.: به نام بی نام او :.

مقدمه

درس "روان‌شناسی مرضی (آسیب‌شناسی روانی) و کودکان استثنایی که شامل دو بخش مجزای "آسیب‌شناسی روانی" و "روان‌شناسی کودکان استثنایی" است، از میان تمام دروس مجموعه روان‌شناسی در کنکور کارشناسی ارشد سراسری بیشترین تعداد منابع مرجع را به خود اختصاص داده است. به طوری که در برخی سال‌ها سوالات این درس در کنکور، از بیش از هفت کتاب اصلی انتخاب می‌شود. حضور این درس در بین ۵ درس تخصصی کنکور دکتری روان‌شناسی نیز موید اهمیت فراوان تسلط کافی بر مبحث آن برای روانشناسان و دانشجویان روان‌شناسی است. جزوات سه گانه‌ی کیهان (آسیب‌شناسی روانی؛ کودکان استثنایی و DSM5) که با کمترین حجم ممکن همواره پوشش‌دهی مناسبی از سوالات این درس در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی داشته، حالا برای آزمون‌های ارشد و دکتری با آخرین به روزرسانی‌ها در اختیار داوطلبان گرامی قرار می‌گیرد.

تغییرات آخرین ویرایش

سوالات کنکور اخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده است و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با آخرین کنکور در متن صورت گرفته است.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که مجموعه جزوات کیهان برای درس روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنائی، توانسته به تنهایی به ۸۵ و ۸۰ **درصد** از سوالات مستخرج از منابع در دو کنکور ارشد و دکتری را پاسخ دهد. در حالی که درصد رتبه های تک رقمی در این درس در هر دو کنکور ارشد و دکتری به طور میانگین چیزی حدود ۶۵ درصد است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.

۲. این مجموعه را رتبه های برتر روانشناسی دانشگاه های تهران، شهیدبهشتی و علامه طباطبایی تهیه و ویرایش کرده اند.

۳. این مجموعه، در سالهای گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. رتبه‌هایی از جمله خانم آطاهریان رتبه ۷، خانم اسفندیاری رتبه ۸، خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲.خانم زهرا دایی رتبه ۶, خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ ,خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶. می توانید مصاحبه این دوستان را در سایت بخوانید.

۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد و دکتری کاملاً به روز رسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

"با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان"

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

.: آشنایی با مجموعه کـــیهـــان :.

درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شـامل ارائه خدمات مشـاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشـی با اسـاتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشـور شـعبه ای ندارد و تمام خدمات و محصـولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شـیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی‌های ۹۴ بالینی دانشگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، درسال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ ,در سـال۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶,درسـال ۱۴۰۰ خانم شـقایق ربیع حاذق رتبه ۳,خانم نرگس السـادات سلیلی رتبه ۱۶,خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه‌های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت سوپروایزرها (آقایان فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می‌شود.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان مطابق نرخ مصوب عمومی است.

مروری کلی بر عــوامــل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
از نگاه رتبه‌های بــرتــر کنکور، مشاوران کــیــهــان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن اهداف خود دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه ای را در این کنکور دنبال می کنید و چرا ؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری‌ای که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌توانند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهند.

۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدف‌تان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته تان کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب ها. کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید. آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح های مشاوره مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.

۳. آمادگی ذهنی: حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تاثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. **ابزارهای کارآمد**: منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.

۵. مطالعات منسجم: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. نظارت و ارزیابی: مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

فهرست

عنوان **صفحه**

فصل دوازدهم: اختلالات تجزیه‌ای ۲

فصل سیزدهم: اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط ۱۲

فصل چهاردهم: اختلالات تغذیه و خوردن ۳۰

فصل پانزدهم: اختلالات دفع ۴۲

فصل شانزدهم: اختلالات خواب- بیداری ۴۴

فصل هفدهم: اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی) ۴۹

فصل هجدهم: نارضایتی جنسیتی ۵۵

فصل نوزدهم: اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک ۵۹

فصل بیستم: اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور ۷۵

فصل بیست و یکم: اختلالات عصبیشناختی ۸۴

فصل بیست و دوم: اختلالات شخصیت ۹۶

فصل بیست و سوم: اختلالات نابهنجاری جنسی (پارافیلیک) ۱۳۲

فصل بیست و چهارم: مهمترین تغییرات از **DSM-IV** تا **DSM-5** ۱۳۶

ضمیمه ۱ : فهرست مکانیسم‌های دفاعی ویژه ۱۴۵

ضمیمه ۲: مقیاس عملکرد دفاعی در **DSM-IV-TR** ۱۴۷

ضمیمه ۳ : شاخص‌های رشد طبیعی رفتار ۱۴۹

ضمیمه ۴ : مجموعه‌ای از نظریات رشد ۱۵۲

ضمیمه ۵: ویژگی‌های بالینی اختلال‌های شبه‌جسمی ۱۶۱

سوالات درس آسیب شناسی روانی کنکور سراسری کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ .... ۱۲۵

پاسخ سوالات درس آسیب شناسی روانی کنکور سراسری کارشناسی ارشد ۱۴۰۱ .... ۱۲۷

منابع ۱۳۱

منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ممکن ۱۳۲

فصل دوازدهم: اختلالات تجزیه‌ای

- ✓ **اختلال هویت تجزیه‌ای**
- ✓ **فراموشی تجزیه‌ای**
- ✓ **اختلال گسست از خویش/ گسست از واقعیت**
- ✓ **سایر اختلالات تجزیه‌ای معین**
- ✓ **اختلالات تجزیه‌ای نامعین**

اختلالات تجزیه‌ای با اختلال و/یا گسیختگی انسجام طبیعی هشیاری، حافظه، هویت، هیجان، ادراک، تصویر بدن، کنترل حرکتی و رفتار مشخص می‌شود. نشانه‌های تجزیه‌ای می‌توانند به صورت بالقوه هر زمینه کارکرد روان‌شناختی را مختل کنند. این فصل شامل اختلال هویت تجزیه‌ای، فراموشی تجزیه‌ای، اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت، سایر اختلالات تجزیه‌ای معین ، و اختلالات تجزیه‌ای نامعین می‌شود.

نشانه‌های تجزیه به این صورت تجربه می‌شوند: (الف) مزاحمت‌های ناخواسته در آگاهی و رفتار، همراه با فقدان تداوم در تجربه ذهنی (یعنی، نشانه‌های تجزیه‌ای «مثبت» مانند تجزیه هویت، مسخ شخصیت، و مسخ واقعیت) و/یا (ب) ناتوانی در دسترسی به اطلاعات یا کنترل کردن کارکردهای ذهنی که معمولا به راحتی قابل دسترسی یا کنترل هستند (یعنی، نشانه‌های تجزیه‌ای «منفی» مانند یادزدودگی).

اختلالات تجزیه‌ای اغلب به دنبال آسیب یافت می‌شوند و تعدادی از نشانه‌ها، از جمله شرمندگی و سردرگمی در مورد نشانه‌ها یا میل به پنهان کردن آنها، تحت‌تأثیر نزدیکی با آسیب قرار دارند. در**DSM-5**، اختلالات تجزیه‌ای بعد از اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا قرار داده شده، اما بخشی از آنها نیستند، که این مساله ارتباط نزدیک بین این دو طبقه تشخیصی را منعکس می‌کند. اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب هر دو حاوی نشانه‌های تجزیه‌ای، مانند یادزدودگی، بازگشت‌ها به گذشته، بهت‌زدگی، و مسخ شخصیت/مسخ واقعیت هستند.

اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت با مسخ شخصیت مداوم یا عودکننده که اهمیت بالینی دارد (یعنی، تجربه غیرواقعی بودن یا جدایی از ذهن، خود، یا بدن خویش) و / یا مسخ واقعیت (یعنی، تجربه غیرواقعی بودن یا جدایی از محیط پیرامون خویش) مشخص می‌شود. این تغییرات تجربه، با واقعیت‌آزمایی سالم همراه هستند. دلیلی برای هرگونه تمایز بین افراد مبتلا به نشانه‌های عمدتا مسخ شخصیت در برابر مسخ واقعیت یا هر دو، وجود ندارد.

یادزدودگی تجزیه‌ای با ناتوانی در یادآوری اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی مشخص می‌شود. این یادزدودگی ممکن است موضعی (یعنی، رویداد یا دوره زمانی)، گزینشی (یعنی، جنبه خاصی از رویداد)، یا فراگیر (یعنی، هویت و تاریخچه زندگی) باشد. یادزدودگی تجزیه‌ای اصولا ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی است که با فراموشی عادی ناهماهنگ است. این نوع یادزدودگی ممکن است مسافرت هدفمند یا دوره‌گردی سرگردان (یعنی گریز) دربر داشته یا نداشته باشد. گرچه برخی افراد مبتلا به یادزدودگی فورا متوجه می‌شوند که «زمان را از دست داده‌اند» یا شکافی در حافظه خود دارند، اما اغلب افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای در آغاز از یادزدودگی خود آگاه نیستند. در آنها، آگاهی از یادزدودگی فقط زمانی روی می‌دهد که هویت شخصی از دست رفته باشد یا شرایط باعث شود که این افراد آگاه شوند اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی از دست رفته است (مثل زمانی که آنها با شواهدی از رویدادهایی که نمی‌توانند به یاد آورند مواجه می‌شوند یا وقتی دیگران در مورد وقایعی از آنها می‌پرسند که نمی‌توانند به یاد آورند). تا زمانی که این اتفاقات روی نداده باشند، این افراد نسبت به فراموشی خود، فراموشی دارند.

یادزدودگی به عنوان ویژگی اصلی یادزدودگی تجزیه‌ای تجربه می‌شود؛ ممکن است افراد عمدتا دستخوش یادزدودگی موضعی یا یادزدودگی گزینشی و به ندرت یادزدودگی فراگیر شوند. **گریز تجزیه‌ای** در افراد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای نادر است، اما در اختلال هویت تجزیه‌ای شایع است.

اختلال هویت تجزیه‌ای با (الف) وجود دو یا تعداد بیشتری از حالت‌های شخصیت یا تجربه‌ی تسخیر و (ب) دوره‌های عودکننده یادزدودگی مشخص می‌شود. تجزیه هویت ممکن است با توجه به فرهنگ (مثل جلوه‌های بالینی شبه تسخیرشدگی) و شرایط فرق کند. بنابراین، ممکن است

افراد دستخوش ناپیوستگی‌هایی در هویت و حافظه شوند که شاید فورا برای دیگران آشکار نباشند یا با اقداماتی برای پنهان کردن کژکاری، مبهم شده باشند. افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای این موارد را تجربه می‌کنند: (الف) مزاحمت‌های عودکننده و غیرقابل توضیح در عملکرد هشیار و خودپنداره (مثل صداها؛ اعمال و گفتار تجزیه شده؛ افکار، هیجانات، و تکانه‌های مزاحم)، (ب) تغییرات در خودپنداره (مثل نگرش‌ها، ترجیحات، و احساس اینکه بدن یا اعمال فرد به خودش تعلق ندارند)، (ج) تغییرات عجیب و غریب ادراک (مثل مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت، نظیر احساس جدا بودن از بدن خویش درحالیکه قطعه‌قطعه می‌شود) و (د) نشانه‌های کارکردی عصبی متناوب. استرس اغلب موجب تشدید موقتی نشانه‌های تجزیه‌ای می‌شود که آنها را آشکارتر می‌سازد.

نمونه‌هایی از طبقه باقیمانده **سایر اختلالات تجزیه‌ای معین** به شرح ذیل است:

۱. نشانه‌های تجزیه‌ای مختلط مزمن یا عودکننده که به ملاک‌های تشخیصی برای اختلال هویت تجزیه‌ای نزدیک هستند، ولی آنها را برآورده نمی‌کنند؛

۲. حالت‌های تجزیه‌ای که پیامد شست‌وشوی مغزی یا اصلاح فکر هستند؛

۳. دو جلوه بالینی حاد با حداقل مدت ۱ ماهه نشانه‌های تجزیه‌ای مختلط که یکی از آنها با وجود نشانه‌های روان‌پریشی مشخص می‌شود؛ و

۴. سه جلوه بالینی تجزیه‌ای تک‌نشانه: خلسه تجزیه‌ای، بهت یا اغمای تجزیه‌ای، و نشانگان گانسر (دادن پاسخ‌های نزدیک و مبهم).

– اختلال فرار تجزیه‌ای (**Fuge**) که در **DSM-IV** طبقه‌بندی مستقلی داشت در **DSM-5** در یک دسته فرعی اختلال یادزدودگی تجزیه‌ای قرار گرفته است.

– مسخ شخصیت / مسخ واقعیت در **DSM-IV** یک نشانه بود که در **DSM-5** به عنوان یک اختلال طبقه‌بندی شده است.

تشخیص در DSM-5	تشخیص در DSM-IV-TR
یادزدودگی تجزیه‌ای	یادزدودگی تجزیه‌ای فرار تجزیه‌ای **Fuge**
مسخ شخصیت / واقعیت	مسخ شخصیت
اختلال هویت تجزیه‌ای	اختلال هویت تجزیه‌ای

طبق **DSM** خصوصیت اساسی اختلالات تجزیه‌ای، گسیختگی در کارکردهای پیوسته هشیاری، حافظه، هویت یا ادراک محیط است. این گسست ممکن است به صورت ناگهانی یا تدریجی بروز کند و گذرا یا مزمن باشد. اختلال‌های تجزیه‌ای با اختلال‌های جسمانی شکل به ویژه اختلال تبدیلی وجوه مشترک زیادی دارند. در اختلال تبدیلی، اضطراب توسط قربانی تجربه نمی‌شود، درواقع بی‌تفاوتی کامل وجود دارد. در عوض نشانه را می‌توان به عنوان روشی برای جلوگیری از نمایان شدن اضطراب بنیادین قلمداد کرد. در اختلال‌های تجزیه‌ای نیز همین‌طور است.

تجربه‌ی تجزیه شامل یکی از موارد زیر می‌شود:

۱. یادزدودگی، که طی آن دوره‌ی زمانی قابل ملاحظه‌ای در زندگی فرد فراموش می‌شود.

۲. دگرسان‌بینی خود، که طی آن شخص احساس می‌کند که از خویش جدا شده است یا از خارج به خود نگاه می‌کند.

۳. دگرسان بینی محیط، که طی آن دنیا (و نه خود فرد) غیرواقعی به نظر می‌رسد.

۴. سردرگمی هویت، که طی آن شخص در مورد اینکه او کیست سردرگم و نامطمئن می‌شود.

۵. تغییر هویت، که طی آن فرد مهارت شگفت‌انگیزی را نشان می‌دهد که از داشتن آن بی‌خبر بوده است. مانند راه رفتن روی طناب.

۱- یادزدودگی (فراموشی) تجزیه‌ای (Dissociative Amnesia)

ملاک‌های تشخیصی

A. ناتوانی در یادآوری اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی مهم، معمولا از نوع آسیب‌زا یا استرس‌زا که با فراموشی معمولی ناهماهنگ است.

– **توجه:** یادزدودگی تجزیه‌ای اغلب از یادزدودگی موضعی یا انتخابی در مورد رویداد یا رویدادهای خاص، یا یادزدودگی فراگیر در مورد هویت و تاریخچه زندگی تشکیل می‌شود.

B. نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

C. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل الکل یا سوءمصرف موادمخدر، دارو) یا بیماری عصبی یا جسمانی دیگر نیست (مثل حملات صرع پارسیل مرکب، یادزدودگی کلی موقتی، پیامدهای آسیب سرِ بسته / صدمه مغزی آسیب‌زا، یا بیماری عصبی دیگر).

D. این اختلال با اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه جسمانی، یا اختلال عصبی‌شناختی عمده یا خفیف بهتر توجیه نمی‌شود.

انواع فرعی

- **همراه با گریز تجزیه‌ای:** مسافرت ظاهرا هدفمند یا دوره‌گردی سرگردان که با فراموشی هویت یا سایر اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی مهم ارتباط دارد.

ویژگی‌های تشخیصی

ویژگی توصیف‌کننده یادزدودگی تجزیه‌ای، ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعات زندگی‌نامه‌ای شخصی مهم است که (۱) باید با موفقیت در حافظه اندوخته شده باشد و (۲) معمولا به راحتی یادآوری می‌شود (ملاک **A**). یادزدودگی تجزیه‌ای با یادزدودگی دائمی ناشی از صدمه عصبی– زیستی یا مسمومیت که مانع از ذخیره شدن حافظه یا بازیابی می‌شود از این نظر تفاوت دارد که یادزدودگی تجزیه‌ای همیشه به صورت بالقوه برگشت‌پذیر است، زیرا حافظه با موفقیت اندوخته شده است.

معمولاً اطلاعات فراموش شده در یادزدودگی تجزیه‌ای ماهیت آسیب‌زا یا تنش‌زا دارند و فراموشی بیش از حدی است که با فراموشکاری طبیعی قابل توجیه باشد. این اختلال مستقیما ناشی از مواد، اختلالات عصبی یا سایر بیماری‌های طبی عمومی نیست. می‌توان فراموشی تجزیه‌ای را ناشی از تغییرات عصبی زیستی مغز بر اثر استرس آسیب‌زا دانست. گفته می‌شود که این اختلال یک شکل کلاسیک و یک شکل غیرکلاسیک دارد. شکل کلاسیک: اختلال کلاسیک یک آشفتگی بالینی پر آب و تاب و چشمگیر است که اغلب سبب می‌شود که بیمار اختصاصا به دلیل علائم مرتبط با اختلال تجزیه‌ای سریعا مورد توجه بالینی قرار بگیرد. اغلب این حالت در کسانی دیده می‌شود که ضربه و آسیب حاد و شدیدی را متحمل شده‌اند. شکل غیرکلاسیک: این بیماران اغلب به دلیل علائم مختلفی نظیر افسردگی یا نوسان خلق، سوءمصرف مواد، آشفتگی‌های خواب، علائم شبه جسمی، اضطراب و هول و مشکلات بین‌فردی مراجعه می‌کنند. در این بیماران رفتار خشن و خودزنی نیز ممکن است با فراموشی همراه باشد.

یادزدودگی موضعی، ناتوانی در یادآوری وقایع در طول مدت زمان محدود، شایع‌ترین نوع یادزدودگی تجزیه‌ای است. یادزدودگی موضعی ممکن است از یادزدودگی رویداد آسیب‌زای تکی گسترده‌تر باشد (مثل چند ماه یا چند سال در ارتباط با بهره‌کشی از کودک یا نبرد شدید). در **یادزدودگی انتخابی،** فرد برخی از رویدادها نه همه آنها را در طول مدت زمان محدود، به یاد آورد. بنابراین، ممکن است فرد بخشی از رویداد آسیب‌زا نه بخش‌های دیگر آن را به یاد آورد. برخی افراد از هر دو یادزدودگی موضعی و انتخابی خبر می‌دهند. **یادزدودگی فراگیر،** از دست دادن کامل تاریخچه زندگی فرد، نادر است. افراد مبتلا به یادزدودگی فراگیر ممکن است هویت شخصی را فراموش کنند. برخی، دانش قبلی در مورد دنیا را از دست می‌دهند (یعنی، دانش معنایی) و دیگر نمی‌توانند به مهارت‌های کاملا آموخته شده دسترسی داشته باشند.

– **آسیب خیانت:** در این مفهوم فراموشی براساس شدت آسیب و وسعت رویدادی منفی توضیح داده می‌شود. رویدادی که معرف خیانت فردی مورد اعتماد و مورد نیاز است. تصور می‌شود که این خیانت بر نحوه پردازش و یادآوری حادثه تأثیر می‌گذارد.

انواع یادزدودگی تجزیه‌ای:

یادزدودگی کلّی یا فراگیر: تمام جزئیات زندگی شخص ناپدید می‌شود.

یادزدودگی پس گستر: یادزدودگی اختصاصی‌تر است، بطوریکه تمام رویدادهایی که بلافاصله قبل از آسیب واقع شده‌اند، فراموش می‌شوند.

یادزدودگی پس از سانحه: ناتوانی در یادآوری رویدادهای بعد از سانحه.

کمیاب‌ترین یادزدودگی، یادزدودگی پیش‌گستر است، که طی آن مشکل یادآوری موارد جدید وجود دارد. این نوع یادزدودگی تقریباً همیشه علّت جسمانی دارد (سکته‌ی مغزی).

و بالاخره یک نوع یادزدودگی وجود دارد که طی آن فقط رویدادهای مربوط به موضوع خاصی ناپدید می‌شوند که به آن یادزدودگی گزینشی یا مطلق می‌گویند.

همه گیرشناسی

یادزدودگی، شایع ترین اختلال تجزیه‌ای است. در زنان شایع تر از مردان است. در نوجوانان و جوانان شایع تر از بزرگسالان بزرگتر است. میزان بروز در زمان جنگ و فجایع طبیعی بالاتر می رود.

سبب‌شناسی

فراموشی و تعارض شدید درون‌روانی: در بسیاری از موارد فراموشی تجزیه‌ای حاد، محیط روانی- اجتماعی که فراموشی در آن شکل گرفته به شدت متعارض است و بیمار هیجانات غیرقابل تحمل شرم، گناه، یأس، غضب و درماندگی را تجربه کرده است. این هیجانات اغلب حاصل تعارض‌های مربوط به تکانه‌ها یا امیال غیرقابل قبول نظیر رفتارهای اجباری خشونت‌آمیز، انتحاری یا جنسی شدید است.

تشخیص افتراقی

در بیماران دچار زوال عقل (دمانس)، اختلالات نسیانی عضوی و روان‌آشفتگی (دلیریوم)، نقصان حافظه در مورد اطلاعات شخصی در بستری از مجموعه وسیع‌تر مشکلات شناختی، زبان، توجه، رفتاری و حافظه قرار دارد. در این موارد فراموش کردن هویت شخص معمولاً بدون شواهدی از اختلال بارز در بسیاری حوزه‌های عملکرد شناختی دیده نمی‌شود.

در فراموشی پس آسیبی ناشی از جراحت مغز معمولاً سابقه‌ای از آسیب جسمی واضح، دوره‌ای از فراموشی یا بیهوشی و یا هردوی آنها وجود دارد.

بیماران دچار اختلال هویت تجزیه‌ای ممکن است با انواع حاد و فراموشی و گریزهای تجزیه‌ای مراجعه کنند. اما این بیماران دارای تعداد زیادی از علائم هستند که فقط بخشی از آنها در فراموشی تجزیه‌ای دیده می‌شود.

یادزدودگی تجزیه‌ای در مقابل یادزدودگی عضوی

یادزدودگی می‌تواند به وسیله‌ی آسیب جسمانی نظیر وارد شدن ضربه به سر یا جراحت گلوله به مغز، الکلیسم، آلزایمر و سکته‌ی مغزی ایجاد شود. اینگونه یادزدودگی را که علّت عضوی دارد باید از یادزدودگی تجزیه‌ای متمایز کرد. یادزدودگی عضوی غیر از مبنای جسمانی آن از چند جهت با یادزدودگی تجزیه‌ای فرق دارد: اولاً فرد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای معمولاً قبل از یادزدودگی به شدت دچار مشکلات استرس زناشویی، شغلی

یا مالی شده است، درحالیکه فرد مبتلا به یادزدودگی عضوی لزوماً چنین مشکلاتی نداشته است؛ ثانیاً یادزدودگی تجزیه‌ای به بی‌حسی دست شباهت دارد ـ این اختلال از آسیب عصبی شناخته شده ناشی نمی‌شود.

فرد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای هویت شخصی خود را از دست می‌دهد (نام آدرس، شغل و ...) اما مخزن دانش عمومی او دست‌نخورده باقی می‌ماند. اما بیماران مبتلا به یادزدودگی عضوی، هم اطلاعات شخصی و هم دانش عمومی خود را از دست می‌دهند. فرد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای (روانزاد) دچار یادزدودگی پیش‌گستر نمی‌شود. آنها رویدادهایی را که بعد از شروع یادزدودگی اتفاق افتاده‌اند به یاد می‌آورند. در مقابل افراد مبتلا به یادزدودگی عضوی، شدیداً به یادزدودگی پیش‌گستر دچارند، و این نشانه‌ی اصلی آنهاست. یادزدودگی تجزیه‌ای اغلب به صورت ناگهانی برگشته و حافظه‌ی فرد نیز برمی‌گردد. اما در یادزدودگی عضوی خاطرات به سختی برمی‌گردند و خاطره‌ی آسیب هرگز دوباره زنده نمی‌شود.

یادزدودگی تجزیه‌ای و حالت‌های گریز مرضی پذیرفتن هویت جدید در زمان صلح نادر هستند ولی در زمان جنگ و بلایای طبیعی بسیار رایج اند.

سیر و پیش آگهی

علایم فراموشی تجزیه‌ای ناگهان پایان می گیرد. بهبودی کامل است و به ندرت عود می کند. در بعضی بیماران ممکن است بیماری مدت زیادی طول بکشد به ویژه در افرادی که نفع ثانویه دارند.

درمان

برای درمان فراموشی تجزیه‌ای از: شناخت‌درمانی، هیپنوتیزم، درمان‌های جسمی، و روان‌درمانی گروهی استفاده می‌شود.

گریز یا یادزدودگی تجزیه‌ای (Dissociative Fugue)[1]

ویژگی اساسی گریز تجزیه‌ای عزیمت ناگهانی و غیرمنتظره از منزل یا مکان معمولی فعالیت‌های روزمره، و ناتوانی در یادآوری بخشی از گذشته فرد یا تمامی آن است. این حالت با سردرگمی در مورد هویت شخصی و یا حتی اخذ یک هویت جدید همراه است. مسافرت غیرمنتظره به دور از خانه در طول مدت یادزدودگی، حالت گریز مرضی نام دارد. از دست دادن حافظه و گریز مرضی به عنوان فرار (پرواز) از اضطراب غیرقابل تحمل انگاشته می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی

الف) اختلال بارز، سفر ناگهانی و غیرمنتظره از محل همیشگی کار یا زندگی است که همراه با ناتوانی در به خاطر آوردن گذشته است.

ب) سردرگمی در مورد هویت شخصی و اتخاذ هویت جدید.

پ) این اختلال منحصرا در جریان اختلال هویت تجزیه‌ای رخ نمی‌دهد و ناشی از مواد یا اختلال طبی نیست.

شیوع

در مردان بیشتر از زنان و در افراد جوان بیشتر از افراد مسن رخ می‌دهد. اکثر موارد گریز دوره نسبتا کوتاهی طول می‌کشند (چند ساعت تا چند روز). بیشتر بیماران بهبود می‌یابند اما ندرتا فراموشی تجزیه‌ای مقاوم باقی می‌ماند.

---

[1] اختلال فرار تجزیه‌ای در **DSM-IV** طبقه‌بندی مستقلی داشت، ولی در **DSM-5** زیرگروه فرعی اختلال یادزدودگی تجزیه‌ای قرار گرفته است.

سبب‌شناسی

شرایط آسیب‌زا (یعنی جنگ، تجاوز به عنف، بلای طبیعی و ...) منجر به حالتی تغییریافته از هشیاری می‌شوند که تحت شعاع تمایل به گریز قرار می‌گیرد. این شرایط علت زمینه‌ای اکثر حملات گریز هستند.

گریز تجزیه‌ای معمولاً در بزرگسالی گزارش می‌شود. در موارد بسیار شدید **PTSD**، کابوس‌ها ممکن است به بیداری و گریز ختم شوند. پس از خاتمه گریز بیمار ممکن است علاوه بر فراموشی دچار گم‌گشتگی، سردرگمی، رفتارهای شبه خلسه، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و علائم تبدیلی شود.

تشخیص افتراقی

افراد دچار فراموشی تجزیه‌ای ممکن است در طی دوره فراموشی حالت سرگردانی پیدا کنند. اما در گریز تجزیه‌ای، فرد به صورتی هدفمند از منزل یا مکان معمول فعالیت‌های روزمره‌اش دور می‌شود.

۲- اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت

ملاک‌های تشخیصی

A. وجود تجربیات مداوم یا عودکننده مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هردو:

۱. **مسخ شخصیت:** تجربیات غیرواقعی بودن، جدا بودن، یا مشاهده‌گر بیرونی بودن در رابطه با افکار، احساسات، حواس، بدن، یا اعمال (مثل تغییرات ادراکی، درک زمان تحریف‌شده، خود غیرواقعی یا فقدان خود، بی‌حسی هیجانی و/یا جسمانی).

۲. **مسخ واقعیت:** تجربیات غیرواقعی یا جدا بودن در رابطه با محیط اطراف (مثلا افراد با اشیا به صورت غیرواقعی، رویاگونه، تیره و تار، بی‌جان، یا از لحاظ دیداری تحریف شده تجربه می‌شوند.)

B. در طول تجربیات مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت، واقعیت‌سنجی سالم می‌ماند.

C. این نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال بالینی قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی و زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

D. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوءمصرف موادمخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل حملات صرعی).

E. این اختلال با اختلال روانی دیگر، مانند اسکیزوفرنی، اختلال وحشتزدگی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از آسیب یا اختلال تجزیه‌ای دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.

ویژگی‌های تشخیصی

DSM-5 خصوصیات اساسی مسخ شخصیت را احساسی پایدار یا عودکننده بیگانگی یا جدایی از فرد می‌داند. بیماران دچار این اختلال ممکن است احساس کنند شبیه ربات شده‌اند و یا در رویا هستند یا احساس کنند خود را در یک فیلم می‌بینند. طبق **DSM-5** ممکن است احساسی به شخص دست دهد که گویی از بیرون نظاره‌گر فرآیندهای ذهنی، بدن یا بخش‌هایی از بدن خود است. اغلب بیماران احساس می‌کنند بر روی اعمال خود کنترلی ندارند. مولفه‌های تجربه مسخ شخصیت عبارتند از: ۱- احساس جدایی از دیگران، ۲- احساسات جدا شدن از هیجانات خود، ۳- احساس تغییرات در بدن، و ۴- تجزیه فرد به عنوان مشاهده گر یا عامل.

بیماران دچار مسخ شخصیت اغلب ابراز احساسات برایشان دشوار است. آنها رنج‌های ذهنی خود را با عبارات پیش پا افتاده بیان می‌کنند. همچنین این افراد با وجود مشکلات جدی ممکن است به مقدار زیادی خونسرد به نظر برسند. انواع مختلفی از اختلالات با مسخ شخصیت همراه هستند و همین مسئله تشخیص افتراقی آن را سخت می‌کند.

نکته: در خلال احساس مسخ شخصیت، واقعیت‌سنجی فرد دست‌نخورده می‌ماند.

سبب‌شناسی

روانپویشی سنتی بر گسیختگی ایگو تأکید دارد و مسخ شخصیت را پاسخ عاطفی در دفاع از ایگو می‌دانند. در این نظریات تجربیات دردناک توانکاه یا تکانه‌های متعارض به عنوان عوامل آغازگر مطرح شده است. در رویکرد زیستی به دخالت دستگاه سرتونرژیک در بروز مسخ شخصیت اشاره شده است.

۳- اختلال هویت تجزیه‌ای (Dissociative identity disorder)

ملاک‌های تشخیصی

A. اختلال هویت که با دو یا تعداد بیشتری از حالت‌های شخصیت مجزا مشخص می‌شود که ممکن است در برخی فرهنگ‌ها به صورت تجربه تسخیر توصیف شده باشند. اختلال هویت، ناپیوستگی محسوس در خودپنداره و درک عاملیت، همراه با تغییرات مربوط در عاطفه، رفتار، هشیاری، حافظه، ادراک، شناخت و/ یا عملکرد حسی- حرکتی را شامل می‌شود. این علائم و نشانه‌ها ممکن است توسط دیگران مشاهده یا توسط فرد گزارش شوند.

B. شکاف‌های عودکننده در یادآوری وقایع روزمره، اطلاعات شخصی مهم، و/ یا رویدادهای آسیب‌زا که با فراموشی عادی ناهماهنگ هستند.

C. نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

D. این اختلال بخش طبیعی از یک تجربه‌ی وسیعا پذیرفته شده‌ی فرهنگی یا مذهبی نیست.

– **توجه:** در کودکان، نشانه‌ها با همبازی‌های خیالی یا سایر بازی‌های خیالی بهتر توجیه نمی‌شوند.

E. نشانه‌ها ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل بیهوشی‌های موقت یا رفتار آشفته هنگام مسمومیت با الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرع پارسیل مرکب) نیستند.

ویژگی‌های تشخیصی

ویژگی برجسته اختلال هویت تجزیه‌ای وجود دو یا تعداد بیشتر حالت‌های شخصیت یا تجربه تسخیر است (ملاک **A**). اما آشکار یا پنهان بودن این حالت‌های شخصیت در نتیجه انگیزش روان‌شناختی، سطح کنونی استرس، فرهنگ، تعارض‌ها و پویش‌های درونی، و انعطاف‌پذیری هیجانی تفاوت دارد. دوره‌های مستمر اختلال هویت ممکن است زمانی روی دهند که فشارهای روانی- اجتماعی شدید و یا طولانی باشند. در شماری از موارد نوع تسخیری اختلال هویت تجزیه‌ای، و در نسبت کمی از موارد نوع غیرتسخیری، تجلی‌های هویت‌های متناوب، بسیار آشکار هستند.

اکثر افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای از نوع غیرتسخیری، ناپیوستگی هویت خود را برای مدت زمان طولانی به صورت آشکار نشان نمی‌دهند؛ فقط اقلیت کوچکی با تناوب قابل مشاهده هویت‌ها، مورد توجه بالینی قرار می‌گیرند. در صورتی که حالت‌های شخصیت متناوب به طور مستقیم مشاهده نشوند، این اختلال را می‌توان با دو مجموعه از نشانه‌ها مشخص کرد: (۱) تناوب‌های ناگهانی یا ناپیوستگی‌ها در خودپنداره یا درک عاملیت (ملاک **A**) و (۲) یادزدودگی‌های تجزیه‌ای عودکننده (ملاک **B**).

اختلال هویت تجزیه‌ای در **DSM** نام اختلالی است که قبلا به اختلال شخصیت چندگانه (**MPD: Multiple Personality Disorder**) شهرت داشت. مشخصه این اختلال وجود دو یا چند هویت یا حالات شخصیتی است که به طور مکرر کنترل رفتار فرد را به دست می‌گیرند و همراه با آن، ناتوانی در به یادآوردن اطلاعات مهم شخصی وجود دارد که وسعت آن بیش از آن است که با فراموشکاری معمولی قابل توجیه باشد. این هویت‌ها الگوی متفاوت و نسبتا پایداری از ادراک، ارتباط و تفکر در مورد محیط خود را دارند.

اوژن بلیس، پیشگام بررسی مدرن درباره‌ی **MPD**، اولین بار در سال ۱۹۷۸ با شخصیت چندگانه آشنا شد.

در سابقه‌ی شخصیت‌های چندگانه، شخصیت‌های مختلف در قالب یک فرد، از چند جهت با یکدیگر فرق دارند: آنها نه تنها از نظر خاطراتشان فرق دارند بلکه همچنین از نظر آرزوها، نگرش‌ها، تمایلات، توانایی یادگیری، دانش، اصول اخلاقی، گرایش جنسی، سن، آهنگ کلام، نمرات آزمون

شخصیت و شاخص‌های فیزیولوژیک مانند ضربان قلب، فشار خون، و **EEG** با یکدیگر فرق دارند. شگفت اینکه زنان مبتلا به **MPD** گزارش می‌دهند که آنها چند بار در ماه قاعده می‌شوند زیرا هر شخصیت دوره‌ی خاص خودش را دارد. اغلب موارد شخصیت چندگانه زنان هستند. در مطالعات نسبت ابتلای زن به مرد بین ۵ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است.

فرضیه‌ی اوژن بلیس درباره‌ی اینکه چگونه شخصیت چندگانه ایجاد می‌شود، سه مرحله دارد: اولاً، فرد حدود ۵-۶ سالگی دچار مشکل هیجانی آسیب‌زایی می‌شود. در واقع شخصیت چندگانه ویژگی‌های مشترکی با **PTSD** دارد و ۹۷ درصد از افراد مبتلا به **MPD** گزارش داده‌اند که بهره‌کشی کودکی را تجربه کرده‌اند. فرد مبتلا با آفریدن شخصیتی دیگر برای تحمل کردن بار مشکلات، با آسیب کنار می‌آید. ثانیاً فرد به ویژه به این علّت آسیب‌پذیر است که شدیداً مستعد خودهیپنوتیزم است. ثالثاً فرد درمی‌یابد که ایجاد شخصیت دیگر بوسیله‌ی خودهیپنوتیزم او را از فشار هیجانی آزاد می‌سازد، بطوریکه در آینده هر وقت او با مشکلات هیجانی دیگری مواجه می‌شود، برای تحمل این فشار، شخصیت‌های جدیدی را می‌آفریند.

سبب‌شناسی

اختلال هویت تجزیه‌ای ارتباط زیادی با تجربیات آسیب شدید (معمولاً سوءرفتار) در اوایل کودکی دارد. سوءرفتار جسمی و جنسی شایع‌ترین منبع گزارش شده آسیب کودکی در این افراد بوده است. از لحاظ بالینی نخستین تظاهرات تغییرات تجزیه‌ای هویت به این صورت است که بیمار با ضمیر اول شخص جمع یا سوم شخص مفرد یا جمع به خود اشاره می‌کند. از آنجا که اختلال هویت تجزیه‌ای جزو اختلالات طیف تروما محسوب می‌شود، اکثر بیماران واجد ملاک‌های تشخیصی **PTSD** نیز هستند (حدود ۷۰درصد).

درمان

وجوه درمانی مورد استفاده عبارتند از: روان‌درمانی روانکاوانه، شناخت درمانی، رفتار درمانی، درمان دارویی.

مداخلات هیپنوتیزم درمانی اغلب سبب تخفیف تکانه‌های خودتخریبی یا کاهش توهمات تجزیه‌ای و تجربیات تأثیرپذیری انفعالی می‌شود. آموزش خود هیپنوتیزم به بیمار کمک می‌کند به بحران‌های خارج از جلسات فائق آید.

در برخی بیماران، **ECT** در تخفیف علائم خلقی مقاوم موثر است و سبب تشدید مشکلات تجزیه‌ای حافظه نمی‌شود.

دو رویکرد به درمان وجود دارد که یکی از آنها درمان روان‌پویشی و دیگری درمان شناختی به صورت «یکپارچگی راهبردی» است. در رویکرد شناختی، درمانگر افکار خودکار بیمار را جمع و جور می‌کند، مهارت‌های مقابله و مبارزه با افکار نامعقول را به بیمار یاد می‌دهد و می‌کوشد علت پذیرفتنی بودن این افکار نامعقول برای بیمار را کشف کند. در درمان روان‌پویشی اولین گام آگاه ساختن بیمار از مشکل اوست. درمانگر در حالت هیپنوتیزم شخصیت‌های پنهان را فرامی‌خواند و به آنها اجازه می‌دهد آزادانه صحبت کنند. به علاوه از خود بیمار خواسته می‌شود که گوش فرادهد و بعد او را با این شخصیت‌ها آشنا می‌کند. بعد از اینکه بیمار را از شخصیت‌های متعددش آگاه ساختند، درمانگر به او توضیح می‌دهد که آنها محصول القای خودهیپنوتیسم در سنین اولیه هستند.

۴- سایر اختلالات تجزیه‌ای معین

شامل تمام اختلالاتی است که مشخصه آنها نوعی واکنش تجزیه‌ای اولیه است که اما ملاک‌های تشخیصی هیچ یک از اختلالات تجزیه‌ای دیگر مندرج در **DSM** نیست.

سندرم مزمن و عودکننده علائم تجزیه‌ای: این مقوله شامل اختلال در هویت همراه با عدم پیوستگی خفیف در درک خود و فاعلیت، یا تغییرات در هویت یا دوره‌های تسخیرشدگی در فردی که گزارشی از فراموشی تجزیه‌ای نداشته است.

اختلال خلسه تجزیه‌ای: به صورت تغییر بارز و موقت حالت هشیاری یا از دست دادن حس عادی هویت شخصی بدون جایگزینی با هویتی دیگر تظاهر می‌کند.

شستشوی مغزی (brainwashing): حالت‌های تجزیه‌ای که در افرادی رخ می‌دهد که در معرض دوره‌های طولانی‌مدت و شدید متقاعدسازی اجباری قرار داشته‌اند (مثلا شستشوی مغزی، بازسازی فکر، یا تلقین در هنگام اسارت).

شستشوی مغزی به این معناست که تحت شرایط فشار و ارعاب کافی، فرد را وادار به تبعیت از خواسته‌های افراد صاحب قدرت کرد و تغییرات عمده‌ای در شخصیت، باورها و رفتارهای او به وجود آورد.

سندرم خاطره بازیافته: تحت هیپنوتیزم یا روان‌درمانی، بیمار ممکن است خاطره یک تعارض یا تجربه دردناک (به خصوص مربوط به سوءرفتار جنسی یا جسمی) را بازیابد که از لحاظ سبب‌شناسی حائز اهمیت است. اگر رویدادی که به خاطر آورده می‌شود در عالم واقع هرگز رخ نداده باشد ولی شخص معتقد باشد که واقعیت دارد و مطابق آن واکنش نشان دهد، این پدیده سندرم خاطره کاذب نامیده می‌شود.

سندرم گانسر: اختلالی مبهم است که مشخصه آن ارائه پاسخ‌های تقریبی همراه با تیرگی هشیاری است و اغلب با توهمات و سایر علائم تجزیه‌ای، شبه‌جسمی یا تبدیلی همراه است. علامت مشخصه سندرم گانسر ارائه پاسخی نادرست است که ارتباطی با پاسخ صحیح دارد. پاسخ‌های تقریبی اشتباه هستند اما ارتباط روشنی با پرسش مطرح شده دارند که نشان می‌دهد بیمار مفهوم پاسخ را درک کرده است.

سوالات:

۱- گستردگی فراموشی در کدام اختلال بیشتر است؟ (سراسری ۸۹)

۱) فرار روان زاد ۲) دگرسان بینی خود ۳) فراموشی روانزاد ۴) شخصیت چندگانه

۲- در کدام نوع فراموشی حافظه فرد برای حوادث زمانی کوتاه (چند ساعت تا چند روز) از دست می‌رود؟ (سراسری ۹۱)

۱) روان زاد ۲) منتشر ۳) انتخابی ۴) موضعی

پاسخ ها:

۱.گزینه ۱ صحیح است. ویژگی اساسی گریز تجزیه‌ای (فرار روانزاد) عزیمت ناگهانی و غیرمنتظره از منزل یا مکان معمولی فعالیت‌های روزمره و ناتوانی در یادآوری بخشی از گذشته فرد یا تمامی آن است. این حالت با سردرگمی در مورد هویت شخصی و یا حتی اخذ یک هویت جدید همراه است. مسافرت غیرمنتظره به دور از خانه در طول مدت یادزدودگی، حالت گریز مرضی نام دارد. از دست دادن حافظه و گریز مرضی به عنوان فرار (پرواز) از اضطراب غیرقابل تحمل انگاشته می‌شود.

۲. گزینه ۴ صحیح است. فراموشی تجزیه‌ای یا یادزدودگی:

در فراموشی تجزیه‌ای،مشکل اصلی،ناتوانی در به خاطرآوردن اطلاعات مهم شخصی است. این فراموشی بسیار بیشتر از آن است که با فراموشی طبیعی و معمولی توجیه شود. این اطلاعات، بیشتر درباره وقایع استرس‌زا و تروماتیک (اختلال پس از سانحه) زندگی شخصی است ودرطی جنگ وبلای ای طبیعی افزایش می‌یابد. انواع این فراموشی‌ها عبارتند از:

الف. فراموشی موضعی: عبارت است ازعدم توانایی در به خاطرآوردن تمام حوادثی که در محدوده زمانی مشخص به وقوع پیوسته است و معمولاً چند ساعت نخست پس از یک حادثه استرس‌آمیز را دربرمی‌گیرد. شایع‌ترین نوع فراموشی، فراموشی موضعی است.

ب. فراموشی انتخابی یاگزینشی: عبارت است از ناتوانی بیمار در به خاطر آوردن بعضی از وقایع، نه تمامی آنها در مقطع خاص زمانی.

ج. فراموشی عمومی یا منتشر: عبارت است از ناتوانی در به خاطرآوردن تمام خاطرات زندگی خویش.

د. فراموشی مستمر: از زمان خاصی شروع شده، تا اکنون ادامه یافته و زمان حال را نیز در بر می‌گیرد.

فصل سیزدهم: اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط

- ✓ **اختلال علائم جسمی**
- ✓ **اختلال اضطراب بیماری**
- ✓ **اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی کارکردی)**
- ✓ **عوامل روان‌شناختی که روی سایر بیماری‌های طبی تأثیر می‌گذارند**
- ✓ **اختلال ساختگی (تحمیل کرده به خود/ تحمیل کرده به دیگری)**
- ✓ **سایر اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط معین**
- ✓ **اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط نامعین**

علائم بدنی و اختلالات مرتبط دیگر با نشانه‌های جسمانی برجسته، طبقه جدیدی را در **DSM-5** تشکیل می‌دهد که علائم جسمی و اختلالات مرتبط نامیده می‌شود. این فصل، تشخیص‌های اختلال علائم جسمی، اختلال اضطراب بیماری، اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی کارکردی)، عوامل روان‌شناختی که روی سایر بیماری‌های طبی تأثیر می‌گذارند، اختلال ساختگی، سایر اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط معین، و اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط نامعین را دربر می‌گیرد. تمام اختلالات در این فصل ویژگی مشترکی دارند: برجستگی نشانه‌های جسمانی مرتبط با ناراحتی و اختلال قابل ملاحظه. افراد مبتلا به اختلالاتی که با علائم جسمانی برجسته همراه هستند، معمولا در محیط‌های مراقبت اولیه و محیط‌های پزشکی دیگر دیده می‌شوند، اما در محیط‌های روان‌پزشکی و محیط‌های بهداشت روانی دیگر کمتر می‌توان با آنها روبه‌رو شد.

تشخیص اصلی در این طبقه تشخیصی یعنی **اختلال علائم جسمی**، بر تشخیص علائم و نشانه‌های مثبت (علائم جسمی ناراحت‌کننده به علاوه افکار، احساسات و رفتار غیرطبیعی در واکنش به این علائم) بیشتر تاکید دارد تا فقدان یک توضیح طبی برای علائم جسمی. ویژگی مشخص بسیاری از مبتلایان به اختلال علائم جسمی، علائم جسمی به خودی خود نیست بلکه شیوه تظاهر و تفسیر آن است. لحاظ کردن مولفه‌های عاطفی، شناختی، و رفتاری در ملاک‌های اختلال علائم جسمی، تصویر جامع‌تر و دقیق‌تری از نمای بالینی واقعی به دست می دهد تا آنچه که فقط از ارزیابی شکایت‌های جسمی حاصل می شود.

اصولی که در پس تغییرات اعمال شده در **DSM-5** برای تشخیص اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط [در مقایسه با **DSM-IV**] قرار دارد، بسیار حائز اهمیت است. اصطلاح اختلالات شبه جسمی در **DSM-IV** گیج‌کننده بود و از این رو با تشخیص اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط، جایگزین شده است. در **DSM-IV** همپوشانی زیادی بین اختلالات مختلف شبه جسمی وجود داشت و تشخیص‌ها مرزبندی مشخصی نداشتند. از آنجا که مبتلایان به این اختلالات اصولا در مراکز جسمی بیشتر از بهداشت روان حضور پیدا می کنند و درک و استفاده از تشخیص‌های شبه جسمی **DSM-IV** برای درمانگران غیر روانپزشک مشکل بود، طبقه‌بندی فعلی **DSM-5** با کاهش تعداد کلی اختلالات و زیرگروه‌هایشان، این همپوشانی را مورد توجه قرار داده است.

ملاک‌های قبلی تأکید بیش از حدی بر محوریت علائم طبی غیرقابل توضیح داشتند. چنین علائمی به درجات مختلفی بویژه در اختلال تبدیلی وجود دارند. اما اختلالات علائم جسمی همچنین می‌توانند اختلالات جسمی تشخیص داده شده را همراهی کنند.

پایایی تشخیص این که یک علامت جسمی از نظر طبی غیر قابل توضیح می باشد، محدود است و بنا نهادن یک تشخیص بر پایه فقدان توضیح قابل قبول فیزیولوژک، مشکل ساز بوده و تاکید بر دوگانگی روان و جسم دارد. درست نیست صرفا به این دلیل که نمی‌توان علت جسمانی را ثابت کرد، تشخیص اختلال روانی برای فرد تعیین شود. از این گذشته، وجود یک تشخیص طبی احتمال یک هم ابتلایی بیماری روانی – از جمله علائم جسمی و اختلالات مرتبط – را رد نمی کند.

شاید چون تمرکز اصلی بر فقدان توضیح طبی بوده است، مبتلایان این تشخیص‌ها را تحقیرآمیز و خوارکننده تلقی می کنند و آنها را حاکی از آن می دانند که علائم جسمی‌شان «واقعی» نیست. طبقه‌بندی جدید، تشخیص اصلی یعنی اختلال علائم جسمی را بر پایه علائم مثبت (علائم جسمی ناراحت‌کننده به علاوه افکار، احساسات، و رفتار غیرطبیعی در واکنش به این علائم) توصیف می کند. با این حال، فقدان توضیح طبی، یک علامت کلیدی در اختلال تبدیلی و حاملگی کاذب (از زیرگروه سایر اختلالات جسمی و اختلالات مرتبط معین) باقی مانده است چون می توان قطعا نشان داد که در چنین اختلالاتی علائم با پاتوفیزیولوژی طبی هماهنگ نیستند.

توجه به اینکه بعضی اختلالات روانی دیگر ممکن است در ابتدا با علائم جسمی تظاهر کنند (مثل اختلال افسردگی اساسی، اختلال پانیک) شایان اهمیت است. چنین تشخیص‌هایی ممکن است علت علائم جسمی فرض شوند، یا احتمال دارد در کنار یکی از اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط مندرج در این فصل بروز کنند. همچنین هم ابتلایی قابل توجه بیماری‌های جسمی در افراد جسمانی‌ساز وجود دارد. اگرچه علائم جسمی اکثرا همراه با ناراحتی روان شناختی و آسیب روانی هستند بعضی از اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط هم می‌توانند خود به خود بروز کنند و علل آنها هم مبهم باقی بماند. اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی ممکن است با اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط همراه باشند و جزء ترکیبی جسمی می تواند بر شدت و پیچیدگی اختلالات افسردگی و اضطرابی بیافزاید و منجر به آسیب عملکردی شدیدتر شده و حتی مقاومت به درمان‌های معمول هم ایجاد کند. در موارد نادری شدت مشغولت ذهنی ممکن است به قدری شدید باشد که یک تشخیص اختلال هذیانی را ایجاب نماید.

چند عامل می‌توانند در نشانه جسمانی و اختلالات مربوط مشارکت داشته باشند. این عوامل عبارتند از آسیب‌پذیری ژنتیکی و زیستی (مثل حساسیت بیشتر به درد)، تجربیات آسیب‌زای اولیه (مثل خشونت، بهره‌کشی، محرومیت)، و یادگیری (مثل توجهی که از بیماری حاصل می‌شود، فقدان تقویت برای ابراز غیرجسمانی ناراحتی)، به علاوه هنجارهای فرهنگی- اجتماعی که رنج کشیدن روانی را در مقایسه با رنج کشیدن جسمانی بی‌ارزش می‌شمارند و مایه‌ی آبروریزی می‌دانند. تفاوت‌ها در مراقبت جسمانی بین فرهنگ‌ها، بر جلوه بالینی، تأیید و مدیریت تظاهرات جسمی تأثیر می‌گذارند. تفاوت‌ها در تظاهر بالینی نشانه احتمالا حاصل تعامل عوامل متعدد در محدوده زمینه‌های فرهنگی است که بر این موضوع که افراد چگونه احساسات بدنی خود را تشخیص دهند و طبقه‌بندی کنند، بیماری را درک کنند و جویای توجه پزشکی برای آنها باشند، تأثیر می‌گذارد. بنابراین، جلوه‌های جسمانی را می‌توان به صورت ابراز رنج کشیدن شخصی در نظر گرفت که در زمینه فرهنگی و اجتماعی جای گرفته است.

تمام این اختلالات با تمرکز اصلی بر نگرانی‌های جسمانی مشخص می‌شوند و ابراز اولیه آنها عمدتا در محیط‌های پزشکی و نه در محیط‌های بهداشت روانی است. اختلال نشانه جسمانی، روش بالینی مفیدتری را برای مشخص کردن افرادی در اختیار می‌گذارد که در گذشته، تشخیص اختلال جسمانی کردن برای آنها در نظر گرفته می‌شد. به علاوه، تقریبا ۷۵ درصد افرادی که مبتلا به خودبیمارانگاری تشخیص داده می‌شدند، تحت تشخیص اختلال نشانه جسمانی قرار می‌گیرند. با این حال، در حدود ۲۵ درصد افراد مبتلا به خود بیمارانگاری، اضطراب زیادی در مورد سلامتی بدون نشانه‌های جسمانی دارند و نشانه‌های خیلی از این افراد، برای تشخیص اختلال اضطرابی، واجد شرایط نیستند. تشخیص اختلال اضطراب بیماری **DSM-5** برای این افراد گروه دوم است.

اختلال اضطراب بیماری را هم می‌توان در این بخش تشخیصی و هم به عنوان اختلال اضطرابی در نظر گرفت. به علت تمرکز زیاد بر نگرانی‌های جسمانی و به دلیل اینکه اختلال اضطراب بیماری اغلب در محیط‌های پزشکی دیده می‌شود، به منظور سودمندی، همراه با نشانه جسمانی و اختلالات مربوط ثبت شده است.

در **اختلال تبدیلی**، ویژگی اصلی نشانه‌هایی عصبی اند که بعد از ارزیابی عصبی مناسب، معلوم می‌شود که با پاتوفیزیولوژی عصبی مغایرت دارند. عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند نیز در این فصل منظور شده‌اند. ویژگی اصلی آن وجود یک یا چند عامل روان‌شناختی یا رفتاری قابل ملاحظه بالینی است که با افزایش خطر رنج کشیدن، مرگ، یا معلولیت، بر بیماری جسمانی تأثیر ناگوار می‌گذارد.

اختلال ساختگی نیز همچون سایر اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط، متضمن مشکلات پایداری مرتبط در رابطه با ادراک بیماری و هویت است. در اکثر موارد گزراش شده اختلال ساختگی، خواه بر خود یا بر دیگری تحمیل شده باشد، افراد نشانه‌های جسمانی و اعتقاد به بیماری