

رهایی از درد  
روش انقلابی نوین و علمی  
برای درمان دردهای مزمن

تالیف

آلن گوردون  
آلون زیو

ترجمه

دکتر سارا گنجایی

ویراستار

زهرا جعفری  
راهبه یغمایی

## تقدیر از کتاب رهایی از درد

«کتاب رهایی از درد ترکیبی شگفت‌انگیز از تجربه شخصی و تازه‌ترین دستاوردهای علوم اعصاب را با وضوح و جذابیت ارائه می‌دهد تا نشان دهد چگونه می‌توان درد مزمن را کاهش داد. نویسندگان کتاب را با نثری زیبا، همراه با اندکی طنز و شفقتی واقعی، از اذعان به واقعیت وجود درد مزمن آغاز می‌کنند و شما را به آزمودن تکنیک‌هایی دعوت می‌کنند که آزادی تازه‌ای را نوید می‌دهد؛ آزادی‌ای که شاید پیش‌تر غیرممکن می‌نمود و این دگرگونی هم بر زندگی شما و هم بر زندگی کسانی که با آنان زندگی می‌کنید تأثیر خواهد گذاشت.»

— **مارک ویلیامز**، استاد بازنشسته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آکسفورد و یکی از نویسندگان کتاب *ذهن‌آگامی*

«اگر از درد مزمن رنج می‌برید (یا کسی را می‌شناسید که چنین است)، رهایی از درد کتابی امیدوارکننده و علمی است که درباره مدیریت پیوند ذهن و بدن در مسیر درمان سخن می‌گوید. آلن گوردون با شفقت، همدلی و درکی عمیق از زیستن با درد می‌نویسد. یافتن رهایی از رنج خود، او را برانگیخت تا آزادی را برای دیگران نیز بیابد.»

— **شارون سالزبرگ**، نویسنده کتاب‌های *محبت‌آمیز و تغییر واقعی*

«رهایی از درد بر نقش نوروپلاستیستی (انعطاف‌پذیری عصبی) در درد مزمن تمرکز دارد و راهکارهایی برای مقابله با آن ارائه می‌کند. این کتاب گامی مثبت و بزرگ در درمان درد مزمن است.»

— **کلیفورد وولف**، پزشک (MD)، استاد نورولوژی و نوروبیولوژی، دانشکده پزشکی هاروارد

«ریشه اصلی درد، بیشتر در مغز نهفته است. این کتاب قابل‌فهم یادآور آن است که با تغییر نگرش نسبت به درد، می‌توان کنترل بهتری بر آن پیدا کرد.»

— **دیوید اسپایگل**، پزشک (MD)، استاد ویلسون و معاون بخش روان‌پزشکی و علوم رفتاری، مدیر مرکز پزشکی تلفیقی، دانشکده پزشکی دانشگاه استنفورد و نویسنده همکار در کتاب *خلسه و درمان*

«سال‌ها چنین تصور می‌شد که درد مزمن غیرقابل بازگشت است، اما رهایی از درد رویکردی نو معرفی می‌کند که خلاف این باور را ثابت می‌کند. من خود، تأثیر این درمان را از نزدیک دیده‌ام. بیمارانی که سال‌ها یا حتی دهه‌ها رنج کشیده بودند، بهبودهای شگفت‌انگیزی یافته‌اند. رهایی از درد به‌سادگی مؤثرترین روش درمان درد مزمن است.»

— **هاوارد شوبینر، پزشک (MD)**، استاد بالینی، دانشکده پزشکی انسانی دانشگاه ایالتی میشیگان، و بنیان‌گذار و مدیر برنامه پزشکی ذهن - بدن، بیمارستان آسنشن پروویدنس

## سپاسگزاری

در تکمیل این اثر مدیون دوستان بسیار عزیزم هستم. خانم دکتر پریسا پوینده از سر لطف تمام متن کتاب را تایپ کردند. افزون بر آن، در فرآیند جست‌وجو برای یافتن ناشری برای چاپ اثر نیز زحمتهای بسیار زیادی را متحمل شدند. در نهایت خانم شیرین دهبان در زمینه تخصصی‌شان در روان‌شناسی، انتشارات حاضر را برای چاپ کتاب پیشنهاد دادند.

خانم زهرا جعفری متن کتاب را ویرایش کردند و پیشنهادهایی ارزنده برای نگارش مطلوب‌تر مطالب ارائه دادند. دوست عزیزم خانم دکتر لیلا مکتبی فرد مشوق و راهنمای من در مراحل مختلف چاپ کتاب بودند.

## پیشگفتار مترجم

کتاب حاضر آخرین اثر تدوین‌شده در زنجیرهٔ آثاری است که بر پایهٔ رویکردهای ذهن-بدن، موضوع درد را بررسی می‌کند و برای درمان آن راهکار می‌دهد. از مهم‌ترین پیشگامان این رویکرد در عصر حاضر باید به دکتر جان سارنو اشاره کرد. در دههٔ هشتاد میلادی دکتر سارنو تئوری «منشأ ذهنی و روانی دردهای مزمن» را مطرح و آثاری را در این حوزه تألیف کرد. جریان اصلی پزشکی هیچ وقت تئوری‌های وی را به رسمیت نشناخت، اما در دو دههٔ اخیر علم عصب‌شناسی درستی تئوری‌های او را در مواقع زیادی اثبات کرده است. امروزه تکنولوژی‌های مدرن امکان ثبت فعالیت‌های مغزی را فراهم می‌کند. به همین دلیل، ارتباط بین مراکز تولید درد و مراکز کنترل هیجان‌ات و احساسات در مغز بیش از پیش شناسایی می‌شود و به فهم فرآیند پیچیدهٔ درد در بدن کمک بسیاری می‌کند. بر همین اساس و بر پایهٔ شواهد علمی جدید، دانشمندان دیگر با تکمیل نظریهٔ دکتر سارنو روش‌هایی جدیدتر و کارآمدتر را برای درمان درد مطرح کردند. کتاب حاضر نیز در این راستا تألیف شده است.

هدف من از ترجمهٔ این کتاب معرفی روش‌ها و راهکارهای نوین برای فهم فرآیند درد و درمان آن است. این کتاب در بین آثاری از این نوع، روان‌ترین و ساده‌فهم‌ترین آنهاست، به طوری که هم خوانندهٔ معمولی و هم متخصصان فن به راحتی می‌توانند از آن استفاده کنند. روش پیشنهادی کتاب برای درمان بسیار ساده است و حتی بدون نیاز به کمک متخصصان نیز قابل اجراست. با توجه به تجربیات شخصی خودم در مطالعهٔ کتاب و مداومت در به‌کارگیری مجموعه‌ای از این روش‌ها برای درمان دردهای مزمن، به این نتیجه رسیدم که کتاب حاضر یکی از بهترین آثار برای آشنایی با این مقوله است. همچنین راهکارهای پیشنهادی آن در زمینهٔ درمان ذهن-بدن برای افراد تازه‌کار بسیار کاربردی و عملی است.

امید دارم که ترجمهٔ این کتاب راهی برای رهایی از درد پیش پای خوانندگان فارسی‌زبان قرار دهد و راهگشای ترجمهٔ آثار ارزشمند دیگر در همین زمینه باشد.

سارا گنجایی

زمستان ۱۴۰۴

## پیشگفتار نویسنده

من این برنامه را در حالی شروع کردم که اعتقاد چندانی به آن نداشتم. مثل بسیاری دیگر از افراد من هم نمی‌دانستم که رابطه بین ذهن و بدن تا چه اندازه عمیق است و تا چه اندازه می‌تواند در بیماری‌های جسمی اثرگذار باشد. من به‌طور ذاتی فرد شکاکی هستم. در عین حال می‌خواستم که برای سؤالاتم جواب پیدا کنم. پس شروع کردم به جمع‌آوری شواهد علمی. من قسمت عمده‌ای از زندگی علمی‌ام را صرف جمع‌آوری شواهد دربارهٔ این موضوع کردم که آیا تغییر ذهن می‌تواند در کارکرد بدن اثرگذار باشد و در صورت امکان، دقیقاً چه تغییراتی ممکن و چه تغییراتی ناممکن است؟ چه شرایطی برای به وجود آمدن چنین تغییراتی لازم است؟ اگر فکر می‌تواند بر بدن تأثیر بگذارد آیا این اثرگذاری در حدی قابل تأمل و پایدار است؟

در اولین ملاقاتم با آلن گوردون متوجه شدم که او واقعاً به این تغییرات اعتقاد قلبی دارد. آلن به‌عنوان کسی که خودش سابقاً دچار دردهای مزمن بوده و اکنون از آنها رهایی پیدا کرده، معتقد است که بهبودی کامل از دردهای شدید و فلج‌کننده بدون استفاده از دارو یا جراحی کاملاً ممکن است. آلن نمونه خوبی است از اعتقاد همراه با عمل، انگیزه قوی و تعهد به کمک به تک‌تک افرادی که به او مراجعه می‌کنند. در دو سال گذشته اعتقاد من هم راسخ‌تر شده است که باورهای صحیح دربارهٔ درد اگر با روش‌های درمانی ذهن-بدن به اجرا گذاشته شوند، می‌توانند در درمان بیشتر افراد اثر چشمگیر داشته باشند، حتی با وجود آسیب‌دیدگی واقعی که منجر به دردهای واقعی می‌شود.

آشنایی من با آلن از طریق ملاقات با همکار آلن، دکتر هوارد شوبینر، آغاز شد. من عصب‌شناس هستم و مسیرهای عصبی درد در مغز را با استفاده از fMRI مطالعه می‌کنم. دکتر شوبینر به من می‌گفت که او و همکارانش روش درمانی خاصی برای درمان دردهای مزمن دارند که تا به حال به بیماران زیادی کمک کرده است و از من می‌خواست که این روش را مطالعه کنم، ولی من زیر بار نمی‌رفتم. با وجود اینکه بسیار به روش‌های درمانی ذهن-بدن علاقه‌مند بودم، ولی پژوهش من دربارهٔ مسیرهای عصبی مغز بود و برای مطالعه بیماران بودجه نداشتم.

من و یکی از دانشجویانم در مقطع دکتری به نام یونی اشار، مدتی بود که دنبال موضوعی برای رسالهٔ دکتری او بودیم. یونی چندین سال بود که از کمردرد مزمن رنج می‌برد و همین باعث شد که موضوع کمردرد برایش اهمیت شخصی پیدا کند. در همین اثنا دکتر شوبینر تصاویر MRI از بیماران را به من نشان داد که مدت‌های طولانی کمردردهای مزمن داشتند و بعد از درمان با آلن بهبودی

چشمگیری یافته بودند. دیدن این نتایج مرا به فکر انداخت. در تصاویر تغییراتی در قسمت مدیال پریفرانتال کورتکس (قشر پیش‌پیشانی میانی) و انتریور اینسولا (اینسولای قدامی) مغز مشهود بود. این دو قسمت مغز به هم مربوط هستند و هر دو جزء شبکه‌ای هستند که اطلاعات دریافتی از بدن را تفسیر می‌کنند و به آنها معنای شخصی می‌دهند. همین دو ناحیه مغزی در بیشتر مطالعات مربوط به درد مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. به نظر می‌رسد که مشکل عمده برای بیشتر افرادی که درد مزمن دارند این است که مغز اهمیت فوق‌العاده‌ای برای درد و عواملی که ممکن است باعث ایجاد درد شوند قائل می‌شود. به همین دلیل تصمیم گرفتیم در مورد روش‌های درمانی آلن در افرادی که کم‌درد مزمن داشتند پژوهشی انجام بدهیم.

در ابتدا فقط می‌خواستیم تعداد کمی از بیماران را مطالعه کنیم، ولی وقتی یونی به کلاس‌های آموزشی آلن و دکتر شوبینر رفت و از نزدیک اثر فوق‌العاده درمان را در بیماران مشاهده کرد، مصمم شدیم که بودجه بیشتری تهیه کنیم و مطالعه را گسترش دهیم. در نهایت موفق شدیم بزرگ‌ترین مطالعه<sup>۱</sup> FMRI را درباره کم‌درد مزمن انجام دهیم. ما این مطالعه را با یک چهارم بودجه معمول برای چنین مطالعاتی به انجام رساندیم؛ چراکه تمام افراد درگیر در این مطالعه به اهمیت چنین کاری اعتقاد قلبی داشتند.

در نتیجه همین پژوهش من به این روش درمانی اعتقاد پیدا کردم. شرکت‌کنندگان در این مطالعه به‌طور متوسط حدود یازده سال گرفتار کم‌درد مزمن بودند و بعد از یک ماه درمان اکثریت قریب به اتفاق آنها به‌طور دائمی درمان شدند. باید خاطر نشان کنم که هنوز سؤالات زیادی بدون جواب مانده است؛ مثلاً اینکه برای کدام دردها و کدام افراد این روش درمانی مؤثر است؟ عوامل تأثیرگذار در این شیوه درمانی چه چیزهایی است و اثرگذاری آنها چقدر به مهارت شخص درمان‌کننده وابسته است؟ تأثیر این درمان چقدر به خود شخص و تمایلش به بهبودی بستگی دارد؟ دردهای مزمن به عوامل زیادی در بدن و در مغز بستگی دارد. ما هنوز این عوامل را کامل نمی‌شناسیم و به اندازه کافی اطلاعات پاتولوژیک دقیق نداریم که بتوانیم برای هر فرد بهترین روش درمانی شخصی را ابداع کنیم، اما موفق شدیم که به روشی متقن، علمی و بی‌طرفانه، اثرگذاری روش درمانی آلن را به آزمایش بگذاریم. داده‌های ما نشان داد که بیماران بهبودی پیدا می‌کنند.

دستاورد دیگر این پژوهش و پژوهش‌های این‌چنینی حقایقی است که درباره درد مزمن آشکار می‌کنند. عصب‌شناسی درد در برهه بسیار هیجان‌انگیزی است. پژوهش‌های بی‌شماری نشان داده‌اند که آسیب‌های جسمی تغییرات چندگانه‌ای در سیستم عصبی، چه در مغز، چه در بدن و چه در ستون فقرات ایجاد می‌کنند. مراکز فوقانی مغز که مربوط به خلیقات، حافظه و برنامه‌ریزی بلندمدت هستند می‌توانند درد را متوقف یا آن را بیشتر کنند. همچنین می‌توانند روند درمان را تسریع یا درد را مزمن کنند. این مراکز فوقانی مسئول تشکیل شخصیت فرد، احساسات، احساس هويت و جایگاه ما در دنیای

اطرافمان هستند؛ بنابراین درد به شکل معناداری با معنی‌ای که ما به درد می‌دهیم و همچنین با دید ما نسبت به آیندهٔ درمان، ارتباطی درهم‌تنیده دارد. البته معنای این سخن این نیست که درد ما واقعی نیست. درد ممکن است ناشی از دلایلی در مغز، بدن یا ستون فقرات باشد، ولی همچنان با روش درمانی ذهن-بدن درمان‌پذیر است؛ چراکه تمامی این سطوح با هم مرتبط هستند.

عصب‌شناسی درد نشان می‌دهد که علل دردهای مزمن ممکن است متفاوت با علل دردهای حادی باشد که در اثر آسیب‌دیدگی فیزیکی به وجود می‌آیند و اینکه این علل در بسیاری از مواقع از مغز ناشی می‌شوند. روش درمانی ذهن-بدن به ما نشان می‌دهد که چه فعالیت‌های بدنی‌ای، حتی در هنگام درد بدون اشکال هستند. از این طریق به مغز می‌آموزد که روند ایجاد درد را معکوس کند.

جالب‌ترین نکته در روش درمانی آلن این است که داشتن اطلاعات، قسمت اعظم درمان است. اطلاعات جدید به ما کمک می‌کند که باورها و روایت‌هایمان را دربارهٔ علت درد تغییر دهیم. در اغلب مواقع چنین تغییری مستلزم کار و تمرین است، ولی در بعضی مواقع هم ممکن است به‌طور ناگهانی و در لحظه‌ای شهودی اتفاق بیفتد؛ مثلاً یکی از اعضای آزمایشگاه ما چندین سال گرفتار درد شانه بود و تنها با شنیدن اینکه چنین تکنیکی برای درمان وجود دارد، بلافاصله دردش خوب شد. همکار دیگرمان تنها با حرف زدن با یونی به درک جدیدی از درد مزمنش رسید و بهبودی چشمگیری پیدا کرد. او به من گفت که این تجربه زندگی‌اش را نجات داده است.

در کتاب *چطور خدا را بشناسیم*<sup>۱</sup> نویسندگان بین انواع باورها تمایز قائل می‌شوند. نوعی از باور، ایمان است. ایمان یعنی اینکه ما به چیزی باور داریم، حتی در غیاب مستندات که از حواسمان به دست می‌آوریم یا حتی علی‌رغم وجود چنین مستنداتی. نوع دیگر باور، باور مشروط است؛ مثلاً وقتی می‌خواهیم شروع به یادگیری مراقبه کنیم باید دست‌کم به مزایای آن باور داشته باشیم. در اینجا ما به باور مشروط احتیاج داریم. به همین سیاق لازم نیست که حتماً به روش درمانی پیشنهادی این کتاب ایمان راسخ داشته باشید. کافی است که با باوری مشروط و ذهنی باز این روش را امتحان کنید و خودتان به مزایای آن پی ببرید.

### تور وِیگر

استاد برجستهٔ عصب‌شناسی در کالج دارموث<sup>۲</sup>

1. *How to Know God*, Swami Prabhavananda, Christopher Isherwood

2. Tor Wager, Dartmouth College, distinguished Prof. of neuroscience

# بخش ۱

## مغز این نوجوان می تواند دنیا را متحول کند

«او درد زیادی را تحمل می کند. والدینش به شدت درمانده اند. آیا فکر می کنید بتوانید کمکی به او بکنید؟»  
در دسامبر ۲۰۱۶ من از برنامه دکترها در شبکه سی. بی. اس. تماسی داشتم. این برنامه مدت ها است که از تلویزیون به مجری گری دکتر فیل پخش می شود. موضوع قسمت پیش رو پسری ۱۶ ساله به نام کیسی بود که دائم دردهای شدیدی در ناحیه شکمی می گرفت، چنان که از شدت درد بیهوش می شد. پزشکان نمی توانستند بیماری او را تشخیص دهند.

تهیه کننده برنامه به سراغ من آمده بود، چون می دانست که به عنوان متخصص درد در مرکز روان شناسی درد لس آنجلس کار می کنم و می خواست بدانند که آیا می توانم به این پسر کمک کنم. کیسی تا دو سال پیش دانش آموزی معمولی در کالیفرنیا بود؛ عاشق بیسبال و جنگ ستارگان و متنفر از شیمی و جبر! به نظر می رسید در مسیر تجربه ای عادی از دوران دبیرستان قرار دارد تا اینکه حدود سه ماه پس از شروع سال تحصیلی، دچار درد شدیدی در ناحیه شکم شد. والدینش مجبور شدند او را به اورژانس برسانند، به خیال اینکه حتماً آپاندیس گرفته است؛ اما پزشکان نتوانستند هیچ مشکل فیزیکی ای پیدا کنند. چندین ماه گذشت و درد کیسی ادامه پیدا کرد. دکترها هر نوع آزمایشی از او گرفتند، از MRI تا سی تی اسکن تا جراحی اکتشافی، ولی جواب همه آزمایش ها منفی بود.

زندگی برای کیسی هر روز سخت تر می شد، تا جایی که نه تنها بیسبال، بلکه مدرسه را نیز رها کرد. این ماجرای دردناک و طولانی باعث شد که کیسی در نهایت با برنامه دکترها تماس بگیرد و آنها نیز با من تماس گرفتند.

من به تولیدکننده برنامه گفتم که تمام مدارک پزشکی کیسی را لازم دارم، ولی احتمال قوی می دهم که بتوانم به او کمک کنم.

او در پاسخ گفت: «عالی شد! فقط یک موضوع دیگر؛ آیا راهی هست که در برنامه به صورت بصری به مخاطبان نشان دهیم که درد کیسی کم شده است؟»

این سؤال من را به فکر انداخت که چطور می‌توانیم درد را که تجربه‌ای فردی و درونی است به‌صورت بصری به مخاطبان نشان دهیم؟

پیشنهاد کردم که می‌توانیم از مغز کیسی قبل و بعد از درمان تصاویر MRI تهیه کنیم. از آنجایی که MRI نوعی اسکن است که فعالیت مغز را نشان می‌دهد، فکر کردم که جالب است ببینیم فعالیت مغز کیسی بعد از آرام شدن درد چه تغییری را نشان می‌دهد. در این لحظه نمی‌دانستم که این پیشنهاد فی‌البداهه به یکی از مهم‌ترین پژوهش‌ها در مورد درد تا آن تاریخ بدل خواهد شد. قبل از اینکه ادامه داستان کیسی را بشنویم بگذارید داستان درد خودم را برایتان تعریف کنم.

## کمردرد من

در اواسط ۲۰ سالگی‌ام زندگی بر وفق مراد بود. در دانشگاه کالیفرنیا جنوبی در حال گرفتن لیسانس روان‌شناسی بودم و زندگی بسیار فعالی داشتم، از معاشرت با دوستان گرفته تا ورزش و تفریحات آخر هفته؛ ولی در سال دوم همه چیز تغییر کرد. به کمردرد مزمن و شدیدی مبتلا شدم که زندگی‌ام را به کلی مختل کرد.

حتی فعالیتی به سادگی نشستن برای تماشای فیلم به شکنجه‌ای دو ساعته تبدیل شد. نشستن روی صندلی سفت دانشگاه آن‌قدر مشکل بود که مجبور بودم بالشت نرمی را با خودم از این کلاس به آن کلاس ببرم.

پیش سه نفر از بهترین متخصصان کمردرد در لس‌آنجلس رفتم. یکی از آنها گفت که درد من مربوط به فتق دیسک<sup>۱</sup> است. نفر بعدی علت درد را خرابی دیسک<sup>۲</sup> تشخیص داد و نفر سوم گفت که مشکل این است که قد خیلی بلندی دارم!

قدم را که نمی‌توانستم کوتاه‌تر کنم، اما به هر درمان دیگری که تصورش را بکنید متوسل شدم؛ فیزیوتراپی، بایوفیدبک، طب سوزنی، طب فشاری<sup>۳</sup>... ولی هیچ‌کدام کوچک‌ترین اثری نداشت. آن‌قدر MRI از کمرم گرفته بودند که دوستم به‌شوخی می‌گفت: «فکر کنم ستون فقرات تبدیل به آهن‌ریا شده باشد!»

بعد از شش ماه به من اپیدورال تزریق کردند که درمانم نکرد، ولی دردم را به نصف رساند و به‌مدت هشت روز زندگی را برایم تحمل‌پذیرتر کرد. تا اینکه یک روز صبح کاملاً بدون مقدمه حس کردم نارنجکی در سرم منفجر شد. شدیدترین سردردی که در تمام عمرم گرفته بودم به سراغم آمده بود و قصد رفتن نداشت.

جواب جست‌وجوهای اینترنتی این بود که سردرد مزمن نه هیچ دلیل شناخته‌شده و نه هیچ درمان شناخته‌شده‌ای دارد.

1. Disk herniating.  
2. Disk degeneration.  
3. Acupressure.

بعد از دیدن چند دکتر دیگر، یک متخصص سردرد به من گفت که آماس سر<sup>۱</sup> دارم. نسخه‌ای به من داد که اصلاً به بهبود درد کمکی نکرد.

ظاهراً این بیماری با درازکشیدن بدتر می‌شد. در نتیجه، به دلیل کمردرد نمی‌توانستم بنشینم و به دلیل سردرد نمی‌توانستم دراز بکشم. پدرم پیشنهاد داد که در حالت زوایه ۴۵ درجه به زندگی ادامه دهم! ممنون بابا!

در طول چند سال بعد به تدریج دردهای زیر هم به فهرست دردهای من اضافه شد:

- درد پشت
- درد گردن
- درد شانه
- درد زانو
- درد پاشنه
- درد زبان (واقعاً چه کسی درد زبان می‌گیرد؟)
- درد چشم
- درد دندان
- درد انگشتان پا
- درد لگن
- درد شکم
- درد مچ دست
- درد کف پا
- درد ساق پا
- درد مفصل فکی گیجگاهی
- معده‌درد
- سرگیجه

- وزوز گوش
- خارش
- خستگی شدید

در یک کلام سر تا پایم کوهی از درد بود. دکترها از دیدن من فراری بودند و یک‌عالمه تشخیص‌های رنگ‌ووارنگ هم روی من گذاشته بودند: دیسک بیرون‌زده ۱ و ۲ و ۳، آسیب در اثر فشار و کشیدگی دائم و غیره، ولی هیچ‌کدام از درمان‌های پیشنهادی کمکی به من نکرد.

درد عنان زندگی‌ام را به دست گرفته بود. وقتی با دوستانم بودم خیلی سخت بود که تظاهر کنم هیچ مشکلی ندارم، بنابراین از جمع‌ها کناره‌گیری کردم. دیگر سر کار هم نمی‌رفتم. زندگی‌ام کاملاً مختل شده بود. حتی مجبور شدم برگردم با والدینم زندگی کنم.

یک روز مادرم کتابی به من داد دربارهٔ رویکرد ذهن-بدن برای درمان درد. مادرم گفت که پسر یکی از دوستانش با خواندن همین کتاب کم‌دردش را درمان کرده است. من هم مثل هر بیمار منطقی دیگری کتاب را به گوشهٔ اتاقم پرت کردم.

«مادر، یک کتاب چطور می‌تواند درد من را درمان کند؟ مگر درد من درد تخیلی است؟ من این‌همه تشخیص‌های مختلف از دکترهای مختلف دارم.»

مادرم هم شانه‌اش را بالا انداخت و از اتاق بیرون رفت. همان بهتر با کسی که درد دارد جر و بحث نکنیم!

حدود یک سال بعد بالاخره رضایت دادم که کتاب را بخوانم و با پسر دوست مادرم صحبت کردم. با اینکه آن کتاب درد مرا درمان نکرد، ولی این امکان را به من داد که بفهمم دردم درمان‌شدنی هست. این گام اول و مهمی بود و تصمیم گرفتم که دربارهٔ درد هرچه بیشتر مطالعه کنم.

شروع کردم به مطالعهٔ عصب‌شناسی درد؛ یاد گرفتم که درد محصول مشترک بدن و مغز است. به‌طور معمول، مغز سیگنال‌هایی را از بدن دریافت و آن را تجزیه و تحلیل می‌کند. اگر بدن جراحی را متحمل شود، مغز احساس درد را در ناحیهٔ جراحی به وجود می‌آورد.

ولی بعضی مواقع این سیستم به هم می‌خورد. در این مواقع، کلید درد در مغز روشن می‌شود و دیگر خاموش نمی‌شود.

این نوع درد مزمن را درد نوروپلاستیک<sup>۴</sup> می‌گویند. درد معمولی در اثر جراحی در بدن ایجاد می‌شود؛ اما دردی که بعد از خوب شدن جراحی یا بیماری از بین نمی‌رود یا دردی که هیچ دلیل فیزیکی مشخص ندارد، معمولاً از نوع نوروپلاستیک است. در بخش دوم کتاب توضیح می‌دهم که درد

---

1. Bulging disk  
 2. Partially torn rotator cuff  
 3. Repetitive strain injury  
 4. Neuroplastic

نوروپلاستیک چطور به وجود می‌آید و چطور می‌توانید تشخیص دهید که آیا دردتان از این نوع است یا نه.

متوجه شدم که دردم نوروپلاستیک است. در تمام مدتی که روی بدنم متمرکز شده بودم نمی‌دانستم که برای درمان دردم باید روی مغزم تمرکز کنم. درمان ذهن-بدن در آن سال‌ها نسبتاً جدید بود و روش‌های درمانی چندان پیشرفته‌ای نداشت. پس شروع به ابداع تکنیک‌هایی کردم که بتوانند ترتیب مسیرهای عصبی مغزم را تغییر دهند و آنها را به نظم طبیعی‌شان بازگردانند.

هنوز هم دیسک بیرون‌زده و آماس سر و پارگی جزئی عضلات چرخاننده‌شان را دارم؛ اما اصلاً دردی ندارم. تمام ۲۲ نوع دردم را کاملاً از بین بردم.

در طول این مسیر متوجه شدم که در این تجربه تنها نیستم. در واقع این درد مزمن همه‌گیر است. بیش از ۵۰ میلیون نفر فقط در آمریکا از دردهای مزمن رنج می‌برند. در سطح جهانی تخمین زده می‌شود که این رقم در حدود ۱/۲ میلیارد نفر است.

به این ترتیب، درمان درد مزمن به هدف زندگی من تبدیل شد. مرکز روان‌شناسی درد را پایه‌گذاری کردم تا بتوانم به بقیه کمک کنم. تجربه به من می‌گوید که اکثریت دردهای مزمن، نوروپلاستیک هستند. در طول سالیان، ما در این مرکز روش‌های خود را به سیستمی جامع تعمیم داده‌ایم به نام روش بازپردازش درد<sup>۱</sup> و به بیماران زیادی کمک کرده‌ایم که به هر دردی که تصورشان را بکنید غلبه کنند. هر بیماری با هر درد و هر مدت سابقه درد، گفت‌وگوی زیر را با من دارد:

## گفت‌وگو

**بیمار:** یعنی می‌گویید درد من واقعی نیست؟

**من:** دردت را حس می‌کنی؟

**بیمار:** معلوم است.

**من:** احساس ناخوشایندی است؟

**بیمار:** خیلی.

**من:** پس دردت واقعی است!

من همیشه تعجب می‌کنم که چرا بعضی دردها را واقعی می‌دانیم و بعضی دیگر را نه. در زمان دانشجویی، یکی از هم‌کلاسی‌هایم به نام جیم داوطلب شد هیپنوتیستی که مهمان دانشگاه شده بود، هیپنوتیزم‌ش کند. این شخص جیم را هیپنوتیزم کرد و به او القا کرد که دستش در حال آتش

گرفتن است. جیم فریادکشان به سمت جعبه یخی که روی صحنه بود دوید و دستش را در آن فرو برد. بعداً از جیم پرسیدم که آیا واقعاً حس می‌کرد دستش آتش گرفته است؟ جیم گفت که این درد بدترین دردی بود که در تمام عمرش تجربه کرده است. سؤال این است که چگونه چنین چیزی ممکن است؟

پژوهشگران دانشگاه پیتزبرگ رابطه بین هیپنوتیزم و درد را بررسی کرده‌اند. این پژوهشگران داوطلبان را در دستگاه MRI گذاشتند و به وسیله میله‌ای داغی درد را در بدن آنها ایجاد کردند. نواحی درد مغز شروع به تحریک شدن کردند. در مرحله بعد داوطلبان را هیپنوتیزم و این بار فقط از طریق تلقین درد را در آنها ایجاد کردند. دوباره همان قسمت‌های مغز شروع به تحریک شدن کردند. درد، چه از طریق تحریک فیزیکی و چه از طریق تلقین، هر دو عیناً حس واحدی را در مغز ایجاد می‌کنند. درد، درد است و همیشه واقعی است. از آنجایی که همه دردها در مغز پردازش می‌شوند، مغز ما قدرت فوق‌العاده‌ای دارد که تعیین کند کی، کجا و چه میزان درد در بدنمان حس می‌کنیم.

## کمردرد

کمردرد شایع‌ترین نوع درد مزمن و یکی از عوامل اصلی از کارافتادگی در سراسر جهان است. اگر کمردرد گرفته باشید احتمالاً تجربه چنین گفت‌وگویی را داشته‌اید:

**شما:** سه ماه است که کمردرد دارم. می‌نشینم درد دارم، راه می‌روم درد دارم، می‌ایستم درد دارم.

**دکتر ارتوپد:** آها... MRI کمردرد نشان می‌دهد که یک فتق مهره چهار میلیمتری بین مهره‌های دوم و سوم داری و عصبت هم تحت فشار است.

**شما:**

چنین تشخیصی باعث می‌شود تصور کنیم که در ستون فقرات بیچاره‌مان یک دیسک گنده بیرون زده است و دارد عصب کناری را له می‌کند. این تصویر با اینکه ترسناک است، اطمینان‌بخش هم هست. اینکه دردی داشته باشیم و دکتر تشخیصی برایمان بگذارد، معنی‌اش این است که تنها کار باقیمانده این است که بیماری درمان شود و درد از بین برود. درست است؟

متأسفانه خیر. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که بسیاری از جراحی‌های کمر اصلاً اثری ندارند. در واقع ادامه درد بعد از عمل آن‌چنان شایع است که حتی برای آن اسمی گذاشته‌اند: «سندرم جراحی کمر ناموفق». اما واقعیت چیز دیگری است. بیشتر ما دیسک‌های بیرون‌زده یا مشکلات دیگر در ستون فقراتمان داریم. بیشترمان آرتروز داریم. می‌دانید چه کسانی ستون فقرات عالی و بی‌نقصی دارند؟ نوزادان! مهره‌های آنها کامل و مفاصلشان کاملاً عاری از التهاب است. با افزایش سن نقص و عیب در بدن ما ظاهر می‌شود. افول فیزیکی طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است. پژوهشی در مجله پزشکی نیوانگلند نشان داده



است که ۶۴ درصد از افرادی که هیچ‌گونه کمردردی ندارند مهره‌های بیرون‌زده و کج‌وکوله، فتق مهره و خرابی دیسک دارند. این تغییرات ساختاری کاملاً طبیعی هستند و به‌طور معمول ارتباطی با درد کمر ندارند. حتی اگر علائمی در MRI پیدا کنیم، این علائم با نشانه‌های فیزیکی درد همخوانی ندارند. پژوهشی در سویس این موضوع را به اثبات رسانده است. دانشمندان دریافتند که هیچ رابطه‌ای میان این مشکلات ساختاری و علائم گزارش‌شده توسط افراد وجود ندارد.

پس اگر آسیب‌های ساختاری عامل درد نیستند، درد از کجا ناشی می‌شود؟

گروهی از پژوهشگران دانشگاه نورث وسترن با استفاده از آخرین دستاوردهای عصب‌شناسی به آزمایش نوآورانه‌ای دست زدند: آنها تلاش کردند بروز درد را پیش‌بینی کنند. آنها کسانی را که یک دوره کمردرد داشتند تحت نظر گرفتند و سعی کردند پیش‌بینی کنند که درد کدام‌یک از آنها تبدیل به کمردرد مزمن خواهد شد. پیش‌بینی‌های آنها در ۸۵ درصد مواقع درست از کار درآمد. آنها نه بیماران را معاینه کردند و نه به تصاویر MRI کمرشان نگاه کردند، فقط مغز بیماران را مطالعه