

مفهوم هیستری

دکتر مجید صادقی^۱

گروه روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقاله حاضر مروری است بر نحوه پیدایش، تکوین و تحولاتی که مفهوم هیستری در طول تاریخ مکتوب پزشکی طی کرده است. در این مقاله، همچنین سابقه تاریخی، طبقه‌بندی‌های اولیه و نوین روان‌پزشکی، مفاهیم روان‌پویایی و بالاخره دیدگاهی که هیستری را نوعی رفتار بیمارانه نابهنجار (abnormal illness behavior) می‌داند، مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

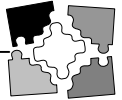
مقدمه

به نظر می‌رسد که پس از قرن‌ها رحم همچنان، سرگردان، در به در و آواره مانده باشد. در سپیده‌دم تاریخ پزشکی، اغتشاشات و تلاطم رحم را موجد گروهی بیماری‌های جسمی و روانی می‌دانستند؛ در قرون وسطی، به این بیماران بر چسب جن‌زده و جادوگر می‌زدند؛ آنان را تحت انواع شکنجه‌های جسمی و روحی قرار می‌دادند که در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، مشوق فروید برای پایه‌گذاری مکتب روان‌کاوی شد و سرانجام در آخرین طبقه‌بندی‌های بین‌المللی روان‌پزشکی از قبیل DSM، دیگر اثری از هیستری دیده نشد. اما گویا حذف نام هیستری نیز کارساز نبوده است چه پزشکانی که سعی در نادیده گرفتن و حذف این مفهوم دارند نیز گاهی در می‌مانند که بر بیمار بعدی خود که با این علایم مراجعه می‌کند، چه تشخیصی بگذارند.

امروزه لفظ هیستری حداقل در نه مورد به کار می‌رود:

- ۱- هیستری تبدیلی (*conversion hysteria*). عبارت است از یک علامت نورولوژیک (از قبیل اختلالات حسی، حرکتی و هوشیاری) که بر اساس تئوری‌های روان‌پویایی، ناشی از تبدیل اضطراب ناخودآگاه حاصل از تعارضات جنسی به علامتی جسمانی است که برای بیمار مفهوم سمبولیک دارد.
- ۲- هیستری انفکاک‌ی (*dissociative hysteria*): شامل حالات یادباختگی و فرار روان‌زاد است که به منظور ابراز یا حل تعارضات درونی روانی فرد ایجاد می‌شود.
- ۳- شخصیت هیستریکال: افرادی با ویژگی‌های شخصیتی وابسته، خودمحور، نیازمند به جلب توجه دیگران، همراه با ابراز رفتارهای نمایشی و بیانات اغراق‌آمیزند که عواطف متغیر و سطحی دارند.
- ۴- هیستری سنت‌لوتیس (*somatization disorder* یا *Briquet's syndrome*): این سندرم عمدتاً مختص زنان است، سیری طولانی و مزمن دارد و اغلب چند عضو خانواده بیمار نیز به آن مبتلا می‌باشند. این زنان، در کلیه سیستم‌های بدن خود علایم جسمانی متعددی

^۱ نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزه



عوامل خارجی و غیر مادی انگاشته شد. کتاب Malleus Maleficarum که به وسیله دو کشیش آلمانی نگاشته شده است، شامل مباحث مبسوطی در مورد تشخیص و درمان جادوگران و شیاطین و اهریمنان و قربانیان انسانی آنهاست، به طوری که این کتاب را به صورت یکی از بزرگترین منابع پسیکوپاتولوژی زمان در آورده است و شرح حال‌های متعدد آن با توصیفات دقیق بالینی، برای ما نیز آشنا به نظر می‌رسد. در همین زمان، پزشکان ایرانی همچون زکریای رازی و بوعلی سینا درمان بیماران متعددی را که علایم بیماری آنها با معیارهای امروز، مطابق با هیستری و موسوم به «خناق الرحم» بود، شرح داده‌اند. آنها این بیماری را با روشی که آن را «علاج نفسانی» می‌نامیدند درمان می‌کردند.

به تدریج با پیشرفت علوم مادی، توجه دانشمندان به سوی نقش پدیده‌های فیزیکی در ایجاد بیماری‌ها جلب شد و به ویژه پس از قرن ۱۸ میلادی منشأ علایم و رابطه آنها با پاتولوژی عضوی مورد توجه قرار گرفت. پزشکان دریافته‌اند که بیماران گاهی با علایمی مراجعه می‌کنند که نشاندهنده یک بیماری جسمی است، اما هیچ گونه زیر بنای پاتولوژیک در آن نمی‌توان یافت.

سیدنهام در اواخر قرن ۱۷ تأکید کرد که پدیده‌های هیستریک می‌توانند تقریباً تمام علایم بیماری‌های جسمی را تقلید کنند، اما او توصیفی در مورد مکانیسم ایجاد پدیده‌های هیستریک ارائه نداد. از آن زمان، هیستری برای پزشکان اختلال شناخته شده‌ای شد که مشکلات تشخیصی فراوانی ایجاد می‌کند.

پل بریکه در سال ۱۸۵۶، یک تک‌نگاری طولانی در مورد هیستری منتشر کرد. این تک‌نگاری یک کتاب ۷۰۰ صفحه‌ای بود که ۴۰۰ صفحه از آن به توصیف و طبقه‌بندی علایم بیش از ۴۰۰ بیماری که وی آنها را مورد مطالعه قرار داده بود، اختصاص داشت. به عقیده بریکه، هسته مرکزی این علایم «حساسیت شدید سیستم عصبی» به استرس‌ها و محرک‌های خارجی است. در نتیجه، بیماران دچار دردهای پراکنده و متعددی در تمام بدن خصوصاً در اپیگاستر و سمت چپ قفسه سینه می‌شوند. بریکه همچنین حملات حاد اضطرابی، فلج حسی حرکتی و بی‌حسی را که امروزه به عنوان علایم «تبدیلی» شناخته می‌شوند، شرح داد.

دارند که برای آنها هیچ علت عضوی نمی‌توان یافت. این بیماران در ابراز ناخوشی خود رفتار اغراق‌آمیز دارند، از پذیرش توجیحات روان‌شناختی در مورد بیماری خود سر باز می‌زنند و سعی می‌کنند پزشکان معالج خود را «دستکاری» کنند.

۵- هیستری گروهی: یک پدیده اپیدمیک است که عمدتاً در مراکز تجمع دختران یا زنان جوان (مثل خوابگاه‌ها) دیده می‌شود. در این مراکز تجمع، اثرات تلقین می‌شود و اضطراب منجر به حملات ناخوشی و رفتارهای غیرعادی در گروه می‌گردد.

۶- *Anxiety hysteria*: اصطلاحی است مربوط به کتب روان‌پویایی و معادل فوبیاست. معنی آن این است که اضطراب سرکوفته به جای تبدیل به یک علامت جسمی، بر یک شیء یا موقعیت خنثی متمرکز می‌شود.

۷- بیماری‌های ساختگی (*factitious disorders*): ایجاد بیماری به وسیله خود فرد است که طیف وسیعی از بی‌اشتهایی عصبی تا اعتیاد به بیمارستان و سندرم مونک‌هاوزن را در بر می‌گیرد.

۸- اختلالات پسیکوتیک یا شبه پسیکوتیک (پسیکوزهای هیستریکال).

۹- اشکال در روابط پزشک و بیمار: در صورتی که یک بیمار زن مزاحم کار پزشک شود و سعی در اغراق علایم خود و تحت تأثیر قرار دادن و دستکاری پزشک خود داشته باشد، ممکن است از طرف پزشک هیستریکال خوانده شود.

تاریخچه

یونانیان و رومیان باستان از پدیده‌های هیستریک با خبر بودند. به نظر آنان علایم هیستریک، خاص زنان و ناشی از حرکات غیر طبیعی رحم است. نام هیستری نیز یادآور تئوری آنهاست. هیستری از کلمه یونانی *hystera* به معنی رحم گرفته شده است. در قرون وسطی، مفاهیم تئوریک بیماری‌های روانی دگرگون و علایم هیستریک نیز ناشی از تسخیر روح به وسیله شیاطین و



اهمیت زیادی نمی‌داد. او مکرراً نشان داد که تحت اثر هیپنوتیزم، هیپنوتیزم کننده می‌تواند علایم هیستری را ایجاد کند یا از بین ببرد. در عین حال او معتقد بود که قابلیت هیپنوتیزم شدن و تلقین پذیری فقط در بیمارانی که دچار بیماری‌های دژنراتیو سیستم عصبی هستند، امکانپذیر است. به نظر شارکو، هیپنوتیزم شدن علامت بیماری بود. او اعتقاد داشت که افراد عادی و سالم را نمی‌توان هیپنوتیزم کرد.

در مقابل مکتب سالپتریه، مکتب نانسی قرار داشت که در رأس آن برنهایم بود. برنهایم که بیشتر به درمان بیماران علاقه‌مند بود تا بررسی علمی بیماری، از هیپنوتیزم استفاده گسترده‌ای کرد. او هیپنوز را بیشتر یک پدیده روان‌شناختی و زیربنای آن را تلقین‌پذیری می‌دانست. به علاوه، مطالعات او نشان داد که تلقین‌پذیری و قابلیت هیپنوتیزم شدن در افراد عادی هم دیده می‌شود و ارتباطی با بیماری روانی یا عصبی ندارد. اما سال‌ها طول کشید تا نظریات برنهایم تأیید شد.

ژانه

ژانه از شاگردان شارکو بود، اما عقاید مستقلی داشت. به نظر او انفکاک و تجزیه هوشیاری علت ایجاد هیستری بودند. بر طبق نظریه او، افکار و اعمال ذهنی افراد عادی با یکدیگر هماهنگی دارند و در هم آمیخته‌اند و شخصیت را به وجود می‌آورند. فرد نیز می‌تواند به طور ارادی و هوشیارانه این افکار و اعمال را به یاد بیاورد، اما هیستری زمانی پدید می‌آید که وحدت محدوده هوشیاری فردی از بین برود و تجزیه شود و در نتیجه افکار و اعمالی که شخصیت را به وجود می‌آورند، از هم گسسته شوند. این سیستم جدا افتاده گرچه در محدوده هوشیاری نیست، اما فعال می‌ماند و به طور خودمختار عمل می‌کند و علایم هیستریک را به وجود می‌آورد که به نظر می‌رسد به نحو اسرار آمیزی و رای کنترل ارادی فرد بروز کند.

ژانه نیز مانند شارکو عقیده داشت که قابلیت هیپنوتیزم شدن مشخصه هیستری است و علت غایی و نهایی بیماری دژنرسانس ارثی مغزی است، اما برخلاف شارکو علاقه فراوانی به روان‌شناسی هیستری و ساز و کارهای روانی در ایجاد علایم

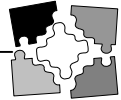
وی برای نخستین بار به تعریف هیستری در روان‌پزشکی، نظمی داد. او تشخیص خود را عمدتاً بر طبقه‌بندی علایم استوار کرد، نه عمق زندگی بیماران، روابط بین فردی یا مشکلات هیجانی آنها. در این زمان فقط با دیدن یک علامت، به بیماری را هیستری نمی‌نامیدند، بلکه باید چندین علامت خصوصاً تشنج در بیمار دیده می‌شد.

از روان‌پزشکان اخیر Guze و همکاران (گروه سنت لویس) نیز در مورد هیستری، عقیده‌ای مشابه بریکه دارند و آن را سندرم پر علامتی می‌دانند که معمولاً علایم تبدیلی هم در آن دیده می‌شود. بر اثر مطالعات آنان، لفظ هیستری از طبقه‌بندی DSM حذف و اصطلاحی به نام somatization disorder جایگزین آن شده است.

بر طبق معیارهای DSM، تشخیص عمدتاً بر پایه سابقه، تنوع علایم و ترجیح جنسی در زنان داده می‌شود و بالطبع این طبقه‌بندی به علت نگرش غیر تئوریک خود در مورد نحوه پیدایش علایم، توصیفی ارائه نمی‌دهد و در واقع همان راه بریکه را دنبال می‌کند.

قرن نوزدهم و شارکو

بیشترین توجه به پدیده‌های هیستریک، در پایان قرن نوزدهم شکل می‌گیرد. در این زمان، شارکو، نورولوژیست بزرگ فرانسوی، هیستری را از نظر طبیبی مورد بررسی قرار می‌دهد. او بیمار را در سالپتریه و در حضور جمع کثیری از تماشاگران معاینه می‌کرد. موقعیت شارکو به عنوان بزرگترین طبیب فرانسه به قدری به مسأله هیستری اهمیت داد که تمام طبقات، روزنامه‌نگاران، دانشمندان، هنرپیشه‌ها، نویسندگان و مردم عادی، برای تماشای او و بیمارانش به سالپتریه می‌آمدند. شارکو برای ایجاد یا درمان هیستری عمدتاً از هیپنوتیزم استفاده می‌کرد. او نورولوژیست بود و تحت تأثیر دانش رو به افزایش آن زمان در زمینه آناتومی و پاتولوژی بود و با همین دید اعتقاد داشت که علت هیستری یک پدیده دژنراتیو در سیستم عصبی مرکزی است. گرچه این دژنرسانس نه در معاینه مغز و نه در بررسی میکروسکوپی آن مشخص نیست. شارکو به تعارضات روانی در ایجاد هیستری



توأم با یک آسیب روانی، در زمان وقوع آسیب مجال ابراز پیدا نمی‌کند و به یک علامت جسمانی تبدیل می‌شود. در نتیجه احساس هیجانی و افکار وابسته به آن از حیطه خودآگاه جدا می‌شود. به عبارت دیگر، احساس هیجانی از جریان اصلی هوشیاری و خودآگاهی تجزیه می‌شود و دیگر نمی‌تواند از طریق مجاری عادی بروز هیجان‌ات تخلیه شود و بنابراین مستعد تبدیل به علایم جسمانی می‌گردد.

فروید و بروئر تئوری ژانه در مورد دژنرسانس مغزی را به عنوان زیر بنای انفکاک روانی قبول نداشتند و به جای آن، دو مکانیسم دیگر را پیشنهاد کردند.

به عقیده بروئر، در زمان بروز یک واقعه توأم با آسیب روانی، بیمار موقتاً دچار حالت شبیه هیپنوز و اختلال هوشیاری می‌شود. با بازگشت کامل هوشیاری، خاطرات این واقعه و احساسات هیجانی همراه با آن از جریان اصلی شخصیت و خودآگاهی جدا و تجزیه می‌شود. اما فروید مکانیسم متفاوتی را بیان می‌کرد. به نظر او چون افکار و هیجان‌ات همراه آن از نظر اخلاقی برای بیمار قابل قبول نیست، فعالانه از هوشیاری خارج می‌شود و در نتیجه درد ناشی از تمایلات غیر قابل قبول فرد کاهش می‌یابد. در هر کدام از این موارد، افکار و هیجان‌ات همراه آنها تجزیه می‌شود، هیجان از مجاری معمول تخلیه نمی‌شود و انرژی هیجانی که راهش مسدود شده است از طریق مکانیسم دفاعی تبدیل، به علایم جسمانی مبدل می‌شود.

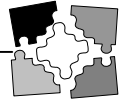
فروید در مورد اول، اصطلاح "hypnoid hysteria" و در مورد دوم، "defense hysteria" را به کار می‌برد، اما به تدریج دریافت که هم هیپنوز نقش مهمی در توجیه علایم هیستریک ندارد و هم مکانیسم‌های دفاعی روانی در بروز سایر نوروزها دخالت دارند. آنچه اختصاصاً منجر به بروز هیستری می‌شود، تمایل سرشتی فرد برای تبدیل هیجان‌ات به علایم جسمانی است. در صورت نبود این تمایل سرشتی، مکانیسم‌های دفاعی دیگر به کار گرفته و فوبی و وسواس ظاهر می‌شود. به علاوه، فروید دریافت که هیجان‌ات غیر قابل قبول و دردناکی که باعث به کار افتادن مکانیسم‌های دفاعی و انفکاک روانی می‌شود، همیشه منشأ جنسی دارد. بررسی‌های بیشتر او نشان داد که همواره یک آسیب

داشت. او مکانیسم انفکاک (dissociation) را ابداع کرد که در آن برخی از افکار از محدوده توجه هوشیاری و اراده خارج می‌شود، اما ناخودآگاه باقی می‌ماند و عوارض حسی و حرکتی هیستری را باعث می‌شود. بنابراین تئوری تشکیل علایم از نظر ژانه کاملاً روان‌شناختی بود. به عقیده او انفکاک زمانی بروز می‌کند که انرژی ذهنی که ارتباط بین محتویات و فرایندهای ذهنی را تأمین می‌کند، کاهش یابد که این کاهش ناشی از دژنرسانس ارثی سیستم عصبی است. او پدیده *la belle indifference* را نیز ناشی از انفکاک می‌دانست.

فروید

یکی دیگر از کسانی که برای شرکت در جلسات شارکو به پاریس آمده بود، زیگموند فروید، پزشک اتریشی بود. او نیز مانند شارکو، نورولوژیست بود و ابتدا می‌خواست علایم نوروتیک را با توجهات نوروفیزیولوژیک تعبیر کند و به همین دلیل نیز کتابی به نام «پروژه‌ای برای روان‌شناسی علمی» نوشت. اما بعداً از این نظریه‌پردازی‌ها دست کشید و به تعابیر صرفاً روان‌شناختی پرداخت. فروید در عرض پنج ماهی که با شارکو کار می‌کرد، با انواع و اقسام علایم هیستریک آشنا شد و پس از آن نیز با مسافرت به نانس و ملاقات با برنهایم و لیه بوکه عقایدی مخالف شارکو داشتند، به هیپنوز در درمان علایم هیستریک علاقه‌مند شد. وی پس از بازگشت به وین، به همکاری با بروئر که متخصص داخلی بود، پرداخت. آنها از سال ۱۸۸۷ تا ۱۸۹۷ با یکدیگر کار کردند و در سال ۱۹۸۵ با کمک هم کتاب «مطالعاتی در مورد هیستری» را منتشر و از این طریق، جزئیات مشاهدات بالینی و اولین جمع‌بندی‌های تئوریک خود را ارائه کردند. زبان و مفاهیم به کار رفته، همه، روان‌شناختی بودند و از آن پس فروید هر گونه کوششی برای برقراری ارتباط بین اعمال روان‌شناختی با روندهای نوروفیزیولوژیک را کنار گذاشت.

فروید در نخستین مقالات روان‌پزشکی خود در سال‌های ۱۸۹۴ و ۱۸۹۵، زیر بنای توجهات خود را در مورد ایجاد علایم هیستریک پایه‌گذاری کرد. او به مکانیسم تبدیل (conversion) در ایجاد علایم اعتقاد داشت؛ به این معنی که احساس هیجانی



علایم، آنها را از اضطراب ناشی از درک آگاهانه تکانه‌ها و تمایلات منع شده‌شان دور می‌کند (نفع اولیه) و دیگر اینکه، منافع و امتیازات خاصی برای بیمار فراهم می‌کنند (نفع ثانویه). اگر فرد بیمار و علیل باشد، اطرافیان، توجه، همدردی و کمک بیشتری به او می‌کنند و در نتیجه نیازهای وابستگی فرد نیز ارضا می‌شود و علایم هیستریک که ابتدا در اثر تعارض‌های جنسی ادیپال به وجود آمده بودند، تقویت می‌گردند.

بنابراین، بر طبق نگرش روان پویایی، هیستری یک اختلال اختصاصی است که در اثر تضادهای خاص (یعنی ادیپال) به وجود می‌آید و علایم ایجاد شده جنبه سمبولیک دارد. اما مشاهدات و بررسی‌های متعدد و بعدی امکان وجود مکانیسم‌های دیگری را در بروز علایم هیستریک مطرح نمود، به طوری که به نظر می‌رسد توجیحات روان‌کاوانه قبلی برای تفسیر این علایم کافی نباشد یا حداقل تعارضات دیگری به جز مسایل ادیپال در کار باشد. یکی از این مشاهدات، بروز فراوان علایم هیستریک در سربازان و در جبهه‌های جنگ بود. این سربازان افرادی بودند که در معرض خطر جانی یا آسیب‌های شدید قرار داشتند، اما عده قابل توجهی از آنها حتی در نزدیک صحنه نبرد یا محل انفجار نیز نبودند و احتمالاً ترس از آسیب جسمی یا مرگ، این علایم را در آنان ایجاد کرده بود. در زمان بروز سوانح طبیعی مانند سیل و زلزله نیز علایم هیستریک مکرراً گزارش شده است.

یافته دیگر، فراوانی علایم هیستریکال در کسانی است که اصطلاحاً دچار نورووز غرامت (compensation neurosis) هستند. نورووز غرامت در افرادی دیده می‌شود که معمولاً در محیط کار دچار سانحه شده‌اند؛ آسیب معمولاً جزئی است، اما شکایات بیمار زیاد و سیر بیماری طولانی است و با شدت ضربه تناسب ندارد. در این موارد، معمولاً تقاضای غرامت و جبران خسارات از سوی بیمه نیز مطرح است.

اسلاتر، روان‌پزشک انگلیسی، در سال ۱۹۶۵ مطالعه‌ای در بیمارستان ملی لندن روی ۸۵ بیمار که تشخیص هیستری داشتند انجام داد. وی نه سال بعد مجدداً این بیماران را ارزیابی کرد و دریافت که در ۲۸ بیمار؛ یعنی ۳۳ درصد موارد، تشخیص هیستری به بیماری ارگانیک تغییر یافته است.

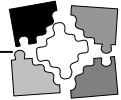
جنسی در دوران کودکی اتفاق افتاده است. او با بررسی زنان هیستریک دریافت که سابقه‌ای از اغفال جنسی (معمولاً به وسیله پدر) در آنها وجود دارد.

فروید در سال ۱۸۹۶، تئوری جامعی در مورد هیستری ارائه داد: اغفال جنسی در دوران کودکی سبب می‌شود که فرد در آینده، مستعد بروز مکانیسم تبدیل گردد. فرد در اثر این تجربه نسبت به احساسات و موقعیت‌های جنسی پس از بلوغ نیز حساس می‌شود و چون آنها عواطف و خاطرات آسیب جنسی قبلی را در او زنده می‌کنند، مکانیسم دفاعی سرکوبی (repression) به کار می‌افتد و احساس هیجانی جنسی تبدیل به یک علامت جسمی می‌شود، در حالی که خاطره آن در دسترس خود آگاهی فرد نیست.

مطالعات و مشاهدات بعدی فروید به تدریج عکس این نظریه را نشان داد و همین باعث شد تا او از ریشه، فرضیه خود را تغییر دهد. او با روان‌کاوی و بررسی بیشتر زندگی بیمارانش به این نتیجه رسید که اغفال‌های جنسی مورد ادعای بیماران واقعاً رخ نداده‌اند و فقط حاصل خیال‌پردازی‌های آنها است.

فروید به تدریج دریافت که اولین احساسات جنسی در دوران پس از بلوغ ظاهر نمی‌شوند، بلکه به عنوان یک سائقه قوی و مهم حیاتی از دوران کودکی وجود دارند. اهداف این سائقه جنسی در آن زمان والدین کودک هستند که باعث بروز کمپلکس ادیپ در وی می‌گردند.

تئوری‌های فعلی روان پویایی نیز مدعی هستند که تثبیت در مراحل اولیه رشد روانی جنسی در سطح عقده ادیپ و ناتوانی در قطع تمایل به والد محبوب، منجر به بروز تعارض در مورد مسایل جنسی در دوران بلوغ می‌شود، زیرا خاطره این تمایل حرام را در فرد زنده می‌کنند. بنابراین، سائقه جنسی سرکوب می‌شود و به ناخودآگاه می‌رود و انرژی حاصل از این سائقه به علایم جسمی تبدیل می‌شود که نه تنها مانع درک آگاهانه تمایلات می‌شود، بلکه جنبه نمادین نیز دارد. در این جمع‌بندی جدید، هیستریک یک عنوان بالینی اختصاصی است که از تعارض‌های جنسی خاص با منشأ ادیپال به وجود آمده است. بیماران هیستریک معمولاً به دو دلیل علایم خود را به راحتی رها نمی‌کنند: اول اینکه، ادامه



یا رفتاری (مانند کندی روانی حرکتی بیمار افسرده یا کاتاتونی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا) باشد.

ناخوشی عبارت است از خصوصیات فردی بیمار، ادراک فرد از بیماری خود، احساس ناراحتی و درد او، سازگاری‌های روان‌شناختی و اجتماعی وی و در مجموع مفهوم این بیماری از نظر بیمار. آنچه بیمار به پزشک عرضه و درباره آن صحبت می‌کند و به دنبال معالجه‌اش می‌گردد، ناخوشی وی است.

نقش بیمار (*sick role*): جامعه‌شناسان متعقدند که ایفای نقش بیمار در جامعه، امتیازات متعددی دارد. معلولان از توقعات جامعه معاف هستند، بچه‌ها لازم نیست به مدرسه بروند و بزرگترها هم می‌توانند سر کارشان نروند (اگر چه حقوق خود را دریافت می‌کنند)، ضمن اینکه مسئول بیماری خود نیز شناخته نمی‌شوند. به علاوه، سایر افراد (مثلاً همسر بیمار) هم ممکن است با او با محبت بیشتر و دلسوزانه‌تر رفتار کنند و مسئولیت‌های او را هم به عهده بگیرند. تنها فشار و اجباری که بر دوش بیمار است، به دنبال درمان رفتن و قبول آن است، به طوری که تا حد امکان طول مدتی که نقش بیمار را ایفا می‌کند، کوتاهتر شود.

رفتار بیمارانه (*illness behavior*): یکی از مهمترین اصول تئوری یادگیری این است که رفتارهایی که مورد تشویق قرار می‌گیرند، بیشتر تکرار شوند و به عکس. تشویق نقش بیمار نیز بسیار زیاد پیش می‌آید و اغلب ما در دوران کودکی آن را تجربه کرده‌ایم. بنابراین تعجب آور نخواهد بود که بسیاری از کسانی که دچار ناخوشی (*illness*) می‌شوند و به پزشک مراجعه می‌کنند، فاقد علائم عینی بیماری (*disease*) می‌باشند. بسیاری از پزشکان این پدیده را تمارض می‌دانند یا به دنبال انگیزه‌های ناخودآگاه مرموز می‌گردند. این موارد را به سادگی می‌توان نوعی تمرین و تکرار و یادگیری محسوب کرد.

همان طور که همه ما آموخته و عادت کرده‌ایم که روزانه سه وعده غذا بخوریم یا موقع عبور از خیابان به دو طرف نگاه کنیم، بعضی نیز یاد گرفته‌اند که در مواقعی که فشارها و توقعات زندگی روزمره بیش از حد سنگین است، طوری رفتار کنند که گویی بیمارند و این رفتار بدان علت است که آنها قبلاً این گونه آموخته‌اند و از مزایای ایفای نقش بیمار بهره‌مند شده‌اند.

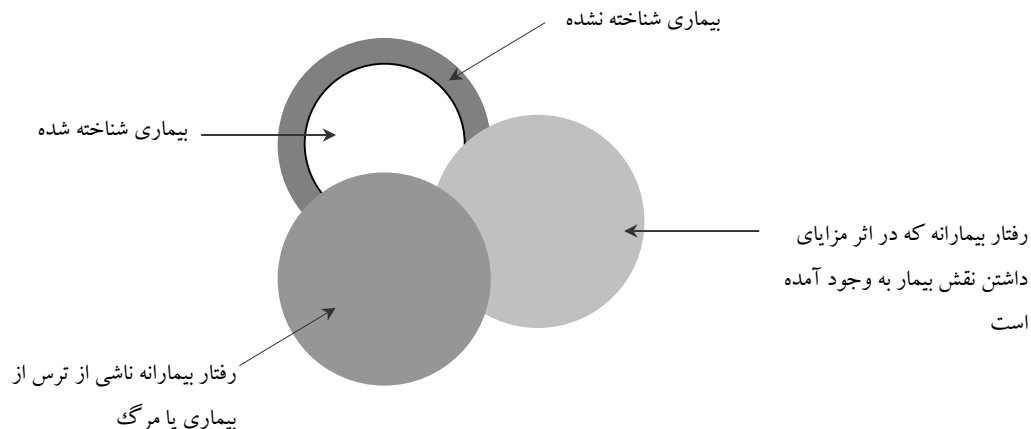
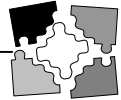
- دردهای هیستریک را نورالژی عصب سه قلو یا میگرن شریان قاعده‌ای تشخیص دادند.
- تشنجات هیستریک، اپی‌لپتیک بود.
- بی‌حسی و ضعف‌های عجیب و غریب هیستریک، بیماری Takayasu تشخیص داده شد.

دوازده نفر از بیماران مرده بودند که علت سه مورد آن بیماری بود که قبلاً آن را هیستری تشخیص داده بودند. در شروع تحقیق، ۲۴ بیمار تشخیص همزمان هیستری و یک بیماری جسمی گرفته بودند. به این ترتیب، ۳۳ بیمار؛ یعنی ۳۹ درصد، هیچ بیماری ارگانیک زمینه‌ای یا همراه نداشتند و چهار نفر آنها خودکشی کرده، دو نفر دچار اسکیزوفرنی و هفت نفر دچار عودهای مکرر افسردگی شده بودند.

بررسی‌های بعدی نیز نتایج مشابهی نشان داد. بر اساس این مطالعات، علائم هیستریک در بسیاری از موارد توأم با آسیب‌های ارگانیک و به خصوص صرع یا سایر بیماری‌های روانی است و یا ممکن است مقدمه بروز این بیماری‌ها باشد.

برای توجیه یافته‌های فوق و پاسخ به سئوال‌هایی که این مشاهدات ایجاد کرده بودند، مشخصترین تئوری متعلق به پروفیسور پیلوفسکی (*Pilowsky*)، استاد روان‌پزشکی دانشگاه آدلاید استرالیاست. او در تدوین نظریه خود مفهوم نقش بیمار (*sick role*) و رفتار بیمارانه (*illness behavior*) را به کار برد که اولی متعلق به پارسونز و دومی از آن دیوید مکانیک (هر دو جامعه‌شناس) است. او با این برداشت یک مفهوم کلی زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناسانه و رفتاری به دست داد که نام آن را رفتار بیمارانه نابهنجار (*abnormal illness behavior*) گذاشت.

برای توجیه نظرات وی ابتدا می‌بایست مفهوم بیماری (*disease*) و ناخوشی (*illness*) مشخص گردد. بیماری هنگامی عارض می‌شود که یک متغیر ساختاری یا فیزیولوژیک ناشی از عوامل سمی، ژنتیک، عفونی، روانی اجتماعی یا فیزیکی به وجود آید و روش‌های دفاعی فرد نتواند با این تغییرات مقابله کند. بیماری ممکن است به صورت تغییرات ساختاری یا فیزیولوژیک



شکل ۱- انواع رفتارهای بیمارانه

توجه دیگران را جلب کنند. عده‌ای نیز نقش بیمار را زمانی به عهده می‌گیرند که:

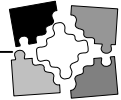
- ۱- مسئولیتشان بی‌اندازه خطیر باشد (مثل سربازان جبهه جنگ).
 - ۲- دچار مشکلی شوند (قبل از امتحان، قرض و بدهی، ترس، تحت تعقیب قانونی قرار گرفتن).
 - ۳- نفع مالی به دنبال داشته باشد (نوروز غرامت).
- فراوانی پدیده‌های هیستریک در زمان جنگ نشان می‌دهد که تقریباً هر فردی بالقوه قادر به ایجاد علایم هیستریک هست (به همان ترتیب که هر کس می‌تواند دچار حمله صرعی شود)، اما استعداد افراد در بروز این حالات متفاوت است. این تفاوت به متغیرهای سرشتی مثل تلقین‌پذیری و استعداد به تجزیه و انفکاک (dissociation) بستگی دارد، اما نقش فعلی بیمار در اجتماع و تجربیات قبلی هم اهمیتی برابر دارند، از جمله وجود بیماری در خود فرد یا یکی از افراد خانواده یا اشتغال به حرفه‌های پزشکی.
- هیستری عمدتاً در افراد جوان و شخصیت‌های نابالغ دیده می‌شود، چرا که احتمالاً نقش کودک و فرد ناتوان مشابه است. همچنین پذیرش نقشی که در آن فرد وابسته و نیازمند مراقبت دیگران است بیشتر برای کسانی وسوسه‌انگیز است که به تازگی امتیازات دوران کودکی را رها کرده‌اند و تجربه زیادی هم در مقابله با دنیای افراد بالغ ندارند.

تحت تأثیر قرار دادن دیگران برای ارضای نیازهای وابستگی، روشی است برای دستیابی به قدرتی که از

شکل ۱ نموداری از انواع رفتارهای بیمارانه است. این رفتارها، اغلب، ناشی از بیماری‌های شناخته شده و مشخصی مانند سندرم‌های روان‌پزشکی از قبیل اسکیزوفرنی است. اما تعدادی از این رفتارها نیز ناشی از ترس ابتلا به یک بیماری یا «تقویت مثبت» است که در اثر بهره‌مندی از امتیازات داشتن نقش بیمار عاید فرد می‌شود. گاهی هم این سه گروه در هم تداخل می‌کنند و در عده‌ای نیز ممکن است یک بیماری ناشناخته جسمی (در حال حاضر)، اما واقعی باشد، مثل سرطان‌های نهفته‌ای که هنوز علایم بالینی ایجاد نکرده‌اند یا بیماری‌هایی که دانش پزشکی امروزه قادر به تشخیص آنها نیست (مثل سندرم نارکولپسی در زمان ژانه).

به طور خلاصه، رفتار بیمارانه ناشی از ترس از بیماری یا مرگ مطابق با هیپوکندریازیس، و رفتارهای بیمارانه ناشی از مزایای نقش بیمار، همخوان با هیستری است. بر طبق این نگرش، هیستری واکنشی به بیماری (روانی یا جسمانی) یا ترس از بیماری است و نوعی رفتار بیمارانه محسوب می‌شود که با علایم غیر قابل توجه (مشابه بیماری‌های خاص نورولوژیک) مشخص می‌شود و می‌تواند به صورت در اختلالات روانی و طبی متفاوتی بروز کند.

ایفای نقش بیمار برای برخی بسیار جذاب است و هنگامی که مزایای ناخوشی بر سلامت غلبه کند، افراد زیادی به آن متوسل می‌شوند. بعضی ترجیح می‌دهند که تا آخر عمر نقش بیمار را داشته باشند، چون توقعات روزمره زندگی را بسیار سخت می‌یابند یا اینکه فقط در صورت بیمار بودن می‌توانند محبت، دلسوزی و



است در بر خورد با توقعات و فشارهای زندگی روزمره مشکلاتی داشته و در عین حال از مزایای ناتوانی و بیمار بودن نیز آگاه باشند که این پدیده به ویژه در مورد استعداد صرعی‌ها به بروز حملات هیستریک (که باعث سردرگمی نورولوژیست‌ها می‌شود) صادق است.

از دهه ۹۰ میلادی که دهه مغز (decade of brain) نام گرفت، هیستری که صرفاً مقوله‌ای با توجیحات روان‌شناختی قلمداد می‌شد، راهی به سوی مکانیسم‌های نورویولوژیک باز کرد و بدین ترتیب در جریان روان‌پزشکی نوین هم قرار گرفت. بررسی‌های اولیه نشان داد که نیمکره غالب مغزی دچار کاهش و نیمکره غیر غالب دچار افزایش متابولیسم است که این یافته‌ها، احتمال اختلالی در ارتباط بین نیمکره‌ها را در اختلال تبدیلی مطرح کرد. مدافعان این تئوری معتقدند که علائم بیماری ممکن است ناشی از افزایش برانگیختگی قشر مخ باشد که حلقه‌های فیدبک منفی بین قشر مخ و سیستم رتیکولار ساقه مغزی را غیر فعال می‌کند. از طرفی افزایش برونده corticotugal آگاهی بیمار از احساسات بدنی‌اش را مهار می‌کند که ممکن است توجیه‌کننده نقایص حسی مشاهده شده در اختلال تبدیلی باشد. ارزیابی‌های عصب روان‌شناختی در این بیماران هم‌گامی در ارتباط کلامی، حافظه، هوشیاری، تداوم عواطف و توجه اختلالات جزئی را نشان داده است که می‌تواند نشان‌دهنده یک اختلال زمینه‌ای مغزی در این افراد باشد.

دسترس فرد به دور است، به همین دلیل این رفتارها از بچه‌ها به والدین و از بیماران به پزشکان خود اعمال می‌شود و نه برعکس. افرادی که می‌توانند دستور بدهند، برای رسیدن به خواسته‌های خویش نیازی به دستکاری دیگران ندارند. این رفتارها نیز در دوران کودکی از طریق تشویق و پاداش آموخته می‌شوند.

بهبود بیمار نیز به تعادل بین مزایا و محرومیت از مزایایی که نقش بیمار به فرد می‌دهد، بستگی دارد. اگر موقعیت ایجاد کننده علامت بر طرف شود، بهبود سریع خواهد بود، اما در صورتی که موقعیت بحرانی ادامه یابد یا ناتوانی فرد شدید باشد، آن‌گاه بر خورداری از بعضی مزایا و محرومیت از برخی مزایا تعیین کننده است. بنابراین، علائم ناتوان کننده و شدید (مثل کوری یا ناتوانی در ایستادن یا راه رفتن) پیش آگهی نسبتاً خوبی دارند، در حالی که علائم خفیفتر (مثل لرزش) یا نوسانی (مثل حملات تشنجی یا استفراغ) بیشتر باقی می‌مانند.

مسئله دیگر، انتخاب نوع علامت است که به تجربیات پیشین فرد یا مشاهده بیماری در دیگران بستگی دارد. مثلاً فرد مبتلا به کوری هیستریک ممکن است در کودکی مبتلا به کونژنکتیویت شدید بوده باشد یا مرد جوانی که قادر به راه رفتن نیست، پدر بزرگی داشته که پس از سکته مغزی زمین گیر شده است.

وجود همزمان یک بیماری عضوی و هیستری هم ممکن است توجیه مشابهی داشته باشد. افرادی که واقعاً بیمارند ممکن

منابع

صنعتی، م. (۱۳۶۶). رفتار بیماران نابهنجار. ارائه شده در کنفرانس بیمارستان روزبه، تهران.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington D C: Author

Fenton, G.W. (1986). Epilepsy and hysteria. *British Journal of Psychiatry*, 149, 28-37.

Guggenheim, F.G. (2000). Somatoform disorders in: B. Sadock & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott, Williams & Wilkins.

Guze, S.B., Cloninger, C.R., Martin, R.L., & Clay, I. J. (1986). A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 17-23.

Kendell, R.F. (1987). Hysteria. *Medicine International*, 43, 1790-1795.

Merskey, H. (1986). The importance of hysteria. *British Journal of Psychiatry*, 149, 23-8.



Mora, G. (1980). Historical and theoretical trends in psychiatry. In B. Sadock & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive text book of psychiatry*, 3rd ed. Williams & Wilkins.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2002). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. Lippincot Williams & Wilkins.

Shalev, A., & Munitz, H. (1986). *Conversion without*

hysteria: A case report and review of the literature. British Journal of Psychiatry, 148: 198-203.

Taylor, D.C. (1986). Hysteria, play-acting and courage. *British Journal of Psychiatry, 149, 37-41.*