهم هستند است. او بیش از بیست سال، پزشک خانوادگی، متخصص مرکز مراقبت موقتی و روان‌درمانگر بوده است؛ همچنین پزشک فراهم‌کننده‌ی امکانات برای افراد خیابانی در شرق مرکز شهر ونکوور و همچنین، سال‌ها است که ستون‌نویس مجله‌ی خورشید ونکوور [۲۰۳] و جهان و پست [۲۰۴] است.

«میان هنر و روانشناسی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و همین رابطه روانشناسان را به مسیری برد که هنر را به مثابه درمان ببینند. وجه پررنگ هنر بیان احساس درونی با بیانی خلاقانه است و با همین نگاه، هنر زبانی‌ست برای بیان آنچه در روان هنرمند می‌گذرد. البته رابطه‌ی هنر و روانشناسی یک سویه نیست؛ هنرمندانی بوده‌اند که متأثر از نگاه و نظریات روانشناسانه دست به خلق آثاری ماندگار زده‌اند، آثاری که نماد و نمودی از همان نظریات را در خود جای داده‌اند. به دلیل این رابطه‌ی دو سویه، در مجموعه‌ی روانشناسی تخصصی نشر پندار تابان، آثاری را قاب گرفتیم و به فراخور محتوای هر کتاب روی جلد آوردم تا یادآور پیوند ناگسستنی هنر و روانشناسی باشد. نام هر اثر و خالق آن پشت جلد کتاب آمده است. سعید زاشکانی مدیر هنری نشر»

Raynaud.1

Scleroderma.2

Rheumatoid arthritis.3

Uncreative colitis.4

SLE lupus erythematosus.5

۶. واژه‌ای اصالتاً یونانی به معنای «پوستِ سخت شده»

Foster home.7

Foster parents.8

The Globe and Mail.9

Coping style.10

Orthodoxy.11

Double-blind studies.12

۱۳. فوق تخصص در زمینه طب اطفال و داخلی که با مفاصل، بافت‌های نرم، بیماری‌های خودایمنی و اختلالات ارثی بافت پیوندی سر و کار دارد

Ross Buck.14

Noel B. Hershfield.15

Calgary.16

Psychoneuroimmunology.17

Subspecialty.18

Psychoneuroendocrinology.19

Palliative care.20

21. Amyotrophic lateral sclerosis یا ALS که در آمریکای شمالی به یاد لو گهگریگ بازیکن معروف بیسبال در آمریکا - که در اثر ابتلا به این بیماری جان باخت - با عنوان بیماری لو گهگریگ (Lou gehric) نیز شناخته می‌شود و در بریتانیا به آن بیماری نوروں حرکتی می‌گویند

Fibromyalgia.22

Endometriosis.23

Repression.24

Mindbody.25

Thracian.26

Psychoneuroimmunoendocrinology.27

Inherited muscle-wasting.28

Myelin.29

Scar.30

Demyelinating.31

Resection.32

۳۳.سیاهرگ باب، رگ اصلی رساننده خون از ارگان‌های شکم به کبد است

Relapsing-remitting.34

Aetiologically.35

36. Timbuctoo (شهری در مسیر صحرای بزرگ آفریقا که روزگاری دوران طلایی داشته و امروزه از بیابانی شدن رنج می‌برد و از گرم‌ترین نقاط آفریقا محسوب می‌شود)

37. Sociopathic

38. Inuit

39. Bantus

40. Demyelination: به هر بیماری‌ای در دستگاه عصبی گفته می‌شود که در آن، غلاف میلینِ یاخته‌های عصبی آسیب می‌بیند

41. Neuropathological

42. Flight-or-fight

43. Rage

44. Competence

Lymph.45

Stressor.46

Adrenals.47: وابسته به غدد فوق کلیوی

Ulcerated intestine.48

Corticoid.49؛ برگرفته از واژه‌ی قشر «cortex»

Osteoporosis.50

Uncertainty.51

Tylenol 3.52

signals.53

Self-shutdown.[54](#)

Rationality.[55](#)

Emotionality.[56](#)

Vulcan.[57](#)

Star Trek.[58](#)

Microglia.[59](#)

Isolation.[60](#)

Presbyterian.[61](#)

Assisted suicide.[62](#)

۶۳. کنایه از اینکه آیا شرایط کار با میزان کارم تناسبی دارد

Nutri-Medics. 64

۶۵. مهمانخانه‌ای کوچک که تختخواب و صبحانه فراهم می‌کنند Bed-and-breakfast business

B and B (bed-and-breakfast). 66

Carriage house. 67

۶۸. ژن سرطان پستان خانواده لاورا را درگیر کرده‌است. خواهر لاورا هم شش ماه قبل از او مبتلا به این بیماری تشخیص داده شد. سرطان پستان موضوع فصل بعدی ماست

69. Palliative unit بخشی از بیمارستان که مخصوص نگهداری از افرادی است که در اثر بیماری لاعلاج، به‌زودی زندگیشان پایان می‌یابد

۷۰. اشاره به خودکشی خودخواسته

Selfless.71

Aggressive.72

Self-inventory.73

Palliative.74

Respite care.75

Lumpectomy.76

Psycho-Oncology.77

Pathology.78

79. Melvin Crew: آقای کرو قبلاً به خاطر ابتلایش به سرطان پستان، خبرساز شده بود و برخلاف زنانی که با آنها مصاحبه شده بود، او نیاز نداشت هویتش مخفی بماند

Mastectomy.80

Aggressiveness.81

82. Anna Pavlovna Pavlova؛ یکی از پیشگامان باله و طراح حرکات روسی و اولین بالرین روسی که در کشورهای مختلف نمایش برگزار کرد

83. Clayoquot: The Sound of My Heart

Mammogram.84

85. sounding board؛ کنایه از فردی که برای محک زدن ایده یا پیشنهادی نو از او استفاده می‌کنیم تا ببینیم آیا مورد قبول هست یا نه

Kubler-Ross.86

87. نوعی نوشیدنی که از آب سرد فیلتر شده از برگ چای و یخ و شکر تولید می‌شود

88. در اسطوره یونان، مینوتار هیولایی که تنه‌ی گاو و سر انسان را داشت. یعنی نیمی از بدنش گاو و نیمه دیگرش انسان بود

Carcinogen.89

Harrison's Principles of Internal Medicine.90

Anti-emotionality.91

Psychoneuroimmunoendocrine.92

۹۳. واژه‌ی اختصاری PNI بیشتر به علم سایکونوروایمونواندوکراینولوژی اشاره دارد. من اینجا برای راحتی از این واژه استفاده کردم تا سیستم فیزیولوژیکی را توصیف کنم که علم به مطالعه آن می‌پردازد؛ هم برای نویسندگان و هم برای خوانندگان خسته کننده است که واژه سایکونوروایمونواندوکراینولوژی را هجی کند

Adrenocorticotropic.94

Medulla.95

Consummatory.96

Apoptosis.[97](#)

Immunodeficiency.[98](#)

Neurodegenerative.[99](#)

Neuroimmune.[100](#)

Tamoxifen.[101](#)

Oophorectomy.[102](#)

Amenorrhea.[103](#)

Hematological.[104](#)

Leukemia.[105](#)

Lymphoma.106

Corticoid.107

metastasis.108

Oncologist.109

Deposit.110

Metastatic.111

Helplessness-prone personality.112

Helpless frustration.113

۱۱۴. کنایه از کارهایی که می‌توانم برای بهبودی حالم انجام دهم تا بقیه از بابت بیماری من اذیه نشوند

۱۱۵. رندر از حروف ایتالیک استفاده کرده است

Prostatectomy. 116

Minneapolis. 117

Aggressive. 118

Orchidectomy. 119

۱۲۰. جین مبتلا به بیماری ام‌اس است. برای داستان زندگی او، فصل ۱۸ «قدرت تفکر منفی» را مطالعه کنید

Cichlid. 121

Gonadotropin. 122

Basking in reflected glory. 123

Hypertension.124

Quadruple Tour de France.125

Geek.126؛ فردی با شور و هیجان وصف ناپذیر نسبت به چیزی

Suffer-fest.127

Melanoma.128

Celtic origin.129

The Labour Day weekend.130؛ در ایالات متحده، قبل از روز کارگر تعطیلاتی طولانی شروع شده و تا روز کارگر ادامه دارد که به تعطیلات روز کارگر معروف است

Dermograph.131

Colorectal cancer.[132](#)

Bowel.[133](#)

Intestine.[134](#)

Gut.[135](#)

Abdominal.[136](#)

Inflammatory bowel disease.[137](#)

Ulcerative colitis.[138](#)

Rectum.[139](#)

Mucosa.[140](#)

Ileum.141

Digestive tract.142

Alimentary canal.143

Idiopathic.144

Gastroenterologist.145

Psychoimmunological.146

Neuroimmune.147

Prostaglandin.148

Neurotransmitter.149

Cotton-tapped tamarin.150

Ischemic colitis.151

Baby boomer.152

۱۵۳.خود موریس این جمله را به صورت ایتالیک نوشته است

He was knighted.154

Unbroken families.155

Bronchioles.156

۱۵۷.فصل ۱۰ را ببینید

incubator.158

Developmental Psychobiology.159

Growth.160

Development.161

nourishing emotional connection.162

Attunement.163

Conscious awareness.164

Nurturing.165

Strange situation.166

۱۶۷. صحبت کردن با خود طوری که قرار نیست دیگران بشنوند

Adaptability.168

Adaptation.169

Adaptiveness.170

۱۷۱. سلول‌های ساقه، سلول‌های جنینی با قابلیت چندپتانسیلی هستند که تاکنون به انواع خاصی از بافت تخصیص داده نشده‌اند

۱۷۲. در موقعیت‌های مختلف از این عبارت استفاده می‌شود مثلاً وقتی چیزی ناگهان به ذهن‌مان خطور می‌کند یا چیزی را به یاد می‌آوریم از کلمه آهان استفاده می‌کنیم. یک آگاهی در یک لحظه

Intestinal bypass surgery.173

Whole.174

Land of Oz.175

۱۷۶. با اد، همسر جین، درباره‌ی سرطان پروستاتش مصاحبه شد. فصل ۸ را ببینید

Numb out.177

Jump-starting.178

Anger.179

۱۸۰. در اینجا نویسنده اشاره به موضوع فصل بعدی دارد که در آن می‌خواهد، هفت موضوع التیام را بررسی کند که هر هفت تا با حرف A شروع می‌شوند

۱۸۱. فصل ۳ را ببینید

Acceptance.182

Awareness.183

184. Aphasia؛ از زبان یونانی، a به معنای (نه) و pha به معنای (صحبت کردن)

186.Rage؛ نویسنده برای نشان دادن خشم شدید و ناسالم، از این واژه استفاده کرده است که در اینجا به عنوان «خصومت» ترجمه شده تا تفاوت آن با خشم سالم که نویسنده برایش از کلمه‌ی Anger استفاده می‌کند، مشخص باشد

190.Repression؛ این واژه که خاستگاه روانکاوانه دارد، بیش‌تر تحت عنوان «واپس‌رانی» ترجمه می‌شود و با سرکوب متفاوت است. سرکوب (Suppression) می‌تواند آگاهانه‌تر از واپس‌رانی انجام شود. در این کتاب، نویسنده از Repression بیش‌تر استفاده کرده است، اما از آنجا که معتقد است که دست یافتن به خشم فراموش شده، ممکن است و از آنجایی که در فارسی، «سرکوب» واژه‌ی آشناتری است، بسیاری اوقات در متن از این واژه استفاده شده است

Dramatic.192

۱۹۳. روانکاو کانادایی ایرانی‌تبار؛ کسی که روان‌درمانی روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت با نام او مطرح می‌شود

Aggressive.194

Autonomy.195

Diabetes mellitus.196

Attachment.197

Assertion.198

affirmation.199

۲۰۰. وابسته پروتستان

204. Globe and Mail. «میان هنر و روانشناسی رابطه‌ی معناداری وجود دارد و همین رابطه روانشناسان را به مسیری برد که هنر را به مثابه درمان ببینند. وجه پررنگ هنر بیان احساس درونی با بیانی خلاقانه است و با همین نگاه، هنر زبانی‌ست برای بیان آنچه در روان هنرمند می‌گذرد. البته رابطه‌ی هنر و روانشناسی یک سویه نیست؛ هنرمندانی بوده‌اند که متأثر از نگاه و نظریات روانشناسانه دست به خلق آثاری ماندگار زده‌اند، آثاری که نماد و نمودی از همان نظریات را در خود جای داده‌اند.

ممکن است فردی واقعاً در اثر تنهایی بمیرد!
آیا بین توانایی ابراز عواطف و بیماری از ایمن رابطه‌ای وجود دارد؟
آیا چیزی به اسم «شخصیت سرمطقی» داریم؟

کتاب وقتی بدن نه می‌گوید، با تکیه بر تحقیقات علمی ژرف و کارهای بالینی دکتر گایور مانه، به پرسش‌های حیاتی مربوط به رابطه‌ی ذهن و بدن و نقشی که استرس و طبیعت عاطفی ما در انواع بیماری‌های شایع مثل آرتروز، سرطان، دیابت، بیماری قلبی، سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر و ام‌اس ایفا می‌کنند پاسخ می‌دهد.

گایور مانه با انواع داستان‌ها و مطالعات موردی، میثاق انجمن و پیشگیری از بیماری‌های حاصل از استرس پنهان را آشکار می‌کند.