:. 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 و دکتری 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 (۲ جلد آسیب‌شناسی روانی و اختلالات کودکی) 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 پیش‌رو با آخرین به روز رسانی‌ها در اختیار داوطلبان گرامی قرار می‌گیرد.

تغییرات آخرین ویرایش

سوالات کنکورهای اخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده است و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکور اخیر در متن صورت گرفته است. یک فصل با عنوان علائم روانپزشکی به جزوه اضافه شده است. همچنین توضیحات تکمیلی کاپلان – به طور خاص: ویژگی‌های بالینی، تشخیص افتراقی و طبقه بندی‌های جدید نیز در این جزوه آورده شده است.

با اطمینان مطالعه کنید

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

1. 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 ۷۰ **درصد** از سوالات آخرین کنکور دکتری پاسخ دهد. در حالی که درصد رتبه‌های تک رقمی در این درس به طور میانگین چیزی حدود ۶۵ درصد است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
2. این مجموعه را رتبه‌های برتر روانشناسی دانشگاه‌های تهران، شهید بهشتی و علامه طباطبایی تهیه و ویرایش کرده اند.
3. این جزوه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روان‌شناسی و مشاوره در این درس بوده است. رتبه‌های کنکورهای اخیر از جمله خانم اسفندیاری رتبه ۸، خانم محصص رتبه ۳۱ کنکور ارشد ۹۶، آقای صولت رتبه ۱ کنکور دکتری ۹۸ و آقای رحمتی رتبه ۱۹ کنکور ۱۴۰۰. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در سایت بخوانید.
4. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد وزارت بهداشت و دکتری پیش‌رو کاملاً به‌روزرسانی 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-دپارتمان دکتری

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 کیهان .:

درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه‌های 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.
- فعالیت‌های کیهان شامل **ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات رو انشناختی 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 کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه 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 بوده‌اند. به طور مثال درسال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ ، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذق رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ 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 اختصاصی‌اش 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 (رتبه های 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 مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکانِ داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
از نگاه‌رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها 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 رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری 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 می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.

۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدفتان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، 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 هزینه‌ای 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. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای 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 مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان 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.

۷. اعتماد به خود و توکل به نیرویی برتر: سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

فهرست

موضوع صفحه

فصل یازدهم: اختلالات تجزیه‌ای...... ۲

فصل دوازدهم: اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط ۱۱

فصل سیزدهم: اختلالات تغذیه و خوردن ۲۹

فصل چهاردهم: اختلالات دفع ۳۷

فصل پانزدهم: اختلالات خواب– بیداری ۳۹

فصل شانزدهم: اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری‌های جنسی) ۴۴

فصل هفدهم: نارضایتی جنسیتی...... ۴۸

فصل هجدهم: اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک...... ۵۱

فصل نوزدهم: اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور ۶۴

فصل بیستم: اختلالات عصبی شناختی...... ۷۱

فصل بیست و یکم: اختلالات شخصیت...... ۸۱

فصل بیست و دوم: اختلالات نابهنجاری جنسی (پارافیلیک) ۱۱۵

فصل بیست و سوم: مهمترین تغییرات از DSM-IV تا DSM-5 ...... ۱۱۸

ضمیمه ۱ : فهرست مکانیسم‌های دفاعی ویژه...... ۱۲۴

ضمیمه ۲: مقیاس عملکرد دفاعی در DSM-IV-TR ۱۲۶

ضمیمه ۳ : شاخص‌های رشد طبیعی رفتار ۱۳۰

ضمیمه ۴ : مجموعه‌ای از نظریات رشد...... ۱۳۳

ضمیمه ۵: ویژگی‌های بالینی اختلال‌های شبه‌جسمی ۱۴۰

سوالات کنکور دکتری ۱۳۹۸...... ۱۴۳

پاسخ کنکور دکتری ۱۳۹۸...... ۱۴۶

منابع ۱۵۰

منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ممکن...... ۱۵۱

فصل یازدهم: اختلالات تجزیه‌ای

- ✓ **اختلال هویت تجزیه ای**
- ✓ **فراموشی تجزیه ای**
- ✓ **اختلال گسست از خویش/ گسست از واقعیت**
- ✓ **سایر اختلالات تجزیه ای معین**
- ✓ **اختلالات تجزیه ای 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. درDSM-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.

نمونه هایی از طبقه باقیمانده **سایر اختلالات تجزیه ای 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 قابل‌ملاحظه 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 موردنیاز 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 تجزیه ای 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 نمی شود. آنها رویدادهایی را که بعد از شروع یادزدودگی اتفاق افتاده‌اند به یاد می‌آورند. در مقابل افراد مبتلا به یادزدودگی عضوی، شدیداً به یادزدودگی

پیش‌گ ستر دچارند، و این ن شانه‌ی ا صلی آنها ست. یادزدودگی تجزیه‌ای اغلب به صورت ناگهانی برگ شته و حافظه‌ی فرد نیز برمی‌گردد. اما در یادزدودگی ع ضوی 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 اگهی

علایم فراموشی تجزیه ای 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 گریز تجزیه ای

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.

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 بزرگ سالی گزارش می شود. در موارد ب سیار شدید PTSD، کابوس‌ها ممکن ا ست 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 فرامو شی تجزیه‌ای ممکن ا ست در طی دوره فرامو شی 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 یا 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.

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

C. این نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال بالینی قابل‌ملاحظه 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.

ویژگی های 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 باشد. 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 قابل‌ملاحظه 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 تجزیه ای 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 بو سیله‌ی خودهیپنوتیزم او را از فشار هیجانی آزاد می سازد، 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 می شود. 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 تجزیه ای: 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 تجزیه ای 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

پاسخ‌ها:

۱.گزینه ۱

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

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 دوازدهم: اختلال علائم جسمی و اختلالات مرتبط

- ✓ **طب روان تنی**
- ✓ **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**

طب روان تنی

طب روان‌تنی از حوزه‌های اختصاصی رشته روان‌پزشکی است. اصطلاح روان‌تنی از واژه‌های یونانی Psyche (روان) و Soma(تن) گرفته شده است. این واژه به تاثیر ذهن بر بدن اشاره دارد. اولین کسی که به ارتباط بارز بین روان و تن پرداخت زیگموند فروید بود. فروید در بررسی هیستری فهمید درگیری بدنی پیکری موجود در هیستری تبدیلی منشا روان‌زاد دارد. مثلا فلج یک عضو بر اثر یک علت روانی اولیه و معنایی به وجود می‌آید که این علت روانی جایگزین نمادین تعارضی ناخودآگاه است. گئورگ گرودک بیان کرد که بیماری‌هایی چون تب و خونریزی نیز معانی روانی اولیه دارند. به عبارت دیگر این بیماری‌ها به عنوان علائم تبدیلی تفسیر می‌شوند که معرف ابراز تخیلات ناخودآگاه هستند.

مشکلات بالینی متعددی در طب روان تنی مطرح هستند : ۱.وقتی علائم روان‌پزشکی ثانویه بعد از یک بیماری طبی رخ می‌دهند (مثل دلیریوم یا دمانس) ۲.وقتی علائم روانپزشکی به عنوان واکنشی به بیماری یا درمان طبی رخ می‌دهند (مثل افسردگی مرتبط با زایمان یا قطع عضو) ۳.وقتی علائم روان‌شناختی زمینه ساز علائم طبی هستند (مثل محرومیت حاد الکل) ۴.وقتی بیماری‌های روان‌پزشکی عوارض طبی دارند.(مثل عود اختلال افسردگی بر اثر سرطان) ۵.وقتی بیماری های طبی و روان‌پزشکی به طور همزمان رخ می‌دهند. (مثل ابتلای همزمان به اسکیزوفرنیا و بیماری کلیوی).

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 نشانه های 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. اختلال علائم جسمی که پیش‌تر خودبیمارانگاری (Hypochondrisis) نیز نامیده می‌شده به این صورت تعریف می‌شود : اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی به مدت دست کم ۶ ماه. این ترس یا اعتقاد هنگامی ایجاد می‌شود که بیمار علائم یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر می‌کند. این اشتغال ذهنی سبب ناراحتی قابل ملاحظه و تخریب عملکرد بیمار می‌شود.

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 شکایت های 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 تشخیص ها 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 تشخیص های 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 بیماری های 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 درمان های 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 قابل‌ملاحظه 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 جسمانی را نشان می‌دهند. در نتیجه، تشخیص اختلال ساختگی در DSM-5 در گروه اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط گنجانده شده است.

دو طبقه تشخیصی **سایر اختلالات علائم جسمی و اختلالات مرتبط معین** و **اختلال علائم جسمی و اختلال مربوط نامعین**، اختلالاتی را شامل می‌شوند که برخی از ملاک های اختلال علامت جسمی یا اختلال اضطراب بیماری را دارند ولی واجد همه ملاک های مربوطه نیستند. همچنین حاملگی کاذب هم در این گروه گنجانده می‌شود.

تشخیص در DSM-5	تشخیص در DSM-IV-TR
اختلال علائم جسمی	جسمانی کردن
	اختلال درد
	خودبیمار انگاری
اختلال اضطراب بیماری	
اختلال تبدیلی	اختلال تبدیلی
انتقال به بخش وسواس فکری- عملی	اختلال بدشکلی بدن

– اختلال‌های جسمانی کردن، اختلال درد و خودبیمارانگاری (هیپوکندریازیس) که در DSM-IV-TR مستقل بودند با هم ترکیب شده و اختلال علائم جسمی در DSM-5 را شکل داده‌اند.
– بخش کوچکی از افرادی که ملاک‌های DSM-IV برای خودبیمارانگاری داشتند واجد ملاک‌های اختلال اضطراب بیماری در DSM-5 هستند.
– اختلال بدشکلی بدن که در DSM-IV در اختلال‌های شبه جسمی قرار داشت در DSM-5 به گروه وسواس فکری- عملی و اختلال‌های مرتبط منتقل شده است.

۱- اختلال علائم جسمی (Somatic symptom disorder)

ملاک‌های تشخیصی

A. یک یا تعداد بیشتری نشانه بدنی که ناراحت‌کننده هستند یا به اختلال قابل‌ملاحظه در زندگی روزمره منجر می‌شوند.
B. افکار، احساسات، یا رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه‌های بدنی یا نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامتی که حداقل با یکی از موارد زیر آشکار می‌شوند:
۱. افکار بی‌تناسب و مداوم درباره جدی بودن نشانه‌های خویش.
۲. سطح بالای اضطراب مداوم درباره سلامتی یا نشانه‌ها.
۳. وقت و انرژی بیش از حدی صرف این نشانه‌ها یا نگرانی‌ها درباره سلامتی می‌شود.
C. گرچه هر یک از نشانه‌های بدنی ممکن است همواره وجود نداشته باشد، اما حالت بیمار بودن مداوم است (معمولا بیش از ۶ ماه).

انواع فرعی

– همراه با درد چشمگیر (قبلا اختلال درد نامیده می‌شد): این شاخص برای افرادی است که نشانه‌های بدنی آنها عمدتا درد را شامل می‌شوند.

ویژگی‌های تشخیصی

افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی معمولا نشانه‌های بدنی شایع و متعددی را دارند که ناراحت‌کننده هستند یا به ناراحتی قابل‌ملاحظه‌ای در زندگی روزانه منجر می‌شوند (ملاک A)، هرچند گاهی فقط یک نشانه شدید، عمدتا درد، وجود دارد. نشانه‌ها ممکن است مشخص (مثل درد موضعی) یا نسبتا نامشخص باشند (مثل خستگی). نشانه‌ها گاهی بیانگر احساسات یا ناراحتی جسمانی عادی هستند که عموما بر بیماری جدی دلالت ندارند.

سبب شناسی

افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی احساس‌های جسمی خود را تشدید و تقویت می‌کنند. آنها آستانه پایینتر و تحمل کمتری نسبت به ناراحتی جسمانی دارند. برای مثال چیزی که شخص عادی آنرا فشار شکمی احساس می‌کند، فرد مبتلا به خودبیمارانگاری به صورت درد شکمی درک می‌کند. این افراد ممکن‌است روی احساس‌های بدنی خود تمرکز کنند و آنها را سوء تعبیر کنند و به دلیل طراحواره شناختی غلط آنها را هشداری برای سلامتی خود در نظر بگیرند.
اختلال علائم جسمی در چارچوب مدل یادگیری اجتماعی نیز قابل فهم است. علائم این اختلال در واقع درخواستی برای پذیرش نقش بیمار از جانب کسی تلقی می‌شود که خود را با مسائل ظاهرا لاینحل و غلبه‌ناپذیر مواجه می‌بیند. نقش بیمار راه گریزی برای فرد است که به او امکان می‌دهد از تعهدات مزاحم اجتناب کند و از تکالیف نامطلوب معاف شود.

اختلال علائم جسمی بیشتر اوقات با اختلال‌های روان‌پزشکی دیگر همراه است. در ۸۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی سطوح بالای افسردگی و اضطراب دیده می‌شود.
مکتب روان‌پویشی معتقد است امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران (از طریق واپس‌زنی و جابه‌جایی) به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند. خشم این بیماران در ناکامی‌های گذشته، طردشدن‌ها و فقدان‌ها ریشه دارد ولی این بیمارها یک مکانیزم جدید برای ابراز خشم خود پیدا می‌کنند : ابتدا درصدد جلب توجه و کمک اطرافیان برمی‌آیند و بعد کمک آنها را به علت بی‌اثر بودن رد می‌کنند.
اختلال علایم جسمی همچنین به عنوان دفاعی در مقابل احساس گناه، احساس شرارت درونی، ابراز عزت نفس پایین و علامتی از توجه مفرط به خود تلقی می‌شود. به این ترتیب درد و رنج‌های جسمی وسیله‌ای برای جبران و کفاره باطل می‌شود و به صورت مجازات شایسته‌ای برای کارهای نادرست واقعی یا خیالی گذشته و احساس گناهکاری تلقی می‌شود.

خصوصیات بالینی

بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی معتقدند که مبتلا به یک بیماری جدی هستند که هنوز تشخیص داده نشده‌است و نمی‌توان آنها را به قبول خلاف این موضوع قانع ساخت. آنها ممکن است در طول زمان همچنان معتقد باشند که به بیماری خاصی مبتلا هستند و یا با گذشت زمان بگویند به بیماری دیگری مبتلا شده‌اند. اعتقاد آنها به وجود بیماری علی‌رغم نتایج منفی آزمایشات، سیر خوش‌خیم بیماری و اطمینان‌بخشی از سمت پزشکان همچنان ادامه می‌یابد. البته اعتقاد این دسته از بیماران شکل هذیانی ندارد و به اندازه باورهای هذیانی غیرقابل تغییر و ثابت نیست.

تشخیص افتراقی

اختلال علائم جسمی باید از اختلالات روان‌تنی (مثل بیماری‌های عصبی یا ایدز) تفکیک داده شود. تشخیص افتراقی اختلال علائم جسمی از اختلال اضطراب بیماری این است که در اختلال اضطراب بیماری ترس از ابتلا به بیماری وجوددارد ولی در اختلال علائم جسمی تاکیدی بر نگرانی از علائم متعدد در حال حاضر دیده می‌شود. بیماران مبتلا به اضطراب بیماری عمدتا در مورد بیمار شدن در آینده نگرانند و علائم گسترده‌تری نسبت به مبتلایان به علائم جسمی نشان می‌دهند.
اختلال تبدیلی به صورت حاد شروع می‌شود، گذراست و اغلب شامل یک علامت مثل فلج است نه یک بیماری یا مجموعه نشانه‌گان. وجود یا فقدان **بی تفاوتی زیبا** نمی‌تواند تشخیص افتراقی قابل اعتمادی برای تمییز بین این دو اختلال باشد.
مبتلایان به بدریخت‌انگاری بدن دوست دارند طبیعی به نظر برسند ولی فکر می‌کنند در دید دیگران ناهنجارند اما مبتلایان به علائم جسمی به دنبال جلب توجه دیگران هستند و از توجه سایرین لذت می‌برند.
علائم اختلال علائم جسمی در مبتلایان به بیماری‌های طیف افسردگی و اضطراب نیز دیده می‌شود. مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی یا پانیک ممکن است از ناراحتی قلبی شاکی باشند اما پرسش از سابقه طبی آنها و تست‌های نوار قلب علائم کلاسیک حمله وحشت‌زدگی را آشکار می‌سازد.
در اختلال هذیانی یا دیلوژنال علاوه بر وجود نشانه‌های سایکوتیک دیگر نسبت به اختلال علائم جسمی، باورهای مربوط به بیماری و اختلالات جسمی بسیار نامنعطف و ثابت هستند و شکل هذیانی به خود گرفته‌اند.
وجه تمایز اختلال علائم جسمی و اختلال ساختگی وجود علائم جسمانی در اولی است و وجه تمایز اختلال علائم جسمی با تمارض در این است که احساسات بدنی تجربه شده در اولی برخلاف دومی واقعی است و بیماران مبتلا به آن ادا در نمی‌آورند.

- **اختلال جسمانی‌سازی**[1]

بیمارانی که به این اختلال مبتلا هـ ستند معمولاً به منظور تـ سکین دردهایـ شان از یک مطب به مطب دیگر مراجعه می کنند اما داده های عینی خا صی را به پز شک ارائه نمی دهند. زندگی این افراد مانند سوابق پز شکی آنها، نابـ سامان و پیچیده ا ست و ا ستفاده مکرر از داروها به ایجاد اختلال «وابـ ستگی دارویی» می انجامد. این اختلال غالباً اختلالی مزمن و نوسانی است که بندرت کاملاً درمان می شود.
ضابطه اصلی اختلال بدنی‌سازی، ناراحتی‌های جسمانی مکرر و متعددی است که فاقد مبنای جسمانی هستند و قبل از ۳۰ سالگی شروع شده، سالیان دراز ادامه می یابند، به درمان پزشکی منجر می شوند و مشکلات معناداری را ایجاد می کنند. از جمله این نشانه‌ها می‌توان به سابقه‌ی درد ناشی از مناطق مختلف مثل سر، معده، پشت، مفاصل، دست و پاها، مقعد، قفسه‌ی سینه، یا درد هنگام آمیزش جنسی، قاعدگی و ادرار کردن اشاره کرد. علاوه بر این بیمار غیر از نشانه‌های درد، نشانه‌های معدی– روده‌ای نظیر تهوع، اسهال، استفراغ و آلرژی غذایی دارد. بیمار سابقه نشانه‌های جنسی نیز دارد، مثل بی‌تفاوتی نسبت به مسائل جنسی، قاعدگی‌های نامنظم، خونریزی قاعده‌ای بیش از اندازه، یا استفراغ در سراسر دوره‌ی حاملگی. سابقه نشانه‌های تبدیل نیز شایع است.

[1] این اختلال در نظام DSM-IV-TR یک اختلال مستقل در طبقه اختلالات شبه جسمی بود، اما در نظام DSM5 با اختلال درد و خودبیمار انگاری ترکیب شده و اختلال علائم جسمی را شکل داده اند. با اینحال، به منظور آشنایی بیشتر خواننده مجددا آورده شده است.

نام اولیه اختلال جسمانی سازی هیستری بود، اختلالی که اشتباها تصور می شد فقط زنان را مبتلا می کند. در سال ۱۸۵۹ پزشکی به نام **پل بریکه** به تعدد نشانه‌ها و دستگاه‌های مبتلا توجه نمود و به سیر مزمن آن اشاره کرد. به همین دلیل این اختلال تا مدتی سندرم بریکه نامیده می‌شد. تا اینکه اصطلاح اختلال جسمانی‌سازی به صورت استاندارد درآمد.

دو نوع مجزای اختلال جسمانی کردن: نوع اول «پربسامد» و نوع دوم «چند شکلی» نام دارد. افراد اختلال پربسامد، دردهای مکرر معده و کمر، همراه با مشکلات روانپزشکی دارند. افراد مبتلا به اختلال چندشکلی، مشکلات کمردرد کمتری دارند، در عوض شکایت آن‌ها باقی بدن را دربر می‌گیرد.

همه گیرشناسی

زنان پنج برابر بیشتر از مردان مبتلا می شوند. ۱ تا ۲٪ از جمعیت زنان به این اختلال مبتلا می شوند. در افراد تحصیل نکرده و در طبقات اقتصادی- اجتماع پایین شایع تر است. معمولا در نوجوانی و یا در بالغین جوان شروع می شود. مطالعات نشان داده که این اختلال به طور شایعی همراه با سایر اختلالات دیده می‌شود. صفات یا اختلالات شخصیتی همراه: دوری‌گزینی، پارانویایی، خودشکن و ویژگی‌های وسواسی- جبری.

سبب شناسی

علت اختلال جسمانی سازی معلوم نیست. فرمول‌های روانی- اجتماعی علل این اختلال شامل تعبیرعلائم به عنوان نوعی ارتباط اجتماعی است که نتیجه آن اجتناب از تعهدات، ابراز هیجان یا نمادین‌سازی یک احساس یا اعتقاد دانست.

تعابیر محدود روانکاری متکی بر این فرضیه است که علائم بیماری جایگزینی برای تکانه‌های غریزی سرکوب شده است. دیدگاه رفتاری تأکید می کند که آموزش والدین، سرمشق والدین و آداب و رسوم قومی- اخلاقی ممکن است به برخی از کودکان بیاموزد که بیش از سایرین اقدام به جسمانی سازی کنند. حداقل در برخی خانواده‌ها انتقال اختلال جسمانی کردن اجزاء ژنتیک دارد.

دیدگاه روانکاوی: فروید معتقد بود که نشانه‌های جسمانی، دفاعی است که اضطراب تولید شده توسط تعارض ناهشیار نامعقول را جذب و آن را خنثی می‌کند. امروز تبیین روان‌پویشی تبدیل هنوز هم پیرامون این عقیده قرار دارد و سه فرآیند مجزا را فرض می‌کند: اول اینکه، فکر نامعقولی فرد را مضطرب می‌کند، و تبدیل دفاعی علیه این اضطراب است. دوم اینکه، انرژی روانی به ناتوانی جسمانی تبدیل می‌شود؛ اضطراب از فکر جدا می‌شود و آن را خنثی می‌کند. سوم اینکه، ضایعه‌ی جسمانی خاص، بر تعارض بنیادی دلالت دارد. این نظریه تنها دیدگاهی است که می‌تواند یکی از عجیب ترین نشانه‌های تبدیلی را توجیه کند: «**بی‌تفاوتی لابل**»: برخلاف بیمارانی که به خاطر آسیب واقعاً به ضایعه‌ی جسمانی مبتلا هستند، بیماران تبدیلی اغلب به طرز عجیبی نسبت به نشانه‌های جسمانی خود بی‌تفاوتند.

دیدگاه ارتباطی: برکارکرد ارتباطی نشانه‌ها به جای کارکرد دفاعی تأکید می‌کند. الگوی ارتباطی مدعی است که بیمار برای برخورد با انواع هیجان‌های ناراحت‌کننده ـ نه فقط اضطراب ـــ و برآمدن از عهده‌ی تبادلات میان‌فردی، از اختلال بهره می‌برد. او پریشانی اساسی خود را به صورت بیماری جسمانی برای خودش ظاهر می‌کند، و بدین ترتیب خود را از پریشانیش منحرف می‌سازد. بعد او این واقعیت را که پریشان است با ضایعه‌ی جسمانی خود به دیگران می‌رساند. اصطلاح الکسی تایمیک (به معنای نداشتن کلمات برای احساس‌ها) برای طبقه‌بندی کردن افرادی ساخته شده است که نمی‌توانند احساسشان را به راحتی بیان کنند. افراد الکسی تایمیک به ویژه در برابر اختلالات جسمانی شکل و مشکلات روان‌تنی آسیب‌پذیرند.

الگوی ارتباطی معتقد است که واکنش‌های تبدیلی صحبت می‌کنند. آنها فریادی برای کمک هستند، به ویژه در میان افرادی که مایل به صحبت کردن درباره‌ی پریشانی نیستند. صدمات جسمانی که اینگونه افراد تولید می‌کنند با آنچه درباره‌ی بیماری می‌دانند مطابقت می‌کند.

دیدگاه انسداد دریافت ادراکی: تمرکز این دیدگاه بر این است که چگونه ادراک می‌تواند در برابر تجربه‌ی هشیار مسدود شود. با کمال تعجب به رغم این ادعا که فرد مبتلا به کوری هیستریک اصلاً به درونداد دیداری آگاه نیست، رفتار وی اغلب توسط درونداد دیداری کنترل می‌شود. اینگونه افراد با وجود آنکه می‌گویند واقعاً از دیدن هیچ چیز آگاه نیستند معمولاً از راه رفتن جلوی اتومبیل‌ها و برخورد با مبلمان اجتناب می‌کنند. در آزمایشگاه نیز آنها شواهدی را مبنی بر ادراک موارد دیداری در اختیار می‌گذارند.

– [درونداد دیداری می‌تواند در دستگاه حسی ثبت شود و مستقیماً رفتار را تحت تأثیر قرار دهد (اجتناب از برخورد با مبلمان)، در عین حال که از ورود به آگاهی هشیار منع شده است. (به همین دلیل بیمار می‌گوید: من چیزی نمی‌بینم). بنابراین نتیجه می‌گیریم که مکانیسم کوری هیستریک می‌تواند انسداد ادراک دیداری در برابر آگاهی باشد. این انسداد می‌تواند توسط اضطراب برانگیخته شده باشد.]

نفع ثانوی: به دست آوردن منافع از محیط، در نتیجه‌ی داشتن نشانه‌های نابهنجار است. افراد مبتلا به اختلال‌های جسمانی شکل اغلب منافع ثانوی کسب می‌کنند. برای مثال افراد مبتلا به اختلال درد، وقتی که درد می‌کشند می‌توانند محبت و توجه بیشتری دریافت کنند.

تشخیص افتراقی

وجه افتراق اختلال جسمانی سازی از سایر اختلالات شبه‌جسمی، تعداد شکایات و دستگاه‌های متعدد مثلا دستگاه گوارش و اعصاب درگیر در این اختلال است. این اختلال مزمن است و با جست‌وجوی افراطی برای کمک طبی همراه است.

سه ویژگی که وجود آنها بیشتر به نفع اختلال جسمانی‌سازی است تا یک اختلال طبی: ۱- درگیری چندین دستگاه عضوی ۲- شروع زودرس و سیر مزمن بدون بروز نشانه‌های جسمی ۳- فقدان ناهنجاری‌های آزمایشگاهی مشخصه بیماری طبی.

اختلالات خلقی و اضطرابی اغلب، اما نه همیشه با شکایات جسمی بارزی همراهند که با فروکش اختلال خلقی یا اضطرابی برطرف می‌شوند.

در درمان بهتر است که یک پزشک مسئول بیمار شود تا فرصت بیشتری برای ابراز شکایات جسمانی نداشته باشد.

در افراد مبتلایی که اختلال روانی دیگری ندارند، داده‌های ناچیزی به نفع اثربخشی درمان دارویی وجود دارد.

آنچه اختلال‌های روان‌تنی را از اختلالات جسمانی شکل متمایز می‌کند، وجود مبنای جسمانی در اختلال‌های روان تنی است که می‌تواند نشانه را تبیین کند. گرچه در برخی افراد مبتلا به زخم گوارشی یا فشار خون بالا، ممکن است عوامل روانشناختی این حالت‌ها را تشدید کرده یا حتی آنها را آغاز کرده باشند، ولی زخم‌های گوارشی و پرتنشی عملاً توسط مکانیسم‌های شناخته‌شده‌ی خاصی ایجاد می‌شود. در مقابل، بی حسی دست، نشانه‌ای تبدیلی است که نمی‌تواند با هیچ الگوی شناخته‌شده‌ی آسیب وارده به عصب‌های کنترل‌کننده‌ی دست ایجاد شود.

اختلال ج سمانی شکل را باید از اختلال ساختگی (ن شانگان مون شهاوزن) نیز متمایز کرد. ویژگی این اختلال ب ستری‌ها و عمل‌های متعددی ا ست که طی آن فرد بصورت ارادی علایم بیماری را تولید می‌کند که این علایم ناشی از اضطراب نیستند بلکه بر اثر آشفتگی فیزیولوژیکی ایجاد می‌شوند. مثلاً ←فرد ممکن است داروهای ضد انعقاد خون مصرف کند و بعد به دنبال درمان خونریزی خود برآید. برخلاف تمارض، اختلال ساختگی ، غیر از کسب توجه پزشکی، هدف آشکار دیگری ندارد. این اختلال کاملاً با اختلال‌های جسمانی شکل فرق دارد، زیرا نشانه‌ها به صورت ارادی توسط فرد ایجاد می‌شوند و مبنای جسمانی دارند.

درمان

تلقین: تلقین ساده به این صورت است که صرفاً به شیوه‌ای متقاعدکننده به بیمار گفته شود نشانه‌ها از بین خواهند رفت، می‌تواند به گونه‌ای بهتر از مواجه‌سازی مفید واقع شود. اما تأثیر تلقین اطمینانی نیست.

بینش: با پی بردن به تعارض بنیادی تولیدکننده‌ی صدمه‌ی جسمانی، روانکاوی درمانی عالی برای اختلالات تبدیلی است.

- **اختلال درد (درد غیرعضوی)**[1]

در DSMIV اختلال درد طبقه مجزای خاص خود را داشت اما در DSM5 این اختلال نوعی از اختلال علائم جسمی به حساب آمده است.

مشخصه اختلال درد وجود درد در یک یا چند ناحیه بدن و تمرکز فرد بر آن است. شدت درد در این اختلال به حدی است که کانون توجه بالینی قرار می‌گیرد. عوامل روانشناختی در پیدایش، شدت یا تداوم درد نقش حیاتی دارند و درد ایجاد شده سبب ناراحتی قابل ملاحظه، تخریب چشمگیر و یا هردوی آنها می‌شود. اگرچه معمولاً بعد از یک حادثه یا در خلال یک بیماری که با درد واقعی توأم ا ست آغاز می شود، اما درد همواره شدیدتر و مداوم تر از آن ا ست که برا ساس عوامل ج سمانی قابل تبیین باشد. در این اختلال لازم نیست پزشک درد را نامتناسب یا فراتر از حد مورد انتظار تشخیص دهد، بلکه در این اختلال کانون تشخیصی، نقش عوامل روانشناختی و شدت تخریب ناشی از درد است.

نام‌های قبلی اختلال درد: اختلال درد شبه‌جسمی، اختلال درد روانزاد، اختلال درد ناشناخته و اختلال درد نامتعارف (آتیپیک).

ویژگی های تشخیصی

بر ا ساس DSM-5 عوامل روان شناختی در بروز، وخامت، شدت و دوام درد نق شی مهم دارند. ت شخیص شکایات درد باید تحت‌تأثیر چ شمگیر عوامل روان شناختی ارزیابی شود و علائم می‌بایست سبب اختلال کارکردی و ناراحتی هیجانی قابل‌ملاحظه بیمار شوند. ن شانه یا نار سایی به عمد ایجاد یا وانمود نمی شود (مانند اختلال ساختگی یا تمارض).

ت شخیص های زیر باید متمایز شوند. الف- اختلال درد مبتنی بر عوامل روان شناختی ب- اختلال درد مبتنی بر عوامل روان شناختی و یک شرط طبی عمومی ج- اختلال درد توأم با یک شرط طبی عمومی.

حاد: طول مدت کمتر از ۶ ماه.

مزمن: طول مدت بیشتر از ۶ ماه یا ۶ ماه.

– برخی معتقدند که درد مزمن تقریباً همیشه شکلی از اختلال افسردگی است، یعنی شکل نقابدار یا جسمانی شده افسردگی محسوب می‌شود.

[1] این اختلال در نظام DSM-IV-TR اختلال مجزایی در طبقه اختلالات شبه جسمی محسوب می شد، اما در نظام DSM5 یکی از انواع فرعی اختلال علائم جسمی محسوب می شود.

همه گیر شناسی

از نظر آماری این اختلال رایج‌ترین اختلال جسمانی شکل است. زنان بیش از مردان به اختلال درد مبتلا می شوند و در هر سنی می تواند بروز کند. اختلال درد در هر سنی می‌تواند شروع شود. نسبت جنسی ابتلا معلوم نیست. اختلال درد با سایر اختلالات به خصوص عاطفی و اضطرابی همراه است. به نظر می‌رسد درد مزمن بیشتر با اختلالات افسردگی و درد حاد بیشتر با اختلالات اضطرابی همراهی دارد. در یک مطالعه رابطه‌ای بین تعداد علائم درد و شدت این علائم با بروز افسردگی و اضطراب مشاهده شد. اختلال افسردگی اساسی در حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از تمامی بیماران مبتلا به اختلال درد دیده می‌شود و علائم افسرده‌خویی (Dysthymia) یا شخصیت افسرده در ۶۰ تا ۱۰۰ درصد از این بیماران وجود دارد. برخی محققین معتقدند که درد مزمن تقریبا همیشه شکلی از اختلال افسردگی است یعنی شکل نقابدار یا جسمانی شده افسردگی.

سبب شناسی

عوامل روان‌پویشی: بیمارانی که بدون علل جسمی کافی و قابل تشخیص در بدن خود درد و ناراحتی احساس می‌کنند، ممکن است به طور نمادین یک تعارض درون روانی را از طریق بدن ابراز کنند. در بیماران مبتلا به آلکسی‌تایمی که قادر نیستند حالات احساسی درونی خود را از طریق کلمات بیان کنند، بدن احساسات را ابراز می‌کند. معنای نمادین اختلالات بدنی ممکن است همچنین با جبران گناه فرضی، کفاره گناه و یا پرخاشگری سرکوب شده ارتباط داشته باشد. مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده این بیماران عبارتند از: جابجایی، جایگزینی و واپس‌زنی.

عوامل رفتاری: رفتارهای درد با پاداش تقویت می‌شوند و با مجازات یا بی‌توجهی مهار می‌شوند.

عوامل بین‌فردی: درد علاج‌ناپذیر در روابط بین فردی وسیله‌ای برای بازی دادن استادانه دیگران و کسب مزایا تلقی می‌شود. این نفع ثانوی برای بیماران مبتلا به اختلال درد بیشترین اهمیت را دارد.

عوامل زیستی: به نظر می‌رسد کمبود آندورفین با تشدید درونداد محرک‌های حسی ارتباط دارد. نابهنجاری‌های لیمبیک و حسی هم دیده می‌شود.

تشخیص افتراقی

درد در اختلال درد معمولاً به طور ناگهانی شروع می‌شود و ظرف چند هفته یا چند ماه شدت آن افزایش می‌یابد. افتراق درد کاملاً جسمانی از درد کاملاً روانزاد ممکن است مشکل باشد، به خصوص که وجود یکی ردکننده دیگری نیست. شدت درد جسمانی کم و زیاد می شود و به شدت تحت‌تأثیر عوامل هیجانی، شناختی، توجه و موقعیت است. دردی که تغییر نمی‌کند و نسبت به هر یک از این عوامل مقاوم است، احتمالاً منشأ روانی دارد.

اختلال تبدیلی معمولاً دوره کوتاهی دارد. در حالی که اختلال درد مزمن است. به علاوه درد طبق تعریف جزو علائم اختلال تبدیلی محسوب نمی‌شود.

درمان

از آنجا که ممکن است تخفیف درد مقدور نباشد، رویکرد درمانی باید معطوف به توان‌بخشی باشد. داروهای ضددرد در اکثر مبتلایان به اختلال درد موثر نیست. داروهای ضدافسردگی مانند سه‌حلقه‌ای‌ها و مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین مؤثرترین عوامل دارویی به شمار می‌روند. آمی‌تریپتیلین، داروی ضدافسردگی با تأثیر دردکش، تأثیرات مفیدی بر اقلیت بیماران مبتلا به اختلال درد داشته است، هر چند که مکانیسم زیست‌شیمیایی آن شناخته شده نیست.

در این بیماران روان‌درمانی روان‌پویشی مفید است. گام نخست در روان‌درمانی، برقراری اتحاددرمانی محکم از طریق تأکید بر رنج و ناراحتی بیمار است. روان‌درمانگر با بررسی مشکلات زناشویی می‌تواند سریعا به منشأ درد روانشناختی بیمار و کارکرد شکایات جسمانی در روابط مهم وی دست یابد.

۲- اختلال اضطراب بیماری

ملاک‌های تشخیصی

A. اشتغال ذهنی به داشتن بیماری جدی یا مبتلا شدن به آن.

B. نشانه‌های جسمانی وجود ندارند یا اگر وجود داشته باشند، از نظر شدت خفیف هستند. اگر بیماری جسمانی دیگر یا خطر زیاد دچارشدن به بیماری جسمانی وجود داشته باشد (مثلا سابقه خانوادگی نیرومند موجود باشد)، اشتغال ذهنی آشکارا بیش از اندازه یا نامناسب است.

C. سطح بالای اضطراب در مورد سلامتی وجود دارد، و فرد به راحتی در مورد وضع سلامت شخصی به وحشت می‌افتد.

D. فرد رفتارهای مرتبط با سلامتی افراطی انجام می‌دهد (مثلا بارها بدن خود را برای یافتن علائم بیماری وارسی می‌کند) یا اجتناب ناسازگارانه بروز می‌دهد (مثلا از قرار ملاقات‌ها با دکتر و بیمارستان‌ها اجتناب می‌کند).

E. اشتغال ذهنی به بیماری حداقل به مدت ۶ ماه ادامه یافته است، اما بیماری خاصی که فرد از آن می‌ترسد ممکن است در طول این مدت تغییر کند.

F. اشتغال ذهنی مرتبط با بیماری با اختلال روانی دیگر، نظیر اختلال نشانه بدنی، اختلال وحشتزدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بدشکلی بدن، اختلال وسواس فکری- عملی، یا اختلال هذیانی، از نوع جسمانی، بهتر توجیه نمی‌شود.

انواع فرعی:

- **از نوع مراقبت‌جویی:** از مراقبت پزشکی، از جمله مراجعه به پزشک یا آزمایش دادن یا شیوه‌های پزشکی، زیاد استفاده می‌شود.
- **از نوع مراقبت‌گریزی:** به ندرت از مراقبت پزشکی استفاده می‌شود.

ویژگی‌های تشخیصی

اغلب افراد مبتلا به خودبیمارانگاری اکنون با عنوان مبتلا به اختلال نشانه بدنی طبقه‌بندی می‌شوند؛ با این حال، در تعداد کمی از موارد، تشخیص اختلال اضطراب بیماری به جای آن داده می‌شود. اختلال اضطراب بیماری موجب اشتغال ذهنی به داشتن بیماری جسمانی تشخیص داده نشده جدی، یا مبتلا شدن به آن می‌شود (ملاک A). نشانه‌های بدنی وجود ندارند، یا اگر وجود داشته باشند، از نظر شدت خفیف هستند (ملاک B). ارزیابی کامل نمی‌تواند بیماری جسمانی جدی را که نگرانی های فرد را توجیه کند، مشخص نماید. درحالیکه این نگرانی ممکن است از علامت یا احساس جسمانی غیربیمارگون حاصل شده باشد، ناراحتی فرد عمدتا از خود شکایت جسمانی ناشی نمی‌شود، بلکه از اضطراب او در مورد معنی، اهمیت، یا علت این شکایت سرچشمه می گیرد (یعنی، تشخیص پزشکی مشکوک). اگر علامت یا نشانه‌ی بدنی وجود داشته باشد، اغلب احساس فیزیولوژیکی طبیعی (مثل سرگیجه در حالت ایستاده)، اختلال کارکردی خوش‌خیم و موقت (مثل زنگ زدن گوش موقتی)، یا ناراحتی جسمانی است که عموما بر بیماری دلالت ندارد (مثل آروغ زدن). اگر بیماری جسمانی قابل تشخیصی وجود داشته باشد، اضطراب و اشتغال ذهنی فرد آشکارا افراطی و بی‌تناسب با شدت بیماری است (ملاک B). شواهد تجربی و نوشته‌های موجود، به خود بیمارانگاری که قبلا در DSM تعریف شده بود مربوط می‌شوند، و معلوم نیست که آنها تا چه اندازه‌ای و چگونه در مورد توصیف این تشخیص جدید کاربرد دارند.

اشتغال ذهنی به این فکر که فرد مریض است، با اضطراب قابل ملاحظه‌ای در مورد سلامتی و بیماری همراه است (ملاک C). افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری به راحتی در مورد بیماری خود به وحشت می‌افتند، مثلا با شنیدن در مورد فرد دیگری که بیمار شده است یا خواندن داستان خبری در ارتباط با سلامتی. مبتلایان به این اختلال اغلب خود را مکررا معاینه می کنند (مثلا معاینه‌ی گلو در آینه) (ملاک D) آنها به افراط درباره‌ی بیماری مورد ظن خود تحقیق می کنند (مثلا در اینترنت) و مکررا در جستجوی اطمینان‌بخشی از سوی خانواده، دوستان یا پزشکان هستند. این سروکله زدن دائمی اغلب سبب کلافگی دیگران و ایجاد تنش درون خانواده می شود. در بعضی موارد اضطراب موجب اجتناب‌های ناسازگارانه از موقعیت‌ها (مثل ملاقات افراد بیمار خانواده) یا فعالیت‌ها (مثل ورزش) می‌شود که به خاطر ترس این افراد از احتمال به مخاطره افتادن سلامتی خود است.

– اختلال اضطراب بیماری اختلال جدیدی است که در DSM-5 معرفی شده است، ولی شباهت‌های زیادی با اختلال خودبیمارانگاری DSM-IV-TR دارد.

– ملاک‌های خودبیمارانگاری در DSM-IV-TR تأکید داشت که اشتغال ذهنی به بیماری باید علی‌رغم معاینات پزشکی ادامه پیدا کند.

سبب شناسی

مدل یادگیری اجتماعی تبیینی در مورد علت اختلال اضطراب بیماری ارائه می‌کند. در این اختلال ترس از بیماری نوعی تقاضای ایفای نقش بیمار تلقی می‌گردد. در قالب مدل یادگیری علائم این اختلال در واقع درخواستی است برای پذیرش نقش بیمار از جانب کسی که خود را با مسائل لاینحل و غلبه ناپذیر مواجه می‌یابد.

دیدگاه روان‌پویشی تمایلات پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران را علت این بیماری می‌داند که به شکایات جسمانی یا ترس از بیماری جسمی تبدیل می‌شود. خشم بیمار مبتلا به اضطراب بیماری ریشه در سرخوردگی‌ها، طردها و فقدان‌های گذشته دارد. بیماری مورد ترس ممکن است به عنوان مجازاتی برای خطاهای واقعی یا تخیلی گذشته تلقی شود. ماهیت روابط فرد با افراد مهم در گذشته ممکن است اهمیت داشته باشد. مثلا والدی که در اثر بیماری خاصی فوت کرده ممکن است محرکی برای ترس از بروز همان بیماری در اولاد وی شود. نوع ترس نیز ممکن است نمادی از تعارض‌های ناخودآگاهی باشد که در نوع بیماری‌ای که فرد از آن می ترسد یا دستگاه عضوی مربوطه مثل قلب بازتاب یابد.

ویژگی‌های بالینی

بیماران دچار اختلال اضطراب بیماری همچون مبتلایان به اختلال علائم جسمی معتقدند که مبتلا به یک بیماری جدی هستند که هنوز تشخیص داده نشده است و نمی‌توان آنها را به قبول فرض خلاف قانع کرد. اعتقاد آنها به وجود بیماری علی رغم نتایج منفی آزمایشات و سیر خوش خیم بیماری مورد نظر همچنان ادامه می‌یابد. این افراد معتاد به جست و جوهای اینترنتی در مورد بیماری فرضی هستند و وقتی اطلاعاتی به دست می‌آورند غالبا با نشانگان خیالی خود تطبیق می‌دهند.

تشخیص افتراقی

تفاوت اختلال اضطراب بیماری و اختلال علائم جسمی در این است که در اختلال اضطراب بیماری تاکید بر ترس از ابتلا به بیماری است درحالیکه در اختلال علائم جسمی تاکید بر نگرانی از علائم متعدد جسمی است. البته هر دو حالت فوق در هر دو اختلال دیده می‌شود اما مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری معمولا از نشانگان کمتری شکایت دارند و بیماری شناخته شده‌ای را نشانه می‌روند. اغلب بیماران مبتلا به اضطراب بیماری از اختلال‌های همزمان افسردگی یا اضطرابی نیز رنج می‌برند. بیماران مبتلا به حملات وحشت‌زدگی از ابتلا به نارسائی‌ها یا حملات قلبی نگرانند ولی پرسش از سابقه طبی آنها وجود حملات پانیک را مشخص می‌سازد. باورهای